

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 21

WARSZAWA, 31 GRUDNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału wewnętrznego Szp. Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Józef SKŁODOWSKI).

O roli chorobotwórczej wielkouszcza jelitowego. (*Lamblia intestinalis*).

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

(Dokończenie).

Drugą grupę cierpień stanowią schorzenia układu wątrobowo-żółciowego.

Obecność wielkouszców w dwunastnicy przy jednoczesnym braku w kale nasuwała przypuszczenie, że w pewnych przypadkach główną siedzibą ich mogą być drogi żółciowe, skąd tylko od czasu do czasu przedostają się one z żółcią do jelit. Przemawia za tem niejednokrotne znajdowanie ich w pęcherzyku żółciowym, usuniętym operacyjnie. Przenikają tam zapewne drogą wstępującą z dwunastnicy, aczkolwiek niektórzy autorowie (B. V. Lyon) uważają też za możliwe zakażenie drogą krwi.

Przy zajęciu dróg żółciowych przez wielkouszcę mogą występować bóle napadowe i żółtaczka, a w dwunastnicy znajdujemy niekiedy ropę podbarwioną żółcią i nabłonki z przewodów żółciowych.

Przypadek IV: Żółtaczka prosta. Nieżyt dróg żółciowych.

H. P., policjant, lat 30, zgłasza się do szpitala 24/II 1926 roku z powodu żółtaczki. Rozwinęła się ona powoli przed 3 tygodniami bez bólów, gorączki i zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Przed półtora rokiem cierpiał na silne bóle napadowe w podżebrzu prawem, które po kilku miesiącach ustąpiły.

Stan chorego przy przyjęciu do szpitala: Wyraźna żółtaczka. Ciepłota i tętno normalne. Żadnych dolegliwości poza nieznacznym swędzeniem skóry. Apetyt zachowany. Stolec częściowo odbarwiony. Narządy wewnętrzne zmian nie wykazują, w szczególności wątroba i śledziona nie są powiększone. W moczu barwki i kwasy żółciowe. We krwi — bilirubiny 120 mgr. w litrze surowicy; próba dwuzłazowa bezpośrednia wypadła dodatnio. Odporność krwinek — nieco wzmożona. Cholesteryna, mocznik, kwas moczowy — w ilości normalnej. Morfologiczne badanie krwi: hemoglobiny 75%, ciałek czerwonych 4 750,000, białych 8,000, obojętnochłonnych 69%, eozynochłonnych 2%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 27%, monocytów 5%. Żółć na czczo bez zaległości, po śniadaniu próbnym kwasu solnego — 20, ogólna kwasota — 35. Badanie dwunastnicy cewnikiem Einhorn: żółć prawidłowo zabarwiona, próba Meltzer—Lyon—dodatnia. Fer-

menty trzustkowe obecne. W obu porcjach żółci zawieszono są drobne kłaczkii, widoczne gołym okiem. Osad badany pod mikroskopem zawiera liczne ciała ropne, żółto zabarwione, pojedyncze i w skupieniach, nieco wałeczkowatych nabłonków z dróg żółciowych oraz żywo poruszające się wielkouszcze po kilka w każdym polu widzenia.

Choremu płukano codziennie dwunastnicę roztworem siarczanu magnezu. Po 10 dniach wybitna poprawa. Chory przytył, żółtaczka prawie ustąpiła. Badanie dwunastnicy wykazało znacznie mniejszą ilość ropy i tylko pojedyncze okazy pasorzyta przeważnie nieruchome i zwyrodniałe, po 2—3 w preparacie. Przez tydzień następny chory pobierał dwa razy dziennie po 0.25 gr. stovarsolu. Żółtaczka ustąpiła; żółć przy parokrotnym sprawdzaniu pasorzytów nie zawierała i tylko pojedyncze leukocyty.

Przypadek V: Kolka żółciowa.

K. Cz., urzędnik, lat 28, przybył do szpitala 11.III.1926 roku w ataku silnych bólów w podżebrzu prawem, przypominających kolkę żółciową. Podaje, że podobne napady miewa już od 8-iu miesięcy. Ataki, początkowo słabe i występujące co parę tygodni, z czasem stawały się coraz silniejsze i częstsze — niekiedy codzienne; występowały głównie w nocy i często kończyły się wymiotami. Żółtaczki nigdy nie zauważył. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Przed wojną przechodził dyzenterję.

Przy badaniu stwierdzono wybitną bolesność pod prawym łukiem żebrowym w okolicy woreczka żółciowego. Wątroba i śledziona niemacalne. Płuca i serce bez zmian przedmiotowych, temp. 36,6°. Mocz normalny. Krew: hemoglobiny 78%, ciałek czerwonych 3,900,000, białych 5,400, obojętnochłonnych 50%, limfocytów 39%, przejściowych 8%, eozynochłonnych 3%. Płytki w normie. Czas krzepnięcia krwi — 18 minut. Ilość bilirubiny w surowicy nie przekracza normy, cholesteryny — 2 gr. w litrze. Badanie żołądka: na czczo wydobyto około 60 cm³ gęstej treści, trawisto zielonego koloru, kwasota ogólna — 28, wolny HCl — 0. Po śniadaniu próbnym kwasota ogólna — 55, wolny HCl — 30. Badanie dwunastnicy: treść żółta, przezroczysta, z licznymi zawieszonymi w niej kłaczkami. Pod mikroskopem bardzo liczne wielkouszcze, złuszczone nabłonki, nieco kryształów cholesteryny i pojedyncze leukocyty. Żółci B — nie otrzymano. Kilkakrotnie późniejsze badanie treści dwunastniczej dało wynik podobny. W kale nie wykryliśmy torbieli.

W 10 dni po przybyciu na oddział chory miał ponownie napad bólów, przyczem ciepłota podniosła się do 37,8° i przez kilka dni utrzymywała się na tym poziomie. Jednocześnie wystąpiła żywa bolesność uciskowa w okolicy pęcherzyka żółciowego. — Była wykonana dwukrotnie cholecystografia, cienia woreczka żółciowego nie otrzymano.

Leczyliśmy chorego stovarsolem i częstym płukaniem dwunastnicy roztworem siarczanu magnezu. Już po tygodniu nie znaleźliśmy pasorzytów w dwunastnicy. Napady bólów więcej się nie powtórzyły. Wypisany ze szpitala z poleceniem przyjmowania jeszcze przez pewien czas stovarsolu zgłaszał się kilkakrotnie w ciągu roku dla kontroli. Przez cały czas pracy nie przerywał, kolki nie miał, odczuwał jedynie nieznaczne sensacje w podżebrzu prawem. Za każdym razem znajdowaliśmy jednak w żółci pojedyncze wielkouszcze, kilka w całym preparacie, nieruchome.

Przypadek VI: *Kolka żółciowa.*

Wdowa po lekarzu, lat 45, od wielu lat cierpi na napady bólów w podżebrzu prawem, połączonych z wymiotami. Stałe skarży się na nudności i bolesność w okolicy wątroby.

Przy badaniu dwunastnicy znaleźliśmy w żółci dużo złuszczonej nabłonki, pojedyncze leukocyty i po 2—3 wielkousęce w polu widzenia. Próba Meltzer—Lyona ujemna. Chora, badana ambulatoryjnie, więcej się nie zgłosiła. Z pośrednio otrzymanych informacji dowiedzieliśmy się, że po użyciu stovarsolu miała nastąpić poprawa.

W ostatnich trzech przypadkach, pomimo zakażenia dwunastnicy wielkousęciami, nie było biegunki. Istniały natomiast objawy ze strony wątroby i dróg żółciowych. Trudno stanowczo twierdzić, czy były one wywołane jedynie przez wielkousęca. Bardzo możliwe, że chory V-ty miał kamice żółciową. Przemawiał za tem nadmiar cholesteroliny we krwi, obecność jej kryształów w soku dwunastniczym i opisany już wielokrotnie zbieg obu powyższych cierpień. Jednak równoległość w ustępowaniu dolegliwości i znikaniu pasorzytów przemawia silnie za ich rolą patogenetyczną we wszystkich trzech powyższych naszych przypadkach. Należy w każdym razie liczyć się z tą możliwością w cierpieniach dróg żółciowych, podobnie jak w biegunkach. Taką opinię wypowiadają i inni autorowie.

Następne 4 przypadki dotyczą chorych z nowotworami przewodu pokarmowego.

Przypadek VII: *Rak trzustki.*

W. Sz., robotnik, lat 24, od 4 lat bóle po jedzeniu, od 8-ju miesięcy bóle stałe pod lewym łukiem żebrowym. Od trzech miesięcy niezważne obrzęki.

Przedmiotowo stwierdzono: Ciężota 370, tętno — 100. Odżywianie upośledzone. Niewielki obrzęk stóp i goleni. Narządy klatki piersiowej bez zmian widocznych. Pod lewym łukiem żebrowym guz twardy, wielkości pięści, bolesny przy ucisku. Żółtek wolnego kwasu solnego po śniadaniu próbem nie zawierał. Cewnikowanie dwunastnicy dało żółć z zawiesiną szarych kłaczków; pod mikroskopem — nabłonki, leukocyty i wielkousęce. Próba Meltzer—Lyona dodatnia. Pepsyna, trypsyna i lipaza — obecne. Stolec normalny. W moczu — ślady białka. Krew: hemoglobiny 80%, ciałek czerwonych 5,000,000, białych 16,000, obojętnochłonnych 87%, limfocytów 10%, monocytów 2%, zasadochłonnych 1%. Rozpoznanie ustalone zostało przy próbnem otwarciu jamy brzusznej.

Przypadek VIII: *Rak żółdka?*

J. F., robotnik, lat 37, od trzech miesięcy silne bóle z lewej strony brzucha; początkowo częste wymioty. W czasie choroby stracił 8 kilo na wadze.

Stan bezgorączkowy, cera blada, odżywianie upośledzone. Narządy klatki piersiowej bez zmiany. Na lewo od pępka wyczuwa się guz twardy, o powierzchni nierównej, wielkości dwóch pięści, nieco ruchomy; śledziona wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego. Badanie żółdka wykazuje po śniadaniu próbem brak wolnego kwasu solnego i pepsyny. Z dwunastnicy otrzymano żółć z zawiesiną szarych kłaczków; pod mikroskopem liczne żywe wielkousęce i złuszczone nabłonki. Fermenty trzustkowe obecne. Mocz i stolec prawidłowe. Krew: hemoglobiny 83%, ciałek czerwonych 3,500,000, białych 1,800 obojętnochłonnych 85%, limfocytów 25%, monocytów 5%, eozynochłonnych 0%. Radiografia poza silnem przesunięciem żółdka na prawo nie wykazała bezpośredniego związku z guzem. Po dwóch tygodniach chory wypisał się ze szpitala na własne żądanie.

Przypadek IX: *Rak pęcherzyka żółciowego z przerzutami do gruczołów chłonnych i otrzewny. Kamica żółciowa.*

F. Sz., rzadca rolny, lat 60, zauważył przed 4 miesiącami powiększenie się brzucha. Prawie jednocześnie wystąpiły rozwoleńnięcia naprężenia z zaparciem. Znacznie schudł i osłabł. Przed 9 laty żółtaczka.

Budowa prawidłowa, odżywianie wybitnie upośledzone, cera blada. Ciężota normalna, tętno 72. Serce bez zmian. W płucach u dołu sporo drobnych rzeżeń. Brzuch duży, wzdęty, nierównomiernie z przewagą po stronie lewej, zawiera wolny płyn. Badanie żółdka na czczo: 25 cm³ mętnej, żółtej cieczy, wolny HCl—0, kwasota ogólna — 20, pod mikroskopem dużo żywych wielkousęców; po śniadaniu próbem wolny HCl — 20, kwasota ogólna — 40. Kał papkowaty, cił¹ azy dziennie, z: wiera torbiele. Mocz bez zmian. Krew: obojętnochłonnych 60%, limfocytów 36%, monocytów

4%, eozynochłonnych 0%. Po miesiącu zejście śmiertelne. Sekcja ustaliła rozpoznanie wyżej podane.

Przypadek X: *Nowotwór złośliwy jamy brzusznej.*

J. H., stolarz, lat 61. Z powodu bliznowego zwięzienia oddzielnika wykonano mu przed 10 laty zespolenie żołądkowo-jelitowe. Od lat dwóch powiększa mu się brzuch. W ostatnich czasach brak apetytu, nudności, często poty, szybkie chudnięcie.

Przy badaniu stwierdzono szereg złanych ze sobą twardych i bolesnych guzów, zajmujących środkową i prawą dolną część brzucha; niezależnie od nich guz wielkości mandarynki poniżej lewego łuku żebrowego. Stan podgorączkowy. Ogólne wyniszczenie. W innych narządach wewnętrznych, w moczu i we krwi stosunki prawidłowe. W żołądku na czczo znaleziono 35 cm³ żółtej cieczy, o odczynie obojętnym, z dużą liczbą żywych wielkousęców. Po śniadaniu próbem wolnego HCl — 0, kwasoty ogólnej — 20. Kał papkowaty, próba na krew utajoną wybitnie dodatnia, pod mikroskopem resztki pokarmowe (skrobia, włókna mięsne); torbiele nie znaleziono. Po 2 tygodniach zmarł. Sekcji nie można było dokonać.

W dwóch ostatnich przypadkach (IX i X) wykryliśmy wielkousęca przy zwykłym badaniu żołądka na czczo. W przypadku X-ym zawartość żołądka była żółta i miała odczyn obojętny, w przypadku IX-ym, również żółta, wolnego kwasu solnego nie było, kwasota ogólna wynosiła 20. Prawdopodobnie pasorzyty dostały się do żołądka wraz z cofającą się żółcią i nie uległy zniszczeniu dzięki nieobecności kwasu solnego. Chory VII miał biegunkę naprzemian z zaparciem i torbiele w kale. Wobec rozległej sprawy nowotworowej nie podobna określić, czy zaburzenia w oddawaniu kału były wywołane pasorzytami, czy też zależały od cierpienia głównego. W pozostałych 3 przypadkach stolec był regularny i nie zawierał torbieli.

Wielu badaczy spostrzegało również kojarzenie się nowotworów z wielkousęciami, ale niema danych na ich wazanie przyczynowe. Niektórzy jednak przyjmują możliwość wpływu wielkousęca na rakowacenie tkanek (Joyeux, Gaultier).

Gaultier podaje przypadek przewlekłej biegunki, połączonej z parciem, w którym po roku rozwinął się rak кишки prostej. Przez szereg miesięcy badanie rektoskopowe stwierdzało tylko stan zapalny śluzówki i wielkousęce w kale. Autor przypisuje powstanie raka zapaleniu prostnicy, wywołanemu przez wielkousęca. Przypadek ten zasługuje na uwagę również dlatego, że po wycięciu кишки prostej nastąpiło całkowite wyzdrowienie. Chory odzyskał w ciągu 6 miesięcy 19 kilo wagi; pozbył się nie tylko raka lecz i pasorzytów.

Ostatni nasz przypadek (XI) dotyczy 15-letniego chłopca, dotkniętego skazą krwotoczną i niedokrewnością złośliwą¹⁾. Chory ten nie miał żadnych dolegliwości ani biegunki, pomimo znacznej liczby wielkousęców w dwunastnicy. Chory zmarł zanim przystąpiliśmy do leczenia stovarsolem, i sekcja zwłok wykazała m. in. glisty i glistnice w jelitach oraz przewlekły niezżyty jelit. W literaturze lekarskiej nie znalazłem opisu podobnego przypadku.

Mало też jest obserwacji samej niedokrewności złośliwej połączonej z zajęciem jelit przez wielkousęca. Jeden taki przypadek opisuje Adamowicz: przy leczeniu samoszczepionką prątką okrężnicy, wyhodowanego z żółci B, oraz stovarsolem nastąpiła wybitna poprawa; nie wspomina jednak autor, czy udało się jednocześnie usunąć pasorzyty. Savolin ogłosił dwa przypadki choroby Biermera, w których leczenie wlewaniem taniny i podskórnymi zastrzyknięciami emetyny spowodowało zniknięcie pasorzytów i wyzdrowienie.

1) Przypadek ten był przedstawiony przez Dra Skłodowskiego na posiedzeniu klinicznym Szpitala Dz. Jezus dnia 8.3.1925 roku i opisany potem przeze mnie w „Warsz. Czasop. Lekarskim“ 1926 roku Nr. 2.

wienie. — Potrzebne są naturalnie dalsze spostrzeżenia, ażeby ustalić możliwość związku przyczynowego między wielkouszcem a chorobami krwi.

Wnioski. Na zasadzie powyższych 11-u naszych spostrzeżeń oraz danych z piśmiennictwa dochodzimy do przekonania, że wielkouszc jelitowy, pasorzytujący w przewodzie pokarmowym człowieka, przyjmuje nierzadko znaczny udział w procesach chorobowych. Gdyby nawet dalsze badania nie potwierdziły, że może on odgrywać rolę zupełnie samodzielną i decydującą w powstawaniu chorób, to w każdym razie jego jako czynnika, potęgującego i podtrzymującego ważne nieraz objawy chorobowe, zdaje się już widzieć.

Biegunka jest najczęstszym objawem u zakażonych wielkouszcem. Jest bardzo uporczywa, nie poddaje się zwykłemu leczeniu i ustępuje dopiero przy leczeniu pasorzytów (przyp. I, II, III).

Mniej pewny, ale również częsty jest związek wielkouszc z chorobami wątroby i dróg żółciowych. Wiemy, że wielkouszc zakażać może woreczek i przewody żółciowe. Dolegliwości tych chorych przechodzą nieraz przy leczeniu przeciwpasorzytniczym (przyp. IV, V, VI).

Mala liczba spostrzeżeń współistnienia niedokrwistości złośliwej z wielkouszcem nie pozwala jeszcze na wysnuwanie konkretnych wniosków, ale i tu stosunek przyczynowy nie jest wyłączony (przyp. XI).

Niedomoga wydzielnicza żołądka sprzyja widocznie zakażeniu. Tem się może tłumaczy częstość wielkouszc w niezycie zanikowym i w raku żołądka (przyp. VII, VIII, IX, X).

Upośledzenie sprawności wydzielniczej żołądka zaznaczyło się prawie we wszystkich naszych przypadkach. Tylko u jednego chorego cyfra kwasu solnego była normalna, u 4-ch obniżona, a u 5-ciu brak było zupełnie wolnego kwasu solnego.

Co się tyczy krwi, to poza przypadkiem XI nie wykryliśmy u innych chorych jakichkolwiek cech skazy krwotocznej i niedokrwistości złośliwej. Spostrzegaliśmy jednak lżejsze stopnie anemii zwykłej. Brak też było wyraźnej eozynofilii (najwyższa cyfra wynosiła 3%).

Z powyższego wynika, że wielkouszc jelitowy nie daje swóistego obrazu i rozpoznanie postawić można wyłącznie na zasadzie stwierdzenia go w soku dwunastniczym albo w kale. Wskazuje to raz jeszcze na potrzebę i pożytek powyższych badań klinicznych zwłaszcza w uporczywych biegunkach i chorobach wątrobowo-żółciowych. W razie wykrycia wielkouszc u pozornie zdrowego człowieka, należy starać się go wytepić, ponieważ stać się on może przyczyną choroby w przyszłości, a z drugiej strony taki nosiciel wielkouszc jest rozsądnikiem pasorzyta dla otoczenia.

Leczenie przeciwko wielkouszcowi przeprowadzaliśmy tylko u 7-ku chorych, uważaliśmy je bowiem za bezcelowe u chorych z daleko posuniętym procesem nowotworowym. Dla wytepienia pasorzytów posługiwaliśmy się preparatami arszeniku, a mianowicie stovarsolem, narsenolem i treparsolem, które podawaliśmy doustnie. Mimo stosowania dużych dawek objawów ubocznych nie stwierdziliśmy ani razu. W tym samym celu wlewaliśmy do dwunastnicy roztwory siarczanu magnezu albo Lugola. Przy takim postępowaniu w większości przypadków liczba pasorzytów wyraźnie zmniejszała się, a niekiedy znikaly one zupełnie. W 3-ech przypadkach (I, II, V), które obserwowaliśmy przez czas dłuższy, wielkouszc pozornie zginęło zupełnie podczas leczenia, lecz po jego przerwaniu zjawyły się ponownie w niewielkiej liczbie, ruszały się wtedy słabiej lub były nieruchome. Stąd wniosek, że należy odnosić się krytycznie do wyników leczenia i mówić o całkowitem wytepieniu pasorzytów tylko wtedy, gdy wielokrotna kontrola w ciągu dłuższego czasu nie wykazuje ich ani w kale ani w dwunastnicy. Możliwe, że źródłem reinfekcji są wielkousc znajdujące się w drogach żółciowych, lub torbiele, które przeniknęły do głębszych warstw ściany jelita. Dla poprawy klinicznej wystarcza często zmniejszenie liczby pasorzytów.

Zastanawiając się nad przyczyną częstego niepowodzenia stosowanych środków wyraża Eisenfarb przypuszczenie, że ważnym etapem w dążeniu do doszczętnego wyleczenia z lambliazy może się okazać operacyjne usunięcie takich zbiorników reinfekcji, jak pęcherzyk żółciowy, ewentualnie wyrostek robaczkowy. Nie potwierdza tego, przynajmniej w odniesieniu do pęcherzyka żółciowego, przebieg leczenia w naszym przypadku I-ym, u którego stosowanie dużych dawek stovarsolu i treparsolu już po usunięciu pęcherzyka żółciowego dało tylko czasowe wycięcie pasorzytów.

Zestawienie niniejsze oraz praca Adamowicza wskazują na duże rozpowszechnienie wielkouszc w Polsce.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Adamowicz — Polskie Arch. Med. Wewn. T. IV, zeszyt 2
- 2) Carrieu i Rambault-Simon — Arch. Mal. d. l'App. Dig. 1927 rok. Nr. 6.
- 3) Carteri Mathews — cyt. Carrieu i Rambault-Simon.
- 4) Cade, Morenas i Ravaut — Arch. d. Mal. d. l'App. Dig. 1925, Nr. 10.
- 5) Castex i Galan — Arch. d. Mal. d. l'App. Dig. 1926, T. XVI.
- 6) Castex i Greenway — Doc. Clin. sur le Stovarsol Etabl. Poulenc Frères—Paris.
- 7) Chiray i Lebon — Bull. et Mém. d. l. Soc. Méd. d. l'Hôp. 1925, 32.
- 8) Deschiens — Presse Méd. 1927, Nr. 1.
- 9) Deschiens — Arch. d. Mal. d. l'App. Dig. 1923, T. XIII.
- 10) Eisenfarb — Warsz. Czas. Lek. 1926, Nr. 12.
- 11) Fairise i Jaquet — cyt. Deschiens.
- 12) Felsenreich i Satke — Klin. Woch. 1923, Nr. 25.
- 13) Gaultier — Arch. d. Mal. d. l'App. Dig. 1926, tom XVI.
- 14) Goiffon — Man. de Coprologie clinique 1921.
- 15) Janowski — Gazeta Lekarska 1896.
- 16) Joyeux — ref. Arch. d. Mal. l'App. Dig. 1926.
- 17) Labbe, Nepveux i Gavrilla — Ann. de Méd. 1925, T. XVIII, N: 5.
- 18) Idem — Bull. et Mém. d. l. Soc. Méd. d. l'Hôp. 1925, Nr. 36.
- 19) Loeber — Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 21.
- 20) Orłowski — Przegląd Lekarski 1905, Nr. 16.
- 21) Puszet H. — Czas. Lek. Warsz. 1926, Nr. 2.
- 22) Ravaut — Presse Méd. 1926.
- 23) Savolin — Ref. Med. Klin. 1927.
- 24) Skłodowski — Pamiętnik Kliniczny Szpitala Dz. Jezus. Św. Ducha i Przem. Pańskiego. 1925, str. 16.
- 25) Stefanowski — O roli chorobotwórczej pierwotniaków—z. II Klin. Chor. Wewn. U. W.
- 26) Westphal i Georgi — Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 33.
- 27) Wezler — Arch. f. Verdauungs Krankh. 1927, T. XL.

Z klinik szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

Przypadek złośliwej postaci limfogranulomatozy z umiejscowieniem w kościach czaszki.

Podali

Jerzy MUSZKATENBLIT (Warszawa) i Edmund ŻERA (Warszawa).

Ziarnica złośliwa, należąca do schorzeń systemowych układu krwiotwórczego, ściślej układu limfatycznego, nie przestaje interesować szerokiego ogółu lekarskiego, jakkolwiek pisało na ten temat już niejednokrotnie. Cierpienie to, znane dotychczas pod najróżnorodniejszymi nazwami, nie jest schorzeniem tak rzadkiem, jakby się na pierwszy rzut oka wydawało. Ze względu jednak na nieustalone jeszcze ściśle objawy i przebieg istota samego cierpienia często bywa nierozpoznawana za życia. Podanie do wiadomości przypadków mniej typowych pod względem umiejscowienia cierpienia daje nam możliwość rozszerzenia granic tych dość ciemnych jeszcze stronic patologii wewnętrznej.

Ziarnica złośliwa, zwana inaczej chorobą Hodgkina, zawdzięcza swą nazwę lekarzowi angielskiemu Hodgkinowi, który w r. 1832 opisał jako nową jednostkę chorobową zbiór objawów, wyrażonych przez postępujące obrzmienie prawie wszystkich gruczołów chłonnych, powiększenie śledziony i wyniszczenie ogólne. Nazwa ta okazuje się niezupełnie słuszną, gdyż, jak pisze z polskich autorów St. Klei n, Hodgkin pomieszał ze sobą rozmaite przypadki, ujmowane później przez jednych, jako limfosarkomat, przez innych jako odmiana białaczki. Choroba doczekała się właściwego określenia dopiero, jako sprawa zapalna gruczołów chłonnych pochodzenia zakaźnego. Ziegler w swej monografii określa istotę ziarnicy złośliwej, jako schorzenie swoiste zapalne, o przebiegu przeważnie przewlekłym, które obejmuje prawie wyłącznie układ chłonny i prowadzi pierwotnie do jego obrzmienia, wtórnie natomiast ogarnia rozmaite inne narządy i układy, dając niedokrewność, wyniszczenie i podwyższoną ciepłotę.

Układ chłonny bywa dotknięty całkowicie lub częściowo; wszystkie dostępne dla oka gruczoły zewnętrzne i stwierdzane badaniem klinicznym gruczoły wewnętrzne ulegają mniejszemu lub większemu powiększeniu, bądź też ziarnica zajmuje tylko pewną grupę gruczołów. W związku z tem w przebiegu całkowicie rozwiniętej choroby odróżniamy najczęściej cztery typy kliniczne. Typ gruczolowy, najczęstszy, w którym na plan pierwszy występuje rozległe powiększenie gruczołów zewnętrznych, zwłaszcza gruczołów szyjnych, zwykle po obu stronach, rzadziej po jednej. Typ piersiowy, z przeważnym zajęciem gruczołów śródpiersia, daje klinicznie objawy guzów piersiowych. Typ brzuszny wykazuje niekiedy powiększenie wyłącznie gruczołów jamy brzusznej. Postać ta przybiera często w początkowym okresie swego rozwoju charakter kliniczny duru brzuszego. W obu tych ostatnich typach spotykamy równocześnie powiększe-

nie gruczołów chłonnych zewnętrznych, częściej szyjnych, rzadziej pachwinowych; w przypadkach, przebiegających klinicznie bez powiększenia gruczołów zewnętrznych, właściwe rozpoznanie stawiane bywa najczęściej dopiero na sekcji. Wszystkie te typy przebiegają naogół zawsze z mniejszym lub większym obrzmieniem śledziony. Czwarty typ kliniczny ziarnicy złośliwej przedstawiają przypadki, w których powiększenie śledziony występuje już na początku choroby i jest objawem dominującym.

Ziegler odróżnia jeszcze typy skórny i kostny, który w danym przypadku nas bliżej interesuje.

Ziarnica złośliwa szpiku kostnego i kości jest sprawą względnie częstą, jakkolwiek klinicznie naogół się nie ujawnia oraz nie daje żadnych szczególnych zmian we krwi. Przebiega pod postacią guzów, wychodzących z okostny i niszczących kość, oraz drobnych guzków, rozsianych w szpiku kostnym, i daje znać o sobie, wywołując często ból dotkliwy przez ucisk na pnie nerwowe. Rzadko przebiega jako sprawa samoistna, częściej towarzyszą jej typowe zmiany w gruczołach chłonnych oraz powiększenie śledziony, niekiedy i wątroby. Zresztą, i w postaci samoistnej istnieją zmiany w gruczołach, ujawniają się jednak dopiero później. Według Zieglera mamy również i tu prawdopodobnie pierwotne zaatakowanie pewnej grupy gruczołów chłonnych; choroba pozostaje jednak przez pewien czas jakby w uśpieniu. Z chwilą, gdy najadzie dogodne warunki do przeniknięcia do kości, umiejscawia się tam i rozprzestrzenia, w gruczołach chłonnych zaś pozostaje w dalszym ciągu nieczynna. Dopiero później daje zwykle również i charakterystyczne zmiany gruczolowe.

W przypadkach, w których mamy jednocześnie zmiany gruczolowe i kostne, sprawa zaczyna się typowo. w gruczołach chłonnych na mniejszej lub większej przestrzeni; zmiany w kościach lub szpiku kostnym występują dopiero w późniejszym okresie choroby, którego określenie jest dość trudne. Czy jednak istnieją typy chorobowe, umiejscowione li tylko w układzie kostnym bez zmian gruczolowych, tego, według Zieglera, rozstrzygnąć narazie nie jesteśmy w stanie, póki istota samej choroby i jej etiologia nie są z całą pewnością przesądzone.

Co do umiejscowienia kostnych zmian ziarnicowych w stosunku do szkieletu, najczęściej bywają dotknięte żebra i mostek, rzadziej kości długie i miednicy, a najrzadziej kości czaszki. Jako przykład niezwykłego usadowienia się bardzo złośliwej postaci ziarnicy, pozwolimy sobie przytoczyć w streszczeniu opis przypadku, który mieliśmy możliwość obserwować na naszym oddziale.

Chory S. K. lat 17, z zawodu praktykant ogrodnicy, przybył do nas dn. 17.X 1926 r. z rozpoznaniem zapalenia stawu biodrowego. Skarżył się na obrzęk w okolicy szyi, bóle w okolicy krzyżobiodrowej, gorączkę, brak łaknienia i silne osłabienie. Podaje, że choroba rozpoczęła się mniej więcej przed dziesięcioma miesiącami, kiedy to w okolicy podszczękowej prawej wystąpił niewielki guziczek. Guzik ten stopniowo się powiększał, następnie wystąpił podobny po stronie lewej; chory gorączkował, chudł i tracił siły, aż wreszcie nie był już w stanie pracować. Wówczas zwrócił się do szpitala. Dwutygodniowy pobyt w szpitalu i pięć naswietlań promieniami R o e n t g e n a dały jakoby pewną poprawę. Wkrótce jednak gru-

czoly powiększyły się ponownie. Z powodu dokuczliwych bólów w krzyżu chory zmuszony był położyć się do łóżka. Od tego czasu stan chorego stało się pogarsza. Z chorób przebytych podaje zapalenie płuc. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, wątłej, odżywianie złe. Skóra, widoczne błony śluzowe i spojówki bardzo blade. Mięśnie bardzo słabo rozwinięte. Gorączka do 38,0, tętno 120 na minutę, średnio wypełnione.

Głowa na ucisk niebolesna. Na czaszce wyczuwa się kilka drobnych niebolesnych zgrubień. Zrenice okrągłe, duże, reagują prawidłowo na światło i nastawienie.

Na miernie długiej szyi, w okolicy, ograniczonej przez mięsień mostkowoobojczykowosutkowy od tyłu, brzeg żuchwy od góry, stwierdza się guzy — po stronie prawej nieco większe, niż po lewej. Przy obmacywaniu po stronie prawej stwierdza się gruczoły wielkości mandarynki, spoistości miernej, dość łatwo przesuwalne, niezrośnięte ze skórą. Po stronie lewej także, wielkości śliwki.

Klatka piersiowa silnie uwypuklona ku przodowi. Żyły skórne na klatce piersiowej bardzo wyraźnie rozszerzone. Odgłos wypukowy wszędzie jawny; wysłuchowo stwierdza się zaostrenie oddechu po stronie prawej. Gruczoły pod pachowe powiększone, dość twarde, niezrośnięte ze sobą, przesuwalne.

Układ krążenia bez zmian chorobowych.

Brzuch miernie wzdęty, z wyraźnie zaznaczonym krążeniem żylnym na skórze. Przy obmacywaniu lekka bolesność o charakterze rozlanym. Stwierdza się objawy niewielkiej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej. Gruczoły zaotrzewnowe niewyczuwalne. Śledziona powiększona, twarda, wyraźnie macalna, bolesna. Gruczoły pachwinowe powiększone, zwłaszcza po stronie prawej. Kończyny normalne.

W moczu o c. g. 1017 wzmożony urobilinogen i bardzo silnie wyrażony odczyn dwuazowy.

Badanie krwi: Hb. 70%, czerwonych ciałek 3 miliony 900 tysięcy, wskaźnik — 0,9, ciałek białych 5100. Wzór: obojętno-chłonnych 86%, limf. 9%, monoc. 5%, eozynochłonnych nie zaleziono.

Rozp. klin.: *Lymphogranulomatosis, anaemia consecutiva, ascites.*

Przebieg choroby w szpitalu. Gruczoły na szyi znacznie się powiększają, występują objawy uciskowe: trudność polykania i oddychania, usta nawpół otwarte. Ciężota do 39,0, o typie zwalnającym. Pod wpływem naswietlań promieniami Roentgena, gruczoły na szyi szybko się zmniejszają. Poprawa ta okazuje się jednak przemijającą: występuje obrzęk kończyn dolnych, który dosięga niebawem bardzo dużych rozmiarów i postępuje ku górze. Zwiększa się szybko ilość płynu w otrzewnie. Drobne guzki na czaszce powiększają się stopniowo, dochodząc do guzów wielkości orzecha włoskiego, nieruchomych, zrośniętych z kością, lekko bolesnych przy ucisku. Jednocześnie chory zaczyna uskarżać się na ustawiczne i silne bóle głowy. Ponowne badanie krwi wykazuje: Hb. 55%, czerw. ciałek 2 miliony 350 tys., wskaźnik 1,2, białych ciałek 4400. Wzór według Schillinga: podzielonych 47,5%, pałeczkowatych 46%, postaci młodych 5,5% — razem obojętno-chłonnych 99% (silne zwyrodnieniowe przesunięcie na lewo), limfocytów 1%. W moczu bardzo silnie wyrażony odczyn dwuazowy, urobilinogen, urobilina.

Gruczoły na szyi przybierają rozmiary coraz znaczniejsze; guzy na głowie o spoistości chrząstki również powoli, lecz stale się powiększają. Ilość płynu w jamie brzusznej wzrasta, obrzęki występują również na tułowiu i kończynach górnych. W jamie opłucnowej stwierdza się płyn o charakterze przesiekowym. Objawy poczynające się niedomogi serca, tony bardzo głuche. Ciśnienie krwi max. 80 mm. Hg., min. 55 mm. Hg. Chory zmarł w końcu szóstego tygodnia pobytu w szpitalu.

Badanie krwi, dokonane w przeddzień śmierci, wykazało: Hb. 50%, czerw. ciałek 2 miliony 700 tys., wskaźnik 0,9, biał. ciał. 4800. Wzór: podzielonych 29%, pałeczkowatych 59%, postaci młodych 9% — razem obojętno-chłonnych 92%, limfocytów 5%, monocytów 3%. Skład morfotyczny krwi w ciągu całego pobytu w szpitalu, potwierdzony przez kilkakrotne badania, wykazywał wzgl. neutrofilję, wybitną limfopenję przy zupełnym braku eozynofilów.

Obraz krwi w ziarnicy bywa różny. Dane statystyczne, zebrane przez H. Hirschfelda na zasadzie badań licznych autorów (Caillan, Longcope, Ziegler i w. in.), wykazują, że ogólna liczba białych ciałek może się wahać od 240,000 do cyfr normalnych lub nawet niżej normy. Przeważa wzgl. neutrofilja, limfopenja, a eozynofile spotyka się nierzadko nawet w dużej liczbie.

Sekcję (Dr. Siedlecki) wykonano przed upływem 24 godzin. Rozpozn. anat. patologiczne: *Bronchopneumonia hypostatica fere totius pulmonis sin. Offuscatio parenchymatosa myocardi et dilatatio cordis. Lymphogranulomatosis maligna lymphoglandularum fere totius corporis, lienis, mucosae tracheae, cranii. Anaemia organorum universalis. Medulla ossium rubra. Inanities. Hydropericardium, hydrocephalus ext. et int. Hydrothorax ambilateralis. Ascites, anasarca universalis, praecipue extr. inf. Ascarides in intestino tenui.*

Obraz histologiczny badanych skrawków gruczołów chłonnych, guzów czaszki i śledziony wykazuje wszędzie typowe utkanie ziarnicy złośliwej.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z ziarnicą o charakterze bardzo złośliwym, z dużą skłonnością do rozprzestrzeniania się, o czym świadczy stwierdzone na stole sekcyjnym zajęcie całego układu chłonnego. Na szczególną uwagę zasługuje zaatakowanie układu kostnego pod względem rzadko w piśmiennictwie spotykaną postacią zajęcia kości czaszki.

Nie jest wyłączone, że znaleziony ziarnicowy istniałby i w innych miejscach kości, chory nasz bowiem skarżył się między innemi na dotkliwe bóle ze strony kości udowej prawej i kręgosłupa, zmiany te jednak na stole sekcyjnym ze względu na dane rodzinne przyrzeczenie oszczędzania zwłok nie mogły być stwierdzone.

Guzy na czaszce, wychodzące zapewne z okolicy, niszczą kość i przedostają się na stronę wewnętrzną. Klinicznie sprawa kostna występuje zwykle w okresie późniejszym, w pełni rozwiniętego już obrazu cierpienia i dlatego nie może rozwinąć się należyście, by dać szereg objawów o charakterze uciskowym ze strony mózgu. Chory nasz skarżył się jednak na wzmagające się bóle głowy, które tłumaczyliśmy sobie zwiększającym się ciśnieniem śródmózgowym, co wyjaśnił zresztą obraz anatomopatologiczny.

W opisanym przez nas przypadku mieliśmy do czynienia ze schorzeniem układu kostnego, w którym na plan pierwszy występuje ziarnica złośliwa gruczołów chłonnych, a zajęcie układu kostnego ujawnia się dopiero w późniejszym okresie choroby.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) St. Klein: O limfogranulomatozie. *Gazeta Lekarska*, NrNr: 12—17, r. 1912.
- 2) R. Renck: O ziarnicy złośliwej: *Polska Gazeta Lekarska* z r. 1924, zes. 3.
- 3) W. Janusz: Dwa przypadki ziarnicy, jako przyczynek do jej niezwyklej złośliwości. — *Polska Gazeta Lekarska* z r. 1923.
- 4) K. Ziegler: *Die Hodgkinsche Krankheit*. Jena 1911.
- 5) H. Hirschfeld: *Handbuch der Krankheiten des Blutes*. A. Schittenhelm. r. 1925.
- 6) K. Ziegler: — Kraus. — Bruegh. r. 1920.

Streszczenia zbiorowe.

O zmienności bakterij w związku ze zjawiskiem d'Herellea.

Podala

Bronisława FEJGIN (Warszawa).

Zjawisko, opisane przez d'Herellea (liza bakteryjna przenośna, bakterjofagja, czynnik bakterjofagowy lub lityczny) wnosi do nauki o drobnoustrojach dużo nowych faktów. Najbardziej godnym uwagi wydaje nam się fakt, stojący w związku z odkryciem niewidzialnych postaci bakteryjnych, i zmiany, którym ulegają drobnoustroje pod wpływem czynnika bakterjofagowego. Oba te fakty otwierają nowe pola do badań i budzą nowe koncepcje, dotyczące się morfologii, i biologii drobnoustrojów.

Zjawisko d'Herellea polega na tem, że niektóre bakterje młode i w okresie rozmnażania ulegają rozpuszczeniu pod wpływem nieznanego bliżej czynnika litycznego, niedostrzegalnego i przesączalnego.

Hodowla bakteryjna, do której dodano pewną ilość czynnika litycznego, ulega rozpuszczeniu dopiero po pewnym czasie. Początkowo bakterje rozmnażają się bardzo energicznie i dopiero w chwili, kiedy rozwój bakterij dochodzi do punktu kulminacyjnego, następuje liza bakterij.

O ile bakterje znajdują się w odpowiednio dobrych warunkach, sprzyjających ich wzrostowi i rozmnażaniu, czynnik lityczny można przenieść z próbki do próbki „ad infinitum”. Siła jego bynajmniej się nie zmniejsza, przeciwnie wzrasta nawet w miarę kolejnych przeszczepeń. Bakterje martwe nie ulegają lizie bakterjofagowej.

Liza bakteryjna przenośna jest wywołana według d'Herellea przez drobnoustrój nieswoisty, który rozwija się jedynie kosztem bakterij żywych. Drobnoustrój ten wżera się w bakterje, rozwija się w nich, rozmnaża i, wytwarzając pewien zaczyn lityczny, powoduje ich rozpuszczenie. D'Herelle nazwał tego ultramikroba paserzyta bakterij — *Bacteriophageum intestinale* (*Protobios bacteriophageum*) bakterjofagiem — nazwa, która przyjęła się ogólnie.

Proces zaś rozpuszczania się bakterji pod wpływem czynnika litycznego nazwał autor bakterjofagją, która jest, zdaniem jego, chorobą zakaźną bakterij.

Zjawisko samo i wyniki doświadczalne, opisane przez d'Herellea, zostały potwierdzone przez licznych badaczy. Większość nie podziela zdania d'Herellea co do istoty czynnika wywołującego lizę bakteryjną przenośną. Różne poglądy, których nie będziemy tutaj szczegółowo omawiali, sprowadzają się do dwóch zasadniczych teoryj: 1) paserzytniczej i 2) fermentacyjnej. Każda z tych teoryj posiada swoje *pro* i *contra*, żadna nie daje całkowitego i dokładnego wytłumaczenia istoty zjawiska. Pomimo tego niedostatecznego teoretycznego opanowania zjawiska lizy bakteryjnej przenośnej, zjawisko d'Herellea nabiera z dniem każdym coraz większego znaczenia w rozmaitych dziedzinach, a więc w epidemiologii, w nauce o odporności, a szczególnie w morfologii i biologii bak-

terij. Nie dziwnego, gdyż bakterjofag jest w przyrodzie bardzo rozpowszechniony — znajduje się prawie zawsze w środowisku septycznym. Obecność bakterjofaga jest ściśle związana z obecnością samej bakterji, — jest to dla jego istnienia warunek *sine qua non*. Dlatego to brak bakterjofaga w środowisku jałowem: w jelitach embrjonu (Vedrenne), w zwierzętach, wychodowanych aseptycznie (Wollman) lub w wodzie na pełnym morzu. Znajdujemy go natomiast w jelitach zwierząt i ludzi, w ropie, w ziemi, w nawozie, w wodzie morskiej w pobliżu skupień ludzkich, w wodzie rzecznej, szczególnie tam, gdzie prąd rzeki jest słaby i t. d. Wobec tego dużego rozpowszechnienia bakterjofaga w przyrodzie można przypuścić, że i w naturze obok bakterij normalnych, znajdują się również i formy bakteryjne niedostrzegalne, które Ch. Nicolle nazywa inframikrobami, a d'Herelle protobakterjami. Formy te tworzą się w przyrodzie samorzutnie. Zaznaczyć należy, że i bakterje chorobotwórcze widoczne posiadać mogą również formę niedostrzegalną, przesączalną, która odpowiada prawdopodobnie okresowi ich większej zjadliwości (Ch. Nicolle).

Arloing i jego współpracownicy, Sempé, Langeron i Chavanne, przypuszczają, że bakterjofagi odgrywają dużą rolę w samorzutnym oczyszczaniu się wód i w odporności poszczególnych jednostek, a nawet ludności całych okolic, względem infekcyj, pochodzących z wody. Jest to zresztą zgodne z dawniejszymi (przed odkryciem d'Herellea) spostrzeżeniami Hankina i Eliawy. Już w roku 1896 Hankin zauważył, że wody niektórych rzek indyjskich działają zabójczo na pewne bakterje, szczególnie na przecinkowca cholery. Przesączona woda rzeki Jumna wyjaławia w przeciągu kilku godzin zawiesinę przecinkowców cholery: drobnoustroje giną, hodowla przeświecla się i nie wykazuje obecności żadnych drobnoustrojów. Hankin wyraził wtedy przypuszczenie, że to zjawisko jest przyczyną ciekawego i dobrze znanego w Indjach faktu, dlaczego niektóre wody indyjskie nie były nigdy źródłem szerzenia się epidemii cholery. Podobne spostrzeżenia zrobił Eliawa, badając wodę rzeki Kura pod Tyflsem. Eliawa dodawał do wody niewielką ilość peptonu i po kilku godzinach stwierdził bujny wzrost przecinkowców cholery, które jednak po 12-tu godzinach zanikały zupełnie. Autorzy ci — Hankin i Eliawa, nie wiedząc o tem zupełnie, mieli do czynienia z wodą, zawierającą prawdopodobnie czynnik lityczny względem przecinkowca cholery.

Należy tu wspomnieć również o spostrzeżeniu Hankina, które znane było w jego pracowni jako „samobójstwo prątków dżumy”. Posiewy ropy z dżumieniem w okresie gojenia dawały hodowlę prątków dżumy, które po 6—8 godzinach znikały bez śladu.

Pod wpływem zjadliwego i swoistego czynnika bakterjofagowego mętna hodowla bakteryjna w buljonie staje się po upływie 8-miu do 10-ciu godzin przy 37° zupełnie przezroczystą — drobnoustroje znikają. Posiew takiej prześwieclanej hodowli na pożywkach nie wykazuje żadnego wzrostu. Preparaty barwione nie wykazują również żadnych drobnoustrojów, badane w ultramikroskopie są optycznie próżne. Jednakże

takie rozpuszczone przez działanie czynnika bakterjofagowego i „jałowe” hodowle ulegają niekiedy zmetnieniu w rozmaitych okresach czasu—od kilku dni do kilku miesięcy. Z podobnych zmetniałych hodowli udaje się po wielu przeszczepieniach wyhodować bakterje widoczne. Bakterje, które rozwijają się po bakterjofagji, nazywam d'Herelle „hodowlami wtórnymi”. Nie jest więc zatem taka rozpuszczona hodowla jałowa, mimo swej zupełnej przezroczystości, i mimo, że nie wykazuje pod mikroskopem żadnych uorganizowanych cząsteczek. Zawiesina bakteryjna, która ulega lizie bakterjofagowej, w której w przyszłości rozwinię się hodowla wtórna, niezmienia się nie różni makroskopowo i mikroskopowo od podobnej zawiesiny, która pozostała jałowa; w pewnej chwili jednak nagle, bez żadnej widocznej przyczyny, zjawia się w niej męt, spowodowany wzrostem hodowli wtórnej. Wobec tego, że hodowle wtórno rozwijają się dość często, gdy czynnik bakterjofagowy jest niezbyt zjadliwy, d'Herelle początkowo przypuszczał, że pozostają jednostki silniejsze, które nie podlegają działaniu bakterjofaga i że w tej walce z bakterjofagiem bakteria zwycięża, jeżeli jest silniejsza. Walka ta, według d'Herelle, jest analogiczna z walką, jaką stacza ustrój wyższy z bakterją chorobotwórczą. Wynik więc walki bakterji z bakterjofagiem *in vitro* lub *in vivo* (pierwsze jest tylko powtórzeniem doświadczenia drugiego) zależny jest jedynie od siły dwóch wrogich sobie czynników: zjadliwości bakterjofaga i bakterji.

Zauważono jednak, że zmetnieniu ulegają nie tylko hodowle bakteryjne, które uległy lizie bakterjofagowej, ale nawet i takie, które, po skończonej lizie „jałowe” zostały przesączone przez sączek Berkefelda, lub Chamberlanda L₃. Przesączone takie ulegają również zmetnieniu w rozmaitych okresach czasu, i bakterje z nich wyhodowane są podobne, a nawet identyczne z bakterjami, otrzymanymi z hodowli nieprzesączonych, które uległy uprzednio lizie bakterjofagowej. Zaznaczyć należy, że normalna 24-ro godzinna hodowla bakteryjna przesączona nie daje nigdy takiego wtórnego zmetnienia (Hauduroy).

Teoria doboru naturalnego jest niewystarczająca dla wytłumaczenia zjawiska powstawania szczepów wtórnych. Musimy przyznać, że mechanizm powstawania tych wtórnych bakterji, które żyją i rozwijają się w środowisku, zawierającym zjadliwy dla nich czynnik lityczny, jest zupełnie nieznan, niewytłumaczony i niezrozumiały. Wiemy, że nie jest to spowodowane ani zanieczyszczeniem, ani t. zw. „dziurami” w filtrze. Fakt bowiem powstawania szczepów wtórnych w przesączach jest pierwszorzędnej wagi i został stwierdzony przez różnych badaczy w różnych pracowniach na obu półkulach. Możemy tylko przypuścić, że bakteria pod wpływem czynnika bakterjofagowego rozpada się na drobne cząstki, które przenikają przez sączki bakteryjne. Cząstki te czasami w pewnych wyjątkowych jeszcze nieznanach warunkach mogą regenerować, i z nich powstają szczepy widoczne, które możemy hodować na pożywkach laboratoryjnych. W ten sposób każdy drobnoustrój posiada dwie formy bytowania: 1) postać, jaką spostrzegamy pod mikroskopem, która daje się hodować i 2) postać przesączalna niedostrzegalna, odlankowa nie dająca się hodować. (Bail).

Niedostrzegalne i przesączalne odlanki bakteryjne nazywa d'Herelle protobakteriami. Przechodzą

one przez sączki kolloidowe, które przepuszczają cząsteczki białka surowicy, równają się więc około 0,020 mikrona i zachowują się jak antygeny swoiste. Ilść protobakterji, które się tworzą z bakterji widocznych pod wpływem działania czynnika bakterjofagowego jest niezmiernie wielka, lecz tylko niektóre z nich zachowują zdolność regeneracji i powrotu do formy bakteryjnej normalnej. Zdaniem d'Herelle'a i innych licznych badaczy, odpowiadają one zarazkom niewidocznym i przesączalnym, t. zw. ultravirus. Wobec tego możnaby grupę zarazków przesączalnych podzielić na dwie kategorie:

1) postaci niedostrzegalne ustrojów widocznych, związane z ostatnimi w sposób niewątpliwy;

2) postaci niedostrzegalne, których dotychczas nie można związać z żadną ze znanych nam form bakteryjnych widocznych.

Możliwe jest również, że istnieją formy bakteryjne niedostrzegalne, niezmiernie małe, autonomiczne, nie związane z żadną bakterją widoczną.

Przy obecnym stanie badań, związanych ze zjawiskiem d'Herelle'a, możemy dowolnie niektóre bakterje niewidocznić i *vice versa*, z takich niewidocznych przesączonych hodowli otrzymywać niekiedy formy bakteryjne normalne, widoczne i dające się hodować na pożywkach.

Kiedy hodowla, która uległa lizie bakterjofagowej, zaczyna wtórnie mętnieć, widzimy w niej początkowo bardzo lekki męt w postaci obłoku, lub opalescencji emulsji białka jaja kurzego. Męt ten zwiększa się stopniowo, niekiedy cała pożywka mętnieje jednolicie, częściej jednak hodowla leży na dnie próbki w postaci aglutynatu. Pod mikroskopem widzimy różne postaci — niezmiernie drobne ziarenka wyodrębnione, lub w skupieniach, niekiedy ułożone w postaci nitki. Są to nowe formy bakteryjne, najprawdopodobniej formy bakterji odpornej względem czynnika bakterjofagowego. Postaci te są gram-ujemne. Po pewnym czasie zjawiają się laseczniczki, których ilość szybko wzrasta, ziarenka giną, i w końcu pozostają jedynie laseczniczki, o ile rozpuszczona została hodowla prątków np. prątków duru brzuszego, paradurów, czerwoni itp. Niekiedy pozostaje forma ziarniaków. Bez względu na to, jaki rodzaj drobnoustroju jest poddany działaniu czynnika litycznego, prątek, czy też ziarniak, pierwotną ich formą w hodowlach wtórnych jest zawsze ziarniak (d'Herelle, Hauduroy, Fejgin i Lazarewicz).

Twory te są żywe; przeszczepiane mogą się nadal rozwijać, i powstają z nich drobnoustroje widoczne, normalne, podobne, a niekiedy nawet identyczne ze szczepem wyjściowym.

Hodowle wtórne, rozwijając się w środowisku dla nich szkodliwym, ulegają znacznym zmianom i nabywają pewnych cech odmiennych, co do charakteru ich wzrostu, morfologii, zjadliwości, własności biochemicznych i serologicznych i t. d. Stałą cechą szczepów wtórnych jest odporność względem danego czynnika litycznego. Ta nabyta odporność jest dziedziczną, jednak po pewnej ilości przeszczepów słabnie, lub też znika zupełnie. Szczepy odporne na działanie swoistego czynnika litycznego stają nieraz bardzo wrażliwe na działanie innego czynnika litycznego, który nie miał najmniejszego wpływu na szczep wyjściowy. Niekiedy szczepy wtórne, hodowane w buljonie wytwarzają czynnik lityczny.

Gratia i Hoder, zauważyli, że w starych hodowlach znajdują się jednostki odporne na działania swoistego czynnika litycznego, lecz same nie wytwarzają go. Możliwy przypuścić, że hodowle te w pewnym okresie swego wzrostu wytworzyły czynnik lityczny, który, aczkolwiek niespostrzeżony, jednak na te szczepy podziałał, wywołując w nich odporność. Zmiany bakteryjne, które *in vitro* otrzymujemy pod wpływem bakterjofagów, dość szybko występują *in vivo* po znacznie dłuższym upływie czasu. Gratia uważa odporność względem czynnika litycznego, jako wynik pewnego rodzaju doboru naturalnego. Bordet i Ciucca, Doerr przypuszczają, że bakterje, które się nie rozpuszczają pod wpływem swoistego czynnika litycznego i tego czynnika nie wytwarzają, są uodpornione i już wyleczone, ponieważ według tych autorów czynnik lityczny wytwarzają tylko bakterje chore.

Eppstein i Fejgin podają, że gronkowce hemolizujące, wyhodowane z różnych schorzeń u ludzi, są odporne na działanie swoistego czynnika litycznego, który rozpuszcza szczepy gronkowce nie hemolizujące.

Odporności na działanie czynnika bakterjofagowego towarzyszy częściowa, lub nawet zupełna utrata zdolności zlepnej przy zachowaniu swoistej własności antygennej. D'Herelle zauważył, że prątki duru brzuszowego, nie zlepiające się pod wpływem wielowartościowej surowicy swoistej w chwili wyhodowania ich z organizmu ludzkiego, są również odporne na działanie bakterjofaga. Po zjawieniu się zdolności zlepnych szczepy ulegają działaniu tego samego czynnika litycznego (bakterjofaga).

Fejgin opisała szczep wtórny, otrzymany z hodowli prątków Schiga-Kruze, która uległa lizie bakterjofagowej. Wielowartościowa surowica swoista i surowica homologiczna nie zlepiała zupełnie danego szczepu wtórnego. Surowica zaś króla, uodpornionego tym szczepem, zlepiała typowy szczep Schiga-Kruze w rozcieńczeniu 1:3200.

Żywotność szczepów wtórnych jest większa niż szczepów wyjściowych. Wtórne szczepy prątków Schiga-Kruze mogą być przeszczepiane co 3 — 4 miesiące, a nawet, jak mówi Hauduroy co 18 miesięcy, podczas gdy normalny szczep Schiga-Kruze powinien być przeszczepiany co dwa tygodnie. Tem się może tłumaczy fakt, że w przypadkach schorzeń chronicznych i u nosicieli zarazków znajdują się przeważnie formy odporne na działanie czynnika litycznego, co powoduje znaczne trudności w walce z nosicielstwem.

Niekiedy pod wpływem czynnika bakterjofagowego, bakterje tracą zdolność rozrzedzania żelatyny (gronkowce) lub wytwarzania barwnika (prątek ropy błękitnej, gronkowce).

Pod wpływem czynnika litycznego zmienia się również charakter wzrostu. Weil i Felix opisali dwie postaci bytowania szczepu odmienne X₁₉. Typ H zasnuwa jednolitą mgiełką powierzchnię agaru skośnego, posiada obfite urzęsienie, jest bardzo ruchliwy. Typ O tworzy na agarze oddzielne kolonie, jest nieurzęsiony i nieruchomy. Dwa te typy różnią się odmienną postacią aglutynacji: typ H zlepia się obłoczkowato, typ O — grudkowato. Pracę Biena, Hirschfelda i Seidlówny wykazały, że szczep H w pewnych w dysgenetycznych warunkach przechodzi w formę O. Wysoka temperatura, głodzenie, karbol są

to warunki dysgenetyczne sztuczne. Do biologicznych, dysgenetycznych czynników zaliczyć należy przede wszystkim czynnik bakterjofagowy, który często wytwarza się samorzutnie przez bakterje. Fejgin po otrzymaniu czynnika litycznego anty HX₁₉ zbadała zmiany, którym podlega szczep HX₁₉ pod wpływem swoistego czynnika bakterjofagowego. Hodowla HX₁₉, po lizie bakterjofagowej została przesączona przez świecę Berkefelda. Przesącz zupełnie jałowy mętniał po pewnym czasie. Posiew takiego zmętniałego przesączu stale wykazywał wzrost bakterji typu O, z których udało się wyhodować dwie odmiany, jedna słabo ruchomą, lub zupełnie nieruchomą, prątki zaś drugiej były obficie urzęsione i bardzo ruchliwe. Jednak po 24 — 48 godzinach, a niekiedy i później można było zauważyć lekką mgłę, która szybko pokrywała całą powierzchnię agaru skośnego. Po kilkukrotności przeszczepieniach ginął wszelki ślad mgły, — odmiana ta utrzymywała się trwale w nowym typie. Przejście z formy H w formę O uważa autor za zmianę indywidualną, za fluktuację, którą można zauważyć dość często pod wpływem innych czynników. Poza tą częstą zmianą zauważono inne znacznie głębiej sięgające zmiany. Z jednego wtórnego zmętniałego przesączu wyhodowano trzy szczepy, posiadające barwnik żółty. Są to prątki ruchome, nie barwiące się metodą Grama, wielopostaciowe: krótkie prątki, prawie ziarniako-prątki i długie skręcone nici. Te trzy żółte szczepy zjawiały się nagle, wybuchowo, bez form przejściowych i o cechach od razu stałych i dziedzicznych. Wszystkie trzy szczepy były zlepiane surowicą wielowartościową anty X₁₉.

Z punktu widzenia diagnostyki najważniejsze są zmiany biochemiczne (podstawa różnicowania bakterji), którym ulegają szczepy wtórne. Często zdarza się, że z kału, z krwi, lub z innego materiału wyhodowuje się szczepy, których własności biochemiczne nie odpowiadają ich własnościom serologicznym. Podobne odmiany otrzymujemy pod wpływem czynnika bakterjofagowego.

Fejgin opisała dwa szczepy wtórne prątków Schiga-Kruze, z których jeden zachowywał się, jak prątek typu Flexner, drugi zaś, jak prątek okrężnicy; obydwie te szczepy, pomimo zmian swych własności fermentacyjnych, były zlepiane surowicą wielowartościową anti-Schiga. Surowica króli, uodpornionych temi wtórnymi szczepami, zlepiała typowe prątki Schiga-Kruze. Szczepy wyżej wymienione nie rosły na agarze, na którym poprzednio rozwijał się prątek typu Schiga-Kruze, na agarze t. zw. „vaccine“, na którym inne bakterje rozwijają się bardzo dobrze.

Hoder i Suzuk otrzymali z hodowli typowego prątka okrężnicy, która uległa lizie bakterjofagowej i wtórnemu zmętnieniu, cały szereg szczepów, zachowujących się biochemicznie nie typowo. Autorowie uważają otrzymane przez nich szczepy za formy przejściowe prątka okrężnicy do grupy szczepów paradurowych, które są, według nich, formą mutacyjną prątka okrężnicy. Prawie do tych samych wyników dochodzą Eppstein i Fejgin. Szczep prątka okrężnicy, który uległ lizie bakterjofagowej, został przesączony przez świecę Chamberlanda L₃. Przesącz uległ zmętnieniu i z niego udało się autorom wyhodować kilka szczepów biochemicznie zmienionych. Szczepy, w ten sposób

otrzymane z typowych prątków okrężnicy po lizie bakteriofagowej przypominają różne, nietypowe szczepy, które Niemcy nazywają „der wild gewordenen Coli“.

Najprawdopodobniej te „anormalne“ szczepy wytwarzały się również pod wpływem czynnika bakteriofagowego, który, jak wiadomo, jest w naturze bardzo rozpowszechniony. Sprzyja on powstawaniu odmian przejściowych, częściej nawet odmian stałych niesodwracalnych bez powrotu do typu wyjściowego. Zaznaczyć jednak należy, że te różnorodne zmiany nie zachodzą w jednakowym stopniu we wszystkich bakterjach danej hodowli i niezawsze dotyczą tego samego charakteru. Niekiedy jest to zdolność zlepną, która ulega zmianie, innym znów razem zmieniają się cechy biochemiczne, morfologia bakteryj, jej zjadliwość lub żywotność. Zmiany te mają pierwszorzędne znaczenie z punktu widzenia biologii ogólnej. W nowym świetle powstaje mechanizm nawrotu choroby i nosicielstwa zarazków.

Zmiany biochemiczne i fakty, stojące w związku z odkryciem niewidzialnych form bakteryjnych, gotowe są obalić cały gmach morfologii drobnoustrojów i zachwiać wiarę w stałość gatunków bakteryjnych.

PISMIENICTWO.

Arloing, Sempé, Chavanne. Bull. de l'Acad. de med. 17 Février 1925. 2) Arloing, Langeron, Sempé. C. R. de S. Biol., Lyon 19, Février 1925. 3) Bail, O. Wiener Klin. Wochenschrift 1921 S. 555; 1922 Nr. 35 i 39. 4) Bien, Zeit. f. Immunitt: 36 II: 5 — 6 — 1923. 5) Fejgin B. C. R. Soc. Biol. t. 89, str. 1381; t. 90, str. 1106. 6) Fejgin B. i Epstein (T. C. R. Biol. t. 95; str. 908. 7) Fejgin B. i Lazarewicz, M. C. R. Soc. Biol. t. 96, str. 342. 8) Fejgin B. i Epstein T. Zjazd bakterjologów i epidemiologów 1927. 9) Hauduroy P. C. R. Soc. Biol. 1923; t. 89, str. 791 i 875; 1924 t. 91, str. 1209, 1325; 1926 t. 95, str. 1523. 10) d'Herelle F. Le bactériophage. Masson, 1926. 11) Doerr, Klin. Wochenschrift 1922 Nr. 30 i 31. 12) Nicolle Ch. Archives de l'Institut Pasteur de Tunis 1925, Nr. 1. 13) Seydel J. Medycyna Doświadczalna i Społeczna, t. III, z. 1 — 2. 14) Hoder F. i Suzuki K. Zeit. Immunitt. Bd. 52, II. 5 — 6, 1927:

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Serologia i Bakteriologia.

∞ JULJAN NOWAK, prof. Un. Jag. **Documenta microbiologica Atlas mikrofotograficzny bakteryj, grzybków i pierwotniaków** Tom I. Jena. O. Fischer 1927.

Dzielo to jest owocem pracy, jeżeli nie całego życia, to w każdym razie z górą 25 lat. Autor zbierał z zamilowaniem mikrofotografie drobnoustrojów, przez siebie samego zdejmovane, i z niesłychanie obfitego zbioru wybrał zaledwie cząstkę. Tom niniejszy zawiera 76 tablic i na nich 664 zdjęcia. Większość dotyczy bakteryj w powiększeniu od 2000 do 4000 razy. Część przedstawia kolonie w powiększeniu 30 do 400 razy. Obrazy są tak dokładne, że mogą być studjowane przez lupę. Zdziwiająco są nietylko fotografie, ale i sztuka reprodukcji. Do zdjęć dołączony jest tekst, szkoda, że tylko w języku niemieckim. Na usprawiedliwienie powieść można tylko, że koszt wydawnictwa jest niezmierny i jedynie największe firmy wydawnicze świata mogły się na to ważyć. Atlas stanowi cenny materiał do studjów morfologii drobnoustrojów i, gdyby nie bardzo wysoka cena (20 dolarów za I tom), powinienby się znaleźć w każdej bibliotece. Zapelnia on lukę, której brak odczuwał każdy pracujący w dziedzinie mikrobiologii, gdyż dotychczasowe atlasy stanowią zaledwie drobne fragmenty. Tom następny, który ma obejmować pierwotniaki i grzybki chorobotwórcze, powinien się ukazać wkrótce, gdyż, o ile mi wiadomo, cały materiał jest gotowy, i wszystko miało być wydane jeszcze przed wojną. Nauka polska zyskała dzieło, które może liczyć na powodzenie na całym świecie.

Z. Szymanowski.

MASŁAKOW EC i KAZARNOWSKA, **Przygotowanie antygeny zapomocą bakteriofagów** (Zeit. f. Hyg. Tom 100, str. 1)

Doświadczenia dotyczą prątką czerwonego Schigakrusa. Rozpuszczając świeżą hodowlę buljonową za pomocą 10% buljonu litycznego, autorzy otrzymują produkt wybitnie toksyczny, 4 — 5 razy bardziej jadowity, niż przesącz samej hodowli buljonowej. Działanie hodowli rozpuszczonej jest identyczne z działaniem czystej toksyny. Do uodparniania autorzy stosowali anatoksynę rozpuszczoną w hodowli buljonowej, poddanej działaniu formaliny 3:1000 w ciągu miesiąca w cieplarni. Produkt ten nadaje się doskonale do uodpornienia zarówno królików, jak koni, dających surowicę wysokowartościową w stosunkowo krótkim czasie. Z pracy powyższej wynika fakt teoretycznie bardzo doniosły, a mianowicie, tożsamość toksyny i hodowli rozpuszczonej zapomocą buljonu litycznego. Proces wydzielania toksyny, w normalnych warunkach odbywający się powoli i stopniowo, dokonuje się pod działaniem bakteriofagów odrazu. Należałoby rozszerzyć te doświadczenia na inne bakterje, których dotąd nie udało się otrzymać toksyn o wyraźnym działaniu. Króliki wykazywały w czasie doświadczenia wyraźne

antylityczne własności surowicy i pomimo to nie były wcale uczulone na zakażenie czerwinkowe.

Z. S. z.

W. WEICHARD. **Antivirus Besredki**. (D. med. Woch, Nr 32 — 1927):

W przesączu hodowli buljonowej określonych drobnoustrojów znajdują się niejadowite ciepłoodporne ciała, które *in vitro* i *in vivo* hamują w swoisty sposób rozwój odnośnych bakteryj. Ciała te oznacza Besredka mianem *antivirus*... Przesącami tego rodzaju uodparniano świnki morskie przeciw gronkowcom, paciorkowcom; otrzymywano również kliniczne wyzdrowienia w miejscowych sprawach zapalnych.

Autor przypomina, iż oddawna znany jest szkodliwy wpływ przesączów starych hodowli buljonowych na rozmnażanie bakteryj, częściowo gra tu rolę wyczerpanie się środowiska odżywczego. Autor badał wzrost paciorkowców w hodowlach buljonowych z pomocą metody optycznej, przyczem szereg zjawisk hamowania rozwoju mógł uzależnić od występujących w pewnych stężeniach produktów rozszczepienia białka. Te same jednak przesącze w małych stężeniach pobudzały wzrost drobnoustrojów, zawierały więc pobudzające produkty rozszczepienia.

W. twierdzi, że *antivirus* Besredki nie posiada żadnych wpływów swoiste bakterjobjęcych.

M. Goldman junior.

Choroby zakaźne:

STRIECK i WILSON-GLASGOW. **Badania nad przeniesienie materji w okresie wylegania chorób zakaźnych**. (D. Arch. f. Inn Med. t. 157, zes. 3 — 4).

Na zasadzie badań własnych autorzy stwierdzają, że w sztucznych zakażeniach zimnicą występuje zwiększenie ogólnej przemiany materji prawdopodobnie na tle podrażnienia odnośnych ośrodków mózgowych.

B. Goldstein.

GOEBEL. **Spostrzeżenia nad odrą doświadczalną**. (Zeit schrift f. Kinderheilk. T. 41, z. 1 i 2).

Autor nie zgadza się z twierdzeniem Redlicha, że chory na odrę już w okresie rozwiniętej wysypki nie przedstawia niebezpieczeństwa dla otoczenia. Przytacza on 2 przypadki zakażenia się odrą po zetknięciu się z chorym na odrę w okresie wysypki. W celach doświadczalnych 3-letniemu dziecku autor zastrzyknął krew chorego na odrę, pobraną w 2-gim dniu wysypki; po upływie 11 dni po zastrzyknięciu u dziecka wystąpiła typowa wysypka odrowa, dzieci zaś, które zetknęły się z tem dzieckiem, zachorowały

na typową odrę. Zaznaczyć należy, że pobrana krew była poprzednio przechowywana w lodówce przez 3 doby i była zmieszana z 1% yatrenem. Ta sama krew, zastryknięcia domięśniowo 8-letniemu dziecku, które poprzednio już chorowało na odrę, wywołała u niego zespół objawów, który należało rozpoznać, jako odrę o łagodnym przebiegu. Surowica, pobrana w 4-tym dniu wysypki, nie wywołała odrę u 2-ga dzieci, które poprzednio odrę nie przechodziły.

P o p o w s k i.

LORENC i NOBEL. Badanie porównawcze nad toksyną Dicków różnego pochodzenia. (Z. f. Kind, t. 41 z. 1 i 2).

Autorowie dokonywali próby Dicków u szeregu dzieci, posługując się toksynami z różnych pracowni. Różnica w otrzymanych wynikach w zależności od używanej toksyny sięgała 33%. Autorowie uważają, że ustalenie jednolitej metody przygotowywania i standaryzacji toksyny jest konieczne dla dalszych prac.

P o p o w s k i.

K. SCHEER. Półpasiec i ospa wietrzna. (Jahrb. f. Kinderh. 67 tom, 5 — 6 zeszyt).

Z dwojga rodzeństwa występuje w odstępie dwunowym u jednego *zoster varicellousus*, u drugiego ospa wietrzna. W 14 dni po wybuchu ospy wietrznej, zachorowuje na ospę wietrzną pierwsze dziecko, które przechodziło *zoster*. Ten rzadko spotykający się zbieg przypadków wskazuje na to, że przypuszczenie B ó k a y a, iż *zoster varicellousus* jest równoważnikiem ospy wietrznej, i że choroby te pozostawiają po sobie wzajemną odporność, niezawsze jest do przyjęcia. Dzisiejszy stan wiedzy nie pozwala na wyczerpujące wyjaśnienie związku, zachodzącego w danym przypadku między wyżej opisanymi stanami chorobowymi, w każdym razie obserwacja ta dowodzi, że związek między *zoster varicellousus* i wietrzną ospą, a zwłaszcza ich wzajemne stosunki odpornościowe nie są tak proste, jak B ó k a y przypuszczał.

M. S t o p n i c k a.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

ARNETH. O odczynie szpikowo - pseudobiałaczkowym (myelosia aleueaemica). (D. m. Woch, 1927 Nr. 36).

Obraz krwi, który autor nazwał odczynem szpikowo-pseudobiałaczkowym, występuje w cierpieniach o charakterze przewlekłym. W trzech spostrzeganych przez aut. przypadkach ciała wielojądrowe, jak i limfoidalne (monocyty i limfocyty) miały obraz identyczny. Neutrofile wykazywały znaczne przesunięcie na lewo, trwające bez zmiany w ciągu wielu lat; liczbowo nie przekraczały wartości normalnych. Przyczyna tego stanu tkwić może w zmianach sklerotycznych szpiku, bądź też w przeroście śledziony, wzgl. wątroby.

Ciała eozynochłonne i komórki tuczne wykazywały raczej przesunięcie na prawo, przy niezmiennych wartościach ilościowych. W przypadkach bardzo ciężkich komórek tucznych nie znajdowano. Ten sam obraz dawały limfo-i monocyty, wykazując, że określenie *myelosis (lymphadenosis)* w sensie białaczki nie było uzasadnione.

Przy względnym przeważaniu limfocytów określenie *lymphadenosis aleueaemica* było również niesłuszne, gdyż wskutek małej liczby ciałek białych liczba limfocytów była raczej zmniejszona.

Dotychczasowe nazwy: *myelosis* wzgl. *lymphadenosis aleueaemica* nie dadzą się utrzymać.

Ciała czerwone wykazywały obraz o charakterze niedokrewności złośliwej — przy normalnych wartościach liczbowych, jak i niezmiennym wskaźniku.

Obraz więc był złośliwy, gdy w istocie krew tych cech nie posiadała.

Anatomo-patologicznie we wszystkich przypadkach znajdowano zmiany slerotyczne szpiku, przerost zastępczy śledziony i wątroby o charakterze wyłącznie myeloidalnym. Ten przerost myeloidalny w stosunku do ciałek czerwonych i obojętnochłonnych, nie zaś w stosunku do eozynofili i komórek tucznych, spostrzegano tylko w omawianem cierpieniu; nie spotyka się w żadnej megalosplenji innego typu.

Dobre wyniki naświetlania promieniami R. tłumaczy aut. działaniem pośrednim na czynnik, wywołujący cierpienie.

Wylecie śledziony jest bezwzględnie przeciwwskazane.

M. G o l d m a n junior.

G. FANCONI. Rodzinna, dziecięca niedokrewność o typie anemii złośliwej. (Obraz krwi niedokrewności złośliwej a konstytucja). (Jahr. f. Kinderh. 67 tom, 5 — o zeszyl).

Autor uważa, że anomalje konstytucjonalne są podłożem, na którym powstaje niedokrewność złośliwa, podczas gdy zewnętrzne szkodliwosci są jedynie czynnikami wywołującymi. Podaje on, na poparcie swych poglądów, następującą obserwację dziecięcej, rodzinnej niedokrewności o typie złośliwym: U 3-ech braci wystąpiła w wieku lat 5—7 niedokrewność, która doprowadziła do części śmiertelnego. Ojciec tych dzieci miał lekką anemię, połączoną z limfocytozą, matka cierpiała na obfite menstruacje, u obojga objaw R u m p e l l e e d e był dodatni. Trzy osoby z rodziny matki miały objawy skazy krwotocznej. Oprócz tych trojga dzieci chorych jest jeden syn zdrowy i córka 16 miesięczna z lekką wtórną niedokrewnością o typie chłotycznym. Budowa chorych dzieci różniła się zasadniczo od budowy rodzeństwa, a mianowicie, stwierdzono: mikrocefalię przy dobrej inteligencji, intensywne brunatne zabarwienie skóry, krwawiącą skórę, niedorozwój jąder, zez zbieżny i wzmożone odruchy cięgien. Obok zupełnie typowego obrazu krwi i charakterystycznego obrazu sekcijnego dla niedokrewności złośliwej brak wzmożonej hemolizy.

Autor sądzi, że w opisanych przypadkach miał do czynienia z atypową niedokrewnością złośliwą, przyczem w obrazie chorobowym składniku erytrotoksyczne (hemoliza) schodziły na dalszy plan, w przeciwieństwie do silnie zaznaczonych składników myelotoksycznych. Autor zwraca uwagę na to, że niekiedy u dzieci może wystąpić przejściowo obraz krwi o typie niedokrewności złośliwej, i sprawa ta koniecznie się pomyśli. Zdarza się to nie tylko u dzieci małych (*anaemia pseudoleucaemica infantum?*), lecz i u dzieci w wieku szkolnym. Autor przytacza jeszcze 4 podobne przypadki, w których przejściowo wystąpił typowy dla niedokrewności złośliwej obraz krwi. Dotyczą one: 1) *Dystrophia muscularum progressiva*, połączonej z mikrocefalią, niedorozwojem jąder i pigmentacją skóry, 2) *Haemoglobinuria paroxysmalis*, 3) i 4) 2 przypadków *infantilismus intestinalis* H e r t e r a. Wszystkie te 4 przypadki należą do cierpień, polegających na upośledzonej konstytucji. Opisane 7 przypadków z obrazem krwi o typie niedokrewności złośliwej mają jako cechę wspólną szereg anomalii konstytucjonalnych. Dysfunkcja szpiku kostnego, która doprowadziła do powyższego obrazu krwi, jest najprawdopodobniej też wyrazem odziedziczonej zmniejszonej wartościowości organizmu.

M. S t o p n i c k a.

Choroby dróg moczowych.

F. LEBERMANN. O nowej prostej próbie wydolności nerek. (Med. Klinik 1927 Nr. 18).

Autor wykorzystuje dla badania wydolności nerek zachowanie się poziomu azotu resztkowego we krwi. Badanie odbywa się w sposób następujący.

Po uprzednim zbadaniu poziomu azotu resztkowego chory otrzymuje 20—40 gr. peptonu M e r c k a w 200—400 ccm. wody z dodatkiem soku dla złagodzenia przykrego smaku peptonu. W ½, 1, 2 i 3 godziny po spożyciu peptonu pobiera się czterokrotnie krew, oblicza ilość azotu resztkowego. Dopiero po ostatnim pobraniu krwi chory może spożyć jakiś inny pokarm.

Badania na 10 ludziach zdrowych wykazały, że już po upływie ½ godziny po spożyciu peptonu stwierdza się nieznaczne podniesienie azotu, które po godzinie osiąga swój szczyt i przekracza wysokość naczecz prawie o 100%. Po 2—3 godzinach ilość azotu wraca do wysokości pierwotnej.

Badania zaś na chorych nerkowych wykazały, że krzywa azotu podnosi się podobnie szybko i podobnie wysoko, jak w warunkach normalnych, utrzymanie się jej jednak na wyższym poziomie trwa znacznie dłużej, a w poszczególnych przypadkach krzywa nie wykazuje wcale ramienia zstępującego.

Próba ta posiada według autora również i pewną wartość rokowniczą. W zachorzeniach cięższego stopnia krzywa stosunkowo szybko zbliża się do normy, czyli że punkt powrotu do poziomu pierwszego badania znajduje się od niego względnie blisko, oddala się zaś coraz bardziej w pewnej zależności od ciężkości zachorzenia.

J. T y p o g r a f.

Ch. PERIER. O leczenia kamicy w dolnym odcinku moczowodu. (Zeit. f. Urol XI).

Część moczowodu, leżąca w małej miednicy, nazywa się *pars pelvina uretri*. Rozróżnia się w niej *pars parietalis* i *pars visceralis*. Końcowy odcinek ostatniej części nosi nazwę *pars juxtavestibularis*.

i przechodzi w *pars intramuralis*. Autor specjalnie opisuje tu kamienie, leżące w *pars juxtavesicalis* i w *pars intramuralis*.

Przy rentgenologicznym różniczkowaniu nasuwają się 3 pytania: 1) czy otrzymany cień jest kamieniem, 2) na jakiej odległości leży kamień od ujścia moczowodu, 3) czy kamień leży w moczowodzie, w uchylku jego lub pęcherzowatym rozszerzeniu jego dolnego odcinka.

Cienie, otrzymane na kliszy rentgenologicznej, mogą być różnego pochodzenia, a mianowicie: 1) zawartość kiszki, 2) kamienie złożone z pęcherzyków nasiennych, wzgl. gruczołu krokowego, 3) zwężenie sąsiednich naczyń, 4) przypadkowe plamy na płycie. Dla odróżnienia posługujemy się impregnowanym cewnikiem moczowodowym z podziałkami, którego ciec zlewa się z cieniem kamienia w razie obecności jego w moczowodzie. Usuwanie kamieni z omawianego odcinka moczowodu odbywa się albo zapomocą zabiegu wśródpęcherzowego bez operacji, albo drogą operacyjną. W pierwszym razie posługuje się autor diatermją (elektrokoagulacją), przy pomocy której przecina ujście moczowodu i usuwa kamienie, umieszczone w *pars intramuralis*, wzgl. w samym ujściu moczowodu. O ile kamień siedzi nieco wyżej i nie jest zbyt duży, autor zastrzykuje oliwę, lub glicerynę sterylizowaną, albo zakłada kateter moczowodowy na komornem. Kamienie zaś, leżące w *pars juxtavesicalis*, autor usuwa drogą krwawą metodą *Mariona*, t. zw. sposobem skombinowanym: transureterowezycznie i ekstraperitonealnie. Kamienie zaś, które są mocno zespolone z moczowodem, muszą być usuwane drogą ureterolitotomii.

Herman Datyner.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Dr. med. R. RADZIWIŁŁOWICZ. Podstawy psychologii w zarysie. (Warszawa, 1926).

Książka stanowi zbiór wykładów, które obecny profesor psychiatrii Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie prowadził jeszcze jako docent Uniwersytetu Warszawskiego dla słuchaczy trzeciego roku studiów lekarskich. Książka nie jest podręcznikiem psychologii, któryby dawał obraz wszystkich kierunków myśli psychologicznej, jest to raczej ujęty w ramy oryginalnej syntezy „wstęp do studiów psychologicznych”, jak o niej mówi w przedmowie sam autor.

Dwa pierwsze rozdziały poświęca autor podstawowym zagadnieniom, dotyczącym przedmiotu psychologii, stanowiska jej w rzędzie nauk oraz metodom badania psychologicznego. Rozdział trzeci ma za treść budowę i czynności układu nerwowego, rozdział czwarty traktuje o fizjologii zmysłów. Następne rozdziały książki, począwszy od 5-go, poświęcone są właściwemu przedmiotowi psychologii, to jest zjawiskom psychicznym.

Stojąc na gruncie przyrodniczego charakteru psychologii, jako nauki, i zaliczając ją do grupy nauk biologicznych, autor uważa za właściwszą dla niej metodę rozważania ewolucyjnego.

Autor odnosi się negatywnie do czysto spirytualistycznego ujęcia zjawisk psychicznych, do teorii kojarzeniowej, teorii automatyzmu psychicznego, a nawet do teorii paralelizmu psychofizycznego, uważając wszystkie te ujęcia za sprzeczne z faktami doświadczenia. Autor przyjmuje określenie przedmiotu psychologii James W'a r d a, jako nauki o doświadczeniu wewnętrznym, i gotów jest pogodzić się ze wszelkimi odpowiadającymi wymaganiom ścisłości naukowej metodami badań, które mogą dostarczyć materiału dla dociekań psychologicznych, stawia jedynie warunek, ażeby wyniki tych badań były oceniane wyłącznie ze stanowiska psychologicznego, to jest ze stanowiska doświadczenia wewnętrznego.

W przedmowie do swego dzieła autor charakteryzuje wyraźnie swoje intencje. Unikając naginania wykładu do powziętych z góry doktryn psychologicznych i zabiegając o to, by zjawiska psychiczne przedstawiane były bez przymieszki apriorycznej, autor podkreśla zasadniczy pion myślowy swojej książki, polegający na dążeniu do uwytłumienia czynnego charakteru spraw psychicznych i znajdujący dobitny wyraz w dewizie książki: „*ago ergo sum*”, stanowiącej parafrazę i uzupełnienie kartezjuszowskiego „*cogito ergo sum*”.

To zasadnicze stanowisko autora staje się osnową bogatej tkaniny myślowej, przewijającą się poprzez wszystkie rozdziały „Podstaw psychologii” R a d z i w i ł ł o w i c z a. Najdobitniej zaznacza się to stanowisko autora w 2-ich ostatnich rozdziałach książki, poświęconych usiłowaniu, jaźni i samowiedzy oraz psychologii postępowania.

Autor staje tu na stanowisku „względego indeterminizmu”, któremu nadaje oryginalną interpretację biologiczną.

Zwężając zasadę przyczynowości do zakresu przyczyn zewnętrznych, autor stwierdza rosnące dążenie organizmu do podporządkowania czynników zewnętrznych czynnikom wewnętrznym i w wyzwalaniu się ustroju z pod supremacji czynników zewnętrznych dopatruje się cech wyższości rozwojowej, zamieniającej stopniowo

deterministyczną zależność „początkowych okresów życia ustroju” w indeterministyczną niezależność od przyczyn zewnętrznych jego okresów późniejszych.

Deterministyczna zależność i indeterministyczna wolność woli nie stanowią w przedstawieniu R a d z i w i ł ł o w i c z a przeciwieństwa, ale raczej wzajemnie się biologicznie uzupełniają. Czytelnikowi, przyzwyczajonemu do szerszego pojmowania zasady przyczynowości, trudno oświcić się z tym wnioskiem, skonstruowanym zresztą bardzo ciekawie i oryginalnie.

Rozdział V-ty książki poświęcony jest zagadnieniu świadomości i podświadomości, VI — traktuje o czuciu i postrzeganiu, VII — o wyobrażeniach, VIII — poświęcony jest myśleniu, IX — uczuciu. Do szczególnie interesujących zaliczyłbym rozdział VIII, poświęcony myśleniu. Autor podkreśla tu dobitnie charakter czynny i wybiórczy myślenia, analizuje szczegółowo czynniki rozwoju myślenia: obcowanie społeczne i mowę, dokładnie omawia sprawę nazw, jako symbolu przedmiotów, i podnosi te cechy myślenia, które wyróżniają je od mechanicznej przyległości kojarzeniowej wyobrażeń.

R a d z i w i ł ł o w i c z opiera się w swoich rozważaniach psychologicznych przeważnie na pracach autorów angielskich (J a m e s. W a r d, R o b e r t s o n); książka jego nie jest przecież kompilacją — przeciwnie, jest ona owocem wieloletniej pracy myślowej autora, owocem głębokiego przetrawienia własnego bogatego doświadczenia psychopatologicznego, cechuje ją wybitnie indywidualne ujęcie zagadnień i indywidualny sposób przedstawiania materiału naukowego. Książka jest napisana w sposób niezwykle interesujący, czyta się ją jednym tchem nawet w tych częściach, które dotyczą spraw zawiłych i trudnych.

Język czysty, jędrny, potoczysty, jasność formułowania zagadnień, zwięzłość określeń nadają tej książce szczególnego powabu. Żalować trzeba, że do książki zakradł się błąd anatomiczny przy opisie układu warstw siatkówki na str. 117, pewna nieścisłość formułowania sprawy w rozdziale, dotyczącym psychologii postępowania na str. 283, która może budzić zasadnicze wątpliwości u czytelnika, oraz kilka drobnych błędów drukarskich.

Książka zawiera zbyt dużo myśli, żeby ją można było poznać ze streszczenia. Należy ją przeczytać w oryginale.

W. Ł.

Dr. E. SIEMERLING. Repetitorium der praktischen Neurologie. Nakładem Georg Thieme, Lipsk 1923.

Dziełko Prof. Siemerlinga, słynnego kierownika kliniki psychiatrycznej i neurologicznej w Kilonji, powstało z artykułów, zamieszczonych w „Deutsche medizinische Wochenschrift”, traktujących o pojedynczych działach neurologii ze specjalnem wyróżnieniem tego, co najbardziej zainteresować może lekarzy praktyków. Artykuły te autor zebrał w jedną całość, którą zatytułował „Repetitorium” neurologii praktycznej i w której czytelnik znajdzie w krótkim streszczeniu najważniejsze dane o chorobach nerwowych. W 10 rozdziałach swej książki autor traktuje: 1) o chorobach rdzenia 2) o chorobach, wychodzących z opon. 3) o chorobach mózgu, 4) o schorzeniach kilowych układu nerwowego, 5) o schorzeniach pozapiramidowych, 6) o zaburzeniach obwodowych, 7) o schorzeniach mięśni, 8) o nerwicach naczyń i troficznych, 9) o obwodowych zaburzeniach krążenia (chromanie przestankowe), 10) o nerwicach. W rozdziałach 11 i 12 omawia ogólne zasady rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych. W pojedynczych rozdziałach podane są możliwie zwięzłe najważniejsze szczegóły, dotyczące chorób, które do działu tego należą i stosunkowo obszernie przedstawione leczenie.

Z tego, co powiedziałem, oczywiste jest, że nie jest to systematyczny podręcznik chorób nerwowych. Pominęte nawet zostały niektóre choroby niezmiernie ważne dla lekarza praktyka, że wymienię dla przykładu zapalenie wielonerwowe w działle chorób n. obwodowych, syringomyelię w chorobach rdzenia. Również w powyższych rozdziałach łatwo wykazać pewne, dość ważne opuszczenia, co się tłumaczy nie systematycznością, lecz bardziej feljetonowem opracowaniem rzeczy dla tygodnika lekarskiego. Niemniej jednak dzieło to, opracowane przez znakomitego uczonego i doświadczonego praktyka, w swych skromnych rozmiarach daje czytelnikowi mnóstwo wiadomości z dziedziny neurologii i niewątpliwie lekarzowi praktykowi, a nawet specjalście przyniesie duży pożytek.

L. E. Bregman.

HESSBERG. O leczeniu zinnicą władu rdzenia zwłaszcza zinnicą znniku nerwu wzrokowego. (Zeitsch f. Aughef. Kunde. Czerwiec, 1927).

Leczenie zinnicą kily układu nerwowego, z władem rdzenia włącznie, uważane jest obecnie przez wielu uczonych za niezbędną,

natomiast w kwestji stosowania tego leczenia w wiądnym zaniku nerwu wzrokowego zdania są podzielone.

Igersheimer i Behr badaniami dowiedli, że swoiste leczenie tego cierpienia jest bezcelowe, nieraz wręcz szkodliwe. Behr ostrzega również przed proteinoterapią.

Autor stosował zimnicę w 8-miu przypadkach bez wyniku, miał przytem jedno szybkie pogorszenie i uważa to leczenie za niewskazane dla chorych z niezłą jeszcze ostrością wzroku.

Elschnig i Fischer-Ascher natomiast z 18-tu przypadków leczonych malarją w więcej, niż połowie przypadków stwierdzili zatrzymanie się sprawy chorobowej.

Autor obserwował 39 przypadków wiału, leczonych malarją, z nich 8-miu chorych, z zanikiem nerwu wzrokowego. W tej ostatniej grupie, w wyniku leczenia u jednego chorego sprawa zatrzymała się na ½ roku; łagodniejszy przebieg stwierdzono w jednym, a może i w 2-ach przypadkach. U 2-ech chorych stan pozostał bez zmiany. Pogorszenia nigdzie nie zaobserwowano.

Licząc się poważnie z nieprzychylną opinią Behra, autor, zważywszy ujemne wyniki zarówno swoistego, jak i nieswoistego leczenia tego cierpienia, jest zdania, że nie należy jednak odrzucać leczenia zimnicą.

S. K a t z ó w n a.

Wskazówki praktyczne.

— Schottmüller uważa stosowanie *wątroby w niedokrewności złośliwej* za wielki postęp w leczeniu tej choroby. Djeta wątrobianą nie jest wprawdzie leczeniem przyczynowym, ale stanowi niewątpliwie najskuteczniejszą metodę leczenia w niedokrewności złośliwej i przewyższa o wiele przetaczanie krwi. Djeta, przy której wątroba w proszku dodawana jest do potraw, daje się łatwiej przeprowadzić, niż wyłączenie karmienia wątroba. Fabryka chemiczna „Promonta“ w Hamburgu wyrabia proszek wątrobiany pod nazwą „Hépatopson“. (Münch. med. Woch. 1927, Nr. 38).

— Singer zaleca *euphyllinę* jako doskonały środek zapobiegawczy przeciwko chorobie Cheyne-Stokesa. Dawka 0,6 do 0,8 przez odbytnicę działa narówni z dawką 0,48 do żyły, ale stosowanie przez odbytnicę jest mniej przykre i nie połączone z objawami ubocznymi właściwymi zastrzykiwaniom dożylnym. (W. Kl. Woch. 1927, N. 30).

— *Novalgina*, stosowana dożylnie lub domięśniowo, ma, według H. Hirscha, wywierać wybitne działanie kojące w napadach kamicy nerkowej i wątrobowej. (Deutsch. med. Woch. 1927, N. 38).

— Kittinger badał wpływ *jałowych hodowli laseczniaka okrężnicy i przesączów wielowalnych („antiviruses“)* w ropnym zapaleniu otrzewny i otrzymał dobre wyniki w zapaleniu otrzewny, wywołanem przez laseczniaka okrężnicy. Po wykonaniu operacji K. wlewa do jamy brzusznej „antiviruses“ w ilości 50—150 ctm³ i ranę brzuszna zaszywa. (W. Kl. Woch. 1927, N. 31).

— Elsbach i Beselin notują dobre wyniki leczenia *gruźlicy*, zwłaszcza u dzieci, *przewlekłych nieżytów oskrzeli i cuchnącego nieżyty nosa* za pomocą mleka jodowanego. Autorzy zalecają metodę, stosowaną we Francji i Anglii: 10% nalewkę jodową wlewa się kroplami do świeżego lub gotowanego mleka krowiego, przez cały czas mieszając dokładnie oba płyny. Na litr mleka dodaje się 175 kropeł nalewki jodowej. Po godzinie mleko jest zdadne do użytku; jest ono koloru białego z żółtawym odcieniem i nie ma ani zapachu, ani smaku jodu. Dzieci dostają 30—90, młodzież 150—200, dorośli 100—600 kropeł dziennie w 3 porcjach. Mleko jodowa-

ne nie wywołuje żadnych objawów zatrucia jodem. (Ther. d. Gegenw. 1927, Z. 8).

— Starlinger otrzymał wybitną poprawę w przypadku *rozmiękania kości*, który nie poddawał się żadnemu leczeniu, po zastosowaniu naświetlanej ergosteryny (Vigantol) i zaleca wypróbowanie tego środka w każdym podobnym przypadku. (D. m. Woch. 1927, N. 37).

— H. Schreuss (z Düsseldorfu) opisuje *suspensorjum*, którego zalety polegają na tem, że przez skierowanie jąder i prącia ku przodowi, zapewnione jest unieruchomienie jąder i wyrównanie przedniego załamania cewki moczowej (D. m. Woch. 1927, Nr. 35).

— Antiviruses Besredki stosuje Schleier w *dentystyce* z dobrymi wynikami. Do leczenia przesączami Besredki nadaje się zapalenie jamy ustnej wrzodziejące, zapalenie okostny, zakażenia podczas ciężkiego wyrzynania się zęba mądrości i t. d. (Wien. Kl. Woch. 1927, Nr. 32).

— L. Popp zaleca w przypadkach niedającego się opanować zagrażającego życiu krwotoku nosowego naświetlenie śledziony promieniami Roentgena. Działanie ma być szybkie i trwałe. (Wien. Kl. Woch. 1927, N. 32).

— *Dilaudid* (fabr. Knolla) jest to derywat morfiny, w której alkoholowa grupa hydroksylowa zastąpiona została przez grupę ketonową. E. Bescht chwali jego własności *kojące i nasenne*, a wyższość jego nad morfiną polega na tem, że w dawce 0,002 nie wywołuje błogostanu właściwego morfinie i dlatego prawie wyłącznie jest niebezpieczeństwo przyzwyczajania się do niego. Stosowany w postaci zastrzykiwań po 0,002 lub przez usta (0,0025) wywołuje Dilaudid, po upływie 10—15 minut usmierzienie bólu bez uczucia błogosci lub oszołomienia. Następujący wkrótce po tem sen trwa 6—8 godzin; w niektórych razach pomimo braku działania nasennego działanie kojące występuje w całej pełni. Objawów ubocznych po dilaudidzie prawie się nie spostrzega, wymioty zdarzają się rzadziej, niż po morfinie. (Med. Klin. 1927, Nr. 41).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z d. 28/IV 1927.

1) Czarniecki pokazał kobietę 46-letnią z *nowotworem prawego nozdrza tylnego*. Prawa połowa jamy nosowej niedrożna. Tkanka nowotworowa na dotyk krwawi. Jednocześnie chora skarży się na ognisko stwardniałe w prawym sutku Kol. Cz., przypuszczając, że ma do czynienia z nowotworem złośliwym, zastosował naświetlanie promieniami Roentgena, poczem nowotwór zupełnie znikł.

Dyskusja.

Chorażycki widział chorą przed naświetlaniami i potwierdza dodatni wpływ promieni Roentgena.

Karbowski: polipy na tle zawiązków zarodkowych dają krwotoki. (*Hypernephroma*).

Pęski: twarde włókniaki przestrzeni nosowo-gardz. dają również silne krwotoki. W choanach może być to samo. Może i tutaj mamy do czynienia z *fibroma multiplex*.

Meyerson: wynik leczenia promieniami Roentgena trudno przewidzieć. Tutaj wynik był doskonały. Wogóle należałoby sprecyzować dawkę i sposób stosowania prom. Roentgena.

2) Koenigstein przedstawił przypadek *beztamponowe-*

go leczenia rany po operacji doszczętnej na wyrostku sutkowym. 20-letnia panna z perlakiem ucha i objawem przetokowym była operowana przed niespełną miesiącem doszczętnie. Plastyka była robiona według Pansego, rana za uchem z góry była zeszyta, u dołu sączkowana. Po drugim opatrunku chora zaczęła kilka razy dziennie przemycać ranę operacyjną przez przewód 1/4% roztworem chloraminy. Roztwór ten odznacza się silną własnością odkażającą i sprzyja narastaniu nabłonka. Przy wzmikowaniu ucha widać tu i owdzie zdrowy nabłonek, gdzieś tam widać jeszcze miejsca, pokryte ziarniną. Aczkolwiek jama pooperacyjna jest zwężona, jednak należy podnieść nadzwyczajną wygodę dla chorego i bezbolesny sposób opatrywania rany pooperacyjnej. K. radzi wypróbować działanie chloraminy na większym materiale klinicznym.

Dyskusja.

Sinolecki stosuje już bardzo dawno leczenie bez tamponady po operacji doszczętnej z raną zeszytą. Jaka ma być zasługa nowego preparatu (chloraminy)? W danym przypadku niema jeszcze zupełnego zagojenia.

Gottfryd: ziarnina wypełnia jamę bębnową.

Meyerson już przed 15 laty obserwował przypadki, leczono w ten sposób.

Pęski jest za tamponadą i za plastyką Stackego.

Hellin w 1909 r. ogłosił pracę o leczeniu bez tamponady.

Chorażycki: rana pooperacyjna w danym przypadku wygląda właśnie tak jak wygląda przy niedbałym tamponowaniu. Trudno jakoś przyjąć za zasadę to, co długi czas uważano za niedokładność. Prawdopodobnie stosunkowo mało przypadków da się po operacji doszczętnie szybko wyleczyć bez tamponowania.

Karłowski często stosuje leczenie bez tamponady i uważa, że budowa kości skroniowej odgrywa tu rolę. Przy eburnacji gojenie idzie szybciej.

Lubliner: preparat (chloramina) daje chlor *in statu nascendi*, na czym prawdopodobnie polega jego działanie. Kwestja leczenia bez tamponady mogłaby być tematem specjalnego odczytu.

3) **Meyerson** pokazał *rentgenogram*, na którym granice wszystkich jam obocznych nosa wydają się wyjątkowo wyraźne. Sekretarz B. Chorażycki.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Towarzystwie Lekarzy Wiedeńskich miał R. Kraus ciekawy odczyt o nowej metodzie uodparniania przeciwko cholercie. Jak wiadomo, Behring usiłował wytępić błoniec za pomocą wstrzykiwania mieszaniny toksyny z antytoksyną, która pobudza ustrój do wytwarzania dużych ilości antytoksyny. Metoda ta została zarzucona z tego powodu, że w mieszaninie toksyny z antytoksyną występuje dysocjacja obu składników, co sprowadza za sobą groźne niebezpieczeństwo zatrucia ustroju.

Badania Löwensteina poszły w innym kierunku. Okazało się z nich, że formalina i światło osłabiają bardzo wybitnie jadowitość toksyny tężcowej, nie zmieniając bynajmniej jej zdolności wytwarzania antytoksyny. Toksyna tężcowa pod działaniem formaliny przy temperaturze wysokiej może być w zupełności zubożniona.

Ehrlich opisał pewne roztwory niejadowite, które są w stanie wiązać toksyny i wytwarzać substancje uodparniające (toksoidy). Za pomocą trójsiorku jodu przetworów siarki i innych środ-

ków chemicznych można zubożyć toksynę bez upośledzenia zdolności wytwarzania ciał uodparniających. Metodę tę opracowali Löwenstein i Eisler i wywoływali odporność u małych zwierząt, a praktyczne jej zastosowanie u człowieka zawdzięczamy Ramonowi, który w Instytucie Pasteura wytworzył toksoid, nagrzewając toksynę błoniczą do temperatur wyższych, niż to czynili Löwenstein i Eisler. Toksoid błonicy stosowany był na szeroką skalę w Ameryce i Wiedniu, doświadczenia z toksoidem tężcowym robione były w armji francuskiej. Również czynione były próby z toksoidem ploniczy, ale wyniki nie zostały dotąd uzgodnione.

Próby wywołania odporności antytoksycznej w cholercie są w biegu. Wibriony cholery wytwarzają, jak i laseczники błonicy, jad przesączalny, który dopiero w wielkich ilościach działa w doświadczeniach na zwierzętach. Z tego powodu ta droga została zarzucona. Przed laty wykazał jednak R. Kraus, że wyhodowane przez Gotschlicha wibriony EL-Tör, w odróżnieniu od przecinków cholerycznych, działają hemotoksycznie (hemolizyna przechodzi do przesączu); pozbawione są natomiast zdolności do wywołania choroby. Z tego powodu EL-Tör, poddawane działaniu formaliny przy wysokiej temperaturze w ciągu kilku dni, tracą do tego stopnia swoją zjadliwość, że mogą być zupełnie bezpiecznie zastrzyknięte do żyły. W surowicy zwierząt, uodpornionych toksoidami EL-Tör, wykrywa się swoiste aglutyniny. Zwierzęta, uodpornione toksoidami EL-Tör, są odporne i względem cholery. Badania Krausa wykazały, że pod wpływem zastrzykiwań toksoidów EL-Tör tworzą się swoiste przeciwciała, dające się wykryć w surowicy. Przewodniczący Komitetu higieny Ligi Narodów, Madsen, ma zająć się stosowaniem tej metody uodparniania w Indiach. Być może, że metoda ta da się skombinować z zastrzykiwaniem osłabionych hodowli, a może analogiczne postępowanie da wyniki pożądanego uodparniania przeciwko durowi.

(Wien. med. Woch. 1927, N. 51).

Z. S.

Przegląd terapeutyczny.

Sposób uniknięcia przykrych następstw wadliwego zastrzyknięcia płynów do żyły.

Podał

Stanisław ELWICZ (Warszawa).

Wobec ogromnego rozpowszechnienia się zastrzykiwań dożylnych wskazane jest zachowanie wszelkich ostrożności przy ich wykonywaniu. Nikomu bowiem nie może być tajemnym, ile metoda ta, pomimo znakomitego wyrobienia jej techniki, kryje w sobie niebezpieczeństw.

Jednym z takich częstszych, w wysokim stopniu dla lekarzy przykrych następstw jest wylanie się płynu do okalających żyłę tkanek.

Powstaje to wskutek:

1) albo nieumiejętności trafiania igłą do żyły i karygodnego lekceważenia nieodzownego warunku — sprawdzenia, czy igła znajduje się w żyłę (przez wciągnięcie uprzednie kilku kropel krwi żyłnej do strzykawki); mam obecnie w leczeniu chorego, u którego po zastrzyknięciu płynu do żyłaków wywołano na dolnej kończynie w pięciu miejscach zgorzel;

2) albo wskutek przebiecia żyły nawskroś, co powoduje, iż płyn przedostaje się z żyły z powrotem do otaczającej tkanki;

3) albo wreszcie wskutek niedostrzeżonego, przy minimalnym poruszeniu w trakcie wstrzykiwania płynu, zbrocenia i wymknięcia się igły, tkwiącej w żyłę

(i dla tego niezbędna jest ciągła kontrola oka tudzież próba wciągnięcia kropli krwi przy najmniejszym podejrzeniu).

Przeważnie część płynów, przeznaczonych do wstrzykiwań, przenikłszy do okalających tkanek, powoduje głęboką ich zgorzel, co sprawia początkowo silne bóle na dłuższy czas uniemożliwia dalszą kurację i pozbawia chorego zdolności do jakiegokolwiek pracy. Proces odgraniczania się i oddzielania zmartwychwiałych tkanek i wreszcie gojenia się wytwarzającej się głębokiej rany trwać niekiedy może do 3 miesięcy.

W jakim tedy sposób zapobiedz temu fatalnemu wynikowi?

Doradzają rozcieńczenie płynu leczniczego za pomocą wody, bądź fizjologicznego roztworu soli. Inni proponują natychmiast wyciąć tkanki, nasiąknięte lekiem, przeznaczonym do wstrzyknięcia dożylnego, poczem zaszyć ranę.

Mój sposób, jeśli takim wolno mi go nazwać, jest nader prosty, polega bowiem jedynie, — gdy tylko dojrzy błąd oko kontrolujące, — na wyssaniu z powrotem do strzykawki, za pomocą niewyjętej jeszcze igły, płynu, który przenikł nazewnątrż od żyły. Gulka, jaka się wytworzyła, znika natychmiast, ból i pieczenie trwają bardzo krótko. Reakcji skórnej, ani jakiegokolwiek innej, głębszej nie widzi się potem nigdy.

Sposób ten został przeze mnie wielokrotnie wypróbowany, zawsze z wynikiem doskonałym.

Polemika

SZANOWNA REDAKCJO!

Uprzejmie proszę o umieszczenie tych kilku uwag do artykułu Dr. Thursha w numerze 14 W. Cz. Lek. (str. 480).

W opisanym przypadku znalazłem pewne niedokładności, których w żaden sposób objaśnić nie można.

I. W jakim celu kolega T. zastrzyknął chorej pituglandol? Pituglandol wogóle się nie zastrzykuje przed rozwiązaniem (patrz art. René de Cotret w Gyn et Obst. T. XIII, Nr. 4 — 1926). Jeżeli zaś kol. T. zastrzykuje, to popełnił stanowczo błąd, zastrzykując go przed wewnętrznym badaniem. Moment również był nieodpowiedni. Jeśli zastrzykuje się pituglandol, to tylko wtedy, gdy jest pełne rozwarcie, ażeby po negatywnym wyniku zastrzyknięcia móc natychmiast chorą rozwiązać.

II. Kolega T. pisze, że przy badaniu wewnętrznym pokazał się, zamiast przewidywanego pośládka, twór „przypominający brzuch płodu”. Czy to był rzeczywiście brzuch, tego nie wiemy, a zdaje się, że kolega T. mając rękę w macicy, powinien był rozpoznać, czy był to brzuch, czy też nie. Mając rękę w macicy i myśląc o obrocie, powinien był kol. T. ustalić miejsce położenia główki i tem samem rozpoznać wodogłowia.

III. Obrót stanowczo nie był wskazany nawet w tym razie, gdyby nie było wodogłowia, a tembardziej w danym przypadku, gdyż kol. T. mógł bardzo łatwo wywołać pęknięcie macicy. 19 godzin po pęknięciu pęcherza, u wycienzonej kobiety nie robi się zwykle obrotu, lecz dekapitację, ew. wymóżdżenie, jeżeli ten twór „przypominający brzuch płodu” jest główką.

Kol. T. miał wyjątkowe szczęście: 1) że dwie ampułki pituglandolu nie działały (prawdopodobnie z powodu, iż preparat był stary), i tem samem nie wywołał teża macicy z zamarciem płodu. 2) starając się wydobyć głowę sposobem Wiegand-Martina, nie wywołał pęknięcia macicy, lecz głowy płodu. Zdaje się, że nawet

w ostatniej chwili, wydobywając rączki, kol. T. mógł postawić rozpoznanie, gdyby zechciał jedną ręką wyczuć ogromną głowę nad spojeniem łonowem.

Z poważaniem

Dr. L. Ebin.

Łódź, dnia 23.IX 1927 r.

Odpowiedź na list D-ra Ebin a.

Rodząca (VIII-a) zbadana została przezemnie *per rectum*, co zresztą czynię u każdej rodzącej. Stwierdziłem rozwarcie ujścia macicy na 3 palce; wargi były bardzo rozciągliwe. Wody odeszły. Bóle ustały. W tym przypadku pituglandol był absolutnie wskazany. Pituglandol stosuję nawet w ostatnim okresie ciąży celem przyspieszenia porodu — bez ujemnych skutków dla ciężarnej lub płodu. Tembardziej w powyższym przypadku.

Co się tyczy rozpoznania wodogłowia, to nawet Bum m uważa je, jako jedno z najtrudniejszych.

W przypadku poprzecznego położenia należy zawsze starać się dokonać obrotu, co się zwykle z łatwością udaje, a nawet i po upływie dłuższego czasu od odejścia wód. W moim przypadku obrót płodu udał się bez najmniejszego wysiłku. Obawa zaś kol. Ebin a, że podczas wykonania rękoczynu Wiegand-Martina nastąpić mogło pęknięcie macicy, jest zupełnie płonna i niczem nieuzasadniona. Wszak rękoczyn ten wykonywa się dopiero wówczas, kiedy cały płód prócz główki wydobyty został. Wtedy pojemność macicy zmniejsza się znacznie, a ściany jej bardzo grubieją. Nawet najsilniejszy ucisk na macicę nie zdoła wtedy wywołać jej pęknięcia. Zresztą akuszerki nie wolno uprawiać szablonowo, każdy poszczególny przypadek wymaga indywidualnego traktowania. Wynik zabiegu zależy, naturalnie, w dużej mierze od zręczności i umiejętności akuszera, a nie od „wyjątkowego szczęścia”.

Dr. Thursh (Warszawa).

MEDYCYNĄ SPOŁECZNA

O projekcie rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej w sprawie zwalczania chorób wenerycznych.*)

Podał

Leon WERNIC (Warszawa).

W roku 1916 Polskie Tow. walki z chorobami wenerycznymi i nierządem (obecnie P. Tow. Eugeniczne) opracowało pierwszy projekt ustawy, który przechodził różne perypetie, aż nareszcie w r. 1920, jako całość wykończona, przekazany został Sejmowi Ustawodawczemu. W okresie przerabiania przez nieskończoną liczbę komisję z Radą Ministrów i premierem Witosem na czele, nie ustawała praca zarówno T-wa Eugenicznego, jak i zasilanego jego twórcami ideami Wydziału II (walki z nierządem i chorobami wenerycznymi).

Już dawniej, bo w roku 1915 kierownicze siły T-wa objęły zarząd t. zw. dawniej komitetu lekarsko-policyjnego m. Warszawy z ramienia Komitetu Obywatelskiego i wprowadziły: 1-o) zarówno nową nazwę Urzędu Sanitarно-Obyczajowego, jak i nowy element — kobiety w postaci pielęgniarek - sanitariuszek i inspektorek oraz 2-o) nową organizację — sądów obywa-

telskich w sprawach oskarżenia o nierząd i 3-o) zorganizowaną pracownię drobnowidzową, naówczas nawet w zaborze pruskim jeszcze nie istniejącą.

Krótkie, bo zaledwie trzymiesięczne trwanie na stanowisku kierowniczem (od chwili wyjścia Rosjan w sierpniu do chwili objęcia przez Niemców w d. 1-go stycznia 1916) pozwoliło T-wu Eugenicznemu założyć fundamenty nowej organizacji o charakterze leczniczym — abolicjonistycznym. W chwili, kiedy w dn. 11 listopada 1918 wkroczyliśmy ponownie już z ramienia rządu polskiego na terytorjum obyczajówki — praca potoczyła się dawniej zarysowanym torem.

W r. 1919 minister Janiszewski podpisuje rozporządzenie o organizacji Urzędów S.-Obyczajowych na terytorjum dawnego Zaboru Moskiewskiego. Zostają zniesione tolerowane domy publiczne, założone podstawy szeroko zarysowanych instytucyj sanitarno-leczniczych — z udziałem wielorakich specjalistów (gardi, nosa, nerwów, ginekologów i in.), oraz społecznych instytucyj sądujących, w sprawie dotąd nie raz lekkomyślnie stawianych zarzutów o uprawianie kupnego nierządu.

Przejęcie projektu Ustawy do Komisji Sejmu Ustawodawczego o zwalczaniu chorób wenerycznych nie posunęło wbrew oczekiwaniom naprzód sprawy. Utknęła ona w drugim czytaniu, aby ponownie być wniesioną w Sejmie Ordynaryjnym i znów w drugim czytaniu uległa zahamowaniu. Po-

*) Odczyt wygłoszony w Tow. Medycyny Społecznej w dniu 17 listopada r. b.

dobno brak środków materialnych był tego przyczyną. W każdym razie trudno za poetą nie wykrzyknąć: „*Sunt lacrimae rerum*“ dodajmy od siebie „*optimum*“ i zaznaczyć po polsku, że „doskonałość jest wrogiem dobrego“. Jesteśmy dotąd w położeniu człowieka, zawieszono go w powietrzu — pozbawionego podstaw prawnych, działającego w stanie *ex-lex* i zawsze narażonego na odpowiedzialność sądową nb. przed sędzią, również zakłopotanym niewyraźną pozycją prawną.

Sam projekt ustawy, pozbawiony jednolitej indywidualnej myśli, harmonijnie obejmującej całość, kastrowany wielokrotnie przez nieprzygotowane naukowo i życiowo komisje, stał się bezbarwny i anemiczny. A jednak i taki byłby lepszy, niż brak jego całkowity.

Dlatego z radością witamy projekt Rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej i podkreślamy jego strony dodatnie:

Do nich należy w pierwszym rzędzie jasne postawienie walki na podłożu abolicjonistycznym. Znosi się bezpowrotnie reglamentacja oraz domy publiczne. Wszędzie, gdzie tego dokonano — Danji, Szwecji, Norwegji, Czechosłowacji, Anglii i Stanach Zjednoczonych, rozpoczęła się żywa akcja lecznicza, skierowana przeciw chorobom wenerycznym.

Wszystkie Urzędy S.-Obyczajowe powinny przekształcić się zgodnie z zamierzeniami w 1919 r. w instytucje lecznicze. Udział policji kryminalnej, zbyt blisko złączonej od r. 1922 z Urzędami Sanitarно-obyčajowemi (co było ostatecznym powodem usunięcia się od udziału w pracach Min. Zdrowia, przedstawicieli Tow. Eugenicznego z chwilą przekazania policji funkcji dawnych urzędników-sanitarjuszy, podległych Min. Zdrowia) — zostaje ograniczony do minimum i niejako odsunięty na dystans bardzo pożądany.

Drugi punkt dodatni — to wprowadzony (art. 2) przymus leczenia się w kontakcie bezpośrednim z lekarzem — chorych na cierpienia weneryczne. Za lekceważenie tego zakazu grozi kara cywilna i kryminalna.

Trzeci punkt, będący uzupełnieniem poprzedniego, obejmuje zakaz leczenia się drogą korespondencji, broszur i t. d., używaną i nadużywaną aż nadto przez pewne jednostki nawet ze świata lekarskiego.

Czwartym punktem dodatnim, świadczącym o jasno skryształizowanym pojęciu — iż należy wyzyskać współdziałanie instytucji społecznych do akcji zwalczania zarazy — jest artykuł 15.

Trzeba podkreślić, że wolne od formalistyki i pisaniny biurokratycznej instytucje społeczne są źródłem wielkiej inicjatywy oraz miejscem skupienia najbardziej bezinteresownych i ideowych sił. Udzielanie środków finansowych tym instytucjom społecznym, które wykazały swoją owocną pracę, a nie mogą przeprosić swoich zamierzeń z powodu braku funduszy — jest najlepszą, najowocniejszą metodą. Natomiast tworzenie różnych nowych, bardziej zależnych od władz jednostek (choćby pod nazwą związków — o ile nie są rzeczywistymi związkami instytucji społecznych), któreby pracowały na modłę instytucji biurokratycznych — jest bezcelowem zasłanianiem oczu i zniechęcaniem oraz osłabianiem ew. szkodzeniem ruchli-

wym istniejącym towarzystwom. Oczywiście współpraca, ba nawet i racjonalna kontrola Rządu nad działalnością instytucji społecznych powinna być stosowana najjaśniej.

Piątym punktem dodatnim projektu ustawy jest podkreślenie, jak wielką rolę posiada pouczanie przez lekarzy społeczeństwa o sposobach zapobiegania i skutkach chorób wenerycznych.

Ostatnim — szóstym punktem dodatnim jest obowiązek zgłaszania do władz państwowych — lekarskich tych lekkomyślnych czy ciemnych chorych, którzy nie leczą się i przez to są źródłem szerzenia naokół zarazy.

Wszystkie te strony dodatnie, wzorowane na ustawach duńskiej z r. 1906, szwedzkiej z r. 1918, czesko-słowackiej z lipca 1922 oraz niemieckiej, zatwierdzonej przez parlament, a obowiązującej od dnia 1 października roku bieżącego — wreszcie na zapomnianym kepciuszku, pierwotnym naszym projekcie z r. 1920, niewątpliwie zasługują na uznanie. Najbliższe projektu rozporządzenia P. Prezydenta stoi ustawa czesko-słowacka obejmująca, podobnie jak i nasz projekt, 22 artykuły.

Przyjrzyjmy się jednak i drugiej stronie medalu. Widzimy już na pierwszy rzut oka, iż w projekcie nie poruszono kilku spraw wagi pierwszorzędnej, natomiast wprowadzono doń niektóre punkty, nadające się raczej do przepisów wykonawczych. Wogóle na jasnej kanwie abolicjonistycznej zbyt często tką się starą urzędniczą austrjacką modłę ingerencji w sprawy, — które z pewnym racjonalnym ograniczeniem należałoby przekazać inicjatywie prywatnej — społecznej. Zbyt surowa cenzura nie będzie w stanie posunąć sprawy naprzód. Rozumiemy, że obawa przed brakami, które wypływają z niedostateczności środków finansowych, była przyczyną wprowadzenia art. 10, 11, 12, 13 i 14, omawiających obowiązki komun w dziedzinie tworzenia instytucji leczniczych, natomiast nie dadzą się usprawiedliwić usterekki, o których zaraz pomówimy.

A więc artykuł trzeci zaznacza, że do obowiązków lekarza praktykującego należy uświadamianie chorego, co do zaraźliwości choroby oraz doręczania pouczeń, zatwierdzonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, a zawierających odpowiednie wskazówki zapobawcze. Dlaczego aż Ministerstwo Spraw Wewnętrznych ma zajmować się tego rodzaju kontrolą naukową i moralną? Zrozumieć to jedynie bylibyśmy w stanie — gdybyśmy uznawali następujący punkt widzenia: Ponieważ i wśród lekarzy znajdują się jednostki, które *primo* są niedostatecznie wykształcone w zawodzie swoim, lub *secundo*, będąc wykształcone dostatecznie — mogą używać drukowanych ogłoszeń dla celów reklamy, — przeto 97% lekarzy innych musi pnieć, podobnie jak i ich stowarzyszenia i naukowe instytucje — konsekwencją malej wiedzy i zbyt reklamarskiego postępowania 3% jednostek.

Musimy potępić z punktu moralnego i wychowawczego dla narodu tego rodzaju przekraczanie pojęć. Jest to zły nałóg niewoli stosować poglądy i tworzyć przepisy dla ogółu z uwzględnieniem li tylko jednostek kryminalnych, a przez to obniżać poczucie godności całego ogółu. Lekarze, nie posiadający wiedzy, drukujący plagjaty lub niedorzeczne przepisy, powinni być

ściągani bez pardonu przez władze i izby lekarskie, aż do odebrania im prawa praktyki, ew. do zastosowania kary sądowej.

Niewolno atoli pozbawiać prawa udzielania chorym ustnych, piśmiennych, litografowanych lub drukowanych przepisów, ułożonych zgodnie z wytykami nauki, ani lekarzy pojedynczych, ani ciał zbiorowych. Sądzę nawet, że sąd nie ukarałby wydawcy nielekarza, — który przetłumaczyłby z obcego języka przepisy lub nie ujawnił nazwiska autora przepisów racjonalnych. Zasada ceny powinna być wartość przepisów, a nie jakość autora. Czy wśród patentowanych urzędowo przepisów nie trafiało się, nie trafia lub nie będą się trafiały lapsusy, o ile układane były, są i będą przez niedoświadczonego, przy stole (bez klinicznego przygotowania) uwięzionego referenta.

Skrepowanie w tej mierze musi się odbić ujemnie na propagandzie, do której Rząd winien zachęcić zarówno instytucje społeczne, jak i wszystkie jednostki myślące.

Artykuł piąty, nakazujący przysłać do lekarza urzędowego zgłoszenia w kopercie zamkniętej — za mało strzeże tajemnicy przed otaczającymi funkcjonariuszami - nielekarzami. Niewątpliwie powinna być korespondencja tego rodzaju otoczona najgłębszą tajemnicą i zaliczona do najbardziej sekretnych. Uchylenie rąbka powinno pociągać za sobą ciężką karę pieniężną i kryminalną.

Trzecim punktem wadliwym jest określenie, użyte w art. 7 i 10 pojęcia „poradni przeciw wenerycznej“. Uważamy to wyrażenie za błąd wielki, dziś po tylu latach debatów i ogólnie uznanym fakte, że choroby weneryczne, dotyczą najczulszej strony ludzkiej — rozrodu — i będą zawsze osłonięte pewną tajemnicą. Zarówno z motywów psychologicznych, jak i praktycznych naukowych (syfilis, a również przewlekła rzerzyczka są dziś uważane za choroby całego organizmu, wymagające dla swego usunięcia współdziałania różnych specjalistów) zastąpiono wszędzie specjalne szpitale weneryczne szpitalami ogólnymi z oddziałami wenerycznymi. Tylko cieniutki chłop z Hercegowizny, Bośni, Pokucia i Huculszczyzny — nie mający pojęcia o skutkach chorób, lub o ich następstwach, — może się nie krępować. Zacznie się on krępować, gdy inteligencja jego i wiedza wzrosnie, a luźne obyczaje, dotąd uprawiane jawnie — zacząć ukrywać się wobec opinii otoczenia bardziej oświeconego co do skutków choroby.

Wiemy, że i lecznice dla chorych przychodzących w Warszawie, czerpią środki głównie z praktyki wenerologów, lecz żadna z nich nie zgodzi się na zaakcentowanie tego faktu. Należy stworzyć przychodnię, gdzie obok innych będą udzielane porady przeciwweneryczne, lecz nie akcentować ich charakteru specjalnego. Zresztą, lekarze na prowincji zajmują się różnorodnymi specjalnościami; robienie z nich nagłe specjalistów — nie posunie sprawy naprzód.

Artykuł 19 w porównaniu z ustawą czesko-słowacką wyznacza zbyt niską karę, bo do 2 miesięcy, podczas kiedy ta ostatnia mówi o 3 miesiącach i wyższej karze pieniężnej. Łagodność tutaj jest nie na miejscu. Lepiej surowo karać przestępstwo, niż, stosując metodę łagodną — ograniczać współczesne prawa ogółu ludzi społecznych i normalnych. Jest to w

zestawieniu z art. trzecim najgorszy rys tego rozporządzenia, przypominający ustawy rosyjskie, oraz austriackie, — którym nie chodziło o odrodzenie moralne i godność człowieka, lecz o zaznaczenie stałej nieufności i tolerancję jednoczesną ujemnych cech duszy ludzkiej.

Tylko wiara i ufność w dobre cechy ogółu, — a ciężkie potępienie za przestępstwo — mogą działać umoralniająco. Nie można w każdym obywatelu podejrzewać kanalii i nie można rzeczywistej kanalii ludzkiej puszczać lekko plazmę jej przestępstw.

Tyle o artykułach, istniejących w projekcie rozporządzenia.

Gerzej stoi sprawa z tem, czego brak w tym akcie prawnym, a co powinno było koniecznie w nim się znajdować.

Nawet pobieżny rzut oka wskazuje, że pierwotny projekt ustawy polskiej był pełniejszy i bardziej przewidujący.

Artykuł szósty projektu z roku 1920 brzmiał: „Kobietom chorym na choroby weneryczne zabrania się pełnić obowiązków przy dzieciach niesyfilitycznych. Zabrania się również oddawać dziecko syfilityczne do karmienia piersią nie matce, lub kobiecie nie chorej na syfilis.

Artykuł 19 ustawy czesko-słowackiej brzmi: „Kairom, przewidzianym w artykułach 17 i 18, ulega także: 1) osoba płci żeńskiej syfilitycznie chora, która przyjęła obowiązki mamki lub nianki do dziecka zdrowego, 2) osoba, która do dziecka, dotkniętego chorobą syfilityczną, w charakterze mamki lub nianki przyjęła osobę zdrową, 3) matka, która, mając chorobę syfilityczną, oddaje dziecko, pod opiekę osobom drugim“.

Ustawa duńska przewiduje leczenie dzieci rodziców chorych na syfilis, a artykuł 14 ustawy niemieckiej wprowadza ochronę niemowląt przed niebezpieczeństwem zarazy.

Brak artykułu, rozciągającego opiekę nad noworodkami nie może być w żadnym razie zastąpiony specjalnym przepisem wykonawczym. Jest to sprawa zasadnicza, pierwszorzędного znaczenia eugenicznego i musi być jasno postawiona.

2) Sądźmy również, iż należy artykuł o ośkach uzupełnić żądaniem badań lekarskich i analitycznych krwi noworodków, kobiet rodzących a również mamek i nianiek oraz pielęgniarek, mających styczność z dziećmi.

Trzecim artykułem, który wstawić należy, a który istniał w projekcie ustawy z r. 1920 i nie budził specjalnego sprzeciwu w kołach sejmowych i senackich, jest artykuł piąty, omawiający wstępowanie w związki małżeńskie osób chorych.

Art. 5 w ostatniej redakcji brzmiał: „Zabrania się uprawiać stosunki płciowe i wstępować w związki małżeńskie osobom chorym na choroby weneryczne do czasu ich wyleczenia.

Urzednicy stanu cywilnego obowiązani są wręczać kandydatom do stanu małżeńskiego odpowiednie pouczenia sanitarne“.

Aczkolwiek wykonawstwo tego artykułu mogłoby napotkać na przeszkody w życiu — zasada byłaby wiel-

ką zdobyć prawną, i przeoczenie jego w projekcie nie daje się wytłumaczyć.

Cz wartym artykułem, który ze względów wychowawczych dla społeczeństwa należałoby wprowadzić, jest artykuł 8 starego projektu ustawy, który brzmiał: „Osoby, leczone na choroby weneryczne w szpitalach, nie mogą opuszczać szpitala w okresie zaraźliwym choroby, bez zezwolenia ordynującego lekarza”.

Jest to niejako powtórzenie § 254 Ustawy dla Szpitali cywilnych w Królestwie Polskim z r. 1842, która nawiasowo dotąd obowiązuje. Brzmienie jego było następujące: „Żaden chory ze szpitala dla wenerycznych i świerżbowatych nie może być wypisany aż po zupełnym wyleczeniu. Dla dokładniejszego zapewnienia się, należy chorego po zniknięciu objawów obserwować przez dni osiem”.

Wobec ciemnoty i lekkomyślności chorych, szczególnie młodych, jest to przepis nader niezbędny.

A jednak pomimo tych usterek, które, sądzę, będą usunięte, musimy z radością powitać projekt rozporządzenia, jako urzeczywistnienie zasad abolicjonizmu i ujęcia w pewien ład rozrzuconych i różnorodnych dla poszczególnych zaborów przepisów. Pamiętajmy, że łatwo jest krytykować, trudniej tworzyć.

Niech więc jaknajrychlej wejdzie w życie rozporządzenie Prezydenta Najjaśniejszej Rzeczypospolitej!

W sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

(Na marginesie dyskusji w Polskiem Tow. Med. Spół.).

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Sprawa walki z chorobami wenerycznymi stanowi jedną z najdonioślejszych dziedzin zdrowia publicznego. Oddawna wszyscy rozumieją dokładnie, że postępowanie dotychczasowe, opierające się przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, na tropieniu chorób odnośnych wśród prostytutek, nie odpowiada celowi i polega w znacznej mierze na zabiegach brutalnych i częstokroć krzywdzących. Niewątpliwie przewrót, jaki w tej dziedzinie profilaktyki się przygotowuje, należy zaliczyć do następstw wielkiej wojny, do skutków przekształcenia naszych pojęć na zakres ingerencji społeczeństwa w różne kategorie zjawisk społecznych i na charakter tej ingerencji. Prawodawstwo niemieckie postawiło sprawę śmiało i otwarcie. Sprawca choroby u strony drugiej bez względu na to, czy jest to mężczyzna, czy kobieta, podlega sankcjom karnym za wyrządzoną krzywdę. To jest oś, około której obracają się wszystkie dalsze punkty ustawy. Nie jest ona wolna od braków, ale tę sprawę stawia zupełnie niedwuznacznie i z tego względu zasługuje na to, ażeby się inne prawodawstwa na niej wzorowały.

Projekt ustawy polskiej ma na celu właściwie to samo, ale na samym wstępie wikała się w trudnościach rzekomo prawnej natury. Projekt polski tak samo, jak ustawa niemiecka, uzależnia sankcje karne od tego, czy

winowajca zdaje sobie sprawę z zadanej krzywdy. Ustawa niemiecka wyraża się ogólnikowo, że sprawca jest odpowiedzialny, jeżeli cały zespół okoliczności przemawia za tem, że wiedział o swojej chorobie. Projekt polski wymaga koniecznie poinformowania o chorobie przez lekarza. Jest to niewątpliwie błąd, gdyż istnieje wiele sposobów na to, ażeby się dowiedzieć o chorobie. Wizyta u lekarza jest tylko jednym z nich niewątpliwie najbardziej miarodajnym, ale nie tylko nie wyłącznym, lecz—śmiało zaryzykować można to twierdzenie—nie najczęstszym. Koledzy i przyjaciele, a często i doświadczenie z chorób dawniejszych informuje nie mniej dobrze, niż lekarz, do którego pacjent idzie nie po zakaz obcowania fizycznego, ale po lekarstwo. Ten błąd w założeniu mści się dalej w całym projekcie. Ponieważ lekarz ma być jedynym miarodajnym źródłem, informującym o chorobie, przeto spada na niego obowiązek zgłaszania każdego przypadku choroby wenerycznej do władz sanitarnych. Projekt nie liczy się wcale z tem, że chory aż nazbyt często nie podaje swego nazwiska, albo podaje fałszywe. Podobne trudności stwarzają się, gdy ustawa chce przeprowadzić przymus leczenia, który w samej swej istocie jest fikcją, bo nie ma możliwości internowania w szpitalu wszystkich chorych plei obojga, a bez tego jakaż jest możliwość skontrolowania, że się ktoś istotnie leczy, jak należy, nb. za swoje pieniądze i u prywatnego lekarza. W ogólności oparcie zwalczania jakiejś choroby o lekarza, u którego chory się leczy, jest w dzisiejszych warunkach szczególnie fikcją. Dopóki pomoc lekarska nie jest uspołeczniona, póki każdy z mniejszą lub większą swobodą wybiera sobie lekarza, dopóki lekarz żyje ze swoich pacjentów, tak długo żadna siła nie zmusi go do uchyłania się od ich życzeń. Póki się ludzie chorób wenerycznych wstydzą, dopóty zwalczanie zapomocą rejestracji mniej lub więcej dobrowolnej pozostanie urojeniem. Wydaje mi się, że rozwiązania trzeba szukać zupełnie na innej drodze. Uświadczenie o niebezpieczeństwie, jakie stanowią choroby weneryczne, uświadczenie jaknajszersze, rozpoczynające się na ławie szkolnej i uniwersyteckiej i ze szczególnym naciskiem szerzone w środowiskach takich, jak wojsko i marynarka, rozumna profilaktyka młodzieży w sensie propagandy sportów, wstręmięźliwości od pijaństwa i t. p., wogóle wychowanie młodego pokolenia w należytych duchu zdziałać może stokroć więcej od papierowych nakazów i schematów. Za tem idzie, jako drugi czynnik, uprzystępnienie jaknajszersze możliwości leczenia się. Widzimy tego przykłady. Kraje bałkańskie są tak nawiedzone przez kile, jak niewiele tylko krajów świata. W Bośni i Dalmacji kila jest endemiczna. Akcja, rozpoczęta przez Ształparę przed 5-ciu zaledwie laty, pokryła całą Jugosławję gęstą siecią kilkuset przychodni częściowo ogólnych, częściowo specjalnie przeznaczonych do zwalczania kili. I oto w najbardziej głuchych zakątkach chorzy masowo zgłaszają się po poradę. Każdy człowiek, nie tylko wyleczony, ale nawet wracający do domu z poprawą, jest najlepszym propagatorem leczenia. Tam niema żadnego przymusu. Nikogo policja nie sprowadza do lekarza, i, o ile wiem, niema żadnych dochodzeń urzędowych na temat źródła zarażenia. Wszystko to jest zbędne, gdy ludzie się leczą. Ale muszą mieć tego możliwość, to też cała akcja lecznicza poradni jest bezpłatna. Tam się nie płaci nie tylko za pouczenie, ale nawet za salwarsan.

Tak wygląda profilaktyka współczesna, mająca na celu dobro społeczeństwa i nie tracąca zarazem z oka dobra jednostki. My próbujemy walczyć papierem. Cały projekt ustawy ma wybitne cechy biurokratycznego utworu. Autorem chodzi o to, ażeby być krytym, ażeby ustawa zawierała gotowe wytłumaczenie dla lekarza na wypadek, gdyby czegoś nie zrobił. Stąd nadzwyczajne upodobanie do wyrażenia „należy“, w „miarę możliwości“ i t. p. Chodzi nie o to, co naprawdę wykonane być może, lecz o usprawiedliwienie się, że się coś nie stało. Projekt nie liczy się ani z prywatnym charakterem lecznictwa, ani z naturą ludzką, ani z żądą z tych rzeczy realnych w życiu, które nie dają się zamknąć w schemacie. Projekt jest typowym odrobionym kawałkiem biurokratycznym, i nie może być inaczej. Ludzie, którzy nie widzą wcale, a częściej przez całe życie nie widzieli pacjenta, nie mają dla tych spraw żadnego wyczucia. Ludzie, którzy

nie prowadzą innej akcji, jak pisanie ustaw, nie umieją się przystosować do rosnących potrzeb społecznych, na które lekarstwo znajduje się nie w kalendarzu, lecz w życiu. Ustawy muszą być krótkie. Realizować je musi nie rabulistyka tasienkowych rozporządzeń wykonawczych, lecz czyn ludzki, oparty na przygotowaniu fachowym, sumienności i zdrowym rozsądku. Biermy przykład jeszcze raz z Jugosławii. Cała akcja profilaktyczna opiera się tam na ustawie, złożonej z trzech paragrafów. Organ centralny składa się z szefa, jego zastępcy, jeszcze jednego urzędnika i maszynistki. Państwo wydaje na tę akcję 1,100,000 dolarów rocznie, a organizacja składa się z przeszło sześciuset instytucji wszelkiego rodzaju. Liczba porad, udzielonych w r. 1926, wynosiła 2 miliony na 15 milionów ludności. Czyż jest wymowniejszy dowód wadliwości takich preparatów, jak omawiany projekt ustawy.

Wiadomości bieżące.

— Departament Służby Zdrowia nadesłał nam następujące rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o chowaniu zmarłych i o stwierdzaniu przyczyny zgonu.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2-go sierpnia 1925 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr 78 poz. 443) postanawiam co następuje:

Art. 1. 1. Ciała osób zmarłych, z wyjątkiem zmarłych na choroby zakaźne, nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu.

2. Najpóźniej po upływie 72 godzin od chwili zgonu zwłoki powinny być usunięte z mieszkania celem pochowania lub, w razie odroczenia terminu pochowania, celem złożenia w domu przedpogrzebowym lub kostnicy do czasu pochowania. Ciała, złożone w domu przedpogrzebowym lub kostnicy, nie mogą w nich pozostawać dłużej, jak do czasu wystąpienia na zwłokach wyraźnych oznak rozkładu.

3. Zwłoki osób, zmarłych na choroby zakaźne, wyliczone w rozporządzeniu wykonawczym, powinny być natychmiast po stwierdzeniu zgonu usunięte z mieszkania i pochowane w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.

4. Wyjątki od terminów, wyżej oznaczonych, mogą być czynione jedynie za zezwoleniem powiatowej władzy administracji ogólnej.

5. Od chwili zgonu aż do pochowania zwłoki powinny być przechowywane w taki sposób, aby nie mogły wywierać szkodliwego wpływu na otoczenie.

Art. 2. 1. Prawo i obowiązek pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: a) pozostały małżonek (ka), o ile nie jest w separacji, b) krewni zstępni, c) krewni wstępni, d) krewni boczni do 4-go stopnia pokrewieństwa, e) powinowaci w linii prostej do -go stopnia. Prawo i obowiązek pochowania osób wojskowych, zmarłych w czynnej służbie wojskowej, w stanie spoczynku i uczestników powstań narodowych, mają także właściwe władze wojskowe w myśl przepisów wojskowych.

2. Powiatowe władze administracji ogólnej mogą przekazywać zakładom uniwersyteckim do celów naukowych zwłoki osób, zmarłych zarówno w szpitalach i instytucjach, utrzymywanych z środków publicznych, jak i poza nimi, niepochowane przez rodzinę w rozumieniu ustępu pierwszego. Zaskarżenie decyzji władz administracyjnych nie wstrzymuje jej wykonania.

3. Zwłoki, niepochowane względnie nieprzekazane zakładom uniwersyteckim w myśl ustępu pierwszego i drugiego, winny być pochowane przez gminę miejsca zgonu, o ile nikt inny nie weźmie tego obowiązku na siebie.

4. Obowiązek pochowania zwłok, określony w niniejszym artykule, nie wyklucza żądania zwrotu kosztów na podstawie innych ustaw.

Art. 3. 1. Zgon i jego przyczyna winny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie. W razie, gdy zmarły w ostatniej chorobie nie pozostawał pod opieką lekarza, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny wino nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza sanitarnego danej gminy, lub w

razie jego braku, przez inną osobę, powołaną do tych czynności przez władze gminne.

2. Sposób wykonywania oględzin oraz kwalifikacje osób, które w braku lekarzy mogą być powoływane do wykonywania oględzin, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

3. Osoby, wymienione w ustępie pierwszym, stwierdzają zgon i jego przyczynę w sporządzanych w tym celu kartach zgonu.

Karty zgonu powinny być wypełnione w dwóch dla każdego przypadku zgonu egzemplarzach według formularzy, których treść oraz sposób wypełniania określi Minister Spraw Wewnętrznych.

Jeden z tych egzemplarzy, przeznaczony dla urzędu stanu cywilnego względnie urzędu metrykalnego, ma służyć dla celów pochowania zwłok, drugi zaś dla celów statystycznych.

Egzemplarz, przeznaczony dla celów statystycznych, osoby, stwierdzające zgon (ustęp 1), winny przysłać bezpośrednio do powiatowej władzy administracji ogólnej.

4. Pochowanie zwłok względnie przekazanie ich władzom uniwersyteckim bez uprzedniego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny w karcie zgonu w myśl przepisów niniejszego rozporządzenia jest niedopuszczalne.

5. Lekarze, stwierdzający zgon i jego przyczynę, obowiązani są udzielać państwowym władzom administracji sanitarnej dla celów statystycznych wyjaśnień, odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny. O ile zmarły pozostawał podczas ostatniej choroby pod opieką lekarską, wyjaśnienia winny również dotyczyć przebiegu tej choroby. Wyjaśnienia te stanowią tajemnicę urzędową i mogą być użytkowane tylko dla celów statystycznych.

Opłaty pocztowe, związane z korespondencją lekarzy wolnopraktykujących, udzielających wzmiankowanych wyjaśnień, pokrywane będą z budżetu państwowego.

6. Zarówno lekarz, jak i inna osoba, powołana do wykonywania oględzin zwłok (ustęp 1), jeżeli przy dokonaniu tej czynności pozezną pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna lub przestępstwo, powinni zawiadomić o tem natychmiast w pierwszym wypadku najbliższą władzę gminną, w drugim zaś — właściwą sądową, lub najbliższy nosterunek służby bezpieczeństwa publicznego.

7. Zabrania się chowania bez zezwolenia władzy sądowej zwłok ludzkich, co do których istnieje pewność lub zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Jeśli postępowanie karne zostało wdrożone, pochowanie jest dopuszczalne tylko za zezwoleniem władzy sądowej.

Art. 4. 1. Zwłoki ludzkie powinny być chowane przez złożenie w dołach ziemnych, w grobach murowanych lub katakumbach (art. 5, 6, 7, 9 i 10) oraz mogą być chowane również przez spalenie w specjalnie na ten cel przeznaczonych zakładach (krematorjach) (art. 13, 14), jakoteż przez zatopienie w morzu (art. 15).

2. Przenoszenie lub przewożenie zwłok w otwartych trumnach jest wzbronione.

3. Doły ziemne, groby murowane lub katakumby, przeznaczone do składania zwłok i szczątków ludzkich, mogą się znajdować

tylko na ementarzach. Wyjątki od tej zasady mogą być czynione za zezwoleniem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

Art. 5. 1. Ementarze powinny znajdować się na ogrodzonym terenie, odpowiednim pod względem sanitarnym.

2. Na każdym ementarzu ma być dom przedpogrzebowy lub kostnica, które służą:

- a) do składania ciał osób zmarłych do czasu pochowania ich,
- b) do wykonywania obrzędów rytualnych,
- c) do wykonywania oględzin sądowo-lekarskich i sanitarno-policyjnych zwłok ludzkich.

3. Domy przedpogrzebowe lub kostnice mają być założone na wszystkich ementarzach w przeciągu pięciu lat od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia.

4. Szczegółów przepisy określi rozporządzenie wykonawcze. Rozporządzenie wykonawcze może również określić wyjątki od wymagań, w ustępie 2 i 3 wymienionych.

Art. 6. 1. Zakładanie, rozszerzanie i zamykanie ementarzy gminnych, jakoteż ich utrzymywanie i zarządzanie nimi jest prawem i obowiązkiem gminy, względnie utworzonego w tym celu związku gmin, o ile obowiązek ten dla jednej gminy jest zbyt uciążliwy, lub składnád utrudniony. O zakładaniu, rozszerzaniu i zamykaniu ementarzy przez związki gmin decydują powiatowe władze administracji ogólnej po wysłuchaniu opinii wydziału powiatowego.

2. Te same uprawnienia przysługują w ramach obowiązujących przepisów również uznanym przez państwo związkom religijnym, innym wyznaniom osobom prawnym i instytucjom wojskowym.

3. Za korzystanie z ementarzy i urządzeń ementarnych mogą być przez osoby prawne, do których ementarze należą, pobierane opłaty na cele, określone w ustępie pierwszym; decyzje w tym względzie podlegają zatwierdzeniu właściwej państwowej władzy nadzorczej. Wszelkie wydatki gminy, związane z wykonaniem obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, a niepokryte z wyżej wspomnianych opłat, pokrywają gminy w sposób, przewidziany dla innych wydatków gminnych. W razie braku pokrycia dla tych wydatków mogą gminy specjalnie na ten cel podwyższać pobierane na swoją rzecz podatki: gruntowy, przemysłowy i od nieruchomości, nie wyżej jednakże niż o 10 procent. Odnosne uchwały organów uchwalających gmin podlegają zatwierdzeniu władz, wykonywujących nad nimi nadzór w sprawach finansowych.

4. W razie konieczności zajęcia pod ementarz gruntów państwowych Radzie Ministrów przysługuje prawo odstąpienia tych gruntów, o ile wartość poszczególnych obiektów nie przekracza 100 tys. złotych, odpłatnie lub bezpłatnie w drodze sprzedaży lub zamiany.

5. Grunty, potrzebne na cele ementarne, mogą być nabyte na zasadach, określonych w obowiązujących przepisach o wywłaszczeniu nieruchomości na potrzeby urządzeń użyteczności publicznej, a w b. dzielnicy austriackiej — z zastosowaniem ustawy z dnia 18 lutego 1878 r. (aust. Dz. Pr. P. № 30).

Art. 7. 1. Na założenie, rozszerzenie lub zamknięcie każdego ementarza, należy uzyskać zezwolenie powiatowej władzy administracji ogólnej, jeśli zaś chodzi o gminy, wydzielone z powiatów, wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, które również sprawują nadzór nad przestrzeganiem przepisów niniejszego rozporządzenia i wydanych na tej podstawie zarządzeń przez organy, uprawnione do zarządu ementarzami przy wykonywaniu tego zarządu.

2. Władza ta, jeżeli zajdzie potrzeba ze względów publicznych winna z własnej inicjatywy zarządzić otwarcie lub rozszerzenie ementarza gminnego na koszt gminy, do tego obowiązanej. Też władzy przysługuje prawo zamykania ementarzy zarówno gminnych, jak i wyznaniowych, z zastrzeżeniem stosowania do ementarzy rzymsko-katolickich postanowień art. XIV zdanie pierwsze konkordatu.

Art. 8. 1. Zwłoki ludzkie, ich szczątki i popioły muszą być przyjęte do pochowania, na ementarz gminny w obrębie gminy miejsca zgonu.

2. W razie braku ementarza gminnego w gminie miejsca zgonu, zwłoki, o ile nie zostaną pochowane na ementarzu wyznaniowym, winny być przewiezione do najbliższego ementarza gminnego, gdzie muszą być przyjęte.

Art. 9. 1. Użycie terenu ementarnego po zamknięciu ementarza na inny cel nie może nastąpić przed upływem pięćdziesięciu lat od daty zamknięcia ementarza, przyczem data ta powinna być liczona od chwili ostatniego pochowania zwłok na ementarzu. Po upływie lat pięćdziesięciu od daty zamknięcia ementarza użycie terenu ementarnego na inne cele jest dopuszczalne, lecz bez uszkodzenia pamiątek historycznej wartości lub artystycznej, które jednak mogą być przeniesione na odpowiednie miejsce za zezwoleniem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

2. Zamknięcie ementarza lub użycie terenu ementarnego na

inne cele ze względów użyteczności publicznej nie jest ograniczone żadnym terminem i następuje stosownie do przepisów o wywłaszczeniu na cele użyteczności publicznej.

3. Przy zmianie przeznaczenia terenu ementarnego szczątki zwłok, znajdujące się na tym terenie, winny być przeniesione na inny ementarz.

Art. 10. 1. Pojedynczy grób nie może być użyty do ponownego pochowania przed upływem lat dwudziestu.

2. Po upływie lat dwudziestu ponowne użycie grobu do pochowania nie może nastąpić, jeżeli jakakolwiek osoba zgłosi zastrzeżenie przeciw temu i uiści opłatę, przewidzianą za pochowanie zwłok, stosownie do ustępu trzeciego art. 6. Zastrzeżenie to ma skutek na dalszych lat dwadzieścia i może być odnawiane.

3. Przepis powyższy nie stoi na przeszkodzie ponownemu pochowaniu przed upływem powyższego terminu w grobach murowanych, przeznaczonych do pomieszczenia zwłok więcej, niż jednej osoby.

4. Dozwolone są umowy, przedłużające termin, przed upływem którego nie wolno użyć grobu do ponownego pochowania.

5. Niezależnie d powyższych przepisów jest zabronione użycie do ponownego pochowania grobów, mających wartość pamiątek historycznych (ze względu na swą dawność lub na osoby, które są w nich pochowane, lub zdarzenia, z którymi mają związek), albo wartość artystyczną.

6. Prawa nabyte przed wejściem niniejszego rozporządzenia w życie, pozostają nienaruszone.

Art. 11. 1. Przewożenie zwłok, szczątków i popiołów w granicach Rzeczypospolitej, na odległość nie większą, niż trzydzieści kilometrów, a na obszarze gminy, w której nastąpił zgon, bez względu na odległość, może być dokonywane bez uzyskania specjalnego zezwolenia.

2. Przewożenie zwłok w obrębie Państwa na odległość dalszą, przewożenie kolejami statkami na wszelką odległość, a również wywożenie poza granice Rzeczypospolitej Polskiej może być uskutecznione jedynie po uzyskaniu zezwolenia powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca zgonu.

3. Na sprowadzenie zwłok, szczątków i popiołów z obcego państwa należy uzyskać zezwolenie powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca, w którym zwłoki mają być pochowane.

4. W wypadkach śmierci z chorób zakaźnych, wyliczonych w rozporządzeniu wykonawczem, pozwolenia na przewóz zwłok nie mogą być udzielone przed upływem jednego roku od chwili zgonu.

Art. 12. 1. Ekshumacja zwłok może być dokonana:

a) na umotywowaną prośbę rodziny lub otoczenia osoby zmarłej,

b) na zarządzenie władzy sądowej w trybie, przewidzianym przez prawo,

c) z polecenia władzy administracyjnej w razie podejrzenia, że śmierć nastąpiła z powodu choroby zakaźnej, niestwierdzonej za życia.

d) na mocy postanowienia władzy administracyjnej w razie zajęcia terenu ementarnego na inny cel.

2. W wypadkach pod a) należy uzyskać na ekshumację zezwolenie powiatowej władzy administracji ogólnej. W wypadkach, wymienionych pod d), zwłoki jakoteż ich szczątki i popioły powinny być pochowane na nowo w innym miejscu. W wypadkach wywłaszczenia terenu ementarnego koszty ekshumacji i przeniesienia ponosi ta osoba, na rzecz której teren ementarny został wywłaszczony.

3. Zwłoki osób, zmarłych na choroby zakaźne, wyliczone w rozporządzeniu wykonawczem, nie mogą być ekshumowane na prośbę rodziny lub otoczenia przed upływem jednego roku od dnia zgonu.

4. Pozwolenia na ekshumację, jakoteż na przewóz zwłok ludzkich, podlegają na rzecz Skarbu Państwa opłacie, której wysokość określa Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w porozumieniu z Ministerstwem Skarbu.

Art. 13. 1. Spopielenie zwłok ludzkich może się odbywać jedynie po uzyskaniu zezwolenia powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca zgonu.

2. Zezwolenie to będzie udzielone na podstawie:

a) świadectwa zgonu, wydanego przez lekarza leczącego i urzędowego,

b) zaświadczenia właściwego Urzędu Prokuratorskiego; rozporządzenie wykonawcze określi warunki, których spełnienie jest wymagane dla powyższego zaświadczenia,

c) udowodnienia, że osoba zmarła życzyła sobie być spaloną.

3. Szczegółowe przepisy dla zakładów spopielenia zwłok ludzkich (krematorjów) wyda Minister Spraw Wewnętrznych. Zakłady takie mogą być otwierane tylko na mocy pozwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 14. 1. Popioły, otrzymane przy spopielianiu zwłok ludzkich, mogą być złożone bądź na cmentarzu grzebalnym, bądź też w innych miejscach na ten cel za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych przeznaczonych. Miejsce tych dotyczą również przepisy art. 3, 6, 7 i 9, założenie tych miejsc nie zwalnia jednak gminy od obowiązku założenia grzebalnego cmentarza gminnego w myśl art. 6 ustęp 1.

2. Przy usuwaniu popiołów ludzkich z miejsca, w którym je złożono, obowiązuje przepis art. 12 niniejszego rozporządzenia, z wyjątkiem postanowień, dotyczących osób, zmarłych na choroby zakaźne.

Art. 15. 1. Ciała osób, zmarłych na okrętach, będących na pełnym morzu, powinny być chowane przez zatopienie w morzu, zgodnie ze zwyczajami morskimi. Wszakże w wypadkach, kiedy okręt może w przeciągu 24-ch godzin przybyć do portu, należy zwłoki przewieźć na ląd i tam je pochować.

2. Wyjątki od powyższych przepisów mogą być czynione przez kapitana okrętu, z uwzględnieniem wskazań sanitarnych i wojskowych, jeżeli chodzi o okręty wojenne lub inne, używane dla celów wojskowych.

Art. 16. 1. Przekroczenie przepisów niniejszego rozporządzenia, jak również rozporządzeń, wydanych na jego podstawie, ulega w drodze administracyjnej karze do 6-ciu tygodni aresztu i grzywny do 500 złotych lub jednej z tych kar, o ile czyn odnośny nie stanowi przestępstwa surowiej karanego.

2. Grzywna będzie zamieniona na wypadek niemożności ściągnięcia na areszt według słusznego uznania władzy orzekającej, jednak nie ponad 6 tygodni, co powinno być oznaczone w orzeczeniu skazującym.

3. Orzeczenia karne wydają powiatowe władze administracji ogólnej. Od tych orzeczeń można wnieść w ciągu 7 dni, licząc od dnia, następującego po dniu doręczenia orzeczenia na ręce władzy, która orzeczenie wydała, odwołanie do właściwego Sądu Okręgowego, który rozpoznaje sprawę w ostatniej instancji, przy odpowiednim zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków Sądów pokoju (powiatowych).

4. Sąd Okręgowy nie może w razie uchylecia orzeczenia przekazać sprawy władzy administracyjnej do ponownego rozpatrzenia. Wniesienie odwołania nie wstrzymuje ściągnięcia kary grzywny, jednak kary aresztu nie można wykonać przed uprawomocnieniem się orzeczenia.

5. Na obszarze Województw: poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części Województwa Śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 17. 1. W ciągu dwóch lat od daty wejścia w życie niniejszego rozporządzenia obowiązek przyjmowania zwłok ludzkich i ich szczątków obciąża także cmentarze wyznaniowe, do których na zasadzie tego postanowienia przyjmowane być muszą również zwłoki osób innych wyznań, o ile w promieniu trzydziestu kilometrów od miejsca zgonu niema cmentarza gminnego lub odpowiedniego wyznaniowego.

2. Bliższe szczegóły, dotyczące sprawy, objętej niniejszym artykułem, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 18. Wykonanie niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Ministrem Sprawiedliwości.

Art. 19. 1. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z zastrzeżeniem, wskazanem w punkcie 2 niniejszego artykułu, w 6 miesięcy po ogłoszeniu i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej.

2. Zastosowanie przepisów, zawartych w punktach 1—6 art. 3 niniejszego rozporządzenia, następować będzie na poszczególnych obszarach Rzeczypospolitej na mocy rozporządzeń Rady Ministrów, wydawanych na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych, z zastrze-

żeniem, że zastosowanie tych przepisów na całym obszarze Rzeczypospolitej nastąpi do 3-ch lat od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia.

3. Z chwilą wejścia w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszelkie przepisy prawne, dotyczące przedmiotów, w tem rozporządzeniu unormowanych.

— Od dnia 27.XI do dn. 3.XII 1927 r. odnotowano w Polsce: Osipy przyp. 1 (zg. 0), duru brzuszno 473 (zg. 48), duru rzekom. 4 (zg. 0), duru osutk. 28 (zg. 5), duru powrotn. 2 (zg. 0), czerwonki 22 (zg. 5), płonicy 909 (zg. 74), błonicy 253 (zg. 21), zap. opon mózg. 4 (zg. 3), odrzy 1045 (zg. 29), róży 86 (zg. 4), krztuśca 214 (zg. 17), malarji 2 (zg. 0), posoczn. poog. 26 (zg. 11), jaglicy 204 (zg. 0), węglik 1 (zg. 0), Heine-Medina 4 (zg. 2), innych chor. zakaźnych 158 (zg. 32).

— Od d. 4.XII do dn. 10.XII 1927 r. odnotowano w Polsce: duru brzusz. przyp. 369 (zg. 38), duru osutkow. 17 (zg. 0), duru powrotn. 2 (zg. 0), czerwonki 13 (zg. 3), płonicy 879 (zg. 75), błonicy 215 (zg. 27), zapal. opon mózg. 8 (zg. 3), odrzy 960 (zg. 8), róży 97 (zg. 2), krztuśca 325 (zg. 31), malarji 11 (zg. 0), posoczn. poog. 26 (zg. 7), jaglicy 256 (zg. 0), węglik 1 (zg. 0), Heine-Medina 3 (zg. 0), innych chor. zakaźn. 195 (zg. 44).

— XXIV. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie w dn. 12, 13, 14 kwietnia 1928 r.

Tematy programowe zjazdu:

1. Nowotwory okrężnicy — referent prof. A. Leśniowski z Warszawy.

2. Skrzywienia wrodzone stopy — referent prof. Wierzejski z Poznania.

Pozatem jedno posiedzenie przeznaczone jest na wykłady i pokazy dowolne z różnych działów chirurgji.

Zawiadamiając o tym Sz. Kol. prosimy najuprzejmiej o wzięcie udziału w Zjeździe i przyczynienie się do powodzenia tego święta Chirurgji Polskiej.

Sekretarz:

Tomasz Wiśniewski.

Prezes:

Leon Kryński.

ZMARLI: Znakomity psychiatra i neurolog rosyjski prof. Bechtierew — w Moskwie.

— Józef Karpiński, ordynator szpit. Ewang. w Warszawie.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— Pamiętnik jubileuszu 25-lecia Tow. Lek. Częstochowskiego 1901 — 1926.

— Dr. Artur Starzyński, Stan sanitarny m. Łodzi. Odb. z pamiętnika VI Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych m. Łodzi. Łódź 1927.

— Mieczysław Goldman (junior), Badania kliniczne nad wpływem ergotaminy na układ roślinny. Odb. z „Polskiego Archiwum Med. Wewn.” T. V. Z. IV — 1927 r.

— P. Słonimski, Ueber die Darstellung winziger Blutgefäße mittels der Benzidinprobe. Odb. z Ztschr. f. wiss. Mikroskopie und f. mikr. Techn. T. 44 — 1927.

— Tenże. Sur l'apparition de l'Hémoglobine dans l'aire vasculaire chez le poulet. Odb. z Compt. rend. des séances de la Soc. de biol. T. XCVI.

— Tenże. Sur une modification de l'ultra-microméthode de Wu-Hsien. ibidem.

— A. Elknor et P. Słonimski. Sur le tissu conjonctif de la crête du coq adulte. Odb. z Bulletin d'histologie. T. IV, N. 7 — 1927.

— P. Słonimski. O metodach przygotowywania szlifów dla celów histologicznych. Od. z „Przegl. Dentyst.” Nr. 8 — 1926.

TREŚĆ: H. PUSZET. O roli chorobotwórczej wielkouszcza jelitowego. (Dokończ) — J. MUSZKATENBLIT i E. ŻERA. Przypadek złośliwej postaci limfogramulomatozy z umiejscowieniem w kościach czaszki. — B. FEJGIN. O zmienności bakterji w związku ze zjawiskiem D'HERELLE. (Stresz. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. ELWICZ. Sposób uniknięcia przykrych następstw wadliwego zastrzyknięcia płynów do żył. — L. WERNIC. O projekcie rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej w sprawie zwalczania chorób wenerycznych. — Z. SZYMANOWSKI. W sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. PUSZET. Le rôle pathogène du megostome intestinal. — J. MUSZKATENBLIT i E. ŻERA. Un cas de lymphagranulomatoses maligne localisée dans les os du crâne. — B. FEJGIN. Sur la mutation des bactéries analysée au point de vue de phénomène D'HERELLE. — S. ELWICZ. Un moyen d'éviter les suites désagréables des injections intraveineuses mal réussies. — L. WERNIC. Sur le projet de l'ordre de M. le Président de la République concernant la lutte contre les maladies vénériennes. — Z. SZYMANOWSKI. A propos du projet de la loi concernant la lutte contre les maladies vénériennes.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓLCZESNA” w Warszawie, Szpitalna 10. tel. 193-95



Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009813

