

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. LEON WERNIC. Technika metody WASSERMAN'a przy syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem Aleksyn i glikocholanem sodu. Str. 99. II. MAURZYC BORNSTEIN. O t. zw. porażeniu okresowym. Str. 109. (C. d.) *Streszczenie zbiorowe* A. PUŁAWSKI. Histerya w nowem oświetleniu. Str. 113. *Dział sprawozdawczy.* 15. COLEY. Leczenie nieopuszczonego lub nieprawidłowo opuszczonego jądra, powikłanego przepukliną pachwinową. Str. 119. 16. BERG. Radykalne leczenie raka pęcherza. Str. 120. 17. STARR. Operacya nieopuszczonego jądra. Str. 120. 18. CLAUDE i MARTIN. Uproszczona metoda leczenia złamań szczęki dolnej. Str. 120. 19) ZOEPFRITZ. Odczyn spojówkowy na tuberkulinę, jego niebezpieczeństwa i wartość dla chirurgii. Str. 121. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. ZE SZPITALA ŚW. ŁAZARZA I PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ DRA
PALMIRSKIEGO.

Technika metody Wasserman'a w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem Aleksyn i glikocholanem sodu.

Podał

Dr Leon Wernic,

lekarz ambulatoryum szpitala Św. Łazarza.

[Odczyt, wygłoszony w sekcji dermatologicznej Warsz. Tow. Lek. w listopadzie 1908 r.]

C Z Ę Ś Ó I.

Na początku roku ubiegłego w artykule „Serodyagnostyka syfilisu i wartość próby KLEISNER-KREIBICH'a“, omówiłem zasadę, na której opiera się próba WASSERMAN'a. Atoli technika tej próby, dyskretnie w naszej literaturze przemilczana, jest tak dalece warunkiem niezbędnym dla dokładnego wyniku, iż uważamy za właściwe bliżej się jej przypatrzeć. Czynimy zaś to z jednej strony dlatego, iż bez zdobycia dokładnej techniki nie mogą być osiągnięte wyniki wzbudzające zaufanie, i dlatego, iż w ostatnich czasach ogłoszono szereg modyfikacyi tej próby.

Próbe WASSERMAN'a początkowo przerabialiśmy przy łaskawej pomocy kolegi GRYGLEWICZA, któremu tutaj składamy podziękowanie następnie; zaś samodzielnie; wymaga ona takiej ilości czasu i tak doskonałej techniki, iż wprost nie budzą zaufania wyniki, otrzymane przy pomocy wirówek o małej liczbie obrotów, wirówek wstrząsających ręcznych i t. d.

Jak wiadomo, próba WASSERMAN'a polega na odchyleniu aleksyny czyli komplementu. Aleksyna, która w warunkach zwykłych, łączy się z ciałkami krwi baraniej i amboceptorem hemolitycznym królika, uodpornionego przez krew baranią przeciw krwinkom baranim, i doprowadza do hemolizy, zostaje związaną przez antygen syfilityczny, zawarty, zdaniem jej autora, w narządach płodu syfilitycznego.

Dzięki związaniu aleksyny, zawartej w zwykłej surowicy świnki morskiej, hemoliza krwinek baranich nie następuje.

Aby przystąpić do próby WASSERMAN'a, w jej przepisie pierwotnym, potrzeba było 5 czynników:

1. Surowicy królika, uodpornionego przeciwko krwi baraniej, pozbawionej aleksyny.
2. Aleksyny, znajdującej się w surowicy krwi zwierzęcej, najlepiej baranej od świnek morskich.
3. Wyciągu z wątroby płodu syfilitycznego, odpowiednio przyrządzonego.
4. Czystych krwinek baranich, przemytych odpowiednio.
5. Surowicy krwi chorego podejrzanego, pozbawionej aleksyny.

Rozpatrzymy szczegółowo punkt po punkcie.

Aby otrzymać krew baranią w naszych stosunkach, potrzeba dużo zachodów. W Warszawie i w całym Królestwie rzeź baranów odbywa się tylko w czasie paru miesięcy jesiennych. W innej porze, nawet w największym mieście Polski krwi baraniej dostać nie można. Należy przeto hodować barany własne. Gdy wszelako dla uodpornienia królika potrzeba około 50 gramów krwi, należy upust krwi baraniej robić w przerwach tygodniowych i w ten sposób posiadać kilka egzemplarzy tych zwierząt, pragnąc zachować je przy życiu.

Zdaniem naszym *minimum* 2 barany powinna posiadać na swój użytek pracownia, o ile chce z nich korzystać przez czas dłuższy.

Upustu krwi dokonywać można z żyły szyjnej z zachowaniem ostrożności aseptyki ew. antyseptyki, gdyż może zabieg ten zakończyć się fatalnie śmiercią zwierzęcia.

Krew zebrana zapomocą igły ze szprycą [pojemności 50 ctm. sz.], uprzednio wygotowanej i ostudzonej, wstrzykuje się do sterylizowanej na sucho [3 godziny przy 150° Cels.] kolbki, zawierającej śrut szklany i wstrząsa się w ciągu 10—20-u minut dla dokładnego odwlóknienia ¹⁾.

¹⁾ W tym kierunku niesłychaną pomocą jest umiejętne robienie włoskowatych pipet z rezerwoarami, wymagająca dużej wprawy.

Krew przybiera wygląd laku, zapomocą pipetki sterylizowanej z rurką gumową, doprowadzoną do dna naczynia, przenosimy ją do probówek stożkowych, sterylizowanych, przystosowanych ściśle do wirówki, którą w pracowni posiadamy.

Wirówki stanowią piętę Achilleśa całej pracy. Wirówka, dająca małą liczbę obrotów lub idąca nierówno, jest zupełnie dla próby nieodpowiednią. Również nie nadają się do tego celu wirówki, ustawione na desce, zawieszanej w powietrzu, a więc ciągle ulegające drganiom w czasie ruchu, szczególnie zaś pod koniec, kiedy szybkość staje się wolniejszą.

Najodpowiedniejsze są wirówki, dające 2000 do 3000 obrotów na minutę, umocowane na stole lub podłodze. Wtedy we krwi odwłóknionej w ciągu 5 u minut można oddzielić krwinki od surowicy. Notabene—należy dokładnie zrównoważyć probówki, umieszczone w ramionach tego samego drążka.

Waciki, zatykające probówki, powinny nie przeszkadzać pionowemu ułożeniu probówki; w razie potrzeby należy je przyciąć odpowiednio.

Dokładne oddzielenie i przemycie krwinek czerwonych wymaga roboty dokładnej. Na dobrej ¹⁾ wirówce można dokonać tego w ciągu 42-u minut, licząc 1) 5 minut na jednokrotne oddzielenie krwinek od surowicy i 2) 2 minuty na dodanie do nich fizyologicznego rozczynu [8,5‰ NaCl] w ilości, równającej się usuniętej surowicy, [w tym celu olówkiem, piszącym na szkle, należy oznaczyć wysokość pierwotną krwi w probówce]. Przy dodawaniu rozczywnu soli, należy zapomocą pipety doprowadzać go do dna probówki. Zabieg przemywania krwinek dokonywa się pięciokrotnie, poczem surowica, zebrana nad ciałkami krwi barana, bywa przezroczysta. Atoli spotykamy takie przypadki, kiedy krwinki baranie [szczególniej przetrzymywane kilka godzin lub dni] oddają barwik swój surowicy. Musimy w takim razie zadowolić się przemyciem 5-krotnem i stosować je tylko dla uodporniania barana. Tego rodzaju krwinki do badania na hemolizę nie nadają się zupełnie.

Po odmyciu krwinek baranich nabieramy je do szprycy 10 - gramowej i zastrzykujemy królikowi do otrzewnej. Dla dokonania tego zabiegu kładziemy królika na stole brzuchem do góry, obmywamy szerść wodą karbolową [5‰] i sterylizowaną szprycę wprowadzamy wprost do jamy brzusznej [bez odciągania skóry do góry, gdyż można w ten sposób zastrzyknąć pod skórę]. Zachowanie aseptyki i dokładne zastrzyknięcie do otrzewnej chroni od niespodziewanej śmierci królika nb. o ile baran, z którego krew była brana, cieszył się zdrowiem.

Dla dokładnego uodpornienia królika należy zabieg ten w przerwach tygodniowych skutecznie jeszcze raz lub dwa razy.

Po upływie tygodnia od ostatniego zastrzyknięcia bierzemy z żyły usznej królika krew [również aseptyczne] i badamy zachowanie się jej w sto-

¹⁾ W wirówce, umieszczonej na desce wiszącej, zabieg jednokrotny przemycia trwa około pół godziny, a całość do 3-eh godzin, co uniemożliwia kontrolę osobie, nie siedzącej przez dzień cały w pracowni.

sunku do krwinek baranich. Bierzemy więc przemyte krwinki, dodajemy do nich surowicy świnki i surowicy króliczej [pozbawionej aleksyny przez 30 - minutowe ogrzewanie przy 55° C.] i sposobem, który następnie przytoczymy, badamy czy hemoliza następuje. Jeżeli następuje—możemy wziąć większą ilość krwi z królika, w przeciwnym razie zastrzykujemy mu jeszcze krwinki baranie aż do skutku. Co się tyczy zbierania większej ilości krwi króliczej, to używamy w tym celu zabiegów następujących. Po przymocowaniu uśpionego chloroformem zwierzęcia, otwieramy klatkę piersiową i wprowadzamy włosowatą pipetę zgiętą do komory sercowej, drugi zaś koniec do kolbki ERLÉNMYER'a. Większą ilość krwi otrzymamy przez podwiązanie dośrodkowego końca tętnicy głównej i przecięcie jej. Atoli wyszukanie jej, ominięcie nerwu błędnego i zebranie krwi aseptyczne przedstawia więcej trudności.

Po zebraniu krwi, dajemy jej się skrzepnąć, następnie wstawiamy do termostatu przy 37° C. na pół godziny i zbieramy zapomocą włoskowych pipetek całą ilość wydzielonej surowicy. Wrazie, jeżeli surowica zebrana jest zabarwiona krwią, odwirowujemy ją wtórnie i zbieramy do nowej probówki. Im czystiej, spokojniej i bez wstrząśnień uda się zebrać surowicę, tem dokładniejszy będzie wynik i tem dłużej można ją przechowywać.

Po zebraniu surowicy króliczej, wstawiamy ją do termostatu o 55° C., lub nagrzewamy w rondelku wodę do 55° C. i wstawiamy do niego probówkę, kontrolując zapomocą cieplomierza, wstawionego do wody, ciepłotę wody.

Zniszczywszy aleksyny, otrzymujemy t. zw. amboceptor hemolityczny, który przez miesiąc możemy przechowywać w lodowni.

Aleksynę otrzymujemy na świeżo, przez oddzielenie surowicy z zakrzepłej krwi świnki morskiej. Najlepiej zbierać krew z serca uśpionej świnki. Przy usypianiu wystarczy 5 do 15-u kropel chloroformu, nakropionego na watę w tutce papierowej włożonej na pyszczek.

Aleksyna należy do związków łatwo rozkładających się, przeto może być stosowana tylko świeżo po wypuszczeniu i oddzieleniu od skrzepu. Nagrzewanie niszczy ją bardzo szybko.

Wyciąg z narządu płodu ¹⁾ syfilitycznego—najlepiej z wątroby, śledziony lub grasicy—dokonywa się w ten sposób, iż po wycięciu wątroby, bierzemy jej na wagę około 5-u gramów [ewentualnie i więcej], rozcinamy na drobne kawałki i rozcieramy w moździerzu, dolewając stopniowo 45 ctm. sz. spirytusu 96° lub 1/2%-ego roztworu kwasu karbolowego ²⁾. Pozostałą część narządu można wysuszyć nad H₂SO₄ w eksykatorze lub termostacie. Następnie ściśle zamykamy płyn z rozartym narządem w sterylizowanej butelce i poddajemy go wstrząsaniu w specjalnym automatycznym wstrząsaczu [wodnym lub elektrycznym] w ciągu około 12-u godzin [niektórzy pozwalają

¹⁾ Oczywiście, radzi WASSERMAN zbadać narząd bakteryologicznie na obecność krętków.

²⁾ W tym celu bierzemy na 5,0 papki z narządu, 25,0 roztworu fizyologicznego soli i 3,0 5%-ego roztworu kwasu karbolowego.

na 2 — 3 godziny]. Wyciąg precedzamy przez bibułę lub odwirowujemy, a klarowną pozostałość zachowujemy przez czas dłuższy [do tygodnia] w lodowni.

Szkopuł, jaki wynikał z potrzeby posiadania narządu płodu syfilitycznego, został usunięty od czasu, gdy przekonano się, iż nie chodzi w danym razie o jakiś specyficzny antygen, lecz o związek chemiczny, zawarty również w mięśniu serca świnki morskiej oraz innych organów zwierzęcych [p. prace we Wrzecznej Gazecie].

Najniesłuszniej podejrzewano, iż spirytus oddziaływać może na przebieg hemolizy. Aczkolwiek rzeczywiście morfologiczne zmiany w krwinkach występują w postaci kurczenia się krwinek, to przenoszenie zmian morfologicznych na zmiany chemiczne nie ma podstaw. Dane, otrzymywane tą drogą, są zupełnie identyczne z danymi, otrzymywanymi przy wyciągach karbolowych.

Czyste krwinki baranie, służące do próby hemolitycznej, otrzymują się w ten sam sposób, jak i przy zastrzykiwaniu królikom. Zawieszamy je w stosunku 5:100 w roztworze fizyologicznym i przechowujemy w lodowni. Surowica od chorego może być otrzymana igłą FRANKA, bardzo aseptyczną bańką, lecz najlepiej zapomocą wenepunkcji szprycą. Można oczywiście zapomocą ukłucia lędźwiowego dostać płyn rdzeniowy dla tegoż celu. Otrzymaną surowicę pozbawiamy sposobem wyżej przytoczonym aleksyny [30 min. przy 55° C]. Po przygotowaniu tych 5-u składników, należy przystąpić do skontrolowania ich dokładnego. Za kryterium do oceny siły i wartości każdej z tych części służyć może świeża aleksyna, t. j. surowica świnki morskiej.

Zapomocą aleksyny, której stale dodajemy ilość jedną i tą samą 0,1, sprawdzamy kolejno siłę: 1) amboceptora hemolitycznego, 2) wyciągu z antygenu syfilitycznego ew. wyciągu z serca świnki morskiej i 3) amboceptora, zawartego w surowicy chorego, pozbawionej aleksyny.

1) Sprawdzenie amboceptora króliczego ma na celu określenie najmniejszej dawki, rozpuszczającej 5%-ową zawiesinę krwinek baranich [w fizyologicznym roztworze soli].

W tym celu bierzemy szereg 6 lub 7 małych probówek w wymiarach mniej więcej 3—5-u ctm. wysokości i pół ctm. szerokości, ustawiamy je na podstawce i napelniamy w sposób następujący:

Pro- bówki	Aleksyny		5% świeżego roztworu krwi- nek baranich			amboceptora he- molitycznego królika	
1-sza	0,1 ctm. sz.	+	1,0 ctm. sz.	+		0,01 ctm. sz.	
1-go	0,1	"	1,0	"	"	0,005	"
3-cia	0,1	"	1,0	"	"	0,0025	"
4-ta	0,1	"	1,0	"	"	0,0010	"
5-ta	0,1	"	1,0	"	"	0,0005	"
6-ta	—	"	1,0	"	"	0,01	"
7-ma	0,1	"	1,0	"	"	—	"

Do każdej rurki dolewamy roztworu fizyologicznego soli do 2 ctm. sz. W ten sposób rurka 6-ta i 7-ma służą dla kontroli: pierwsza, jak zachowują się krwinki bez aleksyny, druga, jak bez amboceptora. Probówki wstawiamy do termostatu na pół godziny przy 37°.

Jeżeli następuje hemoliza krwinek, to płyn jednolicie zabarwia się na czerwono i jest względnie przezroczysty.

Obserwujemy, w której próbówce nastąpiła hemoliza.

Jeżeli nastąpiła on we wszystkich [1, 2, 3, 4], a tylko w 5-ej nie nastąpiła, to wyprowadzamy wniosek, że jeżeli weźmiemy dwa razy większą dawkę niż w 4-ej próbówce, to hemoliza nastąpi. Gdybyśmy wzięli dawkę stosowaną w 5-ej próbówce, to hemolizaby nie wystąpiła i mogłoby się zdawać, że nastąpiło zahamowanie hemolizy. Podwójna dawka najmniejsza oznacza się jako podwójna *dosis minima* [2 DM] dla każdej aleksyny.

2) Sprawdzenie antygeny, t. j. roztworu z narządu lub serca świnki, dokonywa się również w tym celu, aby poznać w jakiej ilości antygen sam hamuje hemolizę. Dokonywamy tego w sposób następujący: Do rurek takich samych, jak poprzednio dodajemy:

Pro- bówki	Ale- ksyny	Amboceptor hemolityczny królika	5% zawie- siny krwinek	Wyciąg an- tygeny syfi- licznego
1-sza	0,1	2 DM podwójna dawka najmniej	1,0	0,50
2-ga	0,1	2 " " " "	1,0	0,25
3-cia	0,1	2 " " " "	1,0	0,10
4-ta	0,1	2 " " " "	1,0	0,05
5-ta	0,1	2 " " " "	1,0	0,025
6-ta	0,1	2 " " " "	1,0	—
7-ma	—	2 " " " "	1,0	0,5

Dopełniamy roztworem fizyologicznym soli do 2-u ctm. sz. i wstawiamy na pół godziny do termostatu przy 37° C.

Próba 6-ta i 7-ma mają znaczenie kontrolujące.

Przypuśćmy, że w próbówce 1-ej i 2-ej hemoliza zahamowaną została, lecz w 3-ciej przy dawce 0,10 nastąpiła. Bierzemy przeto połowę dawki 0,05, t. j. pół dawki największej, przy której hemoliza jeszcze wystąpiła, t. j. 0,025 i pewni jesteśmy, że hemolizy nie zahamuje sam antygen.

3) Sprawdzenie amboceptora, zawartego w krwi badanego osobnika, dokonywa się podobnie jak antygeny, na tej zasadzie, iż przy pewnych dawkach może on sam wywołać zahamowanie hemolizy.

Dokonywamy tego w sposób podobny:

Pro- bówki	Aleksyny	Amboceptor królika	5% zawiesi- ny krwinek	Amboceptor krwi badanej
1-sza	0,1 ctm. sz.	2 DM	1,0 ctm. sz.	0,50
2-ga	0,1 "	2 "	1,0 "	0,25

Pro- bówki	Aleksyny	Amboceptor królika	5%, zawiesi- ny krwinek	Amboceptor krwi badanej
3-cia	0,1 „	2 „	1,0 „	0,10
4-ta	0,1 „	2 „	1,0 „	0,05
5-ta	0,1 „	2 „	1,0 „	0,025
6-ta	0,1 „	2 „	1,0 „	—
7-ma	— „	2 „	1,0 „	0,50

Następnie wstawiamy na pół godziny przy 37° C.

I tutaj bierzemy pół dawki największej, przy której hemoliza jeszcze występuje.

Na przykład, próbówka 1-sza, 2-ga i 3-cia dają zahamowania hemolizy, a 4-ta [0,05] nie hamuje, bierzemy przeto 0,025 [$\frac{1}{2}$ D. Max].

Określiwszy w ten sposób dokładnie warunki, przy których ani sam amboceptor króliczy, ani sam antygen, ani sam badany amboceptor hemolizy nie hamują, przystępujemy do próby ostatecznej.

Obejmuje ona całe równanie z 5-u elementów.

Antygen	Amboceptor osoby badanej	Aleksyna	Amboceptor króliczy	Zawiesina krwi
$\frac{1}{2}$ D. Max.	+ $\frac{1}{2}$ D. Max.	+ 0,1 ctm. sz.	+ 2 D. Min.	+ 0,1 ctm. sz.
$\frac{1}{2}$ „	„ $\frac{1}{4}$ „	„ 0,1 „	„ 2 „	„ 0,1 „
$\frac{1}{2}$ „	„ $\frac{1}{8}$ „	„ 0,1 „	„ 2 „	„ 0,1 „
$\frac{1}{2}$ „	„ $\frac{1}{16}$ „	„ 0,1 „	„ 2 „	„ 0,1 „

Manipulację tą dokonywamy atoli w dwa tempa. Naprzód nalewamy antygen syfilityczny, amboceptor chorego i aleksynę wstawiamy na pół godziny do termostatu, następnie zaś dodajemy amboceptor króliczy i zawiesinę krwinek i zostawiamy w termostacie na 2 godziny.

Oto jest całokształt metody WASSERMAN'a w pierwotnej jej czystości.

Jeżeli nawet nie doprowadzać do przesady subtelności badania, to licząc po pół godziny na 3 próby wstępne i 2 godziny na ostateczne, te 4 zabiegi same pochłaniać muszą $3\frac{1}{2}$ godziny czasu. A do tego musi dojść niszczenie aleksyn, przemywanie ciałek czerwonych i uodpornianie, co ogółem zająć musi około 12-u godzin pracy.

Zrozumiałe jest przeto dążenie różnych autorów, aby uprościć metodę WASSERMAN'a.

Pierwsze w tym kierunku dążenie wyraziło się w chęci zastąpienia krwi baraniej przez inną, bardziej dostępną.

Pierwszy DETRE stosował, jako amboceptor surowicę królika, uodpornionego przeciw krwi końskiej, RANZI stosował surowicę królików, uodpornionych krwią kozią.

Należy zaznaczyć, iż ze względów czysto terapeutycznych i praktycznych, już w maju roku bieżącego kolega GRYGLEWICZ radził pisaćemu stosować surowicę bydlęcą, co też w szeregu doświadczeń było stosowane. W numerze 45-ym r. 1908 *Deutsche Medicinische Wochenschrift* BALLNER i DECASTELLO zakomunikowali szereg obserwacji nad uodpornieniem królików również zapomocą krwi bydlęcej.

Autorowie ci przeprowadzili doświadczenia swoje porównawczo z krwią baranią i wołową i przyszli do wniosków następujących:

1) Amboceptor hemolityczny królika-wołu dał wyniki dodatnie w tej samej liczbie i odsetce mniej więcej, jak królika-barana.

2) Odchylenie aleksyny w słabym stopniu otrzymano zarówno przy krwi baraniej, jak wołowej w przypadkach niesyfilitycznych [gruźlicy płuc i nerek, zapaleniu płuc, raka, leukemii szpikowej i wadach nieskompensowanych serca].

3) W wielu z tych ostatnich przypadków odchylenie aleksyny było przecieź tylko czasowe.

4) Pomiedzy wynikiem dodatnim próby u chorych syfilitycznych a niesyfilitycznych istniała zasadnicza różnica, polegająca na tem, że zachowanie się hemolizy u syfilityków przy stosowaniu amboceptora króliczo-bydlęcego występowało po dodaniu wyciągu z narządu, a w każdym razie przez to dodanie stawało się wybitniejszym, kiedy u niesyfilitycznych występowało ono w równej mierze przy lub bez wyciągu.

5) Stosując amboceptory króliczo-baranie wspomniane surowice niesyfilityczne [autotropiczne] dawały wyniki podobnie, jak syfilityczne, bo za dodaniem wyciągu z narządu następowało zahamowanie, a bez dodania wyciągu mniej lub bardziej wybitna hemoliza.

6) Stosując amboceptory króliczo-bydlęce, możemy postawić rozpoznanie pomiedzy przypadkiem specyficznym a niesyfilitycznym, co nie udaje się dokonać przy stosowaniu jedynie amboceptora króliczo-baraniego ¹⁾.

Dalecy jesteśmy od wygłaszania własnego zdania, co do tej sprawy.

¹⁾ Odpowiadając na wnioski BALLNER'a i DECASTELLO, KAROL BRUCK w *Deutsche Med. Woch.* 1908, Nr. 50, zwraca uwagę, iż badacze ci u 16^o/_o chorych nielactycznych otrzymywali rezultaty dodatnie. Rezultaty te są następstwem nieściśłego stosowania metody. Autorzy bowiem dostrzegali wiązanie komplementu zapomocą surowicy bez stosowania wyciągu z narządu. Tymczasem WASSERMAN, NEISSER i BRUCK w próbie swej zaznaczyli, iż za pozytywny wynik należy uważać ten, kiedy surowica z wyciągiem narządu hamuje hemolizę, a bez wyciągu nie hamuje.

Wskazuje to na niezbędnosć kontroli. Co się tyczy różnicy pomiedzy krwią króliczą, a wołową, to polega ona, zdaniem BRUCK'a, na tem, iż przy stosowaniu krwi wołu należy użyć minimalną dawkę aleksyny (1 kroplę, a nawet jej część). Gdyby wziąć podwójną dawkę surowicy przy krwi królika-barana, to wynik byłby podobny.

Osobiście dokonaliśmy szeregu [15 badań] z krwią królika-wołu, częściowo przy łaskawej pomocy kol. GRYGLEWICZA w pracowni kol. PALMIER-SKIEGO, częściowo samodzielnie; wypadły one daleko mniej zachęcająco.

Na 10 przypadków luetycznych wyniki z zahamowaniem hemolizy wystąpiły w 30%, u 70% nastąpiło rozpuszczenie krwinek. Atoli zarówno pewnym niedokładnościami techniki i brakowi naówczas centryfugi odpowiedniej z jednej, a faktowi, iż z tych 70% przechodziło energiczną kurację z drugiej strony, przypisać musimy ten wynik.

Na 5 przypadków niesyfilitycznych wszędzie hemoliza została ujawnioną.

Mówimy o 15-u przypadkach, w których stosowaliśmy surowicę bydlęcokróliczą.

Na innym miejscu przedstawimy wyniki stosowania surowicy baraniokróliczej, tutaj atoli pragniemy podkreślić, iż różnice pomiędzy tymi gatunkami u nas wypadły na korzyść krwi baraniej.

W każdym razie BALLNER i DECASTELLO nie uprościli zabiegu WASSERMAN'a, atoli potwierdzili już znany fakt, że tylko wyraźne odchylenie hemolizy ma wartość rozpoznawczą, częściowe zaś jest bez wartości.

BAUER miał rękę szczęśliwszą w sprawie uproszczenia próby odchylenia aleksyny. Usuwa on potrzebę przygotowania amboceptora hemolitycznego królika, zastępując ją surowicą krwi człowieka normalnego, pozbawioną aleksyny z ręki lub z łożyska, wychodząc z zasady, iż w niej jest amboceptor, rozpuszczający krwinki baranie.

Dla wykonania doświadczenia używa BAUER czterech rurek, które napełnia w sposób następujący:

1-sza rurka surowicy chorego 0,2 + wyciągu z narządu 1,0 + surowicy świnki morskiej [aleksyny] 1,0.

2-ga rurka dla kontroli: surowicy chorego 0,2 + roztworu fizyologicznego soli 1,0 + surowicy świnki morskiej 0,1.

3-cia rurka dla porównania: surowicy człowieka normalnego 0,2 + wyciągu z narządu 1,0 + surowicy świnki morskiej 0,1.

4-ta rurka—dla kontroli trzeciej—surowicy człowieka normalnego 0,2, roztworu fizyologicznego soli 1,0, aleksyny ze świnki morskiej 0,1.

Po skłóceniu zawartości tych rurek, stawiamy je do termostatu na pół godziny przy ciepłocie 37°, następnie dodajemy po 1,0 zawiesiny 5%-wej krwinek barana i stawiamy do termostatu 37° na pół godziny.

Już po 14-u do 30-u minutach—hemoliza następuje.

Hemoliza występuje zazwyczaj i w rurce 3-ej. Jeżeli w tym samym czasie, co w 3-ej, nastąpi hemoliza i w rurce 1-ej, to osoba, której krew badamy, musi być uważana za zdrową. Jeżeli zaś w 1-ej rurce hemoliza nie nastąpi, to za chorą na syfilis.

Atoli zachodzą i tutaj pewne szkopyły.

1) Zawartość rurki pierwszej może rozpuścić się niezupełnie, lub rozpuszczenie opóźnia się o pół godziny i więcej niż w rurce 2-ej i 3-ej. Obe-

eność syfilisu jest możliwa, lecz należy powtórzyć doświadczenie z rurką 1-szą i 2-gą, dodając do każdej z nich, mniej niż pierwotnie surowicy chorego [oczywiście pozbawionej, jak i przy pierwszej próbie aleksyny], szukając takiego połączenia, aby w pierwszej rurce hemoliza była zahamowana a w drugiej nastąpiła. Jeżeli wynik ten otrzymamy, to stawiamy rozpoznanie syfilisu.

2) Jeżeli zawartość w rurce drugiej rozpuściła się niezupełnie, to do rurki [1-szej i 2-giej dodaje BAUER 0,1 do 0,2 surowicy ludzkiej normalnej.

Dodatek ten robi się jednocześnie z dodaniem zawiesiny czerwonych ciałek krwi, lub w $\frac{1}{4}$ do pół godziny później. Początkowo dodajemy mniejszą ilość surowicy normalnej, stopniowo ją tylko powiększając, w razie niezupełnego rozpuszczenia się jej.

Dodatek 0,2 surowicy krwi człowieka normalnego jest niezbędny, gdy mamy do czynienia z surowicą osesków, poniżej 6-u miesięcy życia. Rurki 3-cia i 4-ta służą do stwierdzenia, że wyciąg z narządu nie przeszkadza hemolizie i że aleksyna świnki nie zmieniła się.

Rurka 2-ga pokazuje, czy badana surowica chorego nie hamuje sama przez się hemolizy i czy zawiera amboceptory odpowiednie.

Najtrudniejszy szkopuł w zabiegu BAUER'a jest niepewność, co do zdrowia t. zw. osobników normalnych, dających krew, lub łożysko.

Niedokładność polega na niedość ściśle uprzednim określeniu własności hemolitycznej czynników, wchodzących w skład próby ¹⁾.

Pomimo tego próby metody BAUER'a umożliwiły znacznie sprawę badań hemolitycznych syfilisu i naprawdę wprowadziły ją do pracowni lekarza praktyka. Wyniki otrzymane tą metodą nie wiele ustępują metodzie WASSERMAN'a [około 80% wyników dodatnich u luetyków].

¹⁾ Jedyna kontrola, którą BAUER stosuje, jest następująca. Do 7-u probówek nalewamy np. 0,25, 0,15, 0,10, 0,5, 0,025, 0,015 roztworu z narządu i dopełniamy roztworem fizyologicznym soli do 1 ctm. sz. Do 7-ej nalewamy tylko 1 ctm. sz. roztworu fizyologicznego. Do każdej z 7-u probówek dodajemy $\frac{1}{10}$ ctm. sz. aleksyny świnki morskiej i 0,2 normalnej surowicy nieczynnej człowieka, stawiamy do termostatu 37° na 30 minut, a potem dodajemy zawiesiny 5% owej ciałek krwi barana i na nowo przez 30 minut nagrzewamy przy 37°. Jeżeli zawartość wszędzie się rozpuściła, t. j. hemoliza wystąpiła, bierzemy pierwszą z szeregu rurek, w której hemoliza wystąpiła.

Rurka kontrolująca powinna być przezroczysta; w razie przeciwnym surowica świnki jest nieswieża, lub surowica człowieka normalnego jest nie do użytku z powodu zawierających się w niej związków tłuszczowych.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM
[DR MED. E. FLATAU].

O t. zw. PORAZENIU OKRESOWEM
(próba teorii).

Napisał

Dr Maurycy Bornstein,

b. asystent oddziału, ordynator oddziału psychiatrycznego tegoż szpitala.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 4].

Przytoczyliśmy rozmyślnie historię choroby *in extenso*, ażeby w czytelnikach nie mogła zrodzić się żadna wątpliwość co do rozpoznania w danym przypadku. Napadowo, co pewien, krótszy lub dłuższy czas, podczas nocy występująca pareza lub porażenie zupełne mięśni karku, tułowia oraz czterech kończyn bez udziału nerwów mózgowych, z zupełnem zachowaniem świadomości, z typowym odczynem trupim (*Cadaverreaction*) w niektórych porażonych, lub parażą dotkniętych mięśniach, cały ten zespół objawów nie pozwala ani przez chwilę wątpić, że mamy przed sobą przypadek t. zw. porażenia okresowego. Różni się jednak ten przypadek od innych po 1-e przez moment etyologiczny [epilepsya], po 2-e przez zachowanie się odruchów ścięgowych podczas ataku.

Co się tyczy pierwszego punktu, to zaznaczyliśmy już, że anamneza wykazuje zarówno co do chorego samego, jak i jego najbliższej rodziny, istnienie podłoża epileptycznego. Żadnego innego momentu etyologicznego, chociażby *familijności* cierpienia [GOLDFLAM] wykryć nie zdołaliśmy. Natomiast chory sam we wczesnem dzieciństwie miewał typowe napady drgawek epileptycznych, które po 1½-rocznem trwaniu znikły i ustąpiły miejsca terazniejszym napadom; młodsza siostra chorego również cierpi dotąd na typową epilepsję.

Otóż wspomniany już wyżej przypadek SZACHNOWICZA [ROŻAŃSKI] oraz mój, gdzie epilepsya tak widocznie w grę wchodzi, nie mogą być złożone na karb przypadku i, zdaniem naszym, pozwalają przypuszczać, że między porażeniem okresowem a epilepsją istnieje jakiś ściślejszy związek.

W celu uzasadnienia tego związku, musimy nasamprzód zająć się bliżej rozpatrzeniem kwestyi najprawdopodobniejszej lokalizacji omawianego cierpienia, przedewszystkiem zaś starać się rozstrzygnąć pytanie, czy należy uważać to cierpienie za obwodowe [mięśnie, nerwy], czy za ośrodkowe. Jak

wiadomo, GOLDFLAM, jeden z najzasłużeńszych badaczy tej choroby, wypowiada przypuszczenie, że należy „okresowe familijne napadowe porażenie“ zaliczyć do szeregu t. zw. myopatyj, same zaś napady usiłuje objaśnić w ten sposób, że co pewien czas, zwłaszcza w stanie spoczynku, wytwarza się dotąd nieznaną jeszcze toksyną, która działa porażająco na zmienione specyficznie mięśnie [w mięśniach znajdował GOLDFLAM zmiany drobnowidzowe w postaci przerostu włókien, przerzedzenia włókienek pierwotnych i tworzenia się wakuoli].

Otóż możnaby nasamprzód mieć pewne wątpliwości co do specyficzności tych zmian drobnowidzowych, pozatem zaś pozostałaby w każdym razie jeszcze otwartą kwestya, czy te zmiany występują pierwotnie, czy wtórnie. Co się tyczy naszego przypadku, to przemawia on, zdaniem naszym, stanowczo przeciw pojmowaniu tego cierpienia mięśniowego. Jeżeli poddać szczegółowszej analizie obraz kliniczny oddzielnego napadu, to nie znajdujemy nic takiego, co przemawiałoby za lokalizacją obwodową, natomiast wszystko przemawia za ośrodkowem pochodzeniem cierpienia. Porażenie jest tego typu, że zajmuje elektywnie rozmaite grupy mięśniowe [np. po jednej stronie zajęte są więcej zginacze, po drugiej więcej rozginacze]; taki typ porażenia przemawia raczej za ośrodkowem jego pochodzeniem, niż za obwodowem. Dalej, w obwodowem porażeniu prawie niemożliwem byłoby wytlómaczyć sobie to niezwykle zachowanie się odruchów ścięgowych w kończynach dolnych. Zmienność w natężeniu tych odruchów, ich niezależność od stopnia porażenia i od stanu pobudliwości elektrycznej mięśni, w grę wchodzących—wszystko to przemawia przeciw cierpieniu mięśniowemu i wogóle obwodowemu. Przy zupełnem porażeniu *quadricipitis* i trupim odczynie w tym mięśniu, odruch kolanowy był wzmożony, kiedy z drugiej strony, przy prawie zupełnem porażeniu mięśni łydkowych, odruchy ze ścięgna Achillesa były bardzo słabe albo nawet równały się zeru; wreszcie prawie nagle występujący odczyn trupi w mięśniach również przemawia przeciw myopatyj lub wogóle cierpieniu obwodowemu: wiemy przecież dobrze, że w bardzo posuniętych już myopatyach, odnaleźć można jeszcze zawsze oddzielne pęczki mięśniowe, które na prąd elektryczny reagują jako tako. Wszystkie te zadziwiające objawy możemy raczej wyjaśnić sobie wtedy, kiedy przypuścimy, że cierpienie to jest pochodzenia ośrodkowego, biorąc pod uwagę znaną niestałość równowagi w dynamice ośrodkowego układu nerwowego.

A jeżeli uznamy to przypuszczenie za uzasadnione, to dalsze konsekwencje nastroczają się same przez się. Jeżeli mamy tu do czynienia z cierpieniem ośrodkowego układu nerwowego, to żadna inna jego część, jak r d z e ń nie może tu wchodzić w rachubę. Pozatem, jako dowody pozytywne, potwierdzające to przypuszczenie co do lokalizacji rdzeniowej, podkreślić można dwa fakty:

1) często bardzo spotykaną homolateralność objawów podczas napadu [jedna strona ciała była więcej zajęta niż druga];

2) ogólne wrażenie, jakie czynił chory podczas napadu oraz sposób ustępowania porażenia odpowiadały temu, co widzujemy w zapaleniu rogów przednich (*poliomyelitis*).

Jeżeli dalej weźmiemy pod uwagę zupełnie wiotkie porażenie, z jakim mamy do czynienia, zmiany w pobudliwości elektrycznej, absolutnie nie-
tknięte czucie, wreszcie brak objawu BABIŃSKIEGO, to wszystko to przemawia najbardziej za zajęciem szarej istoty rdzenia, a mianowicie jej przednich rogów.

W ten sposób doszliśmy do punktu, kiedy, zdaniem naszym, uzasadnioną będzie teza, że okresowe porażenie jest chorobą przednich rogów szarej istoty rdzenia, występującą napadowo, najprawdopodobniej pod wpływem nagromadzającej się co pewien czas toksyny, mającej specjalną tendencję atakowania istoty szarej.

Jeżeli teraz postaramy się przeprowadzić analogię pomiędzy padaczką a okresowym porażeniem, to, zdaniem naszym, nie przyjdzie to nam z wielką trudnością. Zdawałoby się mogło na pierwszy rzut oka, że jedynie napadowość obu postaci chorobnych, występowanie napadów co jakiś nieokreślony czas, występowanie nagle przeważnie i niespodziewane wyczerpuje całą analogię. Atoli przy bliższem wejrzeniu w sprawę okaże się, że są inne ważniejsze, istotniejsze momenty, stwierdzające wspomnianą analogię.

W padaczce mamy wprawdzie zazwyczaj do czynienia z objawami podrażnienia [drgawki], zaś w porażeniu okresowym—z porażeniem, i to z porażeniem wiotkiem, z hipotonią mięśniową.

Jeżeli jednak zważymy, że w padaczce mamy najprawdopodobniej do czynienia z chorobą szarej istoty mózgu, w naszym zaś cierpieniu chodzi o szarą istotę rdzenia, różnica co do wyniku w jednym i drugim przypadku stanie się dla nas zrozumialszą. Wszak szara istota mózgu i szara istota rdzenia najczęściej rozmaicie reagują na jedną i tę samą szkodliwość. Dla przykładu wystarczy chociażby przytoczyć zapalenie szarej istoty mózgu (*polioencephalitis* STRUEPPELL-LEICHTENSTERN'a) i zapalenie szarej istoty rdzenia (*poliomyelitis*): w pierwszym cierpieniu—najczęściej z początku drgawki, później zaś dopiero porażenie, w drugim—zawsze porażenie bez drgawek; obrazy kliniczne są bardzo różne, istota zaś sprawy anatomicznej oraz etyologia [zakażenie] mogą być w jednym i drugim cierpieniu identyczne. Dla kory mózgowej swoistą jest owa skłonność do dawania drgawek—owa spasmofilia, która jest obcą szarej istocie rdzenia, nie należy się przeto dziwić, że jeden i ten sam czynnik szkodliwy [toksyna, zakażenie] da obraz drgawek w razie zaatakowania kory lub porażenia, kiedy zajęte będą przednie rogi szarej istoty rdzenia. To samo dotyczy i naszej sprawy: ta sama szkodliwość może w padaczce, działając na korę mózgową, dawać drgawki, w porażeniu zaś okresowym przy działaniu na przednie rogi rdzenia—porażenie. Najistotniejszym jednak jest fakt, zdaje się, niezaprzeczalny, że i tu i tam atakowaną będzie istota szara, co więcej—te jej dziedziny, które zarządzają ruchem.

Ale przejdźmy od dowodzeń apriorystycznych do faktów klinicznych, które popierałyby naszą hipotezę.

Byłaby dla nas nasamprzód rzeczą pierwszorzędną wagi módz udowodnić, że istnieją przypadki niewątpliwej idyopatycznej epilepsji, gdzie, jak o r ó w n o w a ż n i k napadu epileptycznego występują porażenia przemijające jakiejś części ciała. Otóż co się tyczy tej kwestyi, znajdujemy w ostatnim wydaniu (1905) podręcznika OPPENHEIM'a kilka słów o możliwości podobnego równoważnika epilepsji. Cytuje tam OPPENHEIM kilka nazwisk, omija zaś nazwisko kol. HIGIERA, którego dwie ważne prace, dotyczące interesującej nas kwestyi, ukazały się 11 i 10 lat temu ¹⁾. W pierwszej [Kronika Lekarska 1897, Nr. 1. Neurolog. Centralbl. 1897, Nr. 4] opisuje HIGIER 6-letniego chłopca, który w bardzo wczesnem dzieciństwie cierpiał na drgawki; kiedy miał dwa lata napady drgawek ustały i dziecko rozwijało się normalnie pod każdym względem. Dopiero w 4 lata później, podczas snu wystąpił napad drgawek z utratą przytomności i następczą amnezją kompletną; podobno w nocy gorączkował chory, następnego zaś dnia gorączki nie miał i czuł się zupełnie zdrowym. W 1½ tygodnia po tym napadzie nagle pewnego popołudnia zaczął się skarżyć chłopiec na jakieś niemiłe uczucie, łechtanie pod prawem kolanem i w tej samej chwili poczuł takie osłabienie w tej kończynie, że zaledwie zdążył położyć się na łóżko. Trwało to ¼ minuty, poczem porażenie znikło bez śladu. Od tego czasu napady te powtarzały się prawie codziennie, czasami kilkakrotnie w ciągu jednego dnia, nawet 15 do 20-u razy; napady te przebiegały bez żadnej utraty przytomności i bez następczej amnezji; poza porażeniem nie było żadnych drgawek, ani zawrotu lub bólu głowy. HIGIER osobiście obserwował kilka takich napadów i stwierdził, że noga ulegała porażeniu prawie momentalnie po przedwstępnych parestezyach, przyczem porażenie było zupełne, tak, że niemożliwym był żaden ruch ani palcami, ani w kolanie, ani w stawie biodrowym. Odruchy kolano-
we były z obu stron jednakowo żywe, czucie zupełnie zachowane. Źrenice średniej szerokości, słabo reagowały na światło. Przytomność była zupełnie zachowana; chory rozmawiał podczas napadu z autorem. Napad trwał zwykle od 10-u do 15-u sekund i mijał, nie pozostawiając żadnych śladów upośledzenia funkcji; zwykle napady występowały wieczorem, czasem również i w dnie. Bywało również, że osłabienie obejmowało tułów i prawą kończynę górną; wtedy chłopiec padał na ziemię. Czasem napad przychodził zupełnie niespodzianie, bez uprzedniego uczucia łechtania i wtedy chory kaleczył się, padając.

¹⁾ Pierwszy z wymienionych przypadków demonstrował kol. HIGIER na posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Tow. Lek. Warsz. 19-go października r. u. U 18-letniego już dziś chłopca H. notował w dalszym przebiegu choroby drgawki o typie padaczkowym, najczęściej, jako *status epilepticus* zwykle w nocy, zmniejszanie się napadów pod wpływem bromu i t. d. H. utrzymuje w siłę ówczesne rozpoznanie swoje padaczki porażennej (*epilepsia paralytica*). Po trepanacji czaszki, której dokonał wówczas dr RAUM, napady uległy półrocznej przerwie, później zaś występować zaczęły na nowo powyżej wymienione napady drgawek.

Ze wszystkich stosowanych u chorego środków farmaceutycznych najlepiej podziałały brom z opium albo z jodem, tak, że przy tej kuracji napady na dłuższy czas [4½ tygodnia] ustały zupełnie. HIGIER sądzi, że te przemiążające porażenia kończyny dolnej uważać należy jako równoważnik padaczki JACKSON'a, której ściśle odgraniczanie od padaczki idyopatycznej, w myśl samego twórcy tej postaci JACKSON'a, nie przyjęło się, jak wiadomo, w nauce, dzięki pracom LOEWENFELD'a, OPPENHEIM'a i innych. Co do własnego, wyżej zacytowanego przypadku, wyraża się wprawdzie HIGIER oględnie, wypowiadając przypuszczenie, że monoplegia chorego mogła być zarówno pochodzenia czynnościowego, jak i organicznego [nowotwór mózgu], gdzie, jak wiadomo, napady epileptycznej natury mogą przez czas długi wyprzedzać inne objawy. W tej samej pracy cytuje HIGIER KAROLA FÈRÉ, który na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu 27-go lipca tegoż roku demonstrował przypadek, dotyczący 42-letniego mężczyzny, cierpiącego od 14-u lat na typowe napady epileptyczne, który w ostatnich czasach dostaje od czasu do czasu napadów kompletnego, wiotkiego porażenia obu kończyn dolnych z utratą czucia. Napady te trwają tylko kilka sekund, przebiegają bez utraty przytomności, a wyprzedza je aura czuciowa w okolicy krzyżowogonowej.

[D. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Histerya w nowem oświetleniu

Podał

A. Puławski.

Jeden z najwybitniejszych uczniów CHARCOT'a, dawny szef jego kliniki w Salpêtrière [1885—1887], rodak nasz dr JÓZEF BABIŃSKI w r. 1901 wystąpił w Towarzystwie Neurologicznem paryskim z komunikatem, w którym wypowiedział swój pogląd na histeryę, odbiegający rażąco od „klasycznego“ pojmowania tej choroby, przyjętego od czasów CHARCOT'a. Przez podanie ścisłej definicyi histeryi, opartej na gruntownej analizie faktów, BABIŃSKI usiłuje oznaczyć granice tej nerwicy, które się, według niego, zanadto rozszerzyły przez zaliczenie do histeryi zaburzeń zupełnie do niej nie należących. Poglądy BABIŃSKIEGO podzielili autorowie artykułu o histeryi [DUTIL i LAUBRY] w znanym podręczniku CHARCOT—BOUCHARD—BRISSAUT'a [2-gie wydanie]. BABIŃSKI coraz dalej rozwijał swoje idee i dzielił się z nimi na różnych zebraniach naukowych [Towarzystwo internów w Paryżu, Kongres neurologiczny w Genewie w 1906, Towarzystwo neurologiczne w Paryżu w 1908], jednając coraz więcej zwolenników dla swoich teoryi.

Poglądy BABIŃSKIEGO, o ile mi wiadomo, nie przeszły jeszcze przez sito niemieckiej krytyki, więc *eo ipso* mało są u nas znane. Streszczenie tych poglądów będzie zadaniem niniejszego referatu.

Nie posiadamy dotychczas ścisłej definicji histeryi. Uchylali się od niej najznakomitsi lekarze ¹⁾, poprzestając na opisie objawów, uznanych za historyczne, a jeżeli niektórzy z nich kusili się o podanie takiej definicji [P. MOEBIUS ²⁾, P. JANET ³⁾], robili to jakoś tak nieśmiało i tak nieprzekonywająco, że propozycje ich przeszły bez echa.

BABIŃSKI stawia kwestyę na ostrzu noża: albo histerya nie może być zdefiniowaną, to znaczy, że się zlała z innymi nerwicami, a więc powinna być wykreślona z patologii, albo przeciwnie, posiada pewne cechy specjalne [to nie ulega wątpliwości!], a więc może i powinna być określona na zasadach logiki. Cobyśmy powiedzieli o przyrodniku, któryby się uchylał od określenia jakiego gatunku zoologicznego, którego istnienie dla niego nie ulega żadnej wątpliwości? Wedle powszechnego mniemania histerya zawdzięcza swoją odrębność szczególnemu zbiorowisku objawów, z których żaden sam przez się nie jest dla niej charakterystycznym; dlatego, powiadają, nie można histeryi określić inaczej, jak w sposób opisowy, przedstawiając, jak się ze sobą łączą elementy, które ją składają.

Histerya objawia się w zaburzeniach dwojakiego rodzaju: stałych [tak zw. stygmaty] i przemijających. Cechą objawów stałych, oprócz ich stałości, ma być to, że się one zjawiają bez wiedzy chorych. Do nich należą: znieczulenia błony śluzowej gardzieli, połowicze znieczulenia czuciowo-zmysłowe, zwłaszcza dotyczące wzroku (*diplopia* lub *polyopia* jednostronna, *dyschromatopsia*—wszystko to ze zwężeniem pola widzenia), punkty bolesne, zwłaszcza na głowie (*clou hysterique*) i *ovarialgia*.

Napady (*crises*), bezwładny przykurczenie, bezgłos, *mutismus* należą do objawów przemijających, które mają to do siebie, że powstają i znikają pod wpływem wzruszenia, zastępują się jedne przez drugie i nie mają szczególnego wpływu na ogólny stan chorego. W ten sposób określano, a raczej opisywano histeryę. W praktyce działo się tak: stwierdzamy jakiś objaw t. zw. przemijający, poszukujemy stygmatów; znalazłszy je, uważamy objaw za historyczny. Lekarze, powiada BABIŃSKI, nie są wymagający: znalazłszy jakiś objaw, którego nie mogą zaliczyć do żadnej ze znanych kategorii nozologicznych, nazywają go historycznym, o ile tylko chory posiada stygmaty. Nic dziwnego, że, postępując w ten sposób, zaliczono do histeryi mnóstwo najróżnorodniejszych objawów i stanów chorobnych. CHARCOT nazwał histeryę wielką naśladowczynią (*grande simulatrice*), jego następcy doszli do przekonania, że histerya może zrobić wszystko (*hysterie peut tout faire*).

BABIŃSKI poddaje surowej krytyce znane powszechnie cechy histeryi. Stygmaty nie są stałe. B. podejmuje się znieść w jednej chwili wszystkie stygmaty co do jednego [nie wyłączając zwężenia pola widzenia] drogą sugestyi, a raczej perswazyi [p. niżej]. Stygmaty nie rozwijają się bez wiedzy chorego, gdyż są owocem sugestyi, czynionej przez lekarzy

¹⁾ LASÈGUE. „La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais“, cyt. przez BAB.

²⁾ „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers die durch Vorstellungen verursacht sind“. Ueber den Begriff der Hysterie. Neurol. Beitr. 1894, t. 1.

³⁾ „L'hystérie est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique“, cyt. przez B.

w klinikach i w domu. Jeżeli badamy chorego, nie leczonego poprzednio i z zachowaniem odpowiednich ostrożności, stygmatów nie znajdujemy wcale. Z tego wynika, że nie można na stygmatach budować rozpoznania, ani definicji histeryi. Co się tyczy objawów przemijających, to przypisywane im cechy wcale nie są tak charakterystyczne, ażeby mogły służyć do wyodrębnienia histeryi. Czyż wzruszenie, które gra niewątpliwą rolę w powstawaniu objawów historycznych, nie może wywoływać innych objawów, nawet zmian organicznych? Prędkie znikanie i zjawianie się tych objawów również nie ma w sobie nic swoistego. Przykładem może być kolka nerkowa lub *crise tabétique*. Histerya nie jest jedyną chorobą, która może nie wpływać na ogólny stan chorego. Przykład—neurastenja, *maladie du doute*.

Analiza objawów historycznych doprowadza BABIŃSKIEGO do wniosku, że właściwie posiadają one dwie cechy charakterystyczne: powstają u pewnych osobników przez sugestję i mogą zniknąć przez perswazję¹⁾. Tej cechy nie posiadają żadne cierpienia poza histeryą. To nas prowadzi do definicji histeryi, która, według BABIŃSKIEGO brzmi, jak następuje:

Histerya jest to specjalny stan psychiczny, który się objawia przez zaburzenia, dające się wywoływać u pewnych osobników przez poddawanie [sugestję]. Zaburzenia te mogą być usuwane wyłącznie przez perswazję.

Trzy są przyczyny, według BABIŃSKIEGO, które wpłynęły na nadmierne rozszerzenie zakresu tradycyjnej histeryi: 1) popełniano błędy w rozpoznaniu, uważając za histeryę choroby organiczne; 2) niedoceniało znaczenia oszukaństwa i udawania; 3) mieszano z histeryą różnorodne stany nerwowe, które nie mają z nią nic wspólnego.

Co do 1-go. Jako przykład częstych błędów w rozpoznaniu, B. wybrał bezwład połowiczny. Bardzo często zaliczano do histeryi hemiplegie pochodzenia organicznego. Pochodziło to między innymi stąd, że w rozpoznaniu różniczkowym kładziono tylko nacisk na cechy zewnętrzne (*extrinseques*), jak wiek, obecność lub brak wad zastawkowych, syfilis, t. zw. stygmata historyczne, przyczyny wywołujące i t. d., a nie umiano wyzyskać cech wewnętrznych (*intrinseques*), jak np. zachowania się odruchów ścięgnowych, objawu paluchowego i t. d. Następstwa tych błędów były donioślejsze, niżby to się wydawać mogło. Ponieważ hemiplegia organiczna [którą brano za historyczną] nie poddawała się leczeniu hipnotyzmem, wyprowadzano stąd błędny, zdaniem B., wniosek, że nie wszystkie objawy historyczne dadzą się leczyć przez poddawanie. Ponieważ w hemiplegiach organicznych zdarzają się zaburzenia naczynioruchowe, *hyperthermia* po stronie porażonej, przeto objawy te zaliczono do historycznych i nie tylko te, ale idąc dalej, zaliczono do nich i inne, jak rumień (*erythema*), pryszczak (*phlictena*), obrzęki, krwawienia, a nawet zgorzel skórną. Ale to nie wszystko.

Jeżeli histerya, mówiono, jest w stanie wywoływać pewne zjawiska na skórze, dlaczego nie mogłaby wywoływać podobnych objawów w narządach wewnętrznych? Stąd powstały „historyczne“ krwioplucia,

1) W języku francuskim według LITTRÉ'go, słowo *suggestion* oznacza poddawanie, wmawianie czegoś złego (*insinuation mauvaise*), a w znaczeniu lekarskiem oznacza czynność, zapomocą której staramy się, ażeby ktoś zgodził się lub wykonał jakąś czynność widocznie nierozsądną. Tak np. wmawiamy w kogoś zdrowego, że ma sparaliżowaną rękę. Jeżeli się to stanie, uważamy, że ta osoba jest *suggestionowana*. Jeżeli przeciwnie, paralitykowi psychicznemu obiecujemy wyzdrowienie zapomocą wysiłków woli, elektroterapii i t. d., nie jest to *suggestion*, lecz *perswazyja*.

krwawe wymioty, *melaena*, krwimocz, ha, nawet krwotoki mózgowe historyczne! Te wszystkie dedukcje, formalnie logiczne, były robione i przyjęte przez najlepsze umysły. Całą ich wadą był fałszywy punkt wyjścia, ale dlatego właśnie sprowadzają się one do zera (*sont entachées de nullité*). Dlaczego najlepsi klinicyści dali się unieść tak daleko, trudno jest odpowiedzieć, ale trzeba uchylić czoła przed rzeczywistością. Te błędy dają się usprawiedliwić po części przez fałszywe teorie, które wszechwładnie zapanały nad umysłami, po części przez to, że fakty same wymagały dłuższej obserwacji i że je zwykle tracono z oczów, zanim zdążono stwierdzić ich prawdziwość.

Co do 2-go. W dziejach histeryi na każdym kroku spotykamy się z udawananiem, na co już zwracał szczególniejszą uwagę CHARCOT. Wiedzą o tem lekarze, ale mimo to w poszczególnych przypadkach łatwo dają się podejść. Rozpatrując się w objawach historycznych lub uważanych za historyczne, widzimy, że jedne z nich niewątpliwie zjawiają się wskutek sugestyi lub autosugestyi i znikają przez perswazyę, ale u jednych osobników występują one nieświadomie, u innych są następstwem udawania [bezwładny, przykurczenia, znieczulenia i t. d.]. Każdy taki przypadek należy poddawać szczegółowej analizie dla wyłączenia oszukaństwa. B. utrzymuje, że najlepszym sprawdzianem jest dla niego wynik umiejętnej i wytrwale stosowanej psychoterapii: ta nie zawodzi w przypadkach zależnych od sugestyi, nie pomaga symulantom i oszustom.

Oprócz powyższych objawów zaliczono do histeryi bezmocz i gorączkę. Objawy te, jako historyczne, zniknęły już według B., ze szpitali paryskich. Wszelkie siniaki, rumień, pryszczki, owrozdzenia, zgorzel, obrzęki B. uważa za udawane w tem znaczeniu, że nie powstają one samodzielnie, bez przyczyny, jak twierdzą chorzy, tylko są następstwem stosowania różnych rękoczynów [smarowanie drażniącymi środkami, ściskanie i t. d.]. Motywem udawania bywa w tych wypadkach chorobliwa żądza wzbudzenia ciekawości, podziwu lub współczucia. Niektóre z przytoczonych faktów zaliczono do histeryi jedynie na mocy stwierdzenia mniemanych stygmatów historycznych lub po prostu z niemożności znalezienia odpowiedniej etykiety. „Histerya—wyraził się niegdyś żartobliwie LASÈGUE—jest tym kosztem, do którego wrzuca się papiery, które niewiadomo, jak klasyfikować.“

Co do 3-go. W całym dotychczasowym obszarze histeryi, który według BABIŃSKIEGO urósł nadmiernie, spotykamy pewne dość określone grupy, zasługujące na rozpatrzenie.

Mamy więc jedną grupę zjawisk, które mogą być wywołane i zniesione przez poddawanie. Tu należą: różne napady drgawek (*crises convulsives*), bezwładny, przykurczenia, drżenie, ruchy płasawicze [najczęściej rytmiczne], zaburzenia w fonacyi, oddychaniu, czuciu i t. d. W przeciwieństwie do powyższych objawów suggestya nie jest w stanie powiększyć lub znieść odruchów ścięgowych, żrenicznych i skórnych, nie może wywołać objawów naczynioruchowych, wydzielnicznych, troficznych, nie może sprowadzić sama przez się krwotoków, bezmocz, białkomoczu ani gorączki. Prowadzone w tym kierunku rozprawy [w Tow. neurol. paryskim] przekonały, że zmieniły się pod tym względem opinie najzagorzalszych zwolenników tradycyjnego pojmowania histeryi. Nie można stanowczo rozstrzygnąć, czy zjawiska suggestyjne mają swój odrębny charakter, odróżniający je od zjawisk, zależnych od jakiejś choroby organicznej lub czynnościowej, ale posiadającej mechanizm różny od sugestyi. Jest to rzecz przyszłości. Jednakże przy obecnym stanie naszej wiedzy możemy już w wielu razach dać niedwuznaczną odpowiedź. Trzeba tylko być uważnym spostrzegaczem i zarazem dobrym eksperymentatorem (*observateur doublé d'un expérimentateur*). Tak np., B. dla przekonania się, czy

dana monoplegia kończyny górnej jest pochodzenia historycznego, podczas badania podnosi porażoną kończynę i puszcza ją swobodnie, powtarzając to wielokrotnie i rozmawiając jednocześnie z chorym, aby odwrócić jego uwagę. O ile monoplegia jest pochodzenia suggestyjnego, zawsze udało mu się uchwycić moment, kiedy kończyna nie padała martwo, jak to bywa zawsze w porażeniach organicznych, ale się zatrzymywała w przestrzeni, jak to się dzieje u człowieka zdrowego.

Ta właśnie grupa tylko co opisanych zjawisk stanowi, według BABIŃSKIEGO, właściwą dziedzinę histeryi. Celem uniknięcia wszelkich nieporozumień, B. proponuje, ażeby grupie tej, jak i całej histeryi dać inną nazwę. Histeryę mianowicie radzi zastąpić przez słowo pityatyzm (*pithiatisme*) od słów greckich: *πειθω* [perswaduję] i *ἴατος* [uleczalny]. Przymiotnik pityatyczny (*pithiatique*) oznaczałby tym sposobem uleczalny przez perswazyę. Naturalnie, powiada B., wybór wyrazu jest rzeczą umowy; chodzi tu nie o wyraz, lecz o rzecz samą.

W grupie następnej B. umieszcza objawy, niesłusznie, według niego, zaliczane do histeryi. Są to objawy wywoływane przez *wzruszenie*, ale nie przez suggestyę np. *tachycardia*; zaburzenia naczynio-ruchowe, rumień, zaburzenia wydzielnicze [potu, kiszek]. Nie są to zjawiska pityatyczne, gdyż nie możemy ich wywoływać i znosić dowolnie. B. powstaje wogóle przeciwko przypisywaniu zbyt wielkiej roli wzruszeniu w powstawaniu objawów historycznych. Przy bliższym rozpatrzeniu to, co przypisujemy wzruszeniu, jest nieraz dziełem suggestyi [niektóre „cudowne“ uleczenia].

Do trzeciej wreszcie grupy B. zalicza objawy wzmoczenia odruchów tak ścięgowych, jak skórnych [dermografizm]. Te już bezwarunkowo nie zależą ani od suggestyi, ani od perswazyi.

Może ktoś powiedzieć, że te trzy grupy zjawisk tak się ściśle ze sobą łączą, że tworzą jedną całość. Na to odpowiada B., że osobniki, należące do 1-ej grupy, mogą mieć objawy należące do 2-ej i 3-ej, oraz wiele innych, zależnych od różnych skaz lub zatrud, ale nie posiadamy żadnych danych, stwierdzających, żeby zjawiska tych dwu grup ostatnich uspasobiały specjalnie do objawów pityatycznych [należących do 1-ej grupy], ani też, żeby pityatyzm grał rolę czynnika wywołującego w stosunku do grup pozostałych.

Z określenia, podanego przez B. wynika, że zjawiska pityatyizmu [histeryi] co do ich powstawania, trwania, postaci i znikania zależą w zupełności od środowiska psychicznego, w jakim żyją osobniki, mające chorobyliwie usposobienie, polegające na suggestyjności. To nam tłumaczy, dlaczego te objawy są tak zmienne, tak zależne od czasu i otoczenia. Próbnobyśmy szukali teraz, powiada BABIŃSKI, w szpitalach paryskich histeryi z przed lat 25-u. Tak zw. wielkie przypadłości historyczne, te paraliże i przykurczenia, trwające lata całe, należą do rzakości. Nie widzimy już owych wielkich napadów z 4-ma okresami, wielkich stanów hipnotycznych z letargiem, katalepsyą i somnambulizmem. Młodzi lekarze, czytając o tych rzeczach, myślą że chodzi tu o jakąś paleopatologię.

Staroświeckie pojmowanie histeryi, jako oparte na spostrzeżeniach niedostatecznych lub błędnych, według BABIŃSKIEGO nie wytrzymuje krytyki. Rozczłonkowanie (*demembrement*) histeryi tradycyjnej jest nieuniknionem następstwem całej seryi faktów dawniej nieznanych, obecnie już ustalonych. Z tego rozczłonkowania musi się wyzwoić pewna niezależna grupa zjawisk, zajmująca bardzo poczesne miejsce w patologii. Może ona zatrzymać dawne miano histeryi, ale charakteryzuje ją dobitniej słowo pityatyzm.

Można się słusznie zapytać, jaką korzyść odniesie nauka medycyny z tego nowego oświecenia histeryi? I tego pytania nie pozostawia BABIŃSKI bez odpowiedzi. Przedewszystkiem, mówi słusznie, każda prawda naukowa

wa zasługuje na to, aby się nad nią zastanowić. Prócz tego, z tej prawdy wynikają pewne konsekwencje, które mają doniosłe znaczenie praktyczne. A mianowicie:

1. Lekarz, świadomy roli, jaką mu sędzono odgrywać w powstawaniu objawów pityatycznych [histerycznych] u pewnej kategorii osobników, obserwując chorych, powinien obserwować samego siebie. Musi liczyć się ze słowami, pamiętając na to, że każde źle postawione zapytanie, każda niewłaściwa uwaga może być źródłem niepożądanych sugestyi. Tylko stosując się ściśle do zasad psychoterapii, może uniknąć tego niebezpieczeństwa.

2. Wiedząc, że dany chory z łatwością poddaje się wpływow otoczenia, lekarz powinien się starać o stworzenie dla niego odpowiedniej atmosfery.

3. Głęboko przekonany o tem, że prawdziwe zaburzenia pityatyczne powinny ustępować, i to dość prędko, pod wpływem psychoterapii, skoro widzi bezskuteczność swych zabiegów, powinien zwrócić baczną uwagę, czy niema w otoczeniu chorego jakiejś akcyi szkodliwej, którą należy usunąć i postawić chorego w warunkach dla niego sprzyjających.

4. Znając granice pityatyizmu, lekarz będzie musiał odróżnić zaburzenia, które do tej dziedziny nie należą i nie będzie nawet próbował leczyć je psychoterapią. Wstrzymując się od obietnic, które go dyskredytują, będzie mógł w porę zastosować inne metody, jakich wymagają zaburzenia niepityatyczne.

5. Posiadając o pityatyzmie i udawaniu wiadomości prawdziwsze i ściślejsze, niż to było dawniej, będzie mógł, jako biegły, wydawać gruntowniejsze orzeczenia w sprawach, dotyczących się odszkodowania z powodu wypadków przy pracy (*accidents du travail*). Jak wiadomo, dawne pojmowanie histeryi było w tych wypadkach źródłem poważnych błędów.

Wobec związku, jaki zachodzi między hipnotyzmem a histeryą, nie od rzeczy będzie przedstawić poglądy BABIŃSKIEGO, dotyczące się tego przedmiotu.

Teraz, jak i przed laty 18-u¹⁾ BABIŃSKI utożsamia hipnotyzm z histeryą: zjawiska hipnotyczne rodzą się przez sugestję, giną przez perswazyę i są zupełnie identyczne z objawami histeryi. Cała różnica polega na tem, że zjawiska hipnotyczne wymagają interwencji drugiej osoby; że rola sugestyi w ich powstawaniu jest wyraźną, tymczasem objawy histeryczne zdają się powstawać samodzielnie [pod wpływem autosugestyi]. Należy dodać, że hipnotyzm nie tworzy i nie potęguje sugestyjności, jest tylko jej konsekwencyą i objawem.

Czy wobec tego, że hipnotyzm wywołuje objawy histeryczne [a więc sprowadza chorobę], godzi się go używać w celach leczniczych? BABIŃSKI radzi się uciekać do niego tylko w takich razach, kiedy umysł chorego z jakichkolwiek bądź względów nie jest dostępnym perswazyi.

Wogóle leczenie histeryi wymaga uprzedniego zgruntowania stanu umysłu danego osobnika, a to w celu zorientowania się, jaką drogą do niego trafić. Stosownie do tego, czy chory jest inteligentny, czy ograniczony, pragnący się wyleczyć, czy na to obojętny, wesoły czy smutny—różne będzie jego oddziaływanie na perswazyę. Stosując perswazyę, natrafiamy nieraz na takie trudności, że nic niema w tem dziwnego, jeżeli nie wszyscy lekarze mogą ją stosować z równem powodzeniem.

¹⁾ Hypnotisme et hystérie. Leçon faite à la Salpêtrière le 23 juin 1891. Gaz. Hebd. 1891 juillet.

L I T E R A T U R A.

1) J. BABINSKI. Définition de l'hystérie. Extrait des comptes rendus des séances de la Société de Neurologie de Paris (7 novembre 1901).

2) Tenże. Ma conception de l'Hystérie et de l'Hypnotisme (Pithiatisme). Conférence faite à la Société de l'Internat des hopitaux de Paris (28 juin 1906).

3) Tenże. Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. Semaine méd. 1909, Nr. 1.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

15. Coley. Leczenie nieopuszczonego lub nieprawidłowo opuszczonego jądra, powikłanego przepukliną pachwinową.

Pomiędzy 59335 przypadkami przepukliny pachwinowej, które obserwowano w jednym ze szpitali nowojorskich w latach 1890—1907, u 737-u znaleziono jednocześnie wnetrostwo.

Autor operował 126 przypadków takiego wnetrostwa, powikłanych przepukliną pachwinową, i odróżnia jądro, które wcale nie zstąpiło [pozostało w brzuchu lub w kanale pachwinowym] od jądra, które zstąpiło nieprawidłowo [do kroczka, do trójkąta SCARPA'Y, do kolca biodrowego].

Przyczyny, dla których jądro nie zstąpiło, tkwią, zdaniem niektórych autorów, w niewłaściwości przyczepów anatomicznych *lig. gubernaculi*: jeżeli, na przykład, główny jego pęczek, zamiast do moszny, biegnie ku kroczu, to następstwem tego będzie zboczenie kroczowe. Sam autor jest tego zdania, że główną przyczynę nieprawidłowego zstąpienia jądra stanowi zgrubienie błony właściwej (*tunicae propriae*), zwłaszcza jej odcinka przy nasadzie. W liczbie owych 737-u przypadków znaleziono niezstąpienie jądra u dzieci poniżej lat 14-tu piętnaście razy częściej, niż u dzieci, starszych nad lat 14. Stąd autor wnosi, że znaczna część jąder zstępuje powoli aż do czasu pokwitania, a zatem niema żadnej racji do wykonywania z tego powodu operacji u bardzo małych dzieci, o ile nie zmusza do tego jednoczesna przepuklina. Wogóle zaś tych operacji nie należy wykonywać przed 8-m rokiem życia. Z drugiej jednak strony nie należy pozostawiać bez operacji żadnego przypadku z dwustronnem jądrem pachwinowem aż do okresu pokwitania, ponieważ takie jądra zazwyczaj nie osiągają swego pełnego rozwoju, wskutek czego nastąpienie dojrzałości płciowej opóźnia się. A nawet i przy jednostronnem wnetrostwie trzeba operować, ponieważ takie jądro łatwo podlega zapaleniu i ma skłonność do przeistoczenia się w nowotwór złośliwy.

Co się tyczy metody operowania, to autor zupełnie zarzucił przyszywanie jądra do moszny, do drugiego jądra, lub do uda, a postępuje inaczej: jak przy metodzie BASSINI'ego, rozciną przednią ścianę kanału pachwinowego możliwie najdalej i uwalnia jądro oraz sznurek nasienny od wszelkich zrostów, przecinając, w razie potrzeby, niektóre żyły. Następnie umieszcza jądro w mosznie i z powrotem zaszywa kanał bez przemieszczenia sznurka nasiennego.

(*Annals of Surg.*, 1908, wrzesień).

W. D.

16. Berg. Radykalne leczenie raka pęcherza.

Według B. nawroty po operacjach raka pęcherza występują wtedy, jeżeli pozostawiono chore gruczoły chłonne, lub jeżeli rak pęcherza jest wtórnym, a pierwotne ognisko pozostaje nieodkryte w gruczole krokowym, w macicy lub w prostnicy. Dlatego też przy takich operacjach należy bezwarunkowo usuwać powiększone gruczoły chłonne. B. nie zgadza się ze stanowiskiem Watson'a, który w każdym przypadku raka pęcherza usuwa ten narząd w całości i w okolicach obu nerek wytwarza przetokę nerkową. W odpowiednich przypadkach operacją wyboru jest częściowe wycięcie pęcherza i wszczepienie moczowodu strony chorej w wierzchołek pęcherza. Jego technika operacyjna jest następująca: po obnażeniu pęcherza tylko wtedy otwieramy otrzewną, jeżeli i ona uległa cierpieniu. Szukamy zajętych gruczołów wzdłuż naczyń (a. i v. iliaca) i wyłuszczone je. Po odcięciu moczowodu po stronie chorej wykładamy tamponami z gazy jodoformowej miednicę, aby uniknąć zakażenia w czasie operacji. Chorą część pęcherza usuwamy termokauterem i wtedy wszczepiamy moczowód w wierzchołek pęcherza. Ranę pęcherza zamykamy głębokimi szwami z katgutem, a powyżej nakładamy cienkie szwy jedwabne, zachwytnące tylko mięśniówkę. Przez cewkę moczową wprowadzamy kateter i dokładnie przepłukujemy pęcherz.

(*Annles of Surgery*. 1908, wrzesień).

W. D.

17 Starr. Operacja nieopuszczonego jądra.

Proponowana przez autora metoda operacyjna w powyższej wadzie rozwojowej jest następująca: cięcie skórne, długości jednego cala nad zewnętrznym otworem kanału pachwinowego, uwolnienie jądra od otaczających zrostów i wydrążenie kanału na tępo [palcem] do worka mosznowego. Wtedy wyseparowujemy sznurek nasienny, przyczem mogą uleże podwiązaniu niektóre tętnice, z wyjątkiem, oczywiście, tych, które odżywiają *vas deferens*. Nim jednak umieścimy jądro w mosznie, należy tylną jego torebkę włóknistą przyszyć katgutem do podwójnie skręconego drutu srebrnego. Dopiero wtedy opuszczamy jądro zapomocą tego drutu na dno moszny, uprzednio już zaś zagięte oba końce srebrnego drutu przebijamy na zewnątrz przez skórę moszny i każdy z nich utrzymujemy w tej pozycji zapomocą szwu katgutowego. Po 12-tu dniach szwy te zdejmujemy, usuwamy z łatwością i drut srebrny, a jądro w tym czasie już dostatecznie jest umocowane w swem właściwym położeniu zapomocą zrostów.

(*Ann. of Surg.* 1908, wrzesień).

W. D.

18 Claude i Martin. Uproszczona metoda leczenia złamań szczęki dolnej.

Metoda opiera się na trzech punktach zasadniczych. 1) samoistne odprowadzenie odłamków, które następuje przy mocnem otwarciu ust; 2) nałożenie leszczotek na łuku zębowym, w tej formie, jaka istniała przed wypadkiem i 3) systematyczne i prawidłowe uruchomianie, połączone z mięsieniem. Zgodnie z temi zasadami autorzy zalecają choremu najpierw silnie rozewrzeć usta, przyczem odłamki z zupełną łatwością zajmują właściwe sobie miejsce. Wtedy, dla utrzymania osiągniętej pozycji odłamków, wkładamy kliny z drzewa lub korka pomiędzy tylny odłamek a górną szczękę. Następnie nakładamy leszczoty, zaciskujące łuk zębowy złamanej szczęki; zapomocą opaski kauczukowej, w postaci procy na podbródku, utrzymujemy całą szczękę

we właściwej pozycji. Wreszcie stosuje się uruchomienie i masaż odłamków, aby ułatwić zestawienie i usunąć bole. Kliny międzyzębowe i opaskę kauczukową należy zakładać jak najwcześniej po wypadku.

(*Revue de Chir.*, 1908, Nr 11).

W. D.

19. Zoeppritz. Odczyn spojówkowy na tuberkulinę, jego niebezpieczeństwa i wartość dla chirurgii.

Na podstawie licznego materiału klinicznego, autor twierdzi, że próba spojówkowa z 1%-wą alt-tuberkuliną Koch'a jest bezpieczną. Co się tyczy niepowikłanej zamkniętej gruźlicy kości, stawów i gruczołów oraz narządów płciowych, to odczyn zawsze daje wyniki dodatnie. Przy zamkniętych cierpieniach kości, stawów i gruczołów, jeżeli technika była należyta i niema gruźlicy w innych narządach, to ujemny wynik próby stanowczo wskazuje, że miejscowe cierpienie nie jest charakteru gruźliczego. Jeżeli to są cierpienia świeże i wzmagają się z towarzyszeniem względnie ostrych objawów [bole i t. p.], to błada, *resp.* późna reakcja przemawia także z wielkiem prawdopodobieństwem przeciwko gruźlicy. Przy gruźlicy narządów płciowych szybko następuje okres bladej reakcji, dlatego też w cierpieniach tego rodzaju miarodajnym jest tylko wynik ujemny. Przy reakcji bladej nie można tu wykluczyć i gruźlicy w okresie początkowym. W ten sposób ostatnio wspomniane postaci gruźlicy tworzą przejście do gruźlicy więcej rozlanej, jak np. otrzewnej, jelit, płuc, opon mózgowych, jak również do gruźlicy prosówkowej, dla których reakcja posiada tylko nieznaczną wartość. W gruźlicy otwartej, z przetokami reakcja nie jest miarodajna.

(*Mitteil. u. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* t. 19, z. 3).

W. Dobr.

Wiadomości bieżące.

— Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. W dniu 21-m b. m. odbyła się w Stowarzyszeniu konferencja, na której Zarząd przedstawił członkom do rozpatrzenia i omówienia dwa projekty: 1) projekt regulaminu wydziału należności i 2) sprawę kasy chorych lekarzy.

Co do 1-go kol. Łazarowicz odczytał projekt regulaminu wydziału, mającego za zadanie egzekwowanie przez Stowarzyszenie niezapłaconych lekarzom-członkom Stowarzyszenia należności od pacjentów. Po krótkiej dyskusji projekt w głosowaniu próbnem uzyskał znaczną większość i postanowiono przedstawić go do zatwierdzenia na najbliższem zebraniu ogólnem.

Co do 2-go kol. Przyborowski przedstawił wynik ankiety rozesłanej przez Stowarzyszenie do członków w sprawie kasy chorych lekarzy.

Nadesłano 222 odpowiedzi, z których 200 oświadczyło się za urządzeniem kasy; z tych 200, 82-u było za opłatą proporcjonalną do dochodów, 61 członków żądało opłat równych, 49-u oświadczyło się za projektowanymi pierwotnie znaczkami receptach.

Uwzględniając żądanie większości, kol. Zawadzki Józef przedstawił projekt podziału uczestników kasy na grupy i unormowanie opłaty podług dochodu. Przyj-

mując jako zasadę, że członkowie I-szej grupy, zarabiający mniej niż 1000 rb. rocznie, płacić będą tylko zasadniczą składkę 5 rub. rocznie, kol. Z. projektuje podział członków na 9 grup [z dochodem 1000, 1500, 2000, 2500, 3000, 3500, 4000, 5000, 6000 rubli] i opłaty procentowe od dochodu [7—5—30%]. Przy 400 członkach składki roczne mają wynosić 6410 rubli, co po potrąceniu pewnej kwoty na koszty administracyjne, ma wystarczyć na przeszło 1500 dni choroby [licząc odszkodowanie 4 rub. dziennie].

Kol. SZUMLAŃSKI, wychodząc z zasady, że projektowana kasa, jako instytucja nowa i nie mająca pierwowzoru, musi z konieczności w pierwszych latach opierać się jedynie na przypuszczeniach, projektuje, aby nie ustanawiać z góry stałych opłat rocznych, lecz ściągać je w miarę potrzeby w taki sposób, w jaki ściągną opłaty od członków kasy pogrzebowe.

Przypuszczając również 400 uczestników kasy, kol. S. proponuje, aby zasadnicza opłata wynosiła także 5 rub., które obowiązuje jest zapłacić każdy przy zawarciu kasy; odszkodowanie dzienne w razie choroby wynosić będzie 3—5-u rb.

W miarę skutecznienia wypłat, gdy kapitał zmniejszy się o 400 rubli, wszyscy wnoszą po rublu, i wnosić będą rubla tyle razy, ilekroć kapitał zakładowy zmniejszy się o $\frac{1}{5}$.

Przypuszczając dni choroby na rok 1600 i odszkodowanie 5 rubli dziennie, potrzebny kapitał wyniósłby 8000 rubli rocznie, czyli każdy z 400 uczestników musiałby zapłacić rocznie 20 rubli.

Doświadczenie 2—3-letnich lat przekonałoby, czy suma ta byłaby wystarczająca, czy też może nawet za duża i wtedy dopiero, wiedząc z doświadczenia, ile potrzeba będzie rocznie pieniędzy, można będzie utworzyć kasę z opłatami z góry określonymi.

Projektodawca zaznaczył, że jest to tylko szkic projektu, w którym można również oznaczyć opłaty proporcjonalne do dochodów.

Ze względu na spóźnioną porę, dyskusję odłożono do następnej konferencji, która ma przekonać, jaki projekt zyska najwięcej zwolenników, poczem sprawa kasy ma być przedstawiona do zatwierdzenia na zebraniu ogólnem.

— Firma księgarska ALFREDA HOELDER'a w Wiedniu wydaje od lat kilku pod kierunkiem dra F. LUTHLENA'a szereg krótkich podręczników lekarskich na użytek lekarzy praktycznych pod ogólną nazwą „*Medicinishe Handbibliothek*“. W podręcznikach tych szczególną zwraca się uwagę na terapię i najnowsze metody lecznicze. Dotychczas wyszło tomów 17, poświęconych najrozmaitszym działom medycyny praktycznej. Niedawno pojawiła się, jako tom XVIII wydawnictwa, *Ginekologia*, napisana przez znanego specjalistę prof. ZYGMUNTA GOTTSCHALK'a w Berlinie. Na 345-u stronicach średniego formatu książki zdołał autor przedstawić całość nauki o chorobach kobiet, uwzględnivszy nawet obszernie ciężę zewnątrzmaciczną; dwa ostatnie rozdziały poświęcone są bezpłodności i okresowi przekwitania kobiet. Wykład oznacza się jasnością i ścisłością obok niezbędnej w tak krótkim podręczniku zwięzłości. Leczeniu poświęcono względnie dość dużo miejsca, zwłaszcza zaś terapii chirurgicznej. Książkę ozdabia 46 rysunków w tekście, przeważnie oryginalnych. Cena książki w oprawie 3 rubie.