



Rok LI. Warszawa d. 14 października 1916. № 16 (42).

# WZGLĘDY LECZARSKE

• PISMO TYGODNIOWE •  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-  
TOŚCI LECZARSKICH

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żurawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## Komenda Legionów Polskich

**poszukuje lekarzy do służby  
sanitarnej w Polsce.**

Bliższych informacji udziela  
**dr EDWARD LOTH**  
TEODORA 5.

**WARUNKI POCZĄTKOWE:**

Ranga XI kl. Jednorazowo: 1200 koron na  
konia z siodłem, 300 koron na umundu-  
rowanie. Pensyi miesięcznej 300 koron i  
140 kor. dla rodziny.

**Pracownia chemiczno - bakteriologiczna**

**Dra Stanisława MUTERMILCHA**

Analizy moczu, płwociny, krwi, zawartości żołą-  
dkowej, kału, wydzielin, mleka, nalotów, wysię-  
ków i t. p.

Marszałkowska № 127 (Zielna № 22).

**Racyonalne i b. staranne**

kształtowanie paznogi (Manicure i Pedi-  
cure) w gabinecie Wiśniewskiej,  
**Aleje Jerozolimskie № 43, m. 15,**  
I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

KOMENDA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM  
STOWARZYSZENIU LEKARZY odnosiła na podstawie badań  
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPİŃSKIEGO  
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej  
zawierającej 4,7 % czystego jodu. Przetworze ten alusze  
się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku  
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropli trzy  
razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie  
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem  
(jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się  
całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1916

Przewodniczący Komisyi  
Przemysłowo Lekarskiej

*Dr. M. Karpiński*  
Sekretarz

Oprawa po...  
Właściciel...  
To...  
...  
...  
...

# JODOROL

**Peptonate d'iode Karpiński**

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.  
Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów po-  
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach  
najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3—4 dni.  
Może być stosowany od 10 — 100 kropli trzy razy dziennie.

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Fr. KARPİŃSKI w Warszawie“  
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-  
łowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.



**ASTHMIN-  
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu  
Usuwa szybko napady dusznic  
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**  
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN  
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubabarum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”  
Marszałkowska 23.

Laboratorium Magistra Klawego poleca:

**HEMOGEN,  
KUMYS,  
GLICEROFOSFATY,  
FOSFOL w granulach i tabletkach,  
GOMETOL A i B,  
PIPERAZYNĘ musującą,  
URODAL musujący,  
HEMORIN,**

Iniekcje bakteriologicznie sprawdzane.

Szczepionki przeciwcholeryczną i przeciwtyfusową wyrobu D-rów  
J. Brunera i L. Karwackiego.

KREZOFORM MAGISTRA KLAWEGO do dezynfekcji.

## WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

# CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

L. E. BREGMAN.

# Dyagnostyka chorób nerwowych

podręcznik dla lekarzy i studentów

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena rub. 3.50, w oprawie rub. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich księgarniach.





# GAZETA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzieńdziesięcio  
Dzieńdziesięcio

Warszawa, d. 14 października 1916 r.

## W sprawie nowotworów mieszanych ślinianki.

PODAŁ

E. Lewenstern.

Asystent oddziału chirurg. Dr A. Ciechomskiego w szpitalu Dziec. Jezus.

(Dokończenie—patrz № 15).

Przypatrując się obrazowi drobnowidowemu przy małym powiększeniu, w większości przypadków dostrzegamy ścisły związek między otoczką guza z wychodzącymi od niej pasmami przegródek łącznotkankowych, obfitujących w szczeliny chłonne, a skupieniami komórkowymi, wśród guza rozsianymi; częstokroć spotykamy miejsca, wskazujące dobitnie, iż zbite masy komórkowe są w prostej linii przedłużeniem wyścieliska śródbłonkowego szczelin i naczyń chłonnych, rzadziej—naczyń krwionośnych. Ten szczegół utkania odegrał wielką rolę w ocenie histogenezy nowotworu.

Pytanie, jaki jest punkt wyjścia omawianych guzów, czyli ich histogeneza, stanowi przedmiot sporny, dziś jeszcze ostatecznie nierozwiązany.

Ogół autorów francuskich z Planteau, Pérachaud i Malassez na czele utrzymuje, że nowotwory te są pochodzenia złożonego, czyli że mają część łącznotkankową — podścielisko, rozwijające się z tkanki łącznej międzyzrazikowej ślinianki, i część komórkową, powstającą z nabłonka tejże ślinianki; oba te składniki rozmnażają się równolegle, w wyniku czego otrzymuje się „*tumeur mixte*” będący zarazem nabłoniakiem i włókniakiem. Obecność chrząstki, kości, tkanki śluzakowej i t. d.—tłumaczy oni „metaplastyą”, t. j. przetworzeniem się tkanki łącznej. „Już ta sama

okoliczność, że tego rodzaju nowotwory powstają wszędzie tam, gdzie istnieją ślinianki, przemawia dobitnie za ich pochodzeniem gruczolowym” — wnioskuje zwolennicy teorii francuskiej, łącząc powstawanie guza z prawidłowo rozwiniętą ślinianką.

Do szkoły francuskiej zbliżony jest pogląd Ribberta (32), który nadaje nowotworowi miano *fibroepithelioma*, lecz wyprowadza go z zabłąkanych tkanek zarodkowych. Teorię zarodkową wcześniej jeszcze głosił Cohnheim, utrzymując, iż chrząstki ślinianki przyusznej pochodzą z resztek części chrzęstnej łuków skrzelowych; później Ponsot rzucił myśl, iż nowotwory mieszane ślinianki podszczękowej pochodzą z chrząstki Meckela. Wilms przyjmuje zabłąkanie się ogniska zarodnikowego, zawierającego jednocześnie: 1) część policzkową blaszki zewnętrznej, skąd powstać może nabłonek brukowaty typu śluzówki jamy ustnej oraz walcowaty typu śliniankowego i 2) część mezenchymy, z której potem przez różniczkowanie powstają wszelkie odmiany tkanki łącznej. Podobne przypuszczenie wypowiedział Coenen co do guzów mieszanych podniebienia oraz Cuneo i Veau co do guzów policzkowych.

Ribbert dzieli swe „*fibroepitheliomata*” na dwie grupy. Do pierwszej zalicza znane już nam oblaki, wyprowadzając je z zabłąkanych zrazików ślinianki, które, oderwawszy

się od masy głównej gruczołu, poczynają rozrastać się samodzielnie a bezładnie; w ten sposób warstwy komórkowe, otaczające masy szkliste, uważa R. za twory bezwzględnie nabłonkowe. „Podobne obrazy można otrzymać doświadczalnie, przewijając przewody ślinowe lub przeszczepiając części ślinianki“. R. wspomina, iż w pewnych przypadkach pasma komórek nabłonkowych układają się w taki sposób, jak gdyby wychodziły ze szczelin chłonnych, wskutek czego przypominają śródbłonek, lecz są to tylko „pozory, nie mogące obalić faktu pochodzenia gruczołowego komórek“. Jednocześnie odrzuca R. naturę rakową obłaka, ponieważ tu rozwój komórek nabłonkowych odbywa się wewnątrz zamkniętego guza przy równorzędnym rozrastaniu się tkanki łącznej.

Drugą grupę „*fibroepitheliomata*“ Ribberta stanowią nowotwory „złożone“ ślinianek (Ribbert nazywa je nie „*Mischgeschwülste*“, lecz „*zusammengesetzte G.*“), pochodzące z łuków zarodkowych, a więc z narządu „szkieletotwórczego“, dzięki czemu bardzo łatwo tłumaczy się obecność przeróżnych odmian tkanki łącznej—przedewszystkiem chrząstki—bez potrzeby uciekania się do teorii metaplastyi, jak to czynią francuscy autorowie. Pogląd ten opiera R. na dociekaniach swego ucznia Hinsberga, który wykazał, że w zarodku ludzkim między 8-ym a 15-ym tygodniem zawiązek ślinianek rozwija się w sąsiedztwie bezpośrednim z żuchwą, właściwie z chrząstką Reicherta; oddzielne zraziki przylegają ściśle do ochrzęstnej tej chrząstki, a splątanie się tych tkanek daje początek nowotworu — włókniakonabłoniaka, obfitującego w chrząstkę.

Daleko liczniejsza jest grupa badaczy, odrzucających pochodzenie nabłonkowe nowotworów mieszanych i wyprowadzających je z tkanki łącznej, względnie śródbłónka lub obłónka dróg chłonnych lub krwionośnych. Pierwszy Golgi dał miano *endothelioma* guzom o utkaniu bardzo urozmaiconem; objął on w tę grupę dawniejsze: *angiosarcoma* (Waldeyer), *sarcoma plexiforme* (Ewetzky), *sarcoma alveolare endotheliale* (Bizzozero), *carcinoma endotheliale*, *myxoepithelioma*, *adenochondroma* (Planteau), *cylindroma*, wreszcie *carcino-sarcoma*. Jest to miano nadane przez Sathlera nowotworom, mającym utkanie zbliżone jednocześnie do raka i mięsaka. Dodajmy nawiasowo, że u nas Nowicki opisał pod nazwą raka mięsakowego guz sutki, w którym na obwodzie był typowy rak gruczołowy, a w środku typowy mięsak. No-

wicki nie uznaje w tym razie bujania śródbłónka, lecz uważa przypadek za „nowotwór mieszany pochodzenia płodowego“ (33).

Waldeyer, Kaufmann, Nasse, Volkmann i inni, przeważnie niemieccy badacze zdołali udowodnić, iż masy komórkowe, mające nieraz wielkie podobieństwo do nabłonków, nie są niczem innym, jak rozwinięciem śródbłonków. Wychodząc z założenia, iż części obwodowe nowotworu, jako najmłodsze, najmniej podlegają różnym zmianom wstecznym, maskującym obraz pierwotny, — zwracali oni szczególną uwagę na część obwodową guza, na pograniczu chorego ze zdrowym, przyczem stosowali metodę skrawków seryowych; tą drogą przekonali się, iż śródbłonek dróg chłonnych (rzadziej—krwionośnych), w innych przypadkach ich obłonek, jest punktem wyjścia wszelkich tworów podobnych do nabłonkowych. Z rozmnażania się komórek szczelin chłonnych powstają skupienia komórkowe, układające się w pasma, rurki, pęcherzyki, mające utkanie bardzo zbliżone do gruczołowego. Nasse w obszernej pracy p. t. „*Die Geschwülste der Speicheldrüsen u. verwandte Tumoren des Kopfes*“ (34) mianuje nowotwory mieszane „łagodnymi otorbionymi guzami łącznotkankowymi“. Zebrał on 24 nowotwory ślinianki przyusznej i 3 podżuchwowej, a opisy drobnowidowe uszeregował w ten sposób, iż początkowe dają obrazy tkanki czysto łącznej, zaś dalsze — stanowią stopniowe przejście do postaci przypominających nabłonki, przyczem wszędzie dała się uchwycić łączność między skupieniami komórkowymi a podścieliskiem. Na szczególną uwagę zasługuje przypadek, gdzie obok guza głównego, mającego wszelkie cechy raka, znalazł się guzek dodatkowy o utkaniu pospolitego mięsaka. W ostatecznym wywodzie tej części swej pracy pisze Nasse: „Jestem przekonany, że wszystkie te guzy należą do klasy nowotworów łącznotkankowych, które inaczej są nazywane *angiosarcoma*, *cylindroma* lub *endothelioma*“.

E. Martini (35), zbadawszy drobiazgowo sześć nowotworów ślinianek, przychyliła się do teorii śródbłonkowej i motywuje ją okolicznościami następującymi: 1) część komórkowa stoi zawsze w najściślejszej łączności z podścieliskiem; 2) komórki nie mają pasemkowej budowy protoplazmy, co stanowi cechę swoistą nabłonka kanalików śliniankowych; 3) w zrazikach ślinianki nigdy nie dało się dostrzedz nowotworzenia nabłonków, natomiast często widziano ich zanikanie i nacieczenie drobnokomórkowe; 4) między nowo-

tworem a ślinianką leży zawsze zwarta przegroda w postaci otoczki łącznotkankowej, wreszcie 5) t. zw. kule nabłonkowe powstają tu wskutek zwyrodnienia szklatego, a nie — rogowatego, jak to bywa w raku prawdziwym.

Steinhaus, któremu zawdzięczamy jedyną do tej pory pracę polską o nowotworach mieszanym ślinianek, jest bezwzględny zwolennikiem teorii pochodzenia śródbłonkowego mas komórkowych tych nowotworów; nie odrzuca on poglądu Ribberta i Hinsberga o roli łuków zarodkowych, lecz słusznie zaznacza, iż ci badacze z faktów przez się podanych wyprowadzają zupełnie mylne wnioski. Mamy tu bowiem do czynienia z zabłąkaniem tworów łącznotkankowych (łuków zarodkowych) śródtkanki gruczołowej (ślinianki); zatem guz powstający w tych warunkach pochodzi w prostej linii od tkanki łącznej, a nie gruczołowej; ostatnia zostaje przez czas cały na swoim zwykłym miejscu i rozrasta się prawidłowo, jako ślinianka. W obronie pochodzenia nabłonkowego komórek Hinsberg wskazuje ich pracę rzekomo wydzielniczą. Steinhaus obala i ten dowód: komórki prawdziwie nabłonkowe nigdy nie giną podczas wydzielania z siebie śluzu, lecz — odwrotnie — rozmnażają się; tymczasem w nowotworze ślinianki zjawianie się śluzu idzie zawsze w parze z rozpadem całych grup komórkowych, na miejscu których powstaje bezkształtna masa śluzakowa; zatem jest to nie wydzielanie, lecz zwyrodnienie. Dodać należy, iż rozbiór tych wydzielin rzekomych, dokonany przez Bosca i Jeanbrau, wykazał, iż są one nie czysto śluzowe, lecz śluzowoszkliste.

Dzieje ścierania się różnorodnych sprzecznych poglądów o histogenezie nowotworów mieszanym zakończył przytoczeniem opinii Aschoffa z jego pracy późniejszej, niż wszystkie wyżej streszczone, gdyż pochodzącej z roku 1913 (36). A. przyznaje, iż „często spotykamy pasma komórkowe w kształcie sieci; komórki te są płaskie i całość obrazu przypomina szczeliny chłonne, wysłane śródbłonkiem... Te pasma komórkowe z jednej strony łączą się z tworami podobnymi do kanalików śliniankowych, z drugiej — giną śródtkanki chrząstkowej i śluzakowej, wskutek czego odbieramy wrażenie, jakgdyby komórki te brały udział w budowie chrząstki“. Mimo to, skłania się on ku wyprowadzaniu nowotworu z zabłąkanych cząsteczek zarodkowych ślinianki, opierając się na spostrzeganiu w tkance nowotworów komórek włóknienkowatych (Faserzellen) identycznych z naskórkowymi. „Czasami ów układ włóknienkowaty występu-

je tak dobitnie, iż otrzymuje się obraz zbliżony do giejaka; nie brak w nim nawet tworów rozetkowych (*Rosettenbildungen*) pospolicie w giejakach napotykanym“. Dodajmy, iż Ribbert wiąże powstawanie giejaków również z zaburzeniami rozwojowymi, mianowicie ze zbłąkaniem się nabłonka jam mózgowych. Przyjawszy powstanie nowotworu z blaszki zarodkowej zewnętrznej, jakże wytłumaczymy sobie zjawienie się chrząstki, względnie kości? Po części — być może — da nam na to odpowiedź praca Krompechera, który dowiódł doświadczalnie na psach, iż w obrębie jamy ustnej możliwe jest tworzenie się kości z nabłonka.

Co się tyczy obłaków, to wyprowadza je Aschoff (37) z nowotworów łącznotkankowych, naczyńmięsaków i śródbłoniaków uległych zwyrodnieniu szklitemu: „w angiosarkomatach masy szkliste mają ścisły związek ze ścianami naczyń, tworząc dookoła nich pochwy bezkształtne, przyczem warstwy komórkowe mogą zupełnie ginać i pozostaje rusztowanie z lśniących wałeczkowatych pasem, odpowiadających rozgałęzieniom naczyń; w endoteliomatach bywa również zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej, a jeszcze częściej tworzenie się mas szklistych wewnątrz pasem komórkowych, albo też całkowite ich zwyrodnienie“. „Podobne zwyrodnienie — dodaje na zakończenie Aschoff — zdarza się również, lubo rzadko, w nowotworach nabłonkowych, nie można go przeto uważać za sprawę swoistą wyłącznie dla nowotworów łącznotkankowych“. Ostatnie zastrzeżenie odpowiada zatem pogładowi Ribberta na histogenezę obłaka.

Zakończywszy na tem piśmiennictwo naszego przedmiotu, przechodzę do opisu swoich dwóch przypadków.

Przypadek pierwszy. Pani Z., lat 60, w zimie roku 1911-go spostrzegła twarde guzek pod żuchwą z lewej strony; dopiero po upływie roku poczęła on nieco się powiększać i chwilami sprawiać dolegliwości w postaci kołącego bólu promieniującego od guzka we wszystkie strony. Pod koniec roku 1912-go widziałem pacjentkę po raz pierwszy i znalazłem, co następuje: w okolicy ślinianki podżuchwowej lewej wyczuwa się bardzo wyraźnie przez skórę guzek okrągły wielkości małego orzecha laskowego, bardzo twarde, zupełnie ruchomy, na ucisk lekko bolesny; badanie przez usta wykazuje bezpośrednie sąsiedztwo guzka ze ślinianką. Najbliższe i dalsze gruczoły chłonne nie powiększone. Pacjentka zgodziła się na operację dopiero w pół roku potem, gdy guzek poczęł coraz bardziej dokuczać i przeszkadzać żuć. Operacji dokonałem w czerwcu r. 1913-go w uśpieniu chloroformowym; ponieważ ruchomość guza i jego wielkość nie uległy widocznym zmianom, zabieg

nie nastąpiło żadnych trudności; z łatwością dało się wydzielić nowotwór wraz z częścią przylegającą do niego ślinianki, która wyglądała zupełnie zdrowo; mimo to usunąłem jej połowę, założywszy podwiązkę na część pozostawioną. Gojenie rany odbywało się powoli wskutek dość obfitego wydzielania się śliny; zaledwie po 6 tygodniach nastąpiło ostateczne zabliznienie rany. W rok po tej operacji, kiedy miejscowo stan był zupełnie dobry, pacjentka zapadła na biegunkę krwawą o bardzo ciężkich objawach; rozwinęła się posocznica z ropniami w prawej śliniance przyusznej i w tkance przynerkowej z prawej strony.

Zejsście mimo rychłego otwierania ropni było śmiertelne.



Rys. 1. Preparat przypadku pierwszego: <sup>1)</sup>  
 a—a Część otoczki guza, śluzakowo zwyrodniała;  
 b—b—b Masy szkliste, zawarte wewnątrz kanałów komórkowych;  
 c—c—c Skupienia komórkowe, wyścielające w dalszym ciągu przy d—d szczeliny chłonne.  
 (Powiększenie około 1 : 150).

Badanie usuniętego nowotworu ślinianki. Makroskopowo: guzek wielkości dużego orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, o spistości nieco twardszej, niż gruczoł chłonny. Ze ślinianką połączenie jest nader luźne i na tępo daje się rozdzielić. Guzek ma zbitą twardą otoczkę. Przekrój jego jest gładki o zabarwieniu szaroróżowym; miejscami widoczne są drobniutkie jaśniejsze punkciki. Badanie drobnowidowe (dr M. Zielińska): dookoła guza gruba otoczka z tkanki łącznej zbitej, zawierającej niewiele płaskich komórek. Od otoczki idą liczne smugi włąb preparatu; w tych smugach przebiegają szeregi komórek, wyścielających szczeliny podobne do chłonnych; w wielu miejscach komórki układają się w jedną, dwie, trzy i więcej warstw w kształcie kół, trójkątów, wreszcie figur nieforemnych, tworzących razem sieć mniej lub więcej gęstą; gdzieś tam komórki gromadzą

się w wielkie skupienia otoczone wąskimi pasmami podścieliska; w tych miejscach obraz przypomina raka. Wszystkie komórki mają duże wyraźne jądra okrągłe lub częściej owalne, mocno się barwiące; protoplazma przeważnie biała, nikła. Wewnątrz sieci komórkowych nagromadzenie masy szklistej, mającej wygląd bądź jednolity, bądź drobnoziarnisty; często masa ta dzieli się na kilka wysepek. Budowy gruczołowej (z prawidłowym układem komórek walcowatych, sześciennych i t. p.) nigdzie niewidać. Smugi łącznotkankowe w wielu miejscach szklisto zwyrodniałe. Liczne przekroje naczyń krwionośnych (z mocno zabarwionymi krwinkami wewnątrz). Ślinianka nie wykazuje żadnych zmian szczególnych.

Z powyższego widać, że mamy tu do czynienia z typowym oblakiem (*cylindroma*).

Przypadek drugi. Pani T., lat 40 zgłosiła się do mnie w końcu roku 1915-go, oświadczając, iż przed rokiem zauważyła pod żuchwą z lewej strony twardy guzik, który się powiększa stopniowo, bardzo powoli; dolegliwości żadnych nie sprawia. Stan obecny: osoba naogół zdrowa, lubo szczupła i wątłej budowy; zamężna, ma czworo zdrowych dzieci. Pod żuchwą z lewej strony wyraźne wypuklenie skóry, ostro ograniczone, wielkości orzecha laskowego. Wyczuć można palcami tuż pod skórą guzik mały, twardy, nieco owalny,



Rys. 2. Preparat przypadku drugiego: <sup>1)</sup>  
 a—a Chrzastka;  
 b—b Tkanka łączna, częściowo śluzakowo zwyrodniała;  
 c Przejście do ogniska mięsakowego;  
 d Idący ku górze preparatu pas komórkowy, odpowiadający szczelinie chłonnej.  
 W wielu miejscach poprzecznie lub skośnie przecięte światła szczelin chłonnych.  
 (Powiększenie około 1 : 100).

o powierzchni chropowatej, bardzo ruchomy; dalej w kierunku jamy ustnej łączy się on ze ślinianką podżuchową. Gruczołów chłonnych nie wyczuwa

<sup>1)</sup> Fotografie drobnowidowe (dr Kosmowski).

się. Z wywiadów do zanotowania szczegół następujący: ojciec pacjentki miał podobny guz pod szczęką; guz ten istniał około 15 lat, nie rosnąc wcale, poczem nagle zaczął bardzo prędko się powiększać; w krótkim czasie doszedł do rozmiarów pięści; zajął połowę szyi i przeszedł na twarz; dopiero wówczas chory poddał się operacji; usunięty nowotwór lekarze określili jako „sarcoma”. Bezpośrednio po operacji rozpoczęła się wznowa — ostatecznie z zejściem śmiertelnym. W początku kwietnia r. b. widziałem pacjentkę ponownie; obraz chorobowy nie zmienił się prawie wcale. Tym razem nastąpiła zgoda na operację, którą zrobilem w połowie kwietnia 1916 r. w znieczuleniu miejscowym. Z łatwością dało się wydzielić guz, który usunąłem wraz z przylegającą do niego całą ślinianką podżuchwową. Po upływie czterech tygodni rana zabiłżniła się.

Badanie preparatu (dr Lipski).

Makroskopowo: guzik wielkości orzecha laskowego o powierzchni lekko falistej, konsystencji dość twardej.

Na przekroju przedstawia się nie jednako, mianowicie w środku tkanka więcej szarawa, nieco przeświecająca, twardsza; smugi tego rodzaju tkanki rozchodzą się w postaci wązkich pasem od środka ku obwodowi. Pozostałe części powierzchni przekroju są mniej twarde, białawe. Guzek przylega bezpośrednio do wyłuszczonej razem z nim ślinianki; połączenie to jest bardzo luźne.

Mikroskopowo: Guzek otoczony jest torebką włóknistą o ścianie dość grubej, unaczynionej obficie i zawierającej liczne szczeliny chłonne. Utkanie guzka jest bardzo urozmaicone: na obwodzie przeważa tkanka młoda o komórkach dość dużych z małą ilością istoty międzykomórkowej, zupełnie podobna do tkanki mięsakowej. Tkanka ta albo zajmuje jednolicie większe obszary, mianowicie na obwodzie, albo układa się w postaci sznurów i pasem różnej długości, szerokości i kształtu; miejscami ugrupowania te zawierają wewnątrz szczelinowate światło. W świetle tem nigdzie nie widać krwinek czerwonych. Grubość warstwy komórkowej, otaczającej szczeliny, jest różna: przeważają 1, 2, 3 szeregi, lecz bywa ich i więcej; nigdzie nie widzimy utkania dookoła wzmiankowanych światel, które by przypominało tkankę gruczołową lub przewody gruczołowe. Pomiedzy masami komórkowymi leży tkanka łączna włóknista, w wielu miejscach szklista, w innych zmieniona śluzakowato. W części środkowej guza liczne ogniska chrząstkowe, ściśle złączone z tłem podścieliska łącznotkankowego. Obraz powyższy, jak już wiemy, jest typowy dla nowotworu mieszanego; punkt wyjścia bardzo prawdopodobny z przestrzeni i naczyń limfatycznych; połączenie wszelkich

niemał postaci tkanki łącznej: włóknistej, śluzakowej, szklistej, chrząstkowej, wreszcie mięsakowej usprawiedliwia w zupełności miano nowotworu mieszanego pochodzenia łącznotkankowego. Jakichkolwiek tworów nabłonkowych niema w guzie ani śladu.

Tyle co do mojej osobistej kazuistyki; oczywiście jest ona nazbyt skąpa, bym mógł, opierając się na niej, wyprowadzać jakiekolwiek uogólnienia, nprz. silić się na rozwiązanie sporu, do jakiej grupy nowotworowej zaliczać należy guzy mieszane ślinianek i jaki jest punkt ich wyjścia. Wolno mi tylko stwierdzić, że guzy obu przypadków utkaniem swoim całkowicie należą do tkanki łącznej, przyczem pomimo różnorodności obrazów drobnowidowych łączy je uderzające podobieństwo strony klinicznej: nieuchwytny początek, powolny rozrost, wielka ruchomość, znaczna twardość, wreszcie kształt i stosunek do ślinianki w obu razach niemal identyczne.

Blizsza znajomość z nowotworami mieszanymi ślinianek ma niewątpliwie duże znaczenie praktyczne: poucza nas, jak należy się zachowywać wobec „guzików” napotykaných w obrębie tej lub innej ślinianki; nie należy dowieść ich pozorom łagodności, a zwłaszcza umieć odróżnić od zwykłych gruczołów chłonnych. Jakie są następstwa przetrzymywania tych guzów, jaskrawie poucza nas statystyka szpitalna, zgrupowana w tablicy Nr. 2, gdzie na 8 przypadków zaledwie dwa mogły być operowane; pozostałe 6 były już nieuleczalne; wprawdzie rozpoznania brzmią tam przeważnie „sarcoma” i „carcinoma”, wiadomo jednak, że nowotwory złośliwe ślinianek pierwotne zaliczają się do nadzwyczajnych rzadkości, zatem i tu z całą pewnością mieliśmy do czynienia z tworami łagodnymi — mieszanymi, które wskutek przeoczenia pacjentów uległy zwyrodnieniu złośliwemu tak dalece posuniętemu, że je musiano uznać za „inoperabilia”. A oto krótki opis tych przypadków podług kart szpitalnych:

Przypadek 1. Ł. mężczyzna lat 60. Oddawna guzik przed lewem uchem; od pół roku szybkie powiększanie się guza i bóle coraz potężniejsze w całej twarzy; zapisany do szpitala 9. II. 1911 r. St. ob. Guz wielkości pięści w okolicy ślinianki przyusznej lewej przechodzi na skroń i na kąt żuchwy; nieruchomy; powierzchnia nierówna; skóra sina, stopiona z guzem. Otwieranie ust utrudnione. Przypadek uznano za nienadający się do operowania. Po trzech dniach chory wypisany bez zmiany.

Przypadek 2. M. mężczyzna lat 48; wywiady i stan obecny w głównych zarysach identyczne z poprzednim. Po 10 dniach pobytu w szpitalu wypisany 19. XII. 1911 r. bez poprawy.

**Przypadek 3.** S. mężczyzna lat 45, był już dwukrotnie operowany w odstępie rocznym (w innym szpitalu) z powodu małych guzków w okolicy ślinianki przyusznej. Obecnie guz wielkości 2-ch pięści, rozległe wrzodziejący, zajmujący pół twarzy i szyję do obojczyka; uznany za nienadający się do operowania. Chory po 2-ch dniach pobytu w szpitalu wypisany 15. III. 1913 r. bez zmiany.

**Przypadek 4.** A. mężczyzna lat 53. Oddawna był guzek mały pod prawą żuchwą; przed rokiem usunięto go, lecz po paru miesiącach na tem samem miejscu zjawiał się nowy guz, który się powiększał bardzo prędko. Przed dwoma miesiącami zjawily się guzy pod pachą prawą i w pasie w pobliżu linii wyrostków ciernistych. Stan obecny d. 20. III. 1913 r.: pod żuchwą na miejscu ślinianki guz wielkości jaja kurzego wrzodziejący, nieruchomy. Z tej samej strony na skroni z pod mięśnia wyłania się guz płaski wielkości rubla srebrnego. W okolicy łędźwiowej przy linii środkowej po stronie prawej z poza mięśni wyłania się twardy naciek (nowotworowy), zajmujący przestrzeń dłoni. Chory nie może ani siedzieć ani chodzić z powodu bólu w pasie. Bliższych badań nie przeprowadzano. Pacjent wypisał się po 4-ch dniach pobytu w szpitalu.

**Przypadek 5.** P. mężczyzna lat 19. Od kilku miesięcy (?) rośnie guz w okolicy lewej ślinianki przyusznej. St. obecny (28. IX. 1914): Błady, źle odżywiany. Guz wielkości dużej pięści, którego środek odpowiada miejscu ślinianki przyusznej, zajmuje dolną część skroni i szyję, nie dochodząc na 2 palce poprzeczne do obojczyka; powierzchnia nierówna; miejscami chelbotanie; skóra stopiona; porażenie nerwu twarzowego. Nazajutrz przepisano do przytulku dla nieuleczalnych.

**Przypadek 6.** G. kobieta lat 23. Oddawna „gruczoł“ przed uchem prawem; od 5 tygodni (?) prędko powiększające się obrzmienie tej okolicy. St. obecny (14. VI. 1913 r.): policzek prawy równomiernie wygórowany aż do muszli prawej i skroni. Szczękoscisk. Gruczoły niepowiększone. Tygodniowa obserwacja w szpitalu wykazała szybkie powiększanie się guza. Rozpoznano „sarcoma parotidis“. Wypisana jako nieuleczalna.

Tak wyglądały te 6 przypadków, w których rozmiary sprawy nowotworowej wykluczały możliwość operowania; wszędzie widzimy wysoki stopień złośliwości: nieruchomość guza, owrzodzenie skóry, nawet charłactwo (№ 5); w jednym razie (№ 4) przerzuty prawdopodobnie w kręgosłupie (co już raz widzieliśmy w przypadku Janiszewskiego). Wznówę pooperacyjną widzimy u chorych № 3 i 4. Należy podkreślić ten fakt, iż w przypadkach wszystkich, za wyjątkiem 5-go, oddawna istniały małe guziki, nim rozpoczęło się prędkie rośnięcie guza.

Następny — z kolei 7-my — przypadek,

lubo operowany doszczętnie, miał też wyraźne cechy złośliwości:

**Przypadek 7.** C. Mężczyzna lat 55, od roku zauważył guzik pod lewą gałgą żuchwy, nie bolesny, lecz prędko powiększający się; po 3 miesiącach miał już wielkość mandarynki; wystąpiły bóle przeważnie po nocach. Stan obecny: z pod lewej gałgi żuchwy wychodzi guz wielkości pięści, twardy, niebolesny; ku górze przechodzi na policzek, ku dołowi ginie w górnej części szyi; ku tyłowi dochodzi do wyrostka sutkowego. Skóra cienka, czerwona, zrośnięta z guzem. 29. XII. 1913 operacja (Ciechomski): podczas oddzielania skóry pękła duża torbiel z brązową rzadką cieczą; pozostała część usunięto razem ze ślinianką podżuchwową, z częścią mięśnia żwaczowego i z blaszką kości, która już była zmieniona. Szew częściowy powłok. W tydzień potem chory wypisał się z raną „na zagojeniu“.

A oto pierwszy — zarazem i ostatni — przypadek, gdzie nowotwór nie uległ jeszcze zwyrodnieniu złośliwemu i dał się całkowicie wyłuszczyć.

**Przypadek 8.** C., kobieta lat 35 — od 12 lat przed prawą muszlą uszną guzek, powoli rosnący; dolegliwości nie sprawiał nigdy. Stan obecny (28. II. 1912 r.): w obrębie ściśle odpowiadającym śliniance przyusznej prawej guz wielkości mandarynki, okrągławy, twardy, sprężysty, o powierzchni nierównej; miejscami chelbotanie; ruchomość wyraźna; skóra na nim niezmieniona i niezrośnięta. Operacja (Hincz): wyłuszczenie łatwe, jedynie podstawa guza była ściślej połączona ze ślinianką, której część usunięto wraz z guzem. Zagojenie całkowite w 2 tygodnie po operacji.

Zatem tu guz nie miał jeszcze cech złośliwych, lubo zmiany wsteczne były już wyraźnie — w postaci rozmiękczenia — zaznaczone.

Przytoczone wyżej spostrzeżenia upoważniają nas do wyprowadzenia następujących wniosków:

1. Guzek niebolesny, ruchomy, znajdujący się w obrębie ślinianki, rosnący powoli, albo też nie powiększający się wcale w ciągu nieraz wielu lat, jest najprawdopodobniej nowotworem mieszanym.

2. Nowotwór ten, początkowo łagodny, ma skłonność do zwyrodnienia złośliwego, dlatego też

3. Guzek podobny należy niezwłocznie wyłuszczyć wraz z całą ślinianką, nawet pozornie zupełnie zdrową.

4. Pierwotnie złośliwe nowotwory ślinianek, rak i mięsak są nadzwyczajną rzadkością; obrazy złośliwe są wynikiem zwyrodnienia guzów pierwotnie łagodnych.

5. Wystąpienie bolesności i prędkiego wzrostu guza zwiastują początek zwyrodnienia złośliwego.

## PIŚMIENNICTWO.

1. Le Brun. P. T. L. W. rok 1839. II. str. 284. 2. Tenże. P. T. L. W. rok 1863, str. 207. 3. J. Minkiewicz. Tygodnik Lek. r. 1859. 4. Tenże. Gaz. Lek. 1867, № 6. 5. Tenże. Gaz. Lek. 1867, № 10. 6. Tenże. Gaz. Lek. 1871, № 21. 7. Tenże. Gaz. Lek. 1871, № 21. 8. Girsztowt. P. T. L. W. r. 1866. 9. Gurb-ski. Gaz. Lek. 1872, str. 561. 10. Janiszewski. Medycyna. 1873, str. 629. 11. Ziembicki. Przegl. Lek. 1884, str. 612. 12. Jawdyński. Pam. T. L. W. 1895. 13. Koeler. Nowiny Lek. 1897. 14. Kohan. Now. Lek. 1901 (z pos. T. L. Wil.). 15. Borsuk. Spraw. z p. S. chir. W. T. L. 1906 r. 16. Horodyński. Jak wyżej. 17. Łążyński. Przegl. Lek. 1912. 18. Mieczkowski. Now. Lek. I. str. 55. 19. Nowakowski. Now. Lek. 1912. 20. Perlis. Medycyna. 1913, str. 781. 21. Gabszewicz. Gaz. Lek. 1899. 22. Janiszewski. Kron. Lek. 1900, № 2. 23. Steinhaus. Medycyna. 1901, №№ 44 i 45. 24. Pieniążek. Przegl. Lek. 1903, № 9. 25. W. Stankiewicz. Medycyna. 1904, № 45. 26. Goldberg. Przegl. Lek. 1912. 27. Hładij. Przegl. Lek. 1913, № 33. 28. Küm-mel. „Handbuch d. prakt. Chirurgie“ Bergmanna, Bruns i Mikulicza. Tom I. 29. Sobotta. Lehrbuch d. Histologie. 1911. 30. Maziarski. Dzień. IX. Zjazdu L. P. № 5. 31. Bourgeois et Le-normant. Précis de Pathologie chirurgicale. T. II 1909. 32. Ribbert. Geschwulstlehre. 1904. 33. Nowicki. Now. Lek. 1905, № 10. 34. Nas-se. Langenbecks Arch. v. Klin. Chir. Tom 44. 35. E. Martini. „Ueber Mischstumoren endothelialen Ursprungs der Speicheldrüesen“. Virchows Arch. T. 189, r. 1907. 36. Aschoff. Pathologische Anatomie. 1913. 37. Aschoff i Gaylord. Kur-sus d. Path. Histologie.

Z ZAKŁADU ANATOM.-PATOLOG. UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO. DYR. PROF. Z. DMOCHOWSKI.

## Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory.

Podał

**A. Kossakowski.**

Demonstrator Zakładu. (Praca pośmiertna).

(Dokończenie — patrz № 15).

Tarczycza dość duża wagi 26,9 gr. Tcha-wica wązka. Miąższ macicy silnie prze-krwiony. Przydatki wolne. Jajniki zawierają sporo torbielowatych tworów. Z jajnika pra-wego rozwinęła się torbiel, wypełniona masa-mi koloidalnymi, wielkości orzecha laskowe-go. Taką torbiel znajduje się i w jajniku lewym, wypełniona jest ona jednak płynem surowicznym. Waga prawego jajnika 9,2 gr., lewego—7,2. W jamie Douglasa przekrwienie, wybroczyny krwawe i szereg torbielowych tworów, przypominających wyglądem swoim twór znaleziony w IV komorze, a które przy badaniu mikroskopowym okazały się wagra-mi. Pozatem trochę zmleczén i skąpo tkanki łącznej oraz maleńkie zwapniałe ogniska.

W innych narządach przekrwienie.

Waga nerek 200 i 170 gr., waga wątro-by 1550 gr.

W żołądku i jelitach nieco więcej śluzu.

Grasica, oba nadnercza, gruczoł tarczowy, gruczoły przytarczowe, przysadka, jaj-niki, trzustka, gruczoły chłonne zostały wzięte do badania mikroskopowego. Przy badaniu tem posługiwałem się następującymi metoda-

mi. Kawalki narządów utrwaląłem w 5% roz-czynie formaliny przez 24 godz., prócz tego część nadnerczy utrwalilem w płynie Müllera w przeciągu 10 dni, zmieniając płyn 5 razy w ciągu tego czasu; gruczoły przytarczowe zo-stały stwardnione w 96% alkoholu. Po opla-kaniu w wodzie przeprowadziłem kawalki przez alkohol o coraz to silniejszej koncentrac-yi, prześwietliłem w anilinie i ksylolu, po-czem załazłem w parafinie.

Barwienie: 1) hematoksyliną Gagé i eo-zyną, 2) metodą Hornowskiego na włókna sprężyste, 3) skrawki preparatów nadnerczy, utrwalonych w płynie Müllera, zabarwiłem he-matoksyliną Gagé. Prócz tego z nadnerczy, grasicy, przysadki, tarczycy i jajników po ut-rwaleniu w formalinie porobiłem skrawki na mikrotomie do mrożenia i zabarwiłem suda-nem III, podbarwiając hematoksyliną Gagé w celu badania na tłuszcz.

Wyniki badania są następujące:

1. **Grasica.** Zraziki stosunkowo dobrze wykształcone; granica pomiędzy istotą rdzen-ną a korową daje się spostrzedz. Tkanki łącznej pomiędzy zrazikami jest stosunkowo

mało, zarówno jak i tkanki tłuszczowej. Wśród zrazików widzimy niewielką ilość komórek, zawierających tłuszcz.

Istota rdzenna przeważa co do ilości nad istotą korową. Średnica jej przekroju w niektórych miejscach jest  $2\frac{1}{2}$  raza większa od średnicy istoty korowej.

Ciał Hassala stosunkowo niedużo; średnica największych wynosi  $250\ \mu$ ; najwięcej jednakowoż ciałek H. znajdujemy o średnicy przeciętnie  $93, 75\ \mu$ ; spotykamy również dużo ciałek mniejszych. Prawie wszystkie ciała wykazują pewien stopień zwyrodnienia, najczęściej o charakterze zwyrodnienia szklistego, w niektórych występują złogi wapnia, stłuszczenia. Oddzielne komórki dają się trudno odróżnić, jedynie tylko w ciałkach najmniejszych.

Siateczka podstawowa grasicy stosunkowo dobrze rozwinięta. Ma się wrażenie, jakby komórki zbliżonych do nabłonków było więcej; liczne są pseudolimfocyty, komórek eozynochłonnych nigdzie nie spotykamy.

**2. Nadnercza.** Nadnercze prawdziwe. Wymiary: szerokość istoty korowej  $1562\ \mu$  z tego istota kłębowata około  $156'25\ \mu$ , istota pasmowata  $625\ \mu$ , siateczkowa  $625\ \mu$ , miejscami i szersza; istota rdzenna dochodzi do  $937'5\ \mu$ .

W warstwie kłębkowej i zewnętrznej części warstwy pasmowatej znajdujemy obfitą ilość lipidów w komórkach. W innych miejscach warstwy pasmowatej lipidów mniej; komórki warstwy kłębkowej są stosunkowo małe; w komórkach warstwy pasmowatej występuje wyraźnie budowa gąbczasta, w siatkowatej niewielka ilość lipidów, dużo stosunkowo barwików.

Istota rdzenna stosunkowo dobrze wykształcona, komórki chromują się dobrze, występuje żółtawe ich zabarwienie z odcieniem ciemnym, w niektórych miejscach czasami intensywnie ciemne. Prócz tego w istocie rdzennej spotykamy bardzo dużą ilość komórek zwojowych, jako też grubych nerwów.

**Nadnercze lewe.** Wymiary: szerokość istoty korowej dochodzi do  $2812\ \mu$ ; warstwy siatkowej do  $1250$ ; istoty rdzennej brak zupełnie.

W warstwie kłębkowej niewielka ilość lipidów, w warstwie siatkowej nieco może więcej; natomiast w warstwie pasmowatej lipidy występują obficie, miejscami zajmując całą jej szerokość.

W warstwie siatkowatej znajdujemy dużo bardzo barwika.

**3. Przysadka.** Wybitne przekrwienie;

na granicy pomiędzy tylną a przednią częścią, głównie w kierunku do tylnej, dość znaczna wybroczyna; komórek eozynochłonnych naogół mało; natomiast więcej, niż zwykle, komórek kwasochłonnych. Miejscami nacieki limfocytowe, wewnątrz których znajdują się tu i owdzie komórki nabłonkowe, a w jednym miejscu nawet komórka olbrzymia (gruzełek).

Ogniska podobne spotykamy w części gruczolowej ku przodowi.

Komórki części przedniej przysadki wykazują we wzajemnym układzie jak gdyby bezład; przytem jądra komórek są nadzwyczaj różnych wielkości; pozatem spotykamy ogniska tkanki syncytioidalnej t. j. komórek bez wyraźnego kształtu z jądrami zanurzonymi w masę jednostajną.

**4. Trzustka.** Małe ilości tkanki tłuszczowej wśród zrazików. W protoplazmie komórek drobne kuleczki tłuszczu. Wysepek Langerhansa ilość średnia, kontury ich komórek wyraźne, układ pasmowaty. Średnica wysepek od  $93'6\ \mu$   $15'6\ \mu$ .

**5. Tarczycza.** Pęcherzyki silnie rozszerzone dość ściśle do siebie przylegają; średnica pęcherzyków waha się pomiędzy  $62'4$  —  $531'25\ \mu$  najwięcej znajdujemy pęcherzyków o średnicy  $112$  —  $156\ \mu$ . Pomiędzy pęcherzykami niedużo tkanki łącznej, wśród której nieliczne ogniska tkanki tłuszczowej; ściany pęcherzyków zanikłe, ścięnczałe, miejscami poprzerywane, nabłonki silnie spłaszczone, tu i owdzie spotykamy komórki w świetle pęcherzyków. Prócz tego we wszystkich komórkach znajdujemy kuleczki tłuszczu. Kolloid wypełnia ściśle pęcherzyki; posiada charakter bardziej zbity; wśród kolloidu spotykamy gdzieniegdzie wakuole, w każdym razie bardzo nieliczne. Kolloid barwi się przeważnie eozyną na różowo, miejscami jaśniej, gdzieniegdzie ogniska kolloidu kwasochłonnego lub nawet bazochłonnego, których kontury bądź wyraźnie odgraniczają się od kolloidu eozochłonnego, bądź stopniowo się zacierają. Naczynia stosunkowo silnie wypełnione krwią.

**6. Przytarczycza.** Budowa jej jest pasmowata; pomiędzy pasmami dość dużo tkanki łącznej, komórki główne wyraźnie, ostro konturowane; komórki kwasochłonne układają się bądź grupkami, bądź pojedynczo; w niektórych grupkach ilość komórek dochodzi do 18; wykazują one drobną ziarnistość.

**7. Jajniki** stosunkowo dobrze wykształcone; dojrzewające i dojrzałe follikuly, miejscami zmiany szkliste, nieco torbieli wypełnionych kolloidem, *corpora rubra*; wśród

mięszu tu i owdzie grupami i pasmami porzrzucane komórki interstycjalne. W jajniku prawym liczne *corpora albicantia*.

8. **Gruczoły chłonne** powiększone; dość duże mieszki z wyraźnym ośrodkiem rozrodczym; miejscami zanik mięszu i wzrost tkanki łącznej. Nieliczne komórki eozy-nochłonne. Podścielisko silniej, niż zwykle, rozwinięte; dość grube beleczki siatki.

Na podstawie wyżej przytoczonego materiału możemy twierdzić, że:

1) grasica nie uległa inwolucji, gdyż nigdzie nie znajdujemy w niej większych skupień tkanki tłuszczowej lub łącznej; zraziki jej są dobrze wykształcone; w zrazikach istota rdzenna jest dobrze wykształcona, wreszcie stwierdziliśmy wielką ilość komórek o charakterze nabłonkowym. To ostatnie dowodzi, iż grasica znajduje się w stanie czynnym w znaczeniu wydzielania wewnętrznego.

2) Nadnercza w pewnym stopniu odpowiadają nadnerczom osobnika starszego, za czym przemawiają: duża ilość barwika w szerokiej istocie siatkowatej, istota rdzenna w nadnerczu prawem stosunkowo słabo rozwinięta (stosunek szerokości rdzennej do korowej w wieku osobnika tego powinien odpowiadać stosunkowi 1 : 1, w przypadku naszym stosunek ten jest jak 937 : 1562 czyli 3 : 5, a więc korowa jest prawie dwa razy szersza od rdzennej); w nadnerczu lewym istoty rdzennej brak zupełnie. Jeżeli więc uwzględnimy ten brak istoty rdzennej w jednym nadnerczu i stosunkowo słaby jej rozwój w drugim, to musimy powiedzieć, że wogóle w tym przypadku jest zbyt mała ilość układu chromochłonnego, iż jest on niedostatecznie rozwinięty.

Ten niedorozwój układu chromochłonnego nadnerczy możemy tłumaczyć sobie brakiem inwolucji i nadczynnością grasicy, która rozwija się, jak wiemy, znacznie wcześniej, niż układ chromochłonny. Istota korowa i rdzenna nadnerczy, jak wiadomo, mają różne pochodzenie: pierwsza bierze początek z nabłonka jamy ciała (Chirot, Kohn, Joulié); powstaje ona zapomocą pączkowania; pączki owe w okresach późniejszych zlewają się w jeden narząd, przekształcający się później w definitywną korę nadnerczy; istota rdzenna jest pochodzenia współczulnego. We wczesnych okresach rozwojowych komórki zarodkowe układu współczulnego (sympatogonia) wrastają z dwu stron do zawiązku kory nadnercza, poczem pojedynczy zawiązek późniejszej istoty rdzennej nadnerczy dzieli się na 2 grupy, odpowiednio do 2-ch mających się

rozwinąć nadnerczy; później zaczynają się różnicować komórki istoty rdzennej: powstają dwa rodzaje komórek (sympatoblasty), przekształcające się ostatecznie w komórki zwojowe (Wiesel, Balfour) i feochromocyty, z których powstają feochromoblasty. Dopiero w 4-tym miesiącu życia płodowego, kiedy grasica zaczyna tracić swój charakter nabłonkowy, powstają komórki chromochłonne. W ten sposób kształtuje się istota rdzenna, dookoła zaś niej coraz bardziej rozrasta się istota korowa, różnicując się powoli.

W danym przypadku, jak widzimy, cały pojedynczy zawiązek późniejszej istoty rdzennej wrósł tylko do nadnercza prawego.

Podkreślić tu należy wobec tego faktu ważność badania w każdym przypadku obydwu nadnerczy, gdyż widocznem jest, jak w danym razie, że zaniedbanie badania drugiego nadnercza mogłoby doprowadzić do błędnego wniosku, iż istota rdzenna nadnerczy jest stosunkowo dobrze rozwinięta; tymczasem wobec braku tej istoty w drugim nadnerczu należy uważać rozwój istoty nadnerczowej za niedostateczny.

Należy tu jednak zwrócić na jeden fakt uwagę, a mianowicie na obecność w istocie rdzennej nadnercza prawego silnie wyszczelnionych pni nerwowych i licznych komórek zwojowych. Mogliśmy to uważać za pewną dążność organizmu do wyrównania szkodliwości, wypływających ze słabo rozwiniętego układu chromochłonnego, przez znaczniejszy rozwój komórek zwojowych w istocie rdzennej, który sprawia, że działanie wydzielonej przez tę istotę adrenaliny na układ współczulny jest bezpośredniejsze.

Co się tyczy istoty korowej nadnercza, to choć ilość lipidów nie była tu zbyt obfita, lecz obraz opisany odpowiadałby mniej więcej stosunkom normalnym. Podnosiłem już, że nadnercza robią wrażenie nadnerczy starszego, niż w danym wypadku, osobnika, mianowicie wskutek dość dużej ilości barwika w istocie siatkowatej. Ta ilość barwika wskazuje, że pomimo małej stosunkowo ilości istoty chromochłonnej intensywność wydzielania jej była prawidłowa, gdyż, jak chcą różni autorowie, ilość barwika w istocie siatkowatej zwiększa się z wiekiem wskutek gromadzenia się pewnych części, składających się na drobinę adrenaliny. Wobec tego należy uważać czynność nadnerczy za wystarczającą dla danego osobnika, gdyż istnieją dane, wskazujące wzmocnienie ich pracy.

3) O przysadce możemy powiedzieć, iż czynność jej była osłabiona; przekonywa o tem

już odrazu rzucający się w oczy bezład we wzajemnym układzie komórek, ogniska tkanki syncytywnej, gruzełek, nacieki limfocytowe, wybroczynka, niewielka ilość komórek eozynochłonnych — wszystko to daje nam aż nadto podstaw do przypuszczenia, iż czynność przysadki była upośledzona w znacznym stopniu. Zmniejszona czynność ta częściowo może być wytłumaczona przez zaburzenia w jamie czaszkowej, spowodowane obecnością węgla w IV komórce i wzmożeniem ciśnienia wśródczaszkowego wskutek czego uciskowi podlega głównie przednia część przysadki.

4) Trzustka zmian wybitniejszych nie przedstawia.

5) Z obrazu mikroskopowego tarczycy możemy wywnioskować, że gruczoł ten musiał spełniać swą czynność w wystarczającym stopniu, choć dość słabo, o czym świadczą: nieco ściśnięte, spłaszczone, częściowo złuszczone komórki nabłonka, gdzieśgdzie wypełnione kuleczkami tłuszczu.

6) Przytarczycy dobrze wykształcone z komórkami kwasochłonnymi dość licznymi, komórki główne ostro konturowane — przemawia to wszystko za czynnością mniej więcej normalną tych gruczołów.

7) Jajniki, sądząc z obrazu histologicznego, nie wykazywały żadnych nieprawidłowości w wydzielaniu wewnętrznym.

8) Gruczoły chłonne wykazują zmiany przewlekłe, jak to zwykle ma miejsce w stanach patologicznych, w których bywa powiększona grasica.

Reasumując powyższe dane, musimy, w myśl poglądów omawianych we wstępie do niniejszej pracy, stwierdzić, iż nie jest to ani

typowy przypadek stanu grasiczego, ani też istotny stan grasiczolimfatyczny i że przypadek ten należy zaliczyć do rzędu stojących na granicy pomiędzy tymi stanami. Najprawdopodobniej organizm w danym przypadku wyrównywał braki. Jako wyraz kompensacji ze strony organizmu należy uważać, co już podnosiłem, obecność dużej ilości komórek zwojowych i nerwów, pozostających w bezpośredniej styczności z układem chromochłonnoadrenalinowym w nadnerczu, co ułatwiać mogło bezpośrednie tonizowanie w razie potrzeby organizmu. Do tych urządzeń kompensacyjnych zaliczyć należy i prawidłowo czynne narządy płciowe — jajniki, co, jak wiemy, nie jest charakterystyczne dla stanów, w których grasica bywa powiększona.

Jeżeli więc na sekcji w narządach wewnętrznych wydzielania nie znaleźliśmy zmian, które autorzy opisują w przypadkach śmierci, spowodowanej przez zaburzenia równowagi w stanach grasiczolimfatycznych, to dlatego, że w danym przypadku nie było braku wyrównania; a zatem przyczyna śmierci nie zależała od schorzenia i zaburzeń w równowadze czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego. Pozostaje nam więc uważać w danym razie tylko węgra za przyczynę śmierci. Węgr ten, zamykając wodociąg Sylwiusza, wywoływał utrudnienie odpływu płynu mózgowodzeniowego, co prowadziło do zaburzeń krążenia tego płynu między komorami mózgu a kanałem rdzenia. To wywołało powstanie wodogłowa wewnętrznego.

Drobne wybroczyny do komory czwartej były bezpośrednią przyczyną śmierci wobec stosunku zrównoważonego gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.

## ODCINEK.

# W sprawie organizacyi nadzoru sanitarnego.

podał

W. Mę c z k o w s k i.

W organizacyi ochrony zdrowia publicznego tkwi zasadnicza sprzeczność. Najbliższej i bezpośrednio zainteresowaną w utrzymaniu stanu sanitarnego jest gmina: ona traci, ponosi szkody przy złym stanie sanitarnym i ona też korzysta z dobrodziejstw urządzeń sanitarnych. I ta właśnie najbliższej stojąca jednostka najmniej ma do powiedzenia w tej sprawie. Dziedzinę tę całą w mniejszym lub większym stopniu obejmują we wszystkich

prawie krajach europejskich państwo. Nawet tam, gdzie od wielu lat czynny jest samorząd gminny, sprawami sanitarnymi kierują przeważnie organy państwowe.

Geneza tych stosunków jest łatwo zrozumiała. W wiekach ubiegłych, przy niskim poziomie stanu kulturalnego, przy zupełnej obojętności i bezradności społeczeństwa wobec chorób, zwłaszcza zakaźnych, gdy t. zw. powietrze morowe dziesiątkowało ludność, przechodziło

z gminy do gminy i obejmowało całe prowincje, ingerencja państwa była konieczna. Było to zło tak groźne i tak szerokie kręgi zataczało, że gmina ani umiała, ani mogła walki skutecznej podjąć. Akcyę obronną mogło i musiało przedsięwziąć państwo przez swe organy administracyjne. Z biegiem lat, w miarę rozwoju społeczeństwa, formy organizacji i środki działania zmieniły się, gmina w coraz szerszym zakresie była dopuszczana do współudziału, zresztą, jak zobaczymy poniżej, tylko w postaci nadzoru, a nade wszystko w postaci ponoszenia kosztów urządzeń sanitarnych — lecz idea zasadniczo pozostała dotąd bez zmiany: ochronę zdrowia publicznego sprawują organy państwowe, policja, naczelnik powiatu, gubernii, obwodu, regencji, departamentu i t. p.

Drugą sprzeczność zasadniczą stanowi fakt, że lekarz, ten, który ze względu na swoje wykształcenie i przygotowanie jest w sprawach sanitarnych specjalistą, — ten fachowiec jest prawie wszędzie odsunięty od roli kierowniczej i wykonawczej. Jest on stale doradcą, rzeczoznawcą, stojącym na boku, bez władzy wykonawczej, a co najważniejsza — bez odpowiedzialności faktycznej. Jest to sprzeczność bijąca w oczy. Do zjawiska tego jednak tak przywykliśmy, tak zrosiliśmy się z niem, że to już prawie nas nie razi i wydaje się nieomal normalnem, prawidłowem. A zapewne dziwnem by się wydało, gdyby kierownikiem technicznym fabryki wyrobów metalowych uczyniono prawnika z dodaniem mu technika, jako doradcę.

Zbyt blisko znany nam jest dotychczasowy ustrój życia naszego, aby trzeba było wchodzić tu w szczegóły. Wystarczy zaznaczyć punkty zasadnicze. W Warszawie nadzór i egzekutywa sanitarna należała do komisarza policji. Dodany był mu, jako rzeczoznawca i doradca, lekarz cyrkulowy, podwładny, jeśli nie formalnie, to faktycznie, tegoż komisarza i wogóle będący organem policyjnym. Do obowiązków lekarza cyrkulowego należały czynności sądowolekarskie, ekspertyzy urzędowe, czynności wojskwolekarskie i t. d. Do tych czynności, które nieomal całkowicie pochłaniały lekarza, włączono, jako dodatek, czynności sanitarne. I w tym jednak ubogim zakresie rola lekarza sprowadzała się do zera: on nie mógł być nic przeprowadzić, pozbawiony jakiegokolwiek władzy i odpowiedzialności — nic uczynić. Ustaliła się i znana jest dobrze tradycja lekarzy cyrkulowych. Lecz zasadnicze zło kryło się nie we właściwościach tych lekarzy, lecz w warunkach organizacji pracy.

Najlepszy, najlepszymi chęciami dobra publicznego ożywiony człowiek, obejmując urząd lekarza cyrkulowego, miał tylko jedną drogę: opuścić to stanowisko. Jednostki słabsze, spokojnego autoramentu musiały się przystosowywać do atmosfery, panującej w cyrkule — a głównie wyrobić w sobie takt, t. j. umiejętność nieniekpokojenia władz nieporządkami sanitarnymi i życia zgodnego z

władzami, wreszcie przystosowywania się do obyczajów, panujących w policji.

Na tychże zasadach był oparty nadzór i w gminach wiejskich. Organem kierowniczym i wykonawczym jest naczelnik powiatu. Lekarz powiatowy jest znów doradcą i rzeczoznawcą i jednocześnie bezpośrednim podwładnym naczelnika powiatu. W razie potrzeby daje swoją opinię, może być delegowanym przez naczelnika do gmin, dawać wnioski, czynić uwagi i t. p., lecz to wcale nie znaczy, że jego uwagi i rady będą uwzględnione. Decyzja o wyborze środków, o zastosowaniu tych lub innych zabiegów zdrowotnych należy do naczelnika powiatu. Ma on wprowadzić prawo apelowania do inspektora gubern. lekarskiego, prawo skargi na swego zwierzchnika. Lecz spokojny człowiek i dobry urzędnik zapewne unikać będzie takich dróg, zwłaszcza, że zasadnicze prawo wymaga od podwładnych taktu, utrzymywania dobrych stosunków ze zwierzchnią władzą. Niewątpliwie wszakże najwygodniejszą i najkorzystniejszą w tym razie drogą jest zupełna bezczynność. Tą drogą szli lekarze powiatowi, bo ona zapewniała im największy spokój: musieli byli obojętnie patrzeć, a z czasem po latach urzędowania musieli byli dojść do tego, że nie widzieli już nawet tych strasznych warunków sanitarnych, w jakich znajduje się nasza wieś. I znów nie można rzucić kamieniem potępienia tylko w lekarzy powiatowych. W tych warunkach tylko wyjątkowi ludzie mogli byli działać w skromnym zakresie, albo raczej ujawniać dobre chęci, bo nawet najlepszym zamiarom stawał na przeszkodzie brak władzy wykonawczej, możliwości wykonania czegokolwiek. Zresztą zasadniczym warunkiem każdej organizacji winno być jej przystosowanie do ogólnych warunków, do takich ludzi, jacy są w społeczeństwie, t. j. lepszych i gorszych, silniejszych i słabszych. Niezbędna jest taka forma organizacji, przy której przeciętni ludzie mogą być pożytecznymi pracownikami.

Organizacja sanitarna w Galicji jest nieomal identyczna. Tam również lekarz powiatowy jest doradcą zwierzchnika swego starosty, który jest faktycznym kierownikiem spraw sanitarnych: jest przeto również skazany na bezczynność i wpływ jego przy najlepszej woli nawet są minimalne. Tam zresztą ma szerokie zastosowanie pogląd, że kierownikiem administracyjnym we wszystkich dziedzinach życia, z sanitarną włącznie, może być tylko prawnik. Prawniki — według poglądów administracji galicyjskiej — może być tylko stróżem porządku i ładu oraz dobrym administratorem; zwykle prawnik jest więc kierownikiem działu sanitarnego. Względnie do naszych stosunków, gdzie od tych stróżów wymagano nie dyplomów prawnych, lecz zupełnie innych kwalifikacyj, jest to niewątpliwie postęp wielki. Lecz w każdym razie jest to zjawisko nienormalne. Do sprawy tej zresztą wrócimy niżej.

Na analogicznych właściwie zasadach oparta jest organizacja w krajach o wyso-

kiej kulturze, gdzie samorząd gminny jest silnie rozwinięty, jak w Prusach. Organizację tę rozważymy szerzej. I tu sprawy sanitarne należą do organów państwowych i ściśle odpowiadają organom administracyjnym. Organy sanitarne dzielą się odpowiednio do podziału administracyjnego prowincji, regencji i powiatu (obwodu). W prowincji zarządza sprawami sanitarnymi nadprezydent, który ma przy sobie ciało doradcze—*Provinzial-Medicinal Collegium*. Właściwym jednak kierownikiem działu sanitarnego jest szef regencji, *Regierungspresident*, który stanowi zwierzchnią kierowniczą władzę dla całej regencji, we wszystkich w niej znajdujących się powiatach (*Kreis*). Do spraw sanitarnych ma podwładnego sobie urzędnika lekarskiego (*Regierungs u. Medizinalrath*), podobnie jak w najniższym szczeblu administracyjnym, w powiecie, *landrat* ma podwładnego sobie urzędnika-lekarza powiatu (*Kreisarzt*). Urzędnicy ci są zawsze tylko fachowymi doradcami. Zarząd działu sanitarnego należy wyłącznie do policji miejscowej: ona wydaje rozporządzenia, ona czuwa nad ich wykonaniem. Do lekarza powiatu policja zwraca się jako do eksperta—i to za pośrednictwem naczelnika powiatu (*Landrath*). W powiatach miejskich stosunek lekarza powiatu do policji miejscowej jest takiż, jak w powiatach wiejskich.

Dla zrozumienia roli i zadań lekarza powiatu (*Kreisarzt*) pożytecznym będzie przytoczyć niektóre szczegóły z instrukcji służbowych dla lekarzy. W instrukcji dla lekarzy powiatu W. Ks. Heskiego (r. 1884) czytamy: „Jako urzędnicy zdrowia winni lekarze powiatu wogóle badać stan zdrowotny okręgu, czuwać nad usuwaniem szkodliwych dla zdrowia czynników i przeciwdziałać szkodliwym wpływom. Lekarz nie powinien przytem nigdy zapominać, że on nie ma władzy kierowniczej, ani wykonawczej, że on nie jest urzędnikiem policyjnym, że przeto wykonawstwo w sprawie zdrowia publicznego należy nie do niego, lecz do urzędów policyjnych, do władz policyjnych miejscowych, a w najwyższej instancji do ministerium... Gdy przeto nie należy do niego egzekutywa, za to tem bardziej wymagać od niego należy, aby umiał gorliwie i skutecznie wykazać znaczenie i wagę udzielonego mu prawa inicjatywy—tak aby mógł pozyskać zaufanie władz państwowych i gminnych z jednej strony przez opracowywanie należycie uzasadnionych projektów, przez umiejętne przystosowywanie ich do warunków miejscowych, a zwłaszcza warunków finansowogospodarczych, — z drugiej zaś strony przez taktowne zachowanie wobec urzędów, wreszcie przez spokojne, wolne od wywrotowej (*ueberstürzende*) niecierpliwości w dążeniu do przeprowadzenia niezbędnych higienicznych ulepszeń“.

Stąd łatwo określić, jaki lekarz może uzyskać opinię dobrego pracownika sanitarnego: ten, który projektami i wymaganiami swymi nie naraża na nadmierne wydatki, który nie ujawnia niecierpliwości do usuwania braków sanitarnych, wogóle ten, który trzy-

ma się zasady *quieta non movere*. O charakterze jego obowiązków mówi wymownie uwaga, że lekarz niema żadnej władzy wykonawczej i kierowniczej, bo przecież on nie jest funkcyjnaryuszem policji. Dano mu, jako szczególnie przywilej, prawo inicjatywy. Prawo to niewątpliwie jest ważne. Właściwie jednak prawo inicjatywy przysługuje każdemu: każdy, ktokolwiek przychodzi z dobrym projektem, w społeczeństwie kulturalnem będzie wysłuchany.

Również i gminie nie przysługuje jakiegokolwiek prawo zarządzania sprawami sanitarnymi. Jeśli jednak ogólny stan sanitarny postępuje ogólnie naprzód, to z pewnością dzieje się to dzięki temu, że tam kultura wszystkich obywateli wymaga już pewnych urządzeń sanitarnych, bez których ciż obywatele żyć nie mogą, i że funkcyjnaryusze wszelkiego rodzaju odznaczają się szczególną akuracnością i sumiennością. Do zaspokajania tych zasadniczych potrzeb sanitarnych lekarz powiatu o charakterze doradcy nie wystarcza. Praca jednak na tem polu byłaby o wiele intensywniejsza, gdyby lekarz powiatu był czynnikiem kierowniczym, odpowiedzialnym.

Jako organy podległe, policja mogła wprowadzać komisye sanitarne pod przewodnictwem szefa policji miejscowej, z udziałem lekarzy, wyznaczonych przez policję i obywateli. Zadaniem tych komisji był nadzór sanitarny, zapobieganie chorobom zakaźnym. Koszty wszelkie obciążają gminę. W praktyce jednak komisye te funkcjonowały wyjątkowo; właściwie wtedy tylko, gdy groziło niebezpieczeństwo jakiej epidemii (cholera).

W miastach życie musiało doprowadzić do zwiększenia udziału gminy w sprawach sanitarnych. Obok ogólnego nadzoru ze strony władz policyjnych miasta musiały wprowadzić własne organy sanitarne—a to na najrozmaitszych zasadach.

W Berlinie zgodnie z ordynacją miejską utworzono w r. 1874 delegację do spraw zdrowia publicznego z członków magistratu, radnych i obywateli. Wkrótce potem połączono dział sanitarny ze szpitalnictwem i utworzono jedną *Deputation für die öffentliche Gesundheitspflege*. W r. 1889 przy wszystkich prawie poszczególnych zakładach utworzono specjalne organy t. zw. kuratorya, którym przekazano bezpośredni nadzór i zarząd instytucji: delegacja powoli stała się organem nie kierowniczym, a więcej doradczym. W r. 1893 zniesiono kuratorya i utworzono oddzielną delegację dla szpitali. W r. 1896 utworzono jedną wspólną delegację dla szpitali miejskich i dla spraw sanitarnych.

We Franfurcie nad M., dopóki miasto to było wolnem miastem, cała działalność należała do gminy. Gdy miasto to zostało włączone na ogólnych zasadach do Królestwa Pruskiego, „opiekę nad życiem i zdrowiem“ (taki termin nadano działowi sanitarnemu) przekazano w r. 1870 policji; która opiekę tę sprawowała z udziałem lekarza powiatu, jako doradcy. Bezpośredni zarząd odjęto

miastu. Penieważ jednak miasto w swej działalności musiało się wciąż stykać ze sprawami sanitarnymi, przeto utworzono, jako organ rzeczoznawczy, miejską Radę Zdrowia, na-przód prowizoryczną, a od r. 1883 stałą. Do rady tej weszli: 2 członkowie Magistratu, 2 radnych, 2 lekarzy wolnopraktykujących, lekarz miejski (Stadtarzt), 2 budowniczych, 1 chemik lub aptekarz, 1 radca szkolny, 1 lekarz weterynaryi, 1 przedstawiciel przemysłu.

We Frankfurcie przeto funkcjonują dwa organy sanitarne: prezydium policyi z lekarzami powiatu (Kreisphysik), oraz miasto z Miejską Radą Zdrowia i lekarzem miejskim. Lekarz miejski jest organem Magistratu, doradcą technicznym, na żądanie władz miejskich lub z własnej inicjatywy daje opinie i projekty, jest członkiem różnych delegacji miejskich.

W Kolonii w r. 1894 Zarząd sanitarny przejęło miasto. Utworzono dwa organy: 1) państwową komisję sanitarną z 16 członków i 2) miejską komisję sanitarną z 7 radnych, dwóch miejskich lekarzy naczelnych (Oberärzte), radcy policyi budowlanej pod przewodnictwem prawnika, kierownika policyi zdrowia. Miejska komisja sanitarna występowała w ważniejszych ogólnych sprawach, bieżące sprawy sanitarne załatwiał królewski fizyk miejski. Rzeczoznawcy technicznosanitarne miasto nie posiadało, egzekutywa należała do policyi.

Tak było do r. 1899. W tym czasie wydano znowu prawo (Kreisärztegesetz), które zniósło komisje sanitarne i wprowadziło komisje Zdrowia Publicznego we wszystkich gminach, liczących przeszło 5000 mieszkańców. Zadaniem ich jest: 1) badanie stanu sanitarnego, 2) wspieranie zarządu policyi w dziedzinie zdrowotności drogą badania mieszkań i t. p., 3) wydawanie opinii rzeczoznawcy na żądanie gminy lub policyi, 4) opracowywanie projektów i wniosków dla tychże władz. Komisje te przeto nie posiadają praw zarządu, kierownictwa. Skład tych komisji w miastach obmyślają miejskie statuty samorządowe.

W gminach wiejskich skład komisji, liczbę członków oraz zakres działalności ustala naczelnik powiatu. Lekarz powiatu bierze udział we wszystkich posiedzeniach i musi być wysłuchany każdej chwili. Jemu winny być komunikowane protokoły posiedzeń, on musi należeć do wszystkich podkomisji. Komisje te są przeważnie organami państwowymi, które spełniają zadania państwowe w dziedzinie miejscowego nadzoru sanitarnego. To stałe wkraczanie przedstawiciela państwa w sprawy nadzoru sanitarnego gminy musi wywoływać tarcie, co dałoby się usunąć tylko przez wyraźne oddzielenie kompetencji gminy i państwa. Pewne jednak pomieszenie i niejasność charakteru komisji 1898 r., podnieszone wielokrotnie w prasie i na zjazdach specjalnych, doprowadziło do tego, że charakter tych komisji ulega zmianom w różnych miastach. Prawnie komisje te winny tylko dawać opinie technicznosanitarne na żądanie

naczelnika powiatu, policyi i zarządu gminy—wydawanie rozporządzeń i wogóle zarząd w sprawach sanitarnych do komisji nie należy. Takie oddzielenie specjalnego organu od czynnego udziału w życiu nie może iść na dobre i może doprowadzać do ciągłych scysy i załamań, a przedewszystkiem jest stałą przeszkodą do planowej działalności i do należytego wyzyskania istniejących w gminie sił dla celów zdrowia publicznego.

Pomieszenie to ujawnia się i w stosunku lekarza powiatu (Kreisarzt) do lekarza miejskiego (Stadtarzt). Według prawa 1899 r. w pewnych przypadkach obowiązki lekarza powiatu mogą być czasowo powierzane lekarzowi miejskiemu. W niektórych miastach (Düsseldorf, Dortmund, Altona) czynności państwowego lekarza powiatu włożone zostały na lekarza miejskiego. Inne znów gminy (Essen, Bormen, Elberfeld) lekarzom powiatowym zlecają obowiązki lekarzy miejskich.

Przeciwko takiemu połączeniu w jednej osobie urzędu państwowego i gminnego ostro wypowiadały się zjazdy specjalne, ponieważ działać się to musi zawsze z krzywdą dla interesów gminy. Zwracano słusznie uwagę, że państwo jest silniejsze, niż gmina, że przy takiej unii osobistej zawsze grozi niebezpieczeństwo, że urzędnik w pierwszej linii będzie zawsze występował jako urzędnik państwowy, a dopiero później jako gminny: w razie konfliktu interesów państwa i gminy nie może on stanąć z całą stanowczością i niezależnością po stronie gminy. Tego dowiodło doświadczenie, jakiego nabyto w dziedzinie szkolnictwa z powodu analogicznego połączenia—obowiązków miejskiego radcy szkolnego z obowiązkiem państwowego inspektora szkolnego powiatowego.

Odmienny ustrój jest w innych krajach rzeszy niemieckiej.

W Bawarii policja miejscowa i policja sanitarna przekazana jest Magistratowi. Dla spraw zdrowia publicznego miasto może powoływać, jako członków Magistratu, specjalistów sanitarnych, może ustanawiać specjalnych urzędników. Według prawa z r. 1875, mogą być tworzone komisje zdrowia publicznego, których zadanie polega na nadzorze sanitarnym, projektowaniu i polecaniu środków zapobiegawczych. Dla celów tych miasta mogą utrzymywać specjalne niższe organy sanitarne.

W Saksonii policja miejscowa i dział sanitarny należą do miasta pod nadzorem władz państwowych. Zarząd policyi bezpieczeństwa i sanitarnej sprawuje burmistrz pod osobistą odpowiedzialnością. Do bezpośredniego zarządu sanitarnego mogą miasta tworzyć stanowiska lekarzy okręgowych (Bezirksarzt), którym prawnie przysługuje kompetencja w Zarządzie Sanitarnym.

W Lipsku lekarz okręgowy (stosownie do instrukcji z r. 1884) ma bezpośredni nadzór nad stanem sanitarnym, czuwa nad wszelkimi sprawami sanitarno legarskimi, jest dla miasta rzeczoznawcą sanitarnym i doradcą, nawet bez specjalnego żądania ze strony Ma-

gistratu. W sprawach ważnych ma prawo do wydawania rozporządzeń. Do niego należy: walka z chorobami zakaźnymi, szczepienie ochronne, nadzór nad produktami spożywczymi, udział w nadzorze policyi budowlanej, policya mieszkaniowa, higiena szkolna, nadzór nad szpitalami publicznymi i prywatnymi, więzienia, nadzór nad aptekami i akuszerkami, higiena przemysłu i t. d.

Prócz tego istnieje jeszcze organ: Miejskowa Komisja Zdrowia (Ortsgesundheitsausschuss). Składa się ona z trzech radców miejskich, z 3 radnych, z lekarza miejskiego sanitarnego, dyrektora kliniki wewnętrznej szpitala miejskiego, dyrektora miejskiej polikliniki (ambulatoryum), dwóch lekarzy, wybranych przez związek lekarzy, 1 chemika. Komisja ta ma za zadanie czuwać nad stanem sanitarnym, zalecać odpowiednie środki. Miasto może posługiwać się tą komisją w przeprowadzaniu nadzoru przepisów sanitarnych i przekazywać jej prawo samodzielnego wydawania rozporządzeń i działania. Komisja ma prawo rozporządzać się samodzielnie w wydatkach w granicach 1500 marek.

Podobny ustrój jest w Dreźnie: tutaj także cała dziedzina sanitarna należy do Magistratu, który ma do pomocy lekarza miejskiego. Tu również jest komisja zdrowia publicznego. Należą do niej: dwaj radcowie miejscy, dwaj radni, przedstawiciel dyrekcji policyi królewskiej, lekarz miejski sanitarny, dwaj delegaci związku lekarzy, delegat stowarzyszenia architektów i delegat stowarzyszenia inżynierów.

Zarówno doświadczenie miast, jak i rozważania teoretyczne doprowadzają do ustalenia pewnych postulatów, które winny służyć za podstawę organizacji sanitarnej. Opieka sanitarna, opieka nad zdrowiem publicznym w miastach winna być przekazana zarządowi gminy miejskiej. Miasto winno tworzyć w tym celu specjalne organy zarówno doradcze, jak i wykonawcze. I w jednych i drugich winny być fachowo uzdolnione osoby. Istniejące dotychczas przeważnie pomieszanie dwóch czynników, państwowego i gminnego, musi hamując działać na postęp urządzeń sanitarnych. Działalność kierownicza w tym względzie winna należeć do zarządu gminy. Państwo winno nad tą działalnością sprawować nadzór, jak i w innych dziedzinach życia społecznego. Granice jednak kompetencji winny być ściśle określone. Tak zrosiliśmy się z istniejącymi warunkami, że nawet w oczach wielu lekarzy udział policyi, jako organu wykonawczego, jest niezbędny. Taki jednak ustrój, w miarę rozwoju społeczeństwa, ulega już zmianie i z czasem niewątpliwie policya ogólna od tych obowiązków będzie uwolniona. Egzekutywa i faktyczna kontrola sanitarna musi być oddana w ręce fachowo uzdolnione. Obecnie wszakże wykonawcą zarządzeń sanitarnych i kontrolerem, czy te zarządzenia są prawidłowe, jest niższy funkcjonariusz policyjny, który żadnego przygotowania nie posiada. Nie może ostać się w przyszłości taki fakt, by nad najważniejszymi czyn-

nościami, dotyczącymi życia i zdrowia publicznego czuwał funkcjonariusz, fachowo nieprzygotowany, gdy w innych—ze stanowiska dobra społecznego mniej ważnych dziedzinach—powołuje się do kontroli nawet na najniższych szczeblach ludzi przygotowanych. Bezpośrednie czynności nadzoru sanitarnego winny być zlecone specjalnie przygotowanym sanitaryuszom, jako niższym organom sanitarnym. Jako główny argument konieczności udziału policyi jako organu sanitarnego, przytaczają wzgląd, że tylko policya może radzić sobie z opornymi obywatelami, którzy nie chcą dobrowolnie stosować się do przepisów sanitarnych. Zapomina się tu naprzód o wpływie obywatelskim za pomocą przekonywania, namowy, czego dowody korzystne mogłyby przedstawić Warszawskie obywatelskie opieki sanitarne. Lecz pomijając już ten wzgląd, na opornych jest inny środek, mianowicie sąd, który jedynie winien służyć jako regulator podczas egzekutywy sanitarnej. Tę drogę stosuje Anglia.

Drugim zasadniczym punktem winno być wymaganie, aby na czele urzędu zdrowia publicznego stał fachowiec, odpowiednio uzdolniony lekarz, który do pomocy winien powołać podległy mu personel niższy, fachowo wykształcony.

I u nas w Królestwie, a szczególnie może w Galicyi utrwalił się pogląd, że na czele każdego urzędu winien stać przede wszystkim prawnik. Prawnicy jedynie ma mieć zdolności administracyjne kierownicze. Powiedział ktoś, że prawnicy zazwyczaj układają projekty ustaw i że przeto naturalnem jest, iż oni zalecają tylko prawników jako uzdolnionych kierowników administracji. Może to i słuszne przypuszczenie. Każdy, jak wiadomo, uważa swój fach za najważniejszy i najpotrzebniejszy. Niegdyś Kant powiedział, że dobrym politykiem może być tylko filozof. I prawnicy mówią, że dobrym kierownikiem działu sanitarnego może być tylko prawnik. Kierownik jednak jakiegokolwiek działu winien posiadać z jednej strony zdolności administracyjne, a z drugiej fachową znajomość rzeczy. Prawnicy mogą mieć lub nie mieć zdolności administracyjnych, jak zresztą każdy człowiek; napewno jednak niema znajomości rzeczy sanitarnych. Natomiast lekarz również może mieć lub nie mieć zdolności administracyjnych, ale za to ma znajomość rzeczy. W każdym przeto razie, zdawałoby się, daleko łatwiej jest znaleźć wśród lekarzy odpowiedniego kierownika urzędu sanitarnego, niż wśród innych zawodów. Mówi się o braku zdolności administracyjnych u lekarzy. Jakaż by tego przyczyna być mogła? Wszakże zawodowi lekarskiemu poświęcają się różne jednostki, takie jakie daje społeczeństwo, bez żadnej selekcji specjalnej. Są między nimi jednostki różnorodne, jak i wśród innych zawodów: są więcej i mniej zdolni, obdarzeni takimi lub innymi zdolnościami. Zresztą ci lekarze nie mieli nawet możliwości ujawnienia swych zdolności administracyjnych, bo czynności administracyjnych im nie powie-

rzają. Nawet w kierownictwie tak specjalnem, jak w szpitalach, lekarzom powierza się dział b. szczupły, a oddziela się od ogólnej administracji. Powołują się na to, że tak samo jest w innych krajach. Lecz nie wszystko, co jest w innych krajach, jest prawidłowe i dobre. I tam właśnie takie zjawiska spotykają wielką opozycję i liczne zarzuty. Cokolwiek się mówi, jest to anomalia, która z czasem z życia usunięta bezwzględnie będzie.

Lecz niedość. Nietylko nadzór sanitarny powierza się nie zawodowo przygotowanemu specjaliście, lecz nadto ten nielekarz ma złeczone obowiązki sanitarne, jako czynności dodatkowe. Czy naczelnik powiatu, czy też komisarz policji nie oddaje się wyłącznie obowiązkom sanitarnym, lecz ma prócz tego szeregi innych zadań administracyjnych, z punktu jego widzenia i z punktu władz państwowych stokroć ważniejszych. Czyż naczelnik powiatu, zajęty sprawą agrarną, objawami wrzenia wśród ludności, może poświęcać należytą uwagę sprawom sanitarnym? Przez dziesiątki lat nabyliśmy doświadczenia, jakimi kierownikami szpitalnictwa byli rosyjscy naczelnicy powiatów, jako prezesi rad dobroczynności publicznej. Wszakże tu nie mogło być mowy o czynnym kierownictwie. A jednakże państwo daje takiego fikcyjnego kierownika żywej instytucji. Prawidłowy rozwój może

mieć miejsce tylko wówczas, gdy faktyczny kierownik jest odpowiedzialny za swe czynności. Żaden „doradca” sprawy należycie nie poprowadzi. Tylko wtedy może być zapewniona prawidłowa działalność, jednolitość w kierownictwie i należyta szybkość w decyzjach, gdy kierownik działu sanitarnego posiada fachowe przygotowanie i ma zapewnioną władzę wykonawczą. Ustrój, oparty na zasadzie, że organ specjalny sanitarny ma charakter tylko doradczy, z góry skazuje rzecz na bezczynność, a w najlepszym razie na hamowanie pracy.

Gdy zaczynamy budować nowe życie, nie można opierać się wyłącznie i schematycznie na formach istniejących gdzieindziej. Zresztą formy te nie są jednakże we wszystkich krajach; w tym względzie bywają bardzo wybitne różnice. Następnie zaś fakt, że pewna forma istnieje w kraju najbardziej nawet kulturalnym, nie dowodzi jej bezwzględnej wartości, bo często ona we własnym środowisku wywołuje zarzuty usprawiedliwione. Formy te często istnieją, bo życie wszędzie cechuje konserwatyzm: można z biegiem lat robić w nich drobne zmiany, wyłomy, lecz strasznie trudno wprowadzić nową zasadę. Życie jednak wciąż idzie w kierunku zmian, które powyżej wystawiliśmy jako postulat organizacji sanitarnej.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### II. M. Beaussenat. Rana serca spowodowana przez kulę szrapnelową.

W d. 10 kwietnia r. b. na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu, autor przedstawił nowy przypadek <sup>1)</sup> rany serca, spowodowanej przez kulę szrapnelową, która weszła i pozostała przez rok w prawej komorze. Chory wyleczony został przez kardiomię i usunięcie ciała obcego.

Przypadek dotyczy 31 letniego mężczyzny, który 7 września 1914 r. padł w walce na bagnety pod Eparges. Stracił przytomność i po 24 godzinach był znaleziony i opatrzony przez ambulans. Z lewej strony na piersiach, na wysokości 7 żebra, znajdowała się rana, z której usunięto odłamek miedzi. Prześwietlenie chorego, dokonane 21 września w lazarecie w Verdun, nie ujawniło nic anormalnego. Z rozpoznaniem „zapalenie otrzewnej”, chory był wysłany do Clermont-Ferrand, gdzie pozostawał od 23 września 1914 r. do 11 stycznia 1915 r. i opuścił szpital jako rekonwalescent z 3-miesięcznym urlopem. Podczas swego pobytu w Paryżu, z powodu powrotu dolegliwości w dolnej części brzucha, chory udał się do szpitala 259, gdzie rozpo-

znano podostrawne zapalenie wyrostka robaczkowego. Chory nie mógł bez odpoczynku zrobić nawet 3 kroków, dostawał duszności i bicia serca. Gdy te objawy nieco uspokoiły się, został przyjęty do lazaretu 147 i tam 18 kwietnia 1915 r. wycięto mu wyrostek robaczkowy. Podczas usypiania chloroformem chory spał bardzo źle i musiano operować przeważnie bez narkozy. Następstwa zabiegu były zwykłe, i 12 dnia powrócił do lazaretu 259. Dotychczasowe bóle zupełnie zniknęły, lecz chory nie mógł leżeć i skarżył się na duszność i trudność podczas chodzenia. Badanie klatki wysłuchowo zmian wyraźnych nie wykazywało. Po 3-krotnym badaniu rentgenologicznem w Val-de-Grâce <sup>1)</sup> rozpoznano w okolicy serca obecność kuli szrapnelowej, która poruszała się jednocześnie z sercem. 7 września po ostatnim prześwietleniu, chory był odesłany do szpitala 147, gdzie go poddano zabiegowi. Po szerokim otwarciu klatki piersiowej i uwolnieniu osierdzia, rozcięto i to ostatnie w kierunku pionowym. Osierdzie zawierało wielką ilość płynu mocno zabarwionego, natomiast nie znaleziono tam ani zasklepień, ani też kuli. Badanie metodyczne serca wykazało obecność kuli ruch-

<sup>1)</sup> Pierwszy przypadek streszczony był w „Gaz. Lek.” № 28 1915 r;

<sup>1)</sup> Szpital wojskowy w Paryżu.

mej w prawej komorze u wierzchołka. Następnie otworzono serce i usunięto kulę szrapnelową. Zabieg był bardzo krwawy. Po operacji wystąpiły bólowe i niepokojące objawy. W ciągu pierwszych 6 dni chory bredził i skarżył się na ucisk w okolicy serca. Tętno było 120 na min., to drobne i niemiernie, to przerywane. Wysłuchowo zdawało się, że obie komory kurczyły się jednocześnie. Na 3-ci dzień zjawiał się silny ból w okolicy serca, wywołany przez mały krwistek, który znikł po pęknięciu szwu. W końcu 3-krotnie zdarzyły się nieznaczne zato-

ry płucne. Po upływie 15 dni niebezpieczeństwo minęło. W 1½ miesiąca później utworzył się ropień w okolicy łędźwiowej, niewiadomego pochodzenia, być może również wskutek zatoru. Z przeciętego ropnia wyciekło wiele ropy. Obecnie ogólny stan chorego jest doskonały. Nie uczuwa bólu, nawet podczas szybkiego chodzenia. Wysłuchowo serce jest normalne.

(Comptes rendus de l'Académie des sciences. Paris méd. № 15. 1916, według Münch. med. Woch. № 25. 1916).

K. Dąbrowski.

## Wiadomości bieżące.

— 9-te sprawozdanie tymczasowe Komitetu Pomocy Koleżeńskiej za czas od 20. X. 1915 do 25. IX. 1916. Na liście K. P. K. zapisało się 422 kolegów, którzy zadeklarowali: 1) złożyć jednorazowo rb. 1829 kop. 35 i 2) składać miesięcznie rb. 658 kop. 16.

Do dnia 25. IX. 1916 wpłynęło do kasy K. P. K. rb. 8315 kop. 70<sup>2</sup>/<sub>3</sub>, z czego kasa K. P. K. wydatkowała rb. 7648 kop. 21<sup>2</sup>/<sub>3</sub>, a mianowicie: 1) wypłacono pożyczek 29 rodzinom lekarzy na sumę rb. 6979 kop. 78; 2) wydano 1179 bonów na obiady na sumę rb. 328 kop. 12; 3) zakupiono odzież i obuwia w sekcji pracy Kobiet Komit. Obywat. m. Warszawy, wzgl. przy udziale tejże Sekcji, za sumę rb. 59 kop. 35; 4) wydano na druki i incasso składek rb. 241 kop. 87<sup>2</sup>/<sub>3</sub>;

5) poniesiono stratę na zmianie kursu urzędowego marki rb. 39 kop. 09.

Pozostało w kasie: 1) w gotowiznie rb. 661 kop. 61, 2) 21 bonów na obiady na sumę rb. 5 kop. 88. Razem pozostałość wynosi rb. 667 kop. 49.

Sprawozdanie szczegółowe z działalności K. P. K. ukaże się w Pamiętniku dorocznym Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy.

### NADESŁANO.

1) Dr med. Matylda Biehler. Podręcznik higieny. Warszawa. 1916. 2) Dr J. v. Jaworski. Mangelhafte Ernährung als Ursache von Sexualstörungen bei Frauen. Odb. z Wiener. Klin. Woch. 1916.

### TREŚĆ NUMERU.

| Str.                                                                                                            | Str.                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E. Lewenstern. W sprawie nowotworów mieszanых ślinianki (dokończ.) . . . . . 229                                | nizacyi nadzoru sanitarnego . . . . . 238                                                           |
| A. Kossakowski. Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory (dokończ.) . . . . . 235 | Dział sprawozdawczy. 12. M. Beaussenat. Rana serca spowodowana przez kulę szrapnelową . . . . . 243 |
| Odcinek. W. Męczkowski. W sprawie orga-                                                                         | Wiadomości bieżące. . . . . 244                                                                     |

Redaktorowie: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

#### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 25.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednospaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130.

Administracja (Marszałkowska 73) otwarta w dni powszednie od 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 12-ej.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel 188-70.