

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag z powodu zarażenia przymiotem w późnym jego okresie, podał D-r Jan Biron. — O cieciu nadłonowym, podał Karol Zagórski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wy-
ciągi.** 4. O szkodliwych skutkach zwężenia nosa i utrudnionego oddychania nosem. 5. O leczeniu zwężenia
przewodu słuchowego zapomocą elektrolizy. 6. a) O chorobie Möller'a, b) Przypadek choroby Barlow'a, c) Cho-
roba Barlow'a a mleko wyjąłowane, d) 7 przypadków choroby Barlow'a. 7. O autoskopli i ezofagoskopli.
— **Udciinek.** W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym. — **Dro-
bniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Biron —
Sur l'acquisition de la syphilis d'un syphilitique
à l'époque tardive de la maladie. 2) D-r K. Zagór-
ski — Sur la taille hypogastrique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Biron
— Einiges über die Ertheilung der Syphilis durch
einen im späten Stadium dieser Krankheit sich
befindenden Syphilitiker. 2) D-r K. Zagórski —
Ueber den hohen Blasenschnitt.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

Kilka uwag z powodu zarażenia przymiotem w późnym jego okresie,

podał D-r JAN BIRON.

W szeregu pytań, na które do obecnej chwili niestety pewnej odpowiedzi nie posiadamy, pytanie, kiedy mianowicie przymiot zatracą zdolność zarażania i przekazywania się dziedzicznie, przedstawia wielką doniosłość zarówno praktyczną, jak i teoretyczną. Bezsprzecznie, czas i leczenie rtecją—to dwa po-
tężne czynniki, wpływające na zmniejszenie niebezpieczeństwa w tym wzglę-
dzie; nigdy jednak nie możemy oznaczyć chwili, w której niebezpieczeństwo to
zejdzie do zera. A właśnie w tych przypadkach, w których okres zarażliwo-
ści przymiotu niezwykle się przedłuża, kiedy lata całe upłynęły pomiędzy na-
byciem choroby, a jej przeniesieniem, zdarza się niekiedy, że przy najbaczniej-
szem oglądaniu osobnika zarażającego (oczywiście, jeżeli z bezwzględną pe-
wnością za takiego uważać go możemy) nie odnajdujemy żadnych uszkodzeń
właściwych okresowi spraw irytacyjnych (wtórnych), które jedynie wytwa-
rzają produkty, zawierające zarazek przymiotu, zdolny do udzielenia się in-
nym. Wówczas rodzi się jeszcze pytanie, w jaki sposób powstało zarażenie,
gdzie mianowicie źródła zarazka szukać należy? Pewniejszą odpowiedź na
pytanie to otrzymamy zapewne dopiero wtedy, kiedy poznamy istotę zarazka
przymiotu; nim to jednak nastąpi, co zresztą wobec licznych w tym kierunku
podejmowanych usiłowań (LUSTGARTEN, DOUTRELEPONT i SCHÜTZ, de GIA-
COMI i inni) jest może rzeczą niedalekiej przyszłości, uważam za pożyteczne
opisać spostrzegany przezemnie przypadek, który w zestawieniu z innymi ana-
logicznymi usprawiedliwia poniekąd niżej podane uwagi.

W lipcu roku 1889 wezwany zostałem do pani X., zamężnej od pięciu
miesięcy, u której znalazłem nader obficie po całej skórze rozrzuconą wysyp-

kę grudkową (*syphilis cutanea papulosa lenticularis*), lepiej płaskie na błonie śluzowej jamy ust i gardzieli, około odbytu i na wargach sromnych; tylko gruczoły szyjowe znacznie były powiększone; nigdzie jednak nie udało mi się wykryć śladów pierwotnego objawu. Chora w ciąży nie była. Z wywiadów okazało się, że wysypka trwała już od trzech miesięcy, przy stopniowym powiększaniu się liczby i wielkości grudek, że natura wykwitów nie była rozpoznana przez lekarza domowego i że dopiero jeden z kolegów ginekologów, badając chorą, zwrócił uwagę na istotny stan rzeczy i polecił jej udać się do specjalisty.

Od męża pani X. dowiedziałem się szczegółów następujących: w roku 1878 (a więc przed jedenastu laty), będąc jeszcze studentem, zaraził się przymiotem, i pomimo względnie łagodnego przebiegu, leczył się metodycznie w przeciągu lat trzech, poczem objawów żadnych nie dostrzegał, a na krótko przed ożenieniem się zasięgał zdania dwóch lekarzy, którzy, nic podejrzanego nie wykrywszy, oczywiście przeciwko ożenieniu się jego nic nie mieli. Istotnie, przy najstaranniejszym poszukiwaniu, ani na skórze, ani na błonach śluzowych żadnych uszkodzeń nie znalazłem; gruczoły zgoła nie powiększone. Na prawem przyądrzu znalazłem nieznaczne stwardnienie, zabytek przebytego jeszcze przed zarażeniem się przymiotem tryprowego zapalenia przyądrza. Jedyne okoliczności, budzące pewne podejrzenia co do stanu p. X., stanowiły: wyraźna nierówność źrenic i skarga na powtarzające się od czasu do czasu zawroty głowy, które później zupełnie ustały, po zastosowaniu leczenia swoistego. Uważam za zbyt liczne przytaczać tu wszystkie szczegóły, których rozpatrzenie doprowadziło mnie do niezłomnego przekonania, że pani X. zaraziła się od swego męża zaraz po zamążpójściu, gdyż wysypka zjawiała się po dwóch miesiącach od tego czasu; nadmienię tylko, że możliwość zarażenia się po za stosunkami płciowymi usuwa fakt, iż wszystkie osoby z jej otoczenia były zupełnie zdrowe, chociaż ona sama mogła stać się dla nich źródłem zarazy, nie zachowując z powodu nieznanomości prawdziwego stanu rzeczy żadnych środków ostrożności przy obcowaniu z najbliższymi w okresie najbardziej zaraźliwych objawów, a do tego usadowionych w jamie ust i gardzieli.

W opisanym przypadku spotykamy się zatem z jednej strony z niezwykle długotrwałym okresem zaraźliwości przymiotu, przechodzącym w okres objawów trzeciorzędnych, jeżeli za takie mamy prawo uważać wspomnianą nierówność źrenic i napady zawrotów głowy; z drugiej zaś — z brakiem jakichkolwiek dostrzegalnych uszkodzeń, które moglibyśmy wskazać, jako źródło zarazka.

Podobnego rodzaju fakty niejednokrotnie były zaznaczane, i raz stały się przedmiotem bardzo ciekawej dyskusji na posiedzeniu francuskiego towarzystwa dermatologicznego w dniu 10 lipca 1890 r. ¹⁾). Pozwolę sobie zaznajomić czytelników z treścią rozpraw, a to ze względu i na omawiane przypadki i na powagę naukową biorących udział w dyskusji, której początek dał przypadek, opowiedziany przez MAURIAC'a. Mianowicie jeden z jego chorych zaraził żonę swoją przymiotem po upływie czterech lat i dziewięciu miesięcy od czasu ukazania się u niego objawu pierwotnego; przez cały ten czas leczony był systematycznie, a leczenie powtarzał dość często, ze względu na

¹⁾ Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie N. 3, p. 180 — 186. 1890 r.

ukazujące się od czasu do czasu powierzchowne nadżarcia na mosznie, które MAURIAC uważał raczej za powypryskowe, a nie za lepsze płaskie; mimo to jednak za każdym razem zalecał mu leczenie swoiste. Powodowany wstydem, chory ten zataił, że w chwili zarażenia się już był żonatym, natomiast często zapytywał się, kiedy będzie mógł się żenić bez obawy przeniesienia zarazki. Po czterech latach i pięciu miesiącach MAURIAC zezwolił na ożenienie się, a w kilka miesięcy potem, zawezwany do żony, znalazł u niej ogólne objawy świeżego przymiotu i pozostałości objawu pierwotnego, umiejscowionego w tyle międzykrocza przed samym odbytem w postaci dwóch twardych guzików. Jako na źródło zarazka w tym przypadku, MAURIAC z całą słuszością wskazuje na owe podobne do wypryskowych nadżarcia na mosznie, które w rzeczywistości musiały być ledwie dostrzegalnymi lepszymi płaskimi.

W przebiegu wszczętej dyskusji FOURNIER wspomniał o dwóch tego rodzaju przypadkach, przytoczonych na ostatnim międzynarodowym zjeździe syfilidologów i dermatologów w Paryżu przez LANDOUZY'ego, i o spostrzeganym przez siebie, w którym zarażenie nastąpiło po latach piętnastu: chory miał wówczas nieznaczne i bardzo powierzchowne nadżarcie na języku, i wtedy właśnie u żony jego ukazał się pierwotny objaw na wardze dolnej, po czem wystąpiły zwykłe objawy wtórne.

Następnie HARDY zaznaczył, że wiadome mu są przypadki, w których przy najstaranniejszym poszukiwaniu nie sposób było u zarażającego odnaleźć najłżejszego uszkodzenia, które możnaby było uważać za źródło jadu przymiotowego, i rzucił pytanie, czy nie należałoby w takich razach przyjąć możliwość zarażenia przez nasienie.

Następnie MAURIAC przytoczył jeszcze dwa przypadki, z których w jednym, nie znalazłszy bezwzględnie nic podejrzanego po dziewięciu latach od wystąpienia objawu pierwotnego, pozwolił choremu ożenić się, a po dwóch miesiącach u żony ukazały się ogólne objawy świeżego przymiotu; drugi zaś dotyczy męża, który, zaraziwszy się przymiotem, przez pięć lat wstrzymywał się od obcowania z żoną, lecząc się w ciągu tego czasu systematycznie, a następnie zaraził żonę przy jednorazowym spółkowaniu wtedy, kiedy nie można się było tego spodziewać wobec braku jakichkolwiek objawów. We wszystkich tych przypadkach ciąży nie było, a zatem możliwość przymiotu przez poczęcie wyłącza się stanowczo.

FOURNIER przyznaje, że sam w kilku przypadkach zmuszony był uwierzyć w przeniesienie zarazki przymiotu bez widocznych objawów, ale ze względu na niebezpieczeństwo, jakie wiara w możliwość takiego zarażania pociągnęłaby za sobą musiała, dając potężny oręż do ręki przeciwnikom kontroli nad prostytutką, woli przypuszczać w takich razach przeoczenie minimalnie wyrażonego, a jednak zaraźliwego objawu.

HARDY zakończył rozprawy wyrażeniem przypuszczenia, że czas, który upłynął pomiędzy udzieleniem zarazki, a następnym badaniem osobnika zarażającego, mógł wystarczyć do zupełnego zniknięcia u niego uszkodzenia, objaśniającego zarażenie.

Niewątpliwie kazuistyka podobnego przedłużania się okresu zaraźliwości przymiotu nie wyczerpuje się przytoczonymi przypadkami, i mamy wszelkie prawo przypuszczać, że nie są one bynajmniej tak bardzo wyjątkowe; jeżeli zaś przejdziemy do przymiotu dziedzicznego, to i tu spotkamy się

z całym szeregiem przypadków, w których choroba ta przechodziła na potomstwo po upływie bardzo długich okresów czasu, a i wtedy nawet, kiedy u rodziców nie udawało się wykryć żadnych widocznych oznak istniejącego przymiotu.

Tłumaczenie przypadków zarażenia przymiotem po kilkunastu nawet latach trwania choroby, przy istniejących objawach wtórnych, nie nastręcza trudności; wiadomo bowiem, że objawy takie napotykać się mogą u chorych leczonych po 8, 10 a nawet 15 latach od czasu zarażenia się. Podobne objawy — według określenia FOURNIER'a — z wyglądu wtórne (*secondaires d'aspect*), mają wszystkie cechy wspólne z występującymi we wczesnym okresie przymiotu i są również zaraźliwe, a więc w rzeczywistości za wtórne uważać je należy, choć nieraz zjawiają się bardzo późno, a niekiedy współcześnie z objawami właściwymi okresowi zmian trzeciorzędnych. Jeżeli zaś czemś jeszcze, oprócz późnego występowania, różnią się od wczesnych, to chyba tylko niezwykłą uporczywością i skłonnością do częstych nawrotów, jak to widać z przytoczonego przypadku MAURIAC'a, a co i mnie zdarzało się niejednokrotnie spostrzegać.

W takich zatem przypadkach przypuszczalny drobnoustrojowy zarazek przymiotu zachowuje przez długie lata zdolność do rozmnażania się w danym ustroju i do przenoszenia się na inny, a dzieje się to wskutek nie dających się bliżej określić przyczyn, tkwiących prawdopodobnie w samym ustroju, którego większa lub mniejsza odporność musi tu grać rolę pierwszorzędą. Z faktem tym zmuszeni jesteśmy się pogodzić, a nadewszystko z nim się liczyć przy rozstrzyganiu w związku z tem będących kwestyi praktycznych.

Wytlumaczenie jednak sposobu zarażenia w tej grupie przypadków, w których, jak np. w opisanym przezemnie, nie znajdujemy u osobnika zarażającego żadnych wytworów przymiotu, które, jako źródło zarazka wskazać byśmy mogli, przedstawia poważne trudności i, dotychczas przynajmniej, w sferze mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń krążyć musi.

Nie mogę atoli zgodzić się na przypuszczone przez FOURNIER'a przeoczenie, gdyż właśnie w tych przypadkach poszukuje się najstaranniej, a znalezienie najmniejszego śladu, czy to na skórze, czy na błonach śluzowych, już wystarczałoby do uważania go za źródło zarazka.

Z drugiej znów strony nie wytrzymuje krytyki objaśnienie HARDY'ego, że wytwór zarażający zdołał zniknąć do tego czasu, w którym nastąpiło badanie podejrzanego osobnika, skoro właśnie te późne objawy wtórne, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, odznaczają się niezwykłą uporczywością, nawet wtedy, gdy stosujemy leczenie swoiste.

Zdaniem mojem, najwięcej cech prawdopodobieństwa ma za sobą możliwość zarażenia w takich przypadkach przez nasienie, możliwość, o której napomknął HARDY, o której jednak na wspomnianem posiedzeniu nie dyskutowano.

Chcąc to zdanie uzasadnić, muszę z konieczności przejść do sprawy zaraźliwości nasienia wogóle. Otóż do obecnej chwili brak bezpośrednich dowodów na to, żeby nasienie syfilityka było zaraźliwe w tem znaczeniu, jak np. wydzielina objawu pierwotnego lub lepiej płaskich. Nawet większość autorów, powołując się na ujemny wynik szczepień, dokonanych niegdyś przez MIREUR'a, zaprzecza podobnej możliwości, godząc się jednak na to, że

nasienie posiada zdolność do dziedzicznego przekazywania przymiotu. Tkwiącą w takim poglądzie sprzeczność, a nawet jego bezzasadność wykazał FINGER²⁾). Nie można nie zgodzić się na wywody FINGER'a, gdyż przyjąwszy dowiedzioną możliwość dziedziczenia przymiotu ojcowskiego, musimy przyjąć, że nasienie ojca zawiera mechanicznie przymieszany zarazek przymiotu, a zatem musimy przyjąć i zaraźliwość, względnie zaszczepialność nasienia.

W przymiocie, jak i w innych chorobach pochodzenia drobnoustrojowego, nie cały ustrój jest przesiąknięty jadem chorobotwórczym, a zatem te tylko komórki ustroju mogą działać zakaźnie i wywoływać przymiot, które ów jad również komórkowy zawierają. Stosuje się to do nasienia, które, acz niekoniecznie, może jednak zarazek zawierać. Dzieje się to jednak nieczęsto, jak o tem świadczą nieznaczące stosunkowo odsetki dziedziczenia przymiotu po ojcu, a jeszcze więcej możność płodzenia dzieci zupełnie zdrowych w okresie przymiotu świeżego.

Na zasadzie analogii mamy prawo wnioskować, że nasienie może zawierać domieszany zarazek, nawet przy zdrowych narządach wydzielniczych (skoro np. przy zdrowych nerkach w tyfusie odnajdywano w moczu laseczniki tyfusowe), zapewne jednak przeważnie zarazka dostarczają nasieniu przymiotowo zmienione jądra.

Z tego wynika, że tylko w pewnej liczbie przypadków nasienie może zarażać, i dlatego też dotychczasowych, ujemnych wyników szczepień za decydujące uważać nie należy; możemy więc zaraźliwość nasienia, z wielkiem prawdopodobieństwem, objaśnić nietylko moje, na wstępie opisane spostrzeżenie, lecz i inne do niego podobne, w których zarażenie przymiotem następuje w późnym jego okresie i przy zupełnym braku objawów choroby u zarażającego.

O cięciu nadłonowem,

podał Karol Zagórski

b. asystent kliniki chirurgicznej fakultetowej warszawskiej, lekarz szpitala Św. Wincentego w Lublinie.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaw. 19 listopada 1895 r.).

(Dokończenie.—Zob. N. 1).

Metoda ANTAL'a, o ile z dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń wnosić wolno, skuteczniej niż inne zapobiega niebezpieczeństwu i wytwarzaniu przetok następnych. Polega ona głównie: 1) na skombinowaniu szwu pęcherzowego z otwartem leczeniem pozostałych warstw rany w ścianie brzusznej, i 2) na skośnem ścięciu brzegów rany w pęcherzu, celem wytworzenia szerszej powierzchni koaptacyjnej. ANTAL tedy radzi wykonywać rękoczyn w sposób następujący:

1) Po uśpieniu chorego i wypełnieniu płynem odbytnicy i pęcherza, cięcie podłużne w linii białej, tuż nad spojeniem łonowem.

2) Po dojściu do dolnej części przedniej powierzchni pęcherza, rozcięcie jej w linii środkowej, na przestrzeni, odpowiadającej zamierzonemu rękoczynowi.

²⁾ Alfred FOURNIER. Die Vererbung der Syphilis, bearbeitet von E. FINGER.

- 3) Wydobycie kamienia, względnie usunięcie nowotworu.
- 4) Skośne ścięcie brzegów rany w pęcherzu.
- 5) Zeszycie pęcherza jednym rzędem gęstych szwów węzełkowych, jedwabnych (po 3 do 4-ch szwów na jeden centymetr rany), przyczem w szew ujmować należy tylko błonę zewnętrzną i warstwę mięsną pęcherza.
- 6) Sprawdzenie dokładności szwu przez wypełnienie pęcherza płynem.
- 7) Mocne wytamponowanie pozostałej rany paskami gazy jodoformowej.
- 8) Opatrunek.

Postępując tą drogą, ANTAL na 16 przypadków cięcia nadłonowego (8 wobec kamienia i 8 wobec nowotworu pęcherza), we wszystkich przypadkach otrzymał zagojenie rany pęcherza przez rychłozrost. BECSI, który stosował metodę ANTAL'a 5 razy, 5 razy otrzymał zagojenie doraźne. Z ogólnej liczby tych 21 przypadków, ANTAL stracił jednego chorego. Przypadek ten dotyczył kamienia, usadowionego w uchyłku pęcherzowym. Ścieńczyła ściana uchyłka, wskutek ropnego zapalenia pęcherza, została w następstwie przedziurawiona, co spowodowało zakażenie otrzewnej i śmierć chorego. Przy sekcji, i w tym przypadku okazało się, że rana w pęcherzu była zabliźniona. Przy stosowaniu metody ANTAL'a wydarza się również, że który ze szwów pęcherzowych puści, lub mocz, nadmiernie rozciągający pęcherz przy utrudnionym przypadkowo odpływie, pomiędzy szwami pęcherza nazewnątrz się wydobędzie; lecz powikłanie to o wiele jest tu mniej groźne, niż wówczas, gdy leżące po nad pęcherzem warstwy połączone są szwami; wtedy bowiem mocz—pojedyncze warstwy rany w ścianie brzusznej odłuszcza, a uciskany z zewnątrz przez szwy skórne, wtłacza się w odwarstwienia tkanki łącznej przedpęcherzowej, mięśni brzusznych i tkanki tłuszczowej podskórnej, gdzie pod wpływem ucisku łatwo ulegając wessaniu, zakażenie moczowe wywołuje. Tymczasem przy sposobie postępowania, podanym przez ANTAL'a, w tych nawet przypadkach, w których mocz pomiędzy szwami pęcherza się przedostanie, zanim się z warstwami przekroju ściany brzusznej zetknie, wchłonięty zostaje przez tampon jodoformowy, który go nazewnątrz ustroju wydala. Nadto, dzięki prawdopodobnie szerszej powierzchni pęcherza, szwami zespolonej, w tych przypadkach, w których się nie wszystkie szwy utrzymały, rozstąpienie się ich wydarzało się dopiero pomiędzy 7-ym a 14-ym dniem po operacji, co jest okolicznością wielkiej wagi, gdyż zaciekający w tym okresie do rany w ścianie brzusznej mocz styka się wówczas nie z wieloma warstwami, a z jednolitą, pokrytą ziarniną powierzchnią, która, jako pozbawiona naczyń chłonnych, odporne warunki do wessania moczu przedstawia. To też z 16-tu przypadków ANTAL'a, w 4-ch się wydarzyło, że mocz przez opatrunek jednorazowo nazewnątrz przesiąknął, a mimo to we wszystkich tych przypadkach nastąpiło zagojenie doraźne. To samo miało miejsce i w pierwszym moim przypadku operacyjnym. Dodatnie wyniki metody ANTAL'a, którą on „*sectio alta modificata*“ nazwał, zachęciły mnie do zastosowania jej w dwóch przypadkach cięcia nadłonowego, a pomyślny skutek obu podjętych rękoczynów ośmiela mnie do zajęcia dziś uwagi Panów treściwym tych dwu spostrzeżeń opisem.

Spostrzeżenie I. Stanisław Żebrowski, trzyletni syn włościanina z okolic Krasnegostawu, przywieziony był do mnie w kwietniu 1891 r. Powziąwszy z oględzin chorego i wywiadów przypuszczenie, że mam do czynienia z ka-

mieniem pęcherza, stwierdziłem jego obecność przez zbadanie chorego w uśpieniu chloroformowem, cewnikiem metalowym, poczem 20. IV., przy łaskawej pomocy kolegów TETZA, JAWOROWSKIEGO, DOBRUCKIEGO i OLECHNOWICZA, przystąpiłem do operacji. Przebiegu jej szczegółowo opisywać nie będę, postępowałem bowiem ściśle podług powyżej opisanego planu, podanego przez ANTAL'a. Wspomnę tylko, że do balonu kauczukowego, wprowadzonego do odbytnicy, zastrzyknąłem 300 grm. płynu, a do pęcherza około 150 grm. 2% roztworu kwasu borowego, przyczem po nad spojeniem łonowem zarysował się wyraźnie pęcherz, postaci kulistej, wielkości średniej pomarańczy. Cięcie w skórze 6 cent. długie; pęcherz otworzony na przestrzeni 3 cent. Grubość ścian pęcherza pół cent.; po skośnem ścięciu brzegów rany w pęcherzu, szerokość koaptacyjnej powierzchni wyniosła prawie 1 centymetr. Szwów nałożyłem 8, wkluwając igłę o pół cent. od brzegu rany, a starając się ją wyprowadzić na granicy błony mięsnej i śluzowej pęcherza, poczem, przekonawszy się, że szwy zespalają brzegi cięcia w pęcherzu dostatecznie ściśle, wytamponowałem pozostałą część rany paskami gazy jodoformowej i nałożyłem opatrunek przeciwnilny. Wydobyty kamień długości 4 cent., szerokości 2-ch cent., ważył po wysuszeniu przeszło 8 gramów, złożony był z węglanu i szczawianu wapna. Do pęcherza założyłem „à demeure“ cewnik sprężysty NÉLATON'a Nr. 12, który przyszyłem do napletka. Przebieg pooperacyjny przez pierwsze 7 dni prawidłowy. Odwiedzając chorego na 8-my dzień po operacji, znalazłem cały opatrunek przesiąknięty moczem, a dozorująca dziecię matka opowiedziała mi, że nad ranem, podczas snu dziecka, cewnik się wysłiznął, poczem mocz drogą naturalną wydzielać się przestał. Przy zmianie opatrunku przekonałem się, że rana w ścianie brzusznej pokryta jest jednolicie jedną bujną ziarniną. Wprowadziłem znowu „komornem“ nieco grubszy cewnik NÉLATON'a, który, tak jak poprzedni, przyszyłem do napletka. W 3 dni później drugi opatrunek, przy którym znalazłem ranę w ścianie brzusznej o wiele płytszą, a przetoki ani śladu. Cewnik usunąłem. Zabliźnienie pozostałej części rany postępowało tak szybko, że chory na 24-ty dzień po operacji, jako zupełnie wyleczony, ze szpitala wypisany został.

Spostrzeżenie II. Włodzimirz Brodowski, 4 lata liczący, syn mieszcza-nina z okolic Chełma, przybył do szpitala Ś-go Wincentego w Lublinie dnia 5 września 1895 r.¹⁾ Ojciec opowiada, iż dziecię od lat 2-ch ciągle jest chore. Zaczęło się od bolesności przy oddawaniu moczu, a już blisko od półtora roku chory oddaje mocz li tylko kroplami, tak, że cała odzież na nim przesiąknięta jest cuchnącym moczem, roznoszącym dokoła silną woń alkaliczną. Każdy nieco przyśpieszony ruch, bieganie, jazda wozem, wywołuje bolesność i krwawienie, poczem przytrafia się częstokroć, że wydzielanie moczu chwilowo ustaje, i dziecię po kilka godzin w niebogłosy krzyczy, zanim mocz znowu kroplami odpływać zacznie. Objawy te pozwalały wnosić o obecności kamienia wklinowanego w szyję pęcherza, co przez bliższe zbadanie chorego pod chloroformem stwierdzić należało. Jakoż, uśpiwszy chorego i usunąwszy znaczną stulejkę, rozszerzyłem wązki wylot cewki moczowej przez rozcięcie go ku dołowi, i przy wprowadzeniu cewnika metalowego, już w odległości

¹⁾ W obu przypadkach podaje miejscowość, z której pochodzili chorzy, ze względu, iż pomiędzy Krasnymstawem i Chełmem ciągną się obfite pokłady kredy, co zdaje się być w związku przyczynowym z chemicznym składem kamieni.

kilku centymetrów od *meatus urinarius externus* natrafiłem na kamień, który przy lekkim nacisku z łatwością dał się odprowadzić do pęcherza, zawierającego nieznaczną ilość mętnego i cuchnącego moczu. Dnia 11 kwietnia, przy łaskawem współdziałaniu kol. JANKOWSKIEGO, JAWOROWSKIEGO i KLARNERA, przystąpiłem do operacji. Po uśpieniu chorego i wprowadzeniu do odbytnicy balonu kauczukowego, który wypełniłem płynem, usiłowałem zastrzyknąć do pęcherza 2% roztwór kwasu borowego, co jednak okazało się niemożliwem, już bowiem po wprowadzeniu około 60 gramów płynu, pomimo głębokiego uśpienia, występowały u chorego silne skurcze pęcherza i płyn około cewnika przez cewkę nazewnątrż wytryskał. Mieliśmy więc do czynienia z pęcherzem nienadającym się do rozszerzenia („*vessie intolérable à la distension*“ według orzeczenia GUYON’a). Postanowiłem tedy wypełnienia pęcherza zaniechać i przystąpić do operacji, rozciągnąwszy tylko silniej płynem wprowadzony do odbytnicy balon. Cięcie w linii białej zrobiłem na przestrzeni 7-iu centymetrów. Gdy doszedłem do pęcherza, spostrzegłem, że fałda otrzewnowa przedpęcherzowa, która w pierwszym moim przypadku ukazywała się tylko w górnym kącie rany, tutaj, wydłużona, zwieszała się prawie do samego spojenia łonowego, tak, że przez cały przebieg rękoczynu musiała być unoszona ku górze, przyczem pęcherz dawał się odsłonić z otrzewnej zaledwie na przestrzeni $3\frac{1}{2}$ cent. Na tej przestrzeni pęcherz otworzyłem i wydobyłem zeń kamień długości $4\frac{1}{2}$ cent., szerokości $2\frac{1}{2}$ cent., który po wysuszeniu ważył 10 gramów i złożony był z moczanów, fosforanu wapna i fosforanu amono-magnezyowego. Najtrudniejszym aktem operacyjnym było założenie do pęcherza cewnika „à demeure“, wskutek bowiem długotrwałego przebywania chropowatego kamienia w szyi pęcherza i tylnej części cewki, wytworzyły się w niej pewne odwarstwienia, fałdy, nierówności, które przy wprowadzaniu cewnika metalowego dawały się ominąć, ale cewnikowi sprężystemu NÉLATON’a, a nawet półtwardemu COLLIN’a o tyle dostęp utrudniały, że próby wprowadzenia którego z tych cewników, parę razy przed operacją odbywane, były zawsze bezskuteczne. Z tego względu, w danym przypadku należało wprowadzić cewnik do pęcherza przed nałożeniem szwu. Po wydobyciu więc kamienia, przekonawszy się raz jeszcze, że cewnik zwyczajnym sposobem wprowadzić się nie da, wsunąłem wskazujący palec lewej ręki od strony pęcherza do rozszerzonej przez kamień cewki moczowej, a ręką prawą usiłowałem wsunąć do cewki odzewnątrż półtwardy cewnik COLLIN’a „à bout olivaire“ (N. 12), aż do tkwiącego w cewce moczowej palca. Cofając palec, w miarę posuwania się naprzód cewnika, ten ostatni udało mi się wprowadzić do pęcherza, w którym pozostawiłem go komornem, przytwierdziwszy zewnętrzny jego koniec do prącia. Następnie nałożyłem na pęcherz 9 szwów węzełkowych jedwabnych, a przekonawszy się, że cewnik działa prawidłowo i szwy płynu nazewnątrż nie przepuszczają, o ile wnosić o tem było można przy nieznacznem wypełnieniu pęcherza (gdyż, jak wiemy, o silniejszym rozszerzeniu go większą ilością płynu mowy tu być nie mogło), ranę w ścianie brzusznej wytamponowałem i nałożyłem opatrunek. Dodać muszę, że w tym przypadku nie uciekałem się do skośnego okrwawienia ścian pęcherza, gdyż wskutek przerostu były one wyjątkowo zgrubiałe, przecięcie ich wynosiło przynajmniej $\frac{3}{4}$ cent., a więc przeznaczone do zespolenia powierzchnie były dostatecznie szerokie. W ciągu pierwszych dni po operacji, mimo, iż cewnik działał prawidłowo, nieznaczną tylko część mętnego moczu odpływała prze-

zeń do zbiornika, przeważna zaś ilość jego ściekała kroplami obok cewnika. Okoliczność ta, z góry dająca się przewidzieć, była następstwem porażenia zwieracza pęcherza, wywołanego przez długie przebywanie ciała obcego w szyi pęcherza i tylnej części cewki. Porażenie to zresztą, które, jak należało się spodziewać, z usunięciem przyczyny, po trzech tygodniach zupełnie ustąpiło, nie było w danym przypadku warunkiem ujemnym. Przeciwnie, zapewniało ono stały odpływ moczu, a zabezpieczając czasowo pęcherz od nadmiernego rozciągania, o tem pewniejszym utrzymaniu się szwów wnosić pozwalało. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Raz tylko ciepota ciała podniosła się do $38,4^{\circ}\text{C}$., co skłoniło mnie do zmiany opatrunku już na 4-ty dzień po operacji. W trzy dni później drugi opatrunek, przy którym, wobec trwającego ciągle porażenia zwieracza, cewnik — jako zbyteczny — usunąłem. Mocz zrazu mętny i cuchnący, stopniowo się wyjaśniał, tak, że w dwa tygodnie po operacji był już zupełnie prawidłowy. Porażenie zwieracza po 10-iu dniach zaczynało ustępować. W trzecim tygodniu po operacji chory mógł już zatrzymywać mocz w pęcherzu po parę godzin, tak, że mimowolne moczenie wydarzało się przeważnie tylko w nocy, a w 23 dni po operacji chory, zupełnie wyleczony, szpital opuścił.

Na zasadzie opisanych spostrzeżeń i wszystkich powyżej przytoczonych danych, ośmielam się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Cięcie nadłonowe zmienione ANTAL'a jest zabiegiem względnie prostym i nie przedstawia w wykonaniu wielkich trudności, w tych nawet wyjątkowych przypadkach, w których, wskutek niepodatności pęcherza do rozciągnięcia płynem, fałda otrzewnowa przedpęcherzowa dostatecznie ku górze unieść się nie daje.

2) Przez wytworzenie szerszych powierzchni koaptacyjnych, zapomocą skośnego okrwawienia rozciętych ścian pęcherza, metoda ANTAL'a daje większe prawdopodobieństwo doraźnego ich zrostu.

3) Zabezpiecza ona lepiej niż inne od zacieków moczowych i przetok następnych, skoro przy stosowaniu jej w tych nawet przypadkach, w których mocz nazewnątrż pomiędzy szwami przesiąknie, następuje jednak za-zwyczaj zagojenie ścian pęcherza przez rychłozrost.

4) Z powyżej wymienionych względów, sposób wykonania cięcia nadłonowego, podany przez ANTAL'a, zasługuje na szersze rozpowszechnienie, a co najmniej, na wypróbowanie jego skuteczności w znaczniejszej ilości spostrzeżeń operacyjnych.

Mówiąc o zmianach i udoskonaleniach cięcia nadłonowego, nie mogę, kończąc, pominąć milczeniem pomysłu, w zakresie tej sprawy najoryginalniejszego i najśmielszego. Chcę mówić o cięciu nadłonowym wewnątrzotrzewnowem RYDYGIERA, stosowanym z powodzeniem od lat kilku w Klinice Wszechnicy Jagiellońskiej. „*Sectio alta intraperitonealis*“ polega, jak wiadomo, na zrobieniu laparotomii i dostaniu się do pęcherza od strony jamy brzusznej, prowadząc cięcie przez powierzchnię jego, powleczoną otrzewną. Zeszywając potem ranę w pęcherzu, mamy przed sobą przeznaczone do zespolenia powierzchnie, po-

kryte powłoką otrzewnową, która to okoliczność najpewniej rozejściu się ich zapobiega. Postępowanie takie w pewnej mierze najlepiej odpowiada idealnemu przebiegowi omawianej przez nas operacji; choremu bowiem, złożonemu ciężką niemocą, w ciągu kilku dni przywraca zdrowie. Ale możliwość zakażenia otrzewnej podczas laparotomii, jakkolwiek przy ścisłej aseptyce minimalna, niemniej przeto istnieje, a najdokładniej nałożony szew, na pokryte nawet otrzewną powierzchnie,—wobec pewnych ujemnych warunków, częściowo puścić może; a wtedy w pierwszym przypadku stracimy chorego wskutek narażenia go na niebezpieczeństwo, którego, postępując inaczej, mogliśmy uniknąć, w drugim staniemy wobec najgroźniejszego powikłania, jakie po wykonaniu cięcia nadłonowego przytrafić się może, t. j. wobec zaciekania moczu do jamy otrzewnowej. Według łaskawie udzielonych mi przez prof. RYDYGIERA danych, cięcie nadłone wewnątrzo-trzewnowe po dziś dzień wykonane było 14 razy: przez samego RYDYGIERA 11 razy, zawsze z dobrym wynikiem, przez SCHRAMMA 2 razy (u tego samego chorego) również z zejściem pomyślnem, i przez BOSSOWSKIEGO raz jeden, z zejściem śmiertelnem. Szanowny profesor dodaje, że nie zaleca swojej metody bezwzględnie i że przedewszystkiem nadaje się ona do zastosowania u dzieci, oraz w tych przypadkach, w których ściany pęcherza są względnie zdrowe. Zaznaczyć tu muszę, że pomysł cięcia nadłonowego RYDYGIERA, mającego na celu uniknięcie przetok moczowych, powzięty został przed 8-iu laty, t. j. wówczas, gdy po cięciu nadłonowem powikłanie to występowało w bardzo licznych przypadkach. Dziś jednak, gdy przetoki moczowe po tym rękoczynie wydarzają się coraz rzadziej, rodzi się pytanie, czy istnieje potrzeba uciekania się do wewnątrzo-trzewnowego zabiegu, celem uchronienia się od powikłania, które obecnie przytrafia się tylko w bardzo wyjątkowych okolicznościach? Prawda, że wytknięta przez RYDYGIERA droga jest najprostsza, ale prosta droga nie zawsze najpewniej do celu prowadzi. Wolno kroczyć po niej chirurgowi tej miary, co RYDYGIER, ale przeciętny operator, który powinien mierzyć „zamiary według sił“, przystępując do poważniejszego zabiegu, musi przedewszystkiem mieć na uwadze zasadę: „*primum est medico — ne noceat*“. To też, jakkolwiek w drugim moim przypadku miałem do czynienia z okolicznościami wyjątkowo nadającymi się do cięcia nadłonowego „transperitonealnego“, istniejące bowiem czasowe porażenie zwieracza, zapewniając stopniowy odpływ moczu, znosiło możliwość rozciągania pęcherza, usuwając przez to obawę rozejścia się szwów; lecz niemniej przeto i w tym przypadku wolałem uciec się do metody ANTAL'a, jako nie przedstawiającej z góry dającego się przewidzieć niebezpieczeństwa. Zresztą „*feci quod potui, fuciant meliora potentes*“.

L I T E R A T U R A.

- 1) Specielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnröhre und Harnblase in 16 Vorlesungen, von Professor D-r GÉZA von ANTAL. Stuttgart. 1889.
- 2) Traité pratique des maladies des voies urinaires, par Sir Henry THOMPSON. Paris. 1881.
- 3) Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par Félix GUYON. Paris. 1885.
- 4) Chirurgie abdominale, par I. GREIG SMITH. Paris. 1894.
- 5) Atti dell' XI Congresso medico internazionale. Torino. 1895.
- 6) Traité des corps étrangers en chirurgie, par le D-r Alfred POULET. Paris. 1879.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

4. BERGENGRUEN. **O szkodliwych skutkach zwężenia nosa i utrudnionego oddychania nosem.** Nos odgrywa rolę trojaką: *a)* tu się rozpoczynają drogi oddechowe; zimne powietrze zewnętrzne rozgrzewa się w nosie do 30°C. i nasycy się wodą, parującą z błony śluzowej nosa; w ten sposób ustrój pochłania pół litra wody na dobę. Tutaj zatrzymują się cząsteczki pyłu, zmieszane często z drobnoustrojami chorobotwórczymi; *b)* nos jest narządem powonienia i smaku, oraz *c)* nieodzowną częścią składową narządu mowy. Dźwięki *m, n,* i kombinacje ich z *p, g, d, t,* powstają wskutek ujścia powietrza wydechowego przez nos. Z drugiej strony nos odgrywa rolę rezonatora, w którym głos nabiera większej siły; pochodzi to od falowania znajdującego się w nosie powietrza, które jest wprowadzone w ruch przez fale słuchowe przy pomocy przewodnictwa kostnego (podniebienia twardego).

Utrudnienie oddychania nosowego może być zależne od zwężenia lub zupełnej niedrożności nosa albo od przeszkód, znajdujących się w jamie noso-gardzielowej.

U noworodków zwężenie zależy może od zatkania nozdrzy tylnych tkanką łączną lub kostną, dalej od wrodzonych wyrosła adenoidalnych. Bywają przypadki wrodzonego osłabienia i ścięnięcia zewnętrznych części miękkich nosa, tak, że skrzydła nosa przy wdechu wciągają się i wywołują mniejsze lub większe zwężenie nosa. Następnie zwężenie może wywołać muszla dolna, która czasem przyjmuje położenie skośne, prawie poziome; muszla w takich razach jest powiększona. Niekiedy na muszli średniej z przodu lub z tyłu znajdują się wzdęcia wypełnione ropą. Takie pęcherze kostne zatykają czasem jamę nosową w zupełności; mogą one, uciskając przegrodę nosową, wywołać skrzywienie jej, wskutek czego następuje zwężenie i drugiej połowy jamy nosowej. Skrzywienie przegrody może zależeć również od złamania jej, jeżeli odłamki zrosną się pod kątem, a także od nadmiernego jej rozrastania się; powstaje wtedy skrzywienie lub też na przegrodzie ukazują się wyrostki w rodzaju listw, utworzone z kości lub chrząstki.

Częstą przyczynę utrudnienia oddychania nosowego przedstawia przewlekły nieżyt nosa; wskutek przekrwienia błony śluzowej następuje jej przerost; powstają w niektórych miejscach twory podobne do guzów, które ze swej strony podtrzymują nieżyt. Przerosty takie najczęściej zdarzają się na tylnych końcach muszel; dosięgają one wielkości wiśni i mają powierzchnię podobną do maliny. Przekrwienia długotrwałe same przez się mogą również wywołać zwężenie nosa; bywają one głównie na przednich końcach muszel w postaci czerwonych poduszek, które ostatecznie prowadzą do wytwarzania się guzów.

Przewlekły nieżyt nosa prawie zawsze przechodzi na gardziel; normalnie znajdująca się tu tkanka adenoidalna u dzieci rozrasta się niezmiernie i tworzy wyrosła adenoidalne, które znajdują się na górnej ścianie gardzieli i często przechodzą na tylną jej ścianę (migdał noso-gardzielowy); wyrosłe te mogą się także znajdować na bocznych ścianach w postaci mas podobnych do winogron lub też przedstawiają się pod postacią grzebieni kogucich, ułożonych w kilka rzędów. Przewlekły nieżyt nosa może spowodować wyrastanie polipów śluzowych, których ilość i wielkość może być bardzo znaczna; rzadsze są włókniaki i brodawczaki w postaci polipów.

Przymiot i gruzlica nosa występują często jako kuliste guzy ziarninowe, przytwierdzone najczęściej na szypule. Przy trądzie (*lepra tuberosa*) oddychanie nosowe znosi się wskutek obrzmienia błony śluzowej. Znosi się ono również przy mięsaku i raku błony śluzowej; to samo można powiedzieć i o twardzieli nosa.

Ważną rolę odgrywają u dzieci ciała obce; masy śluzowe, inkrustując się około nich, mogą utworzyć duże złogi (rinolity). Znaczne zwężenie nosa wywołują również blizny, powstałe po zagojeniu się ran i owrzodzeń (wskutek przymiotu, gruzlicy, wilka, przypałów kwasem chromnym, żegadłem galwanicznym i t. p.), a także strupy znacznej wielkości, które się tworzą przy cuchnącym nieżyście nosa (*ozaena*).

Co się tyczy objawów zwężenia nosa, to przedewszystkiem należy wspomnieć o zboczeniu mowy, której często zrozumieć nawet nie można: powietrze, napotykając przeszkodę w nosie, przeciska się przez usta, rozsadzając z gwałtownością zamkniętą szparę jamy ustnej. Jednocześnie mowa traci siłę, pełność i dźwięk; wysokie tony nie tworzą się wcale. Głos cierpi tu także, gdyż struny głosowe mają pracę podwójną, muszą bowiem prócz zwykłej czynności przezwyciężać ciśnienie powietrza, wracającego z nosa; wkrótce powstaje niedostateczność strun. U 40% jaskających się można znaleźć zwężenie nosa (najczęściej powstałe wskutek wyrostki).

Utrata zmysłu powonienia i smaku może z jednej strony zależeć od zmian ośrodkowych lub obwodowych nerwu powonienia, z drugiej zaś od zatkania nosa, wskutek czego powietrze nie może wywołać podrażnienia zakończeń nerwowych.

Oddychanie przy zatkaniu nosa jest możliwe tylko przez usta. U ssawców zwykły nieżyt nosa staje się już niebezpiecznym, gdyż muszą oni przerywać ssanie, aby zaczerpnąć powietrza. Usiłując zaś zaczerpnąć go przez nos, niechcący wciągają mleko przez usta, co powoduje kaszel spazmatyczny i wymioty, może zaś wywołać zapalenie płuc (*Schluckpneumonie*).

Szczęka górna i żuchwa przylegają do siebie wskutek ciśnienia powietrza, oddychający więc ustami muszą tę przeszkodę przezwyciężyć, mięśnie szyi pociągają bezustannie mięśnie twarzy i policzków, te ostatnie wciąż się wyciągają, wskutek czego wydłużają się, tak, że po usunięciu przeszkody w nosie trzeba się przyzwyczajać, aby usta mieć zamknięte. Wyciągnięte mięśnie policzków i twarzy uciskają z obu stron nos i szczęki górne ku linii środkowej; nos staje się wąskim i cienkim, grzbiet jego robi się ostrym, skrzydła nie poruszają się, a mięśnie nosa (*levatora et depressores*) i wargę górną ulegają zanikowi, bródka między nosem i wargą znika, kąty zewnętrzne oczów obniżają się, zęby boczne zbliżają się ku sobie, sklepienie podniebienia twardego, tworzące półkole prawidłowe, staje się zaostrozonym, zęby zaś przednie zachodzą jedno na drugie dachówkowato, niektóre wcale się nie wyrzynają lub wyrzynają się do jamy nosowej, a ponieważ są wciąż wystawione na wpływy powietrza zewnętrznego, więc są zmienione, spróchniałe. Wskutek ciągłego parowania wody z błony śluzowej, wargi wysychają, pękają, na linii środkowej i w kątach ust tworzą się szczeliny (*rhagades*), przez które mogą przenikać drobnoustroje. Wargę grubiej w rodzaju ryja i czerwienieje, to samo ma miejsce w okolicy nozdrzy; wydzielina wciąż ścieka i tu również skóra pęka. Następnie gruczoły chłonne na szyi puchną i twardnieją.

Wskutek działania powietrza i ciągłego nieżyty następuje podrażnienie migdałów, zapalenie ich ze znacznym powiększeniem ich objętości. Nieżyt przechodzi na krtań, tchawicę i oskrzela, a na tem tle już z łatwością powstają: błonica, gruzlica, róża i zapalenie płuc.

Zropiała wydzielina nosa łatwo zakaża jamy sąsiednie, podrażniona tkanka gruczołowa powiększa się, ujścia trąbek EUSTACHJUSZA zatykają się, ciśnienie powietrza w nich staje się ujemnem, wskutek czego błona bębenkowa wciąga się, słuch tępieje, następuje nawet głuchota; czasem zaś przez trąbkę przenikają pasorzyty ropotwórcze i wywołują zapalenie ucha średniego.

U dzieci starszych, jako jeden z pierwszych objawów zwężenia nosa, występuje niepokój podczas snu. Żuchwa opada, powoduje ucisk kości gnykowej i nasady języka na nagłośnie, tej ostatniej zaś na tylną ścianę gardzieli; kołysząca się nagłośnia powoduje chrapanie. Ilość wdychanego tlenu jest niedostateczną, rozpoczyna się powolne zatrucie kwasem węglanym, co wywołuje niespokojny sen, przykre marzenia senne, dziecko spocone budzi się, aby zaczerpnąć powietrza, co powtarza się kilkakrotnie podczas nocy; zatrucie to jest także przyczyną mimowolnego moczenia nocnego. Dziecko wstaje z uczuciem ucisku i bólu głowy, do tego przyłącza się ból oczów podczas czytania i pisanja; staje się ono nieuważnem i roztrzepanem, następnie płacziwem i upartem.

Prócz tego zwężenie nosa może wywołać odruchowo ból głowy i dychawicę (*asthma*). Ból głowy bywa często bardzo mocny; pochodzi on wskutek zetknięcia się jakiegoś wyrostka kostnego, wychodzącego z przegrody, z muszlą. Z chwilą usunięcia wyrostka lub tylko usunięcia zetknięcia się (zapomocą kokainy) znika ból głowy. Dychawica powstaje wskutek przeniesienia podrażnienia nosa na płucną część nerwu błędnego, które wywołuje kurcz oskrzeli. Atak dychawicy może nastąpić także drogą mechaniczną: wskutek przeszkody ze strony nosa ciśnienie w drogach oddechowych zmniejsza się, następuje przekrwienie bierne i opuchnięcie błony śluzowej, światło więc małych oskrzeli zmniejsza się i może się łatwo zamknąć zupełnie.

(*St. Petersburger med. Woch. N. 40. 1895*).

J. Weisblat.

5. F. LAGRANGE (Bordeaux). **O leczeniu zwężeń przewodu łzowego zapomocą elektrolizy.** Zwężenia w przewodzie łzowym powstają wskutek nacieczenia zapalnego jego błony śluzowej lub wskutek zamknięcia światła przez tkankę bliznowatą. Zwężenia te powodują bardzo przykre, ustawiczne łzawienie, oraz wywołują często i podtrzymują sprawę zapalną w worku łzowym. Wiadomo zaś, że istnienie sprawy zapalnej w worku łzowym jest rodzajem miecza Damoklesa dla rogówki, gdyż najcięższe sprawy ropne rogówkowe, prowadzące często do utraty oka, a zawsze prawie upośledzające widzenie, powstają właśnie wskutek zakażenia drobnoustrojami, z chorego worka łzowego pochodzącymi. Ponieważ przy najstarszym i najbieglejszym leczeniu znanymi dotąd sposobami rzadko udaje się w zupełności usunąć zwężenie przewodu łzowego i to zazwyczaj po długiem bardzo leczeniu, każda nowa zdobycz na tem polu jest nadzwyczaj pożądana. Najdawniejszym i najczęściej używanym sposobem leczenia chorób dróg łzowych jest: 1) przepłukiwanie przewodu noso-łzowego zapomocą strzykawki ANEL'a środkami odkażającymi, jak sublimat, formaldehyd, kwas borny, a także, zależnie od rodzaju wydzieliny: saletranem srebra, siarczanem cynku lub zawiesiną jodoformową, oraz 2) mechaniczne rozszerzanie zwężeń zgłębnikami BOWMAN'a. Oprócz tego stosowano bywa leczenie operacyjne, t. j. lyżeczowanie, dalej przyżeganie galwanokauterem, wreszcie nieraz uciekać się trzeba do wyluszczenia worka łzowego. W ostatnich czasach stosowano elektrolizę, która przez różnych autorów bywała zalecana (GORECKI, KOEMPFER, ROY, STEAWENSON i JESSOP i inni ¹⁾). Dotychczasowe przy-

¹⁾ Zyg. KRAMSZTYK stosował elektrolizę w celu zablźnienia przetok włosowatych worka łzowego jeszcze w r. 1875. (Pam. Tow. Lek. Warsz. r. 1875 T. LXXI. 1 Medycyna r. 1876, N. 13). 1123 p. referenta.

rzędy, do elektrolizy używane, nie pozwalały na dokładne stopniowanie siły prądu, a przewodniki, wprowadzane w kanał noso-łzowy, działając na całą jego powierzchnię, wywoływały nieraz, szczególnie przy zbyt silnym prądzie, szkodliwe obrażenia, prowadzące za sobą zabliznienie całego przewodu. Wskutek tych braków elektroliza nie znalazła dotąd szerszego zastosowania. LAGRANGE postawił sobie za zadanie, usunięcie tych braków i podaje obecnie wyniki swej pracy w następujących wnioskach: 1) elektroliza ujemna przy użyciu słabego prądu o sile 3 do 5 miliamperów, daje przy leczeniu zwężeń dróg łzowych bardzo często doskonałe wyniki; 2) może wystarczyć po jednym lub kilku posiedzeniach do usunięcia zwężeń mniej znacznych; 3) przy zwężeniach bardzo znacznych wybitnie zwiększa wyniki zgłębnikowania; 4) stosowana rozsądnie i przy użyciu odpowiednich ostrożności, nie spowodowała złych skutków. L. postępuje w sposób następujący. Po rozszerzeniu otworu dolnego kanału łzowego zgłębnikiem stożkowym i przemyciu przewodu, wprowadza zgłębnik srebrny BOWMAN'a № 1, którego część górna pokryta jest lakierem izolującym dla zabezpieczenia kanału od wpływu elektrolizy. Zapomocą właściwego urządzenia zgłębnik połączony jest z przewodnikiem, od bieguna ujemnego baterii idącym, przewodnik zaś bieguna dodatniego, owinięty watą umoczoną w wodzie osolonej, wprowadza się w nozdrze po stronie chorej. Obydwa przewodniki oddalone są w ten sposób od siebie o jeden do dwóch centymetrów, prąd przebiega z łatwością, a anod nie wywiera żadnego działania szkodliwego na błonę śluzową nosa. Żeby uniknąć w czasie zamykania prądu wszelkich możliwych zaburzeń (zawrót głowy, omdlenie i t. d.) i bólu, zachować należy ściśle następujące przepisy: 1) stos powinien być zaopatrzony w dobry reostat; 2) siła prądu ma być stopniowo wznoszona nie wyżej 5 miliamperów, a następnie powolnie zmniejszana; 3) podczas działania prądu przewodniki nie powinny się stykać ze sobą, elektrody muszą pozostawać w tem samym oddaleniu, a tampon w nosie ma być nieruchomy; 4) posiedzenie nie powinno trwać dłużej nad 5 minut.

W chwili zamykania prądu chory doznaje lekkiego bólu, czasem widzi błyski; w chwili największego nasilenia prądu odczuwa tylko nieprzyjemne lechtanie, gdy u otworu kanału zbierają się drobne pęcherzyki gazu. Ponieważ bardzo ważne jest stopniowanie siły prądu, bez skoków, autor kładzie wielki nacisk na użycie dobrego reostatu, uważając za najlepszy system prof. BERGONIE (fabr. Gendron w Bordeaux).

W dalszym ciągu swej pracy autor podaje opis szczegółowy przypadków leczonych. Nie podajemy ich tutaj, ale przyznać musimy, że przekonywająco popierają wywody autora. Nie wszystkie przypadki były wyleczone, ale tam, gdzie było zwężenie pochodzenia zapalnego, przez nacieczenie błony śluzowej powstałe, jeśli nie po jednym, to po paru posiedzeniach drożność przewodu bywała przywrócona, łzawienie, nieraz od dawna trwające, ustawało, a co najważniejsze, nie wracało. (Niektóre przypadki badane po 2 latach). W zwężeniach bliznowatych elektroliza okazała się poważnym pomocniczym sposobem leczenia, nie usuwającym wprawdzie potrzeby zgłębnikowania, ale je w znacznym stopniu ułatwiającym. Rzecz prosta, że tam, gdzie przewód był zablizniony, gdzie światła nie było, o wyleczeniu trudno myśleć; gdyby nawet siłą udało się przywrócić drożność, będzie to tylko czasowe, blizna utworzy się znowu. Nie można pominąć milczeniem i tego szczegółu, że elektroliza hamuje rozwój drobnoustrojów, jak to już, oprócz autora, wykazali de RENZI i PANES, KRUEGER i inni, a chociaż do wyjałowienia przewodu łzowego mamy inne środki pewniejsze (np. saletrzan srebra), to jednak obok głównego działania elektrolizy na zwężenia, i to uboczne nie jest bez wartości.

(*Archives Cliniques de Bordeaux*).

B. R. G.

6. a) Prof. H HIRSCHSPRUNG. O chorobie Möller'a (Synonimy: *Rhachitis acuta* . *Scorbutus infantum*. *Morbus Barlowii*).

b) FREUDENBERG. Przypadek choroby Barlow'a.

c) Pr. STARCK (z Kielu). Choroba Barlow'a a mleko wyjąłowione.

d) MENNIG. 7 przypadków choroby Barlow'a.

a) Pod nazwą *rhachitis acuta* opisał prof. MOELLER w r. 1859 przez nikogo przedtem nie spostrzeganą postać chorobową, w której górującym objawem jest obrzmienie i bolesność kości długich. Bóle bywają tak znaczne, że dziecko leży bez ruchu i krzyczy za najlżejszem dotknięciem. Jednocześnie dziąsła przybierają sine zabarwienie, obrzmiewają i łatwo krwawią. Brak łaknienia, nieznaczne podniesienie ciepłoty, przyspieszone tętno, niezbyt kiszek i oskrzeli dopełniają obrazu klinicznego tej zagadkowej choroby. Wkrótce i inni autorowie zaczęli ogłaszać przypadki analogiczne. BOHN widział nawrót choroby. W przypadku FÜRST'a pozostały zgrubienia i zniekształcenia na kościach kończyn i czaszki. Pomimo, że badanie anatomo-patologiczne nie było przeprowadzone i że środki zwykle przeciwrzywiczne okazały się bezskuteczne, wielu autorów przyjęło zdanie MOELLER'a co do zależności opisanej przezeń choroby od krzywicy. W r. 1883 ogłosił BARLOW 11 przypadków, z tych 3 z zejściem śmiertelnem. Jakkolwiek przy sekcji stwierdzono krzywicę, BARLOW sądzi, że współistnienie dwóch chorób było czysto przypadkowe. Uznając jednak odrębność choroby MOELLER'a i znajdując w niej szereg objawów właściwych skorbutowi: zabarwienie skóry szarawe, obrzęk kończyn, obrzęk i krwawienie dziąseł,—twierdził, iż jest to skorbut dzieci. Większość autorów przyłączyła się do zdania BARLOW'a, a HEUBNER nazwał chorobę nazwiskiem badacza angielskiego. HIRSCHSPRUNG pozostaje zwolennikiem dawnego pojmowania istoty choroby.

Na zasadzie zebranego dotychczas materiału możemy chorobę MOELLER'a scharakteryzować w sposób następujący. Dotyka ona zwykle dzieci w wieku 6—24 miesięcy; w większości przypadków znajdujemy objawy krzywicy. Choroba zaczyna się nagle, od niepokoju i ogólnego niedomagania, niekiedy przy wysokiej ciepłocie. Już bardzo wczesnie pojawia się bolesność i obrzmienie kości długich. Kończyna staje się mniej lub więcej nieruchomą (*pseudoparalysis*). Obrzmienie niekiedy rozlane, niekiedy ograniczone do pewnych tylko miejsc, z wolna postępuje od okostnej ku powierzchni kończyny; części miękkie, otaczające porażoną kość, stają się coraz bardziej napięte, a skóra przyjmuje zabarwienie fioletowe. W niektórych przypadkach następuje oddzielenie nasady od trzonu kości, co zdradza się charakterystycznym trzeszczeniem. Niekiedy znajdujemy również zmiany patologiczne w kościach czaszki, szczękach, łopatkach. Mniej stałym objawem jest obrzmienie i sine zabarwienie dziąseł około zębów, które już wyszły lub dopiero się wyrzynają. Często spotykamy obfite poty, krwawą biegunkę, brak łaknienia, wychudnienie, bezsenność, szarawe zabarwienie skóry, wreszcie krwawe wylewy pod skórę i błony śluzowe. Czas trwania choroby waha się od 6 tygodni do tyłuż miesięcy. Nasilenia i zwolnienia mogą wzajemnie po sobie następować. Złym znakiem prognostycznym jest zjawiająca się skaza krwotoczna. Wyzdrowienie następuje pod wpływem odpowiedniej diety i leczenia objawowego. Szczególniej dodatnio zdają się oddziaływać świeże powietrze i światło słoneczne. Przekłucie próbne wykazuje obecność pod okostną krwi, nigdy ropy. Godnem uwagi jest, iż stawy nie przedstawiają żadnych zmian chorobowych. Z kilkunastu spostrzeganych przez H. przypadków przytoczymy jeden najbardziej charakterystyczny. Chłopiec siedmiomiesięczny, sztucznie karmiony, przysłany do szpitala z rozpozna-

niem *meningitis*. Nagle pojawiły się drgawki, gorączka, wymioty i poty. Drgawki zrazu znikły, wkrótce jednak powróciły, utrzymując się przez dni 10. Badanie obiektywne wykazało oznaki krzywicy, znaczne powiększenie wątroby, nieznaczne śledziony. Dwunastego dnia choroby zaczęło się obrzmienie kończyn dolnych, a później i górnych. Zjawiły się znowu obfite poty. Po pewnym czasie obrzmienie zaczęło szybko znikać. Dziecko popadło w śpiączkę i częstą utratę przytomności. Na dwa tygodnie przed śmiercią powróciły znowu lekkie napady drgawek, które jednak wkrótce ustąpiły trwałym przykurczeniem wszystkich kończyn. Ostatniego dnia choroby wystąpiły wylewy podskórne. Sekcja wykazała w całym prawie układzie kostnym wysoce rozwiniętą krzywicę, w przeciwieństwie do nieznacznych jej śladów, stwierdzonych przy badaniu klinicznym. Na uwagę zasługiwały pozostałości wynaczynień pod okostną i w samej okostnej. Okostna na wielu kościach zgrubiała, mocno z kością zrośnięta. Gdyby nie obrzmienie kończyn, wątpić można, czy choroba byłaby za życia rozpoznana. Było ono jednak tak charakterystyczne w swym przebiegu, iż myśl o chorobie MOELLER'a nasuwała się od razu. Krwotoki podskórne wystąpiły dopiero wtedy, gdy wynaczynienia pod okostną, wywołujące właśnie owo charakterystyczne obrzmienie kończyn, uległy już wessaniu.

Na podstawie spostrzeżeń własnych i innych autorów, H. twierdzi, iż zależność choroby MOELLER'a od skorbutu jest wielce problematyczną. Nic bowiem nie uprawnia nas do przypuszczenia, iż skorbut u dzieci przedewszystkiem zajmuje kości. Przeciwnie, występowanie choroby w ściśle określonym wieku, brak momentów przyczynowych właściwych skorbutowi, brak w wielu przypadkach charłactwa, zmian w dziąsłach oraz krwawych wylewów pod skórę i błony śluzowe, przemawiają raczej przeciw skorbutowi. Znajdujemy przytem objawy obce zupełnie skorbutowi, jak gorączka, obfite poty, szybki powrót do zdrowia nawet bez leczenia swoistego. Należałoby raczej przypuścić, że w związku z cierpieniem ogólnem ustroju, mianowicie krzywicą, występuje sprawa chorobowa w kościach, polegająca na przekrwieniu kości i okostnej oraz następczem zgrubieniu tej ostatniej. Że przytem pękać mogą drobne naczynia, jest rzeczą naturalną. W pewnych warunkach krwawienie przybrać może znaczniejsze rozmiary, a nagromadzająca się krew oddzielić okostną od kości, nasadę od trzonu, czemu sprzyja luźny związek, w jakim te ostatnie pomiędzy sobą się znajdują w pierwszych latach życia. Sprawa najczęściej, choć nie zawsze, umiejscowioną bywa w kościach długich. Szczególny charakter nosi ona w szczękach, których rozwój w czasie ząbkowania jest bardzo ożywiony. Widzimy tu znaczne przekrwienie, obrzmienie, wynaczynienia w okostnej i krwawienie błony śluzowej. Niekiedy wyrostek zębodołowy szczęki dolnej do tego stopnia bywa rozmiękczony, że przy poruszaniu zębów wraz z nimi we wszystkich kierunkach się porusza. Zmiany te, zdaniem autora niewątpliwie krzywicowego pochodzenia, przedstawiają pewne podobieństwo do tych zmian, które pod nazwą *craniotabes* przez ELSAESSER'a opisane zostały. Autor uznaje, iż istnieje związek między chorobą MOELLER'a a krzywicą, nie broni jednak twierdzenia samego MOELLER'a, jakobyśmy mieli do czynienia z krzywicą ostrą.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XIX. Heft I.*)

b) Ciekawem jest zestawienie z powyższymi wywodami przypadku, spostrzeżanego przez FREUDENBERG'a. Choroba BARLOW'a przyłączyła się do krztuśca. Dziesięcio-miesięczna dziewczynka, dziecko zamożnych rodziców, od trzeciego miesiąca życia sztucznie żywiona, z nieznacznymi śladami krzywicy, jakie zdaniem F. u każdego sztucznie karmionego dziecka znaleźć można, zapadła na dość silny

krztusiec. Już w pierwszych tygodniach choroby zauważono obrzmienie i sine zabarwienie dziąseł. Początkowo uważano to za wynik przekrwienia zastoinowego, wkrótce jednak obrzmienie i nacieczenie krwawe wzmożło się znacznie i dziąsło poczęło krwawić. Po pewnym czasie wystąpiła nader znaczna bolesność kończyn dolnych, do której przyłączył się niedowład tychże kończyn. Podobnym niedowładem, zresztą krótkotrwałym, dotknięte zostały kończyny górne. Znacznie później pojawiło się obrzmienie kończyn dolnych. Z innych objawów, właściwych chorobie BARLOW'a, zanotowano jeszcze niezwykłą błądźliwość skóry oraz obfite poty. Fosfor z tranem, podawany przez dni kilka, odstawiono ze względu, że wywoływał wymioty. Natomiast zadziwiający był skutek leczenia przeciwskorbutowego. Polegało ono na pendzlowaniu dziąseł sokiem cytrynowym oraz podawaniu wewnątrz świeżych drożdży (początkowo 5 razy dziennie na końcu noża, później 6 razy po łyżeczce od kawy). Po kilku dniach stan dziecka poprawił się o tyle, że mogło ono swobodnie poruszać nóżkami, a po kilku tygodniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Prócz zwykłych zmian w kościach, autor dla wytłomaczenia niedowładów przypuszcza też pewne zmiany w nerwach, zapalenie nerwów lub krwotoki w pobliżu pni nerwowych. Autor kończy swą pracę oryginalną hipotezą, mającą wytłomaczyć stwierdzony przezeń fakt, iż choroba BARLOW'a nierównie częściej spotykana jest w klasie ludzi zamożniejszych, niż biednych. U tych ostatnich mianowicie dzieci bardzo wczesnie zaczynają żywić kartoflami, oddawna uznanymi za środek przeciw skorbutowi i tym sposobem niejako uodparniają się przeciw chorobie BARLOW'a. Widzimy zatem, iż w poglądach na tę chorobę autor zajmuje wręcz przeciwne stanowisko, aniżeli HIRSCHSPRUNG.

(*Arch. f. Kinderheilk. Bd. XIX. Heft III i IV*).

F. Saks.

c) d) Odkąd zaczęto w Niemczech stosować na szerszą skalę mleko wyjałowione jako środek odżywczy dla niemowląt, zauważono częstsze zjawianie się zagadkowego cierpienia, zwanego chorobą BARLOW'a. Ten zbieg okoliczności uważają autorowie nie za przypadkowy, a za istotny, widząc w nieumiejętnym stosowaniu mleka wyjałowionego główną przyczynę choroby BARLOW'a. Że ta etyologia nie wszystkich dotyczy przypadków, wynika choćby z tego, że za czasów MOELLER'a, który pierwszy chorobę tę w 1857 r. opisał, nie znano jeszcze wyjaławiania mleka. Zresztą BARLOW i inni opisywali przypadki u niemowląt karmionych piersią matki.

Wszystkie przypadki (16), które spostrzegali autorowie, dotyczyły niemowląt, żywionych przez czas dłuższy mlekiem wyjałowionem t. j. gotowanem dość długo przy t. 100°—102° i później stojącym kilka dni, zanim je użyto. To nadmiernie wyjałowione i odleżałe mleko (*Dauermilch*) okazało się nader szkodliwym. Jakie zmiany zachodzą w mleku podczas wyjaławiania, jest to sprawa zawiła i mało zbadana. FLÜGGE wykazał, że nie jest ono jeszcze całkowicie jałowe; znalazł on w niem zarodniki drobnoustrojów na powietrznych (*Sporen aërober Bakterien*). Wiadomo też, że mleko ulega głębokiemu przekształceniu pod względem fizycznym i chemicznym: sernik inaczej się zachowuje względem fermentu podpuszczkowego i kwasu solnego, nukleina i lecytyna rozpadają się, albumina w części się ścina, tłuszcz przy długim staniu wypada z zawiesiny. Co się z solami dzieje, dokładnie nie wiemy. Tej fizyko-chemicznej metamorfozie odpowiada odrębne zachowywanie się fizjologiczne. Przyznać należy, że dużo niemowląt dobrze znosi mleko wyjałowione, trawiąc je normalnie i należycie przyswajając, jak to wykazały badania BENDIX'a nad przemianą materii. Inne natomiast dostają niestrawności i wpadają w nieuleczalne charłactwo. Choroba BARLOW'a też nie

jest rzadkością. Opisywano również tę postać niestrawności, którą widzimy po użyciu zbyt rozcieńczonego mleka. W każdym razie zgodzić się należy z twierdzeniem БАГИЊКІЕЦО, że nadmiernie wyjaławiane mleko nie jest obojętne dla odżywiania niemowląt. Zwłaszcza jest ono szkodliwe, jeżeli stoi przez czas dłuższy. Latem, kiedy ilość drobnoustrojów w mleku jest nadzwyczaj znaczna i łatwo je rozkłada, można zalecić mleko świeżo wyjałowione. Natomiast w zwykłych warunkach wystarcza 10-minutowe przegotowanie w odpowiednim naczyniu (np. SOXHLET'a). Całkiem jałowego mleka niemowlę niepotrzebuje. Toć i kobiece bynajmniej nie zawsze jest takim. Po za drobnoustrojami należy pamiętać i o samym mleku. I chemia ma swoje prawa.

(*Münch. med. Woch.* 1895 N. 42). — Sprawozd. z pos. Tow. Lek. w Hamburgu z d. 24. IX. 1895. A. Simon.

7. Edmund MEYER. O autoskopii i ezofagoskopii. Wobec artykułów, których autorowie oceniają nowe metody badania lub leczenia bez należytego przygotowania i doświadczenia, praca powyższa na tem większą zasługuje uwagę, że wnioski z niej wyprowadzone oparte są na badaniu 500 osobników. Ażeby zaś wnioski były tem pewniejsze, autor użył pierwszych 200 ludzi do wprowadzania się w badanie, a dopiero z autoskopowania 300 następnych wydaje sąd o wartości nowej metody. Zupełny i wyraźny obraz krtani i tchawicy otrzymał M. w 28 przypadkach, t. j. w 8,3%; w 32 przypadkach, t. j. w 10%, widać było krtani całą oprócz przedniego spojenia strun; 66 razy, t. j. w 22%, widać było tylko tylne $\frac{2}{3}$ krtani; 58 razy, t. j. w 19,3%, tylko tylną połowę krtani; 25 razy, t. j. w 8,3%—tylną ścianę; a 53 razy, t. j. w 17,6% zaledwie szczyt chrząstek nalewkowych; w 41 przypadkach zaś autoskopii wcale nie można było zastosować. Kobiety znosiły autoskopię jakoby lepiej, niż mężczyźni; być może, iż zależy to od grubszego wogóle języka tych ostatnich i częstszego używania przez nich napojów wysokowych. Wiek badanych osobników, zdaje się, nie miał wpływu na wynik badania. Wybitna nadczułość nasady języka, owrzodzenia w tej okolicy i poważniejsze zaburzenia w krążeniu zdaniem M. stanowią przeciwwskazanie do autoskopii.

Również przy znacznych zwężeniach krtani i tchawicy próby autoskopowania były bezowocne, co przypisać należy zupełnemu unieruchomieniu krtani przez autoskop, który to stan wraz z obawą przed nieznaną metodą powiększa istniejącą duszność. To unieruchomienie krtani utrudnia także w wysokim stopniu rozpoznanie porażień; u wielu osobników widział M. wyraźne ograniczenie ruchomości jednej lub obu strun, którego w lustrze krtaniowem nie było wcale widać.

Sam akt badania jest dla chorych wysoce nieprzyjemny; u wielu ludzi dla otrzymania obrazu w autoskopii trzeba użyć znacznej siły, aby odsunąć ku przodowi nasadę języka. W trzech przypadkach w czasie wprowadzania autoskopu i po wprowadzeniu go wystąpił silny kurcz głośni. Niekiedy nawet przy najostrożniejszym wprowadzaniu przyrządu spostrzegał M. naderwania fałdy językowo-nagłośniowej średniej. Z tego powodu przy owrzodzeniach na nasadzie języka, w dolkach językowo-nagłośniowych i na nagłośni, autoskopii stosować nie można; również w wielu przypadkach gruźlicy przy nacieczeniu nagłośni wyrzec się musimy myśli o autoskopowaniu.

Wobec tego, jakże przedstawia się stosunek autoskopii do laryngoskopii? Dawna metoda badania krtani daje się zastosować prawie u każdego człowieka i we wszelkich warunkach. Jedynie tylko obejrzenie całej tylnej ściany krtani w lusterku jest niemożliwe, nawet przy metodzie KILLIAN'a. Przeciwnie autoskopia w przeważnej ilości przypadków daje nam zupełny obraz krtani. Ale za to

stosować tę metodę badania możemy prawie wyłącznie tylko u siebie w mieszkaniu, potrzebne jest bowiem do niego światło elektryczne. Wysoce nieprzyjemna jest konieczność zbliżania twarzy swojej do twarzy chorego, a zatem i odczuwania jego oddechu, oraz narażania się przy każdym kaszlnięciu chorego na zakażenie oka jego plwociną.

Zalety nowej metody występują najjaskrawiej przy badaniu tylnej ściany oraz tchawicy, jakkolwiek właśnie w przypadkach, w których szło o określenie miejsca zwięzienia tchawicy, badanie zawodziło. Co się tyczy stosowania rękoczynów, to przy pendzlowaniu, wdmuchiwanu i t. d. należy dać pierwszeństwo lusterku krtaniowemu, którego użycie łatwiejsze jest dla lekarza i mniej przykre dla chorego. Do operowania w krtani również dawniejsza metoda, jako mniej skomplikowana, jest dogodniejsza; może tylko do operacji na tylnej ścianie krtani autoskopia zasługuje na pierwszeństwo.

Badanie przełyku zapomocą ezofagoskopu ROSENHEIM'a uważa M. za jeszcze nieznośniejszy dla chorego akt, niż autoskopię. Już samo położenie ze zwieszoną głową dla większości badanych jest bardzo przykre. Przewlekłe cierpienia dróg oddechowych i narządu krążenia stanowią przeciwwskazanie do ezofagoskopii, również na stan zębów należy zwracać uwagę. Gdzie jednak niema przeciwwskazań do tej metody badania, tam nie odmawia ona nigdy posłuszeństwa i zawsze liczyć na nią można. O siedlisku guzów i blizn w przełyku ezofagoskop daje nam jaknajdokładniejsze pojęcie. Jako ilustrację sprawności tej metody badania, podaje autor 3 przypadki, w których ezofagoscopia wykazała: 1) bliznę, 2) rozpadającego się raka, 3) powierzchowne owrzodzenie, wywołane połkniętą kością. W pierwszym i trzecim przypadku ezofagoscopia umożliwiła dokładne leczenie miejscowe. (*Allg. med. Centr.-Zeit. 1895 Nr. 100.*) *Z. Srebrny.*

ODCINEK.

W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym.

I. Prostytucja jako złe konieczne—Wynikające z niej dla społeczeństwa szkody: moralne i fizyczne—Definicja prostytucyi.

Najsroźsze przepisy, jakie kiedykolwiek były wydane dla stłumienia nierządu publicznego (prostytucyi), pozostawały prawie zawsze bez skutku. Nierząd przycichał na chwilę, krył się do swoich najciemniejszych zakątków, aby później — po rozluźnieniu przepisów—objawić się w całej okazałości. Tak przetrwał przez wszystkie wieki i u wszystkich narodów; i obecnie o zupełnem zniesieniu nierządu nie może marzyć żadne prawodawstwo,— a to dlatego, że nie jest w stanie usunąć bezpośrednich przyczyn nierządu, za jakie poczytywać należy: konieczność spełniania ważnej czynności fizyologicznej, z jednej, i nienormalne warunki społeczne z drugiej strony. Niemogąc więc znieść nierządu, musimy go tolerować jako złe konieczne; lecz jednocześnie wszelkimi siłami dążyć winniśmy do ograniczenia zbytecznego jego rozrostu i szkód, jakie stąd wynikają. Szkody, jakie nierząd publiczny przynosi społeczeństwu, są dwojakie: natury moralnej i fizycznej. Pierwsze—jako niewchodzące w zakres niniejszego rozbiuro—pomnę; w spomn

ko, że rozumna tolerancja nierządu, polegająca na jego organizacji i nadzorze, zabezpiecza nas od nierównie gorszych następstw, a mianowicie: od ogólnego skażenia obyczajów i zgubnych wpływów na rodzinę. Te właśnie względy miały na myśli mądre prawa starożytne. Wszak groza przymiotu wówczas jeszcze nie istniała; zatem uporządkowanie prostytucji przez Solona i praktyczne orzeczenie surowego Katona: „lepiej gdy młodzi ludzie chodzić będą do prostytutek, niż coby mieli włączyć się za cudzemi żonami“, — odnosiło się jedynie do względów moralnych. A czy nie toż samo ma znaczenie wyrozumiałość naszego Boskiego Prawodawcy względem jawnogrzesznicy i teza jednego z najrozsunniejszych ojców kościoła — Ś-go Augustyna: „Jeśli zniesiecie publiczne kobiety, to sprowadzicie bezwstyd powszechny“.

Przechodząc do naszego zadania właściwego, to jest do krytycznego rozbioru środków przeciwko szkodliwym wpływom nierządu publicznego na zdrowie ludzkie, zaznaczyć musimy, że potrzeba tych środków była w wiekach dawnych mało ważną; zaś z końcem XV wieku, t. j. z pojawieniem się przymiotu w Europie (1495 r.) stała się kwestyą pierwszorzędного znaczenia.

Ponieważ przymiot szerzy się obecnie prawie wyłącznie drogą stosunków płciowych, gdyż tą drogą nabyty wynosi 90%, a 10 tylko % przypada na tak zw. przymiot niewinnych (*syphilis insontium*), przeto nierząd publiczny — jako wyraz nielegalnych związków płciowych — należy uważać za główne źródło przymiotu.

Przedewszystkiem należy nam się porozumieć: co właściwie powinno się nazywać nierządem publicznym (prostytucją) i kogo za nierządnicę — prostytutkę — w ścisłym znaczeniu tego wyrazu — uważać należy? Odpowiedź na to pytanie poczerpnijemy z zupełnie kompetentnego źródła, a mianowicie z dziełka J. M. KAMIŃSKIEGO ¹⁾, w którym definicya prostytucji, z prawnego punktu widzenia, wyczerpująco jest przedstawioną. Oto, co mówi KAMIŃSKI: „Opinia publiczna, jeślibyśmy ją tu za normę przyjąć chcieli, nie daje nam ścisłych i stałych definicyi. Każdy rozszerza i ścieśnia pojęcie nierządu w miarę ogólnych swych poglądów lub chwilowego widzimisię. Takie określenia nie mogą wystarczać badaczowi i prawodawcy, ani też być wskazówką dla urzędnika, mającego stosować prawo lub rozporządzenie. Przyznajemy, że definicya ścisła i dokładna w tej materji, tak, jak we wszystkim, co dotyczy porządku moralnego, przedstawia niepokonane trudności....“ „W dzisiejszym stanie rzeczy uporządkowalibyśmy wyżej wymienione cechy w tej formie: b e z w y b o r o w o ść jest koniecznym warunkiem prostytucji, s p r z e d a j n o ść stanowi drugi rząd dowodu, w i e l o ść stwierdza go, lecz nie uzupełnia. Czy jednak cechy te mają być wskazówką dla urzędnika: które indywidua ma pociągać do właściwej kontroli? Odpowiadamy stanowczo: nie. Dzisiaj nie idzie nam o to, kogo ograniczyć w prawach cywilnych lub komu dać na nogi czerwone trzewiki. Urządzenia policyjne mają cel jasno sformułowany: usunąć zgorszenie i ustrzedz od chorób. Tam więc, gdzie kobieta przez sposób zachowywania się swego jest przyczyną z g o r s z e n i a, mianowicie też nieletnich, lub gdzie oddaje się t y l u i t a k i m m ę ż c z y z n o m, iż rodzić może presumpcyę łatwego rozszerzania zarazy, tam administracya jest w obowiązku pociągnąć ją pod przepisy, ogół prostytutek obowiązujące“.

Na zasadzie powyższej definicyi, posługiwać się będziemy w dalszym ciągu tej pracy, dla oznaczenia prostytutki w ścisłym znaczeniu tego wyrazu — nazwą: n i e r z ą d n i c y z a w o d o w e j.

¹⁾ „O prostytucji“ napisał J. M. KAMIŃSKI, Magist. prawa i admin. Wydanie II. 1875. str. 102—106.

II. Zwolennicy regulaminu i Abolicyoniści.

Ponieważ w sprawie nierządu publicznego i jego stosunku do chorób wenerycznych nauka nie doszła dotąd do zgodnych zapatrywań, a przeciwnie istnieją w nauce i praktyce administracyjnej dwa wprost sobie przeciwne kierunki, odpowiadające dwom zasadniczym punktom zapatrywania się na nierząd publiczny, przeto należy nam przedewszystkiem te zasadnicze punkty poznać i w nich się rozpatrzyć.

Pierwszą opinię przedstawiają zwolennicy regulaminu, którego głównem zadaniem jest: zapobieganie chorobom wenerycznym i jak największe ograniczenie ich szerzenia się (profilaktyka). Zwolennikami tego kierunku są prawie wszyscy syfilidologowie. Uznając prostytutkę za złe konieczne, radzą ująć ją w karby ścisłych i stałych przepisów policyjno-lekarskich. Przepisy te powinny zyskać sankcję prawodawczą, obowiązywać w całym państwie, a nawet do życzenia byłoby, aby z czasem nastąpiło ujednostajnienie przepisów dla wszystkich krajów na drodze międzynarodowej.

Głównie obchodzącymi nas punktami regulaminu są: zarejestrowanie czyli zapisanie wszystkich nierządnic zawodowych do kontroli policyjno-lekarskiej, celem poddania ich częstej, obowiązkowej rewizji lekarskiej, a w razie nabycia choroby wenerycznej, — przymusowemu leczeniu.

Drugą opinię o prostytutce przedstawiają t. zw. abolicyoniści. Jest ona wręcz przeciwną pierwszej. Do prostytutki stosują oni zasadę: *laisser faire laisser aller*; uznają prostytutkę za zajęcie wolne i dlatego odrzucają wszelkie przymusowe kontrole i regulaminy, nazywając je (jak to czyni kardynał De LAVELEY w mowie wypowiedzianej przy otwarciu kongresu związku brytańsko-kontynentalnego w Genewie w 1891 r.) „ulegalizowaniem stręczycielstwem“ (rajfurstwem)—*proxénitisme légalisé*. Rewizye i leczenie przymusowe poczytują abolicyoniści za targanie się na prawa i godność osobistą, a domy publiczne— za naruszenie moralności publicznej i krzewienie nierządu. Co do przymiotu—to abolicyoniści zupełnie lekceważą tę chorobę; według nich przymiot wcale nie zagraża zdrowiu publicznemu, gdyż niebezpiecznym jest tylko dla tych, którzy własnowolnie i z zupełną świadomością narażają się na zarażenie przymiotem.

Abolicyoniści mają największe znaczenie i wpływy w Anglii, skąd żywą szerzą propagandę i na kontynencie. Oni to obalili w r. 1886 bardzo pożyteczne przepisy, obowiązujące przez lat 20 w Anglii, znane pod nazwą: „*Contagious Diseases Acts*“; zaś „brytańsko-kontynentalny związek międzynarodowy“ potrafił tak zręcznie agitować, że za jego wpływem został we Włoszech zniesiony dość surowy regulamin CAVOUR'a (*lex Cavour*), który w praktyce wydawał jaknajlepsze wyniki, a zniesienie jego miało ten skutek, że liczba zarażeń przymiotem—według podania Prof. SCARENZIO (Pawia)—szybko wzrosła z 14% na 20%; pomimo to oddział jego dla kobiet tak zrobił się pustym, że brak mu materiału do demonstracji klinicznych.

We Francji ogólnym przedstawicielem abolicyonizmu był YVES GUYOT; nie zdołał on jednak—nawet po przeprowadzeniu swych zasad w radzie miejskiej paryskiej—włnąć na zdanie akademii francuskiej, która w r. 1888 za registracją i rewizją kobiet publicznych się oświadczyła. Toż samo zrobiła i akademie belgijska w r. 1887, wbrew przeciwnym propozycjom abolicyonisty MOELLER'a.

W Niemczech abolicyonizm nie zyskał sobie nigdy trwalszego gruntu.

W Rosyi bardzo stanowczo wystąpił przeciw abolicjonizmowi Prof. TARNOWSKY w dziele p. t. „Prostitution und Abolicionismus 1890“.

FOURNIER piętnuje zasady abolicjonistów jako „bezzasadne i okrutne“, a MARTINEAU mówi: Qui dit: liberté de la prostitution, dit: liberté de la contagion, liberté de l'empoisonnement!“.

Przyznać jednak należy, że abolicyoniści, wychodząc z zasad humanitarnych, wywierali niezaprzeczenie dobroczynny wpływ na złagodzenie zbyt surowych, nie-ludzkich i brutalnych przepisów przeciwko prostytucyi. Tak np. kara cielesna, hojnie niegdyś i u nas wymierzana prostytutkom, należy oddawna do wspomnień historycznych.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Max EINHORN, wypróbowałszy ferratyne w 15 przypadkach niedokrwistości u chorych nieznoszących zwykłych przetworów żelaza, przyszedł do przekonania, że środek ten rzeczywiście nie wywołuje żadnych zaburzeń w trawieniu. Co się zaś tyczy zdania, że ferratyne szybciej, niż inne przetwory żelaza, zwiększa zawartość hemoglobiny, to tego autor sprawdzić nie mógł. Wogóle jest on zdania, że przy wszystkich sposobach leczenia niedokrwistości najważniejszą rolę gra odżywianie, wzmacniające i t. p. środki.

J. Sz.

(The Saint-Louis Journal. Kwiecień. 94).

= RICHY wyraża przekonanie, że salofen (15 gr. *pro dosi*) w ostrym i ostrawym gościcu stawowym przewyższa w skuteczności działania wszystkie przetwory salicylowe; autor sprawdził to u licznych tego rodzaju chorych. Środek wzmiankowany nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych.

J. Sz.

= RAOULT na 120 przypadków zapalenia migdałka językowego podaje za powód w 35 spostrzeżeniach cierpienia zębów, dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej. Z tej też przyczyny radzi R. w każdym przypadku zapalenia migdałka językowego zwracać uwagę na stan zębów i jamy ustnej. (Bull. d. l. Soc. fr. d'otol., laryn. etc. T. XI).

Z.

= BEAUSOLEIL podaje przypadek ciężkiego krwotoku po operacyi wyrosłego adenoidalnych u 15-to-letniego chłopca. Wyrosłe dość twarde na dół, usunięte były nożem GOTSTEIN'a doszczętnie. Krwotok po operacyi bardzo obfity miał miejsce piątego dnia po operacyi. B. czyni zależnem powstawanie

krwotoków od spłotów żylnych, które wskutek zapaleń przewlekłych dochodzić mogą do znacznego rozwoju. Uważa również, że najodpowiedniejszy do operacyi wyrosł jest wiek od 6 do 10 lat, u starszych bowiem osobników wyrosłe ulegają przeistoczeniu włóknistemu i naczynia krwionośne grubieją.

(Bull. et mém. de la Soc. franc. d'otol., laryng. et de rhinol. T. XI. 1895).

Z.

= MARIE i BERNARD w paryskim Towarzystwie szpitalnem podali następujące spostrzeżenie. Dwaj przyjaciele, przyjechawszy do Paryża w 1869 r., jednego wieczoru spółkowali jeden po drugim z jedną i tą samą kobietą i obaj jednocześnie zarazili się przymiotem. Dalszy przebieg choroby u obu był bardzo podobny. Jeden dostał wiału w r. 1890, drugi w r. 1891. U obu choroba zaczęła się zaburzeniem wzroku; bóle zaś strzelające wystąpiły dopiero w 2 lata później. Przypadek ten potwierdza zdanie MOREL-LAVALLÉE o istnieniu zarazka przymiotowego ze szczególną skłonnością do zajęcia układu nerwowego.

(Lyon Médical. Listopad. 94).

J. Sz.

= Prof. HAYEM badał wpływ azotonu amylu (*amylum nitrosum*) w chorobach dróg oddechowych pochodzenia zakaźnego. Środek ten jest typowym przedstawicielem ciał, zamieniających barwnik krwi w metahemoglobinę. Dotychczas azoton amylu uważano za środek bardzo niebezpieczny i zalecano wzięcie z 4—6 najwyżej kropel. Tymczasem H. dawał po 60—80, a nawet 100 kropel bez jakichkolwiek przykrych skutków ubocznych. Wziewania znoszą bardzo źle tylko osoby usposobienia neuropatycznego. Doświadczenia swe

czynił H. na zwierzętach, a u ludzi w przypadkach gruźlicy i zapalenia płuc włóknikowego. Szczególnie dobre wyniki otrzymywał w przypadkach zapalenia płuc. Użycie tego środka nie wyłącza konieczności stosowania wyskoku. Na przebieg choroby i czas jej trwania azoton amylu, zdaje się, wpływu nie wywierał. Działanie jego ograniczało się do płuc: duszność zmniejszała się, plwocina stawała się mniej lepka i łatwiej się odpluwała. Zmniejszały się również objawy wysłuchowe. Śmiertelność w 77 przypadkach wynosiła przy tej metodzie 20,78%. Wyniki więc nie są zbyt pomyślne. Wprawdzie H. objaśnia to między innymi i tem, że większość chorych szpitala (St. Antoine), gdzie czyniono spostrzeżenia, składa się przeważnie z pijaków. Żałować tylko należy, iż autor nie podaje zwykłej cyfry odsetek śmiertelności w szpitalu St. Antoine dla zapalenia płuc włóknikowego. (Le progrès medic. 19. X. 95 i Le Bulletin med. 13. X. 95).

W. M.

= Roztwory wyskokowe zaczynów trzustkowych (trypsyna, ferment amyloリティczny) posiadają znaczną siłę trawienną. DASTRE (Semaine médicale 61) przekonał się, że 50% — 55%-owy roztwór trypsyny i 65%-y roztwór zaczynu amyloリティcznego zachowują siłę trawienną zaczynu, nie niszcząc go bynajmniej. Z roztworów tych przyrządzone stężenia 22% do 25% wykazują bardzo wyraźne działanie trawienne.

J. Gr.

= Glisty (*asc. lumbricoides*) wywołują czasami stany chorobowe, zbliżone do tyfusu, jak się o tem przekonał CHAUFFARD. Dzieje się to wówczas, gdy pasorzyty te znajdują się w kiszki w znacznej bardzo ilości. CHAUFFARD dodaje, że badanie drobnowidzowe kału, najajka glist skierowane, jest w tych razach niezbędne przedewszystkiem w tym celu, aby leczenie należycie zastosować, a następnie aby się przekonać, kiedy ono jest ukończone. (Semaine médicale 59).

Gr.

= RADCLIFFE CROCKER (Londyn), jeden z najwybitniejszych dermatologów angielskich, zapewnia, że salicylan sodu przedstawia znakomity środek przeciwko wszelkim postaciom łuszczycy, szczególnie w pierwszym okresie jej rozwoju.

Autor daje 3 razy dziennie po 1,0. Pogorszenie zauważył tylko raz jeden, kiedy podniósł dawkę do 1,5; po pewnej jednak przerwie i zastosowaniu niższych dawek nastąpiła poprawa. Równie pomyślne wyniki otrzymał autor po użyciu salicylanu sodu w *erythema multiforme* i *nodosum*, a także w jednym przypadku *lupus erythematosus*. (The Brit. Journ. of. Dermat. 1895. Lipiec).

= SZOERES na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach uważa siarczan, względnie węglan miedzi za najlepszą odtrutkę przy otruciu fosforem. Skuteczność środka tego nie zależy wyłącznie od wymiotnego jego działania, ponieważ po przemyciu żołądka albo też po wymiotach, wywołanych innymi środkami, zwierzęta otrute fosforem ginęły. Siarczan miedzi obok wymiotnego działania ma tę własność, że pokrywa fosfor powłoką, a nadto utlenia kwas ortofosforowy. Wobec tego Sz. radzi używać tę sól tak długo, dopóki jad znajduje się w żołądku, i zaleca w tym celu albo przemywanie żołądka 2—3 litrami albo też picie szklankami 1—1½ litra 1/3% ciepłego roztworu siarczanu miedzi. Jednakże w bardziej ciężkich przypadkach, kiedy większa ilość jadu dostała się do krwiobiegu, tylko od *ol. terebinth.* można oczekiwać pomyślnych wyników.

(Pest. med. chir. Pres. 1895 N. 25).

= ZELIGSON występuje w obronie jajnikowej teorii pochodzenia płci (*Eierstockstheorie*), według której jeden jajnik zawiera zarodki płci męskiej, a drugi — żeńskiej. Autor czynił doświadczenia na królikach, w których po wyjęciu jednego jajnika następowało zapłodnienie. Ilekroć usuwano prawy jajnik, młode były tylko płci żeńskiej, i odwrotnie — po usunięciu lewego jajnika młode były płci męskiej. Poparcie teorii powyższej autor znajduje nadto w opisach ciąży jajowodowej, w których oznaczona była płeć płodu (co zresztą miało miejsce w 19-tu przypadkach z wielkiej liczby spostrzeżeń), mianowicie w prawym jajowodzie znajdowano zawsze płód męski, a w lewym — żeński. Wprawdzie po długich poszukiwaniach autor znalazł wyjątki z reguły powyższego w 4 przypadkach. (Centralblatt für Gynecol. VI 1895).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborczem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, odbytem w dniu 7 b. m., wybrano: na prezesa prof. Ignacego BARANOWSKIEGO, na wice-prezesa kol. Alfreda SOKOŁOWSKIEGO, oraz na sekretarza dorocznego kol. Karola RYCHLIŃSKIEGO.

— W Petersburgu zawiązał się Komitet ku uczczeniu zasług naukowych prof. A. KRASSOWSKIEGO. Prof. K. w dniu 28 stycznia r. b. kończy 50-cio lecie swej pożytecznej działalności. Z tego powodu postanowiono uorganizować jubileusz, a nadto ustanowić stypendyum imienia A. KRASSOWSKIEGO. Zasługi naukowe Jubilata zbyt są znane, abyśmy je tu mieli szczegółowo wyliczać. Przypominamy tylko, iż prof. K. ogłosił w różnych językach szereg poważnych prac z dziedziny położnictwa i ginekologii, zdobywszy sobie szeroką popularność szeregiem szczęśliwie dokonanych ovariotomii i energicznym wprowadzeniem do klinik i instytucji położniczych zdobywszy antyseptyki i aseptyki. W języku polskim ogłosił Szanowny Jubilat w roku 1879 w bibliotece umiejętności lekarskich, wydawanej przez prof. GIRSZTOWTA, dzieło (nieukończony) p. t. „Operacye akuszeryjne”. Mająca się odbyć wkrótce uroczystość jubileuszowa da nam sposobność do uzupełnienia obecnej wzmianki. Podpisy na stypendyum oraz przesyłkę składek adresować należy: ulica Nadieżdinska N. 5 w Petersburgu, do komitetu jubileuszowego prof. A. KRASSOWSKIEGO, w gniachu zakładu położniczego.

— Belgijskie czasopismo lekarskie „Le Scalpel” proponuje urządzić zjazd międzynarodowy lekarski, w celu omówienia spraw, dotyczących deontologii i prawodawstwa lekarskiego. Na zjeździe mają być omawiane ustawy lekarskie wszystkich państw. Oprócz tego zjazd winien opracować główne zasady etyki lekarskiej.

— Od roku bieżącego wydawnictwo „Przewodnika higienicznego” w Krako-

wie w miejsce prof. D-ra Henryka JORDANA obejmuje d-r Paweł RADECKI.

— Autorowie, życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu chorób ucha, gardła i krtani były referowane w Arch. f. Ohrenheilkunde, zechcą przysyłać odbitki prac swoich pod adresem: D-r R. SPIRA, ulica Ditlowska 52 w Krakowie.

— Prof. Milan BATUT w Belgradzie, redaktor serbskiego Archiwum, uprasza redakcyę pism polskich lekarskich o przysyłanie pism na zamianę z jego czasopismem, jak również uprasza o przysyłanie odbitek z prac autorów polskich.

— Komitet główny XII międzynarodowego zjazdu lekarskiego, mającego się odbyć w Moskwie w roku 1897 pomiędzy 12 a 20 sierpnia, składają: prezes prof. KLEIN, wiceprezes prof. KOŻEWNIKOW, podskarbi prof. FILATOW, sekretarz generalny prof. ERISMAN, sekretarze: prof. DIAKONOW, TICHOMIROW, NEYDIG, członkowie: prof. OSTROUMOW i KORSAKOW. Rząd rosyjski dał na urządzenie zjazdu 30,000 rs.

— Prof. KRAUSE, przeciw któremu wydział lekarski w Berlinie rozpoczął śledztwo dyscyplinarne, otrzymał od tego wydziału napomnienie. Wskutek tego KRAUSE założył przeciwko takiemu postanowieniu protest i podał się do uwolnienia. (Zob. „Medycyna” 1895. str. 1052).

— Otto LANG (w Zurychu), zajmujący posadę sędziego śledczego, w ciągu kilkunastu lat przekonał się, że 90% wszystkich uszkodzeń, ran i t. p., które są powodem w następstwie rozpraw sądowych, przypada na dni największych pijatyk, t. j. na sobotę, niedzielę i poniedziałek.

— W Warwick (Anglia) sąd skazał akuszerkę za wywołanie poronienia u kobiety zameżnej, co spowodowało śmierć tej ostatniej, na karę śmierci przez powieszenie.

— Z końcem roku 1894 wychodziło w Paryżu 177 pism lekarskich, z końcem zaś roku zeszłego 199, przybyło więc 22 w jednym roku.