

ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony

przez

PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXXIII

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. EUGENIUSZ ARTWIŃSKI, MAURZYCY BORNSTAJN, prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, JÓZEF HANDELSMAN, doc. WITOLD ŁUNIEWSKI, prof. JAN MAZURKIEWICZ, JAN NELKEN, prof. STEFAN PIEŃKOWSKI,

REDAKTOR:

JAN NELKEN

WYDAWCA:

JÓZEF HANDELSMAN

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Prof. Artwiński (Lwów), dyr. Bednarz (Świecie n/W.), dyr. Bielawski (Kościan), Bornsztajn (Warszawa), dyr. Fuhrman (Chełm/Lubelski) dyr. Kryzan (Kocborowo), Steffen (Wrzesin), dyr. Szymański (Warta), dyr. Węcewicz (Owińsk), dr Wien-dlocha (Rybnik), dyr. Wilczkowski (Gostynin).

1938.

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

Adres Administracji: Klinika Psychiatryczna Uniwersytetu J. P.
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 12 złotych.

Zeszyt niniejszy ukazał się dnia 30 maja 1938 r.

Voir les résumés français à la fin du numéro.

ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony

przez

PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXXIII

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. EUGENIUSZ ARTWIŃSKI, MAURYCY BORNSTAJN, prof. WIKTOR
GRZYWO-DĄBROWSKI, JÓZEF HANDELSMAN, doc. WITOLD ŁUNIEWSKI,
prof. JAN MAZURKIEWICZ, JAN NELKEN, prof. STEFAN PIEŃKOWSKI,

REDAKTOR:

JAN NELKEN

WYDAWCA:

JÓZEF HANDELSMAN

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Prof. Artwiński (Lwów), dyr. Bednarz (Świecie n/W.), dyr. Bielawski (Kościan),
Bornsztajn (Warszawa), dyr. Fuhrman (Chełm/Lubelski) dyr. Kryzan (Kocborowo),
Steffen (Wrzesin), dyr. Szymański (Warta), dyr. Węcewicz (Owińsk), dr Wien-
dlocha (Rybnik), dyr. Wilczkowski (Gostynin).

1938.

Biblioteka Jagiellońska



1002212163

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

Adres Administracji: Klinika Psychiatryczna Uniwersytetu J. P.
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 12 złotych.

Zeszyt niniejszy ukazał się dnia 30 maja 1938 r.



2627 a 38/39

102585 II

33 (1938)

NAPADY OSŁUPIENIA NEGATYWISTYCZNEGO W PRZEBIEGU TABO-PARALYSIS

podała

HALINA JANKOWSKA

(Z oddziału I Szpit. św. Jana Bożego w Warszawie)

Z doświadczenia klinicznego wiemy, że poszczególne objawy wzgl. zespoły katatoniczne w przebiegu P. P. nie są zjawiskiem rzadkim. Już *Kraepelin* w swym podręczniku kreśli je pomiędzy zespołami, które towarzyszą podstawowym obrazom porażenia postępującego.

Następnie cały szereg autorów (*Knecht, Näcke, Jahrmärker, Mattauschke, Häfner, Fischer, Schröder, Steck*), opisywali wśród nietypowych postaci P. P. przypadki z wyraźnie zaznaczonymi objawami katonicznymi.

Pozwolę tu sobie na pewną dygresję dla wyjaśnienia, co rozumiem pod terminem „katatoniczny”. Chodzi o to, że panuje wciąż jeszcze pewna niejednorodność w posługiwaniu się tą nazwą i że niektórzy autorowie do dziś jeszcze rozciągają pojęcie tego terminu na objawy schizofreniczne w ogóle; tak robi np. *Lange* w opisywaniu „katatonicznych”, jak brzmi tytuł, a w rzeczywistości schizofrenicznych zjawisk w schorzeniach maniakałnych, lub *Jakob*, który do katatonicznych postaci P. P. zalicza przypadki, w których występują zespoły urojenowo-omamowe.

Otóż osobiście, jak zdaje się większość psychiatrów — pod terminem „katatoniczny” rozumiem objawy wyłącznie psycho - ruchowe, pozostające w związku z zaburzeniami pierwotnego „dążenia” (niem. „Strebung”).

Niektórzy z autorów opisujący katatoniczne zaburzenia w przebiegu P. P., w szczególności *Schröder, Häfner* i *Steck*, zastanawiają się nad genezą powstawania tych zespołów; i jakkolwiek biorą oni pod uwagę stanowisko *Bleulera, Rüdina* i in., że występowanie obrazów ka-

tatonicznych w P. P. ma być uwarunkowane czynnikami konstytucyjnymi — przecież w swoich przypadkach nie znajdują podstawy do takiej koncepcji i raczej uważają, że zespoły te są uwarunkowane organicznym procesem paralitycznym, i prawdopodobnie zależą od jego lokalizacji („durch die Ortlichkeit bedingt“, jak się wyraża *Häfner*).

Rozstrzygnięcie powyższego zagadnienia, t. j. stwierdzenie, że objawy katatoniczne w przebiegu P. P. występują na skutek jakichś określonych modyfikacji lokalizacyjnych procesu paralitycznego, rzuciłoby światło na charakter i pochodzenie tych objawów psychoruchowych, występujących w różnych postaciach klinicznych chorób psychicznych.

W tłumaczeniu pochodzenia zespołów katatonicznych od czasu przeciwstawienia się *Bleulera Wernicke'mu* trwa ciągły dwugłos; jedni bowiem autorzy za *Bleulerem* sądzą, że te zespoły są wyrazem przeżyć afektywnych chorego — inni zaś, że zależą one od zmian organicznych mózgowia.

Skądinąd istnieją spostrzeżenia, które pozwalają i pomiędzy tymi na pozór krańcowymi zapatrywaniami przerzucić pomost, przyjmwszy, że oprócz przyczyn organicznych mogą działać na te same ośrodki czy systemy przyczyny czynnościowe wzgl. psychiczne.

Niniejszy przypadek ogłaszam w miemaniu, że może on dorzucić cegiełkę do rozważań na powyższy temat, zwłaszcza, że w dotychczasowej literaturze podobny przypadek nie był opisany.

Chora A. P. lat 37 zamężna w tut. szpitalu od 26 listop. 1936 r. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Pacjentka wg. słów męża miała zawsze usposobienie pogodne, łagodne i równe, była zgodna, towarzyska i życzliwa w stosunku do ludzi; uczyła się dobrze; była gospodarna i pracowita, w miarę systematyczna, dużo i chętnie czytała; przywiązana i dbająca o męża, który od 7-miu lat jest jej drugim mężem. Była jednak dość wrażliwa, jeżeli ją coś dotknęło nieraz płakała; poza tym jednak nie była skłonna do przesadnych reakcji.

Pierwszy raz wyszła za mąż mając 18-cie lat; mąż ją zaniedbywał, zdradzał, po sześciu latach pacjentka rozeszła się z mężem, który miał mieć kiłę i wreszcie odebrał sobie życie. Dzieci pacjentka z pierwszym, ani drugim mężem nie miała: z pierwszym — jedno samoistne poronienie, z drugim — jedna ciąża pozamaciczna. W 1929 r. pacjentka po raz pierwszy dostała ataku „nerwowego”. O godzinie 8-ej wieczór obecny mąż zastał pacjentkę w stanie nieprzytomnym; leżała bez ruchu, wyprężona, nic nie mówiła; zmiany zabarwienia twarzy, ślinienia ani drgawek nie było, ręce miała zgięte w łokciach, była sztywna tak, że nie można było biernie zmienić pozycji poszczególnych członków; czy przy ruchach biernych pacjentka wtedy stawała czynny opór, zeznający podać nie może; o ile sobie przypomina napad ten wystąpił i ustąpił stopniowo i trwał około półtorej godziny; ze-

1) Według pokazu na posiedzeniu Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w lutym 1937 r.

znający nie przypomina sobie również, czy i co pacjentka wtedy po powrocie do przytomności przypominała sobie ze swego stanu podczas napadu. Po ustąpieniu napadu żadnej zmiany w zachowaniu się pacjentki nie zauważono. Zeznający nie przypomina sobie, żeby pacjentka przed wystąpieniem tego pierwszego napadu miała jakkolwiek przykrość lub konflikt. Pożycie z drugim mężem miało być bardzo dobre.

Dwa lata później miał się powtórzyć analogiczny napad, który trwał około dwóch godzin i dla którego również żadnych widocznych podstaw nie było. W tym czasie nie było wiadome, że pacjentka ma lues. Lues został stwierdzony w 1934 r. na oddziale ginekologicznym, gdzie chora przechodziła operację spowodu ciąży pozamacicznej. Czy stwierdzono wtedy jakieś objawy kiły nerwowej — zeznający nie wie; pacjentka przeżyła wtedy kurację specyficzną, której następnie nie powtarzała.

Do listopada 1936 r. napady „odrętwienia” (jak je nazywa mąż chorej i sama chora) nie występowały. Chora tylko stale narzekała na silne bóle głowy. Mąż, mimo pytań naprowadzających i prowokujących jego krytycyzm, stanowczo twierdzi, że do listopada 1936 r. żadnych zmian w zachowaniu się pacjentki ani ubytków w jej sprawności intelektualnej lub pamięciowej nie zauważył.

W pierwszej połowie listopada 1936 r., na trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala, pacjentka zaczęła zachowywać się dziwnie: pewnego dnia obudziła męża o godzinie 5-ej rano, mówiąc tajemniczo o jakimś doniosłym przyjęciu, które ma się odbyć w ich domu i do którego muszą się przygotować; po paru godzinach urojenia te minęły, ale pacjentka zaczęła wykazywać zaburzenia psychiczne o charakterze otępiennym: nie doprowadzała do skutku swoich zamiarów, jakby o nich zapomniała, nie wiedziała, na co wydała pieniądze, dawała sprzeczne zeznania. Stan chorej szybko się pogarszał, coraz bardziej traciła pamięć, obojętniała, przestała zupełnie się zajmować domem, interesować mężem, siedziała całe dni bezczynnie, bez żadnej inicjatywy, rozmowa z nią nie szła, choć na poszczególne pytania odpowiadała chętnie, aczkolwiek często nietrafnie; żadnych podnieceń nie wykazywała, nie bywała uparta, ani przekorna, nie wypowiadała więcej urojeń, nie miewała omamów. Jadała dużo, spała mało.

18 listopada 1936 r. wystąpił napad osłupienia z utratą przytomności: około godziny 4-ej po południu usiłowano chorą obudzić do posiłku i to się nie udało: pacjentka silnie zaciskała powieki i stawiała opór przy wszelkich próbach wykonania ruchów biernych. Mąż i szwagierka sądzili, że pacjentka udaje, że śpi w celu podsłuchania ich rozmowy. Wezwany lekarz po zbadaniu uprzedził męża, że jest to stan, który może trwać bardzo długo i że może zająć potrzeba sztucznego karmienia. Wkrótce potem jednak — ogółem po 5-ciu godzinach — przyszła do siebie, nie pamiętając zupełnie, co się działo z nią i dokoła niej, nie pamiętała, że ją usiłowano obudzić, że odwiedzał ją lekarz; była zupełnie przystępna. Następnego dnia o godzinie 12-ej w dzień powtórzył się analogiczny napad i trwał do późnej nocy. W tym stanie mąż woził chorą do szpitala Dziec. Jezus na noszach, bo niepodobna było pacjentkę posadzić, była sztywna, wyprężona i wyprężała się jeszcze silniej przy każdej próbie wykonania jakiegos biernego ruchu. W szpitalu Dzieciątka Jezus lekarze tytułem próby terapeutycznej mieli zagrażać chorej, że wszyscy wyjdą i zostawią ją samą bez światła, na co pacjentka zupełnie nie reagowała. W tym samym stanie mąż przywiózł pacjentkę do domu i dopiero rano po obudzeniu się stwierdził, że stan osłupienia minął. Pacjentka również i tym razem zupełnie nie

pamiętała, co miało miejsce w czasie tego napadu. Następnego dnia, 20 listopada, pacjentka została umieszczona w klinice neurologicznej U. J. P.

Z karty szpitalnej kliniki nie wynika, żeby doznawała tam napadów osłupienia; odnotowano zaburzenia otępienne i pewien niepokój nocny o charakterze również otępiennym (rozlewała wodę, pluła na podłogę, przyglądała się sąsiadkom), spowodu którego pacjentka została przeniesiona do szpitala św. Jana Bożego.

Pacjentka po przyjęciu zachowała się obojętnie i apatycznie, ale kontakt z nią był zupełnie dobry, odpowiadała bez oporu na pytania, wykonywała zlecenia, jadła chętnie, poprawnie pożegnała się z odprowadzającą ją rodziną. Nazajutrz od samego rana pacjentka leży sztywna, zupełnie na nic nie reaguje, kończyny wyprężone, stawia bardzo silny opór czynny przy próbach wykonania biernych ruchów kończynami lub głową, na ukłucie nie reaguje, źrenic nie udało się zbadać — pacjentka bardzo silnie zaciskała powieki; nie jadła, stawiała b. silny opór przy próbach karmienia jej łyżką. Dopiero po obiedzie otworzyła oczy, przestała być sztywną, prosiła o jedzenie, bez oporu odpowiadała na pytania, chętnie poszła do kąpieli, nie pamiętała zupełnie, że ją badali tego dnia lekarze, że została przeniesiona z jednej sali na drugą, ani że ją próbowano karmić siłą. Następne dni pacjentka aczkolwiek leży obojętnie beczynnie całe dni w łóżku, nie wykazując żadnej inicjatywy i nie nawiązując samorzutnie kontaktu z otoczeniem, to jednak przy zwracaniu się do niej chętnie się wita, odpowiada uprzejmie z życzliwym uśmiechem, chętnie przychodzi do gabinetu na badanie, uważa się za zdrową, ma być tylko osłabiona i anemiczna i dlatego jest w szpitalu, twierdzi, że w domu była zawsze spokojna, nigdy nie była przygnębiona, zaprzecza, żeby miała zobojętnieć i zaniedbywać w domu męża, pacjentka wie, że miała napady „sztywności” z opowiadania męża, na zapytanie, co się z nią wtedy działo, odpowiada: „nie wiem”, „to było bezwiedne”. Dokładne badanie psychiatryczne, którego nie będę tu w szczegółach przytaczać, stwierdza głębokie otępienie umysłowe; w szczególności pacjentka wykazuje wybitne zaburzenia w ocenie czasu, umiejscowieniu poszczególnych faktów w czasie. Tak na przykład, podając w ogólnych zarysach prawidłowo swoje personalia, twierdzi, że z pierwszym mężem nie miała dzieci z powodu ciąży pozamacicznej i guza, na które była operowana w 1906 r. (w rzeczywistości w 1934 r. w czasie pożycia z drugim mężem). Drugi raz miała wyjść za mąż w 20-tym roku życia (w rzeczywistości w 30-tym). Po raz pierwszy mając 15-cie lat (w rzeczywistości — 18-cie). Badana na trzeci dzień po przyjęciu do szpitala twierdzi, że jest tu od tygodnia, że przybyła ze szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie miała przebywać cztery tygodnie (w rzeczywistości trzy dni), miała tam pójść w styczniu r. b., obecnie jest listopad (+) 20-go (26-y) 1906 r. (?) 1936 r.

Proste mnożenia w zakresie tabliczki mnożenia pacjentka wykonuje bez błędów, w trudniejszych myli się, zarówno jak i w dodawaniach; odejmowania i dzielenia nawet na najłatwiejszych przykładach nie może wykonać, na pytania, dotyczące wiadomości, daje ogólnikowe i często nieprawidłowe odpowiedzi, wnioskowanie i sądzenie bardzo upośledzone, zapamiętuje szeregi z pięciu jednocyfrowych liczb. Nie pamięta, że przechodziła jakąś kurację zastrzykami, nie umie podać, którego dnia odwiedzał ją mąż. Wyraźne zaburzenia pisma o charakterze paralitycznym. Mowa dyzartryczna.

Budowa cielesna o typie piknicznym, źrenica prawa szersza od lewej, obie zniekształcone, na światło lewa reaguje leniwie, prawa wcale nie reaguje, oddziaływanie na zbieżność i przystosowanie zachowane, odruchy kolanowe: prawy znie-

siony, lewy znacznie osłabiony, odruchy ze śc. Achillesa obustronnie zniesione (podczas napadów osłupienia odruchy zachowują się tak samo), obj. Romberga ujemny. Poza tym pod względem neurologicznym i internistycznym zmian nie stwierdzono. Reakcja Wassermana w krwi i w płynie mózgowo - rdzeniowym +++ białka 0,6% ciałek białych 11 w mm³ Nonne-Appelt + Pandy ++.

Pacjentka w czasie od 26. XII. 36 r. do 2. I. 37 r. przeżyła 8 napadów malarii codziennie.

Napady osłupienia negatywistycznego, analogiczne do opisanego w drugim dniu pobytu w szpitalu powtarzały się co kilka dni (4—7) i trwały po kilka godzin. Ogółem pacjentka miała ich do ukończenia kuracji malaryjnej 7-em; ostatnie dwa krótkotrwałe, w czasie jednego dnia wystąpiły w 9-tym dniu kuracji malaryjnej i miały przebieg analogiczny do poprzednich, w szczególności pacjentka nie pamiętała faktów, które miały miejsce dokoła niej w tym stanie.

Napady zimnicy występowały z silnymi dreszczami, temperatura podnosiła się do 41⁰, pacjentka nie zauważała zupełnie swojej choroby cielesnej; na zapytania stale z uprzejmym uśmiechem odpowiadała, że czuje się bardzo dobrze, nawet gdy ją o to pytałam w czasie wysokiej gorączki, na pytania, dotyczące poszczególnych objawów stanu gorączkowego, również odpowiadała przecząco, zapewniając, że czuje się dobrze, a leży dlatego, że jest osłabiona.

3 stycznia, na drugi dzień po ostatnim napadzie malarii, pacjentka w czasie rozmowy ze mną około godziny 13-ej wpadła w stan osłupienia¹⁾, na początku rozmawiała jak zwykle swobodnie, chętnie i życzliwie, wykazywała pogodny nastrój; w pewnym momencie zaczęła ociągać się z odpowiedzią, powtarzała zadawane pytania, przymykała oczy, wreszcie zamknęła zupełnie, przestała odpowiadać na pytania i w ogóle reagować na nie, na wszelkie zaś próby wykonania ruchów biernych wykazywała bardzo silny opór przez czynne napinanie mięśni antagonistycznych; na lżejsze klęcia nie reagowała, przy silniejszych cofała kończyny. Pozostawiona sama — leżała z otwartymi oczami, gdy ktokolwiek zbliżał się do niej pacjentka po spojrzeniu na podchodzącą osobę zamykała oczy, po półtożej godziny stan ten minął, wypytywana w ślad za tym pacjentka nie umie wytłumaczyć, co z nią było — mówi, że nic; pamięta tym razem cały szereg faktów, które zachodziły dokoła niej, pamięta, że ją kłutał, że podchodziłam do niej z innym lekarzem, pamięta, co mówiłam. Pacjentka wspomnień tych nie podaje samorzutnie, lecz fakty te przypomina sobie dopiero po odpowiednich pytaniach. Pacjentka przyznaje, że te wszystkie fakty, które miały miejsce w czasie tego stanu, przypomina sobie nie zupełnie jasno, jak przez mgłę, na pytanie dlaczego nie odpowiadała, pacjentka mówi ze zdziwieniem: „przecież odpowiadałam”, gdy jej wytłumaczyłam, że z początku rozmawiała, a potem mówić przestała i jednocześnie zachowywała się opornie — uśmiecha się z zakłopotaniem, niedowierzaniem i mówi: „to może ja byłam drętwa”.

Około godziny 17-ej tego samego dnia ponownie wystąpił napad stuporu o tym samym nasileniu, pomiędzy napadami odwiedził ją mąż, z którym pacjentka rozmawiała z ożywieniem i zainteresowaniem, tak, że zwrócił on uwagę, że stan pacjentki poprawił się po leczeniu malarją.

Do dnia 14.I.37 r., za wyjątkiem 3-ch dni codziennie powtarzają się napady negatywizmu, które trwają znacznie dłużej niż poprzednie — do pół dnia, ale mają przebieg znacznie łagodniejszy. Przede wszystkim nie towarzyszy im stan pełnego zamroczenia, z następną niepamięcią tych stanów, poza tym coraz bardziej

1) Pierwszy raz tego dnia udało się zaobserwować początek napadu.

łagodnie objaw bezruchu i sztywności pacjentka w czasie napadu pozostaje w pozycji coraz swobodniejszej często siedzącej; stopniowo porusza się samorzutnie, ma otwarte oczy, przygląda się otaczającym zjawiskom, ale na wszelkie bodźce zewnętrzne reaguje wybitnie negatywistycznie i nie raz nawet gwałtownie.

Przy próbach wykonania ruchów biernych nie reaguje, jak poprzednio stawianiem oporu mięśniowego tj. czynnym napinaniem antagonistycznych grup mięśni w stosunku do zamierzanego ruchu, ale gwałtownym cofnięciem kończyny, a nieraz całego ciała, oraz wyrazem gniewu na twarzy.

W czasie ostatnich napadów reaguje także pojedynczymi wykrzyknikami, a następnie wypowiada całe zdania wykazujące jej negatywistyczne nastawienie. Oto przykłady: „ależ nie”, „nie chcę”, „proszę mnie zostawić”, „niech pani da spokój” itp. Kiedy w tym stanie dn. 13.I. zaproponowałam chorej żeby poszła do gabinetu, odpowiedziała „nie — nie pójdę”.

Poza tymi stanami pacjentka wykazuje bardzo znaczną poprawę stanu psychicznego: jest w miarę ożywiona, zawsze uprzejma i życzliwa, chętnie pracuje, w pracowni robót ręcznych, interesuje się dalszym ciągiem kuracji, chciałaby już wrócić do męża, zająć się gospodarstwem a nawet dostać posadę maszynistki, nie nastaje jednak na wypisanie, bo chce dokończyć kurację specyficzną, którą otrzymuje po malarii. O tym że przechodziła malarię wie od otoczenia, sama swego chorobliwego stanu cielesnego nie spostrzegała. Pacjentka dokładnie orientuje się w czasie, wykazuje spory zasób zainteresowań i wiadomości, liczy sprawnie, w szczególności prawidłowo odejmuje i dzieli, sądenie i wnioskowanie prawidłowe. W piśmie zaburzeń nie stwierdza się. Mowa czysta. Poza tym neurologicznie bez zmian ze stanem przed leczeniem.

Wypytywana o stany „odrętwienia” pacjentka z pewnym zakłopotaniem i zażenowaniem nie umie wyjaśnić, dlaczego wtedy tak się zachowuje, przyznaje się, że pamięta teraz co się koło niej w tym stanie dzieje, odpowiadać nie może, „bo przecież ma zaciśnięte i zdrętwiałe usta”. Zachowuje się tak niechętnie i opornie, bo tak ją „drażni wtedy, jak się kto do niej dotyka”. Twierdzi na odnośne pytania, że w rzeczywistości nie odczuwa żadnej niechęci do otoczenia, ale też nie umie wytłumaczyć dlaczego jest wtedy „taka”. Sama się dziwi swemu zachowaniu się, tłumaczy się i przeprosza lekarza. W ostatnich dniach pacjentka próbuje tłumaczyć swoje zachowanie się lękiem, mówi, że obawiała się dotyku, że do gabinetu nie chciała iść, bo — ponieważ słyszała o swych napadach odrętwienia, bała się, żeby po drodze nie upaść; przyznaje jednak w końcu, że „wtedy kiedy jest taka”, ma jakąś niewytłumaczoną niechęć do otoczenia.

Dnia 11.I. wieczorem pacjentka wykazuje przemijający stan depresyjny, rozpacza, że umrze, bo jej usta tak się zwęziły, że nie będzie mogła przyjmować pokarmów; nazajutrz pacjentka nie podtrzymuje tych urojeń, odnosi się do nich krytycznie, mówi, że jej się to zdawało na skutek jakiegoś snu, którego treść zresztą nie wiąże się widocznie z treścią urojeń. Pacjentka podczas rozmów na temat doznań w czasie napadów mówi niejasno o swej obawie przed śmiercią, która się wiąże z jakimś snem o jej śmierci, wyjaśnia się, że snu tego doznała podczas pobytu w szpitalu, czyli że napady zaczęły występować znacznie wcześniej.

Od 15.I. pacjentka nie ma napadów, zachowuje się poprawnie, jest pogodna, równa, życzliwa w stosunku do otoczenia, chętnie pracuje, czyta, coraz bardziej krytyczna, w stosunku do okresu choroby zarówno do napadów negatywizmu, jak i objawów otępienia. Chora stanowczo zaprzecza, żeby którykolwiek z napadów, w szczególności pierwsze dwa, były poprzedzone jakąkolwiek przykrością

czy rozdrażnieniem. Z napadów przed malarią pamięta tylko bardzo przykre chwile budzenia się z tego stanu: zdawało się jej, że ręce i nogi są jakieś obce, jakby martwe, że kołdra jest gumowa, w takiej chwili budzenia się myślała czasem, że umarła, ale stan ten trwał krótko. Pacjentka wypisała się ze szpitala dnia 11.III. 1937 r.

W sierpniu 37 r. zgłosiła się dla powtórnego zbadania krwi i płynu rdzeniowo-mózgowego. Pacjentka pracuje jako kancelistka, żadnych napadów nie miewa, jest w miarężywiona, dostatecznie krytyczna. W dalszym ciągu jednak nie umie wytłumaczyć co się z nią działo w czasie napadów.

Streszczam powyższy przypadek.

Obok procesu tabetycznego, rozwija się u naszej chorej porażenie postępujące w postaci otępiennej, które postępuje bardzo szybko. W przebiegu tej sprawy występują napady silnego osłupienia negatywistycznego z głębokim zamroczeniem świadomości. Napady te — jeśli dostatecznie krytyczna jest ocena męża chorej — poprzedziły znaczne objawy otępienne.

Po leczeniu malarijnym napady stopniowo łagodnieją; najpierw ustępuje element pełnego zamroczenia, jakkolwiek do końca chora w tych stanach wykazuje stan zmienionej świadomości, której sama nie może dokładnie scharakteryzować. Niewątpliwie mamy tu do czynienia z pewnym stopniem przyćmienia świadomości (chora przypomina sobie fakty z tego okresu „jak przez sen”, nie umie określić swego samopoczucia i nastroju w tym stanie i jeżeli w końcu tłumaczy niektóre fragmenty swego zachowania się lękiem przed dotykaniem, lub wstaniem z łóżka — to — tłumaczenie to nie wyjaśnia całokształtu jej zachowania się.

Następnie — stopniowo łagodnieją, po tym ustępują sztywność i bezruch chorej, również nie daje się stwierdzić napinania antagonicznych — do zamierzonego ruchu — grup mięśni, bo chora w myśl swych negatywistycznych tendencji wykonuje teraz ruchy bardziej wybujałe o charakterze cofania się i obrony — w odpowiedzi na jakąkolwiek akcję ze strony środowiska. Wreszcie ustępuje mutyzm chorej, ale treść jej wypowiedzi ma charakter wyłącznie negatywistyczny. W ostatnich napadach notujemy jedynie wybitnie jeszcze negatywistyczne ustosunkowanie się chorej do świata zewnętrznego, przejawiające się w jej zachowaniu się i w reakcjach na wszelkie bodźce zewnętrzne. W czasie ostatnich 2 napadów zresztą i ten negatywizm występował w nieco złagodzonej postaci, mianowicie chora częściowo przyjmowała pozostawione jej na stoliku pokarmy.

Wreszcie obok bardzo znacznej ogólnej poprawy stanu psychicznego, napady te ustąpiły zupełnie.

Jak należałoby ocenić charakter tych napadów?

Ich obraz, nie różniący się niczym od stanów osłupień katatonicznych w przebiegu schizofrenii, mógłby nasuwać myśl, że mamy tu do czynienia z zespołem tej kategorii, uwarunkowanym określonym usposobieniem konstytucyjnym i wyzwolonym w związku z procesem paralitycznym, lub niezależnie od niego. Jednak ani anamneza rodzinna, ani przedchorobowy charakter pacjentki nie dają do takiego tłumaczenia najmniejszych podstaw; a w zasadniczym obrazie psychicznym choroby poza napadami, nie stwierdzamy najmniejszych objawów o charakterze schizofrenicznym, mamy natomiast przed sobą niemal zupełnie czysty obraz otępienia globalnego. Ten wysepkowy charakter występowania stanów osłupiennych na tle pozbawionym zupełnie jakichkolwiek cech schizofrenicznych, różni się jedynie obrazem zewnętrznym „napadów” naszej chorej od obrazów osłupieniowych schizofrenicznych. Dwukrotnie tylko przejściowo wystąpiły, po kilka godzin trwające, urojenia: na początku choroby o charakterze euforycznym, zaś po leczeniu zimnicą, o typie depresyjno-hypochondrycznym.

Podejrzanie, że ewentualnie napady uporu negatywistycznego (zwłaszcza dwa pierwsze) mogły mieć charakter jakichś reakcji histerycznych upadło również całkowicie. Po pierwsze, pacjentka nie wykazywała cech histerycznych, a po wtóre żaden napad nie miał jakiegось umotywowania afektywnego.

Napady te w naszym przypadku skłonna jestem uważać za odmianę napadów paralitycznych, uwarunkowaną tą samą co i typowe napady paralityczne przyczyną związaną z paralitycznym procesem, tylko o odmiennej lokalizacji.

Kleist na podstawie swego materiału podaje, że objawy negatywizmu występują przy uszkodzeniu śródmózdzia w okolicy 3-ej komory.

Jest to okolica, której uszkodzenie łatwo prowadzi również do zamroczeń świadomości i do wyzwalań niższych mechanizmów psychicznych.

W przypadku naszym bardzo ciekawy jest fakt — niezmiernie silnie wyrażonego negatywizmu, przy głębokim zamroczeniu świadomości. Ten ostatni warunek wyklucza możliwość tłumaczenia negatywistycznego nastawienia chorej drogą świadomych mechanizmów psychicznych.

Negatywizm, występujący u pacjentki w czasie napadów przy zawieszeniu wyższych funkcji psychicznych, zdaje się być wyrazem tych pierwotnych elementarnych sił biopsychicznych, które powodują przejawianie się instynktów i warunkują kierunek ich działania,

bądź w tendencji do zjednoczenia się z obiektem świata zewnętrznego (Klisis — *Monakowa i Mourgue'a*), bądź w dążeniu do odwrócenia się, do cofnięcia od obiektu, który w jakiś sposób zagraża osobnikowi (Ekklisis — tychże autorów).

Ta *ekklisis* w naszym przypadku jako pierwotna, samoistna i wyłączna tendencja jest cechą istotną napadów naszej chorej. W okresie ich większego nasilenia łączyła się ona z akinezą, sztywnością, mutyzmem i zamroczeniem świadomości, w najlżejszych postaciach występowała, jako ogólna tendencja zachowania się i reakcji chorej.

Skłonna jestem objaśnić występowanie tych napadowych zespołów wyzwoleniem owej elementarnej siły biopsychicznej — *ekklisis* — od regulujących ją normalnie czynników przez jakieś swoiste umiejscowienie procesu paralitycznego — przypuszczalnie w okolicy śródmózdzia.

Fakt, że w tym przypadku proces wywołujący napady paralityczne przypuszczalnie umiejscowił się swoiście i wywołał odrębny typ napadów, należy — sądzę — tłumaczyć tą koncepcją, która znakomicie godzi pomiędzy sobą 2 inne, mianowicie konstytucjonalną i organiczno-lokalizacyjną w ten sposób, że konstytucyjne podłoże pewnych okolic mózgu decyduje o tym, że w nich łatwiej niż w innych rozwija się proces chorobowy.

CZTERY PRZYPADKI SĄDOWE ZABURZEN PSYCHICZNYCH W STWARDNIENIU ROZSIANYM ¹⁾.

podał

FELIKS KACZANOWSKI

(Tworki)

Związane ze stwardnieniem rozsianym zmiany psychiczne mogą przebiegać różnorodnie — równoległe do zespołu objawów neurologicznych i łącznie z nimi ulegać nasileniom i zwolnieniom, a nawet zupełnie ustępować, mogą mieć przebieg chronicznie postępujący, mogą poprzedzać występowanie objawów somatycznych, lub też trwać po ich ustąpieniu.

Orzecznictwo sądowo - psychiatryczne, mające na oku formułę prawną art. 17 i 18 K. K., których istotną treścią jest pojęcie zdolności do rozumienia dokonywanego czynu i możliwości kierowania swym postępowaniem — „tempore criminis”, stanąć może w przypadku stwardnienia rozsianego wobec trudności wynikających z płynnego, niestałego stosunku zmian psychicznych do przebiegu zespołu neurologicznego.

Cztery przypadki sądowe zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym, które podaję — zebrane są w ciągu ostatnich czterech lat wśród materiału sądowo - psychiatrycznego szpitala w Tworkach. Trzy z nich opiniowanego były w szpitalu, czwarty przybył jako internowany z rozpoznaniem ogólnym jakiegoś cierpienia organicznego mózgu, prawdopodobnie na tle kiły.

Przyp. I. — Edward S. l. 59, żonaty, buchalter. Opiniowany w maju 1934-go roku, oskarżony z art. 262 K. K. Pacjent jako buchalter szpitala powiatowego jednego z miast prowincjonalnych, dopuścił się nadużyć kasowych na sumę ok. 1.600 zł.

¹⁾ Odczyt w Oddz. Warsz. Polskiego Tow. Psychiatrycznego z marca 1938 r.

Nadużycia te polegały na inkasowaniu i przywłaszczeniu kosztów leczenia i na wystawianiu fałszywych pokwitowań; poza tym Edward S. wymazywał i przepisywał cyfry, z książki kasowej podręcznej wyrwał kartkę z już sporządzonym saldo kasowym. Na pewien czas przed ujawnieniem nadużyć Edward S. nagabywany o nieporządki w kasie, dał śmiałą odpowiedź, że wszystko jest w porządku, czym zbił z tropu podejrzewających go współpracowników. Zasięg nadużyć kasowych ujawniany był stopniowo. Edward S. lekceważył i bagatelizował tę sprawę, że to się „jakoś załatwi”, z dnia na dzień odwlekał spłacenie brakujących drobnych sum, przewlekał całą sprawę, udając chorego, wreszcie — gdy ujawniono ogólną sumę niedoboru kasowego, zbiegł. W ogólnej sumie niedoboru figurowały najrozmaitsze pozycje — od 60 gr. do ok. 470 zł. Nadużycia popełniane były w sposób prosty, niemal wulgarny, łatwy do wykrycia. W czasie badania przez sędziego śledczego Edward S. tłumaczył się i usprawiedliwiał zasadniczo doręcznie, ale mało sprytnie, zbyt łatwo i lekkomyślnie, wykazując brak dostatecznego poczucia ważności sprawy. Edward S. pracował na danym miejscu od przeszło 5-ciu lat, uważany był za bardzo sumiennego i uczciwego, dopiero w ostatnich miesiącach zaczął się zaniedbywać w obowiązkach, zdradzał zbyt dobre samopoczucie. W tym czasie został zredukowany i ponownie przyjęty jako pomoc kancelaryjna z pensją 150 zł., czyli o 200 zł. mniejszą. W związku ze skierowaniem na obserwację sąd.-psychiatryczną, Edward S. pisze zażalenie na decyzję sądu i stwierdzając, że jest zupełnie zdrowy, podaje swój życiorys. Życiorys zdradza wzmożone samopoczucie chorego z tendencją do przeceniania własnych zasług i wartości; chory podnosi swoje zasługi patriotyczne, wylicza szereg stanowisk, które zajmował w swoim życiu. Z rejestru karnego Ministerstwa Spraw, ustalono, że Edward S. skazany był już raz wyrokiem sądu okręg. w 1926 r. za defraudację popełnione w r. 1917—18 w trzech różnych instytucjach: — jako urzędnik Tow. Pożyczk. — 29.340 rb., jako kasjer kooperatywy — 2.666 mrk., jako członek zarządu pewnego Tow. Spółdz. — 660 rb. i 1.000 mk. Skazany na 10 miesięcy więzienia, ukrywał się prawdopodobnie pod przybranym nazwiskiem. Po dokonaniu defraudacji w 1918 r. ukrywa się w Galicji, jest buchalterem w pewnym Komitecie ratunkowym, pomocnikiem zawiadowcy stacji. W 1920 r. jest już buchalterem w dowództwie wojskowych kolei białoruskich, później kierownikiem buchalterii w jednym z oddz. wileńsk. Dyrekcji P. K. P., po 6 mies. naczelnikiem wydz. rachunk.; przechodzi potem do urzędu wojewódzkiego, jest jednocześnie buchalterem jednego z przedsiębiorstw kolejowych, zostaje kierownikiem oddz. ogóln. - administracyjnego. Ze stanowiska tego zwolniony zostaje w 1926 r. po wyroku sądu okręg. Poza tym Edward S. był skarbnikiem komitetu budowy dwu pomników, oraz kasjerem szeregu różnych instytucji społecznych.

W szpitalu leży na oddziale dla obłożnie chorych z powodu złego stanu serca, obrzęku nóg. Spokojny, miły, towarzyski, wyraźnie euforyczny i eutoniczny — pomimo ciężkiego stanu zdrowia. Uważa się za zupełnie zdrowego psychicznie, sądzi, że gdyby nie upośledzona sprawność nóg, byłby zupełnie zdrowym człowiekiem. Bagatelizuje swój stan fizyczny, nie ma wątpliwości co do wyleczenia. Kilkakrotnie zanieczyścił się moczem i kałem. Żywo, ale płytko interesuje się życiem szpitala, rozmawia o sprawach ogólnych, stara się wyrzucić wrażenie, że ma zachowaną sprawność umysłową.

Ożenił się w 29 r. życia, ma dwoje dzieci. W 40 r. życia, czyli w 1915 r. zaczął chorować na nogi, ślaniał się, pociągał lewą nogą, odczuwał jakieś bóle. Trudności w chodzeniu po paru miesiącach ustąpiły, po pół roku wróciły i trwały bez zmiany. W dwa lata później, t. zn. 1918—19 r. zjawił się lęk przestrzeni, który się

dotychczas utrzymuje bez żadnych wahań w nasileniu. W r. 1930 wystąpiło drżenie gałek ocznych. W r. 1933 — ogólne pogorszenie, trudności w chodzeniu nasiliły się, nie mógł chodzić bez pomocy osób drugih; łzawienie i mroczi lewego oka.

Ścisłe badania wykazały osłabienie zdolności skupiania uwagi i łatwą jej wyczerpywalność, osłabioną zdolność zapamiętywania z tendencją do konfabulacji, łatwego kłamstwa i przeslizgiwania się koło trudniejszych, albo kłopotliwych pytań i sytuacji. W ocenie własnych przestępstw badany jest bezkrytyczny, ogólnikowy i kłamliwy, zdradza pewne otępienie uczuć etycznych.

Somat. Piknik, nalany, powłoki skórne i białkówki o podżółtaczkowym zabarwieniu. Prawa szpara oczna szersza od lewej, prawy fałd nosowo - wargowy wygładzony, owal ust otwartych zbacza na prawo. Dyskretny zez rozbieżny, oczopłask poziomy obustronny. Podstawa języka ułożona ukośnie — prawa strona wyżej. Żrenice równe, okrągłe. Reakcja na światło niezbyt żywa. Chód spastyczny - ataktyczny, Romberg dodatni; odr. Babińskiego, Oppenheima obustronnie dodatni, odr. Rossolimo z prawej strony, klonus z rzepki i ze ścięgna Achillesa; odruchy brzuszne górne bardzo słabe, brak dolnych. Odruchy mosznowe nierówne. Bez wyraźniejszych zaburzeń mowy i czucia. O. B. Wassermana we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Przypadek II.

Franciszek K., ur. w 1894 r. — rz.-kat., żonaty, szewc, sądownie nie karany. Internowany w szpitalu w Tworkach w grudniu 1937 r.

18 lat temu ożenił się; po trzyletnim pożyciu pozostawił żonę, mieszkał kolejno z paroma kochankami; od 8-iu lat mieszka z jedną — niejaką Antoniną L. Od paru lat zauważono, że Franciszek K. zachowuje się nienormalnie, jest z czegoś nadzwyczajnie zadowolony, pisuje wiersze, zdradza wzmogoną i nieproduktywną aktywność, zajmuje się polityką. W lecie 1937 r. zauważono, że mieszkająca z nim Antonina L. zachowuje się również nienormalnie. W sierpniu 1937 r. oboje dokonali podpalenia domu, należącego do rodziny legalnej żony chorego. Ustalono, że podpaliła Antonina L. pod bezpośrednią presją Franciszka K. Antonina L. przyznała się do podpalenia, Franciszek K. kategorycznie temu zaprzeczył, wskazując, że zeznania jego kochanki, jako psychicznie chorej są niewiarygodne. Sędzia śledczy stwierdził podczas badania, że Antonina L. zachowuje się jak chora psychicznie i ustalił, że stan ten trwa od dłuższego czasu; ustalono również, że Franciszek K. miewa od czasu do czasu ataki podnieceń, w czasie których jest niebezpieczny, grozi nożem, rwie na sobie ubranie, demoluje urządzenie mieszkania — tak, że musi być wiązany sznurami. Jeden z takich ataków trwał 2 tygodnie. Najmłodszy brat chorego podobno popełnił samobójstwo w stanie jakiejś psychozy, ojciec w 70 roku życia zdradzał objawy choroby psychicznej.

Na skutek opinii biegłych, że Franciszek K. cierpi na jakieś organiczne schorzenie odśrodkowego układu nerwowego, śledztwo zostało umorzone, oboje oskarżeni zaś wypuszczeni na wolność. W 2 tygodnie później Franciszek K. dokonał ponownie podpalenia — tym razem innego domu i na skutek tego internowany został w szpitalu zamkniętym.

W szpitalu chory zachowuje się poprawnie, spokojnie, zdradza doskonałe samopoczucie fizyczne i psychiczne, optymizm, jest pewien, że po krótkiej kuracji powróci zupełnie do zdrowia i rozwinięciem działalności polityczną, która ukaże światu jego znaczenie i zasługi. Uważa się za bohatera narodowego, który dokona przebu-

dowy państwowej. Nazywa siebie polskim Stalinem, jest pełen namaszczenia i poczucia godności własnej i pewnej wyższości wobec otoczenia. Ponieważ brak mu wykształcenia i nie mógłby w tej chwili zająć np. miejsca Rydza - Śmigłego, przechodzi w szpitalu „szkołę duchową” i zyskuje „wiedzę duchową”. Ta „wiedza duchowa” wypływa z sieci elektrycznej i działa na jego „radio duchowe”; jego „odbiornik duchowy” nie jest jeszcze zupełnie dobrze wyregulowany i ulega w obecnej chwili udoskonalaniu w szpitalu. Poprzez tę „szkołę duchową” — odbiera różne odgłosy z rzeczy martwych i żywych, odgłosy te tylko on jeden rozumie. Skrzyp drzwi, gwizd syreny fabrycznej, trzask podłogi, świst wiatru i t. p. odgłosy martwej natury mają dla niego — jemu tylko wiadomą wymowę, są tajemnym znakiem, stwierdzającym słuszność tego, co mówi, lub myśli i wskazującym, że w ogóle jest i będzie dobrze. Znaki te chory nazywa „rzekłmymi dowodami”. Przy aresztowanym znaleziono notes, który dołączono do akt sprawy. W notiesie tym prowadzonym — jak dziennik — z oznaczeniem dokładnym dat, godzin i minut — pełno jest zrozumiałych, lub niezrozumiałych uwag, rozporządzeń, rozkazów, — pełno jakichś cyfr, oderwanych słów i liter. Chory pamięta notatki i stara się wytłumaczyć je w swoisty sobie sposób. Wyjaśnienia chorego, sposób rozumowania, operowania pojęciami — wskazują na otępienie intelektualne. Notatki są ubogie w treść; pozornie niezrozumiała symbolika jest płytka i banalna. Do notesu wpisywane są słowa i zdania — wyrwane z książeczki oszczędnościowej, gazety, dokumentów gminnych, mają one oznaczać coś tajemniczego, w rzeczywistości kryją b. prymitywną treść. Badany dobrze jest zorientowany w miejscu i otoczeniu, gorzej w czasie. Badania ściślejsze ujawniają osłabienie zdolności zapamiętywania, przy braku wyraźniejszych zaburzeń pamięci, uwagi i spostrzegania. Wiadomości ogólne bardzo płytkie, fragmentaryczne, nieudolnie ze sobą powiązane; wybitnie osłabiony krytycyzm, zdolność do operowania pojęciami, umiejętność różnicowania. Chory zdradza wyraźną skłonność do rymowania, pisze wierszowane listy, niekiedy udziela wierszowanych odpowiedzi.

Choruje na nogi od 1925 r. W roku 1927—30 nogi były tak słabe, że nie mógł prawie chodzić; w 1931—32 nastąpiła samoistna poprawa, chodził o własnych siłach. Podczas pogorszenia choroby osłabł również i wzrok, który się potem poprawił. Popęd seksualny okresami słabszy. Po punkcji lumbalnej, pomimo pozostawania w łóżku — uporczywe bóle głowy.

Somat. Budowa prawidłowa, typ konstytucyjny mieszany z przewagą cech piknicznych. Chód niepewny, spastyczno - paretyczny, zwłaszcza ze strony nogi prawej. Osłabienie k. d. wyraźniejsze po prawej stronie. Klonus z rzepki i ścięgn. Achillesa, odruchy Babińskiego i Rossolimo po obu stronach, żywsze z prawej; odr. Oppenheima tylko z prawej. Odr. brzuszne i mosznowe zniesione. Osłabienie czucia bólu po zewn. stronie uda prawego. Żrenice reagują nieco opieszale; przy patrzeniu na boki — krótkotrwałe niepokój gałek oczn., podobny do wyczerpującego się oczopląsu. Szpara powiekowa lewa węższa od prawej. Lewa połowa twarzy wygładzona, lewy kąt ust opuszczony. Mowa dyskretnie wybijana, skandowana. Twarz maskowata. Dno oka lewego: cała tarcza nieco bledsza niż normalnie; dno oka prawego: wyraźne zblednięcie skroniowe tarczy. O. B. Wassermana we krwi i płynie mózgowo - rdzeniowym ujemny.

Przypadek III. ¹⁾

Stanisław W., ur. w r. 1901, żonaty, bezdzietny, robotnik, sądownie nie ka-

¹⁾ Przypadek obserwowany przez Dr. J. Handelsmana.

rany. Opiniowany w szpitalu w Tworkach w marcu 1937 r., oskarżony z art. 23 i 225 K. K. — o usiłowanie zabójstwa

W szpitalu zupełnie niedołężny, leży w łóżku, sam nie potrafi usiąść, nie potrafi zrobić jednego kroku. Rok temu usiłował dokonać w nocy zabójstwa śpiącej żony, zadając cios siekierą w głowę; cios padł w okolice górnej szczęki, powodując ranę rąbaną, drżącą poprzez koniec nosa, wargę górną i odcinającą zupełnie zębodoł szczęki górnej na przestrzeni 4 zębów. W dochodzeniu policyjnym tego samego dnia W. przyznał się do winy usiłowanego zabójstwa i wyjaśnił, że od 2 lat z niewiadomego powodu nabawił się choroby zwanej paraliżem; o spowodowanie tej choroby podejrzewa żonę, która do jedzenia wsypywała mu podejrzane proszki. Wobec tego postanowił się zemścić. W nocy, gdy żona spała, zadał siekierą cios w głowę. Badany przez sędziego śledczego drobiazgowo opowiada, że chciał żonę naprzód uderzyć w usta, a następnie bić dopóty, póki nie umrze. Na dowód tego, że żona szkodzi mu, podał, że gdy rok temu rozszedł się z nią i pozostawał pod opieką matki — choroba zaczęła postępować. Wywiad ustalił, że żona pacjenta utrzymywała cały dom i otaczała chorego i niedołężnego męża troskliwą opieką. Lekarze biegli po jednorazowym zbadaniu ustalili rozpoznanie: „sclerosis multiplex” i orzekli, że „z powodu powtarzających się ataków podniecenia byłoby pożądane ze względu na bezpieczeństwo otoczenia, umieścić go w zakładzie dla umysłowo chorych”. W pół roku później w jednym ze szpitali psychiatrycznych, dokąd oskarżonego oddano na obserwację sąd.-psychiatryczną, wydano orzeczenie różniące się od poprzedniego tylko wskazaniem co do środka zabezpieczającego, podkreślono mianowicie, że W. obecnie ciężko chory fizycznie, zniedołężniały, niezdolny do samodzielnego chodzenia i ograniczony w możności wykonywania szeregu ruchów kończynami górnymi — nie jest niebezpieczny dla otoczenia. Wobec rozbieżności tych dwóch opinii — W. przesłany został na obserwację sąd.-psychiatryczną do szpitala w Tworkach.

W czasie pobytu w szpitalu zachowuje się stale jednakowo: spokojny, chętnie odpowiada na pytania, nie ma żadnych skarg, ani żądań; zainteresowania niezbyt szerokie, uczuciowość raczej płytka, nie troszczy się o swój los, ani o los domu; swój ciężki stan fizyczny znosi cierpliwie i pogodnie; orientuje się dobrze w miejscu i czasie; jest analfabetą; w sprawach ogólnych orientuje się zupełnie źle. Choruje od 5 lat. Cierpienie rozpoczęło się w prawej kończynie górnej, stopniowo przeszło na dolną; po lewej stronie osłabienie rozpoczęło się 9 miesięcy temu. Bywały okresy, w których czuł się lepiej, mógł chodzić, używać rąk. Ma jakieś zaburzenia ze strony głowy, huk w prawym uchu, uczucie zimna w ciele. Od 2 lat zaburzenia mowy, w czasie mówienia brak tchu, od roku zupełna impotencja.

Nie krytycznie ustosunkowany do swego zdrowia, oraz znaczenia obserwacji sąd.-psychiatrycznej. Brak wyraźniejszych zaburzeń pamięci, uwagi, postrzegania; osłabienie zdolności zapamiętywania. Do czynu zbrodniczego chory przyznaje się z całą szczerością. Żona truła go systematycznie, trucizną wywoływała jego chorobę i niedołęstwo. Truła go z powodu pewnej dziewczyny, z którą miał niegdyś dziecko. Również teściowa, namówiona przez tę dziewczynę z zemsty, że się z nią nie ożenił — czarowała go. Widział te czary, widział plamy buraczkowe na stole, widział jak sypała truciznę, widział jak przygotowywała farbę i wlewała do zupy. Zupa była pomidorowa, więc zgadzała się z czerwoną farbą. Neguje omamy.

Somat. Wzrost średni, budowa wątku, liche odżywienie, konstytucja raczej pikniczna. Gęste brwi, płatki uszne przyrośnięte. O. B. Wassermana i kłaczkujący

we krwi i płynie mógowo - rdzeniowym — ujemny. Mowa zatarta, zamazana, zbliżona do dyzartrycznej; po zmęczeniu lub zdenerwowaniu zupełnie bełkocząca. Słaby oczopląs poziomy w stronę lewą; źrenice, nerwy czaskowe — nic szczególnego, może pewne ubóstwo mimiki, nieznaczne trudności przy połykaniu, brak zaburzeń opuszkowych. Wybitne porażenie obu kończyn prawych, oraz kończyny dolnej lewej. W kończynie górnej lewej siła ruchów nieco osłabiona, napięcie mięśniowe w kończynach porażonych nieco wzmożone; brak zaników mięśniowych, brak zaburzeń czucia. Objawy piramidowe znacznie żywsze po stronie prawej niż lewej. Klonus ręki prawej. Odruchy mosznowe i brzuszne zniesione.

Przypadek IV.

L. S. lat 45, rzymsko - katolik, koszykarz, żonaty, czworo dzieci, wykształcenie domowe. Nie karany. Opiniowany w lutym 1937 r. — jako oskarżony z art. 250 K. K. o groźby karalne. W 38-ym roku życia pobity po głowie tak, że utracił przytomność. W rok później pobity twardym, tępym narzędziem w to samo miejsce; po pierwszym pobiciu utracił zupełnie tolerancję na alkohol — przed tym sporo pijał; po drugim pobiciu czuł się coraz gorzej i już po roku 1935 jakiś defekt w rękę i nodze stał się zupełnie wyraźny. Zaczął wówczas odczuwać tępy ból w krzyżu, w stawach kolanowych i łokciowych, połączony ze zmagającym się osłabieniem kończyn dolnych — zwłaszcza lewej. Od roku 1933 zaczął pociągać lewą kończyną dolną, górna lewa stała się zaś niedołączna, straciła wymiar i umiar ruchu. Wkrótce po tym objawy osłabienia pamięci i zaburzenia mowy. W przebiegu choroby — poszczególne objawy zmieniają się i poprawiają — na przykład chód. Był okres, że pacjent 2 miesiące leżał, nie mogąc zupełnie chodzić z powodu potykania się. W lecie 1934 r. klinika neurolog. Uniw. J. P. rozpoznaje „sclerosis multiplex”. Stwierdzono wówczas lekką sztywność karku, nieznaczny wytrzeszcz gałek ocznych, oczopląs poziomy i skośny, nerw twarzowy lewy dolny nieco paretyczny. Po stronie lewej wzmożone odruchy ścięgniste i okostnowe, osłabienie siły i spowolnienie ruchowe; adiachokineza. Chód paretyczny - ataktyczny. Po raz drugi przyjęty do kliniki w jesieni tegoż roku bez oczopląsu i bez sztywności karku. Iniekcja szczepionki durowej, seria naświetlań Rt_g na czaszkę i kręgosłup.

Po raz trzeci w zimie tego samego roku. Bezwład po stronie lewej postępuje, słabnie sprawność kończyny, mocz oddaje urywanym strumieniem. Odr. Rossolimo po prawej stronie. Obniżenie czucia powłok brzucha, tkliwy kręgosłup. Odma mózgu; po odmie dwojenie w oczach, niekiedy zez zbieżny lewej gałki ocznej — niekiedy prawej. Druga seria naświetlań promieniami Rt_gena.

Już podczas pobytu w klinice pacjent zaczął objawiać urojenia prześladowcze, które pozostawały w związku z jego chorobą i leczeniem, a odnosiły się do jednego z lekarzy kliniki dra S. Po opuszczeniu szpitala pacjent grozi kilkakrotnie lekarzowi, że go zabije, przypisując mu winę niewyleczenia z choroby. W połowie 1935 r. pisze do lekarza list z pogroźkami; list ten stał się podstawą oskarżenia o groźby karalne, lecz sąd grodzki sprawę — na podstawie ustawy o amnestii — umorzył. W rok później lekarz musiał wystąpić z prośbą do prokuratora o udzielenie mu ochrony przed grożącym ze strony pacjenta niebezpieczeństwem. Pacjent bowiem zaczął ponownie przysyłać mu listy z pogroźkami, a poza tym wyczekiwał na lekarza przed jego mieszkaniem i wywoływał awantury.

W szpitalu w Tworkach: spokojny, zorientowany, nieco depresyjny. Opisuje szeroko i drobiazgowo początki i przebieg swego cierpienia, poddaje swojej, niedorzecznej analizie poszczególne objawy, wyciąga odpowiednie wnioski, w dzi-

waczny sposób nazywa różne objawy, stawia diagnozę, kategorycznie określa, co go może tylko leczyć i ratować, zdradza wybitnie urojeniowo hipochondryczny stosunek do swego cierpienia, oraz urojeniowo wrogie nastawienie wobec lekarzy, którzy go leczyli. W skargach swych, rozumowaniu, analizowaniu, opisywaniu — pacjent jest stereotypowy, monotony, uparty, nie poddaje się absolutnie żadnej perswazji. Wszelkie aktualne sprawy swego cierpienia nawiązuje do przebiegu leczenia w klinice neurol., pamięta różne uwagi, fragmenty rozmów lekarzy na temat swojej, lub innych choroby — wiąże to wszystko razem — interpretuje w swoisty sobie paranoidalny sposób.

Podczas pierwszego pobytu w klinice nie zgodził się na propozycję dra S., aby się poddać odmie mózgu. Powrócił do kliniki, gdy zdecydował się stanowczo na zabieg. Wówczas zorientował się, że dr S. jest do niego źle usposobiony. Świadczyły o tym jego miny i jego zachowanie. W czasie zabiegu spostrzegł, że dają mu tylko tyle powietrza, ile wypuszczają płynu mózgowego; zrozumiął wówczas, że tylko powietrze może go uratować i że właśnie dlatego nie uzyska potrzebnego powietrza, ponieważ dr S. chce zachować chorobę dla swoich „praktyk lekarskich”. Został przez niego oszukany, „nabrany na rdzeń”, został okradziony z „wyciągu rdzeniowego”, dopuszczono się na nim „fałszowanej odmy”. Od tego czasu począł się odgrażać dr. S., gdyż chciał go zmusić do dokonania prawdziwej odmy, do uczciwego „nadmuchania” kręgosłupa; nie byłoby jeszcze za późno, choroba jest do wyleczenia. Postanowił wywołać większą awanturę, aby o tej sprawie dowiedziała się prasa i lud; pozostawił żonie rozporządzenie, aby na wypadek śmierci dokonano sekcji w celu stwierdzenia winy lekarza. Nie mogąc doprosić się odmy, sam skonstruował w domu „aparat do odmy”, ale sam nie mógł sobie zabiegu dokonać. Byłby może zabił lekarza, gdyby go nie zatrzymano.

Do kręgu urojeniowego, w którego środku stoi dr S. chory włączył po pewnym czasie lekarzy szpitala w Tworkach. Zaburzenia zapamiętywania i pamięci; prymitywny, uproszczony sposób rozumowania; kombinowania i różnicowania; spowolnienie myślenia; bez wyraźnych zaburzeń spostrzegania i zdolności skupiania uwagi i bez uderzających luk w wiadomościach ogólnych.

Stan somatyczny. Chód paretyczny - ataktyczny, ze strony kończyn lewych niedowład, znaczne osłabienie siły mięśniowej, obniżenie napięcia mięśniowego, spowolnienie i zniedołężnienie ruchowe; obwody kończyn lewych w porównaniu z prawymi mniejsze. W spokoju — ustawienie gałek ocznych prawidłowe, symetryczne; przy patrzeniu w lewo dyskretny oczopląs, w ustawieniu tym podwójne widzenie. Przy pionowych ruchach gałek ocznych, ruchy odbywają się wzdłuż osi skośnej, przebiegającej z prawej strony do dołu — ku górze w lewo. Żrenice reagują na światło dość opieszale, zwłaszcza lewa, na zbieżność dobrze; niedowład dolnej lewej gałązki n. twarzowego. Na szczycie czaszki w prawej kości potyl. ubytek kostny wielkości dwuzłotówki o twardym dnie. Badanie czucia dotyku, bólu, temperatury, siły wzroku, pola widzenia, dna oczu; nie wykazały ważniejszych zaburzeń. O. B. Wasserman we krwi ujemny. Popęd seksualny od początku choroby b. słaby.

Pewne wątpliwości rozpoznawcze nasuwa przypadek czwarty, w którym objawy chorobowe zaczynają rozwijać się w jeden- dwa lata po dwukrotnym urazie głowy. Ubytek kostny o twardym dnie znajduje się u szczytu czaszki po prawej stronie, objawy porażenne — najwyraźniejsze po lewej stronie ciała; na dalszym planie oczopląs, za-

burzenia mowy, tremor lewostronny, zaburzenia pęcherzowe, objawy ataktyczne, objawy porażenne mięśni ruchowych oczu i in. Z tych objawów porażenne — po początkowych wahaniach w nasileniu — wykazują tendencje do postępowania, inne zaś ulegają zmiennym wahanom w nasileniu, niektóre ustępują zupełnie.

W przypadku tym zarówno zaburzenia neurologiczne, jak psychiczne — urojenia odnoszące się do własnego cierpienia, urojenia prześladowcze, tendencje urojeniowo-wrogie wobec lekarzy, tendencje pieniacze, wybitne zneurastenizowanie, urojenia hipochondryczne — wreszcie otępienie intelektualne — wszystko to możnaby odnieść na karb cierpienia pourazowego; przebieg jednak choroby, jej somatyczna płynność i zmienność objawowa, wraz z wczesnym zanikiem popędu seksualnego — przemawiają za rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, podtrzymywanym zresztą przez warszawską klinikę neurologiczną w ciągu trzykrotnych obserwacji. Nie ma potrzeby zastanawiać się tu dłużej nad zagadnieniem znaczenia urazu, w szczególności urazu głowy, jako jednego z możliwych czynników etiologicznych, w powstawaniu stwardnienia rozsianego. Pogląd ten wypowiedany przez nielicznych autorów nie znalazł dostatecznego potwierdzenia (*Diem, Voss, Nonne, Kehrer, Reichardt, Pette, Scholz*). Niektórzy, jak naprz. Kehrer przypuszczają, że wypadek — jako czynnik zewnętrzny może ujawnić proces polisklerotyczny ukryty, może jawny proces pogorszyć, lub wyzwolić kolejny nawrót chorobowy.

Zestawienie tych czterech przypadków pozwoli uchwycić podobieństwa i różnice. Wspólne tym przypadkom zaburzenia — to zmiany intelektualne z uproszczonym, prymitywnym sposobem rozumowania, kombinowania, płytkością sądu, zaburzeniami nastroju. Zmiany otępienne wyciskają swoje piętno na zespołach urojeniowych — wielkościowych przypadku II-go i prześladowczych III-go i IV-go. Niekrytyczny stosunek do własnego cierpienia, w pierwszych trzech przypadkach zabarwiony euforią i eutonią — łączy się z charakterystyczną nadzieją wyleczenia — „spes sclerotica“, zgodną ze spotykanym w stwardnieniu rozsianym optymizmem; „spes sclerotica“ istnieje również w przypadku IV-ym — pomimo zasadniczo depresyjnego nastroju.

Wyłącznie tylko objawy zaburzeń intelektualnych z euforią i eutonią zdradza przypadek I-szy — defraudant. W przypadku II-gim u podpalacza — mamy prócz tego urojenia wielkoścociowie z tendencją do operowania płytkimi, banalnymi, pozornie tylko niezrozumiałymi i tajemniczymi symbolami; „wiedza duchowa“, „radio duchowe“,

„odbiornik duchowy“ są to banalne symbole wielkościowe na miarę płytkich urojeń wielkościowych chorego. Symbole te nie mają nic wspólnego z omamami, jakby to na pierwszy rzut oka mogło się wydawać. Urojenia prześladowcze w przypadku III-cim — zatrucie przez żonę i teściową, jako źródło choroby — są prymitywne i zupełnie nie rozbudowane. Najbardziej uparte i konsekwentne są urojenia prześladowcze i hipochondryczne przypadku IV-go — z tendencją pieniaczą i narastającym afektem wrogim wobec jednego z leczących lekarzy. Wspólne tym wszystkim przypadkom objawy otępienia — podobne do spotykanych w porażeniu postępującym — ale nie tak głębokie i nie tak przebiegające, jak w porażeniu postępującym, wspólne zaburzenia uczuciowości i nastroju, pozwalają rozstrzygnąć wątpliwości, czy zaburzenia psychiczne podanych przypadków należy uznać za otępienie i psychozy polisklerotyczne — swoiste dla tego cierpienia — czy też uważać za odrębne psychozy, wikłające tylko proces polisklerotyczny. Zagadnienie swoistości zaburzeń psychicznych, obserwowanych w tym cierpieniu, roztrząsa i analizuje *Handelsman* w swej pracy o stosunku zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym mózgu i rdzenia. Z zestawienia przypadków autorów cytowanych przez *Handelsmana* oraz jego własnych przypadków i badań wynika, że stwardnienie rozsiane ma swój najczęściej spotykany, niemal specyficzny typ zmian i zaburzeń psychicznych, ale że oprócz tych spotyka się ostrzejsze zaburzenia psychiczne, wyraźne psychozy — występujące okresowo, epizodycznie lub postępująco chronicznie — w różnym stosunku do początku, nasilania się, zwalniania i trwania zespołu neurologicznego. Obserwowane i opisywane są poza polisklerotycznymi zaburzeniami inteligencji i demencją — podniecenia podobne do maniakalnych, stany i psychozy depresyjne, epizody halucynacyjne, stany majaczeniowe, zespoły podobne do schizofrenii, zespoły urojeniowe z urojeniami prześladowczymi, wielkościowymi, hipochondrycznymi, zespoły histeryczne.

Interesujący i uderzający jest ten fakt — powiada *Handelsman* — że wyraźniejsze zaburzenia psychiczne i psychozy spotyka się albo na początku cierpienia, albo epizodycznie — po paru latach w przebiegu choroby — równocześnie z jej nasileniami.

Zaburzenia psychiczne w stwardnieniu rozsianym rdzenia i mózgu nie należą do rzadkości, choć nie zawsze zwraca się na nie dostateczną uwagę — zwłaszcza tam, gdzie wyrażone są dyskretnie pod postacią lekkiej euforii i eutonii, lub dysforii i dystonii oraz dyskretnych zmian intelektualnych — („Stan psychiczny polisklerotyczny ogólny“

Ombredane). Pomimo tego stwardnienie rozsiane jest cierpieniem, które wśród chorób organicznych ośrodkowego układu nerwowego, prawie nie spotykamy w praktyce sądowo-psychiatrycznej.

Cierpienia organiczne ośrodkowego układu nerwowego nie dają same przez się przywileju nieodpowiedzialności sądowo-karnej, przywilej ten dany może być tylko w tych przypadkach cierpienia organicznego, którym towarzyszą zaburzenia psychiczne, określonego charakteru lub nasilenia, pozostające w określonym stosunku do czasu popełnionego przestępstwa, lub jego motywów. Biegły - psychiatra staje czasem wobec niepokonanych trudności, gdy musi diagnozować jakieś zaburzenia psychiczne retrospektywnie, lub gdy musi ustalić stosunek i zależność czynu karalnego od momentów psychopatologicznych — w wypadku, gdy zaburzenia psychiczne występują napadowo, lub gdy przebiegają fazami, lub też wśród całkowitych zwolnień i nawrotów. Takie trudności nasunąć może każde schorzenie ośrodkowego układu nerwowego; stwierdzenie takiego cierpienia nie stawia jeszcze lekarza orzekającego wobec konieczności zastosowania przywileju niekaralności, dopiero ustalenie określonego stosunku między czynem karalnym a zaburzeniami psychicznymi, związanymi z danym cierpieniem organicznym — pozwala na zastosowanie przywileju niekaralności lub złagodzonej karalności.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę różnorodność zaburzeń psychicznych, spotykanych w stwardnieniu rozsianym — zastanowić musi, że te zaburzenia psychiczne są tak nadzwyczajnie rzadko czynnikiem kryminorodnym. Poza przypadkami cytowanymi przez *Piotrowskiego* przy omawianiu własnego sądowo - psychiatrycznego przypadku — w dostępnej mi literaturze nie znalazłem przypadków sądowych zaburzeń psychicznych przy stwardnieniu rozsianym. *Piotrowski* powołując się na *Hübnera*, cytuje dwa przypadki *Raeke'go* — w których jeden chory z objawami depresyjnymi podpalił, drugi, wykazujący ubytki w sferze intelektualnej dopuścił się nierządu z dziećmi. To są jedyne wzmianki, znalezione przez *Piotrowskiego* w piśmiennictwie z lat 1920—30. Wśród 19 polisklerotyków *Handelsmana* nie znajdujemy ani jednego przypadku podsądnego. Nie ma również wzmianki o konfliktach z prawem w obszernej monografii *Ombredane*, który dokładnie opisuje 50 przypadków stwardnienia rozsianego ze zmianami psychicznymi. Nie porusza również tego zagadnienia *Steiner*, który zestawia w swej pracy olbrzymią literaturę.

Podejście sądowo - psychiatryczne do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym wymaga powiązania zespołu psychotyczne-

go z procesem somatycznym i znalezienia punktu wyjścia w zmienionej chorobowo osobowości psychicznej — dla motywów działania przestępczego. Stan zaburzeń inteligencji, zmian intelektualnych ma nieokreślone granice i może być mało uchwytne — w motywacji danego czynu karalnego. W obrębie pojęcia: — ołepienie intelektualne — mieścić się mogą różne możliwości — ilościowych ograniczeń poczytalności. Chory I-szy Edward S. popełnia znaczne defraudacje w roku 1917—18, w okresie nasilania się zespołu objawów neurologicznych w przebiegu stwardnienia rozsianego; pomimo nasilenia cierpienia — chory umie unikać odpowiedzialności sądowo - karnej, ukrywa się, wykazuje dużą aktywność, pracuje na wielu stanowiskach, awansuje. Fakty te same przez się wskazują, że Edward S. umiał sprostać ogólnym wymaganiom życia społecznego, a to określa już w pewnym sensie stopień jego poczytalności w tym okresie czasu. Szereg nadużyć pieniężnych, popełnionych na szkodę szpitala w roku 1933 przypada również na okres nasilania się objawów neurologicznych stwardnienia rozsianego z towarzyszącymi dość dyskretnymi zmianami intelektualnymi, wzmożonym samopoczuciem fizycznym i psychicznym, oraz wzmożoną aktywnością. Kryterium dla zastosowania tylko art. 18 K. K. ze znacznym ograniczeniem zdolności do kierowania swym postępowaniem z pominięciem art. 17 K. K., dającego przywilej niekaralności zupełnej — wynikało z tego, że Edward S. był już karany za defraudację, że prawdopodobnie możliwości przestępcze kryły się niejako w osobowości jego przedchorobowej, że stopień zmian psychicznych Edwarda S. nie mógł być tak głęboki, aby znosił zupełnie możliwość rozumienia znaczenia dokonywanego czynu i zdolność do kierowania swym postępowaniem.

Należy tu przytoczyć ciekawy przypadek *Piotrowskiego*. Chory jego — posterunkowy policji — oskarżony o zabicie konia na ulicy, uznany zostaje za niepoczytalnego z powodu stwierdzenia stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia, przebiegającego z zaburzeniami psychicznymi: dezorientacją, urojeniami, omamami i podnieceniem. W drugim ostrym nawrocie choroby po 2 i pół miesiącach — oskarżony o oszustwo — uznany zostaje za odpowiedzialnego za swój czyn. W pierwszym okresie choroby przodowały zaburzenia psychiczne przed neurologicznymi, w drugim zaś nawrocie cierpienia nie stwierdzono danych, przemawiających za tym, aby chory — tempore criminis — zdradzał wyraźniejsze zaburzenia psychiczne (poza niewielkim stopniem ołepienia intelektualnego). W przypadku tym wątpliwym się wydaje, czy chory *Piotrowskiego* z rozwiniętym polisklero-

tycznym zespołem neurologicznym oraz ostrą psychozą mógł w ciągu 2 i ½ mies. całkowicie socjalnie wyzdrowieć. Być może, że ustąpiły burzliwe objawy — urojenia i omamy, pozostała euforyczna aktywność i bezkrytyczna przedsiębiorczość i prawdopodobnie te czynniki stały się źródłem przestępstwa — wyłudzenia pewnej kwoty pieniężnej na założenie fabryczki. Rzecznik jednak opierając się na zeznaniach świadków, którzy stwierdzili, że chory zachowywał się zupełnie normalnie i działał z pewną ostrożnością i rozważą, nie zastosował przywileju niekaralności (karny kodeks niemiecki nie uwzględniał poczytalności zmniejszonej).

Widzimy więc, że sądowo-psychiatryczne znaczenie zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym zależy może od różnych czynników. Motywy podpalenia u chorego II-go pokrywa stan dość znacznej demencji z urojeniami wielkościowymi oraz napadowymi, ostrymi podnieceniami trwającymi do 2 tyg., być może charakteru majaczeniowego. Tu konieczność zastosowania art. 17 K. K. — niekaralności zupełnej — oraz środka zabezpieczającego — umieszczenia w szpitalu — nie ulega wątpliwości, tak samo jak w przypadku III-im usiłowania zabójstwa żony oraz w przypadku IV-ym — gróźb karalnych wobec lekarza, w których motywy działania przestępczego znajdowały swój punkt zaczepienia w kręgu trwałych urojeń prześladowczych, towarzyszących procesowi organicznemu mózgu, przebiegającemu pomimo zmienności poszczególnych objawów — właściwie postępująco chronicznie.

Sądzę, że w rzadkich wypadkach oceny sądowo-psychiatrycznej zmian i zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym biegle winien dany przypadek ujmować indywidualnie — przede wszystkim dlatego, ponieważ różne zespoły psychotyczne, spotykane w tym cierpieniu mogą mieć różne znaczenie jako czynniki kryminalne, powtóre dlatego, że nie w każdym przypadku przebieg zmian i zaburzeń psychicznych jest równoległy do przebiegu zespołu neurologicznego i nie zawsze nasileniu zmian somatycznych musi odpowiadać głębokość zmian psychicznych i wreszcie dlatego, że najczęściej spotykane polisklerotyczne zmiany psychiczne z zakresu intelektu i afektów wymagają ze względu na swą zmienność u polisklerotyków ostrożnego stosowania artykułów Kodeksu Karnego, pozbawiających przywileju odpowiadania za swoje czyny.

PIŚMIENNICTWO.

J. Handelsman. Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym mózgu i rdzenia. Rocznik Psychiatryczny 1931 r.

H. Piotrowski. Rzadki przypadek orzecznictwa psychiatrycznego, dotyczącego chorego, cierpiącego na sclerosis multiplex. Nowiny Psychiatryczne 1930 r.

A. Ombredane. Les Troubles Mentaux de la Sclérose en plaques.

G. Steiner. Multiple Sklerose origin. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 1933 r.

Siem. Beiträge zur Literatur über multiple Sklerose. Unfallmed. 1936 r. (str. v. Zentralblatt. Bd. 84).

F. Kehrer. Ätiologie der multiplen Sklerose und Unfall. Med. Welt 1936 (str. v. Zenaralblatt. Bd. 81).

GLIOMA DIFFUSUM.

(Przyczynek do kazuistyki zaburzeń psychicznych organicznych oraz późnej padaczki ¹⁾)

(Z 2 tablicami mikrofotografij).

podali

JÓZEF HANDELSMAN (część klinicz.) i ZYGMUNT MESSING (część anatom.)

Przypadek nasz dotyczy 45-letniego osobnika, wyzn. mojż., który przybył do szpitala w Tworkach 25.II.34r., zmarł 18.II.36 r. Według wywiadów otrzymanych od rodziny, w 1917 r. przechodził on jakies *zaburzenie psychiczne*: był apatyczny, cierpiał na bezsenność, miał myśli samobójcze; *chorował pół roku*, poczym jako by wyzdrowiał, po kilku latach ożenił się, miał dwoje zdrowych dzieci. Był zawsze spokojny, zrównoważony, alkoholu nie używał. W 1923 r. *zachorował, zaczął miewać napady padaczkowe*, leczył się systematycznie, napady powtarzały się rzadko, co kilka miesięcy. Napady te powtarzały się w przeciągu 6 lat, poczym była przerwa przez przeszło 5 lat; na 9 miesięcy *przed przybyciem do szpitala ponownie zachorował psychicznie*: stał się niespokojnym, mówił do siebie, wykrzykiwał, że zabrali mu żonę i dzieci, że ojciec jego był prorokiem, że on też jest prorokiem, przestał pracować, zaczął wypowiadać myśli samobójcze i inne depresyjne — dzieci jego są ciężko chore, nie ma żony itd. *Napadów padaczkowych nie miewał.*

Przy przyjęciu do szpitala spokojny, przystępny, źle orientujący się w czasie, miejscu i otoczeniu; podaje, że od roku choruje, „od roku zaczął się ten sekret; niech lekarz nie myśli, że go wyleczy, wyleczyć można człowieka, a on ma głowę z blachy; on jest ciężko chory, więc i dzieci też są chore, mają taką chorobę jak i on nie uleczalną; on jest prorokiem i sam siebie zgubił; żyć nie warto, musi umrzeć; posiedzi tutaj miesiąc — dwa i zrobią z nim koniec; kocha swoją śmierć, duszę by za nią oddał”.

Na oddziale ruchliwy, ale zawsze jakby depresyjny, nieśmiały, wypowiada przekonania pesymistyczne co do swojej choroby; woli umrzeć. Skarży się na bóle głowy, na które cierpi, jak mówi *od urodzenia*. Twierdzi, że jest prorokiem, jego ojciec i dziad byli prorokami. Nie przyznaje się do omamów; twierdzi, że *nie*

¹⁾ Pokaz preparatów mikroskopowych odbył się na posiedzeniu Polsk. Tow. Psych., Oddział Warsz., dn. 14.VI.1936 r.

czuje zupełnie smaku. Chory naogół zorientowany w miejscu, wykazuje wyraźne defekty orientacji w czasie, nie wie jak długo jest w szpitalu, jaka data, kiedy się ożenił itd. Kontakt z chorym naogół bardzo powierzchowny, nie rozumie wielu pytań, trudno mu się wystawić, *brak mu słów*. Zdolności rachunkowe wykazują wyraźne defekty, pamięć i zapamiętywanie osłabione. Prymitywne urojenia prześladowcze i wielkościowe, a także depresyjne. Apatyczny, równocześnie zaś nieco natrętny. Nie udaje się stwierdzić autyzmu.

W dalszym przebiegu choroby otępiały, nudny, natrętny, stereotypowy w żądaniach; nie zdradza szerszych zainteresowań; czasem staje się ruchliwy, wówczas mówi wiele, choć i wtedy występuje wyraźnie ubóstwo myślowe i stereotypowość. Tępieje coraz bardziej intelektualnie, staje się jakby euforyczny, często bardziej dziwaczny i nedorzeczny. Sporadycznie nie chce przyjmować pokarmów i musi być wówczas karmiony przymusowo. W końcu drugiego roku pobytu w szpitalu objawy dementywnego splątania w połączeniu z euforyczną gadatliwością występują coraz wyraźniej, często hałaśliwy, nie sypia po nocach: drze bieliznę, brzdzi, zanieczyszcza się moczem a niekiedy i kałem; hałasuje po całych dniach i nocach, mało sypia; przyczym stale i stereotypowo natrętny. Wszystkie urojenia powoli zanikają, natomiast euforia coraz wyraźniejsza. Po 2 latach chory nie orientuje się zupełnie w czasie, defekty orientacji w otoczeniu; uczuciowo obojętny; żadnego zainteresowania. Pod koniec wreszcie pobytu stan euforycznego otępienia ze skłonnością do dowcipkowania (stan włostny — moria), stale zanieczyszczanie się moczem i kałem.

Pod koniec życia, pomimo ciężkiego stanu fizycznego częściowo zachowana przytomność, czasem odpowiada na pytania, mówi, „że nic już z niego nie będzie, już nie wiem co się dzieje, nic nie wiem“.

W czasie pobytu w szpitalu chory miewał szereg napadów *padaczkowych*; po raz pierwszy w 2 miesiące po przybyciu do szpitala; napad poprzedzony był krzykiem, nie było kurczów klonicznych, moczu pod siebie nie oddał, wykonywał jakieś ruchy kończynami; po napadzie zasnął, napadu nie pamiętał. Powtórny napad w nocy po następnych 2-ch miesiącach; chory wiedział, że miał napad nerwowy, przykładła do niego dużą wagę; zapytuje, czy to dobrze, czy źle. W 4 dni po drugim napadzie 2 napady padaczkowe w nocy. Od tego dnia przez czas dłuższy brak napadów padaczkowych, miewał jedynie ekwiwalenty padaczkowe, polegające na tym, że zrywał się i wydawał dźwięki przypominające pianie, czasem bez wyraźnego napadu spadał z łóżka.

W 1½ roku po 4-ym napadzie padaczkowym rozpoczęły się *wyraźne* napady padaczkowe, początkowo pojedyncze, potem po parę razy dziennie, wreszcie całe serie napadów; po kilkudniowej przerwie, na 5 dni przed śmiercią napady padaczkowe stają się bardzo częste, występują stany padaczkowe po 25—34 napadów na dobę.

Stan cielesny po przybyciu chorego do szpitala: budowy prawidłowej, typu mieszanego. Żrenice równe, okrągłe, reagują na światło. Odruchy okostnowe i ścięgniste z kończyn górnych w normie; kolanowe wzmożone, przyczym *odruch kolanowy lewy żywszy, rzepkotrzęs, odruch Babińskiego i Oppenheima lewostronnie dodatni*; odruchy brzuszne i mosznowe — normalne; odruchy nosowobródkowy i nosowo-oczny obustronnie dodatnie.

W sierpniu 1934 r. tj. w pół roku po przybyciu chory zaczął się skarżyć na *piekący ból w całym lewym ramieniu*, a w kilka dni później na taki sam ból w ca-

tej lewej połowie ciała. Na bóle te uskarżał się przez parę tygodni. W połowie września stwierdzono *obrzęk lewej dłoni*, a w październiku zaczął się uskarżać na bóle w stawie barkowym lewym, starał się kończyną tą wykonywać jak najmniej ruchów: przy badaniu stwierdzono wyraźne ograniczenie ruchów we wszystkich stawach, zwłaszcza w stawie barkowym oraz wyraźne osłabienie siły mięśniowej z *obrzękiem* lewej dłoni i przedramienia aż do stawu łokciowego. Ruchy dowolne we wszystkich stawach tej kończyny bolesne. Po paru miesiącach wszystkie te objawy — obrzęk, ból, ograniczenie ruchów, zmniejszenie siły mięśniowej stopniowo mijają i po 6 miesiącach minęły zupełnie, tak że ruchy i siła mięśniowa obustronnie są jednakowe i pozostają jedynie objawy odruchowe, tak jak na początku obserwacji szpitalnej.

Badanie krwi, moczu, dna oka, oraz odczyn Wassermana nie wykazują odchyłeń od normy. Stan taki trwa przeszło rok aż do czasu wystąpienia serii napadów padaczkowych; na 2 tygodnie przed śmiercią zaobserwowano niedowład lewego nerwu twarzowego, a na tydzień przed śmiercią wystąpiło porażenie lewostronne połowicze.

Przystępując do analizy klinicznej naszego przypadku stwierdzamy, że na pierwszy plan długotrwałego, bo 19 lat trwającego cierpienia układu nerwowego występują *objawy padaczkowe* — przez 6 lat miewał on napady padaczkowe, zresztą niezbyt często — wówczas leczył się, otrzymywał luminal, a po 5 letniej przerwie beznapadowej, zjawiły się napady ponownie, pod wpływem gardenalu napady były nieczęste, jednak w psychice chorego stwierdzaliśmy już wówczas niektóre zresztą nienajważniejsze cechy padaczkowe — natrętność, oligofazję, stwierdzaliśmy również ekwiwalenty padaczki. Umiera przy objawach stanu padaczkowego.

Już na kilka lat przed ujawnieniem się padaczki u chorego obserwowano *zaburzenia psychiczne* trwające około pół roku, charakteru depresji psychicznej z myślami samobójczymi. Jaka była treść psychozy ówczesnej trudno obecnie dokładnie odtworzyć. W 10 lat po ujawnieniu się padaczki rozpoczęły się ponownie zaburzenia psychiczne, które nosiły już wyraźnie charakter zaburzeń psychicznych organicznych — obok depresji, obok urojeń prześladowczych i depresyjnych, a częściowo wielkościowych, występują zaburzenia orientacyjne, później wyraźne postępujące zaburzenia inteligencji, stopniowe zubożenie uczuciowe, euforia, skłonności do dowcipkowania (moria), stereotypowość. Można byłoby wówczas przypuszczać, że u chorego rozwija się otępienie padaczkowe i dopuszczalnym byłoby przypuszczenie, że i pierwsze zaburzenie psychiczne, (nie obserwowane przez nas), było zaburzeniem psychicznym tego samego typu (szczegółowych danych brak).

Jednak badania neurologiczne już na początku naszej obserwacji skierowały uwagę na to, że mamy do czynienia z ogniskowym cier-

pieniem układu nerwowego ośrodkowego. Przy braku reakcji serologicznych, przy braku zmian w źrenicach, oraz przy braku zmian na dnie oka, a także przy braku porażień stwierdziliśmy zaburzenia w odruchach, pozwalające przypuszczać zajęcie dróg piramidowych w mózgu w półkuli z prawej strony. W przebiegu cierpienia przyłączyły się przejściowo objawy talamiczne (piekący ból początkowo w lewym ramieniu, a później w całej lewej połowie ciała) oraz objawy naczyniowo-ruchowe (obrzęk), aż wreszcie wystąpił niedowład lewych kończyn, który również po kilku miesiącach minął zupełnie, by pod koniec życia wystąpiło kompletne lewostronne porażenie.

Zsumowawszy wszystkie te dane — padaczkę, otępienie psychiczne oraz objawy neurologiczne postawiliśmy za życia rozpoznanie otępienia padaczkowego powstałego na skutek *nowotworu mózgu*, nie określając dokładnie lokalizacji, jedynie umieszczając nowotwór w prawej półkuli mózgu z zajęciem kory w okolicy czołowej, torebki wewnętrznej oraz podkory w okolicy wzgórza wzrokowego.

Badania anatomiczne potwierdziły częściowo rozpoznanie ogólne, nie wyjaśniły nam jednak w jakich warunkach mógł nastąpić zanik objawów talamicznych oraz dlaczego ustąpiły objawy porażenne. Brak zmian na dnie oka można prawdopodobnie objaśnić powolnym rozwojem procesu nowotworowego, którego charakter przypominał raczej obraz zapalenia mięszonego niż obraz uciskowy, zwykły nowotworom mózgu. Trudno określić na podstawie badania anatomicznego jak długo trwał proces rozwoju nacieku nowotworowego.

Na zasadzie jednak przebiegu klinicznego pozwalamy sobie wyrazić przypuszczenie, że rozwój procesu nowotworowego rozpoczął się *przynajmniej na 13 lat przed śmiercią*, tj. od chwili wystąpienia pierwszych napadów padaczkowych, i że w naszym przypadku, jak to bywa nierzadko, napady padaczkowe występujące w późniejszym wieku (u naszego chorego w 31-ym roku życia) były pierwszym objawem rozwijającego się procesu nowotworowego.

Co się tyczy zaburzeń psychicznych, to pozwalamy sobie wyrazić przypuszczenie, że proces nowotworowy w mózgu nie był przyczyną pierwszego zaburzenia psychicznego — depresji w 1917 r.; jest jednak możliwym, że zarówno psychoza w 1917 r., jak i ostatnie cierpienie układu nerwowego od 1923 do 1936 r. rozwinęły się na tle zwyrodnienia osi nerwowej. Zaburzenia psychiczne zaś, które ujawniły się mniej więcej od połowy 1933 r. i nosiły już wyraźne cechy zaburzenia psychicznego organicznego powstały na skutek nowotworu mózgu. Przypadek nasz pod względem topistycznym ma pewne znaczenie dla kazuistyki zaburzeń psychicznych w przebiegu guzów mózgu, wobec

tego, że guz umiejscowiony przede wszystkim w zakrętach czołowych prawych wyzwolił objawy psychiczne, które większość autorów uważa za charakterystyczne dla tych okolic mózgu¹⁾).

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: Tumor in gyro frontale dextro III. Malacia centri semiovalis lobi frontalis dextri. Hyperaemia meningum. Atheromatosis arteriarum baseos cerebri. Bronchopneumonia. Hypostasis pulmonum. Adhaesiones pleurae. Dilatatio ventriculi dextri cordis, hypertrophia ventriculi sinistri. Myodegeneratio cordis. Offuscatio parenchymatosa hepatis et renum.

Sekcja wykonana w 21 ½ godzin po śmierci.

Z protokołu sekcyjnego: Waga mózgu 1325,0. Opony miękkie są cienkie, przezroczyste, naczynia ich są wypełnione krwią. Zakręty ciemieniowe i tylna część czołowych są zlekka przypłaszczone. Komory boczne nieznacznie rozszerzone. Na przekroju poprzecznym niedaleko prawego bieguna czołowego tuż pod korą drugiego zakrętu czołowego znajduje się jama po rozmięknieniu, wielkości orzecha laskowego, o ścianach żółtawych. Na powierzchni następnego przekroju poprzecznego przez prawy zraz czołowy znajduje się rozmięknienie całego środka półjajowego, ponadto w okolicy prawego III-go zakrętu czołowego tkanka różowa bez wyraźnych granic gubi się w tkankach otaczających. Lewy zraz czołowy bez zmian. W pozostałych częściach układu nerwowego ośrodkowego zmian makroskopowych nie stwierdza się.

Badanie mikroskopowe układu nerwowego ośrodkowego. Na przekrojach przez półkule mózgowie, barwionych sposobem Weigerta - Pala i dobarwianych parakarminem, w okolicy prawych zrazów czołowych tam, gdzie makroskopowo występowała torbiel i rozmięknienie środka półjajowego (ryc. 1) widać prawie całkowite wyświetlenie środka Vieussena; tylko dolna część środka jest mało zmieniona. Wyświetlenie w górnym zakręcie czołowym jest nierównomierne, plamiste, widać tu liczne ubytki okrągłe lub owalne. Na preparatach, dobarwionych parakarminem, widać zniszczenie cytoarchitektoniki: zamiast typowego uwarstwienia komórek zwojowych znajdują się gęsto ułożone okrągłe jądra. Wspomniane ubytki okrągłe i owalne przechodzą w pola sitowate. W miarę posuwania się ku tyłowi pola sitowate powiększają się, wreszcie zajmują bezmała cały środek półjajowaty. W wyświetlonej istocie białej i w ścianach pól sitowatych bardzo wybitne zwiększenie ilości jąder glejowych.

Na przekroju przez okolicę przedniego bieguna zwojów podstawnych (ryc. 2) cały środek półjajowaty, nawet w częściach dolnych jest wyświetlony. W środku półjajowatym i w spoidle wielkim znajdują się obszerne pola sitowate. Na skrawkach dobarwionych parakarminem w całym zrazie czołowym zniszczenie cytoarchitektoniki. Naciek zajmuje również istotę białą, zachodzi częściowo na łupinę i jądro ogoniaste.

Dalej ku tyłowi w okolicy ciała kolankowatego zewnętrznego naciek zajmuje operculum gyri frontalis III i zakręt czołowy III. Częściowo wyświetlone są fasciculus uncinatus, claustrum i capsula externa.

W zrazach ciemieniowych i potylicznych zmian nie stwierdza się.

Tak przedstawia się prawa półkula mózgu.

¹⁾ por. *J. Rothfeld*. Rocznik psychiatr. 1935, zeszyt XXV, str. 69 i n., tu odnośne piśmiennictwo.

W lewym biegunie czołowym środek Vieussena jest wyswietlony. Wyświetlenie jest nierównomierne. Dalej ku tyłowi wyświetlenie spoidła wielkiego, zwłaszcza jego części dolnej, górna jest mniej zmieniona. Lekkie plamiste zwyrodnienie środka Vieussena zrazu ciemieniowego i skroniowego. W płatach potylicznych zmian nie stwierdzamy.

Wszędzie w korze lewej półkuli cytoarchitektonika zachowana, nigdzie nie widać takich nacieków, jak w półkuli prawej.

Na preparatach barwionych sposobem *Nissla* w przedniej części prawego zrazu czołowego cytoarchitektonika kory jest zachowana, budowa komórek zwojowych i naczyń jest prawidłowa, w warstwie drobinowej dużo komórek *Hortegi*; natomiast w istocie białej podkorowej widać bardzo liczne jądra glejowe, ciemne, bogate w chromatynę. Ściany naczyń krwionośnych są naciezione makrofażami napełnionymi zielonym barwikiem.

W tylnej części prawego zrazu czołowego widać stopniowe znikanie prawidłowego utkania kory mózgowej. Przy małym powiększeniu całe pole widzenia jest usiane kępkami ciemnych jąder, przy większym (ryc. 3) — komórki zwojowe są otoczone licznymi trabantami, tu i ówdzie widać bujające astrocyty. Wzdłuż naczyń włosowatych (ryc. 4) leżą szeregi ciemnych rozpleniających się jąder glejowych. W niektórych miejscach widać, że właśnie komórki glejowe leżące tuż u ściany naczynia są źródłem bujającego gleju. Stopniowo kępki trabantów otaczających komórki zwojowe zagęszczają się (ryc. 5), aż wreszcie widać zwartą masę ciemnych podłużnych, lub okrągłych jąder glejowych, wśród których tu i ówdzie zdarzają się komórki nerwowe. Należy podkreślić, iż wśród bujających komórek glejowych jest niewidoczna, w każdym razie nie posiada jej każda poszczególna komórka. Komórki glejowe tłuszczu nie zawierają. Miejscami układają się nakształt różyczek. W preparatach barwionych metodą Bielschowsky'ego widać liczne włókienka, nie wiadomo, czy glejowe, czy włókna osiowe. Mamy tu do czynienia z tkanką nowotworową. Skupienie komórek nowotworowych w korze jest bardzo gęste w warstwie drobinowej. W tych miejscach (ryc. 6) powierzchnia mózgu jest nierówna, guzowata, tu i ówdzie zrasta się z oponami miękkimi i przechodzi na nie.

W istocie białej podkorowej tylnych części prawych zakrętów czołowych stwierdzamy takie same bujanie jąder glejowych, jak w korze. Gdzie liczba jąder glejowych jest mniejsza, tam wyraźniej występują astrocyty, zdarzają się komórki tuczne. W nacieku nowotworowym istoty podkorowej widać liczne jamy (ryc. 7), tworzy się siatka. W okach sieci znajdują się resztki syncytium glejowego (ryc. 8) w postaci wojułko, barwiącego się metachromatycznie; tworzy się obraz znany pod mianem „status spongiosus”.

Barwienie tłuszczu wykrywa jego obecność i komórek tłuszczonośnych, barwienie sposobem Spielmeyera — balonowate i wrzecionowate wzdęcia nielicznych ocalałych włókien rdzennych, metoda Bielschowsky'ego — liczne włókna osiowe.

W okolicy zakrętów śródkorowych kora jest nie zmieniona, natomiast w istocie podkorowej wybitne skupienia komórek nowotworowych.

W okolicy przedniego bieguna zwojów podstawnych zmian nie widać, dopiero tam, gdzie wyłania się jądro ogoniaste i łupina, wzdłuż lamina terminalis externa wdzierają się masy nowotworowe. W ten sposób zniszczona jest przednio-

górną część torebki wewnętrznej. W przedniej części spoidła wielkiego znajduje się skupienie komórek nowotworowych. Róg Ammona jest od nich wolny.

Pozostałe części mózgowia są bez zmian, z wyjątkiem bocznego kąta komory IV-ej, gdzie pod wyściółką znajduje się naciek nowotworowy, także naciek — w splocie naczyniówki mózgowej. W białej istocie mózdzku tu i owdzie zagęszczenie jąder glejowych.

Do naszkicowanego obrazu anatomicznego należy dodać, że często w zmienionej nowotworowo korze mózgowej znajdujemy wylewy krwawe. Naczynia włosowate miejscami są balonowato rozszerzone. Przeważnie w istocie podkorowej ściany naczyń są nacieczone komórkami żernymi, przepelnionymi ziarenkami barwika zielonego. Taki sam barwik wberają bujające astrocyty. Tu i owdzie gęste nacieki limfocytowe naokoło naczyń, a w nowotworowo zmienionej korze nacieki składają się z komórek żernych napelnionych żłoto-brązowym barwikiem.

W nienacieczonej nowotworowo korze cytoarchitektonika jest zachowana, lecz komórki zwojowe kory są wybitnie stłuszczone. W bezpośrednim sąsiedztwie z wybitnie zmienioną korą zakrętów czołowych cytoarchitektonika jest całkowicie zniszczona.

Barwienie sposobem Holzera nie wykazuje pomnożenia włókien glejowych.

W warstwie drobinowej znaczna liczba komórek Cajala. Wreszcie w regio frontalis agranularis pod naczyniówką na membrana limitans superficialis znajduje się prosowaty guzek, zawierający duże komórki, trudno określić zwojowe, czy glejowe.

Opony miękkie są zgrubiałe, obrzękłe, przekrwione. Miejscami naczyniówka jest nacieczona makrofagami. W części tylnej III zakrętu czołowego prawego opona miękka jest zrośnięta z korą, która tu jest nowotworowo nacieczona.

W obrazie histologicznym przypadku naszego *dominuje bujanie gleju*. Rozplen gleju zaczyna się około komórek zwojowych kory i wzdłuż naczyń krwionośnych.

Widzimy bardzo silne pomnożenie satelitów naokoło komórek zwojowych. W kierunku ku powierzchni kory liczba ich stopniowo wzrasta, ostatecznie widzimy ich tak dużo, że zupełnie zacierają obraz tkanki podścieliskowej, powstaje tkanka bardzo gęsto usiana jądrami glejowymi, najgęściej skupiają się jądra glejowe w powierzchniowej warstwie kory.

W wielu miejscach, wzdłuż naczyń układają się liczne ciemne podłużne jądra, tworząc grube mufki. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że są to rozpleniające się komórki przydanki, ściślej jednak analiza wykazuje, że mamy do czynienia z rozmnażającymi się komórkami gleju skąpordezewiastego. Jednak ani te, ani komórki powstałe z trabantów nie zachowują typowej budowy, nie są to komórki okrągłe z jądrem okrągłym i jasnym polem w zarodku, przypominają-

ce „nid d'abeille“, są to komórki zarodkowe takie, jakie spotykamy w rdzeniakach (medulloblastoma).

Takimiż małymi komórkami usiana jest istota biała podkorowa. Widzimy tu szprychowato ułożone pasma gęściej zwartych komórek glejowych. Tu, oprócz komórek oligodendrogleju, spotykamy rozrastające się astrocyty i komórki tuczne, wbijające ziarenka barwika zielonego, czasami żółto-brunatnego. W wielu miejscach istoty podkorowej tkanka ma wygląd gąbczasty (status spongiosus). Proces ten występuje również w korze mózgowej, lecz daleko rzadziej.

Pomimo pewnych cech wstecznych zwłaszcza w istocie białej — status spongiosus — a wobec wybitnie progresywnego charakteru sprawy nie możemy mówić o sprawie zwyrodnieniowej. Nie możemy również mówić o zapaleniu, choć tu i owdzie zdarzają się nacieki limfocytowe okołonaczyniowe, lecz są to obrazy wyjątkowe. Samodzielne, niezwykle silne bujanie komórek glejowych skłania nas do rozpoznania nowotworu. Przerzuty do opon miękkich przemawiają również za nowotworem i według *Cassierera i Lewy'ego* same decydują o charakterze nowotworowym sprawy. Brak powiększenia rozmiarów narządu nie przemawia przeciw nowotworowi, co już uzasadnił *Matzdorf* w jednej z prac swych. Zresztą miejscami powierzchnia kory mózgowej ma wygląd rozrostu guzowatego.

Nowotwór ma tu charakter niezwykły. Nie ma tu macierzystego zwartego guza, który by dawał przerzuty. W przypadku naszym największe i najgęstsze masy nowotworowe znajdują się w dolnych zakrętach czołowych po stronie prawej. Masy nowotworowe zajmują istotę podkorową i korę, są rozlane, składają się z komórek gleju. Nie możemy mówić tu o glejaku (glioblastoma) w zwykłym znaczeniu tego słowa, o glejaku, który, jako ciało obce, rozrasta się i rozpycha tkankę macierzystą, tu komórki nowotworowe naciekają tkankę mózgową, gęstość ich miejscami dochodzi do tego stopnia, że z poza nich nie widać tkanki mózgowej. Biorąc pod uwagę ten właśnie charakter nowotworu, sądzę, że należy zaliczyć go do rzadkiej sprawy tzw. glioblastomatozy, lub, jak inni mówią, do tzw. rozlanego glejaka (glioma diffusum). Zaledwie kilka jest w piśmiennictwie podobnych przypadków (*Cassierer-Lewy, Matzdorf, Bielschowsky, Jakob, Hallervorden*). Przypadki te nie są identyczne z naszym. W polskim piśmiennictwie *J. Mackiewicz* opisuje podobny przypadek. *Hallervorden* w wielkim podręczniku *Bumkego* wspomina o takich przypadkach w artykule: „eigenartige und nicht rubrizierbare Prozesse“. Tytuł artykułu *Hallervordena* stwierdza jak niezwykłą jest sprawa.

Pod jednym jeszcze względem przypadek nasz jest niezwykle. Bujające komórki glejowe pochodzą z komórek trabantów i z gleju otaczającego naczynia, a więc z gleju skąpodrzewiastego. Oligodendroglej jednak nie zachowuje tu swojej charakterystycznej budowy, jak w zwykłych oligodendrogliomatach, nie są to okrągłe komórki z dość dużym jądrem i jasnym polem w cytoplazmie naokoło jądra, a nagie jądra, bez plazmy, okrągłe, owalne, czasami podłużne — takie, jakie spotykamy w rdzeniakach. Zgadzało by się to z przypuszczeniem *Hortegi*, że glej skąpodrzewiasty powstaje z medulloblastów. Bardzo podobny przypadek opisał *F. Kino*.

Sprawa umiejscawia się tylko w półkuli prawej, w płacie czołowym. Największe natężenie stwierdzamy w tylnodolnej części płata czołowego, skąd sprawa rozprzestrzenia się ku przodowi i ku tyłowi, ku zwojom podstawnym, drąży między jądrem ogoniastym i łupiną niszcząc przedniogórną część torebki wewnętrznej. Ponadto znajdujemy naciek nowotworowy w spoidle wielkim, w kącie dna komory IV i w splocie naczyniówki mózgowej.

PIŚMIENICTWO.

- Bielschowsky*. Epilepsie und Gliomatosis. J. Psych. u. Neur. 21, Erg. H. 2. 1915.
- Cassierer* und *Lewy*. wg *Hallervordena*.
- Hallervorden*. Eigenartige und nicht rubrizirbare Prozesse. Handb. d. Geisteskr. Bd. XI.
- Jacob*. Zur Pathologie der Epilepsie. Z. Neur. 23. 1914.
- London-Frets*, wg *Bielschowsky*'ego.
- Mackiewicz J.* Glioblastomatosis diffusa cerebri multilocularis (amitotica). Roczn. Psych. z. XIV/XV. 1931.
- Matzdorf* wg *Hallervordena*.

Objaśnienie rycin.

- Tabl. I. Ryc. 1. Barwienie sposobem Weigerta-Pala. Powiększenie lupowe. Płat czołowy prawy. s — pola sitowate. c. V. — ośrodek Vieussena wyświetlony.
- Ryc. 2. Barwienie i powiększenie j. w. Okolica przedniej części zwojów podstawnych. s — pola sitowate.
- Tabl. II. Ryc. 3. Barwienie sposobem Nissla. Obj. 7. Kora okolicy czołowej prawej. Wybitne pomnożenie oligodendrogleju około komórek zwojowych.
- Ryc. 4. Barwienie hematoksyliną i eozyną. Powiększenie j. w. Kora okolicy czołowej prawej. Rozplen gleju (n) wzdłuż naczynia krwionośnego (k).

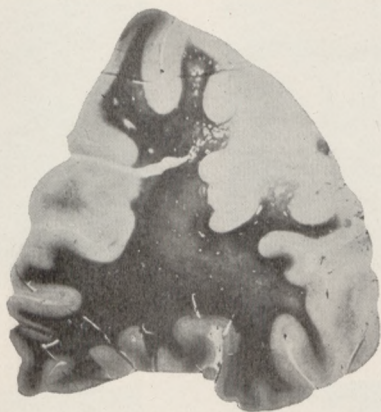
Ryc. 5. Barwienie sposobem Nissla. Obj. 3. Nowotworowo nacieczona (n) i guzowato rozrośnięta kora okolicy czołowej prawej.

Ryc. 6. Barwienie i powiększenie j. w. Kora okolicy czołowej prawej. Naciek nowotworowy (n) opony miękkiej przechodzi na warstwę drobinową (n₁), która (str. z.) jest wybitnie zgrubiała i w której widać skupienia astrocytów (a) bujających.

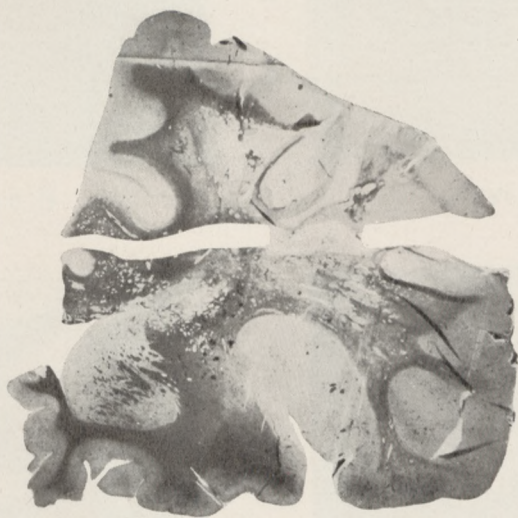
Ryc. 7. Barwienie i powiększenie j. w. Kora okolicy czołowej prawej. Status spongiosus. Naciek nowotworowy (n).

Ryc. 8. Barwienie sposobem Bielschowsky'ego. Obj. 7. Istota podkoro-wa okolicy czołowej prawej. Status spongiosus. Resztki zmienionego syn-cytium (s).

Tablica I

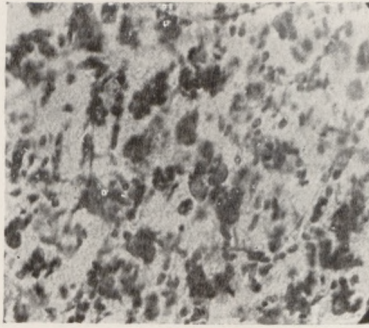


ryc. 1

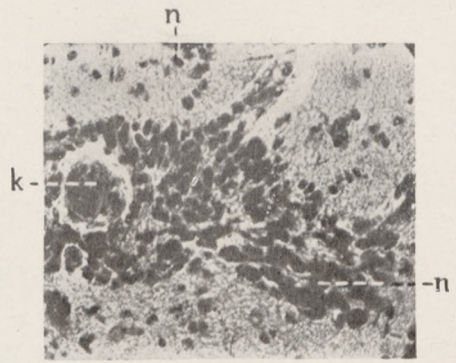


ryc. 2

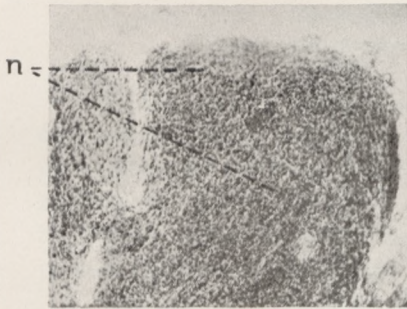
T a b l i c a II



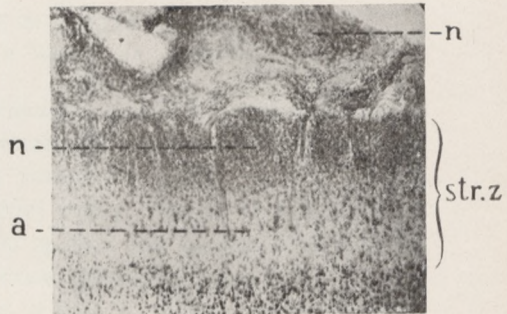
ryc. 3



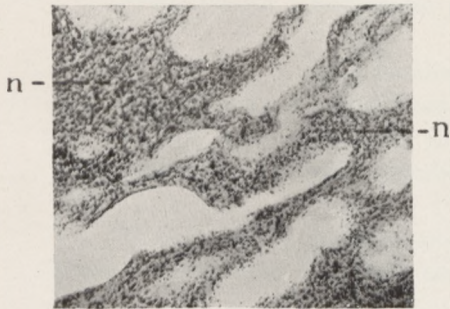
ryc. 4



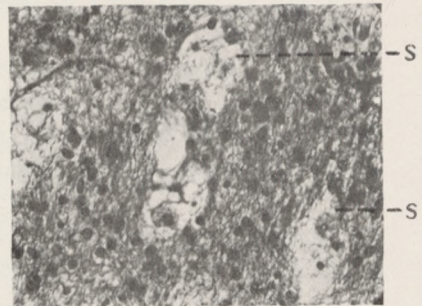
ryc. 5



ryc. 6



ryc. 7



ryc. 8

UWAGI Z POWODU ARTYKUŁU ZYGMUNTA FREUDA

p. n.

„PSYCHOANALIZA, KTÓRA SIĘ DAJE ZAKOŃCZYĆ I TAKA,
KTÓRA DŁUŻY SIĘ BEZ KOŃCA“ *)

podał

Dr. MAURYCY BORNSZTAJN
ord. oddz. psychiatr. w Szpitalu na Czystem.

Każdy artykuł twórcy psychoanalizy godzien jest głębokiego zastanowienia, budzi refleksje, zniewała do porównań z doświadczeniem własnym, słowem, pomnaża znakomicie naszą wiedzę psychoanalityczną. Jeżeli dotyczy to każdej pracy *Freuda*, to tym bardziej tej właśnie ostatniej, która omawia sprawę tak sporną, tyle budzącą jeszcze dotąd wątpliwości, jak sprawa zakończenia analizy.

Nie będę streszczał artykułu, o którym mowa, punkt za punktem, chcę się tylko tutaj zastanowić nad niektórymi, najważniejszymi kwestiami i poddać je dyskusji.

Freud stawia 3 zasadnicze pytania, na które stara się dać odpowiedź.

1) Czy jest w ogóle możliwe ostatecznie, na zawsze rozwiązać konflikt popędowy, a raczej konflikt z popędami.

2) Czy można osobnika, którego się uwolniło od jednego konfliktu uodpornić przeciw wszelkim innym możliwościom konfliktowym.

3) Czy należy, podczas analizy, ujawnić pacjentowi jakies możliwe w przyszłości konflikty chorobotwórcze, chociaż nie znalazły

*) „Die endliche u. die unendliche Analyse“ *Sig. Freud*. Intern. Z. f. Psych. H. Z. 1937. Według odczytu, wygłoszonego w Warsz. Kole psychoanalitycznym w grudniu r. ub.

one u osobnika jeszcze swego wyrazu, a czynić to tylko w celach prewencyjnych, zapobiegawczych.

Freud przy swoim wielkim, największym bodaj doświadczeniu, nie potrafi na nie dzisiaj odpowiedzieć, przyznaje się do tego, sądzi, że twierdząco na nie mogą odpowiedzieć tylko optymiści i ambitni (Optimisten u. Ehrgeizige). On sam zalicza się tym samym, przez swoją nadzwyczajną ostrożność i krytycyzm — do sceptyków. A sceptycyzm swój stosuje przede wszystkim do tych metod analitycznych, które były proponowane dotąd w celu skrócenia psychoanalizy. *Freud* odrzuca możliwości, wysunięte przez *Ranka*, załatwia się z jego schematem, wynikającym z jego teorii o urazie porodowym, w sposób równie szybki, jak dowcipny, przechodzi później do drugiego sposobu, stosowanego zresztą przez niego samego tj. sposobu stawiania terminu zakończenia analizy. Sposób ten uważa za śmiały, bohaterski, ale nie zawsze skuteczny, albowiem skuteczność jego zależy od 2-ch warunków: od umiejętności schwywania odpowiedniego momentu i dotrzymania obietnicy, a to nie zawsze się udaje. Ilustruje to przykładem własnym, dotyczącym owego znanego nam wszystkim pacjenta (z pracy „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, 1918), którego analizował lat temu 20, postawił w pewnym momencie termin zakończenia analizy, dotrzymał go, pacjent wyzdrowiał, ale po to, ażeby po pewnym czasie w zmienionych warunkach życia, zachorować powtórnie; oddał go wtedy *Freud* w inne ręce (*Ruth Mack Brunswick*), która analizowała pacjenta wielokrotnie i okazało się, że jeszcze wypłynęły u niej pewne, dotąd nie ujawnione fragmenty jego historii dziecięcej, po za tym resztki nie odreażowanego przeniesienia.

Więc wynika z tego *wniosek niezmiernej wagi, który Freud* podkreśla z całą stanowczością, że *wszelkie próby wcześniejszego, niż to wypływa z toku sprawy, zakończenia analizy, dotąd nie dały pożądanego rezultatu*. A więc należy raczej pozwolić procesowi psychoanalitycznemu rozwijać się samorzutnie aż do końca.

I tu zjawia się pytanie zasadnicze: kiedy mówić można o *końcu analizy*. Czy wtedy, kiedy znikają objawy nerwicowe, kiedy pacjent czuje się dobrze i nie widzi się przyczyny, dla której nastąpiłby miał nawrót nerwicy, albowiem tyle stłumień zostało uświadomionych, tyle oporów zniesionych, tyle niejasności wytlomaczonych, że obawy co do nawrotu wydają się płonne? Czy tym należy się zadowolić i to uważać za koniec analizy? Czy też postawić sobie cel szczytniejszy, bardziej ambitny, tj. czekać chwili, kiedy będzie można orzec, że osobowość chorego doszła do tego stopnia normalności, wszystkie luki pamięciowe z okresu dzieciństwa do tyła zostały wypełnione, że uzyskane zdrowie

jest czymś stałym, nieodwracalnym? I *Freud*, zastanawiając się nad tym problemem, zapytuje, czy jest to teoretycznie możliwe i praktycznie wykonalne.

Jeżeli chodzi o teorię, to *Freud* wypowiada szereg rozważań, które warto zapamiętać. Wszystkie tłumienia dokonywują się w dzieciństwie wczesnym przez niedojrzałe, słabe „ja”. W późniejszych latach nie ma nowych tłumień, ale owe dawne, dziecięce tłumienia istnieją nadal i zużytkowywane są przez jaźń w celu opanowywania popędów. Dziecięce tłumienia zależą od ustosunkowania wzajemnego sił, i wzmoczenie siły popędu sprawia, że tłumienia nie tworzą dla niego dostatecznej tamy, następuje jej przerwanie i dochodzi do tzw. *powrotu tłumionych popędów*, z którymi już osłabione „ja” nie może sobie dać rady. Psychoanaliza, jak wiadomo, doprowadza do rewizji owych dawnych tłumień, niektóre znosi zupełnie, inne umacnia lub, co ważniejsza, tworzy je z solidniejszego materiału, tak, żeby mogły stawić czoło wzmocnionym popędom. Słowem, analiza nie ma właściwie niczego innego na celu, jak następczą korekcję pierwotnych stłumień, korekcję, dzięki której przeciwstawić się może nadmiarowi popędu, dążącego do swej realizacji. I tu uwaga sceptyczna *Freuda*: cel ten nie zawsze jest do osiągnięcia, nie zawsze udaje się wyeliminować wpływ *wzmoczonego, nadmiernego popędu*. Słowem, liczyć się tu trzeba z momentem *ekonomicznym, na który dotąd nie zwracano dostatecznej uwagi*.

Przy nadmiernej sile popędowej jaźń dojrzała, wzmocniona na dodatek przez analizę, nie zawsze zdolna jest spełnić swe zadanie, nie zawsze będzie na stałe ową tamą, nie dopuszczającą do ujawnienia się popędu, nie zawsze zdolna będzie całkowicie scharmonizować ze sobą to wszystko, co zostało przez analizę wyprowadzone na jaśnień świadomości.

Opanowanie popędów, ich poskromienie (*Bändigug*) jest po analizie znacznie łatwiejsze, ale nie jest doskonałe, albowiem przeobrażenie mechanizmów tłumiących nie jest również doskonałe. A jeżeli tak, to skracanie analizy nie może być wskazane, albowiem w takim razie jaźń nie będzie w dostatecznej mierze wzmocniona, w dostatecznej mierze przygotowana, jeżeli wypadnie jej stawić czoło nadmiernej sile popędowej. I to jest jedna trudność do przezwyciężenia. Ale są i inne, z którymi uporać się jest może jeszcze trudniej. Przede wszystkim chodzi w analizie, jak wiadomo, o to, ażeby umożliwić jaźni scharmonizowanie elementów, zawartych w „onem”, w tzw. „Es”; po to, ażeby się to stało bez reszty potrzeba nie tylko tego warunku, który omawialiśmy dopiero co, tj., ażeby siła popędowa „onego” nie była ponad miarę wielka, ale i tego, ażeby owa jaźń była jak najbardziej do nor-

my zbliżona, tj. jak najbardziej odległa od tego stanu, w którym znajduje się w stanach zdecydowanie psychotycznych. Dlatego właśnie przeprowadzenie normalnej psychoanalizy z psychicznie chorym niemożliwym jest dlatego, że z jego jaźnią nie sposób zawierać paktu umowy, która by mogła doprowadzić do pożądanego rezultatu, tj. do zasymilowania, wchłonięcia, objęcia zawartości „onego”.

A więc stąd wniosek, że jaźń, któraby była do tego zdolna powinna być jak najnormalniejsza. Ale i jaźń neurotyka jest zmieniona, jest w pewnej mierze uzależniona, skrępowana, nie całkiem wolna. Od najwcześniejszego bowiem dzieciństwa posługuje się jaźń neurotyka mechanizmami obrony przeciw niebezpieczeństwom, płynącym z popędów, opancerza się przeciw lękowi, przeciw przykrości, które wypłynąć mogą z poddania się impulsom popędowym, i to wszystko nakłada swoiste piętno na jaźń neurotyczną. Te mechanizmy obronne, jeżeli nie wszystkie, to niektóre, utrwalają się w jaźni, zmieniają ją, nadają jej pewne cechy dziecięce, które przeważnie u człowieka dorosłego są zbędne, ale mimo to mają tendencję trwania; wedle dowcipnego porównania *Freuda*, stają się owymi instytucjami, które dążą do przetrwania w życiu, po za czas swej użyteczności. I te zmiany osobowości neurotycznej, jako rezultaty owych mechanizmów obronnych, stosowanych w dzieciństwie, stanowią niezmiernie ważny czynnik, przeciwstawiający się w słabszym lub silniejszym stopniu całkowitemu doprowadzeniu psychoanalizy do pomyślnego końca.

Neurotyk bowiem, właśnie podczas psychoanalizy reaktywuje niejako te mechanizmy obronne, i to są te najsilniejsze opory, z którymi mamy do czynienia, których zwalczanie trwać musi tak długo; owe mechanizmy ongiś służyły do obrony przeciw uczuciu przykrości, przeciw uczuciu lęku, przeciw urojonemu niebezpieczeństwu, tutaj w psychoanalizie, odżywają niejako i stają się szańcami, poza którymi ukrywa się jaźń przed nowym „niebezpieczeństwem”, przed wyzdrowieniem, przed nowym życiem, które obiecuje mu psychoanaliza, a którego się obawia wciąż jeszcze, jako czegoś, co kryje w sobie nowe niebezpieczeństwa. I dlatego analiza skrócona nie może mieć wartości, albowiem nie jest w stanie usunąć owych sprzeciwów, jakie stawia wyzdrowieniu sama jaźń w tych momentach psychoanalizy, kiedy jaźń pozwoliła niejako na odsłonięcie sobie zawartości owego uroczyska popędowego, owego „Es”, ale nie wyrzekła się swoich własnych sposobów reagowania, które zespoliły się z nią od dzieciństwa i z trudem wielkim kapitulują. Oczywiście, że i tu czynnik ekonomiczny ma duże znaczenie, i tu wiele zależy od tego, w jakim stopniu osobowość neurotyczna uległa zmianom, spowodowanym przez mechani-

zmy obronne dzieciństwa, a więc jak głęboko zakorzenione są owe opory, płynące z organizacji samej jaźni. Tu wkraczamy już w dziedzinę różnic indywidualnych, indywidualnych dyspozycji i tendencji, których wytłumaczyć nie potrafimy, a które stanowią dalsze przeszkody, o które potknąć się może i potyka się często psychoanaliza. Dyspozycje te dotyczą z jednej strony samego charakteru libido, która u jednych odznacza się „lepkością“, wskutek czego procesy psychiczne, przez analizę spowodowane, przebiegają o wiele wolniej, niż u innych; są to ludzie, którzy niejako z wielkim trudem decydują się na przesunięcie swej libido z dawnych obiektów na nowe. Typ, przeciwny temu ostatniemu, reprezentują znów ludzie o takiej libido, którą bardzo łatwo pobudzić do przesunięcia, ale przesunięcie to bywa najczęściej nie trwałe i po pozornym szybkim wyzdrowieniu, znów wszystko wraca do dawnych nastawień. Są to te przypadki, z którymi mamy czasami do czynienia, gdzie zdumiewamy się, jak szybko wszystko udaje się wydobyć, wytłumaczyć i doprowadzić do normy. Ale jest to tylko pozór, surogat zdrowia. Są to prawdopodobnie te przypadki, na których oparli swe koncepcje krótkich analiz różni psychoanalitycy typu *Stekla*. Wreszcie — last not least — jako przeszkody, stające na drodze skutecznemu zakończeniu analizy, będące źródłem najcięższych i najczęstszych oporów, to stosunek wzajemny obu prapopędów, ich podział, zmieszanie i rozszczepienie. Siła, reprezentująca popęd destrukcyjny, niszczycielski, płynąć może z dwu źródeł i dwojako się przejawiać. Z jednej strony pochodzi ona z nadzbyt srogiej nadjaźni, która nie pozwala długo na to, ażeby „ja“ wyzbyło się *poczucia winy i potrzeby kary*, a więc nie pozwala przestać cierpieć; z drugiej strony istnieje u pewnych typów ludzkich niezwiązana z nadjaźnią, ale swobodna, niezlokalizowana, samodzielna, pierwotna siła niszczycielska, która sprawia, że skłonność do podtrzymywania konfliktów wewnętrznych nie poddaje się wpływowi psychoanalityka przez długi czas, nie dający się ująć w żadne normy, nie dający się bliżej określić.

Zwrócimy jeszcze uwagę na fakt, że *Freud* poza trudnościami w psychoanalizie, które napotyka u pacjenta, widzi często przeszkody ze strony aktywnego partnera, tego dwugłosu, którym jest psychoanaliza. że popędy własne, dobrze trzymane na wodzy przez psychoanalityka, po pewnym czasie, pod wpływem intensywnej pracy psychoanalitycznej, mogą dać o sobie znać w jego psychice i wpływać na zahamowanie pomyślnego biegu leczenia.

Freud radzi, ażeby sam psychoanalitik co 5 lat poddawał się odnowa psychoanalizie.

Jeżeli zreasumujemy to wszystko, co było powiedziane wyżej, to łatwo dojść do wniosków bardzo pesymistycznych. *Freud*, przewidyując to, oświadcza, że nie twierdzi, jakoby każda psychoanaliza była czynnością bez końca, że każdy psychoanalityk ma niewątpliwie w swym dorobku szereg analiz, zakończonych pomyślnie i całkowicie, że jednak odróżniać należy analizy terapeutyczne od charakterologicznych, a w tych ostatnich niepodobna mieć wymagań zbyt wygórowanych i należy zadawać się sukcesem umiarkowanym, stwarzając tylko względnie najpomyślniejsze warunki dla funkcji jaźni.

Dla jednej i drugiej kategorii analizy uważa *Freud*, za najtrudniejszy problemat tematyczny, który nastęrcza nieprzewyciężone zazwyczaj trudności — kwestię kastracyjną, która u każdej płci przedstawia się oczywiście inaczej; u kobiet w postaci zazdrości o członek (*Penisneid*), u mężczyzn w postaci tzw. przez *Adlera* „protestu męskiego“, czyli negacji kobiecości, zapamiętałej hyperkompesacji męskości, której wyrazem jest według *Freuda* — jeden z najsilniejszych oporów przeniesieniowych: chory mianowicie nie chce poddać się psychoanalitykowi, jako *Imago* ojca, nie chce mu być w czymkolwiek zobowiązany, nie chce więc od niego przyjąć uzdrowienia.

Tak się przedstawia ostatecznie bilans doświadczeń i rozmyślań twórcy psychoanalizy na temat jej możliwości w sensie całkowitego uzdrowienia pacjenta. Jak widzimy z wszystkiego, co było powiedziane wyżej, bilans ten nie wygląda za nadto optymistycznie. Sam *Freud* ujawnia pod tym względem większy sceptycyzm, niż ktokolwiek z jego uczniów. Dowodzi to tylko tego, jak wielkie wymagania stawia sobie obecnie psychoanaliza, jako metoda lecznicza, do czego dąży, jak nie zadawała się byle jakim, przejściowym sukcesem.

Ja osobiście pozwolę sobie dodać kilka uwag, które może nie we wszystkim pokrywają się z twierdzeniami *Freuda* i tchną większym optymizmem.

1) Wszelkie próby skracania psychoanalizy (na wzór *Ferenziego* i innych) nie dały istotnie rezultatów pożądaných. Analiza musi być długa z natury rzeczy, albowiem nie chodzi dziś, jak to bywało w pierwszych okresach rozwoju psychoanalizy, tylko o usunięcie objawów neurotycznych, ale o przeoranie gruntu, na którym te objawy wyrosły, o możliwie głęboką przemianę osobowości neurotycznej. Z tego też względu nie bardzo dobrze rozumiem, dlaczego *Freud* przeprowadza linię demarkacyjną między analizami terapeutycznymi i charakterologicznymi. Pełna analiza terapeutyczna staje się z musu analizą charakterologiczną, i dlatego do każdej analizy należy, naszym zdaniem, przykładać te same kryteria doskonałości i pełni;

oczywiście, z wszelkimi zastrzeżeniami, dotyczącymi idealnej normy w ogóle.

2) Stawianie terminu zakończenia psychoanalizy uważam za krok ryzykowny, głównie dlatego, że zgodnie z moim doświadczeniem, sposób ten, zamiast skracać analizę, przedłuża ją, albowiem każdy neurotyk z chwilą kiedy usłyszy, że analiza ma się skończyć, natychmiast reaguje na to pogorszeniem, które ujawnia się nie tylko w skargach chorego, ale i w marzeniach sennych. Chory natychmiast sięga do arsenału zużytych już i, zdawałoby się, całkiem odreagowanych zespołów i demonstrowuje je wyraźnie. Dopiero po wyjaśnieniach, że są to próby obrony, oporu przed wyzdrowieniem, marzenia senne zmieniają swój charakter, ale przybierają postać złagodzoną, polegającą na kompromisowości. Chora np. z nerwicą lękową, której podłożem były zespół męskości i homoseksualne nastawienia, po nieopatrzonym powiedzeniu moim, że możemy się spodziewać wkrótce końca, produkować zaczęła marzenia senne, w których z jednej strony roztkliwiała się niemal nad psychoanalizą, a w drugim fragmencie tej samej nocy ujawniła wyraźne homoseksualne nastawienie do swej kuzynki.

Słowem, z zapowiadaniem końca analizy należy być bardzo ostrożnym, w ogóle nie zapowiadać, tylko czekać takiego marzenia sennego lub lepiej serii marzeń sennych, w których ujawnia się bezspornie koniec konfliktów, zmiana nastawień (np. w takich przypadkach, jak wyżej wymieniony, wyraźna zmiana nastawienia w kierunku męczyzny, własnego dziecka itd.). Wtedy należy oświadczyć, że analiza jest zakończona. W ogóle muszę położyć większy nacisk na treść marzeń sennych, jako kryterium postępów analizy, niż to czyni *Freud*. Jest to jednak sprawdzian najpewniejszy, *ceteris paribus* oczywiście, tj. w odpowiednim okresie analizy, kiedy materiał psychiczny — zawartość „Es” wydaje się wyczerpanym, a pozostały do usunięcia sprzeczny jaźni, które tak pięknie zostały uwydatnione w omawianej pracy *Freuda*.

Jeżeli mamy np. sen, który już przytoczyłem w odczycie swoim, wypowiedzianym w dniu jubileuszu *Freuda*, to możemy śmiało powiedzieć, że analiza dokonała w osobowości radykalnej zmiany.

Pozwolę sobie go przypomnieć. Chory z ciężką nerwicą natręctwa po 1½ rocznym, mniej więcej, trwaniu analizy śni sen następujący:

„Przed wejściem do domu mojego w Z. (miasto rodzinne) kręci się kilku cyganów: podejrzewam ich o *chęć okradzenia naszego mieszkania*. Wchodzę na *podwyższenie*, znajdujące się naprzeciwko naszego mieszkania, aby *stąd obserwować cyganów*. Stwierdzam z *zupełnym spokojem*, że *dom mój został zalany wodą* —

jest to dzieło cyganów. Znajduję się jakby na wyspie, wśród morza. Miejsce obserwacyjne przemienia się w mieszkanie współnika mego ojca. Wspólnik ten, zdolny mechanik, podejmuje się usunąć wodę i przywrócić ziemię do jej pierwotnego wyglądu. Myślę równocześnie o tym, że gdy nasze dzieło się nam uda, to jest, po usunięciu skutków potopu, trzeba będzie również wprowadzić większą sprawiedliwość do stosunków społecznych. Widzę, że dzieło się nam udało, woda całkowicie ustąpiła i płynie obecnie dwoma ujętymi w brzegi strumieniami, a przez szeroko otwartą bramę wchodzi nowa ludzkość, która ma zaludnić nową, odrodzoną ziemię. Nastrój uroczysty”.

Niepodobna przytaczać tu kojarzeń pacjenta, ale niewątpliwie one wraz z przejrzystą symboliką, pozwalają z całą stanowczością stwierdzić przewrót, jaki się dokonał w psychice, przewrót, który jednocześnie świadczy o końcu psychoanalizy. Chory z podwyższenia (wznosi się ponad konflikt) obserwuje, co robią cyganie (oczywista, że chodzi tu o zespół kastracyjny) w sposób twórczy i symboliczny sen wskazuje zrazu na rezultat zespołu kastracyjnego (utożsamienie się z matką — potop), poczym przezwycięzenie tego przy pomocy utożsamiania się z ojcem (wspólnik ojca, doskonały mechanik), z którym zespół opanowuje zalew i odradza się (nowa ludzkość wchodzi przez otwartą bramę). Jednocześnie bardzo pięknie przedstawiony jest tutaj zwycięski, radosny Eros w przeciwstawieniu do popędu niszycielskiego.

Rzadko zdarzają się tego rodzaju marzenia senne, ale fakt, że mogą istnieć, wskazuje, że możliwą jest rzeczą stwierdzenie końca psychoanalizy z olbrzymim prawdopodobieństwem. W tym przypadku pacjent od 3 lat jest zdrow zupełnie, chociaż życie ma ciężkie i, gdyby nie pomyślnie zakończona psychoanaliza, niewątpliwie byłby się już nie raz załamał.

3) Na pytanie, postawione przez *Freuda*, czy nie należałoby pacjentowi podczas analizy otwierać oczy na możliwe konflikty w przeszłości odpowiedziałbym negatywnie. Byłoby to postępowanie nie tyle przewidujące, ile nie pedagogiczne. Tu już śmiało można zastosować francuskie „trop de zèle”.

Tym samym twierdzę, że o ile analiza jest doprowadzona na prawdę do końca (a dowiodłem, że to jest możliwe), chory powinien być uodporniony na wypadek innych konfliktów.

4) Wreszcie jeszcze kilka słów w sprawie tych na czoło wszystkich konfliktów wysuniętego zespołu kastracyjnego, który tak trudno daje się opanować. Zgadzam się z tym, że istotnie wyrzeczenie się przez kobietę zespołu męskiego jest zawsze bardzo trudne i natrafia na ogromne przeszkody ze strony bądź nadjaźni, bądź wciąż chciwej jeszcze agresji i płynącego stąd poczucia winy. Natomiast nie mógł-

bym się całkowicie zgodzić z *Freudem*, że trudności w opanowaniu zespołu kastracyjnego u mężczyzny zależą wyłącznie od niemożności pogodzenia się z rolą bierną, od owego *adlerowskiego* „protestu męskiego” i płynącej wskutek tego, drogą przeniesienia, niechęci poddania się woli psychoanalityka (ojca). Na zasadzie własnego doświadczenia sądziłbym raczej, że w przedłużających się tak niepomernie analizach impotencji psychicznej ogromną rolę odgrywają trzy czynniki: a) czasami owa „lepkość” libido, trudność w przeniesieniu jej na inne niż w dzieciństwie obiekty, b) czasami znów na plan pierwszy występuje opór płynący z samego „Es”, opór, skierowany przeciw heteroseksualizmowi, który wymaga aktywności nie tylko seksualnej, ale i życiowej (założenie rodziny, zarobkowanie itp.), c) wreszcie opór najczęściej wypływający z nazbyt surowej, karzącej nadjaźni, która zmusza do przedłużenia cierpień, pomnażania trudności życiowych itd. Jeżeli chodzi o zespół kastracyjny u kobiet, o tzw. zespół męskości, tak trudny do zwalczania, to przytoczę marzenie senne 29-letniej kobiety z nerwicą lękowo-hypochondryczną, u której analiza trwa rok z okładem, gdzie materiał podświadomy zdaje się być wyczerpanym, gdzie samopoczucie jest tygodniami doskonałe, czasami zamacone przez pewne doznawania cielesne, jak drżenie wewnętrzne (w dołku), zaczerwienienie twarzy i górnej części klatki piersiowej z uczuciem gorąca i inne objawy o charakterze wegetatywnym, gdzie obok tego wyczuwana jest przez samą pacjentkę zmiana w psychice, polegająca na tym, że chora chętnie i z całym oddaniem się zajmuje się dzieckiem, znajduje zadowolenie w stosunkach płciowych, czego wszystkiego brak przed tym odczuwała boleśnie. A jednak analizy nie można uważać za skończoną, czego dowodem jest właśnie między innymi owo marzenie senne:

1) „stoję w sklepie z dzieckiem swoim na rękę (o wiele młodszym, niż jest dzisiaj) i kupuję szalik dla niego, widzę, że dziecko, które szalik bierze do ręki i zachwyca się nim, że taki ładny, ma wygląd taki, jakby nic nie widziało i stwierdzam z wielkim przerażeniem, że jest zupełnie ślepe.

2) Widzę sylwetkę dziadka (ojca ojca), majaczy się również sylwetka ojca, jestem przerażona, że widocznie jeszcze jestem chora, skoro mam tego rodzaju widzenia.

3) Przyjęcie u mnie w domu dla dzieci, gości synka mego, dużo dzieci, ja jestem bezradna, jak sobie z tym wszystkim poradzę?

Komentarza do 1-go fragmentu.

Straszne rzeczy przeżyłam w tym śnie, widzieć, jak dziecko mówi, że ten szalik jest ładny i jednocześnie stwierdzać, że ono nic nie widzi (płacze rzewnie). Po kilku słowach uspokojenie, że to przecież

coś musi oznaczać, że wie doskonale, że sen przez to chce coś powiedzieć, uspakaja się szybko i kontynuuje: tam kupiłam sobie w tych dniach szalik i, co dziwne, sklep, w którym się we śnie ta scena odbywała, przypomina mi sklep na Nowym Świecie, gdzie matka kupowała dla mnie wszystko, kiedy byłam malutka; często wtedy brała mnie na rękę, bo byłam niezdolna i nie chciałam chodzić, miałam właśnie wtedy około 3 lat, tj. tyle, ile ma synek mój w tym śnie...

Kojarzenia dalsze, dotyczące drugiego fragmentu — żadne, do trzeciego zaś: widać tu trudności w spełnianiu obowiązków matki.

Sen jest pięknie wyrażonym protestem przeciw kastracji, w projekcji na synka przeniesionym w formie klasycznej, edypowej; w drugiej części zamaskowani są mężczyźni, ci pierwsi mężczyźni, z którymi miała do czynienia w dzieciństwie, przy czym ojciec (ten najważniejszy) jest właśnie zamglony, zaś dziadek (który nie dawno umar), występuje zastępczo bardzo wyraźnie. Bezradność swoją w pełnieniu obowiązków matki, opiekunki dzieci, demonstruje w trzecim fragmencie.

Pogodzenie się z utratą męskości stanowi oto szkopuł, o który potyka się jeszcze ostateczne zakończenie analizy. Ale i w takich trudnych przypadkach nie należy tracić nadziei, że prędzej czy później przy umiejętnym, subtelnym potraktowaniu sprawy, można ją do pomyślnego doprowadzić końca.

Z Kliniki Psychiatrycznej U. J. P. w Warszawie
(Dyrektor: Prof. Dr. *Jan Mazurkiewicz*)

i

Z Wojewódzkiego Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych w Gostyninie.
(Dyrektor: Dr. *Eugeniusz Wilczkowski.*)

O PSYCHO-CHEMICZNYCH ODRUCHACH WE KRWI U LUDZI I ZACHOWANIU SIĘ ICH U CHORYCH PSYCHICZNIE

podał
DR. E. WILCZKOWSKI.

Treść.

Uwagi wstępne.

1. Badania doświadczalne nad istnieniem psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi.
2. Pewne szczegóły z zakresu badania psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi.
3. Zachowanie się odruchów psycho-cukrowego i psycho-chlorowego we krwi u chorych psychicznie:
 - a. Porażenie postępujące.
 - b. Epilepsja.
 - c. Oligofrenia.
 - d. Schizofrenia.
 - e. Porównanie danych, uzyskanych w poszczególnych cierpieniach.
4. Wnioski ogólne.

UWAGI WSTĘPNE.

Kierunek fizjologiczny w psychiatrii zatacza coraz większe kręgi. Specjalne zainteresowanie budzi układ nerwowy roślinny, steruje bowiem ten układ czynnościami wszystkich narządów ustroju,

a w szczególności układem nerwowym zwierzęcym na wszystkich jego poziomach do kory pozaczółowej i czołowej łącznie. To też zdaje się być bardzo prawdopodobnym, że w chorobach psychicznych ten właśnie układ cierpi w pierwszym rzędzie.

Istnieje prawdopodobieństwo, że pewne zespoły psychotyczne mogą posiadać pewne równoległe zespoły ze strony niżej położonych ośrodków życia roślinnego przede wszystkim w okolicy podwzgórza, jak również i ze strony przejawów życia roślinnego na obwodzie, a w szczególności we krwi. Przeprowadzając badania, dotyczące niektórych właściwości krwi chorych psychicznie, byliśmy nastawieni na ustalenie pewnych korelacji pomiędzy stanami psychotycznymi, a uzyskiwanymi we krwi wynikami. Przytoczę pracę moją o zachowaniu się katalazy we krwi chorych psychicznie. Z pracy powyższej wynikałoby, że istnieje pewna korelacja pomiędzy stanem afektywnym, a liczbą katalazy we krwi: jest ona większa w stanach podniecenia maniakalnego i ulega obniżeniu w stanach depresji. Wypowiedzieliśmy też przypuszczenie, że zachowanie się katalazy we krwi przy pewnych stanach afektywnych może odzwierciedlać stan napięcia w ośrodkach roślinnych, towarzyszący tym afektom. Z tego punktu widzenia badanie przejawów życia roślinnego na obwodzie, jak się zdaje, nabiera specjalnego znaczenia.

Jest rzeczą oczywistą, iż, im więcej będziemy mieli ustalonych korelacji pomiędzy stanem psychicznym a przejawami życia roślinnego, tym też więcej będziemy mieli punktów oparcia dla ewentualnego ustalenia pewnych zespołów w dziedzinie układu nerwowego roślinnego, odpowiadających pewnym zespołom psychotycznym. Wzgląd powyższy zwraca specjalną uwagę na odruchy w dziedzinie układu nerwowego roślinnego. Byłoby sprawą niezmiernie ważną ustalenie jak największej liczby odruchów układu roślinnego o wyżej, aż do kory mózgowej, położonych łukach odruchowych. Przy poszukiwaniu tego rodzaju odruchów doszedłem do przekonania, że zwykle nasze doświadczenie życiowe zakłada w nas od dziecka masę odruchów o typie warunkowych, związanych z układem roślinnym, że wiele z tego rodzaju odruchów są nam nieznanne, a tym bardziej dla celów klinicznych nie wyzyskane. Ogólnie znanym przykładem tego rodzaju odruchów jest wydzielanie się śliny na widok pożywienia. Trębacz nie może grać, gdy się przed nim wyciska sok z cytryny.

Rozważania powyższe naprowadziły mnie na przypuszczenie, że zdolność reagowania naszego ustroju na bodźce psychiczne nie ogranicza się w dziedzinie układu roślinnego, związanej z przyjmowaniem pożywienia, tylko do reakcyj przewodu pokarmowego, ogólnie zna-

nych, lecz istnieje głębiej we krwi. Reakcje te dadzą się uchwycić w postaci specjalnego rodzaju odruchów, w których bodziec psychiczny w postaci zaproponowanego pożywienia może drogą układu nerwowego spowodować zmiany w poziomie zawartości składników chemicznych we krwi. Wybiórczość reakcyj naszego ustroju przemawia za możliwością istnienia specyficznych dla każdego bodźca psychicznego odruchów chemicznych we krwi, a mianowicie: cukrowego odruchu na widok cukru, chlorkowego odruchu na widok soli kuchennej, białkowego na widok jajka itd.

Badania w tym kierunku rozpocząłem jeszcze w roku 1932, lecz, z przyczyn ode mnie niezależnych, pracy niniejszej nie mogłem ukończyć wcześniej.

R o z d z i a ł I.

Badania doświadczalne nad istnieniem psycho-chemicznych odruchów we krwi u ludzi.)*

W pierwszym rzędzie staraliśmy się stwierdzić fakt istnienia psycho-chemicznych reakcyj we krwi u ludzi w postaci pewnych odruchów. Pragnęlibyśmy specjalnie podkreślić, że bynajmniej nie szkoliliśmy osoby badanej i nie wypracowywaliśmy u nich żadnych odruchów warunkowych, lecz staraliśmy się w badaniach naszych uchwycić to, co zostało przez osoby badane nabyte przez własne doświadczenie życiowe.

Przede wszystkim omówimy zasadniczy materiał dowodowy, uzyskany przez nas przy ostatecznie ustalonej technice badań.

Wyniki dotyczą badań odruchu cukrowego i chlorkowego. Badania zostały dokonane na chorych psychicznie.

Oznaczenia chemiczne wykonała mgr. chemii *Halina Czereyska*.

Właściwe badania na odruch warunkowy cukrowy poprzedzało przedwstępne badania kontrolne. Badania kontrolne i badania na odruch przeprowadzałem na tych samych chorych i w tych samych warunkach. Badanie kontrolne i badanie na odruch u tego samego chorego dzielił okres zasadniczo tygodnia.

Warunki badania: badany jest na czczo; badany nie wie, w jakim celu wezwany jest do laboratorium; pobiera się po dwie próbki

*) Treść rozdziału niniejszego w nieco zmienionym zakresie została opublikowana w 1937 r. w dwutygodniku *Medycyna wedł. odczytu*, wygłoszonego na XV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w dn. 6 lipca 1937 r. (Sekcja Biologii Ogólnej i Chemii Fizjologicznej).

krwi z palca w odstępie 10 minut. Następnie próbki badane są na zawartość cukru. Po zapisaniu danych, uzyskanych w obu próbkach, odnotowuje się różnicę cukru pomiędzy obu próbkami, przy czym oznacza się ją znakiem plus względnie minus w stosunku do próbki pierwszej.

Właściwe badanie na odruch obejmowało nad to zastosowanie bodźca. Natychmiast po pobraniu pierwszej próbki wyjmuje się z ukrycia cukier w kostkach, rozsypany na talerzu i zapowiada, że po 10 minutach badany będzie mógł spożyć tyle cukru, wiele zapraǳnie, chociażby całą wystawioną ilość. W okresie omawianych 10 minut stara się wzbudzić u badanego apetyt na cukier przez rozmowę na temat słodkich rzeczy. Po upływie 10 minut pobiera się drugą próbkę krwi i dopiero po jej pobraniu proponuje się badanemu spożycie dowolnej ilości cukru, a nawet zabranie go ze sobą. Należy podkreślić, że przed pobraniem obu próbek badany nie dostaje ani kawałka cukru, a zatem działanie cukru jako bodźca może się odbywać jedynie drogą psychiczną.

Zestawienie Nr 1.

Wyniki badania psycho-cukrowego odruchu we krwi.

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne				Badania na odruch			
Nr. badanego	Rozpoznanie	Data	Próby		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
1	p. p.	3.IV	114	114	0	10.V	128	124	-4
3	"	3.IV	124	124	0	10.IV	95	92	-3
4	"	3.IV	116	114	-2	10.V	102	108	+6
13	"	8.IV	104	102	-2	10.V	121	112	-9
14	"	8.IV	111	109	-2	24.V	97	104	+7
6	epil.	5.IV	115	115	0	14.IV	104	108	+4
7	"	5.IV	99	99	0	14.VI	99	91	-8
8	"	5.IV	95	94	-1	14.VI	100	95	-5
11	"	7.IV	112	110	-2	26.IV	119	115	-4
17	idiot.	17.IV	124	122	-2	24.IV	119	113	-6
Suma różnic badań kontrolnych					11	badań na odruch			56

W opisany sposób zbadaliśmy 10 chorych psychicznie. Pod względem rozpoznawczym materiał badany składał się z 5 chorych na porażenie postępujące, 4 epileptyków i jednego idioty.

Uzyskane wyniki uwidacznia zestawienie Nr. 1.

Jak wynika z tego zestawienia każdy z badanych przy przedwstępnym badaniu kontrolnym wykazał mniejsze różnice pomiędzy pierwszą i drugą próbką, niż przy badaniu właściwym na odruch. Przy zsumowaniu wszystkich różnic, uzyskanych u wszystkich badanych, badania kontrolne dają 11, zaś badania na odruch 56. Suma różnic przy badaniach na odruch jest zatem pięciokrotnie wyższą od sumy różnic badań kontrolnych.

Całkowicie w warunkach analogicznych badałem istnienie odruchów na chlorki. Bodziec stanowiła sól kuchenna, wystawiona na talerzu. Materiał badany składał się z innych 8 chorych psychicznie, a mianowicie: 3 chorych na porażenie postępujące, 3 epileptyków i 2 imbecylów. Wyniki uwidacznia zestawienie Nr 2.

Z e s t a w i e n i e N r 2

Wyniki badania psycho-chlorkowego odruchu we krwi.

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne				Badania na odruch			
Nr. badanego	Rozpoznanie	Data	Próby		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
2	p. p.	3.IV	433	433	0	12.IV	462	445	-17
9	"	5.IV	416	416	0	12.IV	409	398	-11
10	"	7.IV	421	421	0	19.IV	427	409	-18
18	"	17.IV	415	409	-6	19.IV	433	427	-6
15	epil.	8.IV	427	421	-6	15.IV	404	392	-12
16	"	8.IV	451	445	-6	15.IV	421	416	-5
12	imb.	7.IV	421	416	-5	15.IV	416	398	-18
19	"	17.IV	409	409	0	19.IV	409	398	-11
Suma różnic: badań kontrolnych					23	badań na odruch			98

U 2-ch badanych Nr 16 i Nr 18 badania na odruch dały różnice w wysokości równej przedwstępnym badaniom kontrolnym. Reszta zaś badanych wykazała różnice wyższe. Przy zsumowaniu wszystkich różnic, uzyskanych u wszystkich badanych, badania kontrolne dały 23, zaś badania na odruch 98. Suma różnic przy badaniach na odruch jest zatem również blisko pięciokrotnie wyższa od sumy różnic badań kontrolnych.

O ile zwrócimy uwagę na różnice zerowe, to stwierdzimy, że przy badaniach na cukier mamy je w 4 przypadkach na 10 badań kontrolnych i w żadnym przypadku przy badaniach na odruch. Mniej więcej to samo powtarza się w badaniach na chlorki. W kontrolnych próbach mamy 4 zerowe na 8, zaś w badaniach na odruch różnic zerowych całkiem nie mamy. O ile chodzi o inne różnice w badaniach kontrolnych, to, tak w cukrze jak i w chlorkach, wysokość ich odpowiada zaledwie jednej podziałce przy miareczkowaniu. Natomiast różnice w badaniach na odruch sięgają przeważnie 2, 3 podziałek przy miareczkowaniu, a nawet wyżej.

Liczby uzyskane przeze mnie w badaniach na odruch przy porównywaniu ich z wynikami kontrolnymi, otrzymanymi u tych samych badanych, a może bardziej jeszcze analogia pomiędzy zachowaniem się cukru i chlorków w podanych przeze mnie badaniach przemawiają za tym, że psycho-chemiczne odruchy istnieją i że istnieją jako odruchy specyficzne na każdego rodzaju bodziec stosowany przeze mnie.

Uzyskane przez nas wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach autorów hiszpańskich *Planelles'a* i *Luwisch'a*, którzy w 1935 r., a zatem już w trakcie naszych niezależnych od nich badań, stwierdzili u psa laboratoryjnego obniżenie się poziomu cukru we krwi na pokazanie strawy. Pies ten uprzednio był przyzwyczajony do otrzymywania obfitej strawy w laboratorium po zakończeniu pobierania krwi dla krzywej cukrowej. Powtórzenie doświadczenia na innych psach dało wynik wręcz przeciwny — poziom, bowiem cukru ulegał stale podwyższeniu. Autorzy ci, przypuszczając, że obniżenie się poziomu cukru we krwi może następować na skutek odruchu warunkowego u psów, które uprzednio były przyzwyczajone do otrzymywania strawy w pewnych warunkach w laboratorium, spróbowali przyzwyczaić również inne psy do odpowiednich warunków. To się faktycznie udało i uprzednia reakcja hiperglikemiczna ustąpiła miejsce reakcji hipoglikemicznej.

Stwierdzone przez nas psycho-chemiczne odruchy u ludzi oczywiście należą do kategorii odruchów warunkowych, ponieważ bez udziału czynności korowej nie mogą powstać.

Typ zaś reakcyj, stwierdzonych przez *Planelles'a i Luwisch'a* na psach, a przez nas u ludzi różni się od dotychczas znanych typów odruchów warunkowych.

Konorski i Miller w doświadczeniach na psach otrzymali odruch warunkowy, który nazwali odruchem warunkowym II-go typu w odróżnieniu od dotąd ogólnie znanego mechanizmu odruchu warunkowego, wprowadzonego przez *Pawłowa*. Badacze ci pomiędzy innymi doświadczeniami wykonali następujące. Stosowali jako bodziec bulgotanie, następnie bierne unoszenie łapy za pomocą specjalnego przyrządu, całość zakończyli podawaniem psu pożywienia. W ciągu dalszym doświadczenia stosowali bulgotanie bez następującego podawania pożywienia. W końcowym wyniku doświadczenia uzyskali odruch warunkowy na bulgotanie w postaci ruchu łapy, identycznego z uprzednio wykonywanym biernie za pomocą przyrządu. Odruchy warunkowe typu II-go polegają zatem, jak widzimy z przytoczonego przykładu, na wykonywaniu ruchu, będącego stosowanym bodźcem proprioceptywnym. W całości badań *Konorski i Miller* wykazali również, że odruchy warunkowe typu II-go mogą też polegać na powstrzymaniu ruchu. Reakcja tego rodzaju zależy od zastosowanie ujemnego — przykrego — bodźca wzmacniającego w postaci wdmuchiwanie powietrza do ucha i innych. Odruchy podanego wyżej typu oparte są na bodźcach kompleksowych, w skład których wchodzi i bodziec proprioceptywny, a zatem zasadniczą rolę odgrywa tu czynność analizatora ruchowego.

Inny typ reakcyj, otrzymywanych drogą odruchu warunkowego podaje *Metalnikow*. Dane jego dotyczą zjawisk odpornościowych. Pośród innych dokonano doświadczenia na świnkach morskich. Doświadczenia te polegały na drapaniu skóry w tej samej okolicy z następującym po tym wstrzykiwaniem zabitych bakteryj, lub bulionu. Po 20—30 dniach drażnienie skóry i wstrzykiwanie wody dawały u świnek doświadczalnych te same reakcje, co u świnek kontrolnych zastrzyk bakteryjny. W innych zaś doświadczeniach drogą odruchu warunkowego uzyskiwano leukocytozę u królików.

Nasze badania natomiast dotyczą reakcyj chemicznych we krwi i różnią się one od innych przytoczonych badań tym, że, mając na względzie ewentualne cele kliniczne, przeprowadziliśmy je na ludziach, nie wypracowując odruchów w sposób sztuczny, lecz wyzyskując zjawiska przez samo doświadczenie życiowe założone.

Rozdział II.

Pewne szczegóły z zakresu badania psycho-chemicznych odruchów we krwi.

W rozdziale niniejszym pragnęlibyśmy poruszyć pewne szczegóły oraz uwagi i zagadnienia, które nasuwały się nam w trakcie badań, jak również pewne próby rozwiązania nasuwających się zagadnień oraz określić pewne pojęcia, którymi następnie będziemy operowali.

W pierwszym rzędzie pragnęlibyśmy poruszyć kwestię sposobu badania odruchów psycho-chemicznych. Pierwotnie zastosowaliśmy sposób badania, który proponowalibyśmy nazwać sposobem badania odruchu psycho-chemicznego z odwołaniem bodźca w odróżnieniu od sposobu drugiego, podanego przez nas w pierwszym rozdziale, który proponowalibyśmy nazwać sposobem badania odruchu psycho-chemicznego z następującym podaniem bodźca do spożycia. Sposoby wyżej wymienione różnią się pomiędzy sobą następująco: przy sposobie pierwszym pobieraliśmy trzy próbki krwi, a nie dwie, jak pobieraliśmy przy sposobie drugim; o ile przy sposobie drugim po pobraniu drugiej próbki krwi proponowaliśmy i dawaliśmy bodziec do spożycia, to przy sposobie pierwszym odwrotnie, po pobraniu drugiej próbki nie tylko nie proponowaliśmy spożycia bodźca, lecz zabieraliśmy i mówiliśmy, że w ogóle go nie damy, bowiem nie chcielibyśmy rzekomo zepsuć apetytu do normalnego posiłku. Próbka trzecia była pobierana w 45 minut po odwołaniu bodźca, przy tym w ciągu tych 45 minut w ogóle o bodźcu nic nie mówiliśmy, lecz odwrotnie staraliśmy się odwrócić uwagę badanego, rozmawiając na tematy uboczne. Badanie na odruch z odwołaniem bodźca miało zatem dwa okresy, a mianowicie: okres pierwszy — pomiędzy pobraniem pierwszej a drugiej próbki — okres stosowania bodźca; okres drugi — pomiędzy pobraniem drugiej a trzeciej próbki — okres odwołania bodźca; gdy badanie na odruch z następującym podaniem bodźca do spożycia miało tylko jeden okres — okres stosowania bodźca.

Pierwotne postawienie zadania w płaszczyźnie badania odruchu z odwoływaniem bodźca miało na celu upodobnienie badania odruchu psycho-chemicznego do zwykłego klinicznego badania odruchów, chociażby kolanowego. Okres stosowania bodźca odpowiadałby momentowi uderzenia młotkiem i wznoszenia się podudzia, okres zaś drugi — opadaniu podudzia. Trzy próbki miały stwierdzić: pierwsza — stan przed badaniem odruchu, druga — ewent. najwyższe odchylenie po stosowaniu bodźca — moment analogiczny do wzniesienia się pod-

udzia przy badaniu odruchu kolanowego; próbka trzecia zaś — moment zakończeniowy, analogiczny do opadnięcia podudzia.

Sposobem badania na odruch z odwołaniem bodźca badaliśmy tylko odruch psycho-cukrowy. Uzyskane wyniki uwidocznią zestawienie Nr 3.

Z e s t a w i e n i e N r 3

Wyniki badania odruchu cukrowego z odwołaniem bodźca.

Osoby badane		Przedwstępne badania kontrolne						Badania na odruch					
Nr. badanego	Rozpoznanie	Próbki			Różnice			Próbki			Różnice		
		1	2	3	1-2	2-3	Rozpiętość	1	2	3	1-2	2-3	Rozpiętość
1	p. p.	137	140	139	+3	-1	4	98	75	97	-23	+22	45
2	"	92	93	96	+1	+3	4	118	95	108	-23	+13	36
3	"	107	104	97	-3	-7	10	115	119	100	+4	-19	23
4	"	136	132	110	-4	-22	26	99	95	122	-4	+27	31
5	sch.	107	107	108	0	+1	1	89	81	88	-8	+7	15
6	"	96	98	91	+2	-7	9	118	111	115	-7	+4	11
Suma różnic:													
		przy badaniach kontrolnych			13	41	54	przy badaniach na odruch			69	92	161

W rubryce „próbki” podajemy zawartość cukru, stwierdzoną kolejno w każdej próbce. W rubryce „różnice” podajemy kolejno różnice w zawartości cukru pomiędzy próbką pierwszą a drugą i drugą a trzecią. Pod rozpiętością rozumiemy sumę różnic, która uwidocznia w absolutnych liczbach, że tak powiemy, drogę przebytą przez cukier od stanu pierwotnego — od próbki pierwszej, do stanu odchylenia — do próbki drugiej i z powrotem — do próbki trzeciej, analogicznie do tego, jakbyśmy obliczyli przy badaniu odruchu kolanowego drogę przebytą przez podudzie przy jego wzniesieniu się i opadnięciu. Jak widzimy z zestawienia, przeprowadziliśmy u każdego chorego uprzednio badania chemiczne w celach kontrolnych bez stosowania bodźca. Uprzednie pobieranie kontrolne próbek odbyło się o tej samej godzinie i w tych samych odstępach czasu, jak się to następnie odbyło przy próbie na odruch. W celu uogólnienia wyników zsumowaliśmy w zesta-

wieniu według odpowiednich rubryk różnice, dotyczące wszystkich zbadanych. O ile porównamy wyniki badań kontrolnych i badań na odruch, to w pierwszym okresie, okresie odpowiadającym stosowaniu bodźca, mamy w badaniach kontrolnych, w których-to bodźca nie stosowaliśmy, sumę różnic pomiędzy pierwszą a drugą próbką w wysokości 13; zaś w badaniach na odruch, zatem w badaniach, gdzie wystawialiśmy cukier i zachęcaliśmy do jego spożycia w odpowiednim momencie, — uzyskaliśmy różnice w łącznej wysokości 69. Zatem suma różnic, dotyczących tego samego okresu u wszystkich badanych razem w badaniach na odruch wypadła pięciokrotnie wyższą, niż w badaniach kontrolnych. Suma różnic drugiego okresu, odpowiadająca fazie odwołania, w badaniach kontrolnych wyniosła 41, zaś w badaniach na odruch 92. W tym wypadku suma różnic w badaniach na odruch wypadła dwukrotnie wyższą, niż w badaniach kontrolnych. Rozpiętość w badaniach kontrolnych wyniosła 54, zaś w badaniach na odruch 161, zatem 3 razy więcej. O ile prześledzimy poszczególne przypadki w części, dotyczącej badania na odruch, to będziemy mogli zauważyć, że w przypadkach N.N. 1, 2, 4, 5 i 6 mamy w pierwszym okresie odruchu obniżenie się cukru we krwi, a w drugim jego podwyższenie. Zaś w przypadku N. 3 mamy w pierwszym okresie podwyższenie cukru we krwi, zaś w drugim okresie jego obniżenie. O ile byśmy wyniki badania na odruch, uzyskane w poszczególnych przypadkach przedstawili graficznie, to byśmy we wszystkich przypadkach uzyskali kąt, bowiem wszędzie różnice pomiędzy pierwszą a drugą próbką, a różnice pomiędzy drugą a trzecią z reguły są o znakach przeciwnych. Różnica polegałaby jedynie na tym, że w przypadkach N. 1, 2, 4, 5 i 6 kąt byłby o ostrzu ku dołowi, zaś w przypadku N. 3 o ostrzu ku górze. O kierunku odruchu wspomniemy oddzielnie poniżej. O ile byśmy w ogóle wszelkie inne odruchy przedstawili w sposób graficzny, to byśmy wszędzie otrzymali wykres kąta.

Na podstawie wyników, uzyskanych z obliczeń przytoczonych wyżej oraz na podstawie typu kąta wykresu wahań zawartości cukru we krwi przy badaniach na odruch, możemy uważać, że psycho-chemiczne odruchy istnieją i dają się również stwierdzić za pomocą badania z odwołaniem bodźca. Zwracając uwagę na rozpoznania widzimy, że w porażeniu postępującym (N. 1—4) wyniki wypadły w sposób jaskrawy, w schizofrenii (N. 5—6) zaś mniej jaskrawy. Kwestię zachowania się odruchów w różnych postaciach chorobowych będziemy omawiali w innym miejscu.

O ilebyśmy poruszyli sprawę stron dodatnich i ujemnych obu sposobów badania, to moglibyśmy powiedzieć, co następuje. Sposób

badania odruchu z odwołaniem bodźca ma tę dodatnią stronę, że jesteśmy w możności dzięki próbce trzeciej przekonać się, iż cukier we krwi, po wykazaniu, na skutek stosowania bodźca psychicznego, odchyleniu, wraca po odwołaniu bodźca w kierunku swej pierwotnej wysokości. Natomiast zasadniczą ujemną stroną tego sposobu jest to, że osoba, raz zbadana, będzie na przyszłość zorientowaną, że zapowiadanie spożycie bodźca nie pociągnie za sobą faktycznego jego spożycia, lecz odwołanie. Zatem, o ileby chodziło o zbadanie tej samej osoby na odruch psycho-cukrowy, psycho-białkowy, psycho-chlorkowy i.t.d, to nastawienie psychiczne tej osoby przy pierwszym badaniu, a następnych byłoby odmienne. To samo byłoby przy parokrotnym badaniu na ten sam odruch. Nad to przy masowych badaniach chorych, przebywających w leczeniu w klinice, lub szpitalu trudno mieć pewność, iż chory już zbadany nie poinformuje po powrocie z laboratorium innych chorych o sposobie dokonanego badania. O ile przebieg badania stanie się wiadomym pewnej liczbie chorych, to wielu z nich nabędzie przeświadczenia, że zapowiedź podania bodźca do spożycia nie zostanie zrealizowana. Stąd w momencie stosowania bodźca badany albo będzie przekonany, że, na przykład, cukru nie dostanie, albo też w każdym razie będzie w to wątpił. Trudno przesądzić, jak dalece tego rodzaju nastawienie może wpłynąć na wynik badania. Wymaga to specjalnych badań.

Po przyjęciu pod uwagę wyżej przytoczonych zastrzeżeń zatrzymaliśmy się w badaniach o charakterze masowym na sposobie drugim. Sposób badania na odruch z następującym podaniem bodźca do spożycia ma tę ujemną stronę, że nie możemy stwierdzić powrotu zawartości składnika chemicznego w kierunku poziomu pierwotnego. Ma natomiast zasadniczej wagi strony dodatnie. Przede wszystkim badany zawsze będzie przeświadczony, że badający nie tylko zapowiada, że da pewien produkt do spożycia, lecz daje go faktycznie. Poza tym badający ma możność w sposób obiektywny stwierdzić u badanego siłę pożądania proponowanego produktu przez obserwację, jak badany po pobraniu już próbek zabiera się do jego spożycia i w jakiej ilości spożywa. Nad to do dodatnich stron tego sposobu przy porównaniu z pierwszym możemy zaliczyć czas potrzebny do zbadania na odruch, który przy tym sposobie jest cztero — pięciokrotnie krótszy od czasu, potrzebnego do badania sposobem pierwszym.

Przejdziemy obecnie do innych warunków badania. Omówimy porę dnia, o jakiej badaliśmy. Pod tym względem możemy nasz materiał podzielić na dwie części. Część chorych zbadaliśmy na czczo od

8 i pół do 9 i pół rano. Do tej liczby z przytoczonego już materiału należą chorzy uwidocznieni w zestawieniu N. 1 i N. 2 w rozdziale I-ym (materiał dowodowy). Część zaś chorych zbadaliśmy o godzinie 11-ej przed południem, po spożytym o godzinie 8-ej śniadaniu. Z przytoczonego już materiału do tej części należą chorzy zbadani za pomocą sposobu z odwołaniem a uwidocznieni w zestawieniu Nr 3. Przytaczając dalszy materiał, każdorazowo będziemy podawali dla każdej serii badań godzinę badania. Czystość doświadczenia oczywiście wymaga, by badania odbywały się rano na czczo. Otrzymane przy tych warunkach wyniki są wolne od wpływu wahań składnika chemicznego we krwi, uzależnionych od spożytego śniadania. Liczby otrzymane można uważać za liczby absolutne, z którymi można czynić porównania. Nie mniej jednak część badań zdecydowaliśmy się przeprowadzić nie na czczo. Mieliśmy na względzie stan gotowości do spożycia proponowanych produktów i uzyskanie w tym celu porównawczych danych. Bez wątplenia gotowość do spożycia cukru lub soli w porze pomiędzy śniadaniem a obiadem jest odmienną niż gotowość do tego rano na czczo. Nad to chodziło nam również o stwierdzenie możliwości badania odruchu w razie potrzeby na oczekaniu. Liczyliśmy, że w 3 godziny po spożyciu normalnego codziennego śniadania ilość produktu przyjętego w śniadaniu nie wpłynie już na przejrzystość wyniku badania odruchu, szczególnie przy sposobie badania z odwołaniem bodźca. Jak widzieliśmy w zestawieniu Nr 3 chorzy, badani o godzinie 11-ej dawali wyniki, które graficznie przedstawiałyby się jako kąty. W tym miejscu wspomnimy, że o ile wynik o kącie ostrzem w górę mógłby jeszcze być uważanym za wynik przypadkowy, powodowany, przy pewnych warunkach, wzrastaniem zawartości cukru we krwi po śniadaniu, a następnie jego obniżaniem się, to wynik, o kącie ostrzem ku dołowi, nie da się niczym innym wytłumaczyć, jak działaniem psychicznym zastosowanego przez nas bodźca.

Widzimy stąd, że, o ileby chodziło o jednokrotne doraźne zbadanie, to można je wykonać w pewnych porach dnia, stosując przy tym sposób z odwołaniem bodźca.

Z dalszych warunków badania wymaga specjalnego omówienia kwestia czasu stosowania bodźca psychicznego.

Czas pomiędzy pobraniem poszczególnych próbek zastosowaliśmy empirycznie. Mieliśmy jednak na celu stworzenie najlepszych warunków do uchwycenia ew. istniejącego zjawiska. W pierwszych badaniach, badaniach sposobem z odwołaniem bodźca (zestawienie N. 3) przyjęliśmy 15 minut jako czas stosowania bodźca. Liczyliśmy,

że 15 minut wystarczy na wprowadzenie badanego w stan największego podrażnienia podniecią w postaci kostek cukru, ew. soli kuchennej i prowadzonej w odpowiedni sposób rozmowy, że podrażnienie to zdąży wzrosnąć i zadziałać na zawartość odpowiedniego składnika chemicznego we krwi. Stosując większy okres czasu, mieliśmy na względzie sumowanie się wyników podrażnień, wywoływanych podniecią. Dla drugiego okresu, okresu odwołania przeznaczaliśmy znacznie większy czas, mając na względzie, że mogą jeszcze działać reminiscencje z dokonanego doświadczenia i utrzymywać stan podrażnienia. Zależało zaś nam na tym, by uzyskane podrażnienie zdążyło ustąpić. Okres ten, po pobraniu trzeciej próbki, a zatem po całkowitym zakończeniu doświadczenia, moglibyśmy w każdym poszczególnym przypadku zanalizować za pomocą zadawania odpowiednich pytań.

Przy masowych badaniach sposobem z następującym podaniem bodźca do spożycia skróciliśmy czas stosowania bodźca do 10 minut. Przypuszczamy, że czas niezbędny do odbycia się odruchu jest jeszcze krótszy. Za tym przemawia następujący przypadek z naszych badań. Mianowicie jeden ze schizofreników przy badaniu na odruch cukrowy natychmiast po wystawieniu cukru wyciągnął rękę do wzięcia cukru. Zapobiegliśmy, zapowiadając, że dostanie cukier za 8—10 minut. Zdawało się, że pacjent usłuchał, bowiem cofnął rękę. Następnie zaś szybkim ruchem sięgnął po cukier i wpakował go odrazu do ust. Nie było oczywiście mowy, byśmy mogli cukier ten wyjąć mu z ust. Przekreśliłoby to w ogóle całe doświadczenie. Natychmiast zdecydowaliśmy się na pobranie drugiej próbki krwi. Pobraliśmy. Wynik wypadł: 1-sza próbka 75, druga 73, zatem zawartość cukru we krwi zdążyła się obniżyć o 2, o ile oczywiście nie zachodzi tu kwestia dopuszczalnego błędu w miareczkowaniu. Musimy jednak zaznaczyć, że w tym wypadku odbyłby się ew. odruch, wywołany szerszym zakresem podrażnień, doszły bowiem w tym wypadku podrażnienia ze strony zakończeń nerwowych smakowych i dotykowych jamy ustnej.

Kwestię czasu potrzebnego do odbycia się odruchu psycho-chemicznego pozostawiamy otwartą. Uważaliśmy, że dopiero po stwierdzeniu istnienia suponowanych zjawisk będziemy mogli szeregiem innych badań określić właściwy czas, niezbędny dla powstania najwyższego odchylenia i ew. jego zniwelowania się. Stosując 10 minut już w wielu badaniach dla stwierdzenia istnienia zjawisk w ogóle, zdecydowaliśmy się i w dalszych naszych badaniach utrzymać te 10 minut, by operować przy omawianiu wyników materiałem jednolitym.

Specjalne zagadnienie stanowi kwestia kierunku, w jakim odbywa się odruch, to znaczy, czy składnik chemiczny we krwi ulega obni-

zeniu, czy też podwyższeniu. W samym początku naszych badań, gdy po uzyskaniu paru wyników w kierunku obniżenia się składnika chemicznego we krwi, otrzymaliśmy też wyniki, idące w kierunku jego podwyższenia, zwątpiliśmy w ogóle w istnienie zjawiska i możliwość jego uchwycenia w postaci odruchu. Jednakże uzyskiwane wykresy kąta, szczególnie ostrzem ku dołowi, zachęciły nas do dalszych badań. W badaniach dalszych stanęliśmy na stanowisku, że w pierwszym rzędzie ważnym jest ustalenie faktu odbywania się odruchu w ogóle, niezależnie od tego, w jakim kierunku się odbywa. Dlatego zdecydowaliśmy się na sumowanie różnic pomiędzy próbkami niezależnie od znaku plus, czy minus, jaki poszczególne różnica wykazywała. Jak widać z dotychczas przytoczonych wyników, obniżenie się składnika chemicznego we krwi wykazuje przeważająca liczba przypadków. Jak się zdaje, raczej to zjawisko jest zasadniczym dla odruchu psycho-chemicznego. Zgadzałoby się to ze stanowiskiem, zajęтым przez *Planelles'a* i *Luwisch'a*. Powstawałaby zatem kwestia, w jakich przypadkach odruch wypada ze znakiem plus, czyli odbywa się w kierunku zwiększenia się składnika chemicznego we krwi. W samym początku naszych doświadczeń jeden z badanych ustosunkował się negatywnie do bodźca w postaci kawałków cukru i wręcz oświadczył, że cukru nie lubi i jeść nie będzie. Badany ten zareagował zwiększeniem się zawartości cukru we krwi. Nasunęło to nam przypuszczenie, że odruch ze znakiem plus warunkuje negatywne ustosunkowanie się do bodźca. Na podstawie dotychczasowych badań nie możemy jednak zająć zdecydowanego stanowiska. W celu ustalenia, jakie mianowicie czynniki wpływają na kierunek odruchu, potrzebne są specjalne badania, na odpowiednio dobranym materiale.

Mając na względzie prześledzenie zachowania się odruchów psycho-chemicznych u tej samej osoby przy systematycznym ich badaniu, przeprowadziliśmy specjalną serię badań. Zatrzymaliśmy się na odruchu psycho-cukrowym. Badaliśmy 6 chorych systematycznie raz w tygodniu przy tym 4-ch chorych w ciągu 5 tygodni, zaś 2-ch w ciągu 4-ch tygodni. W sposób powyższy zbadaliśmy 2 imbecylów, z których jeden cierpiał na padaczkę, 2 chorych na porażenie postępujące w postaci stacjonarnej oraz 2 chorych na schizofrenię, jednego o postaci paranoidalnej, drugiego katatonicznej. Wyniki uwidacznia zestawienie Nr. 4.

W zestawieniu powyższym zostały podane jedynie różnice pomiędzy pierwszą a drugą próbką bez przytoczenia absolutnych liczb, uzyskanych przy miareczkowaniu. Różnice te zostały uszeregowane według kolejności przeprowadzonych u każdego chorego badań.

Z e s t a w i e n i e N r 4

Wyniki badań odruchu psycho-cukrowego, dokonanych u tych samych chorych w odstępach tygodniowych.

Wykaz chorych	B a d a n i a				
	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Chory Nr. 1 Imb.	-11	- 7	- 7	- 3	+ 4
Chory Nr. 2 Imb. cpil.	-10	- 9	- 5	+ 7	- 4
Chory Nr. 3 P. p.	+ 6	+ 3	- 2	- 2	0
Chory Nr. 4 P. p.	+ 5	+ 4	- 4	- 3	- 2
Chory Nr. 5 Sch. par.	- 4	+ 9	- 4	- 1	-
Chory Nr. 6 Sch. kat.	- 2	+ 4	0	+ 1	-
Różnice razem	38	36	22	17	-

Z liczb, uzyskanych dla chorego N. 1 widzimy, że w 1-ym tygodniu odruch wypadł w wysokości — 11, w drugim — 7, w trzecim — 7, w czwartym — 3, zaś w piątym + 4. Z powyższego wynikałoby, że każde następne badanie na odruch dawało efekt mniej wydatny. To samo możemy powiedzieć o pacjencie N. 2, o ile nie przyjmiemy pod uwagę badania N. 4. Musimy zaznaczyć, że właśnie przy tym badaniu chory rozdrażnił się i protestował przeciwko ponownemu ukłuciu. U chorych NN. 3 i 4 odchylenia również ulegają stopniowemu zmniejszaniu się z tą jednak różnicą, że początkowo mamy różnice ze znakiem plus. U chorych N. 5 i 6, którzy są schizofrenikami, prawidłowości tej stwierdzić nie możemy. Przy zsumowaniu różnic z każdego badania razem — niezależnie od znaku plus czy minus — otrzymamy systematyczne zmniejszanie się wysokości uzyskanych odchyień. Nadmieniamy, że badaliśmy przecież sposobem z następującym podaniem bodźca do spożycia, a zatem można było raczej liczyć na to, że odruch wzmocnimy. Natomiast stwierdziliśmy zjawisko wręcz przeciwne, które pozornie mogłoby być traktowane jako stopniowe zanikanie odruchu. Zachodzi tu kwestia zjawiska hamowania odruchu. Tłumacze-

nie tego w pierwszym rzędzie staraliśmy się ustalić na podstawie psychologicznego protokołu badań. Z protokołów powyższych mogliśmy się zorientować, że z każdym nowym doświadczeniem badani ustosunkowywali się do badania, a w szczególności do klucia palców coraz to w sposób mniej pozytywny, a czasem wręcz negatywny. Właśnie to, należy uważać, wpływało hamująco na wyzwolenie się odruchu. Nie wyłączamy też innej możliwości, a mianowicie: możliwości przesunięcia się momentu najwyższego odchylenia w zawartości odpowiedniego składnika chemicznego we krwi. Po każdym stosowaniu bodźca systematycznie pobieraliśmy wpiery drugą próbkę krwi i dopiero po dokonaniu tego podawaliśmy cukier do spożycia. Ten tryb postępowania mógł dać możność badanym nabycia doświadczenia, że spożycie cukru nastąpi nie w momencie pobierania próbki krwi, lecz po nim. Zachodziłaby zatem możliwość, że odruch odbywa się ze zwykłym swym dla danego osobnika nasileniem, lecz nie w momencie pobrania drugiej próbki, ale w momencie faktycznego spożywania cukru. Możliwość tę da się stwierdzić względnie wyłączyć przez pobranie trzeciej próbki krwi, zamiast podania cukru do spożycia. Oczywiście wyniki, uzyskane przez nas w 6-ciu przypadkach mogą stanowić jedynie materiał orientacyjny, natomiast, w celu wyświetlenia całości zagadnienia wyżej poruszonego należałoby przeprowadzić specjalne systematyczne badania.

W trakcie badań nasunęło się nam się jeszcze jedno zagadnienie. Zdecydowaliśmy się prześledzić, czy przy wywoływaniu odruchu psycho-cukrowego chlorki zachowują się obojętnie, czy też również wykazują pewną reakcję i odwrotnie czy przy wywoływaniu odruchu psycho-chlorkowego cukier zachowuje się obojętnie, czy też wykazuje również pewną reakcję. Z reguły każdą próbkę krwi badaliśmy na oba składniki chemiczne. W zestawieniu N. 1 uwidoczniliśmy tylko liczby, dotyczące cukru, a mamy, że tak powiemy, w drugiej płaszczyźnie liczby, dotyczące chlorków we wszystkich tych samych próbkach i u wszystkich tych samych chorych. A zatem mamy tam materiał chlorkowy w badaniach kontrolnych, gdy w ogóle nie wywoływało się żadnych odruchów i u tych samych badanych materiał chlorkowy, uzyskany przy wywoływaniu odruchów psycho-cukrowych. Tak samo w zestawieniu Nr 2 uwidoczniliśmy liczby, dotyczące tylko chlorków, a mamy też i liczby, dotyczące cukru w tych samych próbkach u tych samych chorych. Możemy zatem prześledzić tam zachowanie się cukru u tych samych chorych przy badaniach kontrolnych i przy badaniach na odruch psycho-chlorkowy. Uzyskany materiał uwidoczniają zestawienia Nr. 5 i Nr 6.

Zestawienie Nr 5

Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch chlorkowy.

Osoby badane		Przy przedwstępnych badaniach kontrolnych				Przy badaniach na odruch			
Nr. badanego	Rozpoznanie	Data	Próby		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
			2	p. p.			3.IV	133	
9	"	5.IV	103	103	0	12.IV	124	124	0
10	"	7.IV	110	110	0	19.IV	110	110	0
18	"	17.IV	106	104	-2	19.IV	127	127	0
15	epil.	8.IV	90	90	0	15.IV	110	108	-2
16	"	8.IV	109	108	-1	15.IV	124	124	0
12	imb.	7.IV	110	108	-2	15.IV	122	124	+2
19	"	17.IV	111	111	0	19.IV	122	120	-2
Suma różnic: przy badaniach kontrolnych					7	przy badaniach na odruch			10

Jak wynika z materiału uwidocznionego w zestawieniu Nr 5 i Nr 6, cukier przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy daje różnice na ogół nieznaczne, jak i chlorki przy badaniu na odruch psycho-cukrowy również dają różnice na ogół nieznaczne. Jeżeli porównamy sumy różnic uzyskane przy przedwstępnych badaniach kontrolnych z sumami różnic, uzyskanymi przy badaniach na odruch, to jednak w obu przypadkach te ostatnie są wyższe. Dawałoby to do myślenia o istnieniu, że tak nazwiemy, współruchu cukrowego przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy i współruchu chlorkowego przy badaniu na odruch psycho-cukrowy.

Stosunek pomiędzy liczbami dotyczącymi badań kontrolnych, o współruchu i odruchu uwidoczniamy w zestawieniach Nr 7 i Nr 8.

W zestawieniu Nr 7 uwidocznione są liczby dotyczące tylko cukru, przy tym u góry liczby te wykazują zachowanie się cukru przy wywoływaniu odruchu psycho-cukrowego, zaś u dołu — przy wywoływaniu odruchu psycho-chlorkowego. Widzimy, że cukier, przy wywoływaniu specyficznego dla niego odruchu, dał odchylenia pięciokrotnie wyższe niż przy kontroli, zaś przy wywoływaniu odruchu za pomocą

odrębnego składnika chemicznego dał odchylenia 1,4 razy większe niż przy kontroli.

Zestawienie Nr 6

Zachowanie się chlorków przy badaniu na odruch cukrowy.

Osoby badane		Przy przedwstępnych badaniach kontrolnych				Przy badaniach na odruch			
Nr. badanego	Rozpoznanie	Data	Próby		Różnica	Data	Próby		Różnica
			1	2			1	2	
1	p. p.	3.IV.	439	439	0	10.V	439	439	0
3	"	3.IV.	409	404	5	10.IV	404	404	0
4	"	3.IV.	421	421	0	10.IV	410	421	+11
13	"	8.IV.	439	439	0	10.V	427	421	-6
14	"	8.IV.	421	421	0	24.V	403	397	-6
6	epil	5.IV.	409	409	0	14.IV	409	409	0
7	"	5.IV.	427	421	-6	14.IV	421	421	0
8	"	5.IV.	409	409	0	14.IV	409	415	-6
11	"	17.IV.	421	421	0	26.IV	426	426	0
17	idiot.	7.IV.	421	415	-6	24.IV	403	403	0
Suma różnic przy badaniach kontrolnych					17	przy badaniach na odruch			29

Zestawienie Nr 7

Sumy różnic, dotyczących cukru przy badaniach na odruch i obliczeniach na współruch.

Materiał uzyskany na podstawie 10 przypadków, uwidoczniiony w zestawieniu Nr. 1.	Badania kontrolne	Badania na odruch	Stosunek
	11	56	1 : 5,1
Materiał uzyskany na podstawie 8 przypadków, uwidoczniiony w zestawieniu Nr. 5.	Obliczenia przy badaniach kontrolnych	Obliczenia na współruch	Stosunek
	7	10	1 : 1,4

W zestawieniu Nr 8 uwidocznione są liczby, dotyczące tylko chlorków, przy tym u góry liczby te wykazują zachowanie się chlorków przy wywoływaniu odruchu psycho-chlorkowego, zaś u dołu — przy wywoływaniu odruchu psycho-cukrowego. Widzimy, że chlorki, przy wywoływaniu specyficznego dla nich odruchu, dały odchylenia 4,3 razy wyższe niż przy kontroli, zaś przy wywoływaniu odruchu za pomocą odrębnego składnika chemicznego tylko 1,7.

Z e s t a w i e n i e N r 8

Sumy różnic, dotyczących chlorków przy badaniach na odruch i obliczeniach na współruch.

Materiał, uzyskany na podstawie 8 przypadków, uwidoczniony w zestawieniu Nr. 2.	Badania kontrolne	Badania na odruch	Stosunek
	23	98	1 : 4,3
Materiał, uzyskany na podstawie 10 przypadków, uwidoczniony w zestawieniu Nr. 6.	Obliczenia przy badaniach kontrolnych	Obliczenia na współruch	Stosunek
	17	29	1 : 1,7

Oba zestawienia zdają się zgodnie świadczyć o istnieniu współruchu, który co do swej siły, jak wynikałoby z naszych badań, jest trzy razy słabszy od odruchu.

Na zakończenie niniejszego rozdziału pragnęlibyśmy zaznaczyć, że poruszone przez nas zagadnienia nie wyczerpują całokształtu zagadnień związanych z istnieniem odruchów psycho-chemicznych, i że przytoczone wyniki mogą stanowić jedynie materiał orientacyjny dla dalszych badań w tym kierunku.

R o z d z i a ł III.

Zachowanie się odruchu psycho-cukrowego i psycho-chlorokowego u chorych psychicznie.

Przejdziemy do omówienia uzyskanego przez nas materiału doświadczalnego odnośnie do poszczególnych jednostek chorobowych. Materiał niniejszy zawiera ogółem 61 badań na odruch psycho-cu-

krowy i 57 badań na odruch psycho-chlorkowy, razem 118 badań. Odruchy były badane wyłącznie sposobem z następującym podaniem bodźca do spożycia, a zatem każde badanie w wyniku swoim zawiera dwie liczby, dotyczące zawartości składnika chemicznego we krwi, a mianowicie: liczbę wyjściową, uwidaczniającą stan przed zastosowaniem bodźca psychicznego i liczbę, uwidaczniającą stan po zastosowaniu bodźca psychicznego, a więc po odbyciu się reakcji. Przy omawianiu badań będziemy podawali oddzielnie wyniki, uzyskane w badaniach na czczo i wyniki, uzyskane w badaniach o godzinie 11-ej.

a. Porażenie postępujące.

Materiał dotyczący porażenia postępującego składa się z 22 badań na odruch psycho-cukrowy, w tym z 8 badań, przeprowadzonych na czczo i z 14 badań, przeprowadzonych o godz. 11-ej; — z 18 badań na odruch psycho-chlorkowy, w tym z 8-u badań na czczo i z 10 badań o godzinie 11-ej.

Z e s t a w i e n i e N r 9

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy chorych na porażenie postępujące (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu na odr. ps.-cukrowy		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Br.	128	124	-4	+	439	439	0
2	Łaz.	95	92	-3	+	404	404	0
3	Dur.	102	108	+6	+	410	421	+11
4	Piot	121	112	-9	+	427	421	-6
5	Per.	97	104	+7	+	403	397	-6
6	Niem	93	88	-5	+	445	439	-6
7	Bab.	95	92	-3	+	456	456	0
8	Koz.	93	86	-7	+	474	468	-6
Suma różnic				44				35
Różnica przeciętna				5,5				4,4

Wyniki badań na odruch psycho-cukrowy na czczo uwidacznia zestawienie Nr. 9. Jak wynika z tego zestawienia z 8 badanych na bodziec cukrowy zareagowało zmniejszeniem się zawartości cukru, t. j. znakiem minus sześciu chorych, zaś zwiększeniem się cukru dwóch chorych. Wszyscy badani po zakończeniu badania, a zatem po pobraniu obu próbek zaproponowany im cukier spożyli. Chory N. 3 i N. 5, którzy zareagowali znakiem plus, podczas badania byli rozdrażnieni. Ogólna suma odchyień wyniosła 44, dając przeciętną odchylenia, przypadającą na jednego badanego w wysokości 5,5.

Towarzyszące badania chemiczne na zawartość chlorków w 3 przypadkach nie dało żadnych odchyień, zaś w innych 5-ciu odchylenia, odpowiadające 1 — 2 podziałkom przy miareczkowaniu. Ogólna suma odchyień w towarzyszących badaniach chemicznych na chlorki wyniosła 35, zaś przeciętna na jednego chorego 4,4.

Wyniki badań na odruch psycho-cukrowy o godz. 11-ej uwidacznia zestawienie Nr. 10. Jak wynika z tego zestawienia z 14 badanych na bodziec cukrowy zareagowało znakiem minus 7 badanych i znakiem plus również 7. Jeden z badanych (N. 14) nie zjadł zaproponowanego mu cukru. Jego reakcja psycho-cukrowa była minimalna, dająca w kierunku minus odchylenie, odpowiadające zaledwie jednej podziałce przy miareczkowaniu. Wyraźnej współzależności pomiędzy zachowaniem się badanego i znakiem plus czy minus stwierdzić nie mogliśmy. Badany N. 6 najchętniej ze wszystkich spożywał zaproponowany mu cukier. Jego reakcja psycho-cukrowa wypadła ze znakiem plus, dała przy tym prawie najwyższe odchylenie z pośród wszystkich badanych, a mianowicie: 24 przy najwyższym 25. Ogólna suma odchyień wyniosła 111, dając przeciętną w wysokości 7,9.

Towarzyszące badania chemiczne na zawartość chlorków w 4-ch przypadkach nie dało żadnych odchyień. Ogólna suma odchyień w badaniach powyższych wyniosła 130, dając przeciętną w wysokości 9,5.

Wyniki badań na odruch psycho-chlorkowy, przeprowadzonych na czczo uwidacznia zestawienie Nr. 11. Jak wynika z tego zestawienia z ośmiu badanych na bodziec w postaci soli kuchennej wszyscy zareagowali zmniejszeniem się zawartości chlorków we krwi. Sześciu badanych po zakończeniu doświadczenia zaproponowaną im sól brali i jedli, zaś 2 odmówiło. Ogólna suma odchyień wyniosła 116. Przeciętna reakcja wypadła w wysokości 14,4.

Towarzyszące badania chemiczne na zawartość cukru w 6 przypadkach nie dały żadnych odchyień. Przeciętna dla tych badań wyniosła 0.6.

Wyniki badań na odruch psycho-chlorkowy, przeprowadzonych o godzinie 11-ej uwidacznia zestawienie Nr. 12. Jak wynika z tego

Z e s t a w i e n i e N r 1 0

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy chorych na porażenie postępujące (godzina 11-a).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu na odruch psycho-cukrowy		
		P r ó b y		Różnice		P r ó b y		Różnice
		1	2			1	2	
1	Szl.	98	108	+10	+	474	468	- 6
2	Pał.	135	129	- 6	+	474	444	-30
3	Sik.	117	92	-25	+	485	479	- 6
4	Dąb.	110	107	- 3	+	468	468	0
5	Sm.	78	72	- 6	+	462	468	+ 6
6	Hub.	93	117	+24	+++	550	550	0
7	Gil.	125	124	- 1	++	433	433	0
8	Bur.	115	122	+ 7	++	421	439	+18
9	Gór.	95	99	+ 4	+	439	421	-18
10	Gał.	106	110	+ 4	+	439	427	-12
11	Pok.	111	120	+ 9	+	421	404	-17
12	Dr.	104	99	- 5	+	486	480	- 6
13	Gar.	97	102	+ 5	+	433	421	-12
14	Wiś.	102	100	- 2	-	444	444	0
Suma różnic				111				131
Różnica przeciętna				7,9				9,3

zestawienia z 10-ciu badanych na bodziec w postaci soli kuchennej zareagowało zmniejszeniem się zawartości chlorków we krwi 8, zaś zwiększeniem — 2 (Nr. 2 i Nr. 9). Dwóch odmówiło spożycia soli. Reakcja psycho-chlorkowa wypadła u nich jednak ze znakiem minus. Ogółem suma odchyień wyniosła 153, dając przeciętną w wysokości 15,3.

Towarzyszące badania chemiczne na zawartość cukru w 2-ch przypadkach nie dało żadnych odchyień, w 4-ch minimalne. Ogólna suma odchyień w tych badaniach wyniosła 29, dając przeciętną 2,9.

Przy porównywaniu uzyskanych przez nas dla porażenia postępującego wyników możemy się posługiwać przeciętną odchyień, otrzymaną dla każdej serii badań. Badania chemiczne na zawartość cukru we krwi, towarzyszące doświadczeniom, dotyczącym odruchu psycho-chlorkowego, mogą stanowić dane kontrolne dla doświadczeń, dotyczących odruchu psycho-cukrowego i odwrotnie: badanie chemiczne na zawartość chlorków we krwi, towarzyszące doświadcze-

Z e s t a w i e n i e N r 1 1

Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy chorych na porażenie postępujące (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Sk.	462	445	-17	+	126	122	-4
2	Mań.	409	398	-11	+	124	124	0
3	Piąt.	427	409	-18	+	110	110	0
4	Nap.	433	427	-6	+	127	127	0
5	St.	421	404	-17	-	126	126	0
6	Ryb.	409	398	-11	+	90	90	0
7	Mas.	439	421	-18	-	85	86	+1
8	Boj.	439	421	-18	+	104	104	0
Suma różnic				116				5
Różnica przeciętna				14,4				0.6

niom, dotyczącym odruchu psycho-cukrowego, mogą stanowić dane kontrolne dla doświadczeń, dotyczących odruchu psycho-chlorkowego. Oczywiście godzimy się tu na to, że ew. współruch da w badaniach towarzyszących nieco wyższą przeciętną, niż moglibyśmy otrzymać w czystych badaniach kontrolnych. Nieco wyższa przeciętna w badaniach towarzyszących nie pomniejsza znaczenia tych liczb dla kontroli badań na odruch, a nawet tę kontrolę uczula. Przy dalszym omówieniu materiału badania towarzyszące będziemy traktowali jako badania kontrolne i w ten sposób nazywali, mając na względzie przejrzystość tekstu.

Porównanie przeciętnych, otrzymanych w badaniach na cukier uwidacznia zestawienie Nr. 13, zaś w badaniach na chlorki zestawienie Nr. 14. Jak wynika z obu zestawień badania na odruch re-

Zestawienie Nr 12.

Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy chorych na porażenie postępujące (godzina 11-a).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy		
		P r ó b y		Różnica		P r ó b y		Różnica
		1	2			1	2	
1	Szl.	445	415	-30	+	99	97	- 2
2	Sik.	420	432	+12	+	113	111	- 2
3	Gol.	433	421	-12	+	115	115	0
4	Bur.	433	409	-24	+	117	117	0
5	Gał.	432	420	-12	+	117	115	- 2
6	Pok.	421	398	-23	+	106	111	+ 5
7	Dr.	491	480	-11	+	120	125	+ 5
8	Gar.	392	386	- 6	-	97	93	- 4
9	Wiś.	439	450	+11	+	106	113	+ 7
10	Sł.	445	433	-12	-	104	102	- 2
Suma różnic				153				29
Różnica przeciętna				15,3				2,9

gularnie wykazują liczby wyższe od liczb, uzyskanych w badaniach kontrolnych.

Z e s t a w i e n i e N r 13.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na cukier u chorych na porażenie postępujące.

Badani	B a d a n i e		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	0,6	5,5	1 : 9,2
o godz. 11	2,9	7,9	1 : 2,7

Badania, przeprowadzone o godz. 11-ej dają liczby wyższe niż badania przeprowadzone na czczo. Stosunek przeciętnej badań kontrolnych do przeciętnej badań na odruch uwidocznia, że badania na czczo dają wyniki więcej przejrzyste. Z powyższych danych wynika, że odruchy psycho-chemiczne w porażeniu postępującym są obecne. Uzyskane w badaniach na odruch przeciętne dla porażenia postępującego będą wzięte do porównań z danymi, uzyskanymi dla innych jednostek chorobowych. We wszystkich badaniach razem dotyczących porażenia postępującego w ogólnej liczbie 40 mamy w 29 przypadkach reakcję ze znakiem minus, zaś w 11 ze znakiem plus. W 5-ciu przypadkach badani odmówili spożycia wystawionego bodźca, reagowali jednak znakiem minus.

Z e s t a w i e n i e N r 14.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na chlorki u chorych na porażenie postępujące.

Badani	B a d a n i a		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	4,4	14,4	1 : 3,3
o godz. 11	9,3	15,3	1 : 1,6

b. Epilepsja.

Materiał, dotyczący epileptyków składa się z 12 badań na odruch psycho-cukrowy, w tym z 7 badań, przeprowadzonych na czczo i z 5 badań, przeprowadzonych o godz. 11-ej; — i z 14 badań na odruch psycho-chlorkowy, w tym z 6 badań na czczo i z 8 badań o godzinie 11-ej.

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy na czczo uwidacznia zestawienie Nr. 15. Jak wynika z tego zestawienia z 7 badanych na bodziec cukrowy zareagowało zmniejszeniem się zawartości cukru we krwi 5 chorych, zaś 2 jego zwiększeniem się. Wszyscy badani po zakończeniu badania zaproponowany im cukier spożyli. Ogólna suma odchyień wyniosła 39, dając przeciętną odchylenia na jednego badanego w wysokości 5,6.

Z e s t a w i e n i e N r 1 5 .

Wyniki badania epileptyków na odruch psycho-cukrowy (na czczo).

L. P.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu odruchu psycho-cukrowego		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Tek.	104	108	+4	+	409	409	0
2	Kra.	99	91	-8	+	421	421	0
3	Sik.	100	95	-5	+	409	415	+6
4	Blum.	119	115	-4	+	426	426	0
5	Krup	88	93	+5	+	439	433	-6
6	Keb.	97	91	-6	+	445	445	0
7	Szcz.	93	86	-7	+	468	468	0
Suma różnic				39				12
Różnica przeciętna				5,6				1,7

Towarzyszące badanie chemiczne na zawartość chlorków we krwi w 5 przypadkach nie dało żadnych odchyień, zaś w 2 niewielkie odchylenia, odpowiadające jednej podziałce przy miareczkowa-

niu. Ogólna suma odchyień w towarzyszących badaniach na chlorki wyniosła 12, dając przeciętną 1,7.

Z e s t a w i e n i e N r 1 6.

Wyniki badania epileptyków na odruch psycho-cukrowy (o g. 11-ej).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu na odruch psycho-cukrowy		
		P r ó b y		Różnice		P r ó b y		Różnice
		1	2			1	2	
1	Każ.	97	104	+ 7	+	438	433	- 5
2	Win.	122	118	- 4	+	398	392	- 6
3	Kru.	116	125	+ 9	+	426	421	- 5
4	M. Gr.	102	95	- 7	+++	468	468	0
5	J. Gr.	112	114	+ 2	-	462	480	+18
Suma różnic				29				34
Różnica przeciętna				5,8				6,8

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy o godz. 11-ej uwi-
docznia zestawienie Nr. 16. Jak wynika z tego zestawienia z 5 ba-
danych na bodziec cukrowy zareagowało znakiem minus 2-ch bada-
nych, zaś znakiem plus 3-ch. Jedna z badanych (N. 5) nie zjadła
zapropozowanego jej cukru. Jej reakcja psycho-cukrowa była mini-
malna i szła w kierunku plus. Inna badana (N. 4) spożyła cukier
z wielką chęcią, reakcja wypadła wyraźnie ze znakiem minus. To-
warzyszące badania chemiczne na zawartość chlorków w 1 przypad-
ku nie dały żadnego odchylenia, zaś w innych 4-ch odchylenia były.
Ogólna suma odchyień wyniosła 34, dając przeciętną 6,8.

Wyniki badań na odruch psycho-chlorkowy, przeprowadzonych
na czczo uwiadcznia zestawienie Nr. 17. Jak wynika z tego zesta-
wienia wszyscy 6-ro badani na bodziec w postaci soli kuchennej za-
reagowali zmniejszeniem się zawartości chlorków we krwi. Wszyscy
badani po zakończeniu doświadczenia zaproponowaną im sól jedli.

Ogólna suma odchyłeń wyniosła 70, dając przeciętną 11,6. Towarzyszące badania chemiczne na cukier dały różnicę przeciętną w wysokości 1,6.

Zestawienie Nr 17.

Wyniki badania epileptyków na odruch psycho-chlorkowy (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy		
		Próby		Różnica		Próby		Różnica
		1	3			1	2	
1	Cza.	404	392	-12	+	110	108	-2
2	Gie.	421	416	-5	+	124	124	0
3	Now.	456	450	-6	+	117	115	-2
4	Kr.	438	427	-11	+	110	111	+1
5	Now.	421	403	-18	+	131	129	-2
6	Wąs	439	421	-18	+	106	103	-3
Suma różnic				70				10
Różnica przeciętna				11,6				1,6

Wyniki badań na odruch psycho-chlorkowy, przeprowadzonych o godz. 11-ej, uwidacznia zestawienie Nr. 18. Jak wynika z tego zestawienia z 8 badanych reagowało znakiem minus — 6-ciu, zaś znakiem plus — 2-ch. Dwóch odmówiło spożycia soli, należeli oni do osób, które dały reakcję ze znakiem minus. Dwóch (Nr. 1 i Nr. 8) jedli sól z największą gotowością, reakcja ich była silną i szła w kierunku minus. Ogólna suma odchyłeń wyniosła 110, dając przeciętną 13,8. Towarzyszące badania chemiczne na zawartość cukru we krwi dały przeciętną w wysokości 4,4.

Porównania przeciętnych, otrzymanych w badaniach na cukier, uwidacznia zestawienie Nr. 19, zaś — w badaniach na chlorki zestawienie Nr. 20. Jak wynika z obu zestawień badania na odruch dały regularnie liczby wyższe w porównaniu z liczbami kontrolnymi. Badania na czczo dały liczby niższe, lecz, jak wykazuje stosunek, wyniki wypadły w sposób więcej przejrzysty. Wyniki stwierdzają u epi-

leptyków istnienie odruchów psycho-chemicznych. Uzyskane dla epileptyków przeciętne zostaną wyzyskane do porównań.

Zestawienie Nr 18.

Wyniki badania epileptyków na odruch psycho-chlorkowy (o g. 11-ej).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniach na odruch psycho-chlorkowy		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Sacz.	439	415	-24	++	93	97	+ 4
2	Każ.	415	398	-17	-	119	116	- 3
3	Kar.	433	427	- 6	-	111	113	+ 2
4	Win.	450	439	-11	+	119	119	0
5	Kru.	444	450	+ 6	+	112	105	- 7
6	Gr. M.	439	450	+11	+	108	93	- 9
7	Gr. J.	468	450	-18	+	101	106	+ 5
8	Kunc.	421	404	-17	++	120	125	+ 5
Suma różnic				110				35
Różnica przeciętna				13,8				4,4

Zestawienie Nr 19.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na cukier u epileptyków.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	1,6	5,6	1 : 3,5
o godz. 11-ej	4,4	5,8	1 : 1,3

We wszystkich badaniach, dotyczących epileptyków w ogólnej liczbie 26 mamy w 19 przypadkach reakcję ze znakiem minus, zaś w 7 ze znakiem plus. W trzech przypadkach badani odmówili spożycia wystawionego bodźca, przy tym jeden z nich zareagował znakiem plus, zaś dwóch — minus.

Zestawienie Nr 20.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na chlorki u epileptyków.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	1,7	11,6	1 : 6,8
o godz. 11-ej	6,8	13,8	1 : 2,0

c. Oligofrenia.

W oligofrenii rozporządzamy bardzo szczupłym materiałem, składa się on bowiem z czterech przypadków badanych na odruch psycho-cukrowy i z czterech — badanych na odruch psycho-chlorkowy. Wszyscy byli badani na czczo.

Zestawienie Nr 21.

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy oligofreników (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu odruchu psycho-cukrowego		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Cie.	119	113	— 6	+	403	403	0
2	Rac.	111	115	+ 4	+	480	468	—12
3	Aug.	104	99	— 5	+	433	433	0
4	Zyg.	92	88	— 4	+	409	404	— 5
Suma różnic				19				17
Różnica przeciętna				4,75				4,25

Wyniki badań na odruch psycho-cukrowy uwidocznia zestawienie Nr. 21. Jak wynika z tego zestawienia 3-ch badanych zareagowało znakiem minus, czyli zmniejszeniem się poziomu cukru we krwi, zaś jeden badany znakiem plus, czyli zwiększeniem się poziomu cukru we krwi. Wszyscy badani po zakończeniu badania zaproponowany im cukier brali i jedli. Ogólna suma odchyień wyniosła 19, dając przeciętną 4,75.

Towarzyszące badania chemiczne na zawartość chlorków dały przeciętną 4,25.

Wyniki badań na odruch psycho-chlorkowy uwidocznia zestawienie Nr. 22. Jak wynika z tego zestawienia wszyscy badani w liczbie czterech zareagowali zmniejszeniem się poziomu chlorków we krwi. Wszyscy też zaproponowaną im sól jedli i to z wielką gotowością, szczególnie trzeci badany, który też dał największe odchylenie. Ogólna suma różnic wyniosła 70, dając przeciętną w wysokości 17,5.

Towarzyszące badania chemiczne na cukier dały przeciętną w wysokości 2,25.

Z e s t a w i e n i e N r 2 2 .

Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy oligofreników (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy		
		P r ó b y		Różnice		P r ó b y		Różnice
		1	2			1	2	
1	Kar.	416	398	-18	+	122	124	+ 2
2	K. St.	409	398	-11	+	122	120	- 2
3	Jan.	439	409	-30	+	92	95	+ 3
4	Bes.	415	404	-11	+	93	91	- 2
Suma różnic				70				9
Różnica przeciętna				17,5				2,25

W celach porównawczych dajemy zestawienie Nr. 23 i Nr. 24, które uwidaczniają wyniki w przeciętnych. Jak wynika z obu zestawień, badania na odruch wykazują liczby wyższe od liczb, uzyska-

Zestawienie Nr 23.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na cukier u oligofreników.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	2,25	4,75	1 : 2,1

nych w badaniach kontrolnych, szczególnie dotyczy to chlorków. We wszystkich badaniach razem, dotyczących oligofrenii, w ogólnej liczbie 8, mamy tylko w jednym przypadku reakcję ze znakiem plus, wszyscy zaś inni reagowali znakiem minus. Żaden z oligofreników nie odmówił spożycia zaproponowanych produktów.

Zestawienie Nr 24.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na chlorki u oligofreników.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	4,25	17,5	1 : 4,1

d. Schizofrenia.

Materiał, dotyczący schizofrenii składa się z 44 badań, przeprowadzonych na czczo, w tym z 23 badań na odruch psycho-cukrowy i z 21 badań na odruch psycho-chlorkowy.

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy uwidocznia zestawienie Nr. 25. Jak wynika z tego zestawienia z 23-ch badanych na bodziec cukrowy zareagowało zmniejszeniem się zawartości cukru we krwi, t. j. znakiem minus 10 osób, jego zwiększeniem się 12 osób, zaś jedna osoba reakcji nie wykazała. Była to chora w stuporze, która na doświadczenie całkiem nie reagowała. Ogólna suma odchyleń wyniosła 89, dając przeciętną 3,9. Towarzyszące badania chemiczne na zawartość chlorków wykazały brak wahań w 11 przypadkach, sumę różnic w wysokości 81 i przeciętną 3,5.

Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy uwidacznia zesta-

Zestawienie Nr 25.

Wyniki badania schizofreników na odruch psycho-cukrowy (na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-cukrowy			Czy cukier został spożyty	Zachowanie się chlorków przy badaniu na odruch cukrowy		
		Próby		Różnice		Próby		Różnice
		1	2			1	2	
1	Szpi.	110	108	- 2	-	474	468	- 6
2	Żeg.	83	81	- 2	-	409	409	0
3	Dan.	83	81	- 2	-	415	415	0
4	Siw.	88	86	- 2	+	420	421	0
5	Cud.	86	90	+ 4	-	480	474	- 6
6	Jack.	80	71	- 9	-	456	450	- 6
7	Glic.	82	79	- 3	+	439	450	+11
8	Frank.	73	76	+ 3	+	445	445	0
9	Wys.	96	91	- 5	+	409	415	+ 6
10	Zag.	91	87	- 3	+	456	450	- 6
11	Mich.	86	90	+ 4	-	468	462	- 6
12	Goldt.	104	101	- 3	-	433	445	+12
13	Sys.	92	93	+ 1	-	456	456	0
14	Naw.	92	88	- 4	+	474	468	- 6
15	Wit.	106	106	0	-	421	421	0
16	Naj.	101	102	+ 1	-	468	468	0
17	Skw.	88	90	+ 2	-	439	439	0
18	Fog.	86	90	+ 4	+	468	468	0
19	Man.	93	97	+ 4	+	468	462	- 6
20	Knei.	88	97	+ 9	+	450	450	0
21	Tyl.	123	134	+11	+	427	427	0
22	Rog.	110	115	+ 5	+	450	445	- 5
23	Wein.	110	115	+ 5	+	450	445	- 5
Suma różnic					89			
Różnica przeciętna					3,9			
								81
								3,5

Zestawienie Nr 26.
Wyniki badania schizofreników na odruch psycho-chlorkowy.
(na czczo).

L. p.	Osoby badane	Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy			Czy sól została spożyta	Zachowanie się cukru przy badaniu na odruch psycho-chlorkowy		
		Próby		Różnica		Próby		Różnica
		1	2			1	2	
1	Poch.	445	439	- 6	+	100	100	0
2	Osiń.	439	433	- 6	+	85	83	- 2
3	Heg.	404	404	0	-	96	92	- 4
4	Koz.	445	433	-12	+	85	87	+ 2
5	Dąbr.	456	439	-17	+	106	108	+ 2
6	Cien.	462	450	-12	+	97	97	0
7	Biel.	462	445	-17	+	115	115	0
8	Jank.	456	439	-17	+	104	104	0
9	Kam. A	456	433	-23	+	97	97	0
10	Dul.	421	439	+18	+	106	111	+ 5
11	Mańk.	427	439	+12	+	122	120	- 2
12	Sum.	456	445	-11	+	113	113	0
13	Bon.	456	439	-17	+	111	110	- 1
14	Mor.	468	450	-18	-	110	111	+ 1
15	Kam. M	439	427	-12	+	131	127	- 4
16	Ziel.	439	439	0	-	122	124	+ 2
17	Ser.	427	409	-18	+	119	115	- 4
18	Jęd.	433	421	-12	+	110	111	+ 1
19	Ter.	439	427	-12	-	104	104	0
20	Grz.	468	456	-12	+	88	88	0
21	Dyl.	433	427	- 6	+	104	102	- 2
Suma różnic					258			32
Różnica przeciętna					12,3			1,5

Wyniki badania na odruch psycho-chlorkowy uwidocznia zestawienie Nr. 26. Jak wynika z tego zestawienia z 21 badanych na sól kuchenną zareagowało znakiem minus 17 osób, znakiem plus 2 osoby, zaś 2 osoby całkiem nie zareagowały. Jeden z niereagujących (Nr. 3) był to chory z mutyzmem, który nie reagował też na otoczenie. Drugi chory (Nr. 16) również na pytania nie odpowiadał i na otoczenie nie reagował. Ogólna suma różnic wyniosła 258, dając przeciętną 12,3. Towarzyszące badania chemiczne na zawartość cukru wykazały brak wahań w 8 przypadkach, dały sumę różnic w wysokości 32 i przeciętną 1,5.

Zestawienie Nr 27.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na cukier u schizofreników.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	1,5	3,9	1 : 2,6

Stosunek pomiędzy badaniami kontrolnymi, a badaniami na odruch uwidoczniają zestawienia Nr. 27 i Nr. 28. Jak widzimy z tych zestawień, schizofrenicy, biorąc przeciętne psycho-chemiczne wykazują

Zestawienie Nr 28.

Przeciętne, uzyskane w badaniach na chlorki u schizofreników.

Badani:	Badania		Stosunek
	kontrolne	na odruch	
na czczo	3,5	12,3	1 : 3,5

co następuje. Ogółem na 44 badania u schizofreników razem na odruch psycho-cukrowy i psycho-chlorkowy mieliśmy 27 reakcyj ze znakiem minus, 14 reakcyj ze znakiem plus i w 3 przypadkach brak reakcyj. Zastanawiającą jest rzeczą, że reakcje ze znakiem plus w przeważającej swej liczbie przypadają na odruch psycho-cukrowy. Reakcje plusowe w badaniach na odruch psycho-cukrowy wynoszą 52,2%

wszystkich badań, zaś w badaniach na odruch psycho-chlorkowy zaś ledwie 9,5%. Również godne jest uwagi, że w całym naszym materiale dopiero w schizofrenii stwierdziliśmy przypadki, których nie możemy inaczej określić, jak przypadki, wykazujące brak reakcji, poziom bowiem cukru w próbie pierwszej i drugiej pozostał identyczny, co dotychczas spotykaliśmy tylko w towarzyszących chemicznych badaniach dla celów kontrolnych.

Przypadki braku reakcji w schizofrenii upoważniają nas do przeprowadzenia nieco głębszej ich analizy. W tym celu materiał, dotyczący schizofrenii, rozbiliśmy na 2 grupy, a mianowicie: tych, co wykazali brak reakcji i tych, co reagowali. Do osób wykazujących brak reakcji zaliczyliśmy osoby, u których miareczkowanie pierwszej i drugiej próbki krwi dały liczby te same i dodatkowo osoby, u których te liczby różniły się tylko o jedną podziałkę przy miareczkowaniu, mając na względzie, że jedna podziałka leży w zakresie możliwej pomyłki. W podawanych przez nas wynikach tak ujęty brak reakcji odpowiadałby różnicom w cukrze od 0 do 2, zaś w chlorkach od 0 do 6.

Po rozdzieleniu materiału w ten sposób postaraliśmy się prześledzić, jakie mianowicie postacie schizofrenii mieszczą się w grupie nie reagującej, a jakie w reagującej.

Przy badaniach na odruch psycho-cukrowy w grupie nie reagującej na 8 przypadków stwierdziliśmy 7 z wybitnymi objawami katatonicznymi, w tym 5-ciu w typowym stuporze, z których czterech było sztucznie karmionych. W grupie zaś reagujących stwierdziliśmy zaledwie 3 katatoników na 15. Procentowo w grupie nie reagującej katatonicy wynosili 87,5%, zaś w grupie reagującej zaledwie 20%, przy tym dwóch z nich wykazało najwyższe odchylenie, a mianowicie: + 11 — 9, zaś jeden najniższe, a mianowicie: — 3.

Z objawów paranoidalnych w grupie nie reagującej stwierdziliśmy w przebiegu choroby urojenia w 4-ch przypadkach na 8, a zatem 50%, zaś w grupie reagującej urojenia wykazywało 12 chorych na 15, a za tem 80% przypadków.

Przy badaniach na odruch psycho-chlorkowy w grupie nie reagującej na 5 chorych stwierdziliśmy 3-ch typowych katatoników w stanie stuporu, względnie do niego zbliżonym, zaś w jednym wypadku lekkie podniecenie katatoniczne z werbiheracją. W grupie zaś reagującej stwierdziliśmy 5 typowych katatoników na 16 chorych. Procentowo w grupie nie reagującej katatonicy wynosili 60 wzgl. 80%, zaś w grupie reagującej 31,2%.

Co się tyczy objawów paranoidalnych, to w grupie nie reagującej nie stwierdziliśmy ich w żadnym przypadku (0%), zaś w grupie reagującej objawy paranoidalne stwierdziliśmy u 8 chorych na 16, co wynosiło 50%.

Reasumując, możemy powiedzieć, że w grupach nie reagujących znaleźli się chorzy sztucznie karmieni oraz, że w tych też grupach katatonicy stanowili bardzo wysoki odsetek, natomiast chorzy z objawami paranoidalnymi wykazali dużą przewagę w grupach reagujących.

W związku z powyższym nasuwa się przypuszczenie, że badanie odruchów psycho-chemicznych może się stać przydatnym dla celów klinicznych. W szczególności możliwość ta istnieje chociażby w badaniach sądowo-psychiatrycznych, gdy mamy do czynienia z odmową przyjmowania pożywienia przez obserwowanego sędownie.

e. Porównanie danych, uzyskanych w poszczególnych cierpieniach.

Zasadniczym punktem wyjścia do porównań są oczywiście normy fizjologiczne. Dlatego też postaraliśmy się w miarę możliwości przeprowadzić badania na osobach zdrowych. Takich badań mogliśmy wykonać zaledwie 6, w tym na odruch psycho-cukrowy 4 i na odruch psycho-chlorkowy 2. Badania zostały przeprowadzone o godz. 11-ej po spożytym o godz. 7.30 śniadaniu. Dane uzyskane na tak szczupłym materiale nie mogą być oczywiście uważane za dostateczne dla określenia faktycznego stanu rzeczy w warunkach fizjologicznych, mogą jednak stanowić materiał orientacyjny. Dla odruchu psycho-cukrowego otrzymaliśmy przeciętną reakcję w wysokości 2, zaś dla psycho-chlorkowego — 9.

Przede wszystkim omówimy kwestię siły reakcji w poszczególnych jednostkach chorobowych. W tym celu wyzyskamy przeciętne, otrzymane przez nas dla każdej postaci chorobowej. Dane porównawcze uwidacznia zestawienie Nr. 29.

O ile w zestawieniu powyższym porównamy poszczególne jednostki chorobowe pod względem siły reakcji, to zwrócimy uwagę, że epilepsja w trzech rubrykach zajmuje miejsce bezpośrednio poniżej porażenia postępującego, zaś w jednej mu równe; że oligofrenia w chlorkach wysunęła się zdecydowanie na pierwsze miejsce i zajmuje dość wysokie w cukrze; że schizofrenia odwrotnie zajęła miejsca niższe; i że na najniższych miejscach znalazły się osoby zdrowe. O ile byśmy przyjęli za punkt wyjścia liczbę, dotyczące zdrowych, to przy zastosowaniu miernika, używanego zazwyczaj w badaniu klinicznym,

moglibyśmy powiedzieć, że oligofrenicy i chorzy na porażenie postępujące wykazują odruchy wybitnie wzmożone, epileptycy wzmożone, względnie znacznie wzmożone, schizofrenicy — nieco wzmożone, względnie wzmożone.

Z e s t a w i e n i e N r 29.

Przeciętne rozpiętości odruchów w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Postacie chorobowe	Liczby, dotyczące odruchu			
	psycho-cukrowego		psycho-chlorkowego	
	na czczo	o godz. 11	na czczo	o godz. 11
Oligofrenia	4,75	—	17,5	—
Porażenie postępujące	5,5	7,9	14,4	15,3
Epilepsja	5,6	5,8	11,6	13,8
Schizofrenia	3,9	—	12,3	—
Zdrowi	—	2,0	—	9,0

Uzeregowanie powyższe wykazuje pewną analogię do wyników, uzyskanych w Klinice Psychiatrycznej U. J. P. w Warszawie przez *Skrzypińską* w innej dziedzinie. *Skrzypińska* w badaniach nad wpływem bodźców protopatycznych na chronaksję nerwu przedsionkowego otrzymała największe spadki i wzniesienia krzywej u tych właśnie chorych, u których kora mózgowa, jako narząd świadomości jest najmniej czynna. Jak w badaniach *Skrzypińskiej* tak, zdaje się, i moich, uzyskane wyniki wypadły zgodnie z prawem Jacksona, według którego czynności ośrodków niżej położonych ulegają nasileniu, jeżeli zostają pozbawione hamującego działania ośrodków wyższych.

Przy porównaniu badanych pod względem ustosunkowania się do bodźca uzyskujemy następujące dane. Oligofrenicy nigdy nie zawadzili i zaproponowany im cukier wzgl. sól zawsze spożywali. Epileptycy, badani na czczo w liczbie 13, również nigdy nie zawiedli i zaproponowany im produkt spożyli. Natomiast z pośród badanych o godz. 11-ej jeden z ogólnej liczby pięciu odmówił spożycia cukru i dwóch z ogólnej liczby 8, odmówiło spożycia soli. Chorzy na pora-

żenie postępujące, badani na czczo w liczbie 8, zaproponowany im cukier jedli, natomiast z pośród innych 8-u, spożycia soli odmówiło 2. Przy badaniu o godz. 11-ej z 14 chorych na porażenie postępujące tylko jeden odmówił zjedzenia cukru, zaś spożycia soli z 10 badanych odmówiło 2. Z 23 schizofreników badanych na odruch psycho-cukrowy 11-tu cukru nie jadło, zaś z 21 badanych na odruch psycho-chlorkowy nie jadło soli czterech. Oczywiście różnica w ustosunkowaniu się przez schizofreników do cukru i do soli może być tłumaczona różnym składem obu grup badanych.

Przy zreasumowaniu wyżej przytoczonych danych, moglibyśmy ogólnie powiedzieć, że najlepiej ustosunkowali się do zjedzenia proponowanych produktów oligofrenicy, nieco gorzej epileptycy i porażeni; gorzej schizofrenicy na sól i znacznie gorzej schizofrenicy na cukier, bowiem prawie połowa cukru nie jadła. Porównać dane, dotyczące badać na czczo i o godz. 11-ej możemy tylko na epileptykach i chorych na porażenie postępujące. Ogólna liczba tego rodzaju chorych, badanych na czczo, wynosiła 29 osób, z tego tylko 2 odmówiło zjedzenia zaproponowanego produktu. Z ogólnej zaś liczby 37, badanych o godzinie 11-ej, odmówiło zjedzenia 6 osób. Wynikałoby z tego, że o godz. 11-ej mamy gorsze warunki do badań. Jest to też zgodne z powyżej przytoczonymi obserwacjami, że odruchy badane na czczo wypadają w sposób więcej przejrzysty. Przeczyłoby to ewentualnym przypuszczeniem, że proponowanie spożywania słodkiego i słonego na czczo może stwarzać moment niekorzystny dla badań.

Poruszmy obecnie kwestię zachowania się odruchów psycho-chemicznych pod względem kierunku, w jakim się odruch odbywa, to znaczy, czy poziom składnika chemicznego we krwi ulega obniżeniu, a zatem wynik wypada ze znakiem minus, czy też podwyższeniu, a zatem wynik wypada ze znakiem plus. Wyzyskamy przede wszystkim cały nasz materiał dla obliczeń ogólnych. Wyeliminujemy tylko trzy badania, w których poziom składnika chemicznego w próbce pierwszej i drugiej pozostał identyczny. Dysponujemy materiałem 115 badań na odruch psycho-cukrowy i psycho-chlorkowy razem. Reakcje minusowe w tym materiale mieliśmy w 82 badaniach, co stanowi 71,3%, zaś plusowe w 33 badaniach, co odpowiada 28,7%. Obliczenia powyższe przemawiałyby za naszym przypuszczeniem, że za zasadniczy typ reakcji należy uważać obniżenie się poziomu składnika chemicznego we krwi. Jeszcze korzystniej wypadają obliczenia, jeżeli wyeliminujemy materiał, który gorzej ustosunkowuje się do zjedzenia proponowanych produktów, a mianowicie: schizofreników i chorych badanych o godz. 11-ej. Dysponujemy wtedy materiałem w liczbie 37

badai. Reakcje minusowe w tym materiale mieliśmy w 32 (86,5%) przypadkach, zaś plusowe w (13,5%).

Przejdziemy do kwestii kierunku odruchów w poszczególnych jednostkach chorobowych. W celu ułatwienia porównań, wyzyskamy tylko materiał, dotyczący badanych na czczo. Materiał powyższy uwidacznia zestawienie Nr. 30.

Zestawienie Nr 30.

Obliczenia, dotyczące kierunku odruchu w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Postacie chorobowe	Liczby przypadków zbadanych na odruch							
	psycho-cukrowy				psycho-chlorkowy			
	0	+	-	Razem	0	+	-	Razem
Oligofrenia	0	1	3	4	0	0	4	4
Porażenie postępujące	0	2	6	8	0	0	8	8
Epilepsja	0	2	5	7	0	0	6	6
Schizofrenia	1	12	10	23	2	2	17	21
Razem	1	17	24	42	2	2	35	39

W zestawieniu powyższym w rubrykach oznaczonych przez zero podaliśmy liczby przypadków, w których przy badaniu odruchu poziom składnika chemicznego we krwi w próbce pierwszej i drugiej pozostał identyczny. W rubrykach oznaczonych przez plus podaliśmy liczby przypadków, w których reakcja odbywała się w kierunku plus, zaś przez minus — w kierunku minus.

O ile zwrócimy uwagę na liczby, dotyczące odruchu psycho-cukrowego, to będziemy mogli zaobserwować, że w oligofrenii, epilepsji i porażeniu postępującym odruchy te zachowują się prawie identycznie w tym znaczeniu, że we wszystkich wymienionych postaciach chorobowych nie stwierdzamy braku reakcji, natomiast stosunek reakcyj ze znakiem plus do reakcyj ze znakiem minus jest na ogół jednakoowy i wynosi 1 : 3. Inaczej zachowują się odruchy psycho-cukrowe w schizofrenii. Stwierdzamy tam jeden przypadek braku reakcji, zaś stosunek reakcyj ze znakiem plus do reakcyj ze znakiem minus wynosi 6 : 5, a zatem reakcje ze znakiem plus przeważają.

Odruchy psycho-chlorkowe również w pierwszych trzech postaciach chorobowych zachowują się jednakowo, dając wyłącznie reakcję ze znakiem minus. W schizofrenii zaś znowu stwierdzamy odrębny stan rzeczy, mamy tam dwa przypadki braku reakcji i dwa przypadki reakcji ze znakiem plus przy 17 ze znakiem minus.

Przy porównaniu zachowania się odruchów psycho-cukrowych i psycho-chlorkowych na całym materiale, możemy zwrócić uwagę na to, że w chlorkach mamy reakcyj ze znakiem minus w 90%, zaś w cukrze nieco powyżej 50%. Odruchy psycho-chlorkowe zatem na naszym materiale wypadają w sposób więcej jednolity, posiadając zasadniczy charakter reakcyj ze znakiem minus, zaś odruchy psycho-cukrowe wypadają w sposób więcej różnolity i to da się prześledzić we wszystkich postaciach chorobowych, szczególnie wyraźnie w schizofrenii.

Pragniemy zaznaczyć, że schizofrenicy również i do zjedzenia cukru ustosunkowali się w sposób najbardziej kapryśny. Jednak przy próbie zestawienia odmowy spożycia cukru z kierunkiem odruchu nie mogliśmy stwierdzić współzależności.

Uogólniając wszelkie porównania, możemy powiedzieć, że badanie odruchów psycho-chemicznych u oligofreników, epileptyków i chorych na porażenie postępujące jest niepomierne łatwiejsze niż u schizofreników i daje wyniki więcej wyraziste i jednolite. U schizofreników zaś odruchy psycho-chemiczne w porównaniu z innymi postaciami chorobowymi zachowują się raczej w sposób odrębny, co pobudza do zwrócenia specjalnej uwagi na badanie tych odruchów właśnie w schizofrenii.

W n i o s k i o g ó l n e.

Przytoczony w poszczególnych rozdziałach materiał faktyczny nasuwał szereg wniosków, które pragnęlibyśmy obecnie w miarę możliwości ująć w pewien całościowy kształt.

Zasadniczy materiał dowodowy, dane, uzyskane przy badaniu sposobem z odwołaniem bodźca i liczby, uzyskane w badaniach nad poszczególnymi postaciami chorobowymi, zdaje się, zgodnie świadczą, że *psycho-chemiczne odruchy we krwi u ludzi istnieją i, że istnieją jako odruchy specyficzne na każdego rodzaju bodziec*, stosowany przeze mnie.

Odruchy powyższe mieszczą się w określeniu, podanym dla odruchów przez *Minkowskiego*, stanowią bowiem sztucznie wywołane i ze swego naturalnego związku wyodrębnione odłamki funkcyj, obejmują jednak zjawiska złożone, w których po jednej stronie mamy

cukier względnie sól kuchenną, jako źródło podrażnienia, po drugiej zaś stronie zmianę we krwi w poziomie cukru względnie chlorków.

W regulacji i harmonizowaniu czynności ustroju wchodzi w rachubę dwa mechanizmy, a mianowicie: mechanizm nerwowy i mechanizm humoralny. Według dzisiejszych zapatrywań (Czubalski, Orbelli i inni) oba te mechanizmy należy uważać jako jeden skoordynowany i sprzężony system. A zatem odruchy psycho-chemiczne moglibyśmy ogólnie ująć jako uchwycony fragment czynności układu neuro-humoralnego, w wyniku której to czynności następuje zmiana w poziomie składnika chemicznego we krwi. O ile chodzi o zainteresowanie poszczególnych pięter ośrodkowego układu nerwowego w odruchach psycho-chemicznych, to przede wszystkim przyjmuje w nich udział kora mózgowa. W omawianych przez nas zjawiskach mamy do czynienia z czynnością psychiczną, a zatem nie mogą one istnieć bez kory mózgowej.

Uchwycenie za pomocą odruchów psycho-chemicznych udziału kory w procesach, dotyczących chemizmu krwi, przy tym udziału wybiórczego odrębnego dla cukru i odrębnego dla chlorków, *świadczy o bardzo szerokim i precyzyjnym udziale kory mózgowej w życiu roślinnym ustroju.*

Musimy zaznaczyć, że były czynione próby wykazania wpływu pobudzeń korowych na przemianę materii (węglowodany, lipoidy, chlorki) za pomocą badań doświadczalnych dość zawitych w hipnozie. Powołałam się tu na rosyjskich autorów *Platonowa, Dolina, Minker-Bogdanową i Poworińskiego*. Wykazane przez nas psycho-chemiczne odruchy we krwi u ludzi, przez zwykłe doświadczenie życiowe nabyte, wyświetlają tę kwestię w drodze znacznie prostszej i raczej w normalnych warunkach fizjologicznych.

Z niższych pięter przyjmiemy pod uwagę istnienie ośrodków życia roślinnego w okolicy podwzgórza. *Foerster* wymienia między innymi następujące zaburzenia, jako spowodowane wypadnięciem czynności okolicy podwzgórza: zaburzenia przemiany materii (poliuria, polidipsja, oliguria, hiperglikemia, hipoglikemia, zaburzenia przemiany podstawowej); zaburzenia cyrkulacji, zaburzenia ze strony mięśni gładkich (pęcherz, żrenice); zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jak wzmożona peristałtyka; objawy sekrecyjne, jak poty, saliwacja względnie zatrzymanie wydzielania gruczołów ślinowych, wydzielanie się soku żołądkowego względnie zatrzymanie; impotencja; zaburzenie w rytmie snu i czuwania; zaburzenia oddychania; napady epileptoidalne, zaburzenia psychiczne (cyt. wkł. *Bodechtel'a*).

Co do zaburzeń psychicznych, to musimy zaznaczyć, że po badaniach *Head'a* i szkoły *Pawłowa* nie może jednak ulegać wątpliwości, iż w ośrodkach podkorowych w rzeczywistości mieszczą się instynktowe mechanizmy protopatyczne, zaś odruchowość warunkowa, powstająca jedynie tylko przy dyskryminacji wrażeń, może być lokalizowana, jak zresztą wszelkie czynności psychiczne nabyte, tylko w korze mózgowej.

Powrócimy do kory mózgowej i wspomnimy o ogólnie znanych, towarzyszących procesom psychicznym, zjawiskach z dziedziny życia roślinnego, jak zmiany naczynio-ruchowe, pocenie się, zmiany w biciu serca, skurcze jelit i pęcherza, pobudzenie narządów płciowych.

Przy zestawieniu wyżej przytoczonych danych, dotyczących tych dwóch piętér ośrodkowego układu nerwowego, widzimy przeważając liczbę momentów wspólnych, które jedynie mogą być uwarunkowane przez antomiczne i funkcjonalne powiązanie. To też nikt dzisiaj nie może wątpić o istnieniu w korze przedstawicielstwa układu roślinnego. Polscy autorzy oddawna już to stanowisko zajęli. Wymienię tu między innymi *Czubalskiego*, *Mazurkiewicza* i z jego szkoły *Wicherta* i *Dreszera*.

Omawiane zaś przez nas *odruchy psycho-chemiczne stanowią jeszcze jeden dowód istnienia przedstawicielstwa układu roślinnego w korze mózgowej również i w tym zakresie.*

Fizjologia kory mózgowej posunęła się wielkimi krokami naprzód dzięki nauce o odruchach warunkowych, rozwiniętej w całej swej okazałości przez *Pawłowa* i jego uczniów. Praca, prowadzona latami przez zespół autorów, pozwoliła na ustalenie odpowiedniej metodyki badań i pewnych praw czynności korowej. Otrzymanie przez *Planelles'a* i *Luwisch'a* cukrowego odruchu warunkowego u psa na widok strawy i stwierdzenie przez nas istnienia psycho-cukrowego i psycho-chlorkowego odruchów we krwi u ludzi na specyficzne dla każdego odruchu bodźce *dołącza do zakresu badań fizjologicznych, a w szczególności do zakresu badań nad odruchowością warunkową, nową dziedzinę, a mianowicie: dziedzinę zjawisk chemicznych.*

O ile chodzi o zasadniczy typ odruchu psycho-cukrowego i psycho-chlorkowego pod względem kierunku, w jakim się zmienia poziom składnika chemicznego we krwi, a mianowicie: czy ulega obniżeniu, czy też podwyższeniu, to przytoczone przez nas wyżej obliczenia przemawiają za tym, że za *zasadniczy kierunek reakcji należy uważać obniżenie się poziomu składnika chemicznego we krwi.* Tego rodzaju zachowanie się poziomu składnika chemicznego we

krwi w czasie badania na odruch psycho-chemiczny stałoby w zgodzie z celowością reakcji ustrojowych i odpowiadałoby przygotowaniu się krwi na przyjęcie nowej porcji pożywienia w postaci określonego składnika chemicznego.

Z zakresu pewnych właściwości odruchów psycho-chemicznych mamy do zaznaczenia, co następuje. Liczby, określające przeciętną siłę reakcji dla poszczególnych postaci chorobowych, a w szczególności uszeregowanie się ich według wysokości naogół odpowiednio do stopnia procesów destrukcyjnych w korze mózgowej przemawiają za tym, że *psycho-chemiczne odruchy przejawiają się zgodnie z prawem Jackson'a, według którego czynności ośrodków niżej położonych ulegają nasileniu, jeżeli zostają pozbawione hamującego działania ośrodków wyższych.*

Z innych właściwości wchodziłaby w rachubę kwestia współruchu. Co prawda przy obliczeniach, dotyczących współruchów otrzymaliśmy liczby nie o wiele różniące się od liczb kontrolnych, jednakże otrzymane liczby w stosunku do liczb kontrolnych były wyższe, przy tym dotyczyło to zarówno cukru jak i chlorków. Dane te pozwalają przypuszczać, iż *wywołaniu psycho-chemicznego odruchu jednego rodzaju, może towarzyszyć nieznaczne wahanie w poziomie innego składnika chemicznego we krwi.* Możliwość ta jest zupełnie zrozumiałą, o ile przyjmujemy pod uwagę, że rzadko kiedy spożywamy sam cukier i nigdy prawie samej soli, lecz przyjmowane pożywienie zawsze jest pewnym całościowym, zawierającym różnorodnie składniki chemiczne.

Pożywienie zatem z natury rzeczy budzi różnorodne podrażnienia dośrodkowe, działające na korę mózgową jako pewna jedność zespołowa, która pozostawia w korze również zlewające się w jedną całość zespołowe engramy.

Kwestia współruchu pobudza nas do zastanowienia się nad innym zagadnieniem. Obecnie są brane pod uwagę pewne zespoły w obrazie i składzie krwi, towarzyszące pobudzeniu układu współczulnego względnie przywspółczulnego. Zmiany chemizmu ustrojowego, wywołane pobudzeniem nerwów układu roślinnego były przedmiotem szczegółowych badań *Czubalskiego* i jego uczniów. Pracował w tym kierunku też *Sochański*, starając się przy tym ustalić pewne korelacje ze stanem psychicznym. Zespoły te w pewnym schemacie przedstawia *Hoff*. Pobudzeniu układu współczulnego towarzyszą między innymi zakwaszenie, zwiększenie lepkości i napięcia powierzchniowego, podwyższenie wskaźnika refraktometrycznego surowicy, trombocytoza i leukocytoza, podwyższenie krzepliwości krwi,

podwyższenie ciepłoty ciała, podwyższenie przemiany podstawowej, podwyższenie poziomu cukru we krwi. Pobudzeniu układu przywspółczulnego towarzyszą zasadniczo zmiany cech w odwrotnym kierunku: podwyższenie zasadowości krwi, tendencja do zmniejszania lepkości i napięcia powierzchniowego, obniżenie wskaźnika refraktrycznego surowicy, zmniejszenie krzepliwości, trombopenia, leukopenia (obie ostatnie dają się najłatwiej uchwycić w krwi żyłnej), obniżenie ciepłoty ciała, obniżenie przemiany podstawowej i wreszcie obniżenie poziomu cukru we krwi. Jak widzimy, cukier w tych zespołach posiada swoje określone miejsce. Byłoby do zastanowienia się i ustalenia, czy przy wywołaniu odruchu psycho-cukrowego pewne człony z wyżej podanych zespołów nie ulegają też pewnym wahaniom, jakim i o ile specyficznym dla tego odruchu.

Z innych danych pragnąłbym wspomnieć, że podaliśmy *dwa sposoby badania odruchów*. Kwestię czasu, niezbędnego do odbycia się reakcji, pozostawiamy otwartą. Wyniki porównawcze badań na czczo i o godz. 11-ej wskazują na to, że *proponowanie spożywania słodkiego lub słonego na czczo nie może być uważanym za moment niekorzystny dla badań*.

Natomiast zrozumiałą jest rzeczą, że pewien stopień nasyceńia może wpływać w sposób obniżający względnie hamujący siłę reakcji.

Nie możemy przesądzać kwestii, jak dalece badanie odruchów psycho-chemicznych będzie przydatne dla celów klinicznych. Przypuszczamy, że jeszcze w 1899 r. *Piltz* pisał o odruchach źrenic, występujących przy skupieniu uwagi. Sprawa ta jednak poszła w zapomnienie. Tymczasem inne zjawisko — odruch psycho-galwaniczny — nie przestaje przykuwać uwagi wielu badaczy. Możliwe, że mają słusność autorzy rosyjscy (*Miasistchew* i *Panow*), mówiąc w związku z badaniami psycho-galwanicznymi o dużym znaczeniu lokalizacyjnym badań psycho-fizjologicznych. Zdawałoby się w każdym razie, że psycho-chemiczne odruchy, przebiegające przez różne piętra ośrodkowego układu nerwowego, w badaniu klinicznym pozwolą nam dotrzeć u człowieka do głęboko położonych ośrodków życia roślinnego.

Nasze badania odruchów psycho-chemicznych na materiale klinicznym psychiatrycznym uważamy za ledwie za orientacyjne. Jednakże dane liczbowe, uzyskane dla poszczególnych postaci chorobowych upoważniają nas przynajmniej do pewnych porównań. Powtórzmy zatem, że, o ilebyśmy przyjęli za punkt wyjścia liczby, do-

tyczące zdrowych, to przy zastosowaniu miernika, używanego zazwyczaj w badaniu klinicznym, moglibyśmy powiedzieć, że *oligofrenicy i chorzy na porażenie postępujące wykazują odruchy psychochemiczne o nasileniu, jak się zdaje, najwyższym; epileptycy — wysokim; schizofrenicy — wysokim, dość wysokim, względnie brak odruchów*. Oczywiście określenia powyższe mogą być uważane za ustalone dopiero po potwierdzeniu wyników na materiale znacznie większym, a też i składającym się z dużej ilości badań osób psychicznie zdrowych. Zmiana określenia nie dotknie chyba przypadków, wykazujących brak reakcji.

Badania nad zachowaniem się układu roślinnego u chorych psychicznie nie są w Polsce odosobnione. Przede wszystkim budzi w tym kierunku ogólne zainteresowanie *Mazurkiewicz* szeregiem swoich prac. Badania doświadczalne nad układem roślinnym wykonuje *Zamecki*. Chemizm krwi badają *Zamecki, Sikorska* i inni, ostatnio *Wł. Kamiński*. Wypowiada się o konieczności poszukiwania cech somatycznych właściwych schizofrenii *Falkowski*, przeprowadza on bardzo szczegółowe badania nad zachowaniem się układu roślinnego w schizofrenii i stwierdza, że wszyscy badani wykazywali stale słaby odczyn układu roślinnego przy wywoływaniu odruchów sercowo-ocznego i trzewnego, przy badaniu ciśnienia krwi metodą *Barbier'a* i przy próbach farmakologicznych. *Jankowska* na podstawie swoich obszernych badań, dotyczących przemiany materii wypowiada przypuszczenie, że obniżenie podstawowej przemiany materii i zawartości lipidów w surowicy krwi oraz zmiany w zawartości elektrolitów, stwierdzane w schizofrenii, mogą być objawami, towarzyszącymi zniwelowaniu życia wzruszeniowego tych chorych. Nad przemianą materii u chorych psychicznie pracuje też *Hryniewicz*.

Na naszym materiale, dotyczącym schizofrenii przy rozbiciu go na grupy: chorych raczej nie reagujących i chorych reagujących — mieliśmy możność zaobserwować, że *w grupach nie reagujących znaleźli się chorzy sztucznie karmieni oraz, że w tych też grupach katatonicy stanowili bardzo wysoki odsetek, natomiast chorzy z objawami paranoidalnymi wykazali dużą przewagę w grupach reagujących*.

Zakończając omówienie uzyskanych przez nas wyników musimy zaznaczyć, że nie możemy uważać ich za definitywne, winny one być sprawdzone za pomocą licznych badań z uwzględnieniem przy tym jednoczesnego zachowania się innych objawów ze strony układu roślinnego.

PIŚMIENICTWO.

- Bodechtel G.* Anatomie, Physiologie, Pathologie u. Klinik d. zentralen Anteile d. vegetativen Nervensystems. Fortschr. d. Neurologie, Psychiatrie u. ihr. Grenzgebiete Heft 8.S.295 1935; Heft 4.S.168; Heft 5.S.175 1936. — *Czubalski F. Prof.* Fizjologia autonomicznego układu nerwowego i wydzielania wewnętrznego oraz wzajemny stosunek czynnościowy tych układów. Pol. Arch. Med. Wewn. Tom XV, Zeszyt 2 Str. 575. — *Dolin, Minker-Bogdanowa i Poworiński.* Die Rolle d. Hirnrinde in der Regulation des Stoffwechsels Ztbltt.f.d.ges. N.u.Ps.Bd.78 S.202, 1936. — *Falkowski A.* Układ wegetatywny u chorych na schizofrenię. Pol. Gaz. Lek. 1930. — *Hoff F.* Über die zentralnervöse Blutregulation. Fortschr. d. Neurologie, Psychiatrie u. ihr. Grenzgebiete Heft 8, S.299 1936. — *Jankowska H.* Z zagadnień biologii wzruszeń. Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek. R. XI, zes. 1—2, 1933. — *Konorski J. i Miller S.* Próba fizjologicznego objaśnienia nabytej działalności ruchowej zwierząt. Przegląd Fizjologii Ruchu 1933. — *Konorski J. i Miller S.* Podstawy fizjologicznej teorii ruchów nabytych. Ruchowe odruchy warunkowe. Książnica-Atlas, Warszawa, 1933. — *Mazurkiewicz J. Prof.* Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. Roczn. Psych. Zesz. II. Str. 35, 1925. — *Mazurkiewicz J. Prof.* Zarys fizjologicznej teorii uczuć. Roczn. Psych. Zeszyt XII, str. 31 i zeszyt XII, str. 1. 1930. — *Mazurkiewicz J.* Mnemizm i teoria odruchowości warunkowej. Roczn. Psych. Zeszyt XXIX/XXX 1937. — *Mazurkiewicz J.* O lokalizowaniu czynności psychicznych Roczn. Psych. Zeszyt XXXI. Str. 1.1938. — *Metalnikow S.* Rôle du système nerveux et des facteurs biologiques et psychiques dans l'immunité. Paris. Masson. 1934. Ref. Ztbltt.Bd.72 S.144. — *Meythaler F.* Über d. zentral-nervöse Leitung d. Stoffwechsels. Münch. Med. Wschr. N. 17 1934. — *Miasistchew. V. N. u. Panow A. G.* Die Resultate d. psychophysiologischen Untersuchungen am vegetativen Nervensystem bei verschiedenen nervösen Erkrankungen u. deren Bedeutung. Ztbltt. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 84. 1937. — *Minkowski M.* O współczesnym stanie nauki o odruchach w świetle biologii ogólnej. Med. dośw. i społ. Tom V, Zesz. 5 — 6, str. 399. 1925; Tom VI, Zesz. 1—2, str. 102 i zeszyt 3—4, str. 260, 1926. — *Orbelli L. A.* Lekcii po fizjologii nierwnej systemy Leningrad 1935. — *Pawłow I. P.* Wykłady o czynności mózgu. Wyd. „Rój”. 1938. — *Piltz.* O odruchach żręnic, występujących przy skupianiu uwagi. Gaz. Lek. 1899. — *Piltz.* Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe d. Pupillen Neurol. Zentrbltt. 1899. — *Planelles J. i Ludwisch D.* Die blutzuckersenkende Wirkung d. Appetits, ein bedingter Reflex. Klin. Wschr. II, 1076—1077. 1936. — *Schaeffer.* Les réflexes conditionnels chez l'homme. Presse med. I. 405—410. 1936. — *Sikorska A.* Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników. Roczn. Psychj. Zesz. V. 1927. — *Sikorska A.* Schizofrenia w świetle niektórych badań serologicznych Roczn. Psychj. V. 1927. — *Skrzypińska J.* Wpływ bodźców protopatycznych na chronaksję n. przedsiolkowego. Roczn. Psych. Zesz. XXIX/XXX, Str. 102. 1937. — *Sochański A.* Anafilaksja, układ przywspółczulny a psyche. Pol. Gaz. Lek. N. 44. Str. 789 i N. 45 Str. 812. 1935. — *Spiegel E. A.* Die Zentren des autonomen Nervensystems. Berlin. Springer 1928. — *Wichert F.* Rzadkie objawy we-

getacyjne w przypadku padaczki Jacksonowskiej i próba ich lokalizacji. Roczn. Psych. Zesz. VIII. Str. 70. 1928. — *Wilczkowski E.* Badania nad zachowaniem się katalazy w krwi chorych psychicznie. Roczn. Psych. Zesz. XXI. Str. 437. 1933. — *Zamecki S.* O zachowaniu się układu roślinnego u psychicznie chorych. Roczn. Psych. Zesz. II. Str. 89. 1925. — *Zamecki S.* Chemizm krwi u psychicznie chorych. Now. Psych. Nr. 9. 1924.

KRONIKA PSYCHIATRYCZNA ZA 1937 ROK.

Rok 1937 był dla psychiatrii polskiej rokiem kłęski: straciliśmy w tym roku dwóch profesorów psychiatrii.

Przedwczesna śmierć profesora Borowieckiego w Poznaniu i profesora Rosego w Wilnie oznacza nie tylko osierocenie dwóch katedr neurologii i psychiatrii; w skromnych szeregach psychiatrów polskich wytwarza ona dotkliwą wyrwę, straciliśmy bowiem dwóch czynnych członków Towarzystwa Psychiatrycznego, biorących żywy udział w jego pracach i organizowanych przez Towarzystwo zjazdach naukowych. Śmierć prof. Borowieckiego zaskoczyła nas w przededniu uruchomienia Polskiego Instytutu Badań Dziedziczności, który miał rozpocząć swoją działalność pod kierunkiem profesora Borowieckiego. Śmierć prof. Rosego zamyka faktycznie działalność Polskiego Instytutu Badań Mózgu, związaną ściśle z osobą profesora Rosego. Akademie żałobne, odbyte ku uczczeniu pamięci obu zmarłych profesorów, uwalniają mnie od obowiązku przypominania na tym miejscu zasług, jakie obaj zmarli położyli dla nauki i psychiatrii polskiej.

Jeszcze za życia prof. Rosego Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu powzięło postanowienie zlikwidowania się i przekazania Instytutu Badań Mózgu Towarzystwu Naukowemu Warszawskiemu.

Ostateczna uchwała formalna w tej sprawie została powzięta w dniu 8 marca 1938 roku. Polski Instytut Badań Mózgu ma być niebawem oddany pod opiekę Instytutu im. Nenckiego w Warszawie. Zarząd likwidującego się Towarzystwa zwrócił się do Pani Dr. Stelli Rosowej z prośbą, by zechciała opracować szczegółowe sprawozdanie z czynności Instytutu Badań Mózgu i Towarzystwa Popierania Badań Mózgu za cały czas istnienia Towarzystwa.

Z materiałów statystycznych, zebranych przez Ministerstwo Opieki Społecznej i opracowanych przez Dra Gallusa (praca szczegółowo przedstawiająca cały materiał jest już przygotowana do druku) wynika, że w 60 instytucjach, opiekujących się psychicznie chorymi mieliśmy z końcem 1936 roku 16.602 łóżka psychiatryczne. W porównaniu ze stanem łóżek na początku 1936 roku liczba ta wykazuje przyrost 267 łóżek etatowych, osiągnięty drogą adaptacji i dobudówek w zakładach poprzednio istniejących. Większych inwestycji budowlanych w zakresie szpitalnictwa psychiatrycznego nie przyniósł nam rok 1936.

Stosunek liczby miejsc etatowych do liczby ludności (z uwzględnieniem jej przyrostu) wykazuje z roku na rok pewną stałą, choć bardzo nieznaczną poprawę. Na 10.000 mieszkańców mieliśmy etatowych łóżek psychiatrycznych:

w 1933 roku	4,46
w 1934 roku	4,62
w 1935 roku	4,80
w 1936 roku	4,85

Jedno łóżko psychiatryczne obsługiwało: w 1933 roku — 2.237 mieszkańców, w 1934 — 2.163 mieszk., w 1935 — 2.070 mieszk., w 1936 — 2.061 mieszkańców.

Maksymalna pojemność zakładów, obliczona na podstawie ich sprawozdań, dochodzi z końcem 1936 roku do cyfry 19.629 miejsc.

Rzeczywista liczba chorych, pozostających pod opieką psychiatryczną, doszła z końcem 1936 roku do cyfry 19.210, wykazując w stosunku do stanu z dn. 1 stycznia 1936 roku przyrost 783 chorych.

W porównaniu z rozporządzalną liczbą miejsc etatowych mieliśmy zatem w końcu 1936 roku przepełnienie, wynoszące 2.608 chorych ponad etat, co stanowi 15,71%.

Wyniki tego obliczenia budzą wątpliwości: wskazywałyby one na olbrzymi wzrost przepełnienia w ciągu jednego roku (z 6,85% do 15,71%), którego się w rzeczywistości nie odczuwa. Jest rzeczą prawdopodobną, że przyplątał się tu jakiś błąd w związku z możliwym pomyłkowym zaliczeniem chorych z opieki przyzakładowej do stanu chorych zakładowych.

Ogólny ruch chorych w zakładach w ciągu 1936 roku wyraża się w następujących liczbach:

w dniu 1 stycznia 1936 r. pozostawało w zakładach	18.427 chorych
w ciągu roku przybyło	13.652 „
ogółem pozostawało w leczeniu	32.079 „
ubyło	12.869 „
na dzień 1. I. 1937 r. pozostało	19.210 „

Ogólna liczba dni zakładowych doszła w 1936 roku do 6.923.892 i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 135.003.

Na ogólną liczbę chorych objętych sprawozdaniem i z liczby 12.869 chorych, którzy ubyli z zakładów, zmarło 1.523 osoby. Przeciętna śmiertelności podniosła się w stosunku do poprzedniego roku o 0,25% i dochodzi w 1936 r. do 4,75%.

Zwraca uwagę wyjątkowo duża umieralność w t. zw. schroniskach (w Łodzi i Będzinie), która dochodzi w tych zakładach do 10%. Schroniska nie posiadają stałej opieki lekarskiej na miejscu.

Opiekę nad chorymi sprawowało 266 lekarzy (o 21 więcej niż w roku 1935), 194 urzędników (o 34 więcej), 2.982 osoby służby sanitarnej i pielęgniarzkiej (o 325 więcej) i 1.288 osób służby administracyjnej i technicznej, ogółem 4.730 osób (o 478 więcej niż w 1935 roku).

Opieka rodzinna przy- i pozakładowa była w 1936 roku prowadzona legalnie w 8 instytucjach, które dały o niej sprawozdanie. Zajmowało się tą opieką 761 rodzin wiejskich i 98 rodzi miejskich (748 rodzin chrześcijańskich i 111 rodzin żydowskich), rozmieszczonych w 128 miejscowościach, pozostających pod kontrolą 8-u lekarzy i 8-u osób personelu pielęgniarzkiego. Liczba chorych, pozostających pod opieką rodzinną heterofamiljalną przy- i pozakładową wzrosła w ciągu 1936 roku o 300 i doszła z końcem roku do 1.593.

Świeżo ogłoszona statystyka psychicznie chorych w Rzeszy Niemieckiej za 1936 rok opracowana przez sekcję psychiatryczną Towarzystwa Niemieckich Neurologów i Psychiatrów (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Ihre Grenzgebiete z dn. 14. III. 1938 Bd 107 Hi/4) pozwala porównać cyfry, dotyczące opieki nad psychicznie chorymi w Polsce z analogicznymi cyframi Rzeszy Niemieckiej. Zestawienie będzie dość łatwe do porównania ze względu na to, że liczba ludności Polski była w roku 1936 prawie że dokładnie dwukrotnie mniejsza od liczby ludności Rzeszy.

W tym czasie, kiedy Polska przy 33.823.000 ludności posiadała 60 zakładów opiekujących się psychicznie chorymi (w tym 5 Klinik uniwersyteckich), Niemcy przy 67.330.000 ludności posiadały 253 zakłady (w tym 21 klinik).

Ogólna liczba chorych, pozostających w zakładach, w dniu 31 grudnia 1936 roku wynosiła w Polsce 19.210, w Rzeszy Niemieckiej — 163.341.

Drogą podwojenia naszych liczb (stosownie do dwukrotnie liczniejszego zaludnienia Rzeszy) możemy z łatwością obliczyć, że stan liczebny zakładów i chorych, pozostających pod opieką w Niemczech, w stosunku do liczby ludności przewyższa nasz stan posiadania więcej niż dwukrotnie.

Na to, aby dorównać Niemcom, musielibyśmy podwoić liczbę naszych zakładów i liczbę miejsc dla chorych powiększyć czterokrotnie.

Schemat klasyfikacyjny chorób, zastosowany w naszych sprawozdaniach, jest bardzo podobny do schematu klasyfikacyjnego chorób statystyki niemieckiej. Umożliwia to przeprowadzenie porównania jeśli nie zachorowalności pod względem rodzaju schorzeń, to przynajmniej tendencji rozpoznawczych, panujących wśród psychiatrów obu krajów.

W liczbie chorych którzy zostali przyjęci do zakładów w 1936 roku:

	w Polsce	w Niemczech przeciętnie
Oligofrenia występowała	w 9,53%	10,45%
Psychopatia występowała	w 4,43%	8,65%
Padaczka występowała	6,41%	6,8 %
Zaburzenia poencefalityczne	1,04%	0,95%
Psychozy kiłopochodne	9,17%	6,65%
Psychozy alkoholopochodne	1,14%	3,55%
Psychoza maniakalno-depresyjna	3,55%	4,55%
Schizofrenia	49,21%	22,5 %

Z powyższego zestawienia wynikałoby, że psychozy kiłopochodne, których rozpoznanie opiera się na podstawach najczęściej obiektywnych, występują u nas znacznie częściej niż w Niemczech, że wybitnie częściej (przeszło dwukrotnie) rozpoznajemy schizofrenię, niż nasi koledzy niemieccy i ustępujemy im pod względem częstości rozpoznania psychozy maniakalno - depresyjnej, psychopatii, oligofrenii i alkoholizmu.

Z inwestycji szpitalnych, przeprowadzonych w 1926 r. zasługują na wzmiankę: urządzenia sali rozrywkowej dla chorych w szpitalu na Antokolu w Wilnie, urządzenie nowych warsztatów w zakładzie w Rybniku, zainstalowanie nowych łazienek, pralni i telefonów w zakładzie w Świeciu, wykończenie willi mieszkalnej w Gostyninie, zainstalowanie ogrzewania centralnego w Drewnicy.

W sprawozdaniach naszych zakładów uderzają cyfry, dotyczące zasobu książek w bibliotekach lekarskich: ogółem mieliśmy w bibliotekach przeszło 30.000 tomów dzieł naukowych, prenumerowaliśmy 319 czasopism lekarskich, ale tylko 192 polskie — pozostała reszta 127 czasopism stanowią czasopisma obcojęzyczne. Nasuwa się myśl, czy nie byłoby wskazane nawiązanie porozumienia pomiędzy zakładami w sprawie wzajemnej wymiany książek i takiej parcelacji prenumeraty pism zagranicznych, która pozwoliłaby zmniejszyć wydatki w walutach obcych.

Z chwilą wejścia w życie nowego Polskiego Kodeksu Karnego i szerszego zastosowania środków zabezpieczających w stosunku do psychicznie chorych sprawców czynów karalnych poczęła się zaostrzać sprawa internowania w zakładach psychiatrycznych chorych uznanych za nieodpowiedzialnych. Z alarmujących pism Ministerstwa Sprawiedliwości do Ministerstwa Opieki Społecznej wynika, że przeszło 200 chorych tej kategorii bezprawnie pozostaje w więzieniach. W myśl przepisów Kodeksu Karnego chorzy ci powinni być umieszczeni w zakładach leczniczych.

Z zestawień Dra Gallusa dowiadujemy się, że ku końcowi 1936 roku chorych internowanych z mocy postanowień sądowych było w zakładach już 1.092. Ponieważ na początku roku chorych tej kategorii było tylko 831, liczba ich powiększyła się zatem w ciągu roku o 261.

Ze względu na to, że nie wszystkie zakłady są dostosowane do przyjmowania chorych szczególnie niebezpiecznych dla otoczenia, że zakłady samorządowe i społeczne bronią się przed przyjmowaniem chorych podsądnych, z obawy o to, że nie łatwo można się ich pozbyć, a bardzo trudno ściągać kosztów ich leczenia, zachodzi obawa, że niezgodny z przepisami prawa stan rzeczy, łączący się z faktem przetrzymywania chorych w więzieniach, utrwali się na czas dłuższy i doprowadzi do konieczności uregulowania tej sprawy w jakiś inny sposób. Życie wykazało, że przepis Kodeksu Karnego tak samo jak przepisy innych ustaw pozostaną martwą literą dopóty, dopóki nie zostanie rozstrzygnięta sprawa pokrywania kosztów ich realizacji.

Skarb państwa broni się przed przyjęciem kosztów internowania podsądnych w zakładach leczniczych nie tylko dlatego, że w ogóle broni się przed nowymi wydatkami, ale także ze względu na obawę nadużyć, do których otwierałaby drogę zasada, że koszty leczenia chorych, którzy dopuścili się czynów występnych pokrywa skarb państwa. Samorządy nie chcą płacić za internowanych i zasłaniają się tym, że nie one, lecz sąd wydaje postanowienie o internowaniu chorych, niebezpiecznych dla porządku prawnego.

Sprawa walki z narkomanią wciąż wywołuje nieporozumienia. W Poznaniu powstał projekt pozazakładowego leczenia „notorycznych” narkomanów w przychodni Związku Lekarzy kierowanej przez psychiatrę. Regulamin przychodni przewiduje, że zajmie się ona leczeniem „notorycznych” narkomanów, t. j. takich, którzy już parokrotnie przeszli leczenie odwykowe w zakładach specjalnych przez „ustalenie potrzebnej dla każdego chorego dawki dziennej narkotyku” i następcze zmniejszanie tej dawki.

Projekt jest bardzo ryzykowny. Przychodnia umożliwiająca otrzymanie narkotyku, tak jak w stacjach opieki nad matką i dzieckiem wydaje się mleko dla niemowląt, może się przyczynić raczej do rozpowszechnienia nałogu niż do jego zwal-

czania. Projektodawcy zdają sobie sprawę z tego, że dozwolonymi dawkami narkotyku nie zaspokoją „potrzeb” zgłaszających się pacjentów i proszą władze wojewódzkie o pozwolenie przekraczania dozwolonych dawek. Miejmy nadzieję, że ta formalna przeszkoda uniemożliwi realizację projektu skazanego z góry na niepowodzenie, jeśli nie na coś gorszego.

Polski Komitet do spraw narkotyków i zwalczania narkomanii zajął słusznie zdecydowanie negatywne stanowisko do projektu.

Ilustracją beznadziejności pozazakładowego leczenia nałogowych narkomanów może być świeżo zaszły fakt nadużywania tego typu „leczenia”. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że jeden z ubezpieczonych nałogowców wezwał w ciągu roku 304 razy karetkę pogotowia, by otrzymać zastrzyk morfiny; w ciągu tego czasu nadto otrzymał 47 wizyt lekarskich. Wydatek na „leczenie” tego narkomana wyniósł według obliczeń Ubezpieczalni 2.292 zł. 50 gr., czyli dwa razy więcej niżby kosztowało jego leczenie w zakładzie. Zakład Ubezpieczeń Społecznych doszedł do wniosku, że należy chyba tego pacjenta umieścić w zakładzie zamkniętym, jednakże komisja lekarska, powołana do wypowiedzenia się w tej sprawie, doszła do odmiennego wniosku i orzekła, że umieszczenie chorego w zakładzie jest bezcelowe. Należy zatem oczekiwać, że liczba wezwań pogotowia do tego jednego pacjenta wzrośnie w najbliższym rocznym okresie do 365.

Sprawa nowej ustawy o kosztach leczenia nie ruszyła z miejsca w ciągu ostatniego roku. Ministerstwo Opieki Społecznej opracowało wprawdzie projekt tej nowej ustawy, wniesieniu projektu pod obrady ciał ustawodawczych sprzeciwiło się jednak Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w obawie, że nowa ustawa nałoży na związki samorządowe nowe ciężary, którym te związki nie będą mogły podołać. Mamy więc w dalszym ciągu do czynienia z trudnościami wynikającymi z braku jednolitości zasad prawnych w tej dziedzinie, opisanymi szczegółowiej w kronice zeszlórocznej.

Polska Liga Higieny Psychiczej nie zdołała jeszcze wyjść z martwego punktu przygotowań do działalności. Na walnym zgromadzeniu jej członków, na które stało się poza zarządem zaledwie kilku członków, zarząd podał się do dymisji. Obecnych na posiedzeniu członków dawnego zarządu powołano do opracowania programu Ligi, którym ma się zająć następne walne zgromadzenie. Nie ulega wątpliwości, że opracowanie programu działalności Ligi stanowi podstawowy warunek celowości jej poczynań. Sprawa nie jest łatwa: zakres spraw, jakimi zajmują się towarzystwa higieny psychicznej w różnych krajach jest tak bardzo różnorodny, że trudno byłoby zająć się w Polsce wszystkimi tymi sprawami. Trzeba zdecydować się na wybór najważniejszych zagadnień; równocześnie trzeba się liczyć z faktem, że liczba rąk do pracy na tym tak jeszcze mało znanym terenie jest bardzo ograniczona. Z natury rzeczy program musi być dostosowany do osób, które chcą i mogą zajmować się u nas higieną psychiczną.

Dopiero w końcu 1937 roku, a właściwiej dopiero w roku bieżącym rozpoczęła się akcja masowej repatriacji chorych obywateli polskich, pozostających

w zakładach francuskich. Kierownictwo akcji wzięł w swoje ręce kol. Deresz. Pisma codzienne donosiły, że pierwszy transport chorych, obejmujący około 150 osób dotarł drogą wodną do Gdyni.

W grudniu 1937 roku odbyła się zwołana z inicjatywy kol. Stryjeńskiego konferencja dyrektorów szpitali psychiatrycznych. Na konferencji zostały szczegółowiej omówione dwie sprawy: 1) przepisy prawne o kosztach leczenia, obowiązujące w poszczególnych dzielnicach Polski, 2) sprawa szkolenia personelu pielęgniarzkiego, w związku z przepisami prawnymi dotyczącymi praktyki pielęgniarzkiej.

W. Łuniewski.

KOMUNIKATY

PROGRAM OBRAD XVIII ZJAZDU PSYCHIATRÓW POLSKICH.

I dzień Zjazdu — sobota, dnia 4 czerwca 1938 r. Posiedzenie przedpoł. — godz. 9-ta. Temat główny: O m a m y.

Uroczyste otwarcie Zjazdu.

REFERATY GŁÓWNE:

1. Prof. S. Błachowski (Poznań). O istocie omamów.
2. Prof. M. Zieliński (Kraków). Psychozy pomroczone odwykowe. Przyczynek do kliniki omamów.
3. Dr J. Dretler (Kobierzyn). Rozważania metodologiczne nad teorią omamów.
4. Dr W. Chłopicki (Kraków). Omamy słuchowe jako swoista postać zaburzeń czynności mowy.
5. Dr M. Bornsztajn (Warszawa). Omamy a zmiany osobowości (Przyczynek do patogenezy omamów).

ODCZYTY:

1. Dr J. Handelsman (Tworki). Omamy w organicznych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego.
2. Dr J. Nelken (Warszawa). Omamy reaktywne.
3. Dr T. Łapiński (Milanówek). Czynniki sprzyjające powstawaniu złudzeń, wyzwalające dla złudzeń treść lub też zasilające złudzenia w treść.

Posiedzenie popołudniowe godz. 16-ta.

REFERAT GŁÓWNY:

1. Prof. S. Szuman (Kraków). Zagadnienie fenomenologii zwidzeń (na tle doświadczeń z meskaliną).

ODCZYTY:

1. Dr J. Meissner (Kobierzyn). Ocena wartości doświadczeń meskalinowych dla psychiatrii.

2. Dr H. Jankowska (Warszawa). Ejdetyzm a halucynacje.
3. Dr R. Dreszer (Warszawa). O ukrwieniu mózgu w obrazie mikroskopijnym.
4. Dr Z. Messing (Tworki). Z zakresu anatomii patologicznej oligofrenii (z pokazem mikrofotografii).
5. Dr B. Kamiński (Warszawa). Różnicowanie omamów.
6. Dr K. Wize (Dziekanka). Przyczynek to psychologii omamów. Dyskusja nad referatami głównymi i odczytami.

II dzień Zjazdu — niedziela, dnia 5 czerwca 1938 r.

Uroczysty obchód 100-lecia Zakładu Psychiatrycznego w Owińskach, który rozpocznie się o godz. 9.30 mszą św. w kościele parafialnym w Owińskach.

Posiedzenie przedpołudniowe — godz. 11-ta. Temat główny: Z a s a d y s e g r e g a c j i w i ę ż n i ó w p o d k ą t e m w i d z e n i a p s y c h i a t r y c z n y m.

REFERATY GŁÓWNE:

1. Dr T. Krychowski, dyr. Dep. Kar. Min. Sprawiedliwości. Organizacja więziennictwa i zasady klasyfikacji więźniów według wytycznych Min. Sprawiedliwości.
2. Dr H. Jankowski, lek. nacz. więz. Zadania komisji kryminalno-biologicznej w stosunku do klasyfikacji więźniów.
3. Doc. W. Łuniewski (Tworki). Zadania psychiatrii penitencjarnej.
4. Dr L. Korzeniowski (Warszawa). Segregacja więźniów w oświetleniu biologii kryminalnej.
5. Dr J. Szpakowski (Grodzisk). Organizacja oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych oraz wytyczne dla segregacji typów psychopatycznych.
6. Dr F. Kaczanowski (Tworki). Wytyczne dla segregacji więźniów epileptyków i alkoholików.

ODCZYTY:

1. Dr W. Stryjeński (Kobierzyn). Pojęcie niebezpieczeństwa dla porządku prawnego.
2. Dr E. Wilczkowski (Gostynin). W sprawie organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym ludności.
3. Dr J. Pająk (Przemyśl). Psychologia kryminalna a obrona państwa (z uwzględnieniem segregacji więźniów w wojsku).
4. Dr M. Lichtensztejn (Drohobycz-Górka). O dorobku twórczym lekarza psychiatry więziennego.
5. Dr A. Malinowski (Warszawa). Przestępcy a przestępstwa wojskowe (w przypadkach kwestionowanej poczytalności).
6. Dr S. Więcewicz (Owińska). Na marginesie orzeczeń sądowo-lekarskich.
7. Dr B. Kamiński (Warszawa). Zagadnienia psychiatryczne w Sądzie i Więzieniu.
8. Dr B. Kamiński (Warszawa). Zapomniana rocznica C. Lombroso.

Posiedzenie popołudniowe — godz. 16-ta.

XIX WALNE ZGROMADZENIE POLSKIEGO T-WA PSYCHIATRYCZNEGO.

Bezpośrednio po Walnym Zgromadzeniu odbędzie się dyskusja nad referatami głównymi i odczytami.

III dzień Zjazdu — poniedziałek, dnia 6 czerwca 1938 r. Posiedzenie przedpołudniowe — godz. 9-ta.

ODCZYTY:

1. Dr A. Domaszewicz i A. Erb (Lwów). O możliwościach odróżniania popraw insulinowych od popraw samorzutnych w przypadkach schizofrenii.
2. Dr E. Wilczkowski (Gostynin). Zagadnienie mechanizmu fizjologicznego psychochemicznych reakcyj we krwi u ludzi.
3. Dr S. Hryniewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz). Zawartość alkoholu we krwi u ludzi zdrowych i psychicznie chorych.
4. Dr S. Hryniewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz). Zawartość we krwi alkoholu w zależności od czasu i sposobu podawania u zwierząt alkoholizowanych.
5. Dr S. Hryniewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz). Rozmieszczenie alkoholu w poszczególnych składnikach krwi.
6. Dr E. Tomaszewski (Kościan). O wartości terapeutycznej odruchów warunkowych w leczeniu alkoholików.
7. Dr J. Pająk (Przemyśl). Z higijogenezy i nowszej terapii kiły 4-rzędnej (szczepionką przeciw wścieklicznie met. Tommasiego).
8. Dr S. Oberc (Kościan). O leczeniu schorzeń metaluetycznych szczepionką przeciw wścieklicznie metodą Tommasiego.
9. Dr F. Berezowski (Kościan). Zaburzenia korelacji układu wegetatywno-hormonalnego w padaczce samoistnej.
10. Dr F. Berezowski i G. Łukaszewski (Kościan). Dotychczasowe wyniki stosowania wstrząsów cardiazolowych w schizofrenii.

Dyskusja. Zamknięcie Zjazdu.

Posiedzenia odbywać się będą w pierwszym dniu Zjazdu w Poznaniu w Coll. Medicum (ul. Fredry 10) w sali Śniadeckich, a w drugim i trzecim dniu Zjazdu w Owińskach.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1938-ym.

1. Fundusz Zapomogowo-Stypendialny im. Marii i Jana Giellerów.

Zapomoga w wysokości Zł 3.000, dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi.

Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu.

Termin składania podań upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r.

2. Nagroda im. Józefa Babińskiego.

Nagroda w wysokości Zł 1.000., przeznaczona dla młodych pracowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź z anatomii i histologii prawidłowo-

wej lub patologicznej układu nerwowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko za pracę czysto kliniczną.

Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byle by była wykonywana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku o ile jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona.

Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7) do dnia 1 kwietnia 1938 roku.

Zyciorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały

(—) Prof. dr med. A. Leśniowski

X MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI DLA PSYCHOTERAPII.

X Międzynarodowy Kongres Lekarski dla Psychoterapii odbędzie się w Anglii w Oxfordzie (Balliol College) od 29 lipca do 2 sierpnia 1938 na zaproszenie niektórych towarzystw angielskich. Liczy się na udział uczestników ze wszystkich krajów.

Hon. Sekretarz:

(—) *E. B. Strauss*

M. A. D. M. M. R. C. P.

81 Harley Street,

London W. I.

POLSKA BIBLIOGRAFIA PSYCHIATRYCZNA I NEUROLOGICZNA ZA ROK 1937

zestawił

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI

Książki włączono do odpowiednich działów. Litera „T” oznacza sprawozdanie z posiedzeń towarzystw naukowych.

1. Bezpieczeństwo i Higiena Pracy.
2. Czasopismo Sądowo-Lekarskie.
3. Chirurg Polski.
4. Doraźna Pomoc Lekarska.
5. Encyklopedia Podręczna Prawa Karnego.
6. Głos Sądownictwa.
7. Gazeta Administracji i Policji Państwowej.
8. Gazeta Sądowa Warszawska.
9. Higiena Psychiczna.
10. Kwartalnik Kliniczny.
11. Klinika Oczna.
12. Lekarz Wojskowy.
13. Lekarz Kolejowy.
14. Lekarz Polski.
15. Medycyna.
16. Medycyna Praktyczna.
17. Medycyna Doświadczalna i Społeczna.
18. Nowiny Lekarskie.
19. Nowiny Społeczno-Lekarskie.
20. Neurologia Polska.
21. Nowiny Psychiatryczne.
22. Opiekun Społeczny.
23. Psychotechnika.
24. Polska Gazeta Lekarska.
25. Przegląd Dermatologiczny.
26. Przegląd Współczesny.
27. Przegląd Policyjny.
28. Polski Przegląd Chirurgiczny.
29. Polski Przegląd Radiologiczny.
30. Peditria Polska.
31. Rocznik Psychiatryczny.
32. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
33. Trzeźwość.
34. Warszawskie Czasopismo Lekarskie.
35. Wiedza Lekarska.
36. Wojskowy Przegląd Prawniczy.
37. Wiadomości Weterynaryjne.
38. W służbie penitencjarnej.
39. Zagadnienia Rasy.
40. Zdrowie Publiczne.
41. Życie Świadome.
42. Przegląd Więziennictwa Polskiego.
43. Archiwum Kryminologiczne.
44. Przegląd Fizjologii Ruchu.

Wykaz działań:

1. Psychologia i psychopatia ogólna i działy pokrewne.
2. Psychologia sądowa i działy pokrewne.
3. Psychologia i psychopatologia dziecka. Pedagogika specjalna.
4. Samobójstwo.
5. Alkoholizm. Narkomania. Zatrucia.
6. Anatomia i fizjologia układu nerwowego.
7. Schorzenia organiczne układu nerwowego.
8. Urazy układu nerwowego i ich następstwa.
9. Schorzenia zapalne opon mózgowych, ośrodkowych układu nerwowego i nerwów obwodowych.
10. Guzy, ropnie, pasożyty, kiła układu nerwowego.
11. Nerwice. Choroba Basedowa.
12. Parkinsonizm. Padaczka. Płąsawica. Schizofrenia.
13. Życie płciowe. Zagadnienia eugeniczne. Dziedziczność.
14. Lecznictwo.
15. Sprawozdania ze szpitali i posiedzeń. Wspomnienia pośmiertne. Oceny. Varia.

I. Psychologia i psychopatologia ogólna i działy pokrewne.

1. Adler. Znajomość człowieka. Warszawa. Str. 288.
2. Bilikiewicz. Psychopatologia marzenia sennego. 31. T. str. 205; 24.
3. Baumgarten. O charakterze i jego kształceniu. Poznań. Str. 38.
4. Baley. Co to jest higiena psychiczna. 9.
5. Biernacki. Życie człowieka w świetle nowoczesnej fizjologii. 21; 31. T. str. 199.
6. Błachowski. O przedmiocie i zasadach psychologii dla prawników. 32.
7. Boruchowicz. Fizjologia rozpaczy i nihilizmu (Celine i nasze czasy). 38.
8. Brackett. Materializacje. Wisła. Str. 43.
9. Cunge. O teorii plastyczności i jej znaczeniu dla fizjologii i psychologii. 34. T. str. 694.
10. Dębicka. Zagadnienie psychotechniki wojskowej. 23.
11. Drzewiński. Repetitorium psychologii wychowawczej do egzaminu pedagogicznego na nauczycieli szkół średnich. Lwów. Str. 42.
12. Drzewiński. Repetitorium psychol. wychowawczej etc. dla nauczycieli szkół powszechnych. Str. 37.
13. Dring. Główne kierunki nowoczesnej psychologii. Str. 172.
14. Dreszer. O wzmożonym samopoczuciu. 31.
15. Dretler. O psychozach mieszanych. 21.
16. Fiumel. Wpływ sportu narciarskiego na sprawność fizyczną i psychiczną personelu latającego. 12.
17. Gąsiorowski. Bibliografia psychologii wojskowej. Str. 782.
18. Hanusz. Ochrona zdrowia i życia wobec motoryzacji. 18. T. str. 545.
19. Instytut Higieny Psychiczej. Warsz. Str. 16.
20. Jerzykowska - Kulesza. O rozwoju i schorzeniach bliźniąt. Poznań. Str. 24.
21. Kamiński. Klasyfikacja psychiatryczna. 31. T. str. 206.
22. Karmel - Wiślicka. Analiza kwestionariusza skłonności i zamiłowań zawodowych. 23.
23. Kowalski. O podstawach psychotechniki. 23.
24. Lichtenstein. O psychopatach i psychopatii. 38.

25. Lindforss. Psychologia proletariacka. 26.
26. Macewicz. Psychotechnika jako gałąź wiedzy lekarskiej. 34. T. str. 270.
27. Macewicz. Kryzys psychotechniki. 23.
28. Markuszewicz. Konflikt popędu. 31.
29. Mazurkiewicz. Mnemizm i teoria odruchowości warunkowej. 31.
30. Medyński. Psychologia pracy. 24.
31. Mikulski. Krótki zarys nauki o bliźniętach (Gemelliologia). Płock. Str. 162.
32. Missiuro. Badania nad wpływem wypoczynku czynnego w pracy zawodowej. 44.
33. Möbius. O umysłowym i moralnym niedorozwoju kobiety. Kr. str. 165.
34. Nelken. Niewystarczalność konwencji genewskiej wobec walki lotniczo-gazowej. 14.
35. Nelken. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. 34. T. str. 712.
36. Ochorowicz. O sugestii myślowej. Kr. str. 199.
37. Papierkowski. Psychologia na usługach procesu karnego. 42.
38. Pauchet. Droga do szczęścia. Wychowanie siebie od nowa. Str. 341.
39. Rodziewicz. Stany psychopatyczne jako powód niezdolności do służby wojskowej. 36.
40. Reis. Przedstawienie oka w sztuce ekspresjonistycznej. 11.
41. Skrzypińska. Wpływ bodźców protopatycznych na chronaksję n. przedśionkowego. 31.
42. Sterling. Higiena psychiczna w Polsce. 9.
43. Studencki. O rewizji testów psychotechnicznych. 23.
44. Szeersohn. Żydzi w psychologii narodów. Warsz. Str. 8.
45. Szyrwintd. Nowe kierunki psychologii. Lw. Str. 32.
46. Szuman. Typologia inteligencji. 23.
47. Szuman. Problemy snów. Cieszyn. Str. 39.
48. Surmacka. Charakterystyka prostytutek warszawskich w świetle ankiety. 39.
49. Tomaszewski. Psychika a serce. 18.
50. Winiarz. Higiena psychiczna w Niemczech. 9.
51. Winiarz i Wielawski. Zaburzenia psychiczne a dążenia religijne w Azji. 21.
52. Wielawski. Higiena psychiczna w Stanach Am. Półn. 9.
53. Wielawski. Psychonerwica Imu. 24. T. str. 607.
54. Wirzubski. O przejawach psychopatologicznych po amputacji. 15.
55. Wize. Z zadań higieny psychicznej. 31. T. str. 200.
56. Władyczko. Analiza psychologiczna zeznań świadków. 8.
57. Kilka uwag o badaniu osobowości jednostki. 23.

II. Psychopatologia sądowa i działy pokrewne.

1. Batawia. Niepoprawni przestępcy w świetle 150 wyroków z art. 84 K. K. 43.
2. Berger. Poczytalność. 5.
3. Borowiczowa. Droga do przestępstw. (Nieletni przestępcy). 38.
4. Borowiczowa. Uciekinierzy. (Nieletni przestępcy). 38.
6. Daluge. Zwalczanie przestępczości w Niemczech narodowo - socjalistycznych. 27.
7. Gernet. Psychologia ucieczek z więzienia. 38.
8. Goliński ks. Zabójstwo z litości w świetle etyki katolickiej. Lublin. Str. 39.
9. Grzywo - Dąbrowski. Kobiety - zabójczynie. 2.

10. Horoszowski. Motywy zabójstw z afektu i stanowisko sądu wobec tego przestępstwa. 43.
11. H. P. Badania antropologiczno - kryminalne. 38.
12. H. P. Przestępczość w świetle badań nad bliźniętami. 42.
13. Korzeniowski. Reaktywne zaburzenia psychopatów i t. zw. psychozy więzienne. 21.
14. Korzeniowski. O trudnościach stosowania pojęcia „poczytalność zmniejszona”. 21.
15. Lichtenstein. O symulacji i symulantach. 38.
16. Lichtenstein. Psychopaci a więzienne szpitale psychiatryczne. 42.
17. Łoziński. Włóczędzy jako zagrożenie. 27.
18. Łuniewski. Wykłady z dziedziny psychopatologii kryminalnej i psychiatrii sądowej. Warszawa. Str. 142 (stenogr. z wykł.).
19. Matecki. Paranoia chronica. 5.
20. Malinowski. Ekspertyzy sądowo - psychiatryczne w wojsku. 12.
21. Mosing. Zmniejszona odpowiedzialność w K. K. 8.
22. Muszkat. Aspekty kryminologiczne prostytutki. 6.
23. Peiper. Uznanie nieletniego za działającego z rozumnym. 6.
24. Radzinowicz. Uwagi o zakładzie zabezpieczającym dla niepoprawnych przestępców. 8.
25. Radzinowicz. Włoski Regulamin zakładów zapobiegawczych i karnych z dn. 18/VI 1931; 42.
26. Rosenblum. Poradnia pedagogiczna w walce z przestępczością nieletnich. 22.
27. Śliwowski. Opieka nad nieletnimi przestępcami we Włoszech. 38.
28. Szawłowski. Pozbawienie i ograniczenie własnej woli w województwach wschodnich. 8.
29. Torwiński. Przestępczość nieletnich. 27.
30. Tulio. Współczesny rozwój profilaktyki przeciwprzestępczej i konieczność jej międzynarodowego zorganizowania. 42.
31. Wiewiórska. Odpowiedzialność. 5.

III. Psychologia i psychopatologia dziecka. Pedagogika specjalna.

1. Bogdanowicz. Badania nad morfologicznymi typami konstytucyjnymi u dzieci. 30.
2. Czaki. Problem opieki nad zaniedbaną moralnie młodzieżą stolicy. 22.
3. Dinter. Młodzież zaniedbana polem pracy opiekunów społecznych. 22.
4. Głuska i Goryński. Sposoby poznania dziecka. Str. 70 (Bibl. Publ. Naukowa).
5. Kamińska. Opieka nad dzieckiem przestępczym. 22.
6. Korytowska. Dziecko włóczęga w świetle statystyki i obserwacji. 22.
7. Kuchta. Dzieci trudne do wychowania w świetle badań psychologii głębi. Lwów. Str. 43.
8. Lipiński. Trudności przy indywidualizacji środków wychowawczych. 6.
9. Liskowicz. Środowisko domowe a rozwój osobowości wychowanka. Lwów. Str. 36.
10. Łabeński. Rola dolegliwości w oddziaływaniu wychowawczym. 42.
11. Malinowski. Współpraca szkoły z domem. Lwów. Str. 56.
12. Pentalski. Problem drugoroczności w szkołach powszechnych. 9.
13. Rowid. Psychologia pedagogiczna. Kraków. Str. 247.

14. Katzówna. Psychohigiena wieku dziecięcego a błędy wychowawcze. 9.
15. Wójcikówna. Wpływ czynników atmosferycznych na zmęczenie umysłowe u dzieci szkolnych. Kraków. Str. 10.
16. Zawirska. Fantazja młodzieży, zarobkującej w czasie dojrzewania. Str. 27.

IV. Samobójstwo.

1. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwo we dwoje, samobójstwo i zabójstwa w Polsce w latach 1931, 1932, 1933, 1934 i 1935. 2.
2. Grzywo - Dąbrowski. Przyczynek do statystyki samobójstw w 1936 w Warszawie i w Krakowie. Samobójstwo wspólne, zabójstwo i samobójstwo w Polsce w 1936. 2.
3. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo. Śmierć wskutek otrucia. 2.
4. Manczarski. Samobójstwo przez powieszenie na tle zбочzonego popędu płciowego. 2.
5. Swaryczewski. Samobójstwo we Lwowie w latach 1925 — 1934. 2.
6. Wałęcka. Samobójstwo przez zadanie ran rąbanych. 2.

V. Alkoholizm. Narkomania. Zatrucia.

1. Bajoński. Alkohol a matka i dziecko. 18.
2. Bielawski. O wytyczne walki z alkoholizmem w Polsce. 33.
3. Czerwiński. Profilaktyka przeciwprzestępcza i akcja przeciwalkoholowa. 33.
4. Chodźko. Wino jako czynnik chorób psychicznych. 33.
5. Cieszyński ks. Alkohol a przyszłość narodu. 16.
6. Fajgenblat. Przypadek ślepoty po zatruciu alkoholem metylowym. 10; T. str. 49. 11; T. str. 594.
7. Gnoińska. Zmiany w niektórych narządach wewnętrznych królika, powstające pod wpływem działania pyramidonu. Wilno. Str. 12.
8. Górniewicz. Szkodliwość dymów przesłaniających dla zwierząt. 37.
9. Iżycki. Wpływ lekarza abstynenta na społeczeństwo. 33.
10. Kaczyński. Polskie ustawodawstwo w walce z alkoholizmem. 22.
11. Klukowski. Wpływ alkoholu etylowego na ustrój w świetle badań doświadczalnych. Wilno. Str. 54.
12. Kulesza. Dymy i mgły bojowe. 37.
13. Wzorowe lekcje o alkoholizmie. Poznań. Str. 22.
14. Lewit. Przypadek ukąszenia przez żmiję. 10.
15. Nałęcz - Ostrowska - Szymańska. Karta z dziejów walki z alkoholizmem we Francji i G. Clemenceau. 33.
16. Nałęcz - Ostrowska - Szymańska. Z dziejów obyczajów w Polsce. Warszawa. Str. 120.
17. Neczaj - Hruzewicz. Lecznictwo nałogowców. 33.
18. Neczaj - Hruzewicz. Alkoholizm i etyryzm wśród dzieci szkół powszechnych. 33.
19. Neczaj - Hruzewicz. Alkoholizm wśród dzieci szkół powszechnych, ujęty liczbowo. 33.
20. Nelken. Antyalkoholizm wielkiego człowieka. 33. Warsz. Str. 8.
21. Nelken. Alkohol jako smakołyk. 33.

21. Orłowski. Walka ze społeczną klęską alkoholizmu w Polsce. 19.
23. Padacz. Projekt Konwencji Międzynarodowej, dotyczący zwalczania alkoholizmu. 33.
24. Paluch. Zatrucie przewlekłe parami ksyłenu wśród drukarzy. 17.
25. Protokół posiedzenia sekcji przeciwalkoholowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dn. 28/IV 1937. 33.
28. Rozen. Zapobieganie w walce z alkoholizmem. 22.
27. Stypułkowski. O poradniach przeciwalkoholowych. 22.
28. Strumiński. Śmiertelny wypadek zatrucia talem. 7.
29. Szablowski. Zatrucie koni gazami duszącymi. 37.
30. Szulc. Alkohol i wychowanie fizyczne. 40.
31. Szulc. Alkoholizm w świetle współczesnej fizjologii. 33.
32. Skiba. Alkoholizm w Polsce. 22.
33. Sokalówna. Z frontu walki z narkotykami. 33.
34. Sokalówna. Jak zapobiegać narkomajom. 33.
35. Szymański. La lutte contre l'alcoolisme en Pologne. 33.
36. Szymański. Zagadnienie społeczne w walce z alkoholizmem. 22.
37. Wach. Z dziejów galicyjskiej ustawy przeciwalkoholowej. 33.
38. Wilczyński. Leczenie ostrych zatruc tlenkiem węgla. 13.
39. Zajączkowski. Lecznictwo alkoholików. 33.

VI. Anatomia i fizjologia układu nerwowego.

1. Dobrowolski. Przypadek choroby Addisona. 15. T. str. 844.
2. Falicki. Kora nadnercza. 21.
3. Herman. Nowy objaw w niedowładach połowicznych. 20.
4. Hryniewicz. Izoaglutyniny a zagadnienia przepuszczalności opon mózgowo-rdż. 34; 31. T. str. 204.
5. Hryniewicz. O znaczeniu badania przepuszczalności opon według metody Waltera. 31. T. str. 205; 21.
6. Jankowska i Zandowa. Badania doświadczalne nad okolicą trzeciej komory. 31. T. str. 203; 17.
7. Jankowska. Zachowanie się wapna, potasu i białych ciałek krwi pod wpływem insuliny. 31. T. str. 204.
8. Kamiński. Syndrom Wicherta. 31. T. str. 206.
9. Leghauser. Grasicca jako gruczoł wkrwenny. 24.
10. Miodoński. Układ wegetatywny, a błędnik oraz t. zw. kinetozy. 24. T. str. 226.
11. Prussak i Fiszhaut. Rola układu przedśionkowego w schorzeniach układu nerwowego. 20.
12. Reicher. Kliniczne znaczenie przysadki mózgowej. 35.
13. Słonimski i Cunge. Nowa metoda wybiórczego barwienia naczyń krwionośnych mózgu. 20. T. str. 157.
14. Spychała. Kliniczne znaczenie układu samowiednego. 24.
15. Szabuniewicz. Badania nad niepobudliwością mięśni pod wpływem wielokrotnego drażnienia. 17.
16. Szantroch. Ogólne zasady budowy układu nerwowego wegetatywnego. 24. T., str. 93.
17. Sterling i Szyryński. O niektórych osobliwościach semiologicznych t. zw. odruchu chwytnego. 15.

18. Sterling. Badania kliniczne nad t. zw. odruchem chwytnym. Str. 11.
19. Wilczkowski. Badania doświadczalne nad istnieniem chemicznych odruchów warunkowych we krwi u ludzi. 15.
20. Zandowa. Badania doświadczalne nad ruchami mimowolnymi. 18. T. str. 672.
21. Swierczak. Zmienność opadania krwinek. 18.

VII. Schorzenia organiczne układu nerwowego.

1. Artwiński i Bornstein. Jamistość rdzenia u matki i syna. 20.
2. Biro. Choroba Little'a, a sprawy gruczołowe. 20; 34.
3. Dzierżyński. Zespoły kliniczne wielogruzołowe na tle schorzeń przysadkowo-lejkowych. 20.
4. Filiński. Rzadkie objawy w ucisku nerwów w schorzeniach serca i naczyń głównych. 24. T. str. 366.
5. Fiszhaut. Przypadek dysostosis cranio - facialis. 34. T. str. 593 i 651.
6. Fiszhaut i Zabokrzycki. Wgłębienie podstawy czaszki z zanikiem mózdzku. 29.
7. Groenwald. Przypadek dystrophiae musculorum progressiva u 8-letniego chłopca. 18. T. str. 704.
8. Herman. Nowy drobny objaw w niedowładach połowicznych. 20. T. str. 137.
9. Herman i Fusswerk. Przypadek rozsianego zapalenia układu nerwowego z prze wagą jednostronnego zajęcia nerwów czaszkowych. 20. T. str. 129.
10. Herman i Zeldowicz. Ziarnica złośliwa o niezwykłym przebiegu. 20. T. str. 147.
11. Higier. Sclerosis multiplex syringomyeliformis. 34. T. 151 i 18. T. str. 365.
12. Jozowa i Wolf. Krwotok podpajęczynówkowy u dziecka. 10. T. str. 52.
13. Kampioni. Przypadek choroby Recklinghauzena. 15. T. str. 209.
14. Kon. Przyczynek do spraw karłowatości. 24.
15. Krzemiński. Zanik oliwkowo - mostowo - mózdkowy. 20.
16. Kuligowski. Ognisko w dogłowo - grzbietowej części mostu. 20. T. str. 148; 15. T. str. 689. 34. T. str. 572.
17. Kunicki. Krwotok mózgowy naśladujący przebiegiem klinicznym nowotwór mózgu.
18. Łącka, Kapłanowa. Przypadek choroby Oppenheima. 34.
19. Lewenfisz. Przypadek choroby Recklinghauzena. 24. T. str. 307.
20. Maciejewski. Spondylarthrits ankylopoetica. 18. T. str. 639.
21. Rose. O wybiornym schorzeniu warstw kory mózgowej nieurazowego pochodzenia (po niemiecku) Archiwum Nauk Biolog. str. 21.
22. Rose. Podłoże morfologiczne dystonii torsyjnej. Arch. Nauk Biolog. Str. 19.
23. Rothfeld. Patogeneza skombinowanego schorzenia systemowego rdzenia. 24.
24. Słaczka. T. zw. „młodzieńcza” postać rodzinnego zwyrodnienia istoty białej mózgu. 20.
25. Sterling i Stein. Przypadek nietypowej sklerodermii ze zmianami w mięśniach i zaburzeniami gruczołów dokrewnych. 20. T. str. 152.
26. Sznajderman. Przypadek mózgowej choroby Buergera. 34. T. str. 155.
27. Zandowa. Z semiotyki schorzeń oliwek opuszkowych. 34.
28. Zandowa. Przypadek wygaśnięcia życia psychicznego z przykurczem wszystkich kończyn w zgięciu. 34.
29. Zeldowicz. Spostrzeżenia kliniczne nad zwyrodnieniem powrózkowym rdzenia w schorzeniach narządów wewnętrznych z wyłączeniem niedokrwistości złośliwej. 20.

30. Zeldowicz. Przypadek sclerosis multipl. z wybitnymi zaburzeniami koordynacji i nystagmem powiek. 10. T. str. 74.

VIII. *Urazy układu nerwowego i ich następstwa.*

1. Aszowa, Lipszowicz, Sztuckgold. Pokaz urazowego porażenia nerwów obwodowych w przyp. jamistości rdzenia. 10. T. str. 66.
2. Biesiekierska. Zmiany na dnie oka wskutek tępego urazu gałki. 11. T. str. 24.
3. Birkenfeld. Technika operacji w urazach czaszki. 28.
4. Biro. O wstrząśnieniu ośrodkowego układu nerwowego. 34.
5. Bross i Koczorowski. Badania doświadczalne nad przecukrzaniem krwi po urazach czaszki. 28.
6. Cieśla. Leczenie odwadniające w urazach mózgu. 28.
7. Dynenson. Przypadek wylewu krwawego do mózgu noworodka przy porodzie samoistnym. 34.
8. Ermis. Ostre urazy czaszki w wieku dziecięcym. 28.
9. Fiszhaut i Zabokrzycki. Wgłębienie podstawy czaszki z dominującym obrazem zaniku mózdzku. 20. T. str. 132.
10. Gallus. Przypadek jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych z zaburzeniami psychicznymi. 20.
11. Hozer. Wpływ warunków pracy na parowozie na wzrok i słuch drużyny oraz widzialność sygnałów. 13.
12. Herman. Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemosa universalis etc. 34.
13. Jasiński i Kranz. Wpływ rozczywnów hipotonicznych na obniżenie ciśnienia śródczaskowego w urazach czaszki. 28.
14. Karbowski. Obustronne ropnie zrazów czołowych mózgu pochodzenia urazowego. 10. T. str. 35.
15. Kaczanowski. Zespół objawów pozapiramidowych po porażeniu piorunem. 20.
16. Karelus. Patologia oka w życiu płodowym i o uszkodzeniach ocznych podczas i z powodu porodu. 11.
17. Kossakowski. Spostrzeżenia z dziedziny obrażeń głowy u dzieci. 28.
18. Kowalczyk. Urazy czaszki i mózgu w oddziale chirurgicznym szpitala Św. Łazarza w Krakowie od 1900 do 1936. 28.
19. Krupiński. Urazy czaszki i mózgu u dzieci. 28.
20. Łobacz. Rażenie ludzi piorunem. 16.
21. Nowakowski. Uraz czaszki i mózgu. 28.
22. Obarski. Rażenie prądem elektrycznym. 13; 4.
23. Ostrowski. Następstwa uszkodzeń urazowych czaszki. 28.
24. Pińkowski. Urazy czaszki, mózgu i opon mózgowych z p. widz. neurologii i psychiatrii. 28.
25. Rutkowski. Pokaz przypadku przecięcia korzonku czuciowego nerwu trójdzielnego. 15. T. str. 176.
26. Zaorski i Łążyńska. Spostrzeżenia nad odległymi wynikami leczenia obrażeń głowy u dzieci. 28.

IX. *Schorzenia zapalne opon mózgowych, ośrodkowego układu nerwowego i nerwów obwodowych.*

1. Adam - Falkiewiczowa. Dwa przypadki zakaźnego schorzenia układu nerwowego bez znanej etiologii. 24. T. str. 629.

2. Adam - Falkiewiczowa. Polioencephalitis z objawami myastenii. 24. T. str. 628.
3. Bogdanowicz. Zapalenie opon mózgowych epidemiczne u dzieci. Str. 32.
4. Chodźko. Wścieklizna w Polsce. 14.
5. Doerfferowa. Zapalenie opon mózgowych meningokokowe u dziecka. 18. T. str. 46.
6. Filiński. Dwa przypadki poprzecznego zapalenia rdzenia. 15. T. str. 243.
7. Herman i Zeldowicz. Przypadek nałminnego zapalenia mózgu z ogniskowymi zaburzeniami roślinnymi. 20. T. str. 150, 34. T. str. 572.
8. Herman i Merenlender. Uogólniona osutka bromowa u dziecka po rozlanym zapaleniu mózgu i rdzenia i ospie wietrznej. 34. T. str. 694.
9. Hryniewicz. O zmianie w płynie mózg.-rdzeniowym w następstwie nakłucia u królików i ludzi. 34.
10. Ingster. Rwa kulszowa. 24. T. str. 207.
11. Jarzyski. Poliradiculitis typu Guillain - Barré. 20. T. str. 134.
12. Jaroszewiczowa. Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych u 11-miesięcznego niemowlęcia. 34. T. str. 293.
13. Jeżewska. Dwa przypadki t. zw. „neuro - myelitis optica”. Str. 30. Poznań.
14. Kon. Przypadek jałowego ropnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych u noworodka. 34.
15. Kuliński. Przypadek anatomo - patologiczny t. zw. polioencephalitis sup. 20. T. str. 148.
16. Lipszowicz. Pokaz przypadków porażenia n. twarzowego z asymetrycznymi objawami roślinnymi. 10. T. str. 42.
17. Messing. Plamica mózgu. 20.
18. Nadłowa. Ropne jałowe zapalenie opon mózgowych jako powikłanie w przebiegu leczenia tężca surowicą. 30.
19. Nadłowa. Pokaz bardzo ciężkiej postaci tężca z powikłaniem w postaci zapalenia opon mózgu. 24. T. str. 697.
20. Nasiłowski. Ropne zapalenie opon mózgowych na tle pneum. Friedländera u niemowlęcia 5 mies. 24. T. str. 605.
21. Nasiłowski. Pokaz przypadku choroby Heine - Medina u chłopca 2½ letn. 24. T. str. 605.
22. Rutkowski. Pozazwojowe przecięcie wybiórcze korzonka czuciowego nerwu trójdzielnego w przyp. ciężkiej rwy twarzowej. 34. T. str. 613 i 15. T. str: 481.
23. Szpilfogel i Goldsztein. Objawy ze strony układu nerwowego w przebiegu duru brzuszego u dzieci. 34.
24. Szachnerowiczowa. Przyczynek do badania nad patogenezą pneumokokowego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych. 30.
25. Stein i Regirer. Przyczynek do patogenezы policytemii. 20.
26. Sterling i Rozental. Przypadek niezwyklej hyperkinezy pośpiączkowej. 10.
27. Walker. Patogeneza śpiączki epidemicznej w związku z etiologią grypy i wiedzą o zarazkach przesączalnych. 24. T. str. 230.
28. Wiesen. Przypadek zapalenia wielonerwowego z objawem Meesa. 15. T. str. 695 i str. 806.
29. Winter. Niezwykły przypadek nałminnego śpiączkowego zapalenia mózgu. 20.
30. Wygowski i Kulesza. Pachymeningitis haemorrhagica interna o niewyjaśnionej etiologii. 15. T. str. 486.

31. Zakrzewski. Przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych z zejściem śmiertelnym. 18. T. str. 643; 34. T. str. 234.

X. *Guzy, ropnie, torbiele, pasożyty, kiła układu nerwowego.*

1. Albert. Przyczynę do utkania i zachowania się złośliwych guzów przysadki mózgowej i przewodu czaszkowo-gardłowego. 24.
2. Bau - Prussakowa. Wągrzyca ośrodkowego układu nerwowego. 24.
3. Bau - Prussakowa. Przypadek władu rdzenia z traopatią kręgosłupa. 20. T. str. 146.
4. Bau - Prussakowa i Gelbardówna. Dwa przypadki torbieli mózdzku. T. str. 689 20. T. str. 153 i 34. T. str. 572.
5. Bornstein. Półpasiec w przebiegu wągra komory czwartej. 20.
6. Choróbski i Sznajderman. Przypadek torbieli w gwiazdziaku mózgu. 34. T. str. 573.
7. Dretler. W sprawie synaerezy i hystaerezy w przebiegu porażenia postępującego. 20.
8. Fiszhautówna. Przypadek amyotrofii kiłowej. 34. T. str. 114.
9. Gelbardówna. Pseudotumor caudae polyscleroticus. 20. T. str. 126.
10. Hajman. Przypadek zropiałego zatoru mózgu. 34. T. str. 74.
11. Herman, Birenbaum. Zespół uciskowy rdzenia pochodzenia kiłowego. 34. T. str. 396.
12. Herman i Finkelstein. Przemijające wydatne zaburzenia odruchów żrenicznych w przypadku drugorzędnej kiły. 26. T. str. 125.
13. Hirsch. O zmianach w płynie mózgowo - rdzeniowym w późnych okresach kiły, w szczególności w kile trzeciorzędnej. 25.
14. Kacnelson. O nowotworach przerzutowych mózgu. 20.
15. Kacnelson. Dwa przypadki osteo-arthropatii wjadowej kręgosłupa. 20.
16. Kaczyńska. Twórczość literacka w przypadku porażenia postępującego i afazji. 34.
17. Karbowski. Dalsze obserwacje nad ropniami przestrzeni pajęczynówkowej w następstwie schorzeń jam obocznych nosa. 34.
18. Krzemiński. Cztery przypadki wągrowości układu nerwowego z pokazem fotografii i preparatów. 24. T. str. 307.
19. Kuligowski. Craniopharyngioma (?) u 41 letn. kobiety bez zespołu przysadkowego ze ślepotą jednooczną od 6-go roku życia. 34. T. str. 573.
20. Kuligowski. Guzy szyszynki i jej okolicy. 20.
21. Kunicki. Krótkiet pokazy neurochirurgiczne (oponiak, naczyniak, astrocytoma i t. p.). 20. T. str. 138.
22. Kunicki. Jamisty rozpad korzonkowych guzów rdzenia. 20.
23. Laskiewicz. Przypadek prawdziwego perlaka opony twardej okolicy płatu skroniowego. 24. T. str. 171.
24. Mandelsova i Sciesińska. Guz mózdzku z wtórnym zespołem objawów Simmondsa u dziewczynki 8 letniej. 34.
25. Opalski i Choróbski. Przypadek wyściółczaka mózgowego bez wyraźnych objawów wzmoczenia ciśnienia śród czaszkowego. 20.
26. Osiek. O wjadzie rdzenia u dziecka. 24.
27. Ostrowski, Jaburek. Przypadek operowany wągrzyca mózgu. 24.
28. Rothfeld. Trzy przypadki wągrzyca mózgu. 24. T. str. 462.

29. Rozenthal. Przypadek władu rdzenia z przełomami błędnikowymi. 20. T. str. 135
30. Słączka. O t. zw. nabłonnikach nerwowych mózgu i rdzenia. 24. T. str. 528. 18. T. str. 517.
31. Stankiewicz. Przypadek sprawy nowotworowej dobrotliwej, wychodzącej z truncus sympathicus cervicalis. 24. T. str. 738.
32. Sznajderman i Choróbski. Przypadek torbieli w gwiazdзиaku mózgu. 20. T. str. 156.
33. Wąsowski. Przedstawienie chorej po operacji otwarcia ropnio mózdzku. 24. T. str. 759. 34. T. str. 56.
34. Wdowiński. Przypadek porażenia postępującego z niezwykłymi objawami. 10. T. str. 15.
35. Wróblewski. Guz wewnątrzczaszkowy. 18. T. str. 238.
36. Witek i Wołkowski. Przypadek ropnia lew. płatu skroniowego i t. d. 18.

XI. Nerwice. Choroba Basedowa.

1. Czyżewicz. Przypadek ciężkiej nerwicy przewodu pokarmowego. 15. T. str. 622.
2. Grodzieński. Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby w przebiegu ciężkiej choroby Basedowa. 15. T. str. 445.
3. Herman i Finkelstein. Napadowy przemijający kurcz połowiczy twarzy jako wyraz chromania mózgu u osobnika z chromaniem przystankowym kończyn. 20. T. str. 133.
4. Krakowski. Kliniczne odmiany myastenii. 34.
5. Krzemiński. Choroba Raynauda u 14 letn. dziewczynki. 15. T. str. 663.
6. Landau i Jelenkiewiczowie. Zespół czynnościowy choroby Simmonda, powstały w następstwie głodzenia. 34.
7. Mejsnerowski. Przypadek choroby Basedowa u 12-letniej dziewczynki. 34. T. str. 92.
8. Mościskierówna. Przypadek ruchowej słuchoniemoty. 10. T. str. 10.
9. Rothfeld. O katalепtycznych napadach podkorowych. 20.
10. Sznajderman. Obuoczna ślepota pochodzenia histerycznego. 11. T. str. 274.
11. Sztajnbok. Przypadek zespołu Raynaud. 34. T. str. 294.
12. Sterling i Stein. Przypadek padaczki myoklonicznej z objawami płasawicy elektrycznej. 20. T. str. 131.
13. Zieliński. Nerwice a układ wegetatywny. 24. T. str. 286.

XII. Padaczka. Płasawica. Parkinsonizm. Schizofrenia.

1. Frydman. Przypadek płasawicy Huntingtona. 31.
2. Gelbardówna i Mackiewicz. Encephalitis myoclonica z początkiem narkoleptyczno-epileptycznym i epizodem pozornej klazomanii. 20. T. str. 128.
3. Herman i Birenbaum. Przypadek płasawicy wiotkiej połowicznej z zajęciem nerwu VII i XII. 20. T. str. 136.
4. Herman i Birenbaum. Przypadek płasawicy Huntingtona bez tła dziedzicznego. 10. T. str. 72.
5. Kaczanowski. Badanie nad pobudliwości elektryczną nerwów ruchowych w padaczce. 12.
6. Katzówna. Analiza zaburzeń czasu i przestrzeni w przypadku schizofrenii. 31.
7. Mackiewicz. Przypadek padaczki myoklonicznej. 34. T. str. 16.

8. Messing. Anatomia patologiczna Huntingtona. 21. 21. T. str. 200.
9. Witek i Borysowicz. Przypadek płasawicy Huntingtona przy braku zmian kresomózgowia. 24. T. st. 188.

XIII. Życie płciowe. Zagadnienia Eugeniczne. Dziedziczność.

1. Albert. Kwestia sterylizacji i jej znaczenie społeczne na tle niemieckiej ustawy karnej z dn. 14 lipca 1936 r. 36.
2. Bajoński. Wyjałowienie kobiety ze stanowiska lekarskiego. 18; 18. T. str. 397.
3. Borowiecki. Stan i potrzeby nauki o dziedziczności w psychiatrii polskiej. 31.
4. Borowiecki. Dziedziczność w chorobach umysłowych i ich zwalczanie. 24. T. str. 36.
5. Eugenika w walce z przestępczością. 27.
6. Czerwiński. Dziedziczność a przestępstwa chroniczne. 39.
7. Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. 39.
8. Eugenika w polskiej prasie codziennej. 39.
9. Encyklopedia Wiedzy Sexualnej Dra Marcusego, przekład pod redakcją Dra S. Higiera. 4 tomy. Str. 509, 478, 479, 505.
19. Grzywo - Dąbrowski. Sterylizacja i kastracja z punktu widzenia higieny, rasy, prawa i medycyny. 24. T. str. 78.
11. Henke. Lekarz katolik wobec zagadnień eugenicznych. 16.
12. Eugenika a praktyka. 16.
13. Hirszfeldowa. Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. Warsz. Str. 79.
14. Hirszfeldowa. Wpływ dziedziczności na patologię dziecka. 30.
15. Huxley i Haddon. My europejczycy. Warsz. Str. 269.
16. Karfial. Krytyczne uwagi do ustawy Rzeszy Niemieckiej w celu zapobieżenia dziedziczenia choremu potomstwu. 7.
17. Kirschner. W jakim stopniu jesteśmy w stanie ograniczyć wystąpienie dziedzicznych chorób umysłowych przez przymusowe wyjałowienie. 31. T. str. 201.
19. Kirschner. O przypuszczalnym ilościowym i czasowym wyniku przymusowego wyjaławiania chorych umysłowo. 9.
20. Liebhart. Zaburzenia okresu pokwitania. 24.
21. Walka z eugeniką. 38.
22. Lucius. Gospodarka eugeniczna człowieka w Polsce. 39.
23. Łuniewski. Społeczno - psychiatryczne motywy hamowania rozrodu. 31.
24. Malinowski. Życie seksualne dzikich. Warsz. str. 503.
25. Marchlewski. Zagadnienie mutacji w świetle ujęć dzisiejszych. 31.
26. Melanowski. Zagadnienie wskazań eugenicznych w dziedzicznych cierpieniach i cięższych wadach narządu wzroku. 39.
27. Mikulski. Znaczenie badań nad bliźniętami dla nauki o dziedziczeniu i eugeniki. 39.
28. Powstawanie chorób występujących w pokoleniach i mechanizmy ich dziedziczenia. 31.
29. Ptaszyńska. Wiek dojrzewania. Warsz. str. 62.
30. Rozwoda. Krytyczne uwagi o sterylizacji i jej znaczeniu społecznym. 36.
31. Runge. Hormony płciowe u zwierząt domowych. 37.
32. Sieńko. O popieraniu korzystnego rozrodu. 39.
33. Węśław. Hormonologia płci i miedzyplciowości. 24. T. str. 626; 18. T. str. 267.
34. Żółtowski. Wytrzebiecie w ramach polityki kryminalnej. 27.

XIV. Lecznictwo.

1. Bartoszek i Rytel. Wpływ adrenaliny na podstawową przemianę materii w chorobach tarczycy i nerwicach wegetatywnych. 15.
2. Bornsztajn. Leczenie chorób układu nerwowego.
3. Borysowicz i Witek. W sprawie wyników leczenia insuliną w świeżych przypadkach schizofrenii. 34.
4. Buxanowski. Rutonal jako środek leczniczy w padaczce samoistnej. 24.
5. Domaszewicz. Podstawy teoretyczne leczenia schizofrenii insuliną. 24. T. str. 740.
6. Dowżenko. Wyniki leczenia wiađu rdzenia. 20.
7. Drożdż. Akcja zapobiegania chorobom psychicznym na terenie Lublina i Lubelszczyzny. 31. T. str. 203.
8. Emiljanowicz. Leczenie schizofreników insuliną. 24. T. str. 445.
9. Emiljanowicz. O nakłuciu podpotylicznym. 34.
10. Erb. Dotychczasowe wyniki leczenia schizofrenii insuliną na oddziale psychiatr. szpit. Powszechnego we Lwowie. 24. T. str. 740.
11. Ferranini. Bułgarskie leczenie następstw encephalitis lethargica. 24.
12. Frostig, Kister, Manasson i Matecki. W sprawie leczenia schizofrenii insuliną. 34.
13. Frostig i in. Odpowiedź na replikę Paradowskiego, Rosego i in. 34.
14. Grynkrout. Radioterapia układu nerwowego autonomicznego, rola czynnika humoralnego. 34.
15. Hrynkiewicz. Badanie przemiany materii u psychicznie chorych. 21.
16. Hrynkiewicz, Rolecki. Podstawowa przemiana materii w narkozie ewipanowej jako metoda przemiany materii u chorych psychicznie. 31. T. str. 204.
17. Jankowska. Zachowanie się wapnia, potasu i białych ciałek krwi pod wpływem insuliny. 21.
18. Jaworski. Leczenie rwy kulszowej „propidonem”. 24.
19. Justman. O nakłuciu podpotylicznym. 34.
20. Kessler. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące środka nasennego „somnalin”. 24.
21. Kon. Autohemoterapia w połowicznych porażeniach. 24. T. str. 308.
22. Kopicz i Bilikiewicz. O leczeniu schizofrenii wstrząsem insulinowym. 21.
23. Kosieradzki. Przypadek choroby Raynauda leczony krótkimi falami. 15. T. str. 444.
24. Krantz. O wartości leczniczej rozczynów hipertonicznych w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki. 34.
25. Łewenfisz. Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w chorobach ogólnych. 34.
26. Marzyński. Opieka nad umysłowo - chorymi w województwach Wschodnich. Wilno. Str. 20.
27. Nowicki. Chirurgia układu wegetatywnego. 24. T. str. 288.
28. Paradowski, Rose i in. Odpowiedź na uwagi Frostiga i in. w sprawie leczenia schizofrenii insuliną. 34.
29. Pająk. Lecznicza odma czaszkowa tlenem. 20.
30. Pieskow. Rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi w Polsce. 21.
31. Świerczak. Leczenie epilepsji rutonalem. 18.
32. Schieber. Radioterapia wodogłowa, samoistnych bóli głowy i padaczki. 24.
33. Schieber. Wyniki radioterapii jamistości rdzenia, stwardnienia wieloogniskowego i zapalenia przednich rogów rdzenia. 24.

34. Traczyński. O mechanizmie zmian hematologicznych u schizofreników, leczonych insuliną. 24.
35. Walker. O leczeniu porażenia postępującego szczepiem zimnicą. 24. T. str. 464.
36. Winiarz. Doświadczenia z cardiazolem w padaczce itp. 24.

XV. Sprawozdania ze szpitali i posiedzeń. Wspomnienia pośmiertne. Varia.

1. Bychowski. Patologia mózgowia a architektonika świata. 20.
2. Drożyński. Przemówienie nad trumną ś. p. prof. Borowieckiego. 26.
3. Freud. Wstęp do psychoanalizy. Warsz. str. 581.
4. Gallus. Sprawozdanie z czynności zakładów psychiatrycznych i opieki pozazakładowych w Polsce za r. 1934 i 1935. 21.
5. Gruszecka, Markiewicz i in. S. Borowiecki, wspomnienie pośmiertne. 18.
6. Grzywo - Dąbrowski. Polska bibliografia psychiatryczna neurologiczna za rok 1936. 31.
7. Kafka. Znaczenie kliniczne badania płynu mózgowo-rdzeni. 34.
8. Kamiński. Biblioteki i wydawnictwa psychiatryczne. 31. T. str. 206.
9. Śliwowski. Konferencja porozumiewawcza w materii stworzenia Międzynar. Stowarzyszenia Antropologii i Psychologii Kryminalnej. 42.
10. Słonimski i Cunge. Nowa metoda wybiórczego barwienia naczyń krwionośnych w mózgu. 15. T. st. 769.
11. Sprawozdania ze Zjazdów i Towarzystw Naukowych. 21.
12. Sprawozdanie z działalności Warsz. Tow. pomocy lekarskiej i Opieki nad psychicznie i nerwowo - chorymi za r. 1936—37. Warsz. str. 77.
13. Z życia zakładowego. 21.
14. Zjazd XV Lekarzy i Przyrodników Polskich, sprawozdanie P. H. 42.

PISMA I KSIĄŻKI NADEŚLANE DO REDAKCJI

Medycyna — W. Czas. Lek. — Lek. Polski — Nowiny Społ. Lek. — Zagadnienia Rasy — Czas Sąd. Lek. — Lekarz Kolejowy — Lekarz Wojskowy — Przegląd Dermatologiczny — Kronika Dentystyczna — Wiadomości Terapeutyczne — Prasa Lekarska — Medycyna Praktyczna — Medycyna Współczesna — Biologia Lekarska — Therapia Nova — Medycyna i Przyroda — Wiadomości Lekarskie — Wiedza Lekarska — Bratisławskie Lekarskie Listy — Revue v Neurologii a Psychiatrii — Apteka dla lekarzy — Apteka dla wszystkich — Ruch przeciwgruźliczy 1938 r., Z. I. — Kwartalnik Psychologiczny T. X. Z. 1 — 2. — Elektrotoniczeskoje wozstanowlenie fizjologiczeskich funkcij, — Trudy Instituta po izuczenju mozga B. M. Bechterewa — Revista de Psicologia et Pedagogia, 1937 V. V. N 17, — Komitet Budowy Pomnika Poległych Członków Służby Zdrowia, Sprawozdanie — Biuletyny Lek. Ajencji Prasowej — Bulletin de la Societé Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie, 1936, N 1, — Biuletyn Instytutu Higieny Psychicznej R. 1, N 1, W-wa 1938 — Centralnyj Referatiwnyj Medicinskij Żurnał T. XX, Cz. 2, 1937.

Mikulski Karol dr med. — Krótki zarys nauki o bliźniętach, Płock 1937.

Pawłow I. P. — Wykłady o czynności mózgu, W-wa, 1938, „Rój”.

ANNALES PSYCHIATRIQUES.

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

Rèsumè du Nr XXXIII.

Mme H. J a n k o w s k a (Varsovie, l'Hôpital St. Jean).

Crises de stupeur négativistique au cours d'une tabo-paralyisie.

Les syndrômes catatoniques ne sont pas trop exeptionnels au cours de la paralyisie générale.

On les considère tantôt comme un dégagement d'une constitution corespondante par le procès morbide, tantôt comme un état conditionné par la localisation cérébrale du processus paralitique.

Dans le cas en question il s'agit d'une femme atteinte d'une tabo-paralyisie à forme démente, développée chez une personne d'une constitution psychique purement syntonique et au point de vue physique d'une constitution pycnique. Elle ne presentait pas de traits hystériques.

Dans le tableau fondamental de la maladie on ne constate des moindres symptômes schizophreniques, surtout catatoniques. Sur ce fond la malade manifeste des crises, qui se repètent chaque 4 — 7 jours, durent quelques heures, et ont l'air d'une stupeur catatonique grave, avec les réactions négativistiques excessives; ses attaques sont accompagnées d'une perte de la conscience — la malade ne se souvient pas de ce que se passait dans cet état.

Après le traitement palludique à coté d'une amélioration générale de l'état psychique très marquée les crises deviennent de plus en plus faibles. C'est l'élément de la perte de conscience qui recule le premier, à moins que jusqu'à la fin la conscience de la malade qui se souvient déjà dès faits qui ont eu lieu pendant les attaques dernières

n'est pas tout à fait lucide et elle ne peut se rendre compte de son état exceptionnel et expliquer la cause de son attitude négativistique.

Graduellement les attaques perdent leurs éléments d'akinèse, de la rigidité, du mutisme complet. Ils gardent donc jusqu'à la fin dans le comportement de la malade, dans ses réactions sur chaque action de l'ambiance, l'aspect d'un négativisme très marqué, dont on ne note jamais aucune tendance hors de ces attaques.

L'auteur considère ces crises comme une modification des attaques paralytiques, due à une certaine localisation cérébrale de l'agent morbide, qui constitue ces manifestations de P. G.

Elle est enclin à en accuser la région du 3-me ventricule.

Le fait de la perte de la conscience au cours du stupeur négativistique ne permet pas d'expliquer l'attitude négativistique de la malade comme une réaction psychomotrice des mécanismes psychiques conscients.

Le négativisme qui a lieu au moment d'une aberration plus ou moins complète des fonctions psychiques conscientes semble exprimer les forces élémentaires biopsychiques des instincts primitifs à formes *d'ekklisis* (*Monakow et Mourgue*) qui se dégagent au cours de ces attaques.

Une localisation exceptionnelle du processus, qui provoque ces attaques est peut être due à une constitution partielle de la région cérébrale atteinte.

F. K a c z a n o w s k i. Quatre cas médico-légaux de troubles psychiques dans la sclérose en plaques.

L'expertise psychiatrique peut rencontrer dans les cas de la sclérose en plaques des difficultés provenant du rapport peu stable et soumis à des fluctuations entre les troubles psychiques et le syndrome neurologique de cette affection. Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques, peuvent être divers, allant parallèlement avec exacerbations et rémissions des symptômes neurologiques. Ils peuvent précéder l'apparition des troubles somatiques, ou peuvent persister après leur disparition.

Dans chacun des quatre cas observés à l'hôpital de Tworki le crime est différent. Le trait commun des troubles psychiques est l'altération de l'intelligence, caractérisé par un raisonnement primitif et simpliste, avec les mêmes défauts dans la faculté de combinaison, un jugement superficiel et des troubles de l'affectivité.

Le premier malade accusé de fraudes répétées, à part une altération de l'intelligence à faible degré et de l'euphorie et de l'eutonie

spécifique sans autres troubles et se débrouillait assez bien dans la vie, le syndrome des troubles somatiques était assez grand. Dans-ce cas fut appliqué la responsabilité atténuée.

Dans les autres cas en plus des troubles de l'intelligence il y avait des idées délirantes.

Le second malade, deux fois incendiaire, a des idées de grandeur rappelant celles des paralytiques généraux, une euphorie marquée et de l'eutonie; il a été interné.

Le troisième malade — très dangereux pour un médecin qui le soigna, à cause d'idées délirantes hypocondriaques et de persécution. Ce malade est interné étant accusé de menaces punissables.

Le quatrième malade subit l'expertise à cause de tentation fornicide visant sa femme qu'il soupçonnait avoir provoqué sa maladie en lui donnant du poison.

Tous ces cas ont un trait commun dans des symptômes démenties, rappelant ceux de la paralysie progressive, mais moins profonde et différents dans leur évolution. Les mêmes troubles de l'affectivité et de l'humeur, permettent de se connaître comme particuliers à la sclérose en plaque, la démence et la psychose polysclérotique. Dans le premier cas il y a intermittence des troubles somatiques et psychiques.

Dans le II-e cas les symptômes progressent d'une manière chronique. Dans le III-e l'évolution de certains symptômes neurologiques est changeante, les troubles psychiques progressent sans oscillations. Dans le quatrième cas les troubles somatiques et psychiques ont un cours progressif et chronique.

Les affections organiques du système nerveux central ne donnent pas d'elles-mêmes le privilège d'irresponsabilité légal. Ce privilège peut être accordé dans les cas d'affections organiques accompagnées de troubles psychiques d'un caractère et d'une intensité au moment de l'accomplissement du crime. L'aliéniste expert est souvent en but avec des difficultés insurmontables, quand il doit diagnostiquer des troubles qui ont passé, ou lorsqu'il doit établir le rapport et la dépendance d'un acte criminel de moments psychopathologiques dans les troubles psychiques se manifestant par phases ou accès.

Malgré la fréquence et la diversité des troubles psychiques dans la sclérose en plaques, ces troubles sont rarement un facteur criminogène.

Dans ces rares cas l'expert doit le traiter individuellement, car divers syndromes psychiques dans la sclérose en plaques peuvent avoir une valeur criminogène non égale. Ce n'est pas dans tous les cas qu'il

y a équivalence entre les troubles psychiques et les syndrômes neurologiques. Enfin parce-que les troubles psychiques polysclérotiques de l'intelligence et de l'affectivité, grâce à leur variabilité, exigent une application prudente des article du Code, reconnaissant l'irresponsabilité.

J. H a n d e l s m a n et Z. M e s s i n g. **Gliome diffus.**
(Contribution à l'étude de la question des troubles psychiques d'origine organique et de l'épilepsie tardive).

Les auteurs étudient le cas d'un sujet, âgé de 43 ans, qui a présenté il y a 17 ans, pendant six mois, des troubles psychiques sous forme de dépression mentale. Cet état se termina par la guérison. Six ans plus tard apparurent les premiers accès d'épilepsie, assez rares, et se réduisant, sous l'influence du gardenal. Vers la moitié de 1933 — nouveaux troubles psychiques. La mort survint le 18.II.1936 à la suite d'un état convulsiv.

L'autopsie fit découvrir des altérations du lobe frontal droit. On y trouva un kyste de plus un tissu rougeâtre, se perdant sans limite apparente dans les tissus adjacents. Ce tissu présente au microscope l'aspect d'une infiltration néoplasmatique contenant de multiples noyaux névroglifiques, riches en chromatices. Les cellules néoplasmatiques ne contiennent pas de protoplasme. Ces cellules s'accumulent autour des cellules ganglionnaires (satellites) et le long des vaisseaux (névroglie oligodendritique). Graduellement les accumulations des cellules néoplasmatiques deviennent si denses, qu'on n'aperçoit plus le tissu de feutrage. L'infiltration néoplasmatique est la plus dense dans la couche moléculaire. Les circonvolutions frontales droites contiennent dans leur substance blanche souscorticale parmi le tissu néoplasmatique, de nombreuses petites cavités (l'état spongieux). Les altérations néoplasmatiques comprennent tout le lobe frontal droit et s'infiltrèrent le long de la lamina terminalis externa, entre le noyau caudé et le putament, détruisent la partie antéro-supérieure de la capsule interne. A part de nombreux métastases dans les méninges, il en est un dans l'angle latérant du IV-e ventricule et dans le plexus choroïde.

La tumeur porte un caractère peu habituel. La masse du tissu néoplasmatique occupe l'écorce cérébrale et la substance sous corticale du lobe frontal droit dans son entier, sans limite saisissable va se perdre dans les tissus adjacents. Ce tableau est celui des gliomes diffus (*Glioma diffusum*) ou glioblastomatoses, qui sont rares. Les cellules névroglifiques du néoplasme, proviennent de la névroglie oligodendri-

tique (satellites des cellules ganglionnaire et cellules névrogliales longeant les vaisseaux). La névroglie oligodendritique ne conserve pas ici sa structure caractéristique et apparaît sous forme de noyaux ronds, ovales, parfois oblongs, comme nous le voyons dans les médulloblastomes. Les auteurs émettent la supposition que le processus néoplasmatique n'était point la cause des premiers troubles psychiques parus en 1917, mais que ceux de 1917 ainsi que les troubles du système nerveux durant de 1923 à 1936, avaient pour base la dégénérescence du névraxe. Les troubles psychiques apparus vers la moitié de 1933 portaient évidemment les traits d'une affection organique, ayant pour point de départ une tumeur cérébrale. Ce cas a une certaine importance pour la localisation topique dans la casuistique des troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales: hallucinations transitoires du goût, idées délirantes de grandeur et de dépression, oligophasie, altérations de l'intelligence, de l'orientation, euphorie, moria. Troubles physiques concomitants: hémiplegie transitoire du côté gauche, symptômes transitoires thalamiques du côté gauche, cedème transitoire de la main gauche, les phénomènes des réflexes du côté gauche et l'épilepsie tardive (le début à l'âge de 30 ans).

M. B o r n s z t a j n (Chef de service des aliénés à l'Hôpital Czyste — Varsovie). **Quelques remarques sur l'article de S. Freud „La psychanalyse qui va vers la fin et celle qui est sans fin“.**

L'auteur résume les idées de *Freud* sur ce thème, met en évidence toutes les difficultés qui se dressent devant le psychanalyste et souligne le scepticisme de *Freud* en question de la fin incontestable du processus psychanalytique. L'auteur est plus optimiste que le Maître et tient à l'opinion a) qu'il ne faut pas accourcir la psychanalyse, parce que les résultats d'une psychanalyse accourcie ne sont pas durables, b) qu'il ne faut pas promettre au patient la terminaison de la cure, car cette méthode entraîne une réaction de la part de du patient en sens inverse et c) qu'il faut mettre au point l'analyse des rêves qui sont le meilleur critère du stade de la psychanalyse et de sa fin.

E. W i l c z k o w s k i. **Réflexes psycho-chimiques dans le sang humain et leur comportement chez les malades mentaux.**

En s'inspirant d'un principe, que c'est l'expérience commune, qui dépose en nous dès l'enfance de nombreux réflexes à type conditionnel, associé au système végétatif, l'auteur conclue que la capacité de réaction de notre organisme aux excitans psychiques, associée à l'ab-

sorption des aliments, ne se limite pas dans le domaine du système végétatif seulement aux réactions du système digestif, généralement connues, mais réside plus profondément dans le sang. Ces réactions peuvent être décelées comme un genre spéciale de réflexes où l'excitant psychique sous forme d'aliment proposé peut modifier par la voie du système nerveux le niveau du taux composés chimiques dans le sang; en plus, ces modifications peuvent être spécifiques vis à vis de chaque composé chimique proposé, savoir: modification du taux du sucre en proposant du sucre, modification du taux des chlorures en proposant du sel de cuisine, modification du taux d'albumine en proposant un oeuf etc. L'auteur dénomme ces réflexes comme psycho-chimiques. Il a élaboré deux procédés d'examen. Suivant le premier procédé il effectue trois prélèvements de sang du doigt. Dans l'intervalle entre le premier et le second prélèvement il propose manger d'un produit, sans le faire manger toutefois; dans l'intervalle entre le second et le troisième prélèvement il enlève le produit en déclarant ne pas le laisser manger. L'action de l'excitant s'effectue donc exclusivement par la voie psychique. Suivant le second procédé il effectue deux prélèvements de sang; dans l'intervalle de ces prélèvements il propose manger du produit, en permettant de le manger seulement après le second prélèvement de sang. Par conséquent les modifications survenues à la suite du second prélèvement par rapport au premier ne s'effectuent également que par la voie psychique. L'auteur opère des examens en masse suivant le second procédé. A titre d'excitants psychiques il utilise le sucre dans certains examens, le sel de cuisine dans d'autres cas. On note comme résultat de l'examen la différence du niveau du composé chimique dans le sang entre le premier et le second prélèvement en la désignant par des signes — moins ou plus par rapport au premier prélèvement.

L'auteur, s'en basant sur un matériel servant de preuve à l'appui de ses assertions et portant sur les examens des oligophréniques, épileptiques et paralytiques généraux, démontre que les différences entre le premier et le second prélèvement dans les examens des réflexes sont en moyenne 4 à 5 plus élevées que dans les examens de contrôle.

Au total le matériel concernant le comportement des réflexes psycho-chimiques chez les malades mentaux porte sur 118 observations. Les résultats détaillés des recherches ainsi que les calculs sont présentés sur trente tableaux de ce travail.

Voici les résultats généraux des examens. Les réflexes psycho-chimiques dans le sang existent chez les hommes à titre des réflexes

spécifiques pour chaque genre d'excitant utilisé par l'auteur. Tout ceci témoigne la part large et précise de l'écorce cérébrale dans la vie végétative de l'organisme et offre une preuve de plus à l'appui de l'existence de la représentation du système végétatif dans l'écorce cérébrale. L'étendue des recherches physiologiques et en particulier l'étendue des recherches sur la réflexibilité conditionnelle gagne un nouveau domaine, savoir — le domaine des phénomènes chimiques. On doit considérer l'abaissement du niveau du composé chimique dans le sang comme direction prépondérante en particulier de ces réactions. Les réflexes psycho-chimiques apparaissent d'accord avec la loi de *Jackson* selon laquelle les fonctions des centres inférieurs deviennent plus intenses, si l'action inhibitrice des centres supérieurs diminue. La production du réflexe psycho-chimique d'un certain genre peut être accompagnée d'oscillation insignifiante du niveau d'un autre composé chimique dans le sang. La proposition de l'ingestion à jeun d'un produit doux ou salé ne peut être envisagé comme un moment défavorable pour les examens.

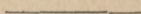
Par rapport au petit nombre d'examen effectués chez des sujets sains les réflexes psycho-chimiques à intensification la plus élevée sont décelés en moyenne chez des paralytiques généraux et des oligophréniques; l'intensification élevée est notée chez les épileptiques; les schizophréniques présentent des réflexes à intensification élevée assez élevée ou bien l'absence des réflexes. Les malades alimentés artificiellement sont classés dans les groupes non réagissants, un pourcentage très élevé de catatoniques a été observé dans ce groupe; par contre les malades présentant des symptômes paranoïdes sont surtout les plus nombreux dans les groupes réagissants. L'auteur remarque que ces résultats sont des résultats d'orientation et qu'on doit poursuivre ses recherches en tenant compte du comportement des autres symptômes du système végétatif.

SPIS RZECZY ZAWARTYCH W XXXIII ZESZYCIE.

1. <i>H. Jankowska</i> . — Napady osłupienia negatywistycznego w przebiegu Taboparalysis	1
2. <i>F. Kaczanowski</i> . — Cztery przypadki sądowe zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym.	10
3. <i>J. Handelsman i Z. Messing</i> . — Glioma diffusum.	23
4. <i>M. Bornsztajn</i> . — Uwagi z powodu artykułu Zygmunta Freuda „Psychoanaliza, która się daje zakończyć i taka, która się dłuży bez końca”.	33
5. <i>E. Wilczkowski</i> . — O istnieniu psychochemicznych reakcyj we krwi u ludzi i zachowaniu się ich u chorych psychicznie	43
6. Kronika Psychiatryczna za rok 1937.	91
7. Komunikaty	97
8. Polska Bibliografia za rok 1937.	101
9. Książki i prace nadesłane do Redakcji	115

R É S U M É S.

1. <i>Mme H. Jankowska</i> . — Crises de stupeur négativistique au cours d'une tabo-paralysie	1
2. <i>F. Kaczanowski</i> . — Quatre cas médico-légaux de troubles psychiques dans la sclérose en plaques	10
3. <i>J. Handelsman et Z. Messing</i> . — Gliome diffus	23
4. <i>M. Bornsztajn</i> . — Quelques remarques sur l'article de S. Freud „La psychanalyse qui va vers la fin et celle qui est sans fin”	33
5. <i>E. Wilczkowski</i> . — Réflexes psycho-chimiques dans le sang humain et leur comportement chez les malades mentaux	43



1. „Rocznik Psychiatryczny” wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 3-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 30 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych. opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 24 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik Psychiatryczny”.

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora, Warszawa, Matejki 6, m. 1. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku” nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączyć do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa, większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografie będą wykonane na koszt własny autorów.

WRZESIN

prywatny zakład leczniczy dla chorych
p s y c h i c z n i e
D-ra EDWARDA STEFFENA

Sp. Kom.

w Pruszkowie pod Warszawą

Zakład, założony w roku 1906, został **rozbudowany nowocześnie**
w roku 1936 na **znacznie powiększonym terenie.**

Wysokość opłat umiarkowana.

Kierownik Zakładu: Dr. Edward Steffen – senior

Adres poczt. i teleg.: Pruszków – Wrzesin

Telefon: Pruszków Nr 46.

SANATORIUM

 DLA NERWOWO i PSY-
CHICZNIE CHORYCH

D-ra RAFAŁA BECKERA

w Otwocku, przy ul. Emilii Plater 3. Telefon, Otwock Nr 4.

SANATORIUM mieści się w 3 budynkach z wszelkimi
wygodami i położone jest w pięknym 4-morgowym parku.

Najnowsze metody lecznicze.

Leczenie malaryjne.

Kuchnia indywidualna i dietetyczna. Ceny przystępne.

Kierownik zakładu: **Dr. RAFAŁ BECKER.**

