

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNKI DO TECHNIKI MASSAŻU.

Przez

D-ra I. Zabłudowskiego [w Berlinie].

W miarę rozpowszechnienia się masażu, jako środka leczniczego, zdarzają nam się w ostatnich latach bardzo często przypadki, w których mięsienie było już zastosowanem przez mniej albo więcej długi czas, lecz porzuconem być musiało, gdyż albo okazywało się bezskutecznem, albo nawet wywoływało pogorszenie stanu chorobowego. Największą ilość chorych takich mieliśmy w klinice chirurgicznej uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie. Byli to przeważnie robotnicy, na mocy prawa z roku 1883 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, będący członkami miejscowych kass robotniczych (*Krankenkassen*). Chorzy tacy w razie potrzeby byli już leczeni za pomocą mięsienia przez swoich lekarzy szpitalnych. Dopiero po upływie pierwszych trzynastu tygodni, t. j. z chwilą, gdy znajduje zastosowanie prawo z r. 1884 o obowiązkowym zabezpieczeniu robotników od nieszczęśliwych przypadków i kiedy o dalszem leczeniu troszczyć się powinny odpowiednie towarzystwa ubezpieczeń, chorzy tacy udawali się do polikliniki uniwersyteckiej. Lecz w liczbie wspomnianych chorych były i osoby, należące do klas majątnych, które przyjeżdżały do Berlina, dopiero po długim leczeniu u siebie w domu.

Chodzi tu głównie o następujące postacie chorobowe:

1. Nerwice traumatyczne z bliznami na zranionych początkowo miejscach i z tak zwanymi strefami „histerotwórczemi“ (*hysterogene Zonen*), a więc przypadki, w których mamy do czynienia z patologiczną zmianą psychiki, objawiającą się w nieprawidłowym odczynie na skaleczenie miejscowe;

2. choroby nerwów obwodowych, *neuritis* i *perineuritis*, głównie pochodzenia traumatycznego;

3. dyspepsyja nerwowa, połączona z zaparciem stolca, powiększonem wytwarzaniem się gazów i bólem brzucha — powstałe wskutek przemieszceń i zgięć kiszek. Nerka może być przytem przemieszczoną, albo i nie: choroba GLENARD'a (*Glenard: buteroptose et neurasthénie, Soc. méd. des hôp. de Paris 1886*).

I. Nerwice traumatyczne.

Przy nerwicach traumatycznych przypadki, w których samo dotknięcie blizny przy badaniu jest bardzo bolesnem i wywołuje napady histero-

epileptyczne, mogą się zdawać zupełnie nieodpowiedniami dla leczenia masażem. W takich razach skutecznym bardzo okazał się sposób, przy którym miejsce początkowego zranienia w pierwszych czasach nie wchodzi w obręb rękoczynów masażowych. Staramy się manipulacje masażowe wykonywać jak można najdalej od strefy histerotwórczej, tak, że zamiast posuwać się, jak zwykle, od obwodu ku środkowi, działamy w kierunku przeciwnym. Jeśli np. mamy leczyć chorą rękę, zaczynamy masować od ramienia. Za każdym razem zbliżamy się bardziej do strefy histerotwórczej i tym sposobem udaje nam się niekiedy na 3—4 posiedzeniu już działać wprost na bliźnę, nie wywołując zjawisk podrażnienia w postaci napadów konwulsyjnych.

W klinice prof. BERGMANN'a w Berlinie, leczyłem tej wiosny 26-cio l. pannę W. z Petersburga, która w Październiku 1888 r., uległa przypadkowi na polowaniu: osoba ta nerwowo usposobiona, zranioną została w prawą dłoń całym ładunkiem śrótu. Wypadek ten zdarzył się w głuchym zakątku, zdala od większego miasta. Przybyli na miejsce lekarz, samymi tylko nożyczkami i szczypcami wyjął z rany, bez narkozy, części kości dłoniowych (*metacarpus*) trzeciego i czwartego palca, razem z kilkoma ziarnkami śrótu. Zaraz po operacji chora dostała dreszczy, które trwały półtóry godziny. Jednocześnie zjawił się nieustanny i nieznośny ból w całej kończynie górnej. Gojenie wielkiej rany, z powodu sprawy flegmonicznej, która się przyłączyła, przeciągnęło się przez trzy miesiące. Bóle były stałe, tak, że chora nie mogła już wcale sypiać. Po nocach majaczyła. W Styczniu 1889 r. zjawiły się pierwsze napady histeroepileptyczne, trwające po 1½—17 godzin i powtarzające się codziennie. Przez cały czas choroby chora tylko w lecie 1889 r. przez kilka tygodni wolną była od tych napadów. Im większe były bóle, tem łatwiej najdrobniejsze pobudki zewnętrzne wywoływały napad, wystarczyło, np. ażeby ktoś niespodzianie wszedł do pokoju, albo mocniej cokolwiek trzasnął drzwiami. W ostatnich miesiącach stan chorej pogorszył się do tego stopnia, że jeden napad następował po drugim. W ostatnim tygodniu przed wyjazdem do Berlina nie miała ona prawie wcale chwil wolnych od napadów, tak, że lekarz i dwie inne osoby, które jej towarzyszyły z Petersburga do Berlina, nie mieli w drodze ani chwili spokoju. Chora kończyna z powodu bólu silnego, jako też z powodu drżenia przy najmniejszym ruchu, niezdatną była zupełnie do użytku i musiała spoczywać na temblaku. W stanie ponapadowym niezaradność chorej nie ograniczała się do samej tylko strefy histerotwórczej; lecz rozciągała się daleko po za jej granice, a mianowicie daleko po za granice prawej górnej kończyny. Leczenie za pomocą elektryczności nie pomogło; masaż, wykonywany przez lekarza u wód na Kaukazie przez trzy tygodnie [dwa razy dziennie po pięć minut], wywoływał za każdym razem powiększenie bólu i napady histeroepileptyczne. Zarówno zgębienie moralne, jak i bóle ciągnące w ramieniu wzrastały coraz bardziej. Środki usypiające i uspokajające, jako też unieruchomienie i ekstensyja okazały się również bezskutecznymi. Ponieważ miejscowe cierpienie i stan ogólny coraz bardziej się pogarszały, przeto chora zgodziła się na proponowaną jej operację [wycięcie bliźny] i udała się w tym celu do Berlina, do prof. BERGMANN'a.

Podczas badania chora znajduje się w stanie bardzo wzburzonym; na twarzy występują drgania w obrębie *n. facialis*; mowa cokolwiek utrudniona. Prawa ręka sino zabarwiona i w dotyku chłodniejsza od lewej. Na tylnej powierzchni dłoniowej znajduje się blizna promienista, najgłębsza i najmniej ruchoma w okolicy drugiej i trzeciej kości dłoniowej (*os metacarpi*). Blizna niezmiernie czuła, najbliższe dotknięcie wywołuje ból w całej kończynie; drugi i trzeci palec krótsze o $2\frac{1}{2}$ centymetra, wskutek częściowej resekcji odpowiednich kości dłoniowych, wykonanej przy pierwszym opatrunku. Ostatnie cztery palce pozbawione są ruchów czynnych w swoich stawach, w stawach zaś dłoniowo-palcowych [*metacarpo phalangeae*] niemożliwe są nawet i ruchy bierne, z wyjątkiem drugiego palca, wiszącego bezwładnie w stawie dłoniowo-palcowym. Wielki palec zgięty i ruchomość jego, zarówno czynna, jak i bierna, jest minimalna. Siłę motoryczną posiada chora tylko w wielkim palcu, lecz i ten nawet tak mało zdolnym jest do pracy, że chora nie jest w stanie trzymać w rękę obsadki w takim położeniu, w jakim się ją zwykle trzyma przy pisaniu. Tak samo i cała górna kończyna bardzo mało zdatną jest do pracy. Palce cokolwiek obrzękłe, mięśnie całej kończyny górnej zanikłe. Wykonane przy badaniu chorej naciśnięcie na rękę w kierunku dośrodkowym od blizny do dolnej połowy przedramienia, wywołuje odrętwienie mięśni, mające początek w kończynie górnej i rozprzestrzeniające się na głowę. Chora odrzuca się przytem w tył, traci przytomność i zgina się w kabłąk. Napad taki trwa 12 godzin.

Zacząłem mięsieć po dwa razy dziennie, począwszy od stawu ramieniowego i w następnych dniach doszedłem w kierunku odśrodkowym do dolnej trzeciej części przedramienia. Pierwszego i drugiego dnia nie było napadów. Na trzeci dzień chora w chwili wielkiego bólu, poprosiła posługaczkę o potarcie jej cokolwiek ręki, wskutek czego nastąpił napad histero-epileptyczny. Odrętwienie i nieprzytomność trwały cztery godziny. Wykonywałem masaż codziennie, z wyjątkiem trzech dni miesiączki i przez cały czas leczenia, które trwało sześć tygodni, nie było już więcej napadów. Bywały dni, w których chora zapominała o swojej chorobie. Sen bywał dobry całymi tygodniami. W drugim tygodniu leczenia nie widzieliśmy już potrzeby omijać strefę histero-twórczą; przeciwnie, teraz właśnie zaczęliśmy ją najbardziej wygniatać i klepać. Na każdym posiedzeniu wykonywano ruchy czynne, jako też i ruchy z oporem, ilość i siła których powiększały się za każdym razem. Oprócz tego chora wykonywała sama trzy razy dziennie po 5 minut pewne oznaczone ruchy. Były to ćwiczenia z hantlami i pisanie. W pierwszych czasach chora do ćwiczeń tych używała mojego „*porte-plume*” [Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia. Gazeta lekarska 1886, Nr. 37], a mianowicie w takiej postawie aparatu tego, przy której wskazujący i trzeci palec znajdują się w stanie wyprostowania. Było to w tym przypadku tem dogodniejsze, że mięśnie zginające wskazującego palca na początku choroby przeszły w ropienie i pozostawiły zrośniętą z kością blizną. [Przy użyciu „*porte-plume*“ nie potrzeba najmniejszego zgięcia palców]. W trzecim tygodniu mogła już chora porzucić „*porte-plume*“ i używać do pisania obsadki, tem tylko różniące się od zwykłych obsadek, że powierzchnia jej nie

była okrągłą, lecz czterokańczystą, przez co zwieszający się bezwładnie palec wskazujący więcej miał punktów oparcia. Takim obsadkom czterokańczystym należy w ogóle dawać pierwszeństwo przed okrągłymi we wszystkich tych przypadkach, gdzie istnieje jakiekolwiek zakłucenie czynności palców; palec wskazujący mocniej daleko spoczywa na płaskiej powierzchni, aniżeli na krzywej i dlatego nie tak łatwo się ześlizguje; zresztą i boczna powierzchnia trzeciego palca znajduje w takim razie także więcej punktów oparcia. Ćwiczenia w piśmie polegały na równomiernem pisaniu małych liter [ruchem przeważnie pierwszych trzech palców] i wielkich liter [ruchem całego ramienia]. Ręka chorej straciła zabarwienie sinicowe i obrzęk. Blizny stały się bardziej ruchome. Mięśnie chorej kończyny niezem się nie różniły od mięśni zdrowej. Chora powróciła do dawnego swego nastroju ducha, ramienia swego używa zupełnie swobodnie do ćwiczeń hantlowych. Ruchomość i siła palców powiększyły się tak dalece, że chora jest w stanie codziennie pisać po kilka stron, przy czem posługuje się czterokańczystą obsadką. W pisanych przez nią literach nie ma już zygzaków, któremi odznaczało się pismo jej w pierwszych dniach po wstąpieniu do kliniki. Po sześciotygodniowym leczeniu wyjechała z Berlina i udała się na wieś w celu dalszej poprawy ogólnego stanu zdrowia.

We wszystkich przypadkach, w których skutek masażu występuje tak uderzająco, przyczyny skutku tego szukać należy nie wyłącznie tylko w uznanem ogólnie mechanicznem jego działaniu [zniszczenie zrostów, rozciągnięcie blizn i t. d.], albo w działaniu jego na obieg krwi i limfy, na czułość i t. p., lecz także i w psychicznem jego działaniu. Gdzie mamy do czynienia ze zmianą funkcji psychicznych [jako ze skutkiem wstrząśnienia ogólnego], tam działanie na psychikę stanowi przyczynową wskazówkę leczenia.

Często bardzo przy leczeniu za pomocą masażu możemy zauważyć, że po niewielu już posiedzeniach następuje uderzający zwrot ku lepszemu w sparaliżowanych i nadczułych narządach. Poprawa następuje niekiedy w tak krótkim czasie, że niepodobna tak prędko spodziewać się bezpośredniego wpływu na cierpienie miejscowe. Skutkiem masażu jest tu do pewnego stopnia stan ducha, przy którym pewna idea, skierowana przez lekarza na dotknięty chorobą organ chorego, łatwiej przez tegoż przejętą i zrealizowaną zostaje. Tak, np. jeśli koniecznem jest wykonywanie pewnych ruchów przez chorego, to one już po jednym albo po kilku posiedzeniach masażowych wykonane być mogą, jeśli energicznie i pokilkakroć zażądać tego od chorego i jeśli do wykonania ich nie ma przeszkód mechanicznych. To samo tyczy się i przytłumienia bólu. Masaż jest tu, jak się CHARCOT trafnie wyraża, „hypnozamięscową“. Jak hypnoza, tak i masaż musi być często powtarzany i manipulacje zmieniane być winny *usque ad effectum*, a więc działania jego sumować się muszą; nie wywołuje on jednak żadnych nieprzyjemnych zjawisk pobocznych, nie narusza on, jak to niekiedy bywa przy hypnozie, równowagi psychicznej chorego. Oprócz tego osiągnięte już raz przez masaż polepszenie nie tak łatwo znika — stoimy tu na trwałszym daleko gruncie.

Przy zastosowaniu tego środka leczniczego, powinien lekarz bezwarunkowo zachowywać zupełny spokój, działać z powagą i dążyć energicznie i prostą drogą do postawionego sobie celu. Koledzy, jednocześnie leczący chorego, powinni wykonywającemu masaż pozostawić zupełnie do woli, wybór rozmaitych rękoczynów, jako też czas trwania tychże i częstość posiedzeń. Histeroepileptyczni, którzy są bardzo wrażliwi na wpływy zewnętrzne, bezwarunkowo oddaleni być winni z otoczenia, w którym mogliby podlegać wpływowi i poddawaniom, niezgodnym z przepisami i sposobem leczenia massującego lekarza (*contre-suggestion*). I z o l o w a n i e w lecznicach prywatnych, ordynowane chorym takim przy metodzie PLAIFER-MITSCHEL'a, odpowiada żądaniu temu i jemu to zawdzięczać należy niemałą część dobrych wyników, które tym sposobem osiągamy przy niektórych ciężkich postaciach histeryi. Oto przykład z praktyki.

Pewna obciążona nerwowo pani, która i teraz jeszcze znajduje się u mnie w leczeniu, w Grudniu roku zeszłego uległa złamaniu obojczyka. Wyleczenie nastąpiło bez przemieszczenia odłamów kości, lecz nastąpiły bóle w obrębie splotu ramieniowego i bezsenność. Jakkolwiek w stawie nie można było zauważyć żadnych zmian zapalnych, to jednakże większe albo mniejsze ruchy, jak np. przy czesaniu, wywoływały silne bardzo bóle; przy wykonywaniu zaś ruchów biernych w stawie następował u chorej napad płaczu konwulsyjnego. Za poradą lekarza domowego zacząłem leczyć chorą w jej mieszkaniu za pomocą masażu. Między innymi znajomymi odwiedzali chorą i dwaj lekarze, którzy jakkolwiek jej nie leczyli, jednakże od czasu do czasu wypowiadali swe zdanie co do jej cierpienia i leczenia. Jeden z nich uważał za stosowne leczenie za pomocą elektryczności, drugi zaś skłaniał się bardziej ku leczeniu wodami mineralnymi; obaj oni nie byli wprawdzie przeciwni leczeniu masażem, jednakże wypowiedziane przez nich zdania co do sposobu leczenia wywierały taki wpływ na chorą, że podług pogorszenia stanu jej i podług charakteru tego pogorszenia mogłem za każdym razem rozpoznać, że jeden z tych kolegów — i który właśnie — chorą tego dnia odwiedził.

Przytaczam tu jeszcze jeden przypadek, mogący służyć jako ilustracja tego działania masażu, przy którym środka ciężkości szukać należy w szczególnym wpływie jego na psychikę, a mianowicie we wpływie jego jako s r o d k a w y c h o w a w c z e g o.

40-letnia panna M. z Polcina, po przebytych w r. 1883 tyfusie, zachorowała na zapalenie obu stawów kolanowych. W r. 1888 pozostało jej jeszcze po tej chorobie zgrubienie torebki stawowej i mocne trzeszczenie w stawach, jako też bezwład mięśni czterogłowych. Każda próba zbadania kolana wywoływała długotrwały napad konwulsyjny. Chora leżała przez kilka lat w swoim mieszkaniu, potem jeździła do rozmaitych miejsc kąpielowych, gdzie musiano ją wozić w wózku. Gdy jednakże i to stało się dla niej zbyt uciążliwym, zdecydowała się wstąpić do kliniki prof. BERGMANN'a. Od chwili wstąpienia jej do kliniki upłynęło 8 dni, zanim mogłem przy massowaniu dotknąć się kolan bez wywołania napadów histerycznych. Stan chorej poprawiał się z każdym dniem, pomimo to leczenie trwało trzy miesiące. Chora odzwyczaiła się zupełnie od chodzenia, tak, iż trzeba było nauczyć ją na nowo każdego ruchu z osobna: podnoszenie się z krzesła, przestępowanie przez próg, chodzenie po schodach, wychodzenie na

ulicę — wszystkie te ruchy wymagały ćwiczenia i musiały być powtarzane po kilka razy. Częstość zapominała ona wyuczonych już ruchów. Żadnego, choćby najprostszego ruchu nie mogła chora robić, jeśli się nie ćwiczyła w nim w mojej obecności. Zmuszony byłem kilka razy towarzyszyć chorej w przejażdżkach jej w powozie, ażeby jej pokazywać, jak należy wsiadać i wysiadać z karety. Musiałem też przechadzać się z nią pieszo po ulicach, ażeby ją nauczyć przechodzić coraz to większe przestrzenie. W końcu nauczyła się nawet jeździć tramwajami. Chora porzuciła klinikę zupełnie wyleczona. Otrzymałem od niej później po kilkakroć zawiadomienia piśmienne, że powrotów nie było.

II. Neuritis i Perineuritis.

Przy chorobach nerwów obwodowych, przy *neuritis*, *perineuritis* porażeniach pojedynczych nerwów i mięśni przeważnie kończyn, należy widocznie oprócz wessania wysięków wywołać także pewne przemieszczenie molekularne w dotkniętych chorobą tkankach: należy wywierać wpływ dynamiczny. W wielu przypadkach zwykle rękoczynny masażu okazują się nieodpowiadającymi celowi, gdyż przy lekkim przyciskaniu działanie ich równa się zeru, mocniejsze zaś przyciskanie powiększa stan podrażnienia i bez tego już podrażnionych zapalnie tkanek. Dlatego trzeba używać sposobu, pozwalającego działać w głąb i nie wywołującego pomimo to zbyt mocnego podrażnienia. Głębsze i trwalsze działanie masażu otrzymujemy, jeśli zamiast stałego przyciskania, używanego przy zwykłych rękoczynach masażowych, zastosujemy przyciskanie przerywane. Przyciskanie takie wykonywa się skaczącymi w kierunku dośrodkowym ruchami massującej ręki. Ażeby wywołać większą lub mniejszą falę, wprawiamy przy tych skaczących ruchach pojedyncze palce w drżenie, albo też nie. Sposób ten opisałem przed trzema laty [Przyczynki do techniki i wskazówki dla mięsienią, Gazeta Lekarska 1887, Nr. 49] i od tego czasu nie raz już miałem sposobność przekonać się o jego skuteczności.

Dla ilustracyi mogę tu przytoczyć dwa odpowiednie przypadki, w których niedawno zastosowałem ten rodzaj masażu. Pierwszego z tych chorych leczyłem w klinice prywatnej D-ra OPPENHEIM'a. Chory był mi poleconym przez prof. MENDEL'a i D-ra ROSENBERG'a. Mamy tu do czynienia z samodzielną postacią *neuritidis* w obrębie splotu ramieniowego głównie lewej strony u 50-letniego mężczyzny.

Choroba zaczęła się 20 lat temu i przez ten czas stan chorego często się poprawiał. Ciężkiem stało się cierpienie jego przed 1½ rokiem: powstały rwące i świdrujące bóle w całej lewej kończynie; uczucie wielkiego naprężenia w stawie ramieniowym; za najmniejszym ruchem wielki ból w ramieniu i drganie palców, tak, że chory przestał posiłkować się lewą ręką i nosił ją zawsze na temblaku. Bezsenność. Palce posiniałe i cokolwiek obrzmiałe, mięśnie słabe. Ucisk w kierunku nerwów bardzo bolesny. Wiesbaden, Cieplice, masaż, elektryczność, środki usmierzające ból — wszystko to było zastosowane, ale bez skutku.

U nas chory leczył się dwa miesiące i przez ten czas uzyskał znowu możliwość używania swej ręki. Obecnie chory sam się ubiera i rozbiera, czego dawniej przez lata całe nie mógł robić. Drganie palców ustało, a ponieważ bólów już nie ma, przeto sen znowu powrócił.

W drugim przypadku mamy do czynienia z toksycznym zapaleniem nerwów łytkowych.

Baletnica teatrów królewskich, panna S. w Berlinie w Czerwcu 1889 r. od iskier elektrycznych, od których podczas przedstawienia zapłonęły jej suknie, podległa wielkim i głęboko w mięśnie sięgającym zniszczeniom tkanki na przedniej stronie górnej połowy ud jako też w okolicy pośladkowej aż do kości krzyżowej. W Listopadzie roku zeszłego zabiłiły się utraty tkanek na pośladkach, na udach zaś ropiały i okazywały tylko bardzo słabą skłonność do zagojenia. Ponieważ chora nigdzie nie miała zdrowego miejsca, na którym mogłaby leżeć spokojnie, przeto osoba ta, dawniej odznaczająca się kwitnącym zdrowiem i dobrą tuszą, doszła do wysokiego stopnia wycieńczenia. Golenie obrzmiały, najłżejsze dotknięcie skóry było bardzo bolesne. Rozsiane zapalenie pojawiło się w nerwach goleni, przeważnie w okolicy kolan; przyciśnięcie w tem miejscu wywoływało nieznośne bóle. Po lewej stronie łatwo wyczuć można zgrubiały pień nerwu. Nogi wyprostowane w stawie golenio-stopowym; wykonywanie ruchów bocznych było również niemożliwym. W obu kończynach dolnych bóle strzelające, palące, wzmagające się przy każdym ruchu. Objawów histeryi nie zauważono.

W celu usunięcia bezwładu nerwów łytkowych, jakoteż w celu przeciwdziałania szkodliwemu wpływowi długiego leżenia, kierujący leczeniem lekarze, prof. BERGMANN i docent GUETERBOCK, zalecili masaże. Zwykłych rękoczynów masażu nie można było tu zastosować choćby już dlatego, że chora nie mogła znieść nawet dotknięcia prześcieradła. Przerywane zaś przyciskanie znosiła ona bardzo dobrze. Po kilku tygodniach nadczułość ta znikła, tak, że chora mogła podnosić się, siadać, stać i wykonywać nogami jakie-takie ruchy. W czwartym tygodniu leczenia masażowego znikł bezwład prawego nerwu łytkowego, po trzech miesiącach leczenia [w ósmym miesiącu od początku choroby] pojawiły się oznaki regeneracji lewego nerwu łytkowego. Owrzodzenia zagoiły się, kontraktur w stawach nie było. Skurczowi w stawie biodrowo-udowym przeciwdziałaliśmy w ten sposób, że zaleciliśmy chorej kłaść się kilka razy dziennie w wyciągniętym zupełnie położeniu na brzuchu i leżeć tak przez pół godziny za każdym razem.

Przypadek ten ciekawy jest z tego jeszcze względu, że czynności nerwu łytkowego powróciły po tak długim czasie; z fizycznych sposobów leczenia zastosowanym był tu tylko masaż.

III. Niestrawność nerwowa z zaparciem stolca. Nerka ruchoma.

Tam, gdzie masaż służyć ma do usunięcia zaparcia stolca, a głównie tam, gdzie na równi z zaparciem stolca na pierwszy plan występują ogólne objawy nerwowe [neurastenija i hypochondryja] albo też, gdzie mamy do czy-

nienia ze zjawiskami zatrważającej natury [silne nadęcie i ból brzucha, wysoka ciepłota i zawrót głowy], w takich przypadkach masaż staje się *indicatio vitalis*. Jestto połączenie tych zjawisk patologicznych, które występują wskutek przemieszczenia kiszek i towarzyszących im zwężeń w naturalnych miejscach zgięcia ich, albo w miejscach przymocowania błon rzekomych. Ponieważ tu istnieje miejscowa przeszkoda mechaniczna do przesuwania się zawartości kiszek, przeto naturalnem zupełnie jest, że mechaniczny sposób leczenia [masaż] już *a priori* uwzględnionym być winien. A jeśli w rzeczywistości nie zawsze tak jest, to przyczyną tego jest ta okoliczność, że pokładane w masażu nadzieje często się nie sprawdzają. W tych właśnie przypadkach, gdzie zwykle manipulacje mięsieniowe są bezskuteczne i gdzie i inne środki, jako to lekarsko-dyjetetyczne, wypłukiwanie żołądka, kąpiele natryskowe na ścianę brzuszną, elektryczność, przemywania HEGAR'owskie również nie prowadzą do celu, używamy z dobrym skutkiem od kilku lat już następującego sposobu:

Chory spoczywa na kolanach i łokciach. Stający po lewej stronie chorego lekarz kładzie obie ręce w poprzek brzucha — prawą rękę poniżej, lewą powyżej pępka; podczas gdy jedna ręka posuwa się naprzód, druga przeciąga się w tył. Naprzemian z temi ruchami należy poruszać się i w kierunku ukośnym, przyczem lewa ręka porusza się od dołka sercowego do pępka, prawa zaś od spojenia łonowego w górę. Ręce powinny być cokolwiek zgięte, wskutek czego można dosyć głęboko uchwycić ścianę brzuszną wraz ze znajdującymi się pod nią pętlami kiszek. Gdzie ściana brzuszna jest mocno napięta, należy działać i w kierunku pionowym, z dołu do góry, przez co razem wynika pewien rodzaj ruchu *depčzącego* w jednym miejscu. Tym sposobem zgięcia kiszek łatwiej daleko wyrównać się dają, aniżeli za pomocą zwykłego mięsienia w położeniu chorego na grzbiecie. Wystarczającym dowodem skuteczności tego sposobu massowania jest chyba skutek, jaki przy zastosowaniu tego sposobu otrzymaliśmy np. u 35-letniej panny B., która zwróciła się do nas za poradą prof. GLUCK'a i D-ra ALTMAN'a i u której już po tygodniu od początku leczenia zjawily się takie regularne wypróżnienia, jakich chora nie miała już od ośmiu lat. Ostatnie dwa tygodnie przed rozpoczęciem leczenia mięsieniowego nie miała ona ani jednego wypróżnienia, jakkolwiek używała rozmaitych środków; chora miała wysoką ciepłotę i tak cierpiała na zawroty głowy, że ledwo utrzymać się mogła na nogach. Taki sam skutek osiągnąłem i w drugim przypadku, u 49-letniego pana P., poleconego mi przez prof. EWALD'a i D-ra RUGE. Nagromadzenie gazów było u chorego tak znaczne, że chory z powodu bólu brzucha miesiącami nie mógł sypiać, a zjawiska nerwowo-dyspeptyczne wzmożyły się tak silnie, że chory był zdenerwowany w najwyższym stopniu. Na drugi już tydzień po rozpoczęciu leczenia powrócił sen, i chory, zarządzający wielką fabryką, obecnie jeszcze, wiele miesięcy po leczeniu, bez przeszkody oddawać się może swoim zajęciom.

Przy sposobie tym sam ciężar kiszek przyczynia się do poprawienia ich położenia. Pętlce kiszek wpadają do pewnego stopnia w ręce lekarza i nie tak łatwo z nich wypadają. Niekiedy skorzystać można z dających się wyczuć przez ścianki brzucha twardych mas kałowych w celu przesuwania pojedynczych

grup pętli kiszkiowych. Manipulacje te trwają mniej więcej 5 minut, następnie kładziemy chorego na grzbiet i wykonywamy przez kilka minut zwyczajny masaż brzucha. Robimy to w celu zadostyczynienia i innym wskazówkom masażu, jako to wzmocnienie ruchu robaczkowego, przyśpieszenie obiegu krwi i limfy, przesuwanie mas kałowych nawet poza ścieśnionem miejscem, powiększenie napięcia ściany brzusznej, jeśli ono jest osłabione — jak to się częstokroć w podobnych przypadkach zdarza.

W pierwszych chwilach technika połączona jest z pewnemi trudnościami. Na silne miętoszenie — a takim właśnie powinno ono być — oddziałują chore w ten sposób, że napręża brzuch i pada brzuchem na ręce lekarza. Częste padanie takie męczy massującego lekarza. Ale po kilku posiedzeniach już czułość ta znika i chory leży spokojnie na kolanach i łokciach swoich; brzuch pozostaje niewyprężonym. Massujący może wtedy całą swą siłę skierować na kiszki i przesuwać je w którąkolwiek stronę.

Ruchomej i przemieszczonej nerki, którą tak często spotykamy przy opuszczeniu kiszki, nie należy bezpośrednio miętosić, do czego przy pewnej wprawie łatwo się dochodzi. W przeciwnym bowiem razie wywołać można większą jeszcze ruchomość. Choćby nawet ruchy mięsieniowe dotyczyły bardzo wielkich obszarów, to jednakże można, jeśli się to okaże potrzebnem, nie dotykać tego albo innego z leżących na drodze narządów. Zwracamy uwagę na to li tylko dlatego, że chorzy, zwłaszcza kobiety, wskazują lekarzowi dobrze znaną im nerkę jako narząd, wymagający według ich zdania najenergiczniejszego działania masażu. Chorzy tacy tembardziej o to proszą, im bardziej „winna wszystkiemu nerka“ przy dawniejszych leczeniach masażowych wystawioną była na bezpośrednie działanie manipulacyj mięsieniowych.

Przy tej okazji nie mogą zamilczyć o dosyć ważnej okoliczności, z którą się w praktyce masażowej spotykamy w przypadkach z wątlenia ściany brzusznej i słabości leżących w jamie brzusznej narządów. W przypadkach takich masserzy-profani tak co do zastosowywanej przez nich siły, jak i co do czasu trwania pojedynczych posiedzeń, częstokroć powodować się dają li tylko chęcią okazania wielkiej swej gorliwości. U pacjentek wskutek takiego energicznego mięsienia następują większe jeszcze przemieszczenia i wypadnięcia narządów wewnętrznych, niż te, które były przed leczeniem masażowem.

Jeśli nie ma szczególnych wskazówek, uważać należy za zasadę, że masaż brzucha wykonywany być winien przed jedzeniem. Z jednej strony czynić to należy, ażeby chory nie miał przykrego uczucia nateżenia w przewodzie kiszkiowo-żołądkowym, z drugiej zaś dlatego, że chorzy niezupełnie dobrze znoszą mięsienie, jeśli ono wykonanem zostaje wcześniej jak kilka godzin po jedzeniu. Co się zaś tyczy przyjmowania napojów przed mięsieniem, to pod tym względem nie ma szczególnych ograniczeń.

Co się tyczy techniki przy wszystkich uwzględnionych tu formach chorobowych, koniecznem jest, ażeby massujący lekarz umiał pracować każdą ręką oddzielnie, jako też obiema rękami jednocześnie. Ważniejszą aniżeli gdziekolwiek-indeziej jest tu umiejętność zastosowania się

do chorego. Kto nie jest obdarzony od natury cierpliwością, ten nie wielkie chyba będzie miał powodzenie przy leczeniu osób histerycznych.

Przy massażu brzucha niezawsze możemy mieć pod ręką dogodnie bardzo do tego twarde posłanie 75 ctm. wysokości mające ¹⁾, przy którym można pracować stojąc. Dlatego też trzeba umieć massować i siedząc i kładąc, zależnie od wysokości posłania.

Leczenie we wszystkich wspomnianych tu przypadkach trwać powinno 6—8 tygodni. Czas ten koniecznym jest dla uniknięcia nastąpić mogących powrotów, jako też dlatego, ażeby dopiąć celu i w takich przypadkach, w których wyniki dodatnie następują dopiero po miesiącu albo nawet po dłuższem je-szcze leczeniu.

II. KWAS TRÓJCHLOROCTOWY

(*acidum trichloraceticum*)

W CHOROBACH GARDŁA, KRTANI, NOSA I USZU.

Napisal

D-r Jan Sędziak.

Kwas octowy [$C_2H_4O_2$] daje z chlorem trzy połączenia:

1. Kwas jednochloroctowy (*acidum monochloraceticum*) $C_2H_3ClO_2$, przedstawiający się w postaci igieł, na powietrzu się rozpyływających.
2. Kwas dwuchloroctowy (*acidum dichloraceticum*) $C_2H_2Cl_2O_2$. Jest to ciecz ciężka, jasna, dająca na powietrzu białe pary ²⁾.
3. Wreszcie kwas trójchloroctowy (*acidum trichloraceticum*) $C_2HCl_3O_2$, odkryty przez DUMAS'a w roku 1839. Przedstawia się w postaci przezroczystych kryształów [romboedrów], niezwykle szybko na powietrzu się rozpyływających ³⁾, lekko kwaskowatego zapachu, smaku żrącego.

Pary kwasu tego są duszące. Łatwo rozpuszcza się w wodzie, spirytusie, eterze i glicerynie. Topi się przy $52,3^\circ C.$, wre przy $195^\circ - 200^\circ C.$ Ciężar właściwy kwasu trójchloroctowego przy $46^\circ C.$ wynosi 1617. Jest to bardzo silny kwas; daje następujące sole: trójchloroctan amonu, potasu, srebra, metylu i etylu. Kryształki kwasu tego dobrze się konserwują w szczelnie zamkniętych naczyniach. STEIN ⁴⁾ radzi niewielkie porcyje trzymać w drugim naczyniu, na dnie którego znajduje się stężony kwas siarczany. Przy gotowaniu z amonija-

¹⁾ ZABELUDOWSKI. Physiologische Wirkungen der Massage und allgemeine Betrachtungen über dieselbe im Dienste der Chirurgie, ihre Indicationem und Technik. [v. LANGENBECK's Archiv. Bd. XXXI, Heft 2].

²⁾ Real-Encyklopedie. EULENBURG'a. Tom V, str. 129.

³⁾ Wykład chemii organicznej — SCHORLEMMER'a, str. 182.

⁴⁾ Acidum trichloraceticum przy boleźniach gorła, nosa i ucha. Odbitka z Żurnała Med. Obozrenia, 20. 1889.

kiem kwas trójchloroctowy rozszczepia się na kwas węglany i chloroform. *Acidum trichloroaceticum* otrzymuje się w rozmaity sposób ¹⁾:

- 1) przez działanie nadmiaru chloru na kwas octowy krystaliczny,
- 2) przez działanie wody na chlorek trójchloroacetylu,
- 3) działaniem chloru i wody na nadchlorek etylenu (*protochlorure de carbone* C_2Cl_4),
- 4) przez oksydację [utlenienie] chloralu [KOLBE],
- 5) wreszcie działaniem wody, lub alkaliów na wyższe połączenia chlorowe eterów etylowych [LEBLANC].

Co się tyczy działania kwasu trójchloroctowego, to jest ono podobne do działania kwasów jedno i dwuchloroctowego, tylko w wyższym stopniu.

Wszystkie te kwasy w kilka minut przenikają naskórek, tworząc białoszarawe zabarwienie. Przy powierzchniowym stosowaniu niema zazwyczaj ropienia, przy głębszem natomiast tworzy się strup, który oddziela się przez ropienie. Zagojenie następuje od brzegów ku środkowi z wytworzeniem gładkiej blizny [BRUNS]. Badania nad rozwojem drobnoustrojów gnilnych przy różnych stężeniach kwasu trójchloroctowego wykazały jego własności antyseptyczne.

Co się teraz tyczy zastosowania leczniczego powyższych kwasów, to jednochloroctowy przez KLEIN'a [prof. w Bonn], jedno i dwuchloroctowy przez URNER'a i BRUNS'a, wreszcie kwas trójchloroctowy przez SIGMUND'a ²⁾ używanemi były do przypalań lepiej, brodawkowatych narośli, wilka i t. p..

Pierwszy STEIN ³⁾ z Moskwy w roku zeszłym [1889] ogłosił wyniki swych doświadczeń nad kwasem trójchloroctowym w chorobach gardła, nosa i uszu. Spostrzeżenia swe autor zakomunikował między innemi na zjeździe laryngologów w Paryżu, odbytym w roku zeszłym [16—19 Września 1889 roku].

Podczas mego pobytu w Heidelbergu w owym czasie [Wrzesień i Październik], byłem świadkiem bardzo sumiennych i licznych prób, wykonanych przez dr. EHRMANN'a ⁴⁾ amerykańcina, będącego podówczas asystentem prof. JURASZA, pod osobistym kierunkiem tego ostatniego. Już wtedy, widząc dodatnie działanie kwasu trójchloroctowego w chorobach gardła i nosa, postanowiłem przeprowadzić cały szereg odpowiednich doświadczeń. Obecnie, jakkolwiek badania moje nad tym środkiem nie są w zupełności ukończone, to jednakże, opierając się na kilkudziesięciu własnych mych spostrzeżeniach, ośmielam się wyniki ich ogłosić drukiem, a to w tym celu, by i inni koledzy specjaliści, rozporządzający większym odemnie materiałem klinicznym, zechcieli ze swej strony środek powyższy wypróbować, tem więcej, że dotychczasowe me wyniki są niezwykle zachęcające.

¹⁾ WURTZ. Dictionnaire de Chimie. Tom I. str. 28.

²⁾ Loco citato [Real-Encyclopedie].

³⁾ Loco citato.

⁴⁾ Czy dr. EHRMANN ogłosił drukiem wyniki swych doświadczeń, nad kwasem trójchloroctowym nie jest mi wiadomem, dotychczas bowiem nie otrzymałem odpowiedzi na list mój — pisany do Heidelbergu.

I. Acidum trichloraceticum przy cierpieniach nosa.

Na zasadzie mych doświadczeń doszedłem do przekonania, że kwas trójchloroctowy najskuteczniej działa przy cierpieniach nosa, a z tych ostatnich przy przeroście muszli jako następstwie przewlekłego nieżyty nosa.

Jak wiadomo przy tem cierpieniu stosujemy obecnie dwie metody, mianowicie: 1) żegadło galwaniczne [galwanokaustykę] pod różnemi postaciami [przy palanie płaskim kauterem, wkłuwanie lub brózdki, ostrym kauterem wykonywane, wreszcie użycie pętli gorącej]. Metoda powyższa jest najracjonalniejszą, najprędzej do celu prowadzącą i dlatego to zyskała sobie dziś prawo zupełnego obywatelstwa.

Drugą metodą, przez HERYNGA ¹⁾ wprowadzoną, jest 2) kwas chromny. Metoda ta stosunkowo niewielu ma zwolenników ze względu na swe uboczne ujemne działanie, o czem poniżej ²⁾.

Obie te metody mają, zwłaszcza galwanokaustyka, działanie energiczne i to stanowi ich główną dodatnią stronę. Pod tym względem kwas trójchloroctowy nie może z nimi się równać. Działanie jego jest o wiele mniej energiczne, tym sposobem przy tak zwanych polipowato zwyrodnionych muszlach nosowych środek ten niewiele zdziałać może, jak o tem niejednokrotnie się przekonać mogłem. Zwykle jednorazowe przypalanie nie prowadziło do celu, trzeba było procedurę tę powtarzać dwa, lub trzy razy.

Przy tego rodzaju cierpieniu i kwas chromny, zdaniem mojem, nie prowadzi do celu i jego działanie jest zbyt słabem. W tych razach w galwanokaustyce posiadamy stanowczo najlepszą metodę, najracjonalniejszą, najprędzej do celu prowadzącą. Mam tu na myśli użycie gorącej pętli ³⁾, metodę która zyskuje sobie przy muszlach polipowatych coraz więcej zwolenników, że wymienię tu tylko SCHECH'a ⁴⁾. Jakkolwiek jednak kwas trójchloroctowy działa o wiele słabiej, niż żegadło galwaniczne, a nawet do pewnego stopnia, niż kwas chromny, to jednak posiada on pewną nad nimi wyższość. I tak:

1) Stosowanie galwanokaustyki wymaga specjalnych aparatów, nawiasowo mówiąc bardzo drogich, a więc dostępnych jedynie dla specjalistów, przytem użycie żegadła galwanicznego wymaga pewnej już wprawy, podczas gdy kwas trójchloroctowy przez każdego lekarza niespecjalistę [zwłaszcza na prowincyi] zastosowanym być może z łatwością.

2) Obie metody, zarówno galwanokaustyka, jakoteż więcej jeszcze kwas chromny, są bolesne, pomimo uprzedniego użycia kokainy. Zastosowanie

¹⁾ Kwas chromny w chorobach gardła, nosa i krtani. Gaz. Lek. 1884. 41 i dalej.

²⁾ D-r MORITZ SCHMIDT w Frankfurcie nad Menem stosuje ostatnimi czasy, jak o tem nacznie się przekonać mogłem, nową metodę — t. j. kombinację galwanokaustyki z kwasem chromnym, t. j. po brózdach, ostrym kauterem wykonanych, pociąga on kwasem chromnym, natopionym na srebrny zgłębnik.

³⁾ Niektórzy autorowie używają zamiast gorącej — zimnej pętli dla usunięcia polipowatych muszli nosa. Metodę tę jednak, którą w kilku przypadkach stosowałem, zaniechałem obecnie stanowczo, a to z powodu silnego krwawienia następczego.

⁴⁾ Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1890. III wydanie, str. 257.

natomiast kwasu trójchloroctowego tak mało sprawia chorym bólu, tak krótko ból ten trwa, że w wielu razach kokaina staje się zbyteczną.

3) Wreszcie jedna z powyższych metod, mianowicie użycie kwasu chromowego, nie jest zupełnie bezpieczną. Środek ten w wielu razach wywołuje mniej, lub więcej groźne objawy ostrego otrucia, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mogłem. Na punkt ten już w innym miejscu ¹⁾ zwracałem uwagę. Ostatniemi czasy przypadek odnośny ogłosił WALTER FOWLER ²⁾. Kwas trójchloroctowy jest natomiast środkiem zupełnie niewinnym, środkiem, który z całym bezpieczeństwem stosować można przy tem, jako też i innych cierpieniach.

Jak już wspomniałem, kwas trójchloroctowy przy znacznych, ograniczonych przerostach muszel nosowych [polipowatych muszlach] nie dawał mi zbyt pomyslnych wyników, natomiast przy średniego natężenia przerostach środek ten doskonale działa. Zwłaszcza bardzo dobre wyniki otrzymywałem przy przerostach, dotyczących przedniego końca dolnej muszli.

Mniej pomyslnie już działał kwas trójchloroctowy przy przeroście średnich muszel nosowych. W przypadkach zaś, gdy przerost dotyczył głównie tylnych końców muszel nosowych [bądź dolnych, bądź średnich], środek ten ze względów technicznych, o których poniżej, nie zasługuje na zastosowanie. W przypadkach tych, gdy przerost jest znaczny, ograniczony, stosuję również pętlę i to gorącą. Obecnie przechodzę do opisu stosowania kwasu trójchloroctowego.

Dotychczas zarówno w nosie, jako też gardle, krtani i uszach, stosowałem środek ten w postaci kryształków (*in substantia*) i metodę tę uważam za najodpowiedniejszą dla przerostowych cierpień nosa, oraz po części gardzieli i uszu. Co się zaś tyczy krtani, to właściwsze są roztwory kwasu trójchloroctowego, nad którymi w ostatnich dopiero czasach odpowiednie próby rozpocząłem. Po ich ukończeniu jeszcze raz mam zamiar w kwestyi powyższej głos zabrać. Jak już wspomniałem, stosowanie kwasu trójchloroctowego w tej postaci, w jakiej ja go używam, t. j. w kryształkach, jest tak mało bolesnem, że bez kokainy w większości przypadków obyć się można. Zdanie to podziela STEIN. W pewnych jednak razach, zwłaszcza u kobiet, w ogóle zaś u osób nerwowych, stale używam kokainy, najczęściej w postaci spray'u [10%], lub pędzlowań [10%—15% w wyjątkowych przypadkach 20%].

Ból od kwasu trójchloroctowego trwa przedewszystkiem niezwykle krótko [w gardle ustępuje zazwyczaj po przepłukaniu zimną wodą], czasami zauważyłem przy stosowaniu środka tego w nosie, mniej lub więcej uporczywe łzawienie lub kichanie. STEIN wspomina, że czasami w ciągu pół godziny następuje wydzielanie przezroczystej surowiczej cieczy z nosa, czego ja jednak nigdy nie mogłem zauważyć.

Acidum trichloroaceticum stosuję w następujący sposób: ³⁾

Kryształek mniej lub więcej znaczny, co zależy od wielkości powierzchni, na którą zamierzamy wyrzucić żrące działanie, jakoteż od stopnia natężenia,

1) Patrz moją pracę: „O leczeniu suchot krtaniowych“ Kronika lekarska. 1889. 4—5—6.

2) Ref. w Journ. of Laryng. 3. 1890.

3) Na klinice prof. JURASZA w podobnyż postępowano sposób.

jakie chcemy wywołać, zawieszony na końcu zwykłego srebrnego zgłębnika ¹⁾, szybkim ruchem [a to w celu niedopuszczenia do rozplnięcia się kryształka] wprowadzamy [naturalnie pod kierunkiem wziernika nosowego] do miejsca, które przypalić zamierzamy, a więc np. do przedniego końca muszli dolnej, w stanie przerostu będącego. Jak tylko nastąpi zetknięcie się kryształka kwasu trójchloroctowego z daną powierzchnią błony śluzowej nosa, ta ostatnia przyjmuje białe zabarwienie, tworzy się strup biały, gruby, gładki, silnie się trzymający danej powierzchni. Wcierając dany kryształek, lub powtarzając jeszcze raz procedurę, otrzymujemy białe zabarwienie na większej przestrzeni. Gdy po skończonej operacji obejrzymy raz jeszcze dane miejsce, np. przedni koniec dolnej muszli, to tenże przedstawi się nam pod postacią jednej białej jednolitej błony *resp.* strupa, który zazwyczaj przy powierzchownem przypaleniu znika w kilka dni bez śladu, lub zamienia się po kilku dniach w brunatny strup, który po kilku dniach oddziela się przy nieznacznem po większej części ropieniu. [D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Guinon Jerzy. Czynniki wywołujące histeriją. (*Les agents provocateurs de l'hystérie par Georges Guinon. Paris 1889 str. 389 in 8-o.*)

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

Załatwiwszy w ten sposób w znanych nam przypadkach kwestyję rozpoznania histerii, autor zastanawia się dalej nad rolą, jaką grają również znane nam już czynniki w etyologii histerii. Są to, według jego zdania, czynniki wywołujące. Nie mogą one stworzyć, jeżeli się można tak wyrazić, choroby, mogą ją tylko wywołać tam, gdzie istnieje usposobienie. Usposobienie odziedzicza się po przodkach. Chociaż nie zawsze jesteśmy w stanie wykazać *ad oculos* ten wpływ dziedziczności, nie możemy go nigdy wykluczyć. Publiczność szpitalna — a ona to właśnie dostarcza najliczniejszego materiału do naszych spostrzeżeń — najczęściej nie zna swoich przodków, albo wie o nich niewiele, a jednak ileż to ciekawych genealogij znajdujemy i wśród takiej publiczności! Dla powstania usposobienia do histerii niekoniecznie potrzeba istnienia chorób nerwowych u przodków. Są i inne choroby, które u potomków przetwarzają się w histerję. Alkoholicy np. często płodzą dzieci histeryczne. Istnieją niewątpliwie pewne sympatyje czy pokrewieństwa między chorobami. Znanem np. jest takie pokrewieństwo między dyjatezą artrytyczną i chorobami nerwowymi [*chorea* bardzo często występuje u reumatyków]. Bądź co bądź, ani uraz, ani otrucie łożowiem, rtęcią i t. d., nie są w stanie bez uprzedniego usposobienia dziedzicznego wywołać histerii. Ta ostatnia nie bywa nigdy objawową i występuje zawsze jako pewna odrębna nosologiczna całość.

Czynniki wywołujące, owi „podżegacze” histerii, mogą niekiedy wywierać pewien wpływ swoisty na objawy histerii, mogą na nich wyciskać swoje piętno. U syfilityka, który dostał histerii, bóle głowy zjawiały się przeważnie w nocy [sposotr. LXXV]. Otruty łożowiem, a następnie histeryk [sposotr. LXXVI] miał porażenie mięśni wyprostnych przedramienia, zu-

¹⁾ Możemy użyć zgłębnika z otworem na końcu, lub z rowkiem w boku — dla pomieszczenia kryształka kwasu trójchloroctowego — co jednak jest zbytecznem, zwykły zgłębnik z główką wystarczy.

pełnie naśladowujące porażenie łoświane [t. j. zachowaną była czynność *m. supinatoris longi*] ale obok tego porażenie to było jednostronnem, nie było zanik u mięśni, ani osłabienia pobudliwości faradycznej, t. j. nie było żadnej z najważniejszych cech porażenia łoświanego prócz umiejscowienia. Są to przypadki w ogóle nie częste i bynajmniej nie upoważniają do wniosku, że w każdym danym przypadku jesteśmy w stanie rozpoznać, jaki mianowicie był czynnik, wywołujący historję.

„Weźmy 10-u osobników historycznych, o których przeszłości nie nie wiemy, powiada autor, a z pewnością z charakteru ich choroby nie odgadniemy, jaką była przyczyna, która u nich wywołała historję“. Fakt ten potwierdził CHARCOT publicznie na całym szeregu żywych przykładów.

Ile potrzeba czasu na to, aby pod wpływem danego czynnika wywołującego wybuchły objawy historii? Kategoriej odpowiedzi na to pytanie dać nie można. Przedewszystkiem nie zawsze wiemy, kiedy ustaje działanie danego czynnika [choroba przewlekła, otrucie]. Tam gdzie czynnik działa przez czas określony, momentalnie, objawy historii wybuchają albo bezpośrednio, nagle, albo też dopiero po pewnym przeciągu czasu. Czas ten może niekiedy być dziwnie długim. MARIÉ [sposzr. LXXVIII] spostrzegł przypadek historii, która się rozwinęła w półtrzecia roku po podziałaniu urazu. 36-letni stangret poprzednio zdrów [dziedziczne dane niewiadome], popchnięty do muru, aby uniknąć uderzenia głową, całą siłą rąk odbił się od ściany. Z trudnością zaszedł do domu, ale na drugi dzień był już zupełnie zdrów. Od tego czasu miewał wprawdzie silne bóle głowy, ale mógł pracować i nie uważał się za chorego. W 2½ lat po przypadku zaczął odczuwać osłabienie w nogach, stał się smutnym i przestał pracować. Zjawiły się trudności przy oddawaniu moczu i osłabienie popędu płciowego. Przy badaniu znaleziono znaczne osłabienie siły mięśniowej w kończynach dolnych, znieczulenie gardzieli, częściowe znieczulenia na skórze kończyn dolnych, zniesienie smaku i węchu, osłabienie słuchu, ograniczenie pola widzenia i odczuwania pewnych barw. Przytem nastrój melancholiczny. Rozpoznano historję wskutek urazu, który się zdarzył przed pół trzecia rokiem!

PETERSON i BONTEL opisali 3 przypadki porażen historycznych, które się zjawiły w 9, 13 i 15 lat u żołnierzy, jakoby w następstwie niewygód wojennych w czasie wojny francuzko-pruskiej. Te i tym podobne przypadki posiadają niezmierną doniosłość w kwestyjach sądowo-lekarskich, tembardziej że czas odzielający przyczynę od skutku w takich razach nie zdradza się zwykle żadnym objawem. Czasami bywa i tak, że do jakiegoś silniejszego czynnika wywołującego dołącza się po upływie pewnego czasu nowy czynnik. Osobnik odporny na działanie jednego czynnika, ulega wspólnemu działaniu dwóch przyczyn. Alkoholik po przebyciu tyfusu dostaje historii [sposzr. LXXIX]. Inny znów alkoholik po uderzeniu młotem w palce zapada na bezwład histero-traumatyczny przedramienia i dłoni [sposzr. LXXX].

Przewlekłe otrucie łoświanem i powstała prócz tego cukrzyca sprowadziły historję [sposzr. LXXXV]. Niekiedy historia, której objawy przycichły, pod wpływem jakiegoś czynnika wybucha na nowo. Chory DURIL'a w przeciągu lat 13-u nie przedstawiał żadnych objawów historii. Stał się alkoholikiem, dostał przymiotu, a jednak historia nie zjawiała się wcale. Dopiero otrucie łoświane było kroplą, która przepełniła czaszę, historia wybuchła z całą siłą. Z faktów tych możemy wyprowadzić wniosek, że odporność na ten lub ów z licznych „p o d z e g a c z y“ historii jest czysto indywidualną. Nie wiem, dlaczego autor równej miary nie stosuje do przyczyn usposabiających. Przecież dany osobnik może być mniej lub więcej obarczony dziedzicznie i na tem właśnie może polegać jego mniejsza lub większa odporność na wpływy zewnętrzne. W ostatnim rozdziale swej zajmującej pracy GUIXON wyjaśnia sprawę powstania objawów historii pod wpływem danych czynników. Czynniki

te, mimo swej różnorodności, ze względu na mechanizm, dzięki któremu wywołują histeryję, dają się podzielić na dwie kategorie. Kategorie pierwsza obejmuje czynniki wywołujące objawy historyczne miejscowe, druga ogólne.

Histeryja jest chorobą całego układu nerwowego ale miejscowe jej objawy [bezwładny, znieczulenie] noszą na sobie cechy pochodzenia mózgowego *par excellence*. I rzeczywiście, jakaż jest cecha porażen historycznych?

Najglówniejsza, według autora, to umiejscowienie ich podług odcinków danej kończyny [ramię, przedramię, ręka, palce i t. d.]. HORSLEY'a badania doświadczalne wykazują, że każdemu odcinkowi danego członka na korze mózgowej odpowiada pewna okolica w pasie ruchowym. Jeżeli tak delikatne umiejscowienia nie zdarzają się przy organicznych obrażeniach mózgu, to tylko dlatego, że jakiś krwotok, rozmięczenie czy guz działają na większej przestrzeni, co nie pozwala na ściślejsze umiejscowienie. Tymczasem histeryja, jako obrażenie czynnościowe, *sine materia* operuje tak delikatnie, jak najbieglejszy eksperymentator. Z drugiej strony znieczulenie połowiczne, nastrój psychiczny chorych, są to dowody, że histeryja jest cierpieniem nawskroś mózgowym. Wychodząc z tej zasady, możemy śmiało przypuścić, że większość objawów histeryi miejscowej jest wynikiem samopoddawania (*autosuggestio*). Tego zdania są CHARCOT i OPPENHEIM. Najwymowniejszym dowodem samopoddawania są objawy historyczne powstałe wskutek urazu i wzruszeń. Najklasycyniejsze z objawów histeryi w takich razach — porażenia — nie różnią się niczem według CHARCOT'a, od porażen otrzymywanych drogą hipnozy. W czasie snu hipnotycznego możemy otrzymać porażenie albo przez wmawianie słowne, albo przez uraz *resp.* dotknięcie lub uderzenie. Tak samo w klinice. Chory uległ uderzeniu danej kończyny. Wiadomo z własnego doświadczenia, że uderzenie pociąga zwykle za sobą mniejsze lub większe ścierpnięcie, znieczulenie danego miejsca, które dochodzi czasem aż do uczucia nieobecności danego członka. Jakiś młynarz, który upadł pod ciężarem worów mąki, które dźwigał na plecach, podniósłszy się zaczął szukać swej ręki między worami mąki. Uderzywszy się mocno w palce, mówimy: „palca nie czuję“. Po każdej silniejszej traumie chwytamy się za uderzone miejsce, jakby dla przekonania się, czy ono jeszcze istnieje. U ludzi prawidłowych zjawiska takie mniej są żywe, a przynajmniej krótko trwają. U histeryków, u ludzi usposobionych do histeryi, przysierają rozmiary które aż nadto usprawiedliwiają przypadłości późniejszej. Następstwem takiego wstrząsu bywa niekiedy natychmiastowe porażenie kończyny lub narządu, wstrząs w jednej chwili może unicestwić świadomość istnienia, ruchu i uczucia. Przypadki takiego nagłego porażenia pod wpływem urazu nie są częste. Zwykle upływa jakiś czas od podziałania traumy aż do zjawienia się pierwszych przypadłości nerwowych. Takie przypadki podobne są do porażen hipnotycznych dokonanych za pomocą *w m a w i a n i a s ł o w n e g o*. I tu osoba hipnotyzowana, o ile nie jest w tym kierunku „wykształconą“, nie ulega ślepo poddaniu hipnotyzera. Trzeba nieraz pewnego czasu, aby wola tego ostatniego podziałała na hipnotyzowanego.

Różnica między porażeniem natychmiastowym, a powolnym zależy nie tyle od siły czynnika, ile od stanu mózgu danej osoby, od siły *schok'u* nerwowego t. j. wzruszenia, jakie urazowi towarzyszyło. Pewien człowiek [przyp. BOUNEAU] widział jak w jego obecności piorun zabił kobietę. Wrócił do domu zdrów, ale rozbiegając się spostrzegł, że poły jego surduta były osmolone przez piorun. Natychmiast dostał napadu histero-epilepsy. Nie uderzenie zatem piorunu lecz myśl o groźącym mu wtedy niebezpieczeństwie wywołała tym razem histeryję. Sprawa samopoddawania odbywa się w mózgu chorych zwykle *nieświadomie*. Chorzy tacy w chwili podziałania urazu znajdują się zwykle w stanie prawdziwie somnambulicznym. Znana jest dobrze *a m n e z y j a* takich chorych; nie pamiętają nieraz nic a nic z tego, co się stało. Wiedzą tylko, że stało się coś nie-

zwykłego, a mającego dla nich ciężkie następstwa. Ztąd też później przesada w opowiadaniu o nadzwyczajnych okolicznościach swojego przypadku, sprowadza na nich zarzut symulacji. Robią to jednak zwykle w dobrej wierze.

Nie tylko działanie urazu, ale i innych czynników na powstawanie objawów histeryi, można sobie objaśnić za pomocą samopoddawania. Przymiot, otrucie łożem również tą drogą wpływają na chorych. Wszystko to, jak już powiedzieliśmy, stosuje się do histeryi miejscowej. Histeryja ogólna zwykle jest wynikiem zaburzeń w odżywianiu całego ustroju, specjalnie zaś układu nerwowego. Tu jako czynniki występują długotrwałe wstrząśnienia moralne, choroby ostre i przewlekłe, otrucia i t. d.. Pierwiastek samopoddawania i tu może się dołączyć, nadając objawom histeryi odrębną cechę [np. nocne bóle u histeryków, którzy przechodzili przymiot, porażenia naśladujące porażenia łożne i t. d.], ale w każdym razie gra on tu rolę podrzędną. W jaki sposób upadek odżywiania wpływa na wywołanie owych niezliczonych zmian czynnościowych, tak charakterystycznych i tak jednostajnych w swej różnorodności, dotychczas jest to jeszcze zagadką, której autor nie próbuje nawet rozwiązać.

A. Puławski.

Sprawozdanie z drugiego zjazdu chirurgów w Krakowie.

Zjazd drugi chirurgów polskich odbył się w Krakowie w dniach 15, 16 i 17 Lipca r. b.. Rozprawom przewodniczył prof. RYDYGIER, na wiceprezesów wybrano kolegów JASIŃSKIEGO [Warszawa] i ZIEMBICKIEGO [Lwów]. Sekretarz docent BOSSOWSKI wytłómaczył dlaczego Pamiętnik Zjazdu 1-go dotąd jeszcze w druku się nie pokazał. Zależało to od opieszałości autorów, którzy w porę nie nadesłali rękopisów. Pamiętnik ten, którego pierwsze arkusze widzieliśmy, zawiera wszystkie prace na Zjeździe komunikowane i to *in extenso*, lub w streszczeniach ręką samych autorów podanych, bez względu na to czy odczyty były drukowane w czasopiśmie lekarskich czy nie. Wydanie bardzo staranne, druk piękny na dobrym papierze, korekta staranna, dyskusyje stenografowane, rycinylizne i dokładne. Jeden egzemplarz kosztować będzie w księgarni 10 złotych reńskich t. j. tyle, ile wynosi wkładka coroczna od każdego z członków Zjazdu, pobierana na pokrycie znacznych kosztów wydawnictwa.

Zjazd tegoroczny rozpoczął kol. BOGDANIK z Białej odczytem o pociskach Manlicherowskich, oraz o ranach przez te pociski zadanych. [Przegląd lekarski pracę tę obecnie drukuje]. Autor ostatecznie dochodzi do wniosku, że kula M. zazwyczaj przechodzi przez ciało niezmienną, wchodząc doń w stanie wysokiego rozgrzania z nadzwyczajną szybkością, że rany zadane tą bronią są mało stłuczone, chyba gdy pękła otoczka pocisku [stalowa], co najczęściej dzieje się przy rykoszetowaniu kuli. Rany trzew są bardzo ciężkie [jeden pocisk spowodował 6 ran w kiszkiach] i kończą się stale śmiercią. Laparotomii autor nie zaleca. Wogóle BOGDANIK twierdzi, że kula Manlicherowska prędzej ochrania od zakażenia niż zakaża drogę, przez którą przebiega w tankach a to dzięki wysokiej ciepłocie.

Ranni, o których mówił prelegent, wystawieni byli na strzały bardzo blizkie, wnioski więc stawiane przez niego, co do zmian wywołanych przez kule Manlichera w ciele ludzkim nie dadzą użyć się jako dane do budowania teoryj zranień na polach bitwy, co mu też w dyskusyi zarzucano. Wogóle ożywiona dyskusyja obracała się więcej koło samych ran postrzałowych, więcej koło kwestyi laparotomizowania przy zranieniach wnętrzości i t. d., niż koło Manlicherowskiej broni. [OBALIŃSKI, WEHR, SCHRAM, BARĄCZ, BOŁOSIEWICZ, ZIEMBICKI, WOLKOWICZ, TRZEBICKY, PODGÓRSKI, RYDYGIER, HICNER].

Na mównicy ukazał się potem D-r SCHRAM, ze Lwowa z odczytem o resekcji jelit u dzieci przy zgorzeli kiszek. W jednym z dwu przypadków ruchy robaczkowe porażone były do tego stopnia, że po dokonanej operacji drożność nie wróciła, i trzeba było dodać enterostomię. Z dyskusji [ZIEMBICKI, OBALIŃSKI, CIECHOMSKI, SZUMAN] wypadło, że wczesna laparotomia może chorego uratować, wówczas gdy każda zwłoka tylko na złe wychodzi.

Ponieważ w jednym z przypadków SCHRAMA niedrożność nastąpiła wskutek okręcenia się wyrostka MECKEL'a około kiszki, dało to powód ZIEMBICKIEMU i CIECHOMSKIEMU do przytoczenia analogicznych przypadków z własnych obserwacji.

Treścią odczytu profesora OBALIŃSKIEGO były niespodzianki po gastroenterostomijach. Zaliczył on do nich przedewszystkiem obserwowane przez BILLROTH'a powstawanie zastawki w kierunku niepożądanym, wskutek czego żółć dostaje się do żołądka psując trawienie i wywołując często wymioty, dalej wspomniał o krwotoku żołądkowo-kiszkowym, który spostrzegł RYDYGIER, wreszcie o możliwości szkodliwego uciśnienia poprzecznicy przez pętlicę przyszytą do żołądka. Nakoniec przytoczył swój przypadek, w którym nie mogąc z powodu zrostów znaleźć końca dwunastnicy, przyszył pierwszą lepszą pętlę do żołądka, tymczasem chory, który początkowo miał się dobrze, nagle życie zakończył. Sekcja wykazała, że cała prawie kiszka cienka wykluczona została z trawienia, gdyż pętla przyszyta odległą była zaledwie około 30 ctm. od zastawki BAUHIN'a. Jedyna rada na to, zdaniem prelegenta jest trzymać się zasady wyboru kiszki przez odnalezienie najpierw nie dwunastnicy lecz kiszki ślepej. W dyskusji nad tym odczytem RYDYGIER słusznie zauważył, że konieczność częstego wykonywania gastroenterostomii polega na tem, że terapeuci ciągle jeszcze za późno wzywają chirurgów w przypadkach nowotworów żołądka, że więc resekcja odźwiernika rzadko da się wykonać.

Pod koniec tego 1-go posiedzenia RYDYGIER przedstawił na chorych dwa rzadkie przypadki: 1-o t. zw. język czarny [rozrost niezwykle brodawek, pomiędzy którymi gromadzi się czarne *fulligo*]; 2-o dość duży tłuszczak na przedniej połowie języka.

Drugie popołudniowe posiedzenie w auli rozpoczął SZUMAN [TORUŃ] odczytem „o znieczuleniu bromkiem etylu“. Pouczającą tę pracę drukować będziemy w całości w Gazecie Lekarskiej.

HEMPEL [Kraków] w odczycie swoim zastanawiał się nad działaniem chloroformu na narządy wewnętrzne. Doświadczenia na psach dały mu wynik następujący: 1-o we krwi zmian nie znalazł, oprócz zmniejszenia ilości hemoglobiny o 5%—10% i zapachu chloroformu; 2-o mięsień sercowy zmieniony w ten sposób, że substancja kitowa występowała w postaci smug szerszych lub węższych [stosownie do czasu uśpienia]; 3-o rozszerzenie prawej komórki wypełnionej skrzepami; 4-o wątroba najbardziej była zmieniona, biała, miąższ na obwodzie pomarańczowy, zwyrodnienie tłuszczowe, gdzieś osady żółciowe; 5-o w nerkach znalazł zmiany nabłonka w kanalikach, a mianowicie zziarnienie. W nabłonkach kłębków zmianę tę spotkał zaledwie w nieznacznym stopniu. W torebce BOWMAN'a w silniejszym stopniu występowało zziarnienie.

JASIŃSKI [Warszawa] mówił o pyoktaninie w chirurgii [praca będzie pomieszczona w Gazecie Lekarskiej].

W dyskusji przyjmowali udział WEHR [podzielając zdanie mówcy], CIECHOMSKI [cytując prace JAKOWSKIEGO] oraz SCHRAM [Lwów], który jest zdania, że pyoktanina nie przygotowuje w tkankach gruntu dla rozwoju bakteryj, a zdanie to oparł nie na własnym doświadczeniu lecz na tem, że KRÓWCZYŃSKI zadowolony jest z wyników stosowania pyoktaniny przy dymienicach i szankrach.

ŁEPKOWSKI mówił o wynikach otrzymywanych w szpitalu Ś-go Ludwika przy leczeniu gruźlicy miejscowej jodoformem i balsamem peruwiańskim. Wyniki miał dobre. Działanie wbrew zdaniu LANDERER'a i innych, objaśnia drażniącym wpływem balsamu na ziarninę, na której jako na tkance zdrowej drobno-ustroje nie znajdują gruntu i rozszerzać się nie mogą. Próbował on też wstrzykiwać śródmiąższowych oliwy jodoformowej 25%, wyniki nie były świetne.

Nastąpiła dyskusja bardzo żywa, w której GROSS, SCHRAMM, WEHR, OBALIŃSKI, przemawiali przeciw balsamowi, trzymając się tylko jodoformu, a TRZEBITZKY azotanu srebra; JASIŃSKI zaś, GABRYSZEWSKI, DEMBOWSKI i SAWICKI za balsamem, nie odmawiając zalet przetworom jodoformowym. Przeciw wstrzykiwaniom miąższowym przemawiali SZUMAN, OBALIŃSKI i inni.

Posiedzenie 3-cie dnia 16 Lipca.

Najpierw zwiedzaliśmy w dniu tym pracownię ginekologiczną i salę wykładową docenta MARSA w byłym *collegium juridicum*. Wspomnimy tu o wzorowym jej urządzeniu, o tem, że ćwiczenia operacyjne [akuszerskie] wykonywa się na fantomach skórzanych, czysto i porządnie utrzymywanych, w które wszywają macię wymoczoną poprzednio w sublimacie [1%]. Do ćwiczeń używają też płodów balsamowanych i watą sublimatową wypchanych.

Bardzo zainteresowały obecnych wspaniałe preparaty. Na jednym z nich widać było podłużne przecięcie całego brzucha i miednicy kobiety, zmarłej z powodu pęknięcia macicy przy porodzie, drugi zaś przedstawiał macię ciężarną wyciętą z powodu raka szyi.

Następnie przeszliśmy do szpitala dla dzieci [Ś-go Ludwika] poinformowani zostaliśmy przez prof. JAKUBOWSKIEGO i asystenta MOMIŁOWSKIEGO, między innymi, że używane tam od niedawna rurki intubacyjne O'DWYER'a okazały się bardzo niepraktycznymi ze względu na trudność wprowadzania, łatwość zatykania się śluzem, kłopotliwość przy oczyszczaniu i konieczność ciągłej, nieprzerwanej i długiej obecności lekarza przy chorem dziecku. Statystyka tracheotomii podobno bardzo dobra.

W sali wykładowej w klinice chirurgicznej w dalszym ciągu rozpoczęto wykłady.

ZIEMBICKI [Lwów] mówił o leczeniu tętniaków, przedstawiając dwu chorych, którzy mieli tętniaki na kończynach dolnych i jednego po wycięciu worka a drugiego po ucisku i podwiązaniu. Pięknie to ilustrowało myśl przewodnią autora, a mianowicie ostateczny jego wniosek, że jedyną i najlepszą metodą jest doszczętne wycięcie tętniaka.

Doc. BOSSOWSKI [Kraków] przedstawia chorą, u której wyciął tętniaka wielkości orzecha włoskiego z tętnicy domózgowej.

W dyskusji nad sprawą tętniaków przyjmowali udział: BARĄCZ, CIECHOMSKI, OBALIŃSKI, GROSS, TRZEBITZKY, BOGDANIK i RYDYGIER. Przemówienia ich dopełniały tylko sam odczyt, większość bowiem na zasadzie własnego doświadczenia wnioski ZIEMBICKIEGO popierała.

SZUMAN [Toruń], mówi o leczeniu ciąży zewnątrzmacicznej i wskazaniach operacyjnych przy takowem, na zasadzie swoich 3-ch przypadków oraz starannie zebranej literatury. Ostateczne wnioski są następujące: 1-o w pierwszych miesiącach ciąży zewnątrz-macicznej, należy spróbować elektryzacji, w celu zabicia płodu [bez przekucia i galwanopunktury], 2-o jeżeli próby te okazały się płonnemi, powinno się robić laparotomię wczesną pierwotną, podług rady VEIT'a, 3-o przy ciąży ektopijnej to jest w rogu nierozwiniętym macicy dwurożnej lub w części jajowodu najbliższej macicy leżącej, próbować usunięcia płodu za pomocą łyżki przez macię, 4-o w razie pęknięcia worka, jeżeli nie ma groźnych objawów płód dalej nie rośnie, jeżeli nie występują krwotoki i zapalenia — metoda wyczekująca i spokoj, 5-o w razie wystąpienia takich objawów groźnych trzeba zrobić laparotomię wczesną wtórną, 6-o jeżeli płód żyje, a ciąża zbliża

się do kresu, wskazaną jest laparotomija późna pierwotna, 7-o jeżeli płód umarł, to trzeba, o ile się to da, przeczekać 3 do 10-iu tygodni i przystąpić do laparotomii późnej, wtórnej lub do wydobywania płodu czy to przez pochwę czy przez kiszki prostą, 8-o dłużej niż 3 do 10-iu tygodni czekać z operacją w nadziei zwapnienia płodu możemy tylko wówczas, gdy stan zdrowia brzemiennej na to pozwala. Wolałby jednak SZUMAN wykonać operację dość wczesną w tych razach ze względu na możliwość sposoczenia płodu.

Rektor MADUROWICZ zwraca uwagę na trudność odróżnienia ciąży zewnętrzno-macicznej w 1-ch miesiącach od krwisteku pozamacicznego, przeciwnym jest tedy wykonywaniu laparotomii w tym okresie. CZAPLICKI [z Kielc], opowiada o wydobyciu martwego płodu przez kiszki odchodową [przy ciąży zewnętrzno-macicznej]. Przeciął on nożem tylną ścianę *recti*, aż do kości ogonowej w celu ułatwienia sobie dostępu. MARS twierdził, że rozpoznanie ciąży zewnętrzno-macicznej w 1-ch miesiącach jest możebne.

RYDYGIER przemawia o wycięciu macicy rakowatej na zasadzie swoich 4-ech operacji metodą FREUND'a i 16-u wycięć przez pochwę. Wnioski prof. RYDYGIERA dadzą się tak streścić. Przedewszystkiem raki szyi wbrew twierdzeniu SCHROEDER'a mogą przechodzić na trzon; z tego powodu należy tak przy raku trzonu jako też i części pochwowej wycinać koniecznie całą macicę.

Ponieważ uleczalność raka macicy dowiedziona została przez SCHROEDER'a i MARTIN'a, należy tedy raka rozpoznawać wcześniej i jaknajwcześniejszą przystępować do operacji. Opierając się na statystyce własnej, MATLAKOWSKIEGO i innych nie uważa RYDYGIER wycięcia macicy za operację niebezpieczną [5% śmiertelności]. Sam on miał w dwóch przypadkach zejście śmiertelne, raz przy *pyometra* w macicy rakowatej i łatwo się rozrywającej [*septicaemia* wskutek dostania się ropy do jamy otrzewnej] i drugi raz wskutek tego, że tampon z gazy jodoformowej uciekł do jamy otrzewnej, nie otorbił się, wydobytym został już nasiąknięty ropą [po 5-iu tygodniach] — nastąpiła ropnica i śmierć.

W dyskusji przyjmowali udział 1) MADUROWICZ [przeciwny wycięciu całkowitemu przy zajęciu szyi] 2) WEHR [za całkowitem wycięciem na zasadzie badań mikroskopowych HaidenHain'a i Hempla dowodzących szybkiego szerzenia się w głąb tkanek nowotworu bez widocznych zmian na powierzchni widzialnej], 3) CIECHOMSKI [Warszawa], mówi o metodzie RICHELOT'a na zasadzie 5-iu przypadków MATLAKOWSKIEGO, w których zarówno operacja jak i gojenie przebiegały o wiele prędzej niż przy nakładaniu przewiązek. Dziwi się CIECHOMSKI dla czego RICHELOT radzi po kilkunastu godzinach kleszcze usuwać, kiedy on zdjawszy je dopiero po 3-ech dniach, doczekał się w jednym przypadku znacznego krwawienia. W oddziale MATLAKOWSKIEGO postanowiono zdejmować klampy dopiero po dniach siedmiu, 4) SAWICKI [Warszawa], zwraca uwagę na konieczność zbadania zgłębnikiem macicy przed operacją ze względu na trudność rozpoznania w wielu przypadkach zebrania ropy w macicy [własny przypadek]. Nadto, wspomina o możliwości powstawania zgięcia jelita, a więc niedrożności kiszek, wskutek zlepow zapalnych pooperacyjnych, co obserwował na jednym z oddziałów chirurgicznych.

BOGDANIK ma 2 przypadki, w których po odcięciu zrakowaciałej części pochwowej po dwóch latach nie dostrzegł powrotu choroby, sądzi więc, że amputacja szyi nieraz wystarczyć może.

BARĄCZ [ze Lwowa] wśród 3 przypadków wycięcia macicy przez pochwę, miał jedno zejście śmiertelne z powodu uchwycenia w podwiązkę moczowodu.

RYDYGIER streszczając zdania dyskutujących, poglądy pierwotnie przez siebie wyrażone potwierdza.

[D. n.]