

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O wydzieleniu kwasu szczawowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia. Podał W. Moraczewski. (Ciąg dalszy). — Przypadek sympodii. Podał M. Ryłko. — **WYKŁADY KLINICZNE.** Najświeższe zdobycze i obecny stan pedyatrii. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 25. O wczesnym (praecox) ostrem zapaleniu nerek przymiotowego pochodzenia z nadmierną ilością białka w moczu — 26. Znaczenie wodoranów węgla i tłuszczów w przekarmianiu i w leczeniach odtluszczających — 27. O wziernikowaniu pęcherza nadłonowem (cystosopia suprapubica). — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 25 marca i 8 kwietnia r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r W. Moraczewski**—Sur l'élimination de l'acide oxalique, de l'indoxyl et d'acide sulfurique aromatique dans le diabète sous l'influence de la nourriture.
 2) **D-r M. Ryłko**—Un cas de sympodii.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r W. Moraczewski** — Ueber die Ausscheidung der Oxalsäure, des Indicans und der gebundenen Schwefelsäure bei Diabetes unter dem Einfluss von Diät.
 2) **D-r M. Ryłko**—Ein Fall von Sympodii.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O WYDZIELANIU KWASU SZCZAWIOWEGO, INDYKANU I SIARCZANÓW ZWIĄZANYCH w cukrzycy pod wpływem żywienia.

Podał

D-r WACŁAW MORACZEWSKI

(z kliniki lekarskiej uniw. lwowskiego prof. d-ra R. Gluzińskiego).

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 18).

Metody oznaczania były następujące: Azot oznaczano KJELDAHL'a sposobem, kwas moczowy metodą LUDWIG'a-SALKOWSKI'ego, spalając odsączony kwas moczowy sposobem KJELDAHL'a (EBSTEIN). Mocznik, według MIRNER'a i SJOQVIST'a, modyfikując o tyle, że oznaczano azot w połowie przesączu etero-alkoholowego i mnożono znalezioną liczbę azotu przez 40. Ammoniak oznaczano w 100 ctm, metodą SEHLÖSING'a. Zasady ksantynowe obliczano z różnicy pomiędzy całkowitą ilością użytego srebra i ilością srebra związanego przez kwas moczowy (MORACZEWSKI). Chlorki według VOLKARD'a, fosfor, wapno, kwas siarczany i siarczany związane według podanych przez NEUBAUER'a i VOGL'a sposobów. Indykan oznaczaliśmy wagową metodą, strą-

cając mocz octanem ołowiu i wytrząsając przesącz chloroformem za dodaniem równej ilości odczynnika OBERMEYER'a (kwasu solnego, zawierającego 20 gr. chlorku żelaza na 1000 ctm.).

Chloroform w porcyach po 50 ctm. zmienialiśmy dopóty, dopóki barwił się na niebiesko po wytrząsaniu pięciominutowem.

Porcyce chloroformu zbieraliśmy do zważonej parowniczkii szklanej i wazyli po wyparowaniu.

Według BOUM'a (28) ważenie daje te same rezultaty, co miareczkowanie kwasem siarczanym i nadmanganianem potasu.

Aceton oznaczaliśmy także wagowaniem, miareczkowaniem według MESSINGER'a. Do oznaczenia acetonu używaliśmy jak do indykanu 250 ctm. moczu, który gotowaliśmy z dodatkiem 3 ctm. 50% kwasu octowego dopóty, dopóki 100 — 120 nie przeszło. Uważaliśmy, że cały aceton oddestylował. W destylacie za dodaniem sody żrącej wytwarzaliśmy jodem czystym — jodoform i wytrząsali utworzony jodoform eterem. Eter wreszcie parowaliśmy przy temperaturze 30°, a pozostałość wazyli jako jodoform.

Metoda była kosztowna, wymagała bowiem dużo jodu, ale wydała nam się ściślejsza, niż podana przez WALDVOGL'a, a mniej ambarasowna, niż MESSINGER'owska.

Oznaczenie kwasu szczawiowego robiliśmy metodą SALKOWSKI'ego (19) z modyfikacją ostateczną (22). Dokładność metody sprawdzaliśmy naprzód w ten sposób, że do moczu dodawaliśmy 10 ctm. 1% kwasu szczawiowego. Ilość ta wytwarza 0,0048 grm. CaO. Owóż w dwóch porcyach moczu, z których jedna zaprawiona była 10 ctm. kwasu szczawiowego, różnica w oznaczeniu musiałaby wynosić 0,0048 grm. CaO Tymczasem znaleźliśmy tylko 20 do 30 grm., zatem mniej więcej połowę. Probowaliśmy oznaczać kwas szczawioy metodą inną na wzór tej, jakiej P. BERGELL (46) używał do oznaczania kwasu β oksymasłowego w moczu. Odparowaliśmy tedy mocz, odwodnili przez siarkan miedzi przegrzany i piasek i, zaprawiwszy nadmiarem kwasu fosforowego stałego, wyciągaliśmy SOXLET'a aparatem, a w wyciągu oznaczaliśmy kwas, strącając wapnem, jak zwykle. I tu znaleźliśmy wahania duże i dodany kwas tylko w części odzyskać się dało. Wróciliśmy tedy do sposobu SALKOWSKI'ego, który uprawialiśmy stale, przekonawszy się, że metodą BERGELL'a dostaje się w danym moczu te same ilości, co i metodą SALKOWSKI'ego, a odzyskanie tylko części kwasu tłumaczy się małą ilością, dodaną do moczu.

Po odparowaniu 500 ctm. moczu z dodatkiem 10 — 20 ctm. kwasu solnego, wytrząsaliśmy produkt parowania, wynoszący 150 — 200 ctm., 200 ctm. eteru, zawierającego 20 ctm. alkoholu. Po trzykroć wyciągaliśmy w ten sposób kwas szczawioy z moczu i, oddestylowawszy eter, przesączaliśmy resztę rozpuszczoną w wodzie gorącej, poczem strąciliśmy wapnem, zalkalizowawszy uprzednio ammoniakiem i zakwasiwszy kwasem octowym.

W niektórych razach nie parowaliśmy wyciągu eteru aż do suchości, tylko rozpuszczaliśmy w wodzie po oddestylowaniu roztwór, zawierający wodę i alkohol. Przekonaliśmy się przez doświadczenia równoległe, że tym sposobem dostaje się raczej mniej, niż więcej szczawianów. Strącone wapnem szczawiany badaliśmy wielokrotnie pod mikroskopem i znaleźliśmy, że się nie różnią od strąconego szczawianem wapna w moczu. Wreszcie osad po wyżarzeniu rozpuszczaliśmy w kwasie azotowym i poszukiwaliśmy siarkanów

zawsze z wynikiem ujemnym i fosforanów często z wynikiem dodatnim. Trzeba zatem pamiętać, że eter wyciąga z moczu trochę kwasu fosforowego, i że metoda SALKOWSKI'ego, jakkolwiek wydaje się najlepszą, bez zarzutu nie jest.

W moich poszukiwaniach dopomagał mi gorliwie d-r REICHENSTEIN, który w części pod moim kierunkiem, a w części samodzielnie wykonał szereg oznaczeń, np. wszystkie oznaczenia acetonu w przypadku III. Niech mi wolno będzie wyrazić mu tutaj moje szczerze podziękowanie.

Przypadek I. W. S. lat 18. *Diabetes mellitus levis*.

Anamn. Ojciec zmarł na suchoty. Matka i rodzeństwo zdrowi. Chory spadł z roweru przed pół rokiem i skaleczył się w głowę. W pięć miesięcy po tym wypadku chory zauważył wzrastanie apetytu i pragnienia, przyczem ilość moczu się wzmogła. Pobyt w szpitalu sprawił, że ilość moczu z 8000 z zawartością 8% cukru — spadła do normalnych ilości, i cukier znikł. Pacjent mógł wówczas znosić 180 grm. bułki. Używanie cukru trzcinowego wywoływało zawsze silną zmianę w ilości moczu. Chory przeto po raz drugi stawiał się do kliniki.

Status praesens. Narządy zdrowe. Mocz zawiera ślady cukru, acetonu, kwasu aceto-octowego, które po paru dniach znikają. Białka nie było wcale. Przy początku badania mocz nie zawierał ani śladu białka, ani cukru, ilość, wygląd i ciężar normalny.

Dyeta chorego składała się z 200 grm. mięsa, 130 grm. szynki, 150 grm. drobiu, 200 grm. cielęciny, 30 grm. masła, 1200 grm. kapusty i 8 jaj.

Jak widzimy, chory odznaczał się apetytem i znosił dobrze pożywienie, pozbawione cukrów. Za napój używał wody sodowej w ilości mniej więcej 800 grammów.

Okres pierwszy trwał przy tej dyecie sześć dni, poczem w ciągu trzech dni chory zjadł 1000 grm. wołowego mięsa, jako dodatek po 300 grm. dziennie. Zaraz potem w ciągu trzech następnych dni dawano mu po 50 grm. masła, co stanowiło 80 grm. masła dziennie. Następnie wstrzymano dawanie masła i pozwolono zjeść 150 grm. bułki, poczem chory oddał 2300 grm. moczu, w którym bardzo wyraźnie wykazał się dał cukier. Wobec tego poprzesztano na jednym dniu doświadczenia i powrócono do diety pierwszego okresu, przy której obserwowano chorego w ciągu dwóch dni. Na tem przerwano doświadczenie.

W tablicach podana jest ilość azotu, chloru, wapna i t. d., na sto części moczu, wyrażona jako P, Ca, S i t. d. Uważamy to z OSTWALD'em (52) za jedyny właściwy sposób wyrażania się chemicznego i zarzuciliśmy oddawna w naszych pracach formuły SO_3 , P_2O_5 i t. d., nie czekając na sankcję wielkiego uczonego, która jest nam wszelako bardzo pożądana. Kwas szczawiowy, indykan jako indygo i siarka związana podane są w ilościach na tysiąc dla uniknięcia wielkiej liczby zer.

Obok tych danych zawiera tablica ilościienne, podane w grammach, wreszcie stosunek składników do azotu, który niekiedy jest tylko igraszką liczb, jak mówi NOORDEN, ale czasami uplastycznia wyniki. W tym samym celu zrobiliśmy stosunek kwasu szczawiowego do indykanu i do kwasu siarczanego związanego oraz stosunek indykanu do kwasu związanego. To samo dotyczy tablic przypadku II-go i III-go.

Data	Ilość moczku	Azot całkowity %	Azot amoniak %	Kwas szczawiowy % ₁₀₀	Indykan jako Indygo % ₁₀₀	Wapno Ca %	Fosfor P %	Chlorki Cl %	Siarkany mineralne S % ₁₀₀	Siarkany związane S % ₁₀₀	I L O Ś C I D Z I E N N E.									
											Azot N w grm.	Azot amoniaku w grm.	Kwas szczawiowy w grm.	Indykan jako Indygo	Wapno Ca w grm	Fosfor P w grm.	Chlorki Cl w grm.	Siarkany mineralne S w grm.	Siarkany związane S w grm.	
2. XI. 160)	1.669	—	0.0144	—	—	0.0825	0.994	0.1187	0.0519	26.712	—	0.0230	—	—	1.310	15.904	1.982	0.0830	} Mieszana dyeta.	
3. XI. 1480	1.606	—	—	—	0.0185	0.0782	—	0.0956	0.0382	23.777	—	—	—	0.2738	1.570	—	1.472	0.0552		
4. XI. 1380	1.508	0.0413	0.0223	—	—	—	1.0155	0.0914	0.0398	20.835	0.5699	0.0307	—	—	—	14.007	1.316	0.0549	} Mieszana dyeta.	
5. XI. 1450	1.519	—	0.0103	0.085	—	0.0743	—	0.0877	0.0353	22.025	—	0.0149	0.1233	—	1.077	—	1.324	0.0507		
6. XI. 1370	6.645	—	—	0.104	—	—	—	0.1013	0.0332	22.536	—	—	0.1423	—	—	—	1.434	0.0452	} Mieszana dyeta.	
7. XI. 1350	1.680	0.056	0.0051	0.1028	—	0.0761	0.9159	0.0941	0.0423	22.680	0.756	0.0069	0.1387	—	1.037	12.364	1.327	0.0567		
8. XI. 1420	1.855	0.058	0.0047	0.1415	0.0246	0.0971	—	0.1096	0.0469	26.341	0.827	0.0067	0.2009	0.3493	1.378	—	1.623	0.0667	} Mięso 300 grm	
9. XI. 1920	1.844	—	0.0043	0.098	—	0.1030	0.6246	0.1124	0.0516	35.405	—	0.0083	0.1882	—	1.977	12.000	2.256	0.0991		
10. XI. 1700	1.631	0.070	0.0016	0.126	—	0.0899	0.8340	0.1019	0.0416	27.727	1.190	0.0027	0.2142	—	1.528	14.178	1.803	0.0697	} Mięso 300 grm.	
11. XI. 1740	1.750	0.070	0.0051	0.1436	—	0.0947	0.7635	0.1035	0.0469	30.450	1.2006	0.0088	0.2505	—	1.647	13.285	1.879	0.0818		
12. XI. 1500	1.750	0.044	—	0.1456	0.0231	0.0921	0.7668	—	0.0590	26.250	0.660	—	0.2184	0.3465	1.381	11.502	—	0.0885	} Mięso 50 grm.	
13. XI. 1500	1.697	—	0.0071	0.083	—	0.0965	0.7810	0.1037	0.0527	25.462	—	0.0106	0.1245	—	1.447	11.715	1.650	0.0791		
14. XI. 2300	1.364	0.0532	0.0009	0.051	0.0288	0.0895	0.7313	0.0814	0.0169	30.384	1.224	0.0021	0.1173	0.6624	2.058	16.819	1.911	0.0391	} Cukier 50 grm.	
15. XI. 1270	1.939	0.0833	0.0118	0.168	0.0293	0.1129	0.7810	0.1189	0.0582	24.625	1.057	0.0149	0.2133	0.3721	1.433	9.918	1.583	0.0736		
16. XI. 1370	1.792	—	0.0048	0.1612	0.0201	0.1095	0.7562	0.1138	0.0433	24.551	—	0.0065	0.2207	0.2753	1.463	10.357	1.618	0.0593		

S T O S U N E K													
Data	Indykan do kw. szczawiowego.	Siarki aromat. do kw. szcz.	Azotu w amoniaku do N	Kwasu szczawowego do N	Indykanu do N	Wapna do N	Fosforu do N	Chloru do N	Siarki mineralne do N.	Siarki związane do N	Indyk. do siark. związan.	$\frac{H_2O}{N}$	
2.XI.	—	3.6	—	0.9	—	—	5.9	59	7.1	0.32	—	96	} Mięszane
3.XI.	—	—	—	—	—	1.2	4.8	—	5.9	0.24	—	92	
4.XI.	—	1.7	2.7	1.4	—	—	—	67	6.1	0.26	—	92	
5.XI.	8.2	3.3	—	0.7	5.6	—	4.9	—	5.8	0.23	2.4	95	
6.XI.	—	—	—	—	6.3	—	—	—	6.3	0.21	3.1	83	
7.XI.	19.4	8.2	3.3	0.3	6.1	—	4.5	54	5.5	0.25	2.4	80	
8.XI.	29.9	9.9	3.1	0.25	10.0	1.3	5.2	—	5.9	0.26	3.0	77	} Mięso
9.XI.	22.8	11.9	—	0.24	5.1	—	5.5	34	6.1	0.28	1.9	104	
10.XI.	79.3	24.9	4.3	0.10	7.1	—	5.6	52	6.3	0.26	3.0	106	
11.XI.	28.3	9.2	3.9	0.3	8.2	—	5.4	45	6.1	0.27	3.0	99	} Tłuszcz
12.XI.	—	—	2.5	—	8.2	1.3	5.2	46	—	0.34	2.4	86	
13.XI.	11.7	7.2	—	0.4	5.2	—	5.6	46	6.1	0.31	1.5	88	} Cukier
14.XI.	55.8	18.6	3.9	0.07	3.9	2.1	6.5	54	6.0	0.12	3.0	177	
15.XI.	14.3	4.9	4.2	0.5	8.8	1.5	5.7	41	6.2	0.31	2.9	66	
16.XI.	33.4	9.0	—	0.27	9.0	1.1	6.1	42	6.3	0.23	3.7	77	

Dyeta bez cukrów 200 grm. mięsa wołowego.

Okres I 130 „ szynki.
 150 „ drobiu.
 200 „ cielęciny.
 30 „ masła.
 1200 „ kapusty.
 8 „ jaj.

Okres II to samo z dodatkiem 300 grm. mięsa.

Okres III I z dodatkiem 50 grm. masła.

Okres IV (jeden dzień) z dodatkiem 150 grm. bułki.

Okres V jak okres I.

Przeglądając wyniki badań, przekonywamy się, że pod wpływem większej ilości mięsa kwas szczawiowy — o który nam tu głównie chodziło, spada, że dyeta tłuszczowa podnosi jego ilość, nie doprowadzając wszelako do tych liczb, które napotykalismy przy początku doświadczenia. Dodanie skro-

bi do pożywienia wywołało zmniejszenie ilości, usunięcie cukru, podwyższenie bardzo wyraźne i przewyższające napotykanę dotąd ilość.

Indykan podniósł się wraz z ilością mięsa — okazał niżkę przy tłuszczowej dyecie, spadł jeszcze niżej za dodaniem cukrowem do pożywienia i podniósł się znacznie po usunięciu cukru.

Siarczany związane pod wpływem mięsa wzrastają, wzrastają jeszcze wyraźniej pod wpływem tłuszczów, opadają przy cukrze i podnoszą się po usunięciu cukrów. Że sprawa ta nie jest w związku z zawartością siarki w białku, o tem świadczy wyraźne zmniejszenie siarki mineralnej i fosforu. Mimochodem zauważmy, że ammoniak wydzielał się obficie przy dyecie mięsnej, skąpiej przy tłuszczowej, bardzo obficie przy cukrze, który wpłynął na wydzielanie chlorków i wapna prawdopodobnie przez poliuryę, którą wywołał.

Stosunek indykanu do kwasu szczawiowego ulega silnym wahaniom zależnym głównie od zmiennej ilości wydzielanego kwasu. Zatem w czasie mięsnej diety wzrasta ustawicznie, a w czasie tłuszczowej raczej opada, wskazując, że przy mięsie przeważnie indykan się podnosi, a przy tłuszczach kwas szczawiowy. Zupełnie to samo da się wyrazić o stosunku siarczanów związanych do kwasu szczawiowego. Stosunek indykanu do siarczanów związanych jest bardzo stały, wskazuje wszelako, że mięso więcej wytwarza indykanu, a tłuszcz więcej na wydzielenie siarczanów wpływa, zatem siarczany zachowują się w tym wypadku, jak kwas szczawiowy.

Dzień używania cukru zaznaczył się wybitnie, powiększając ilości azotu, siarczanów mineralnych wapna, chloru i fosforu, a zmniejszając wydzielenie indykanu, kwasu szczawiowego i związanych siarczanów.

Dzień następny wskutek różnicy, jaką w ustroju wywołuje odjęcie cukrów, zmienił poprzedni wzór, albowiem tu właśnie zmniejszył się azot, chlorki, wapno, i fosfor, a powiększyły się siarczany związane, kwas szczawiowy i indykan.

Bądź co bądź zatem, zaprzeczyc się nie da, że w tym wypadku szczawiany i indykan wraz z aromatyczną siarką ulegały chociaż nie w równej mierze, ale przecież w jednakich warunkach zmianom wyraźnym, tworząc niejako jedną grupę o wspólnych własnościach.

(C. d. n.).

Przypadek sympodii.

Podał

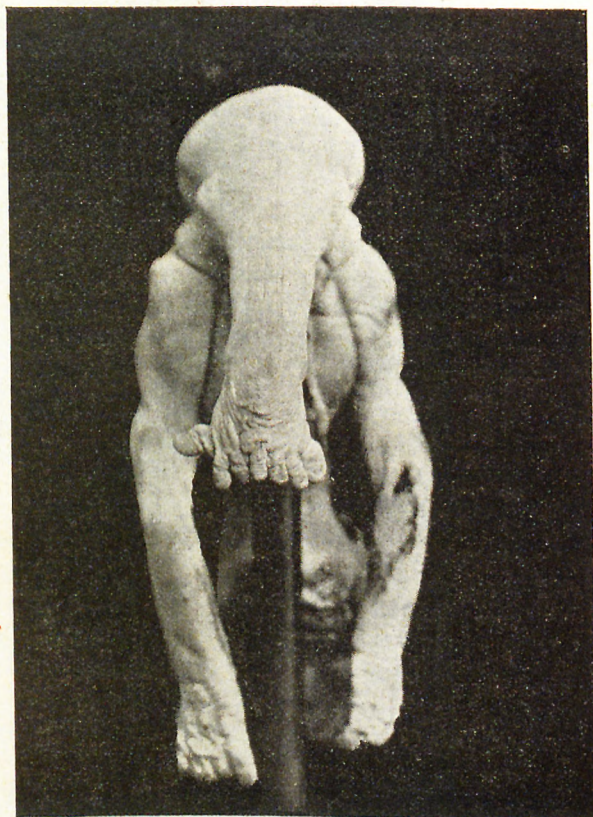
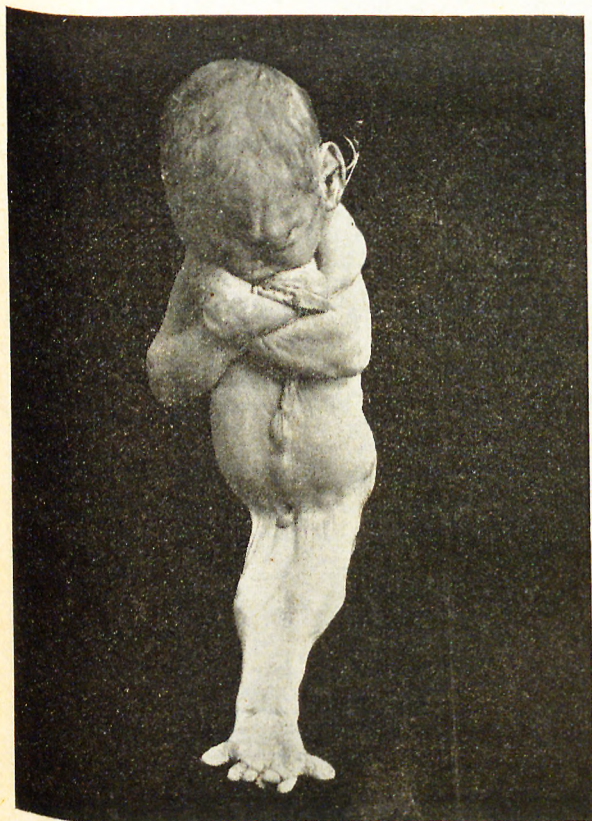
M. RYŁKO.

Organizm ludzki od pierwszej chwili swego istnienia, od chwili poczęcia, może podlegać rozmaitym czynnikom chorobowym, które w różny sposób odbijają się na późniejszym rozwoju płodu. Jeżeli czynniki te działają na płód w tym okresie, kiedy już wszystkie części tegoż są rozwinięte, a tylko pozostaje im wzrost (mniej więcej od początku czwartego miesiąca ciąży), wtenczas wszystkie sprawy chorobowe, jak zapalenia, przerostowe i zanikowe sprawy, nowotwory i t. p. odbijają się w taki sam lub prawie w taki sam sposób na

plodzie, jak na organizmie, już po za macicą będącym. Wtedy mamy do czynienia z chorobami wrodzonymi w ścisłym tego słowa znaczeniu.

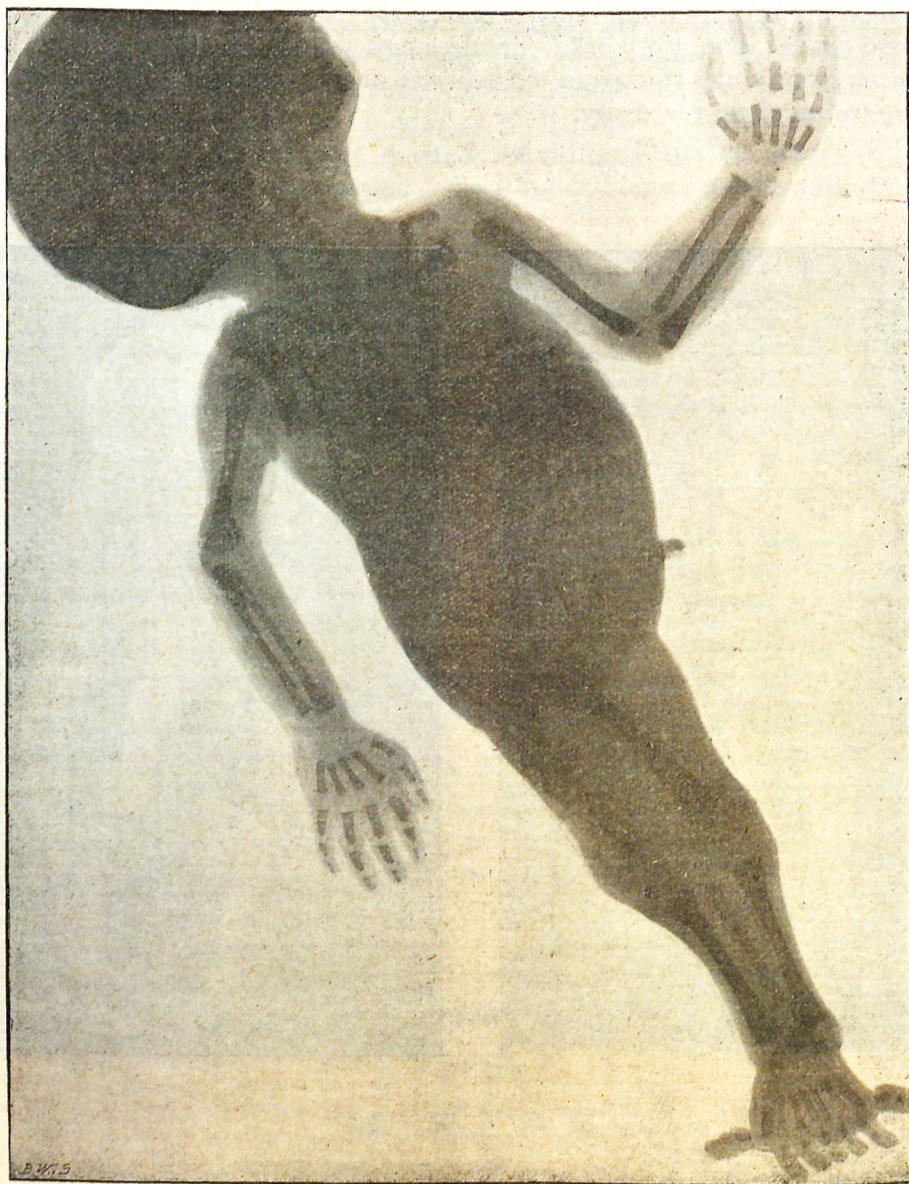
Postać rzeczy się zmienia, jeżeli czynniki chorobowe działają wówczas, gdy jeszcze albo wszystkie, albo niektóre części płodu nie doszły do ostatecznego rozwoju i formy. W tym razie czynniki te wpływają na zmianę form płodu w całości lub pojedynczych jego części. Wtedy to mamy do czynienia z tak zwanymi potworami (*monstrum, teras*).

Dość rzadki okaz potworka, urodzonego w dniu 28 stycznia r. b., przedstawiam na dołączonej fotografii. Pochodzi on od kobiety zdrowej, 35-letniej mężatki, rodzącej po raz ósmy.



Płód odpowiada początkowi dziewiątego miesiąca ciąży; waży 1620 grm., długość 47 ctm., obwód główki 30 ctm.; obwód w ramionach 28 ctm. Górna połowa płodu rozwinięta zupełnie dobrze; dolne zaś kończyny na całej przestrzeni zrosnięte. Zrosnięte stopy, z których prawa ma pięć, a lewa trzy palce, powierzchnią podeszwową są zwrócone ku górze, wskutek czego stykają się powierzchniami małych palców, gdy wielkie są zupełnie nazewnątrz. Przy macaniu wyczuwa się dwie kości udowe dobrze sformowane, a goleniowych kości wyczuwa się trzy: dwie grubsze na zewnątrz, a w środku, w linii zlania

się kończyn, cokolwiek cofniętą ku tyłowi jedną cieńszą. Otworu kiszki stolcowej nie ma wcale. Narządów płciowych zewnętrznych, ani otworu cewki moczowej nie ma. Na tem miejscu istnieje mała brodaweczka.



Płód ten urodził się w położeniu pośladkowym, nieżywy. Matka twierdziła, że jeszcze na krótki czas przed urodzeniem czuła ruchy wyraźne. Wszystkie poprzednie dzieci prawidłowo sformowane.

Roentgenogram (wykonany przez kol. BARSZCZEWSKIEGO) wykazuje, co następuje: w budowie kośćca głowy, szyi, barku, kończyn górnych, klatki

piersiowej i kręgosłupa żadnych zбочzeń nie ma. Miednica w dolnej części jakby ściśnięta wskutek tego, że panewki stawu biodrowego przekręcone są ku wewnątrz i znajdują się bardzo blisko siebie. To przekręcenie miednicy i stawu biodrowego ku wewnątrz pociągnęło za sobą przekręcenie całej dolnej kończyny w tymże kierunku, tak że w goleni nazewnątrz znajdują się kości piszczelowe, zupełnie dobrze sformowane, pośrodku jedna strzałkowa, jednak, zdaje się, zlana z dwóch. Kość skokową widać jedną, kości stępu dwie wyraźne duże i dwie drobne; kości zaś śródstopia, palców i paluchów występują zupełnie wyraźnie i w prawidłowej postaci.

Potwór z wyżej wymienionemi właściwościami zalicza się do potworów, oznaczonych nazwą „sympus“. Sympus (Sympodia, Sirenenbildung) jednak nie ogranicza się tylko wyłącznie do zmiany w dolnych kończynach, lecz i w miednicy oraz w wylotach nerządów trawiennych, płciowych i moczowych.

Następuje mianowicie pewnego rodzaju skręcenie kości miedniczych ku wewnątrz, tak że przysze kończyny dolne znajdują się na tyle blisko jedna drugiej, że się zlewają w jedną. W innym wypadku rozwijają się obie kończyny, lecz rozwój jest na tyle niedostateczny, że nie są rozdzielone. Oprócz tego zlewania się kończyn zasługuje na zaznaczenie jeszcze skręcenie się kończyny koło osi w ten sposób, że zrastanie się następuje nie wewnątrzniemi powierzchniami, lecz zewnątrzniemi — a więc golenie zrastają się strzałkami, a stopy małymi palcami. W daleko posuniętych stopniach potworności miednica jest zaledwie szczątkowa (rudymেন্টarna), a kości krzyżowej wcale nie ma. Wylotu kiszki stolcowej, jako też otworu cewki moczowej nie ma nigdy. Zewnętrzne narządy płciowe występują rzadko.

FÖRSTER *) odróżnia trzy rodzaje sympodii:

a) *Sympus apus* — dolna część tułowia wyciąga się w ostry stożek i nie przedstawia nawet śladu właściwej stopy albo bardzo pierwotny palec. Miednica i dolne kończyny w wysokim stopniu niedorozwoju; kości krzyżowej zwykle nie ma. Potwory takie rodzą się najczęściej niedonoszone i martwe; jeżeli zaś rodzą się żywe — prędko umierają.

b) *Sympus monopus*. Dolna część ciała przedstawia jedną nogę i jedną stopę, która jednak nosi nieraz cechy zdwojenia. Zewnętrznych narządów płciowych i rzyci zwykle nie ma. Miednica jest nieco lepiej rozwinięta, niż w poprzednich postaciach. Pęcherza i kiszki prostej zwykle brakuje. Nerki i wewnętrzne narządy płciowe są złączone albo szczątkowe. Czasami rodzą się żywe, lecz prędko umierają.

c) *Sympus dipus*. Dolna część ciała przechodzi w jedną, noszącą cechy zdwojenia kończynę, mającą dwie stopy, zrosnięte w tylnej części, a w przedniej rozchodzące się i piętami zwrócone ku górze. Miednica jest tu rozwinięta dokładniej. Zawsze są tu dwie kości udowe, a goleniowe podwójne, tylko piszczele na zewnątrz, a strzałki wewnątrz; często zaś jedna strzałkowa między dwiema piszczelowemi. Małe palce ku środkowi, a duże na zewnątrz. Zewnętrzne narządy płciowe czasami istnieją.

Wewnętrzne narządy moczopłciowe istnieją, lecz ich wyjście — jest zarośnięte, tak że, jeżeli nawet rodzą się żywe, to bardzo prędko umierają.

Mój okaz należy do tego ostatniego rodzaju *Sympus dipus* z jedną strzałkową kością między dwiema piszczelowemi.

*) D-r FÖRSTER. Die Missbildungen des Menschen. Jena 1865.

WYKŁADY KLINICZNE

DR. T. HOMBURGER (z Karlsruhe).

Najświeższe zdobycze i obecny stan pedyatryi.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 18).

II. Choroby noworodków.

Asfiksyja, choroby pępka i oczów, *melaena* i *icterus neonatorum*, *sepsis*.

Jaka jest właściwa waga ciała prawidłowego noworodka? Nie łatwo na to odpowiedzieć. Jak wiadomo, przeciętna waga donoszonego noworodka ma wynosić około 3500 gramów, granice jednak między najmniejszą a największą liczbą są nader wielkie, gdyż wedle badań BIERING'a ¹⁾ jeden z noworodków, który utrzymał się przy życiu, ważył zaledwie 717 grm., gdy inny znowu, który żył nadal, miał 6250 grm. wagi, a jeden z nieżywo urodzonych aż 11300 grm.!

Łatwiej już określić granice fizyologiczne i patologiczne w kwestyi oddychania, a mianowicie w sprawie asfiksyi noworodków. Gdy dziecko po urodzeniu nie oddycha zupełnie prawidłowo, wówczas staramy się usunąć ciała obce (śluz) z tchawicy za pomocą cewnika i używamy słabszych lub mocniejszych środków, drażniących powłoki zewnętrzne.

W przypadkach, w których zastosować trzeba sztuczne oddychanie, używamy ostrożnego wdmuchiwanie powietrza przez cewnik, wprowadzony do tchawicy, jak również znanych huśtań SCHOLTZE'go. Metody te powodują jednakże w pewnych przypadkach cały szereg przykrych następstw: rozerwania ważnych narządów i naczyń, aspiracyę obcych ciał do płuc i t. p. Wobec tego WOLFRAM²⁾ podał modyfikacyę metody SCHULTZE'go, w której opuszczono huśtania: lekarz sadza noworodka na swych kolanach, opierając go plecami o swój brzuch i pierś, ręką prawą zgina oba uda dziecka i naciska niemi brzuszek tegoż, a jednocześnie lewą ręką uciska klatkę piersiową noworodka. Przerwywając następnie ucisk piersi i odprowadzając udka noworodka ku dołowi, wywarza sztuczny wdech, gdy poprzednio opisany rękoczyn naśladował wydech. W lżejszych postaciach asfiksyi radzi KNAPP³⁾ wstrzymać się z podwiązaniem pępowiny, a wprowadzić wpierw cewnik do tchawicy, pociągać systematycznie język (metoda LABORDE'a. Ref. L. W.) i t. p., a gdy po tem wszystkiem prawidłowe oddychanie nie zjawia się, wtedy odłączyć dziecko i zastosować zewnętrzne środki drażniące. W cięższych przypadkach asfiksyi należy natomiast jaknajprędzej odłączyć dziecko i zastosować oddychanie sztuczne. By uniknąć oziębienia noworodka, należy umieścić go w ciepłej kąpieli, wykonywając jednocześnie miarowe pociąganie języka. Nadto przy asfiksyi, połączonej z małokrwistością, stosuje KNAPP, prócz powyższych środków ratunkowych, jeszcze podskórne zastrzykiwania letniego fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Pod wpływem nowoczesnych pojęć o antyseptyce i aseptyce zmieniły się też poglądy co do sposobów opatrywania pępka i oczów noworodka. Wytyczne punkty traktowania pępowiny mają być następujące: przyspieszenie zasychania, oddzielanie się resztki pępowiny i zapobieganie zakażeniu rany pęp-

¹⁾ Monatschrift f. Geburtshuelfe u. Gynäkologie. 1899. X. 3.

²⁾ Centralbl. f. Gynäkologie. 1897. Marzec.

³⁾ KNAPP. Prager med. Woch. 1897. 17.

kowej. Badania Le GENDRE'a i VARNIER'a⁴⁾ nie pot wierdziły przypuszczeń, jakoby pomiędzy szybszym przebiegiem zasychania pępowiny a odpadaniem tejże istniała jakakolwiek bliższa łączność. Pomimo tego należy usilnie starać się o jaknajszysze zaschnięcie resztki pępowiny, choćby dlatego, by usunąć możliwość zakażenia. Jak wiadomo, do opatrunku pępowiny używają powszechnie metody suchej (puder z dodatkiem środków antyseptycznych i lekkie owijanie pępowiny gazą jałową), BUDBERG⁵⁾ natomiast wnet po pierwszej kąpieli dziecka obwija pępowinę warstwą waty, zmoczonej w absolutnym wysokoku, na to zaś nakłada powijak; opatrunek ten zmienia dwa razy dziennie, zezwalając jednocześnie na codzienne kąpanie noworodka. SCHLIEP⁶⁾ zaś jest zdania, że wszelkie obwijania pępowiny przeszkadzają wysychaniu jej, wobec czego pendzluje tylko resztkę pępowiny 2—5% roztworem saletrzanu srebra, po odpadnięciu zaś strupa nakłada na ranę pępkową kawałek waty, napojonej salicylowym kolodionem, ślimaczące się zaś miejsca posypuje poprzednio proszkiem formalino-żelatynowym (można też dermatolem, arystolem i t. p. Ref. L. W.). I przy tej metodzie kąpie się dziecko codziennie. Nowy sposób podaje A. MARTIN⁷⁾: podwiązuje on pępowinę tuż nad skórą dziecka za pomocą nitki jedwabnej, poczem wypalonymi nożyczkami przecina ją na 1—1½ ctm. ponad brzuszkiem; strupek pokrywa wyjałowioną gazą (nie jodoformowaną. Ref. L. W.), a na to kładzie zwykły opatrunek pępkowy. Sposób ten ma zapobiegać krwawieniom następczym, jakoteż powodować wciąganie się pępka do jamy brzucha już na drugi dzień, podczas gdy resztkę pępowiny odpada na 4—6 dzień. BALLIN⁸⁾ przyznaje tej metodzie wpływ na szybsze zasychanie i oddzielanie się pępowiny, obawia się jednak używania rozżarzonych nożyczek, jakoteż tak nisko zakładanej podwiązki, co może być powodem zakażenia.

W ostatnich latach nowoczesne pojęcia o zakażeniu i o bezwzględnej czystości zrodziły obawę, by kąpiel codzienna, tradycyjnie dla noworodków stosowana, nie stała się przyczyną zakażenia ich organizmu. Powyżej wyłuszczone sposoby opatrywania pępowiny zezwalały na codzienną kąpiel, SCHRADER⁹⁾ natomiast, rzecznik absolutnej aseptyki, pozwala raz tylko wykąpać dziecko dla oczyszczenia go po porodzie, a następnie radzi zaniechać kąpieli aż do zagojenia się pępka. Zdanie jego podzielają H. NEUMANN¹⁰⁾ i N. BEREND¹¹⁾, a ostatni żąda, by pierwszy opatrunek pępowiny był nakładany ściśle aseptycznie, od niego bowiem zależy możebność lub brak zakażenia pępka. Tym trzem autorom zaprzeczyli jednak CZERWENKA¹²⁾ i KOWARSKI¹³⁾, przeprowadzając badania jednocześnie nad noworodkami, codziennie od samego urodzenia się kąpanymi, jakoteż nie kąpanymi wcale aż do odpadnięcia pępowiny. Przekonali się oni, że kąpiel sprzyja zdrowiu noworodków, nie oddziaływa zaś wcale ani na przebieg zasychania, ani na okres odpadania resztki pępowiny, przyczem zgoła nie zwiększa szans zakażenia.

Powszechnie obawiają się zakażenia organizmu noworodka przez pępek, sądzą bowiem, że materiał zakaźny z rany pępkowej dostaje się do organizmu

⁴⁾ Annal. de Gynécol. XXVI. 1899.

⁵⁾ Centralbl. f. Gynäkol. 1898. 47.

⁶⁾ Therap. Monatshefte. 18: 5. Czerwiec i 1898 Wrzesień.

⁷⁾ Berl. klin. Wochen. 1900. 8.

⁸⁾ Centr. f. Gynäk. 1900. 20.

⁹⁾ Ther. Monats. 1895 Czerwiec.

¹⁰⁾ Berlin. klin. Woch. 1898. 1.

¹¹⁾ II zjazd międzynarod. pediatryczny. 1899.

¹²⁾ Wiener klin. Wochen. 1898. 11.

¹³⁾ Ibidem. 1900. 13.

przez tętnicę pępkową. Zdanie to podziela również RUNGE w swem dziele p. t. „Krankheiten der ersten Lebenstage“ (1893). BASCH¹⁴⁾ natomiast, opierając się na badaniach histologicznych i na teoretycznych rozumowaniach, przychodzi do wniosku, że przez zamykającą się zaraz po porodzie tętnicę pępkową zakażenie nie może przedostać się do organizmu, wobec czego przyczyny ogólnego septycznego zakażenia noworodka dopatruje się w przewodzie pokarmowym tegoż. Zdaniem FINKELSTEIN'a¹⁵⁾ wnioski te są zbyt rozległe, lecz do pewnego stopnia można im przyznać rację bytu.

Akuszerzy i pedyatrycy usiłują zapobiedz nie tylko zakażeniom noworodków przez pępek, lecz również dbają o ich oczy, dlatego, by zmniejszyć przerażającą liczbę 30000 ślepych (w Europie), którzy stracili wzrok wskutek *blennorrhoeae neonatorum*. Zapobiegawcza metoda CREDÉ'go (wpuszczanie do worka łącznicowego każdego oka po jednej kropli 2% roztworu saletrzanu srebra L. W.) cieszy się wprawdzie wciąż jeszcze szerokiem zastosowaniem, lecz tu i owdzie bywa krytykowana i wychodzi z „powszechnego” użycia. Dla leczenia *blennorrhoeae* stosuje PFLUEGER¹⁶⁾, jak dawniej — lapis, kwas borny, zimno lub ciepło, lecz ostrzeża przed sublimatem, jako powodującym nacieki rogówkowe, nie używa też modnych przetworów srebra, jako nie przewyższających pod względem skuteczności saletrzanu srebra. ELZE¹⁷⁾ zaś zaleca metodę CREDÉ'go, jak również metodę leczenia PFLUEGER'a, lecz obok tego radzi wprowadzać do worka łącznicowego 5% maść ichtyolową i wymywanie 0,25% roztworem sublimatu, przeciw którym PFLUEGER tak energicznie powstaje.

Inni natomiast autorzy przeciwni są metodzie CREDÉ'go, co więcej, sądzą nawet, że używany przez CREDÉ'go saletrzan srebra powoduje lub sprzyja rozwojowi cierpienia. CRAMER¹⁸⁾ przypisuje temu środkowi powstawanie zapalenia łącznicy u noworodków, które w pierwszych swych okresach nie odróżnia się pod względem klinicznym od złośliwej *gonoblennorrhoei*, a tylko mikroskopowo obecność innych bakterii (*Staphylococcus aureus* i *streptococcus*) stanowi cechę odróżniającą. Wyniki badań v. AMMON'a¹⁹⁾ zgadzają się z powyższym poglądem, autor ten utrzymuje bowiem, że zakażenie oczów podczas porodu rzadziej zdarza się, niż w późniejszym wieku, i że innego rodzaju bakterye również częstą grają rolę jak gonokoki. v. AMMON zarzuca zapobiegawcze wpuszczanie kropeł lapisowych do oczów, w razie zaś istniejącej blennorrhoei zaleca przepłukiwania worka łącznicowego fizyologicznym roztworem soli i okłady lodowe, zmieniane co trzy minuty; tych ostatnich zaniechać jednak należy przy owrzodzeniach rogówki. Dopiero, gdy po 3—5 dni obrzmienie powiek zmniejszy się samo na tyle, że dzieci są w stanie oczy otwierać, można uciec się do siarczanu cynku lub protargolu. Dla celów zapobiegawczych wpuszcza on do zdrowego oka zaraz z samego początku kroplę 2% roztworu protargolu. Leczenie ropień ocznych u noworodków powinno być, zdaniem v. AMMON'a, zupełnie nie drażniące w początkach cierpienia. Zdanie jego podziela też LAMHOFER²⁰⁾, który idzie dalej jeszcze, zarzuca bowiem nawet okłady lodowe, a ogranicza się do przepłukiwań oka wodą jałową lub roztworem kwasu bornego. Z drugiej zaś strony autor ten przemawia za zapobiegawczem wpuszczaniem kropeł lapisowych u noworodków. Wy-

¹⁴⁾ Jahrb. f. Kinder. L. 1 i 2 zeszyt.

¹⁵⁾ Ibidem. L. I, 5 zeszyt.

¹⁶⁾ Corresp. f. Schweiz. Aerzte. 1897. Czerwiec.

¹⁷⁾ Woch. f. Ther. u. Hygiene d. Auges. 1897. Listopad.

¹⁸⁾ Centralblatt f. Gynäkol. XXIII. 9. 1899.

¹⁹⁾ Muench. med. Woch. 1900. 1.

²⁰⁾ Muench. med. Woch. 1900. 8.

niki tych różnych nowoczesnych metod leczenia ropnego zapalenia łącnicy u noworodków mają być również dobre, jak wyniki metod dawniejszych, bardziej przykrych dla chorych.

Co się tyczy *Melaenae neonatorum*, to przyczyny jej w dalszym ciągu bardzo są ciemne. Sądzono powszechnie, że owrzodzenia kiszkowe i krwawienia z nich stanowią przyczynę tego cierpienia, lecz w niektórych przypadkach nie znajdowano przy sekcji żadnych uszkodzeń na ścianach kiszek. Nawet badania krwi, dokonane przez v. CHRZANOWSKIEGO²¹⁾ i SPIEGELBERG'a²²⁾, nie dają żadnego punktu oparcia dla rozpoznania. W dwóch przypadkach wykazały sekcye obecność owrzodzenia w przelyku, w miejscu przechodzenia tegoż we wpust żółdkowy.

W niektórych jednakże przypadkach, rozpoznawanych jako *melaena*, przy dokładniejszym badaniu jamy noso-gardzielowej znajdowano krwawiące owrzodzenia [HOCHSINGER²³⁾, LAHMER²⁴⁾], które usuwano za pomocą tamponowania. W jednym przypadku zastosował GUTTMANN²⁵⁾ w *melaena neonatorum* żelatynę (3 listki na 1/4 litra wody, połowę *per os*, połowę w lawatywie) z dobrym skutkiem.

Jeszcze ciemniejsza jest etiologia żółtaczkki noworodków. Mamy tutaj tylko z teoryjami do czynienia, z których jedne [QUISLING²⁶⁾] są za pochodzeniem kataralnem danego cierpienia, inne natomiast za innego rodzaju zaburzeniami odpływu żółci, a nawet za powstawaniem żółtaczkki z rozpadu czerwonych ciałek krwi; tę ostatnią teorię energicznie zwalczą jednakże A. SCHMIDT²⁷⁾. KNÖPFEL-MACHER²⁸⁾ dowiódł, że mocz żółtaczkowych noworodków dla tego po większej części pozbawiony jest barwnika żółciowego, ponieważ kwaśne fosfaty, od których zależy rozpuszczalność bilirubiny w moczu, w tem cierpieniu w bardzo małej występują ilości; REUSSING²⁹⁾ zaś wykazał, że nerka dziecięca w pierwszych dniach życia zatrzymuje niektóre substancje, krążące w organizmie ssawca. Być może, że dwa te odkrycia przyczynią się do rozjaśnienia etiologii żółtaczkki.

Cierpienie powyższe, jako nie szkodliwe, nie wymaga leczenia i dla tego pod względem praktycznym mniej jest ważne, czy znamy, czy nie znamy przyczyn tegoż. Jaśniejsza natomiast jest etiologia septycznych zakażeń noworodków. Przyczyną ich bywają staphylo-strepto-diplokokki, *bacterium coli* i t. p. wnikające przez rany skóry (przez pępek) lub błon śluzowych noworodków. Nieraz jednakże zakażenie przez błonę śluzową nie łatwo daje się wykazać [FINKELSTEIN³⁰⁾]. Zakażenia dróg moczowych, wstępująca *colicystitis* i *pyelonephritis* cechują się wyraźnymi objawami klinicznymi, dzięki którym można je odróżnić od zakażeń, których źródłem są kiszki. Tenże autor utrzymuje, że prawidłowe lub lekko naruszone ściany kiszkowe nie przepuszczają bakterji, z wyjątkiem streptokoków, których obecność w zapaleniach kiszek stwierdził ESCHERICH.

Bakterjologiczne studia z ostatnich lat nad ssawcami, chorymi na cierpienia kiszkowe jakoteż na zakażenie septyczne, wyjaśniają nie tylko przyczyny danych zaburzeń, lecz wskazują zarazem sposób ograniczenia znacznej śmiertel-

21) Arch. f. Kind. XXI.

22) Prager med. Woch. 1898. 6.

23) Wiener med. Presse. 1897. 18.

24) Prager med. Woch. 19 0. 16.

25) Therap. Monatshefte 1899. 10.

26) Arch. f. Kind. 1893. XVII, 1 i 2.

27) Arch. f. Gynäkol. XLV, 2, 1893

28) Jahr. f. Kind. 47. 4 1898.

29) Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäkol. 1896. XXXIV.

30) Jahrb. f. Kind. 51. B. 2. 1900.

ności wśród noworodków. Przyczyny wielkiej śmiertelności noworodków w szpitalach, następującej niekiedy już w kilka godzin po oddaniu dzieci do tych zakładów, upatrywano „w powietrzu szpitalnem“ i w innych niehigienicznych warunkach szpitalnych. Szczegółowe jednak badania tych endemii, dokonane przez HEUBNER'a i FINKELSTEIN'a³¹⁾, jakoteż lepsze poznanie bakterii, wywołujących choroby przewodu pokarmowego u ssawców, które zawdzięczać należy ESCHERICH'owi³²⁾ i BERTON'owi³³⁾ przekonały, że endemie owe powstają wskutek przenoszenia się zarazków chorobotwórczych z wypróżnień jednego chorego na innych zdrowych. Wykazały one również, że skrupulatna czystość w pielęgnowaniu ssawców, jakoteż właściwe i czyste sposoby odżywiania ich, są w stanie znakomicie ograniczyć ich śmiertelność. Dla ścisłości wypada nam wspomnieć, że SZALARDI³⁴⁾ przeczy temu wszystkiemu i żąda, aby wraz z chorem dzieckiem przyjmowano do szpitala karmiącą je matkę, lecz pogląd ten usiłuje FINKELSTEIN zbić w tymże zeszycie.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

25. D-r HOFFMANN i SALKOWSKI. **O wczesnym (praecox) ostrym zapaleniu nerek przymiotowego pochodzenia z nadmierną ilością białka w moczu.** Czy jad syfili-tyczny może wywołać ostre zapalenie nerek, jest kwestyą niełatwą do rozstrzygnięcia i dotąd w nauce nie zupełnie ustaloną. Niepodobna zdaniem SENATOR'a¹⁾ być pewnym, czy w opisanych przypadkach zapalenia nerek, spostrzeganych we wczesnym okresie przymiotu, cierpienie nerek nie istniało już poprzednio, lub też czy obok przymiotu na powstanie jego nie wpłynęły inne szkodliwości, jak wysokok, zaziębienie i t. p. lub też leczenie rtęciowe. Z tego powodu godny jest uwagi przypadek, spostrzegany przez autorów w klinice prof. LESSER'a w Berlinie, który nie tylko ma duże znaczenie dla nauki o ostrym przymiotowym zapaleniu nerek, lecz jest godny uwagi z przyczyny niezwykle silnego natężenia białkomoczu.

23-letni mężczyzna w czerwcu r. 1901 uległ zarażeniu. Objawy wtórne (nie-swędząca wysypka) wystąpiły w początkach sierpnia. W połowie sierpnia chory zaczął stopniowo blednąć, czuł się osłabionym i zaczął doznawać bólów w ty-le głowy. Współcześnie zauważył chory, że mocz jego jest więcej nasycony, że go stopniowo oddaje w mniejszej ilości. W końcu sierpnia ilość moczu znacznie się zmniejszyła, chory czuł się bardzo osłabionym. Nakoniec z września chory zwrócił się do specjalisty, który mu zastrzyknął roztwór sublimatu i polecił codzienne zastrzykiwania sublimatu. Następnego dnia, t. j. 4 września, wstąpił do kliniki. Przy badaniu chorego znaleziono: na całej skórze swoistą wysypkę; gru-czoły chłonne obrzękłe i twarde.

Widoczne błony śluzowe blade. Mocz ciemny, przezroczysty, kwaśnego od-czynu, przy ogrzaniu ulega zupełnemu stężeniu tak, że probówka może być odwrócona bez wylania się płynu. Na drugi dzień badany powtórnie mocz za-

31) Zeitsch. f. Hygiene u. Infectiouskrankh. XXIV, 1.

32) Jahrb. f. Kind. XLIX, 2 i 3, 1899.

33) Ibidem, XLIX, 2 i 3, 1899.

34) Ibidem, XLIX, 1.

1) Patologia i terapia Notlmage'l'a, tom XIX, część I.

wierał ilościowo (albuminimeter ESBACH'a) niezwykle dużą ilość białka, bo 7% i umiarkowaną ilość cylindrów.

Na mocy powyższych wyników badania rozpoznano zapalenie nerek przymiotowe, zalecono dietę mleczną i pod ścisłą kontrolą wcie rania szaruchy w ilości 2,5 codziennie.

Niezwykła ilość białka w moczu skłoniła autora do poproszenia prof. SALKOWSKIEGO o szczegółowe zbadanie moczu, w którym tenże znalazł 6 września 8,5% a 7-go 7% białka za pomocą wazenia. Przy ciągłym wcieraniu szaruchy ilość białka stopniowo się zmniejszała tak, że od 20 września przy 1750 do 2000 ctm. sześciennych moczu, białka więcej nie wykryto. Ósmego października chory wypisał się z kliniki wolny od wszelkich objawów przymiotowych.

Chory przez cały czas trwania leczenia wziął 10 wcierań po 2,5 i 20 po 5 gramów szaruchy.

Rozpoznanie w przypadku tym nie ulega wątpliwości: mieliśmy do czynienia ze świeżym wtórnym przymiotem z wysypką z ostrem zapaleniem nerek znacznego natężenia, wywołanem przez przymiot.

Dla upewnienia się, że białkomocz jest pochodzenia przymiotowego, żąda JUSTUS²⁾ a przed nim jeszcze WELANDER³⁾ następujących dowodów: 1) że nerki przed zachorowaniem na przymiot były zdrowe, 2) że objawy cierpienia nerek przebiegają równoległe z innymi objawami przymiotu i 3) że białkomocz uległ poprawie lub został usunięty za pomocą leczenia rtęciowego.

Co się tyczy 2 i 3 punktu, to, jak to widać z historii choroby, odpowiadają one w zupełności żądaniom powyżej przytoczonych autorów. Tylko pierwszy punkt wymaga wyjaśnienia.

Jakkolwiek za pomocą przedmiotowego badania chorego nie zostało dowiedzionem, że mocz przed zachorowaniem na przymiot był wolny od białka, jakkolwiek też z bezwarunkową pewnością nie można orzec, kiedy i w jaki sposób rozwinął się białkomocz, jednak z pewnych wskazówek chorego — człowieka inteligentnego — na pewno twierdzić można, że dopiero w połowie sierpnia mocz stopniowo zaczął się zmieniać, a ilość jego zmniejszać. Jeżeli do tego dodamy, że podczas leczenia mocz stał się zupełnie wolnym od białka i do dziś dnia pozostał normalnym, w takim razie możemy istnienie dawniejszego cierpienia nerek na pewno wyłączyć.

WELANDER w licznych publikacyach wspomina o szkodliwym wpływie rtęci na nerki i dowodzi, że pewna liczba przypadków tak zwanego przymiotowego białkomoczu zależała od cierpienia nerek, wywołanego przez rtęć, co zdaniem autora nie może stosować się do powyższego przypadku, gdyż chory doskonale znosił rtęć w dużych dawkach, i jego cierpienie nerek właśnie przy leczeniu rtęcią w krótkim stosunkowo czasie zostało usunięte.

Nakoniec mógłby być zrobiony zarzut, że zapalenie nerek powstało przypadkowo pod wpływem jakiejkolwiek innej przyczyny i nie ma żadnego związku z współcześnie istniejącym przymiotem. Lecz pomimo najtroskliwszych poszukiwań nie dało się wykryć żadnej innej przyczyny z dolnej wywołać zapalenie nerek. Chory bardzo dbały o siebie nie uległ zaziębieniu i od czasu wystąpienia wysypki przymiotowej unikał napojów wyskokowych, których i dotąd używał w umiarkowanej ilości.

²⁾ JUSTUS, *Kidney-Changes in Syphilis*. Journal of cutan and genital urin. 1898.

³⁾ WELANDER, *Klinische Studien über Nierenaffectionen*. Archiv für Dermatologie u. Syphilidol. tom 57, 1901.

Podług dotychczasowych spostrzeżeń ostre zapalenie nerek objawia się prawie zawsze w kilka tygodni lub miesięcy po wystąpieniu objawów ogólnych przymiotu, niekiedy współcześnie z pierwszą wysypką; jest przeto w wysokim stopniu objawem wczesnym (*praecox*). I w przypadku autora objawiło się ono w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po zarażeniu się i w 14 dni po wystąpieniu pierwszych objawów ogólnych.

Co się tyczy objawów ostrego przymiotowego zapalenia nerek, poglądy autorów są podzielone. Jedni, szczególnie francuscy autorzy, przyjmują bardzo ostry początek, burzliwy przebieg z szybko rozwijającym się obrzękiem i wczesną mocnicą, inni za charakterystyczny uważają powolny, skryty przebieg choroby. Zdaje się, że istotnie najczęściej przebieg jest powolny; w pewnej jednak liczbie przypadków zapalenia nerek niewątpliwie przymiotowego pochodzenia początek był ostry, i szybko rozwijał się obrzęk.

Ponieważ przymiotowe zapalenie nerek w pewnej liczbie przypadków rozwija się niespostrzeżenie bez objawów, przeto w każdym przypadku przymiotu lekarz powinien przed rozpoczęciem leczenia zbadać mocz, co jednak rzadko jest dokonywane.

Szczególny interes budzi przypadek autora z przyczyny niezwykłej ilości białka w moczu. Białkomocz o 7 do 8,5% białka jest niewątpliwie rzadkością. W osadzie znaleziono bardzo skąpe wałeczki, leukocyty, bardzo mało czerwonych ciałek krwi i nabłonka, z czego wnioskować należy, że zmiany dotyczyły głównie naczyń nerkowych.

W końcu autor dołącza kilka uwag, dotyczących rozpoznania, rokowania i leczenia wczesnego zapalenia nerek przymiotowego pochodzenia. Rozpoznanie możliwe jest tylko za pomocą badania moczu, które pozwala na wczesne wykrycie cierpienia.

Rokowanie jest lepsze, aniżeli w zapaleniu nerek w następstwie innych chorób zakaźnych, gdyż w rękę posiadamy lek, który na przymiotowe zapalenie nerek tak samo swoiście działa, jak na inne cierpienia przymiotowe.

Co się tyczy leczenia, to autor na mocy danych z lite ratury i na mocy swego przypadku sądzi, że rękę, ostrożnie stosowana, nie tylko nie wpływa ujemnie na chore nerki, lecz szybko sprawdza wyleczenie.

(*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 6, 8, 9.*)

F. Arnstein.

26. N. ZUNTZ. **Znaczenie wodorów węgla i tłuszczów w przekarmianiu i w leczeniach odtłuszczających.** Wielu autorów twierdzi, że podczas leczenia odtłuszczającego chorzy powinni dostawać jaknajmniej wodorów węgla, ponieważ te ostatnie powstrzymują rozpad tłuszczu. ZUNTZ jest wręcz przeciwnego zdania: przy leczeniach odtłuszczających oddaje on pierwszeństwo wodom węgla przed tłuszczami. A to dla powodów następujących.

1) Z doświadczeń, przeprowadzonych w laboratorium autora, wynika, że gruczoły trawienne zużywają większą ilość energii przy przerabianiu wodorów węgla, niż przy trawieniu tłuszczów. Zatem za pomocą wodorów węgla łatwiej można zaspokoić głód, nie wprowadzając nadmiaru pokarmów.

2) Tłuszcz, wessany w kiszka, odkłada się, jak wiadomo, w całości i bez zmiany w tkance tłuszczowej. Tymczasem zamiana wodorów węgla w tłuszcz pociąga za sobą utratę pewnej ilości energii przy wydzielaniu CO_2 i wytworzeniu ciepła (ZUNTZ i HAGEMANN, MEISSL). To też ilość tłuszczu, wytworzonego z nadmiaru wodorów węgla, wprowadzonych do ustroju, jest zawsze o 40—50% mniejsza od ilości teoretycznej (doświadczenia z odkarmianiem bydła).

3) Wodany węgla znakomicie powstrzymują rozpad białka (VOIT, RUBNER, ZUNTZ), szczególnie, jeżeli stosować pracę mięśniową (ZUNTZ i SCHUMBURG).

A więc dyeta, składająca się przeważnie z białkowych pokarmów i z wodznów węgla, sprowadza rozpad tłuszczu przy zupełnem prawie zachowaniu równowagi azotowej. Chory, pozostający na takiej dyecie, może tracić dziennie *maximum* 200,0 wagi ciała, gdyż taka ilość tłuszczu, spalając się w ustroju, najzupełniej pokryje wszystkie jego wydatki. W ciągu tygodnia chory straci *maximum* 3 funty (w rzeczywistości o jaką połowę mniej, gdyż zawsze spożywa on oprócz białka pewną ilość substancji bezazotowych). Łatwo teraz zrozumiemy, że wszelkie „niedostateczne odżywianie“, przy którym chory traci po 6—7 i więcej funtów tygodniowo, jest niechybnie związane z utratą białka ustrojowego. Ta zaś utrata łatwiej da się osiągnąć, jeżeli będziemy podawali tłuszcze zamiast wodanów węgla, które powstrzymują rozpad białka. W tem właśnie leży rdzeń metody EBSTEIN'a.

Potrącając dalej o kwestyę otyłości wrodzonej, autor opisuje przypadek *obesitatis* u chłopca 10-letniego, który ważył 102 kilo (demonstrowany przez VIRCHOW'a na posiedzeniu berlińskiego tow. lek.). Autor znalazł w tym przypadku zupełnie normalną przemianę materii (ilość pochłanianego tlenu, wydechanego kwasu węglowego i ilość ciepła w kaloryach — normalne). Autor wobec tego stawia otyłość w zależności jedynie od dobrego apetytu.

(*Die Therapie d. Gegenw. r. 1901 str. 289—293*). Bolesław Żebrowski.

27. P. KRASKE. **O wziernikowaniu pęcherza nadłonowem (cystoscopia suprapubica).** K. miał sposobność 2 razy przez przetoki nadłonowe pęcherza, uprzednio rozszerzone blaszkownicą (*laminaria*), wprowadzać do pęcherza wziernik (cystoskop); przekonał się przy tem, że sposób ten posiada duże zalety, ponieważ daje możliwie dokładny obraz dna i wylotu pęcherza. Wygląd tych okolic pęcherza ma duże znaczenie wogóle, w szczególności zaś w ocenie zmian, zachodzących przy przeroście gruczołu krokowego. Wprowadzenie cystoskopu zwyczajnego, zresztą w tych warunkach często niemożliwe, daje obraz zwodniczy, ponieważ narzędzie, torując sobie drogę, zmienia wygląd wylotu pęcherza. Wziernikowaniem nadłonowem można dokładnie określić wskazania do zabiegu BOTTINI'ego i wykonać go nawet pod kontrolą wzroku. Inne zabiegi wewnętrzno-pęcherzowe również dałyby się dokonywać *ad oculos*. K. proponuje dla wziernikowania nadłonowego specjalny przyrząd, przedstawiający cystoskop prosty (nie zagięty), zakończony ostro, na wzór grubego trójgrańca, jako najodpowiedniejszy, bo dający się wprost wkłuć do pęcherza; można jednak zrobić uprzednio nakłucie nadłonowe grubym trójgrańcem zwyczajnym, rurkę zostawić na parę dni, i, rozszerzywszy ją blaszkownicą, wprowadzić cystoskop zwykły.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 6 r. 1902*).

Z. Radliński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 marca r. b.

TREŚĆ: L. BREGMAN i J. STEINHAUS — przypadek limfosarkomatu, przechodzącego ze śródpiersia do przewodu kręgowego. (Z demonstracją preparatu).

1) Koledzy L. BREGMAN i J. STEINHAUS wygłosili rzecz p. t. „Przypadek limfosarkomatu, przechodzącego ze śródpiersia do przewodu kręgowego“. Pierwszy opisał stronę kliniczną przypadku, drugi stronę anatomo-patologiczną. Rzecz ta w całości będzie drukowana w „Medycynie“.

W dyskusyi kol. GABSZEWICZ przytoczył przypadek, spostrzegany przez niego w r. 1885, który dotyczył 22-letniego mężczyzny z bezwładem nóg i guzem chęłboczącym pomiędzy łopatką i kolumną kręgową. Rozpoznano cierpienie gruźlicze kręgow. Po otworzeniu guza znaleziono zamiast ropy masę krwawą. Na sekcji przekonano się, iż istniał guz miękkiej w śródpiersiu, który zajmował dolny płat prawego płuca, zniszczył trzony kręgow, rozszerzył się na rdzeń kręgowy, a następnie wydostał się nazewnątrz pod postacią guza chęłbocącego, który przyjmowano za ropień. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz należał do mięsaków. W przypadku tym złośliwy nowotwór zamiast rozszerzać się w obrębie jamy klatki piersiowej posuwał się przez krzyż nazewnątrz.

Kol. St. KOPCZYŃSKI podnosi wielką ścisłość obserwacji klinicznej i wszechstronną analizę objawów, podaną przez kol. BREGMANA, i zaznacza, że wobec tego, że przedewszystkiem i głównie dotknięte tu były korzenie rdzeniowe czuciowe, ciekawą rzeczą byłoby prześledzić położenie i przebieg zwyrodnień zstępujących w pęczkach tylnych (pole przecinkowate SCHULTZE'go i inne). Przypadki podobnego zajęcia korzeni tylnych należą do rzadkości.

Kol. BREGMAN odpowiada, iż objawy ucisku rdzenia, jakie się później przyłączyły, zapewne nie pozwolą na wyodrębnienie tych zwyrodnień. Zresztą badania, będące w toku, to pokażą.

Posiedzenie z dnia 8 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) T. STANO i St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie preparatu mózgu z kostniakiem opony twardej (*osteoma durae matris*) niezwyklej wielkości; 2) K. RYCHLIŃSKI — przedstawienie mózgu z małymi kostniakami opony twardej; 3) MORACZEWSKI „O spalaniu w organizmie“.

1) Koledzy F. STANO i St. KOPCZYŃSKI przedstawili preparat mózgu z kostniakiem opony twardej (*osteoma durae matris*) niezwyklej wielkości.

Preparat ten pochodził od chorego lat 38, dotkniętego gruźlicą płuc. Ze strony układu nerwowego chory ten przedstawiał następujące objawy: subiektywnie silne bóle głowy bez ścisłego umiejscowienia, obiektywnie — lekkie podniecenie, w końcu apatya. Sztywności karku, zwolnienia tętna, wybitnej nadciężności i t. p. objawów podrażnienia opon nie stwierdzono. Również nie stwierdzono żadnych objawów ogniskowych podrażnienia, ani porażenia. Żrenice nie oddziaływały na światło. Na dnie oczu nic nie znaleziono. Na sekcji oprócz zmętnienia opon miękkich znaleziono nowotworzenie kostne niezwyklej wielkości, pod postacią twardej skorupy kostnej, mającej 17 ctm. długości i 7 szerokości. Skorupa ta pokrywała całą przednią i całą środkową część lewej półkuli, leżała głównie pod oponą twardą i była zrosnięta z oponami miękkimi i z istotą mózgu.

Mówcy rozpatrzyli swój przypadek ze stanowiska klinicznego, podnosili brak objawów ogniskowych podrażnienia i porażenia, a ze stanowiska anatomiczno-patologicznego podnieśli niezwykle wielkość kostniaka.

2) Z powodu poprzedniej demonstracji kol. K. RYCHLIŃSKI przedstawił również mózg z małymi kostniakami opony twardej z przypadku *taboparalysis*. Chory lat 42 przybył do szpitala Jana Bożego z rozpoznaniem *taboparalysis*. W wywiadach *abusus in Baccho, lues*, urazy. Obarczony pod względem nerwowym. Od 2-ch lat bóle strzelające w nogach, utrudniony chód. Od 4 miesięcy osłabienie władz umysłowych, przygnębienie, kilka razy utrata przytomności. Od dłuższego czasu zaburzenia w oddawaniu moczu. Przedmiotowo stwierdzono: nierównomierność źrenic, brak oddziaływania prawej i słabe oddziaływanie lewej źrenicy na światło, brak odruchów kolanowych, bezład w dolnych kończynach, osłabienie władz umysłowych, nieoryentowanie się w czasie i przestrzeni, dyzartria. Podczas pobytu w szpitalu chory kilkakrotnie zapadał w stan komatyczny, napięcie mięśniowe w kończynach dolnych wtedy się zwiększało, zjawiał się szczękościsk. Na dnice oka nic nie znaleziono. Na sekcji znaleziono na wewnętrznej powierzchni opony twardej w okolicy przedniej części zrazów czołowych dwie kostne blaszki, mające wielkości $1\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy; trzecią mniejszą znaleziono w okolicy *gyrus centralis anterior sinister*. Oprócz tego znaleziono nieznaczne zmętnienie opon.

W dyskusji kol. St. KOPCZYŃSKI podnosi, że znalezione na autopsji w powyższym przypadku trzy blaszki kostne może należałoby uważać raczej za twory, znalezione przypadkowo, a stwierdzone za życia objawy kliniczne kłaść na karb *taboparalysis*. K. przypomina, że w przypadku jego i kol. STANO kostniak 17 ctm. długości i 7 szerokości nie dawał wyraźnych objawów mózgowych.

W odpowiedzi kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, iż do tak dużego kostniaka mózg zapewne przez szereg lat potrafił się przystosować.

3) Kol. MORACZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „O spalaniu w organizmie“. (Rzecz ta w całości ukaże się w „Medycynie“).

W dyskusji kol. PRUSZYŃSKI zaznacza, że doświadczenia kol. MORACZEWSKIEGO, które przeczą dotychczasowym poglądom na przyczynę wydzielania się związków aromatycznych, kwasów eterosiarkowych i kwasu szczawiowego z ustroju, wymagają sprawdzenia. P. uznaje możliwość powstawania kwasu szczawiowego z tłuszczów. Fakt, że tak otyłość, jak oksalurja, cukromocz i skaza moczanowa może występować naprzemian i dziedzicznie, przemawia za tem, że u osobników, dotkniętych temi zboczeniami w przemianie materji, następuje niedostateczne spalanie. Że ilość eterosiarkanów w doświadczeniach kol. M. nie odpowiada ilości indolu, przemawia za tem, że wraz z indolem mogą wydzielać się inne związki aromatyczne tak z grupy kwasu feniloamidopropionowego, jako też i tyrozyny.

St. Kopczyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Sąd w Charlottenburgu skazał ma-sażystkę p. Kube po wysłuchaniu ekspertyzy prof. DUEHRSSEN'a i d-ra SIEFART'a i nie uwzględniając ekspertyzy prof. SCHWENINGER'a, który podsądna bronił, na grzywnę w sumie 900 marek za niedbalstwo w leczeniu pewnej pacjentki mięsieniem. Wskutek mięsienia nastąpiło pęknięcie ciężarnego jajowodu z krwotokiem do jamy brzusznej. Chorą następnie operował z wynikiem pomyślnym SIEFART. Jeżeliby chora nie była zmarła dzięki operacji, a byłaby zmarła wskutek krwotoku, prokurator byłby zażądał prócz grzywny pieniężnej 3 miesięcznego więzienia dla ukarania podsądnej, której zarzucono, że, wymacując guz obok macicy, powinna była myśleć o możliwości ciąży zamacicznej i odesłać pacjentkę do lekarza ginekologa i że niewłaściwym postępowaniem w mięsieniu przyczyniła się do wywołania krwawień i pęknięcia ciężarnego jajowodu. (Münch. med. Woch. 1902 Nr. 6).

= ROYSTER operował 9-letnią dziewczynkę z powodu zupełnego rozdarcia krocza. Po dwóch seansach operacyjnych nastąpiło wyzdrowienie. Rozdarcie krocza nastąpiło *sub partu*, mianowicie akuszer przy porodzie obecny, mylnie biorąc położenie pośladowe dziecka za położenie twarzowe, przy badaniu przez pochwę palcem rozdarł całe kroczę płodu jeszcze nie urodzonego! Ciekawem było, że pomimo rozdarcia zwieracza kiszki odchodowej nie było nietrzymania kału. (Monatsch. f. Geb. und Gynäkologie. 1903. Januar. p. 120).

= MARZ (New-York) opisał przypadek następujący: peryod opóźnił się o dwa dni. Pacjentka, nie życząc sobie ciąży, wprowadziła do macicy kateter, a następnie lekarz dokonał wyskrobania jamy macicznej. Po czterech tygodniach nagle nastąpiła zapaść, a w 24 godziny później śmierć wskutek pęknięcia ciężarnego jajowodu i wylewu krwi do jamy brzusznej. (Monatssch. f. Geb. u. Gyn. Januar. 1902).

= KRABEL z Akwizgranu dnia 14 listopada 1900 r. w towarzystwie akuszerjno-ginekologicznem w Kolonii opisał bardzo rzadkie spostrzeżenie owaryotomii, dokonanej u mężczyzny, nauczyciela gimnazjum — u kobiety, mylnie za mężczyznę ochrzonej i wychowanej. Mężczyzna ten niskiego wzrostu o budowie delikatnej, miał wąsiki skromne i zarost niewielki pod brodą, głos kobiecy, klatkę piersiową płaską, krtań nie wystającą. Powłoki brzuszne wycierały się wskutek obecności wielkiego guza w jamie brzusznej. Znaleziono prącie stosunkowo nieźle rozwinięte, lecz bez napletka, bez cewki moczowej, przypuszczano, że chodzi o spodzca męskiego, o *hypospadiasis peniscrotalis*, ponieważ nie znaleziono ani jąder, ani moszny, a li tylko dwie pozorne wargi sromowe wielkie. Pod narkozą stwierdzono obecność małej macicy i szyi macicznej w pochwie sterczącej. Po otwarciu jamy brzusznej wycięto guz 23 funtów wagi z przydatków macicznych lewostronnych, *in ligamento lato sinistro* leżało ciało, wzięte na razie za jajnik. Macica mała, *lig. latum dextrum* widoczne. Guz był torbielą wielokomorową. Organ, na razie za jajnik wzięty, w instytucie anatomo-patologicznym, określono jako *parovarium*. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, lecz w półtora roku po operacji stwierdzono recydywę. Dokonano po raz drugi cięcia brzuszego. MARCHAND skonstatował, że guz teraz wycięty był teratomatem o złożonej budowie, o częściach miksomatycznych i sarkomatycznych, o nabłonkowych wkładach. KRABEL uważa guz ten za embryomat (WILMS). Dotychczas operowany a raczej operowana ma się dobrze. Osoba ta nigdy nie miała ani ejakulacji, ani też menstruacji. Chodziło o *pseudohermaphroditismus femininus* o wtórnych cechach płciowych męskich.

Fr. N.