

O katalogach Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i o potrzebie katalogu drukowanego ¹⁾.

Podał

Maksymilian Zwejbaum,
bibliotekarz Towarzystwa.

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego należy bezsprzecznie do największych księgozbiorów lekarskich w kraju, a nawet i poza Polską nie ma wiele sobie równych.

Założona w r. 1821, prawie jednocześnie z powstaniem Towarzystwa Lek., przechodziła różne koleje; z początku raczej czytelnia nielicznych pism zagranicznych, rozsyłanych członkom peryodycznie do domu, powoli zmieniała się w zawiązek ksiąźnicy lekarskiej, który rósł i powiększał się bezustannie głównie dzięki ofiarności członków Towarzystwa. Od dawna bowiem weszło w zwyczaj, że członkowie własne swe księgozbiory oddawali za życia lub przekazywali w testamencie Towarzystwu Lekarskiemu. Zdarzało się, że i lekarze, nie będący członkami Towarzystwa, zbiory swe temuż Towarzystwu na własność składali. Prócz tego Biblioteka od pierwszej chwili swego łożnienia otrzymywała od Towarzystwa zasilek pieniężny, stale się zwiększający, lecz i dziś jeszcze, niestety, nie

¹⁾ Według odczytu na pos. Tow. Lek. Warsz. d. 20. czerwca 1916 r.

odpowiadając na domaganiam i potrzebom tej ważnej dla członków instytucji.

W ten sposób gromadziły się w ciągu lat wielu tysięcy dzieł z najrozmaitszych specjalności lekarskich, bardzo wiele ksiązek dawnych, często cennych i rzadkich, wiele wydawnictw peryodycznych tak polskich, jak i obcych. Dziś Biblioteka T. L. W. jest zbiorem poważnym, obejmującym bez mała 38000 tytułów.

Z kroniki Towarzystwa przekonąć się łatwo, że Biblioteka stanowi jedną z największych jego części składowych, gdyż w niej Towarzystwo umieściło znaczną część swego majątku i jej oddało do użytku prawie cały swój lokal.

Nie mam dziś zamiaru pisania dziejów Biblioteki Towarzystwa. Być może, że w przyszłości znajdzie ona swego dziejopisa, a wtedy uwydatni się stopniowy jej rozwój i użyteczność społeczna. Dziś pragnę zająć uwagę słuchaczy sprawą potrzeby w Bibliotece katalogu drukowanego, gdyż od jego posiadania zależy niewątpliwie w znacznym stopniu żywotność Biblioteki i, co za tem idzie, pożytek z niej widoczny. Spisu drukowanego ksiązek Biblioteka nasza już od dawna nie posiada, ciągłe zaś domaganie się katalogu przez lekarzy dowodzi niezbicie jego potrzeby i zmusza nas do wszczęcia na nowo sprawy katalogu, jakoteż do ostatecznego zastanowienia się nad najlepszym i najprędszym sposobem jej rozwiązania.

Sprawa katalogu Biblioteki jest prawie tak stara, jak samo Towarzystwo, gdyż zrodziła się już 15-go roku jego istnienia i nigdy ostatecznie rozwiązana nie została. Przebieżymy tu historię tych usiłowań i niepowodzeń, aby słuchacz mógł nabrać pojęcia o trudnościach, z jakimi borykać się mieli ci, do których z natury rzeczy należało załatwienie sprawy katalogu.

Piewsza wzmianka o potrzebie katalogu sięga roku 1835. Wówczas dr Wilhelm Malcz przyjął do swego mieszkania księgozbiór Towarzystwa „z warunkiem, aby katalog ksiąg i pism, w Bibliotece zawartych,

spisanym został". Towarzystwo upoważniło dra M a l c z a do wyszukania osoby, któraby zajął ogólny spisem i uporządkowaniem Biblioteki zajął się chciała.

W r. 1838 bibliotekarz J e r z y L e w e s t a m sporządził katalog książek Biblioteki, stosownie spisany, wykazujący zarazem wszelkie braki w komplecie dzieł bibliotecznych. Był to pierwszy katalog Biblioteki. Katalog ten, niestety, zaginął.

W r. 1849 bibliotekarz S t a n i s ł a w G r a b o w s k i ułożył spis należyty wszystkich książek. K o ś m i ń s k i w r. 1871 wspomina o tym rękopisie; ocalał on do dziś dnia prawie cudem, gdyż nie był ani w inwentarzu zarejestrowany, ani do spisu rękopisów wciągnięty. Jest to katalog alfabetyczny nazwisk autorów ze skorowidzem na końcu.

W r. 1857 projektowano spisanie katalogu rzeczowego. W tym celu bibliotekarz A n a s t a z y H i r s z e l przy pomocy dra H i p o l i t a K o r z e n i o w s k i e g o zajął się tą pracą. Katalog miał obejmować działy następujące: *Ephemerides germanica, gallica, polonica et ruthenica* (?). — *Doctrina naturalis*. — *Anatomia*. — *Physiologia*. — *Pharmacologia*. — *Therapia generalis*. — *Therapia specialis*. — *Chirurgia*. — *Gynaekologia*. — *Ars obstetricia*. — *Paediaria*. — *Medicina forensis et politia medica*. — *Historia et litteratura medicinalis*. — *Ophthalmologia*. — *Syphilidologia*. — *Ars veterinaria*. — *Encyclopaedia*.

A więc miał to być układ katalogu rzeczowy. Spisano 2220 dzieł w 4291 tomach. Uchwalono nawet, aby katalog Biblioteki wydrukować w pół- albo nawet w ćwierćarkuszowych dodatkach do pamiętnika T. L. W., lecz ówczesny redaktor Pamiętnika, K u l e s z a sprzeciwił się temu, gdyż drukowanie w ten sposób katalogu przeciągnęłoby się na lat 5 (co kwartał 8 stronic 30-wierszowych). Zaproponował więc wydrukowanie katalogu od razu w całości, na co potrzebaby funduszu 61 rubli 20 kop. razem już z kosztem zbroszurowania (4 arkusze formatu Pamiętnika). Do budżetu na rok 1858 wstawiono więc 400 złp. na wy-

drukowanie katalogu. Do druku jednak nie doszło, a nawet spisu kompletnego nie dokończono.

W r. 1864 podniesiono na nowo sprawę wydrukowania katalogu. Bibliotekarzem był wówczas Wilhelm Lubelski. Druk miał kosztować 50 do 60 rubli: „Jest to kwota znaczna—powiedział prezes Natanson—wiele jednak przemawia za wydaniem katalogu. A naprzód decyzja w tym względzie już była raz zapadła w Towarzystwie. Katalogu nie wydano, bo Biblioteka nie była w porządku, w jakim się dziś znajduje. Z drugiej strony, bez katalogu z najlepszej biblioteki mało korzystać można. Druk więc katalogu, jest słuszny i konieczny”. Zgromadzenie propozycję tę przyjęło, ale druku nie rozpoczęło.

W roku 1865 Stanisław Janikowski, powołany na urząd bibliotekarza, wziął się energicznie do uporządkowania Biblioteki, spisał dublety (275 dzieł w 429 tomach) i rozpoczął układać katalog cedułkowy czyli kartkowy; katalog ten miał stanowić pracę przygotowawczą do projektowanego katalogu rzeczowego. W budżetach na lata 1866, 1867, 1868 umieszczano tymczasem stale pożyczkę rb. 50 na druk katalogu.

Wreszcie w r. 1869 bibliotekarz ówczesny, Szymon Portner złożył Towarzystwu pierwszy katalog drukowany ¹⁾. Katalog ten obejmował 13 arkuszy druku i wykazywał 4607 tytułów dzieł i pism peryodycznych oraz 268 tytułów rozpraw.

Katalog swój podzielił Portner według głównych gałęzi nauki lekarskiej z licznymi poddziałami i poddziałkami każdego działu. W poddziałach i poddziałkach spisał książki w porządku alfabetycznym według autorów i zaoptrzył je liczbą kolejną od 1 do 4607.

1) Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ułożony przez Dra med. Szymona Portnera, Członka Bibliotekarza T. L. W. Warszawa. Nakładem Tow. Lek. War. 1869. W drukarni Aleksandra Ginsa, in 8-o. str. IV, 210 i errata.

Katalog rzeczony był obrazem układu i porządku, zachowanego na półkach Biblioteki.

Z tego widzimy, że dążnością P o r t n e r a było nadanie katalogowi swemu cech katalogu rzeczowego, systematycznego, odpowiadającego zarazem porządkowi, według którego ułożone były książki na półkach bibliotecznych.

Katalog P o r t n e r a kosztował 1000 złp., zamiast przewidywanych 500 złp.

Z powodu pojawienia się tego katalogu wszczęła się niebawem na łamach Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. polemika między J a n i k o w s k i m a P o r t n e r e m, przeniesiona następnie na posiedzenia Towarzystwa, o prawo do tytułu autorstwa katalogu. Szczegóły tego zatargu, jako do rzeczy nie należące, pomijamy.

W roku 1870 P o r t n e r przedstawił dodatek do katalogu, obejmujący spis alfabetyczny (skorowidz) autorów. Z powodu braku funduszu dodatku już nie wydrukowano; tak samo też brakło funduszu w roku 1872 na wydrukowanie katalogu dubletów (1376 tytułów), zaproponowane przez bibliotekarza S t a n i s ł a w a K o ś m i ń s k i e g o. Natomiast w roku 1874 K o ś m i ń s k i uzyskał fundusz na wydanie ułożonego przez siebie dopełnienia do katalogu P o r t n e r a i szybko zakrzętała się około jego wydrukowania¹⁾. Dopełnienie to wykazywało powiększenie się zbiorów Biblioteki w ciągu 5-iu lat o 1571 tytułów.

Zdawało się, że sprawa katalogu drukowanego została wreszcie ostatecznie rozwiązana. Katalog P o r t n e r a z dopełnieniami, wydawanymi co lat kilka, powinienby najzupełniej uczynić zadość wymaganiom i potrzebom korzystających z Biblioteki Tow. Lek. Warsz.

1) Dopełnienie I. Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Ułożony przez Dra Stanisława Kośmińskiego, Członka Bibliotekarza tegoż Towarzystwa. Warszawa. 1874. Nakładem Tow. Lek. Warsz. Druk E. Skińskiego, Str. 109 w 8-ce.

Stało się jednak inaczej. Widocznie prędko układ książek w Bibliotece według katalogu *Portnera* musiał okazać się wadliwym, skoro już w roku 1874 (a więc w roku wydania *Dopełnienia*) *Kośmiński* powziął postanowienie zmiany całego systemu *Portnera* na inny, bardziej celowy i praktyczny, a mianowicie na układ według alfabetu nazwisk autorów. W tym celu wygotował odpowiedni schemat cedulek do spisywania katalogu na kartkach według nazwisk autorów i układania ich następnie w skrzynkach według alfabetu. Towarzystwo, przyznawszy zalety przedstawionemu układowi kartkowemu, wyznaczyło fundusz odpowiedni na wydrukowanie potrzebnej liczby schematów cedulkowych. W roku 1875 ukończono spisywanie i układanie nowego katalogu cedulkowego, który w chwili tej zawierał 6860 tytułów dzieł i 57 tytułów czasopism lekarskich.

Następnie w ciągu roku 1876 *Kośmiński* sporządził własnym kosztem według tekstu skróconego z cedulek—katalog inwentarzowy albo *repozytoryalny*, t. j. księgę, w której po raz pierwszy spisano książki w porządku takim, jak w szafach zostały ustawione, mianowicie według systemu liczbowego czyli według numerów kolejnych, i wreszcie cedułki zaopatrzone w numery, odpowiadające numerom katalogu repozytoryalnego. Katalog ten służyć miał nadal wyłącznie do rewizyi i kontroli Biblioteki.

W nowej ustawie bibliotecznej, którą ułożył *Kośmiński* i która przyjęta i zatwierdzona została na posiedzeniu Towarzystwa 14. grudnia 1875 roku, włożono jako obowiązek na bibliotekarza spisywanie katalogu kartkowego, prowadzenie katalogu repozytoryalnego—a wszystko to w celu „utrzymywania najlepszego porządku w bibliotece, pozwalającego odnajdywać z łatwością każde żądane dzieło.”

Kośmiński marzył też o wydaniu katalogu systematycznego albo umiejętniczego (rzeczowego), a był tak pewny blizkiego urzeczywistnienia projektu swego, że

w ustawie bibliotecznej, dopiero co wymienionej, włożył już nawet na bibliotekarza obowiązek stałego dopełniania katalogu umiejętniczego i drukowania tych dopełnień w dodatkach do Pamiętnika Towarzystwa. Trzykrotnie w swych sprawozdaniach rocznych ze stanu Biblioteki wykazywał konieczność ogłoszenia drukiem spisu dzieł w porządku umiejętniczym. W ciągu roku 1877 ukończył nawet spisanie katalogu takiego na kartkach brystolu, a ułożywszy je w porządku systematycznym według pojedynczych działów nauki lekarskiej, umieścił kartki te w szufladach szafki, umyślnie na ten cel sporządzonej. Pozostawało więc tylko gotowy ten katalog wydrukować. Koszta druku K o ś m i ń s k i obliczył na 666 rb. 15 kop. Z powodu braku funduszków katalogu tego nie wydano i decyzję co do wydrukowania odłożono do czasu, gdy fundusze Towarzystwa na to pozwolą.

Niezrażony odmową, wystąpił znowu K o ś m i ń s k i w r. 1879 z projektem wydania z r e d u k o w a n e g o katalogu rzeczowego.

Według K o ś m i ń s k i e g o przyczyny małego korzystania przez członków z zasobów Biblioteki szukać należy głównie w tem, że członkowie nie mają dotąd drukowanego katalogu, z któregoby mogli czerpać potrzebne dla siebie wiadomości bibliograficzne. Projektowany katalog skrócony miał obejmować spis alfabetyczny autorów w porządku słownikowym, mianowicie: pod terminem lekarskim miał się znajdować w chronologicznym porządku ułożony szereg nazwisk autorów, których dzieła posiada Biblioteka. Druk tego spisu dałby się pomieścić na kilku arkuszach, a koszta tego wydawnictwa obliczył K o ś m i ń s k i na rubli 100; lecz i na tak zredukowany katalog funduszków nie uzyskał.

W latach następnych kwestya katalogu rzeczowego powracała w Towarzystwie kilkakrotnie na porządek dzienny, zawsze jednak z powodu braku funduszków urzeczywistnienie wydania katalogu odkładano do czasów pomyślniejszych.

W r. 1885 w wydanym świeżo regulaminie bibliotecznym obarczono bibliotekarzy (starszym bibliotekarzem był wówczas J ó z e f P e s z k e, młodszym W a l e n t y K a m o c k i) obowiązkiem sporządzenia katalogu kartkowego systematycznego podług działów umiejętności. A więc powrócono znowu do tego, na czym skończył swą pożyteczną działalność K o ś m i ń s k i — do spisywania katalogu kartkowego umiejętności.

W latach 1886, 1887 i następnych praca nad katalogiem umiejętności posuwała się bardzo leniwo zarówno z powodu braku funduszków, a więc i pomocy dostatecznej, jak i z powodu braku miejsca w lokalu Towarzystwa na pracownię biblioteczną, gdzieby można wygodnie zajmować się segregowaniem kartek do katalogu.

W r. 1893 Komitet biblieczny zaproponował, aby kartki katalogu umiejętności były układane według szczegółowych działów umiejętności w porządku nazwisk autorów. Z kartek sporządzany miał być rękopis katalogu umiejętności, do druku przeznaczony.

Na posiedzeniu Komitetu bibliotecznego z udziałem biegłych (prof. P r z y b o r o w s k i i p. Z y g m u n t W o l s k i) d. 11. marca 1894 r. biegli tak się wyrazili o katalogu umiejętności: „katalog umiejętności uważany jest w większych nawet bibliotekach za rzecz zbytku, ale, rzecz naturalna, nie można nic mieć w zasadzie przeciwko utworzeniu takiego katalogu, zwłaszcza, że już istnieje w Bibliotece Tow. Lek. Warsz. dość znaczny materiał do niego⁴. Pomimo to jednak na posiedzeniu administracyjnym nadzwyczajnym 22. maja 1894 roku postanowiono (bez ostatecznej jednak decyzji) materiał do katalogu umiejętności przygotowywać w dalszym ciągu. Dla prędszego wykończenia katalogu uznano, że potrzebna jest pomoc 2-u współpracowników z wynagrodzeniem po 250 rubli dla każdego, którzyby w ciągu lat paru poświęcali na to codziennie po 2 godziny czasu. Rozpoczęcie tej roboty możliwe będzie jednak dopiero z chwilą, gdy bibliotekarz

uzyska odrębny na pracownię pokój, co nastąpić może dopiero w lipcu 1895 r.

Wreszcie w r. 1895 na posiedzeniu administracyjnym d. 17. grudnia uznano, że pomoc płatna, jaką dotychczas rozporządzał bibliotekarz, nie jest dostateczna i powinna być bezwarunkowo wzmocniona, jeśli czynność katalogowania ma postępować normalnie. Ponieważ właśnie lokal Biblioteki został powiększony i w ten sposób przeszkoda do pracy nad katalogiem, wynikająca z braku miejsca do segregowania kartek, została usunięta, więc postanowiono prosić usilnie bibliotekarza o zajęcie się sprawą sporządzenia katalogu umiejętnościowego. Na tem posiedzeniu jednak po wypowiedzeniu przez członków w toku dyskusji różnych wyjaśnień i życzeń, dotyczących Biblioteki, P e s z k e zażądał uwolnienia od obowiązków bibliotekarza.

27. grudnia 1899 roku bibliotekarz E d w a r d Z i e l i ń s k i na posiedzeniu administracyjnym nadzwyczajnym podniósł na nowo kwestyę katalogu rzeczowego i dowodził jego zbyteczności. Pożyteczniejszym o wiele od katalogu rzeczowego byłby, zdaniem Z i e l i ń s k i e g o, katalog abecadłowy, t. j. ułożony według nazwisk autorów. Z i e l i ń s k i mniemanie swoje o bezużyteczności katalogu rzeczowego starał się uzasadnić liczbami, mianowicie, że ledwo 11% cytat z artykułów lekarskich odnosi się do książek, 89% zaś prac znajduje się w czasopismach, a tych katalog rzeczowy nie ujawni wcale; byłby więc przydatny tylko w stopniu nieznacznym.

Pomimo tak fachowej opinii, popartej jeszcze przez D m o c h o w s k i e g o, który dowodził na mocy własnego doświadczenia, że z katalogu rzeczowego odnosi się mały pożytek, każdy bowiem piszący w danej kwestyi posiłkuje się rocznikami i „centralblatami”, przyjęto po obszernej dyskusji wniosek prezesa (M a r k i e w i c z a), który przypomniawszy, że prowadzenie katalogu rzeczowego jest przewidziane w Regulaminie Towarzystwa, zaproponował, aby bibliotekarz wraz z Komitetem bibliotecznym zastanowił się nad tem, w jaki sposób i jakimi środkami ka-

talog rzeczowy możnaby zaprowadzić i projekt przybliżony przedstawił mniej więcej po upływie dwu miesięcy Towarzystwu do zatwierdzenia.

W 1900 roku Komitet biblioteczny przedstawił swój projekt w sprawie przygotowania do druku i wydania katalogu umiejętniczego. Komitet obliczył, że wydawanie trwałoby około roku i kosztowałyby 3600 rubli. Zarząd po rozpatrzeniu tego projektu przyszedł do wniosku, że możliwą jest pewna redukcya kosztów. Zarząd przemawiał za rozpoczęciem wydawnictwa. Pomimo uwagi S o k o ł o wskiego, że koszta wydawnictwa są za wysokie w stosunku do użytku, jaki katalog przyniesie, Towarzystwo na posiedzeniu 1. maja 1900 r. zaleciło Zarządowi przygotowanie szczegółowego projektu wydawnictwa.

W 1901 r. bibliotekarz Z i e l i ń s k i przy pomocy kol. M a r k o w s k i e g o dokonał podziału całego katalogu cedułkowego rzeczowego (numerów 22385) na odpowiednie działy (28) i poddziały, stosując się do układu, przyjętego przez „Przegląd piśmiennictwa polskiego” i „Wykaz prac lekarskich polskich” (red. Chełchowskiego). Sprawdzenie układu katalogu rzeczowego miano powierzyć specjalistom odpowiednich działów. Wreszcie w r. 1902 po zredukowaniu kosztów wydawnictwa do 2000 rubli (bez kosztów korekty i broszurowania) miano przystąpić do wydania gotowego już katalogu rzeczowego. Arkuszy miało być 100; odbito już nawet kilka arkuszy próbnych.

Rzecz cała jednak znowu poszła w odwłokę i dopiero w r. 1904 na zlecenie Towarzystwa Komitet biblioteczny wraz z bibliotekarzem J ó z e f e m B i e l i ń s k i m zajął się na nowo sporządzeniem kosztorysu katalogu przedmiotowego. Według projektu tego ogólna suma kosztów wynosiłaby co najmniej 2500 rubli.

Nadmienić tu trzeba, że bibliotekarz B i e l i ń s k i również był zdania, że wydrukowany katalog rzeczowy spełni swe zadanie tylko połowicznie, albowiem w katalogu tym pracujący nie znajdzie wiadomości o rozprawach, umieszczonych w wydawnictwach peryodycznych, gdyż nie po-

dobna w katalogu podać spisu artykułów, uwieczonych w czasopiśmie lekarskich ze względu na olbrzymią pracę i na olbrzymie koszty, jakichby wydawnictwo tych rozmiarów wymagało. Zresztą obecnie wobec istnienia licznych dzieł, traktujących specjalnie o każdym przedmiocie, pracujący znajdzie w nich spisana całą literaturę odnośną, więc wystarczy tylko, gdy przy pomocy bibliotekarza sprawdzi, czy wymienione tam źródła w książkach i czasopiśmie znajdują się w bibliotece. A więc wobec tego katalog rzeczowy staje się zupełnie zbyteczny.

Od tego czasu nie wznawiano już więcej sprawy katalogu rzeczowego ani w Komitecie bibliotecznym, ani w Zarządzie Towarzystwa. Nie dowodzi to jednak wcale, aby w Towarzystwie zaniechano zupełnie dążności do posiadania katalogu drukowanego Biblioteki. Przeciwnie, wśród członków i nieczłonków, odwiedzających czytelnię Towarzystwa, słyszy się często utyskiwania na brak drukowanego katalogu rzeczowego, z którego możnaby czerpać materiały naukowe do prac zamierzonych.

Widzimy więc, że pozostaje nierozstrzygniętą nadal kwestya użyteczności katalogu rzeczowego i potrzeby posiadania w Bibliotece katalogu drukowanego.

Abymy kwesycie te należycie oświcić i raz wreszcie zdecydować się na wybór rodzaju katalogu drukowanego dla naszej Biblioteki, muszę zająć na chwilę uwagę słuchaczy sprawą, która na pierwszy rzut oka może się wydawać błahą i podrzędną, ale w rzeczywistości jest dla bibliotek znaczenia pierwszorzędnego. Mam tu na myśli system, jakiego trzymać się należy w ustawianiu książek na półkach biblioteki, bo od systemu tego zależy w wysokim stopniu sprawność techniczna biblioteki. Pod sprawnością techniczną rozumiem tu należy możliwość niezawodnego i jak najszybszego wyszukania w szafach biblioteki książki żądanej, a znajdującej się w jej zbiorach. Sprawność tę spełni bezwątpienia najlepiej system ustawiania książek liczbowy, według którego na półce stoją książki jedna obok drugiej — bez

względu na swą treść — oznaczone jedynie liczbą porządkową 1, 2, 3 i t. d. (*numerus currens*). Daje to możność łatwego i szybkiego odszukania książki zażądanej, trzeba tylko w katalogu alfabetycznym kartkowym (ułożonym według nazwisk autorów) odczytać liczbę odpowiednią na cedułce, na której obok nazwiska autora i tytułu książki liczba ta jest odnotowana. Prócz tego system liczbowy ma i inne zalety: oszczędza w bibliotece dużo miejsca, nie wymaga bowiem pozostawiania wolnego miejsca między książkami, już ustawionemi, dla książek przybywających. Książka raz postawiona pod liczbą, pozostanie stale na swem miejscu. W razie potrzeby system ten pozwala jednak na przeniesienie książki pod inną liczbę, np. bieżącą, po wstawieniu pod liczbę dotychczasową innej książki. Należy tylko zamianę tą zaznaczyć w katalogu i w księdze inwentarzowej.

Ustawienie książek według innego systemu, mianowicie według systemu działowego, t. j. według działów nauki, może nadawać się jedynie dla małych bibliotek, albowiem wymaga pozostawiania wolnego miejsca między działami dla nadchodzących książek danego działu, często wymaga też przenoszenia całych działów na inne obszerniejsze miejsce w bibliotece. Prócz tego układ taki według działów, poddziałów i poddziałków nauki jest zawły i zmienny, często zależny od indywidualnych poglądów bibliotekarza na klasyfikację danej nauki, zwłaszcza np. gdy idzie o zakwalifikowanie do pewnego działu książki, należącej z treści swojej do kilku działów jednocześnie.

W Bibliotece Tow. Lek. Warsz., jak już wiemy, został wprowadzony w r. 1876 przez K o ś m i ń s k i e g o system liczbowy ustawiania książek na półkach Biblioteki na miejsce systemu działowego, który okazał się niepraktycznym. System liczbowy utrzymał się dotychczas, co świadczy o jego praktyczności i celowości. Zresztą systemem tym posługują się wszystkie większe biblioteki europejskie, niezależnie zupełnie od systemu, według którego są ułożone katalogi biblioteczne.

Powracamy do sprawy katalogu.

W bibliotece T. L. W. zaprowadzono od roku 1875 katalog cedulkowy albo kartkowy, spisany według nazwisk autorów i układany alfabetycznie, dlatego też nazwany alfabetycznym. Otóż cedulki tego katalogu są zaopatrzone w liczby, pod którymi książki zostają ustawione na półkach. W ten sposób książkę łatwo odszukać. Należy tylko wyszukać w katalogu alfabetycznym cedulkowym pod nazwiskiem autora cedulkę z tytułem dzieła żądanego i odczytać na niej liczbę, pod którą książka znajduje się na półce ¹⁾.

Katalog alfabetyczny cedulkowy jest głównym katalogiem w Bibliotece, bo służy bezpośrednio do odszukiwania książek na półkach. Bez niego żadna biblioteka ohyć się nie może, jeśli ma spełniać swoje zadania należycie.

Prócz katalogu alfabetycznego cedulkowego Biblioteka T. L. W. posiada jeszcze *Księgę inwentarza*.

1) Katalog kartkowy naszej Biblioteki był do niedawna jeszcze spisany na cedulkach brystolowych formatu dużego według modelu, przyjętego przez Towarzystwo jeszcze w roku 1875. Cedulka była rozmiaru 21,2 : 15,7 cm i zawierała w rubryce głównej całkowity odpis karty tytułowej, a prócz tego rubryki z oznaczeniem formatu, oprawy i pochodzenia książki i uwag dotyczących egzemplarza. Cedulki te (w liczbie 34000) miały jedną wadę, że zabierały sporo miejsca, gdyż były przechowywane w 17-tu długich drewnianych skrzynkach (rozmiarów 67 : 27 : 19,5 cm), ustawionych rzędem na 2-u długich stołach. Od niedawna zabrakło już miejsca w pracowni bibliotecznej na ustawianie nowych skrzynek, trzeba więc było pomyśleć o zreformowaniu przestarzałych cedulek na nowe, znacznie mniejsze, jakimi posługują się obecnie biblioteki europejskie. Są to cedulki brystolowe rozmiaru ogólnie przyjętego: 12,5 : 7,5 cm, zawierające odpis tytułu książki w skróceniu. Kartki te umieszczane są zwykle w specjalnych, na ten cel przygotowanych pudełkach drewnianych, mających wymiary następujące: 37 : 18 : 13 cm. Dla oszczędności zamiast kosztownych skrzynek użytkowałem w tym celu w naszej Bibliotece szuflady stołu, podzielone na odpowiednią liczbę przegród.

r z o w ą (zwaną K a t a l o g i e m r e p o z y t o r y a l n y m). Jest to duża księga, podzielona na 10, opatrzonych liczbą bieżącą, pól poziomych, do których wpisywane są książki po kolei, tak jak są przyjmowane do Biblioteki. Liczba, pod którą książka została zapisana, jest ta sama, którą zaopatrzone bywają odpowiednie kartki katalogu alfabetycznego, jakoteż i same książki, lokowane kolejno na półkach. Tytuły książek, wpisywane do księgi inwentarzowej, są skrócone. Księga inwentarzowa jest jedynym stałym inwentarzem Biblioteki i ma tylko to jedno przeznaczenie.

Katalogu drukowanego Biblioteka T. L. W. jeszcze nie posiada, pomimo licznych, jak to widzieliśmy, wysiłków i zapoczątkowań w tym względzie. Katalog drukowany jest jednak w Bibliotece niezbędny i czas już, aby na seryo pomyślano o sporządzeniu jego. Na usprawiedliwienie zarówno bibliotekarzy, jak i Zarządów, że dotychczas Towarzystwo katalogu drukowanego nie wydało, powiedzieć trzeba, że tego powodem jest znaczny koszt, związany z wydawnictwem, na który fundusze Towarzystwa byłyby narażone, zwłaszcza gdyby miano urzeczywistnić dawny projekt wydania katalogu umiejętniczego, albo rzeczowego; wiadomo bowiem, że już samo przygotowanie i spisanie na kartkach katalogu rzeczowego z księgozbioru tak dużego, wymagałoby olbrzymiej pracy i ofiary pieniężnej, potrzebaby było mieć zapewnioną płatną pomoc kilku intelligentnych współpracowników, najwłaściwiej lekarzy rozmaitych specjalności, jak również kilku pisarzy biurowych na przeciąg co najmniej dwu lat. Po ukończeniu tych prac przygotowawczych trzeba by się było w dalszym ciągu zająć rozklasyfikowaniem i ułożeniem zebranego materiału do druku, a wreszcie uciążliwą robotą korektorską. Te prace, jakoteż druk i papier pociągnęłyby za sobą nowe koszty, tak iż wydanie całego katalogu wymagałoby co najmniej 5 do 6 tysięcy rubli.

A więc na nowo powrócić musimy do kołaczącej się od dawna w Towarzystwie kwestyi zasadniczej, czy katalog

rzeczowy, czyli umiejętny jest w Bibliotece naszej potrzebny i niezbędny? Przytoczyliśmy już wyżej opinie pod tym względem kilku dawnych bibliotekarzy Towarzystwa: wszyscy oni wcale się nie upierają przytem, że katalog rzeczowy jest niezbędny, sądzą przeciwnie, że obejść się bez niego można najzupełniej. Takiego samego zdania byli rzeczoznawcy, których wezwano w roku 1894 do wydania swej opinii o stanie Biblioteki T. L. W., a jeden z nich (p. Z y g m u n t W o l s k i) w głosie oddzielnym, nadesłanym do Towarzystwa, między innymi tak się wyrażał o katalogu rzeczowym: „Wobec wysokiego rozwoju bibliografii, dającej każdemu możność łatwego dowiedzenia się, co i kiedy o jakimś przedmiocie pisano, urządzenie katalogów, podzielonych według treści dzieł, uważam nie za potrzebę rzeczywistą, lecz za zbytek.“

Leopold D e l i s l e, administrator generalny, honorowy Biblioteki Narodowej w Paryżu, autor bardzo dobrego podręcznika o bibliotekarstwie¹⁾, tak się o katalogu rzeczowym wyraża: „Ileż to razy przytrafia się najlepszym bibliotekarzom, że otrzymawszy ciąg dalszy pewnego dzieła, nie mogą przypomnieć sobie dokładnie, w której przegródce katalogu rzeczowego umieścili przed kilku laty pierwszy tom tego dzieła. Czy bibliotekarze mogą zobowiązać się do przestrzegania ze ścisłą jednozgodnością prawideł, które nie będąc wcale pewnikiem, opierają się niekiedy na ideach starych, których racya istnienia znikła pod wpływem ewolucyi i rewolucyi, wywołujących od czasu do czasu zmiany w dziedzinie nauk, sztuk, a także instytucyi. Czyż doświadczenie zresztą nie wykazało dostatecznie, jak mało jest czytelników, którzyby mogli lub chcieli orientować się w labiryncie katalogów rzeczowych jak najdoskonalszych. Stąd pochodzi zdyskredytowanie, jakiego doznały katalogi

1) D e l i s l e L e o p o l d. Instructions elementaires et techniques pour la mise et le maintien en ordre des livres d'une bibliotheque, 4 edition, revue. Paris (1910). Edit. Librairie ancienne Honoré Champion, stronic 94— in 8°.

rzeczowe, których miejsce usiłują coraz więcej zająć bibliografie specjalne; w nich bowiem ten, kto oddaje się studjom nad pewnym określonym przedmiotem, znajdzie wskazówkę o tem wszystkim, co poznać zamierza nie tylko w zakresie dzieł i rozpraw, wydanych oddzielnie, ale także w zakresie prac albo komunikatów, drukowanych we wszelkiego rodzaju wydawnictwach zbiorowych¹⁾.

I ja również, zajmując się od lat kilku bibliotekarstwem, zwiedziwszy też różne biblioteki ogólne i lekarskie w Niemczech i w Szwajcaryi, nabrałem przekonania, że w bibliotekach, zwłaszcza naukowych, katalog rzeczowy jest zbyteczny. Zdarza się, co prawda, że chcący popracować nad pewnem zagadnieniem naukowym, zwraca się do bibliotekarza, aby mu wskazał, jakimi rozporządza biblioteka książkami i artykułami, zagadnienia tegoż dotyczącymi, ba... chce się nawet od bibliotekarza dowiedzieć, co w rzeczonyj kwestyi naukowej dotychczas napisano i wydano. Na pozór jest w tych wymaganiach doza słuszności. Ale gdy się głębiej zastanowimy nad rodzajem tych żądań, to wnet przyjdziemy do przekonania, że skierowano je do bibliotekarza zupełnie niewłaściwie. Biblioteka, jako taka, nie może być dostarczycielką wiadomości bibliograficznych, gdyż to nie wchodzi w zakres jej działalności, nie może też katalogować artykułów z rozmaitych czasopism i wydawnictw peryodycznych, znajdujących się w Bibliotece—a co właściwie powinnyaby spełniać, jeśliby katalog rzeczowy miał być wyczerpujący—bo to również jest atrybucją pracy bibliograficznej, a więc osobnego biura bibliograficznego, rozporządzającego pracownikami-specjalistami (niekiedy mającego swą siedzibę w bibliotece i z nią złączonego).

Z drugiej znów strony ten ułamek materiału piśmienicznego, jaki biblioteka w danej kwestyi naukowej wśród zbiorów swoich może posiadać, nie jest przeważnie w stanie zadowolić piszącego lub studyującego, który chce dane

1) l. c. str. 44 i 45.

zagadnienie wyczerpać gruntownie. Dla niego bibliografia tylko wtedy ma wartość, gdy jest całkowita; ale warunkowi temu nie jest w stanie zadośćuczynić najzasobniejsza nawet biblioteka. Dla dostarczenia wiadomości tak szczegółowych i wyczerpujących istnieją już dzisiaj podręczniki i monografie w najrozmaitszych dziedzinach wiedzy, z których pełną garścią zaczerpnąć można wiadomości bibliograficznych, danej kwestyi naukowej dotyczących. A właśnie nauka lekarska, więcej niż każda inna, obfituje w bardzo liczne podręczniki zbiorowe i monografie w najrozmaitszych specjalnościach, a w nich piśmiennictwo jest zebrano-możliwie wyczerpująco i doprowadzone do ostatniej niemal chwili (t. j. roku wydania dzieła). Zresztą artykuły, w pismach lekarskich pomieszczane, zawierają dużo materiału bibliograficznego, z którego studujący lub piszący mogą też dowiedzieć się o monografiach i innych źródłach piśmienniczych. Podług tych więc wskazówek, skrupulatnie wynotowanych, powinni zwracać się — i w samej rzeczy bardzo często tak czynią — do bibliotekarza z zapytaniami, czy w bibliotece znajdują się monografie, podręczniki, pisma lub odbitki wymienione. Jeśli biblioteka, posiadając w swych zbiorach żądane podręczniki, monografie, pisma lub odbitki, jest w możności szybko je odszukać i dostarczyć żądającym, to spełnia najzupełniej swe zadanie. Jest to dowód porządku w bibliotece, a porządek jest głównym warunkiem jej sprawności.

Do wykonania jednak tego zadania nie jest potrzebny kosztowny katalog rzeczowy. Wystarcza najzupełniej k a t a l o g a l f a b e t y c z n y c e d u ł k o w y, pod warunkiem jednak, że znajduje się we wzorowym porządku. W katalogu tym, ułożonym, jak wiadomo, według alfabetycznego porządku nazwisk autorów, wyszukanie zażądaney książki po podaniu nazwiska autora i tytułu dzieła lub odbitki, nie przedstawia żadnych trudności.

Ale katalogiem alfabetycznym, przechowywanym w formie cedułkowej, posługiwać się może jedynie tylko personel biblioteczny. Dla czytelników katalog ten nie

może być wcale dostępnym. Stanowi to jednak znaczne utrudnienie zarówno dla bibliotekarza, jak i dla czytelników. Otóż zaradzić temu może jedynie katalog drukowany.

Katalog drukowany jest trwałym, nie niszczałym inwentarzem biblioteki, jest też widomym dla szerszego ogółu dostępnym wykazem jej zasobności.

Dla praktycznych celów wystarczy najzupełniej wydrukowanie w postaci książki katalogu alfabetycznego według cedulek, na których jest spisany. Przez wydrukowanie jego osiągniemy przedewszystkiem utrwalenie katalogu cedulkowego, który z natury swej nie jest zabezpieczony od rozmaitych czynników szkodliwych, takich np. jak pożar, wpływ czasu, zniszczenie w skutek przerzucania kartek, przystęp do katalogu, pomimo zakazu, osób niepowołanych i t. d. Dla chcących zaś korzystać z biblioteki drukowany katalog alfabetyczny będzie miał również niepoślednią wartość, zwłaszcza gdy będzie uzupełniony przez skorowidz słownikowy (o czem niżej), gdyż dozwoli im zapoznawać się dokładnie zawczasu u siebie w domu z zasobami księgozbioru i odnotowywać sobie numery, pod którymi znajdują się na półkach dzieła wybrane. Wystarczy wtedy podać liczbę wskazaną, aby bibliotekarz bez straty czasu mógł od razu dostarczyć zażądanej książki. Zaoszczędzi to bibliotekarzowi wiele czasu, a katalogowi cedulkowemu rzadsze przerzucanie kartek wyjdzie też na dobre.

Aby jednak katalog alfabetyczny drukowany uczynić jeszcze bardziej pożytecznym, można będzie uzupełnić go w ten sposób, że z katalogu sporządzony zostanie t. zw. skorowidz albo katalog słownikowy.

Już w r. 1854 skorowidz podobny sporządził ówczesny bibliotekarz, St. Grabowski dla katalogu, o którym wspominaliśmy, a więc i on poczytywał już wówczas skorowidz słownikowy za praktyczne i celowe uzupełnienie

nie katalogu alfabetycznego. Wykonanie skorowidza słownikowego jest dość łatwe. Pod wyrazami, wypisanymi ze słownika lekarskiego, umieszcza się spis nazwisk autorów tych dzieł z katalogu alfabetycznego, które traktują o przedmiotach, wyrazami tymi objętych. Np. pod wyrazem „acromegalia“ umieści się nazwiska autorów tych dzieł, wynalezionych w katalogu, które zajmują się akromegalią i t. d. Mając taki skorowidz, bibliotekarz lub czytelnik znajdzie pod wyrazem nazwiska autorów, następnie wyszuka w katalogu alfabetycznym te same nazwiska i wynotuje sobie liczby obok nazwisk stojące, a wtedy pod liczbami temi łatwo już będzie znaleźć na półkach dzieła odpowiednie.

Ten rodzaj skorowidza znany jest w Ameryce pod nazwą *Dictionary catalogue*, w Niemczech — *Schlagwortkatalog*, we Francji — *Classement par mots-souches*, i okazał się bardzo praktycznym, zwłaszcza tam, gdzie stanowi dopełnienie katalogu alfabetycznego.

O katalogu słownikowym znajdujemy u Delisle'a następujące uwagi: „Jeżeli można wyrzec się katalogu rzeczowego albo przynajmniej odroczyć jego przygotowanie, to jednak trzeba zawsze być obeznanym z zasobami biblioteki, dotyczącymi pewnej kwestyi, i umieć wyszukać w katalogu pewną pracę, której autor nie jest znany z nazwiska. Cel ten da się osiągnąć przy pomocy takiego katalogu, w którym dzieła będą ułożone według porządku alfabetycznego wyrazów, cechujących przedmioty, poruszane w dziełach rzeczonych. Do ułożenia takiego katalogu potrzeba wybrać każdy z wyrazów charakterystycznych, zawartych w tytule książki“¹⁾.

„Bibliografowie amerykańscy radzili wypisywać po prostu pod wyrazami słownika wykaz dzieł, które się odnoszą do tego wyrazu. Pod wyrazem *d u s z a* np. znajdujemy tytuły dzieł traktujących o duszy. Pod wyrazem *s r e b r o t e* dzieła, które traktują o srebrze i t. d.”

1) l. c. str. 45.

„Dzięki tej metodzie—powiada **A l b e r t C i m**, bibliotekarz podsekretaryatu stanu poczt i telegrafów we Francyi ¹⁾—znikają radykalnie i od razu skrajności, niezliczone trudności, wytwarzane przez wszelkie próby klasyfikacji bibliograficznej, znika cały systemat zależności i powiązań wiedzy ludzkiej, albowiem ta klasyfikacya albo zależność sama przez się od razu ustaje” ²⁾.

„Co prawda — amerykanie nie są wynalazcami tego rodzaju katalogowania: w roku 1839 **C o n s t a n t i n** w swym małym rysie Bibliotekonomii ³⁾ na stronie 99. podał go i wyjaśnił w sposób następujący: Należy posegregować metodycznie wszystkie druki, dotyczące jednego przedmiotu i następnie w ten sposób otrzymane katalogi specjalne złączyć w porządku alfabetycznym treści, którą zawierają, bez tworzenia klas podziałów i podziałów, a więc „biblie“ nie pod „teologią“, ale pod literą B.; „kodeksy“ nie pod „prawo“, ale pod literą K.; „logiki“ nie pod „filozofią“, ale pod literą L. i t. d.“.

„Tu właśnie—powiada **C i m** ⁴⁾—jak łatwo odgadnąć, spoczywa punkt delikatny i trudny, trzeba bowiem trzymać się stale tego samego wyrazu, tego samego *mot-souche*, aby odpowiedzieć na tę samą ideę albo na idee tego samego rodzaju, skoro zwłaszcza tytuły dzieł zawierają wyrazy najrozmaitsze dla wyrażenia idei podobnych lub analogicznych“.

W roku 1893 związek bibliotekarzy amerykańskich ⁵⁾ zwołał ankietę w sprawie rozmaitych systematów klasyfikacyi, którymi posługują się wielkie biblioteki Stanów Zje-

1) **C i m A l b e r t**. Petit manuel de l'amateur de livres. Paris. Ernest Flammarion, éd. str. 254 w 8-ce.

2) l. e. str. 225 i 226.

3) **L. A. C o n s t a n t i n**. Bibliothéconomie etc. Paris 1841, Roret.

4) **C i m** l. c. str. 229.

5) Według **H. L e S o u d i e r**, cytowanego przez **C i m**'a l. c. str. 244.

dnoczonych, i przyszedł do wyników następujących: na 191 bibliotek, które odpowiedziały, 89 posługuje się katalogiem słownikowym.

H. L e S o u d i e r ¹⁾ o katalogu słownikowym tak się wyraża: „Najlepszym z systemów klasyfikacji i najprostszym, najbardziej zrozumiałym dla wszelkich intelligencji jest katalog słownikowy; katalog taki odpowiada wszelkim wymaganiom i pozwala na czynienie poszukiwań szybciej, aniżeli wszelki inny podział.”

Aczkolwiek sporządzenie skorowidza słownikowego, jak widzieliśmy, nie nastręcza poważnych trudności, może jednak wymagać nieraz zapoznania się z treścią dzieła, jeżeli tytuł nie daje odpowiednich wskazówek o tem, pod jakim wyrazem dzieło dane ma być umieszczone.

Na zakończenie pozwolę sobie z tego wszystkiego, co powiedziałem o katalogach wogóle i o potrzebie katalogu drukowanego w szczególności, wyprowadzić wnioski następujące:

1) W bibliotece lekarskiej katalog rzeczowy (działowy) jest zbyt cenny, albowiem nie może służyć czytelnikom za dokładne źródło bibliograficzne.

2) Tem bardziej zbyt cenny jest katalog rzeczowy drukowany, gdyż znaczna kosztowność jego zupełnie nie idzie w parze z temi niewielkimi korzyściami, jakich katalog ten jest w stanie dostarczyć zarówno bibliotece, jak i czytelnikom.

3) Bibliotece lekarskiej wystarczy najzupełniej katalog alfabetyczny cedułkowy z warunkiem, że będzie stale utrzymywany w porządku wzorowym.

4) Nadzwyczaj pożądaną jest też posiadanie w bibliotece katalogu drukowanego. Do tego celu nadaje się najzupełniej książkowe wydanie katalogu alfabetycznego

1) H. L e S o u d i e r. De la classification methodique dans les catalogues de librairie. Rapport présenté au Congrès international des Éditeurs à Bruxelles 23—26 juni 1897 na str. 68.

cedułkowego z dodaniem na końcu skorowidza słownikowego.

Z ostatnim wnioskiem łączy się prośba do Towarzystwa Lek. Warsz., aby zadecydowało i zajęło się ostatecznie wydaniem w książce katalogu alfabetycznego ze skorowidzem i w ten sposób rozwiązało wreszcie pomyślnie kwestyę katalogu drukowanego.

Przygotowanie katalogu i skorowidza do druku da się skutecznie łatwo i prędko wobec tego, że pisany katalog alfabetyczny cedułkowy znajduje się w Bibliotece w zupełnym porządku.

Na wydanie katalogu alfabetycznego wystarczy, według opinii rzeczoznawcy, fundusz 3000 do 3500 rubli.

Jestem pewny, że Towarzystwo chętnie zawotuje wydatek na przygotowanie i druk katalogu i w ten sposób, spełniając gorące życzenie licznych swych członków, przyczyni się do podniesienia wartości i znaczenia swej Biblioteki.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY

Rok 1916.

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 czerwca 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 68, gości 6.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: B o r z y m o w s k i: Wskazania operacyjne w postrzałach brzucha na podstawie własnego doświadczenia.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes podkreśla nową doniosłą stratę, jaką nauka polska poniosła z powodu śmierci prof. P r z e m y s ł a w a P i e n i ą ż k a. Zmarły, po ukończeniu Uniw. Jagiel-go w r. 1874-ym, pracował lat kilka w Wiedniu jako asystent prof. S t o e r e k a i tam już był uważany za pierwszorzędną siłę naukową. W r. 1879-ym wydał pierwszy w języku polskim podręcznik laryngologii p. t. „Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy,” który odznaczony został nagrodą im. C h a ł u b i ń s k i e g o. W r. 1890-ym Uniw. Jagielloński ofiarował ś. p. P i e n i ą ż k o w i pierwszą w Polsce katedrę laryngologii. Na stanowisku tem zmarły pozostawał do ostatniej chwili, wykształcił cały szereg uczniów w zakresie swej specjalności i wydał szereg cennych przyczynków naukowych. Pozo-

stawia po sobie pamięć uczonego sławy szerokiej, znakomitego lekarza i człowieka wielkich zalet charakteru. Prezes proponuje uczczenie pamięci zmarłego przez powstanie, co zostaje uskutecznione przez obecnych.

III. Prezes omawia sprawę udziału Tow-a w akcji, związanej z wyborami do Rady Miejskiej. Kwestya ta wyłoniła się niespodzianie w ostatnim tygodniu, wskutek czego zarząd Tow., nie mogąc porozumieć się z członkami, sam delegował trzech członków, a mianowicie prezesa P a w i ń s k i e g o, wiceprezesa P u ł a w s k i e g o i członka zarządu S z u m l a ń s k i e g o do zajęcia się sprawą wyborów. Członkowie ci, wspólnie z 3-ma delegatami Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz z delegatami weterynarzy i farmaceutów, wybrali 2-ch delegatów do Centr. Kom. Wyborczego, a mianowicie kol. K o z e r s k i e g o z ramienia lekarzy i p. K o s k o w s k i e g o z ramienia farmaceutów. Prezes uważa, że należy obecnie wybrać grono członków, któreby utworzyło komisję informacyjną i proponuje zatwierdzenie 3-ch członków już czynnych i dobranie 3-ch nowych.

Po dyskusyi, jaka wyłoniła się w tej sprawie, a w której zabrali głos kol. F. M a l i n o w s k i, K o e l i c h e n, R z ę t k o w s k i, G a j k i e w i c z i wiceprezes P u ł a w s k i, zebrani postanawiają, wobec niewniesienia omawianej sprawy na porządek dzienny posiedzenia, wyborów do komisji nie dokonywać, a wszystkie kwestye przedwstępne, dotyczące wyborów do Rady Miejskiej, omówić na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy, które odbędzie się w dniu 9 czerwca, a na które każdy lekarz będzie miał wstęp wolny.

IV. Prezes powitał gości: kol. S u s z c z y ń s k ą, S z p i n a k ó w n ę, A d a m s k i e g o, R e k l e w s k i e g o, K a r l s b a d a i T a d. K u r e l l ę.

V. T a d e u s z K u r e l l a pokazał chłopca, lat 12-stu, pochodzącego z rodziny zdrowej, który w początku r. b. począł odczuwać osłabienie nóg, a od 12. III przestał chodzić. Do szpitalika przy ul. Grzybowskiej 19 przybył 28. IV w stanie następującym: nie wykonywa żadnych ruchów głową i tułowiem, pije i łyka powoli i z wielką trudnością; oddech typu pierśiowego. Ruchy kończyn górnych zachowane, lecz siła mięśniowa znacznie upośledzona. Kończyny dolne w stanie zupełnego bezwładu, wykonywa tylko słaby ruch palcami obu stóp; czucie dotykowe i bólowe znacznie zmniejszone na stopach i podudziach z obu stron; bolesny pień nerwu udowego po obu stronach; objawu L a s è g u e'a niema. Odruchy skórne i mięśniowe dość żywe, objawu B a b i ń s k i e g o niema. Pora-

żenia mają charakter wiotki; zaniki mięśniowe nieznaczne. Samoistnie stolca nie oddaje. W narządach wewnętrznych i w moczu zmian nie stwierdzono. Leczenie polegało na stosowaniu kąpeli ciepłych z następczem owijaniem oraz na codziennem zastrzykiwaniu 0,001 *strichnini nitrici* pod skórę. Obecnie stwierdzić można następującą poprawę; chory może poruszać głowę, lecz nie jest jeszcze w stanie jej utrzymać; typ oddechu stał się piersiowo-przeponowym; wykonywa niewielkie ruchy kończykami dolnymi i miewa co 2 dni samoistne wypróżnienie. Rozpoznanie waha się między *polyneuritis* a *poliomyelitis*.

VI. B o r z y m o w s k i pokazał dwudziestoparoletniego mężczyznę, któremu przed 6 laty zeszywał prawą komorę serca. Na lewo od mostka u osobnika tego z łatwością wyczuwa się tętniące serce. Osobnik ten pracuje i dolegliwości nie doznaje.

VII. B o r z y m o w s k i wygłosił rzecz p. t.: „Wskazania operacyjne w postrzałach brzucha na podstawie własnego doświadczenia“.

B. przedstawił własną teorię wskazań, w której uzależnia przebieg kliniczny każdego postrzału od umiejscowienia i kierunku ran postrzałowych. Wszystkie postrzały brzucha B. dzieli na dobrotliwe i złośliwe. Dobrotliwymi nazywa te, które nie prowadzą do ogólnego zapalenia otrzewny, złośliwymi — wszystkie inne. Do pierwszych B. zalicza postrzały: 1) w okolicy miednicy, 2) w okolicy przedłużonych linii pachowych na obu bokach brzucha i 3) w okolicy nadbrzusza, o ile są skierowane na lewo; wyżej wymienione trzy kategorie o tyle jednak są dobrotliwe, o ile mają kierunek odśrodkowy. Do złośliwych B. zalicza postrzały: 1) w okolicy pępka i 2) wszystkich okolic brzucha, o ile mają kierunek dośrodkowy. Teorię swą B. uzasadniał przedstawieniem obrazu anatomicznego wszystkich tkanek brzucha oraz historyami 41 chorych, leczonych przez niego w Lazarecie Miejskim. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) K r y Ź s k i L.: Doświadczenie chirurgiczne lat ostatnich, poparte wynikami, uzyskanymi na olbrzymim materiale rannych w wojnie obecnej, pozwala nam na wyprowadzenie pewnych uogólnień w zakresie lecznictwa ran postrzałowych. Sprawa ta była kilkakrotnie przedmiotem rozpraw w naszym Towarzystwie w ostatnich dwu latach. W moim wykładzie na pierwszym posiedzeniu powakacyjnem we wrześniu r. ub. streściłem pomiędzy innymi zasady, jakimi kierujemy się

w leczeniu postrzałów trzech głównych jam ustroju: czaszkowej, piersiowej i brzusznej. Mianowicie, o ile co do pierwszej i drugiej możemy wyrazić pewną zasadę ogólną postępowania—leczenie operacyjne w postrzałach czaszki, leczenie zaś zachowawcze w postrzałach klatki piersiowej, — o tyle uzasadnienie jakichś wniosków ogólnych co do wskazań leczniczych w ranach postrzałowych brzucha napotyka na ogromne trudności. Kol. B o r z y m o w s k i trudne to zadanie usiłuje ująć w pewne reguły, oparte na zasadzie topograficznej. Już przed 9-ciu laty na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie wyrażał on podobną myśl, aczkolwiek w odmiennej niż dziś formie, polecając rany w części dolnej brzucha leczyć zachowawczo, rany zaś w okolicach środkowej i górnej leczyć operacyjnie. Podobnie, jak wówczas nie mogłem zgodzić się na jego dowodzenie, tak i dziś przytoczone przezeń argumenty nie mogą mnie przekonać. Przedewszystkiem podział postrzałów brzucha na 3 grupy topograficzne, z których mają wynikać wskazania lecznicze, jest sztuczny, nie umotywowany ani anatomicznie, ani klinicznie. Nadto twierdzenie co do obecności tylko pętli jelit cienkich poza pępkiem jest mylne, albowiem na tej wysokości, a nawet i niżej w większości przypadków znajdujemy przede wszystkim poprzecznicę (*colon transversum*), jak pouczają obrazy radioskopijne. Natomiast pominął zupełnie kol. B. jeden czynnik, mający nadzwyczaj ważne znaczenie tak pod względem prognozy, jak i wskazań leczniczych w postrzałach brzucha, — a jest nim stopień wypełnienia czy próżności przewodu jelitowego. Słuszniejsze jest zdanie kol. prelegenta co do wskazówek, jakie wyprowadzać możemy z przebiegu kanału postrzałowego, lecz i to kryterium nie zawsze jest pewne, a czasem nawet nieistniejące, jak w przypadkach postrzałów ślepych o jednym tylko otworze, gdzie już wcale nie zdajemy sobie sprawy z kierunku i przebiegu postrzału. Sądzę przeto, że zasady ogólne, jakie przedstawił kol. B., nie dadzą się poprzeć argumentami przekonywującymi; stanowią one tylko wynik przypadkowych danych klinicznych, spostrzeżonych na materiale chorych danego chirurga, wynik, któremu nie mamy prawa nadawać znaczenia zasady ogólnej postępowania leczniczego. Należy więc i nadal indywidualizować przypadki postrzałów brzucha i kierować się w wyborze metody leczniczej przede wszystkim całością obrazu chorobowego w chwili przybycia ранego, z bacznością uwzględnieniem następujących 3-ch danych wywiadowych, mających tu wagę niezwykłą: 1. rodzaj i sposób pestrzelenia, 2. czas, ubiegły

od zranienia do przybycia chorego do chirurga, 3. rodzaj pierwszej pomocy i sposób transportu z pola bitwy. Dokładne zbadanie i rozważanie tych wszystkich danych da nam najlepszą wskazówkę co do postępowania leczniczego.

[Streszczenie własne].

b) *Leśniowski* sądzi, że prelegentowi należy się uznanie za chęć wprowadzenia pewnego ładu do dziedziny, w której, jak dotąd, żadnych ustalonych zasad niema. Teorya jednak prelegenta nie jest przekonująca. Dla przypadków, dochodzących do rąk chirurga w okresie późniejszym, nowe teorye nie są potrzebne, gdyż postępowanie nasze w tych razach opiera się na zasadach zwykłych. *Clou* zagadnienia leży w przypadkach, świeżo po postrzale dostarczanych chirurgowi. I dla tych właśnie przypadków teorya prelegenta, opierająca się na kierunku postrzału jest nazbyt zawodna: określić kierunek ten jest często bardzo trudno, a gdy mamy tylko otwór wejściowy — niemożliwie. *Mówca* opiera się zazwyczaj na zasadzie następującej: jeżeli zranione jest większe naczynie krwionośne. lub narząd, mogący dać krwotok, to należy operować niezwłocznie, bez względu na kierunek postrzału i jego umiejscowienie. Jeżeli zaś danych co do krwotoku wewnętrznego niema, to postępowanie zależy od zespołu innych danych i ogólnego stanu chorego, w czym najlepszą wskazówką oryentacyjną może być tylko doświadczenie chirurga, podobnie jak w przypadkach perforacji.

c) *Hordyński* nie zgadza się z *Kryńskim*, ażeby kierunek postrzału nie odgrywał roli. Duże statystyki angielskie wykazują, że rany brzucha w kierunku przednio-tylnym przebiegają pomyślniej, niż rany o kierunkach bocznych. Znajduje to uzasadnienie w danych anatomicznych: jelita bowiem oparte są o kreskę nakształt bukietu, wskutek czego postrzały o kierunku przednio-tylnym ranią zwykle tylko kiszki pojedyncze, podczas gdy postrzały boczne ranią większą liczbę jelit i dają większe krwotoki.

d) *Fr. Kijewski* podkreśla ciężkość ran jamy brzusznej. Do Warsz. Lazaretu Miejskiego dowieziono chorych z postrzałami brzucha tylko 308-iu, podczas gdy z postrzałami klatki piersiowej — 1182-ch, co dowodzi, że wielu rannych pierwszej kategorii ginęło bądź na polu bitwy, bądź na pierwszych punktach opatrunkowych. Z tych 308-iu zmarło 92-ch, operowano zaś 94-ch — przeważnie z zejściem niepomyślnem. Wobec tych wymownych liczb z wielkiem uznaniem podkreślić nale-

ży chęć prelegenta ustalenia zasad postępowania chirurgicznego w tych ciężkich przypadkach. Słuszności swej teorii prelegent jednak nie dowiódł. Dla mówcy wskazaniem operacyjnym w przypadkach świeżych będzie nie kierunek lub umiejscowienie postrzału, lecz objawy krwotoku wewnętrznego, bądź też gwałtownie rozwijającego się zapalenia otrzewny.

e) B o r z y m o w s k i odpowiada K r y Ń s k i e m u, że postrzały w górnej części brzucha uważa za dobrotliwe, również jak przytoczony przez K r y Ń s k i e g o autor, z tą jednak różnicą, że wybiera z liczby ich skierowane w lewo, czyli, że robi tylko ściślejszą klasyfikację i uzasadnia ją anatomicznie. Uwaga K r y Ń s k i e g o, że w okolicy pępka leżą także kiszki grube, bynajmniej nie przeczy twierdzeniu B., że w tej okolicy mieszczą się przeważnie jelita cienkie, wskutek czego postrzały tej okolicy muszą być złośliwsze, niż inne. Co do trudności określenia kierunku postrzału, zaznaczonej przez K., to według B., o ile chirurg zwraca specjalną uwagę na badanie kierunku postrzału, zawsze prawie może go ustalić przez wypytywanie rannego oraz badanie otworu wejściowego i wyjściowego. Ranni w brzuch zwykle są przytomni i zdają sobie sprawę, czy front nieprzyjacielski był przed nimi, czy za ich plecami. K r y Ń s k i widzi pewną niekonsekwencję w twierdzeniu B., że postrzały dobrotliwe mogą mieć ciężki przebieg. B. wyjaśnia, że bardzo często przypadek dobrotliwy z początku ma objawy ciężkie, np. w postrzałach żołądka (wymioty krwawe, czkawka i t d.), i w tych właśnie przypadkach teoria B. może oddać największe usługi, chirurg bowiem wówczas, opierając się na niej, pomimo ciężkiego obrazu klinicznego kwalifikuje przypadek do leczenia zachowawczego, i naodwrot, chociaż narazie nie mielibyśmy objawów ciężkich w przypadku złośliwym, natychmiast należy go operować, ponieważ prowadzić on może do ogólnego zapalenia otrzewny. Zalecony przez K r y Ń s k i e g o system „wogóle wyczekujący“ nie może mieć uznania wobec przypadków złośliwych, które z powodu swego umiejscowienia niechybnie muszą prowadzić do ogólnego zapalenia otrzewny.

L e ś n i o w s k i e m u B. odpowiada, że analogia postrzałów brzucha z perforacją jest bardziej powierzchowna, niż istotna. Pomiędzy temi chorobami jest dużo zasadniczych różnic: 1. w perforacjach istnieją zwykle poprzedzające je zrosty i cały szereg zwiastunów klinicznych, czego być nie może w postrzałach; 2. w perforacjach mamy do czynienia z organizmem wycieńczonym zwykle bardzo długą chorobą lub specyficznie zakażonym, czego niema w postrzałach; 3. skłonność do zrostów w otrzewnie i odporność organizmu jest zu-

pełnie inna w tym i drugim przypadku. Opieranie się na tej analogii odnośnie do wskazań mogłoby zaprowadzić nas na fałszywą drogę. B. zgadza się z L e ś n i o w s k i m, że trudniej nieco jest ustalić kierunek kanału postrzałowego, kiedy niema wylotu, ale i w tym przypadku wywiady, badanie kierunku bolesności oraz cechy otworu wejściowego i kierunku kanału skórniego dają nam wiele wskazówek. Przytoczony przez kol. L. przypadek rany ciężkiej, mającej niespodziany kierunek, nie nadaje się do porównania z ranami postrzałowymi, kierunek bowiem noża nie może być zwykle ustalony z wywiadów. Zalecony przez L e ś n i o w s k i e g o system, że „doświadczony chirurg będzie wiedział, co ma robić“, nie może być przyjęty, ponieważ praktyka codzienna nam wykazuje, że najbardziej doświadczeni chirurdzy nie wiedzą, co mają robić w postrzałach brzucha, co jest zupełnie zrozumiałe wobec istniejącego w nauce chaosu co do wskazań operacyjnych. Również nie może być przyjęta rada kol. L., aby operować wówczas, jeżeli jest zraniony jakikolwiek narząd, który może dać „niepożądane powikłanie“, w takim bowiem razie musielibyśmy operować w każdym niemal przypadku postrzału brzucha.

Fr. K i j e w s k i zaleca dwa wskazania do zabiegu operacyjnego: krwotok, zagrażający życiu, i objawy ogólnego zapalenia otrzewny. Wskazania te są zupełnie słuszne, ale i zupełnie niewystarczające; krwotok bowiem w postrzałach brzucha jest zwykle minimalny i tylko przy ranach dużych naczyń i niektórych ranach narządów mięszzowych ma miejsce. Przeto nadzwyczaj rzadko wskazanie to ma zastosowanie. Co zaś do drugiego wskazania, to nie obejmuje ono najważniejszego okresu, mianowicie pierwszych chwil po zranieniu, kiedy zapalenia otrzewny jeszcze niema, a niewątpliwie istnieje największa możność ratowania życia przez zapobieżenie ogólnemu zapaleniu otrzewny.

[Streszczenie własne].

f) K i j e w s k i zaznacza, że wygląd rany może dawać wskazówki co do kierunku postrzału tylko w ranach kulami stożkowatemi, wobec jednak tak licznych w obecnej wojnie ran szrapnelowych — badanie brzegów rany nic nam nie pomoże. Mówca przytacza 3 przypadki z kazuistyki własnej, przypadki na pozór ciężkie, według teorii prelegenta wymagające zabiegu, które jednak bez operacji zakończyły się pomyślnie.

g) L e ś n i o w s k i nie zgadza się, ażeby z wyglądu rany można było zawsze określić kierunek kuli; na pytania

zaś — ciężko ranni zwykle odpowiadają, że nic nie wiedzą. Analogia postrzału z perforacją zachodzi bardzo często, gdyż w wielu przypadkach perforacji nie bywa żadnych zrostów.

h) B o r z y m o w s k i odpowiada, że jednak ranni najczęściej są jeszcze w stanie udzielić pewnych wskazówek. Porównanie z perforacją już choćby dlatego nie jest ścisłe, że cały zespół warunków poprzedzających uszkodzenie jest w obu razach różny. Z przypadków, cytowanych przez K i j e w s k i e g o, dwa potwierdzają teorię mówcy; wyjątki są oczywiście możliwe i słuszności teorii bynajmniej nie przeczą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z d. 20 czerwca 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 39, gości 3.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- T r e ś ć:
- 1) Wiceprezes; Wynik konkursu im. d-ra R o m u a l d a P l a s k o w s k i e g o.
 - 2) K a r w a c k i: O nowej postaci duru rzezkomego.
 - 3) S a l u t r y Ń s k i (Francya): Prosty sposób leczenia złamań uda (odczytał W. H o r o d y Ń s k i).
 - 4) Z w e j g b a u m: O katalogach Bibl. Tow. Lek. Warsz. i o potrzebie katalogu drukowanego.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości: kol. K a r l s b a d a, K o n o w a i A d a m s k i e g o.

III. Prezes zawiadomił, że do księgozbioru Tow-a wpłynęła, jako dar od autora, książka kol. K. R z ę t k o w s k i e

g o p. t.: „Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim“⁴. Warszawa, 1916, str. 223 i XLVII.

IV. Prezes zawiadomił, że Warsz. Tow. Hygieniczne przyjęło z wdzięcznością dublety książek, ofiarowane przez Tow. Lek., i za dar ten składa podziękowanie.

V. Prezes zawiadomił, że w sprawie wyborów przedstawicieli stanu lekarskiego do Rady Miejskiej utworzony został Komitet Wyborczy, do którego weszli: z ramienia W. Tow. Lek-go — prezes P a w i ń s k i, wiceprezes P u ł a w s k i i czł. zarządu S z u m l a ń s k i; z ramienia Stowarzyszenia Lekarzy — prezes P r z y b o r o w s k i i czł. zarządu: K o z e r s k i i J a w o r s k i, oraz z grona członków obu Towarzystw kol.: B r o n o w s k i, H e w e l k e, K a r w a c k i, K o r y b u t - D a s z k i e w i c z, K o p e c z y ń s k i S t a n i s ł a w, K u c h a r z e w s k i, N u s s b a u m, R o d y s, R y ł k o, R z ę t k o w s k i, S k ł o d o w s k i i S z y m a ń s k i. Na przewodniczącego Komitetu wybrany został wiceprezes naszego Tow-a — kol. P u ł a w s k i.

VI. Wiceprezes P u ł a w s k i zawiadomił, że w dn. 10 VI. r. b. na posiedzeniu Komitetu nagrody konkursowej im. d-ra R o m u a l d a P ł a s k o w s k i e g o przyznano nagrodę pracy kol. M a u r y c e g o B o r n s t e i n a p. t.: „O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (*schizothymia reactiva*)“.

VII. L. K a r w a c k i wygłosił rzecz p. t. „O nowej postaci duru rzekomego“. Posiewy krwi, dokonywane stale u wszystkich chorych gorączkujących, pozwoliły prelegentowi ustalić, że istnieją stany chorobowe o typie od „gorączki gastrycznej“ aż do duru ciężkiego, mające za czynnik przyczynowy pewną odmianę ziarników. Oprócz obecności zarazka we krwi istnieje też i wysoki odczyn aglutynacyjny, który w przebiegu zakażenia narasta. Zbadanie 200 surowic w zakażeniach innych na obecność aglutynin ziarnikowych wykazało w 80% odczyn ujemny, jednak prelegent rozpoznaje zakażenie ziarnikowe dopiero od aglutynacji przy 1 : 100. Ziarniki albo wywołują samoistne sprawy zakaźne, albo wklajają zakażenia inne, jako to: dur brzuszny, dur osutkowy, a nawet gruźlicę płuc. Z 36 zakażeń ziarnikowych połowa wypada na sprawy samoistne, połowa na wklajające. W pewnych razach zakażenia ziarnikowe przyjmują cechy nagminne, jak wynika z dwóch epidemii rodzinnych, przytoczonych przez prelegenta. Obraz chorobowy czystych zakażeń ziarnikowych mieści się w ramach tyfoidalnych; stąd jedynie analiza bakteryologiczna (posiew lub wysoka aglutynacja) może przechylić rozpoznanie

na tę lub ową stronę. Prelegent opisuje cechy 16 szczepów ziarnikowych, różniczkując je od gronkowców, czworniaków, *micrococcus candidans*, *micrococcus catarrhalis*. Pewne pokrewieństwo daje się zauważyć jedynie z atypowymi postaciami enterokoka *Thiercelina*. Prelegent proponuje nazwę dla swych pasorzytów — *micrococcus paratyphi*.

[Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) R z ę t k o w s k i zapytuje prelegenta: 1) jak wypadła odczyn dwuazowy w przypadkach opisanych, 2) czy była stwierdzona leukopenia i 3) czy ziarnik, wykryty przez prelegenta, okazał się chorobotwórczym dla zwierząt. Nadto mówca podkreśla ważność danych prelegenta nie tylko dla kliniki duru brzuszego, lecz i dla duru plamistego, liczne bowiem przypadki prelegenta ze względu na swą krótkotrwałość i na charakter krzywej ciepłoty mogłyby być rozpoznawane jako dur plamisty. Mówca radzi unikać określenia „*paratyphus*”, gdyż z pojęciem tem związana jest obecność ściśle zdefiniowanych laseczek paratyfusowych.

b) K a r w a c k i odpowiada, że 1) odczyn dwuazowy wypadł ujemnie, 2) liczba białych ciałek nie była badana i 3) próby na zwierzętach nie były przeprowadzone. Co do nazwy „*paratyphus*,” to śmiało używać jej można jako określenia zbiorowego dla zakażeń, klinicznie przebiegających podobnie do duru; zakażenia te bywają wywoływane nie tylko przez szereg laseczek z grupy las. okrężnicy, lecz i przez ziarniki, np. *micrococcus tetragenis*. Co się zaś tyczy duru osutkowego, to istotnie w wielu razach odróżnienie czystego zakażenia ziarnikowego od atypowych przypadków duru osutkowego, powikłanego przez ziarniki, połączone być może z wielką trudnością.

VIII. S a l u t r y Ń s k i (Francya): „P r o s t y s p o s ó b l e c z e n i a z ł a m a ń u d a”. (Odczytał W. H o r o d y Ń s k i). Ponieważ w pozycyi stojącej oś podłużna uda krzyżuje się z osią podłużną piszczeli, autor sądzi, że wyciąganie za stopę w przypadkach złamań uda nie zabezpiecza od skrócenia kończyny. Jego zdaniem uniknąć tego można, stosując wyciąg bezpośrednio na kość złamaną i dbając, aby wyciąganie odbywało się w kierunku podłużnej osi kości złamanej. W tym celu S. nakłada wyciąg z plastra lepkiego na obwodową część złamanego uda, które umieszcza w leszczotce gipsowej na równi pochyłej. Siła wyciągowa zastosowaną być winna

w kierunku linii, przechodzącej przez krętarz wielki i nieco z przodu od środka stawu kolanowego. Autor sądzi, że działanie dodatnie wyciągu polega nie na sile wyciągu, wzgl. wielkości ciężaru zastosowanego, lecz na stałości wyciągu. Aby uniknąć obrzęku obwodowej części kończyny, S. radzi zakładać plaster nie okrężnie, lecz podłużnie. Również, w celu uchronienia chorego od chromania nawykowego S. radzi wkładać początkowo do obuwia korek, któryby wyrównywał długość obu kończyn, następnie zaś ścinać go stopniowo, co pozwoli miednicy zwolna się przystosowywać. Autor opisuje przypadek, w którym zmuszony był wobec braku przyrządów odpowiednich zaimprovizować przyrząd wyciągowy.

W dyskusyi:

a) B o r z y m o w s k i uważa sposób ten za identyczny ze sposobem H e n n e q u i n a, od dawna stosowanym w szpitalach, także przez B. Tylko uzasadnienie tego sposobu jest oryginalnym pomysłem autora. Nie wchodząc w rozważanie racjonalności tego sposobu, B. nie zgadza się z autorem co do uzasadnienia. Nasamprzód opieranie jakiegokolwiek sposobu na jednym przypadku nie wytrzymuje krytyki pod względem klinicznym, nie mówiąc już o tem, że w przypadku swoim autor przed zastosowaniem leczenia nie zmierzył nogi; nie wiemy przeto, czy i przed wyciągiem nie było tego samego skrócenia. Co zaś do teorii, to według autora wskutek wyciągu za podudzie tworzy się na miejscu złamania kąt otwarty ku górze; tymczasem zjawisko to daje się widzieć w przypadkach wszelkich złamań długich kości, a więc i podudzia i przedramienia i t. d., i zależy od opadania odłamków wskutek ich własnego ciężaru. Chirurdzy wiedzą o tem i dodają zwykle odpowiednie podtrzymanie bezpośrednio pod miejscem złamania; odłamki wówczas nie opadają i kąt, otwarty ku górze, znika. Zresztą, gdyby nawet tak było, jak autor twierdzi, to wogóle nie stosuje się nigdy w złamaniach uda wyciągu tylko podudzia, zawsze obejmuje się wyciągiem także i udo; więc wypadkowa kierunku wyciągu musi być wypadkową kierunków uda i podudzia, a nie samego tylko podudzia. Gdyby jednak i tego także nie brać pod uwagę, to i w takim razie wypadkowa wyciągu wypadłaby inaczej, ponieważ mięśnie, które stanowią, w myśl autora, ramiona przytoczonego przezeń trójkąta, na przedniej powierzchni są złączone z udem ua całej jego długości, nie mogą zatem tak odchylać się od kości, jak to po-
dał autor na swoim rysunku.

[Streszczenie własne].

3

b) B r. S a w i e c k i zaznacza, że obok podobieństwa istnieją między obu sposobami i znaczne różnice. S a l u t r y ń s k i stosuje wyciąg wprost na dolny odcinek uda, podczas gdy w sposobie H e n n e q u i n a zasadniczą rolę odgrywa ustawienie uda za pomocą bandaża w stosunku do goleni, sam zaś wyciąg ma znaczenie drugorzędne.

c) L e ś n i o w s k i przypomina, że wszystkie dotąd znane sposoby leczenia złamań uda są niedostateczne. O wartości nowego sposobu nie rozstrzygną jednak rozważania teoretyczne, lecz praktyka.

d) K r y ń s k i sądzi, że motywy geometryczne autora są słuszne, sama idea sposobu jednak nie jest nowa, gdyż ten sam cel ma na widoku znany sposób wyciągu z gwoździemi, wbijanymi do dolnego odcinka uda.

e) H o r o d y ń s k i sądzi, że teoretyczne wywody autora zdają się być słusznymi, w zastosowaniu może się jednak okazać, że sposób ten nie wprowadza tak radykalnej korekcyi w ułożeniu złamanej kończyny, ażeby znacznie przewyższał sposoby dotychczas stosowane. Na podstawie posiadanej korespondencyi mówca dodaje, że sposób S a l u t r y ń s k i e g o spotkał się z wielkiem uznaniem w Paryskim Stowarzyszeniu Chirurgicznym w r. 1913.

IX. Z w e j g b a u m wygłosił rzecz p. t.: O k a t a l o g a c h B i b l. T o w L e k. W a r s z. i o p o t r z e b i e k a t a l o g u d r u k o w a n e g o". (Patrz str. 167).

W dyskusyi:

a) A. S o k o ł o w s k i sądzi, że katalog umiejętnie jest rzeczą zbytekowną i niepotrzebną oraz popiera zdanie prelegenta o konieczności posiadania przez Tow-o drukowanego katalogu alfabetycznego. Pokrycie jednak wszystkich wydatków, związanych z wydaniem takiego katalogu, jest w czasie obecnym niemożliwe z powodu braku składek od członków nieobecnych, z braku dochodów z nieruchomości i z racyi wydatków, oczekujących Tow-o na zamierzone wydanie stułetniej historii Tow-a. Zważywszy jednak, że prace, związane z wydaniem katalogu, trwać muszą czas dłuższy, mówca stawia wniosek następujący: T-w-o przystępuje do prac przygotowawczych celem wydania drukowanego katalogu alfabetycznego już na jesieni r. bieżącego, przyczem zostaną określone przez Zarząd rozmiary wydatków.

b) G a j k i e w i c z winszuje Zarządowi powziętej myśli i sądzi, że wydrukowanie katalogu na jubileusz stułetniego istnienia Towarzystwa będzie czynem pięknym i bardzo

odpowiednim. Mówca dodaje, że nieobecni członkowie Tow-a zamiarowi temu niewątpliwie przyklasną.

c) A l. Ż u r a k o w s k i uzasadnia zbyteczność, a nawet szkodliwość katalogów rzeczowych i zupełnie zgadza się z potrzebą posiadania drukowanego katalogu alfabetycznego.

Zebrani wnioszek A. S o k o ł o w s k i e g o przyjmują jednomyślnie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zastępca sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 czerwca 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 78, gość 1.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- Treść: 1) P. P r ę g o w s k i. W sprawie leczenia t. z. otępienia wczesnego (*dementia praecox*). Doniesienie tymczasowe.
2) Z. S ł a w i ń s k i. Uproszczony sposób operowania przepukliny pachwinowej. — Próba leczenia *contracturae Dupuytreni*.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gościa: kol. S u s z c z y ń s k ą.

III. P. P r ę g o w s k i wygłosił rzecz p. t.: „W sprawie leczenia t. z. otępienia wczesnego (*dementia praecox*). Doniesienie tymczasowe”. Autor podaje własną metodę leczenia otępienia wczesnego oraz wyniki tego leczenia. Metodę swą opiera autor na własnym, przed 13 laty ogłoszonym poglądzie na istotę otępienia wczesnego w związku z teorią patogenetyczną cierpień neurastenicznych. Zdaniem autora, psychoza ta wywołana zostaje przez zatrucie kory mózgowej produktami wymiany materii, niedostatecznie odprowadzanymi z powodu zacisków w naczyniach krwionośnych i niedostatecznego ich rozszerzania się. Autor przytacza późniejsze prace obce, w których jego pogląd na patogenetę otępienia wczesnego w większym lub mniejszym stopniu znalazł potwierdzenie. Podane przez autora leczenie jest następujące: 1) stosowanie

ogrzewaczów na okolicę kręgosłupa celem zadziałania na ośrodki naczynioruchowe; autor używa znanych termoforów z octanem potasu, ułożonych (4 — 5 sztuk) w pochwie płóciennej; 2) poddawanie całej powierzchni ciała: a) ogólnemu masażowi, b) działaniu natrysków pod wysokim ciśnieniem, c) zwykłemu szorowaniu i masowaniu w czasie kąpeli; 3) chorzy podlegają systematycznemu leczeniu napotnemu i 4) w dalszych okresach leczenia — terapia jodowa. Nadto stosowane bywają według potrzeby środki wzmacniające, nasenne i t. d. W stanach ostrych stosuje się w pierwszych dniach zabieg napotny i masaż ogólny codziennie, a termofory po 2 razy dziennie. Po 4—6 dniach stosuje się w ciągu tygodnia termofory i masaż raz dziennie, kąpiele napotne 3 razy tygodniowo, następnie pierwsze stosuje się 3, a kąpiele napotne 2—3 r. na tydzień. Począwszy od 4-go tygodnia ogrzewacze oraz ogólne miesienie stosowane są dalej po 3 razy, leczenie zaś napotne 1 — 2 r. na tydzień, a natryski wysokiego ciśnienia nie częściej, jak co 5 — 6-ty dzień. Leczenie trwać może szereg miesięcy, z ewent. dołączeniem terapii jodowej. W przypadkach przewlekłych stosuje się odrazu ostatni powolniejszy sposób leczenia. Leczenie opisane stosował autor w przypadkach niewątpliwego otępienia wczesnego, w przypadkach cierpień neurastenicznych, w stanach podniecenia o charakterze nie czysto-maniakalnym i w stanach przygnębienia. Na 86 przypadków leczonych: 1) w 15-u leczenie trwało zbyt krótko (1 — 4 tygodnie), ażeby można było je ocenić; 2) w 14-u przypadkach neurastenicznych, pomimo niedość długiego leczenia, stwierdzono we wszystkich przypadkach bądź znaczną poprawę, bądź całkowite ustąpienie dokuczliwych objawów; 3) w 9-iu przypadkach podnieceń o charakterze mieszanym otrzymano wrażenie, jak gdyby w trakcie leczenia podniecenie traciło charakter mieszany i stawało się czysto maniakalnym; 4) z pozostałych 48 iu przypadków było: a) 20 przypadków ostrego otępienia wczesnego łącznie z depresją lękową; z nich 6 zakończyło się zupełnym wyzdrowieniem, w 11-u stwierdzono znaczną poprawę, a w 3-ch nieznaczną, ale wyraźną, choć leczenie trwało w tych 14-u przypadkach niedość długo; b) 16 przypadków przewlekłego otępienia wczesnego; z nich 2 skończyły się wyzdrowieniem, w 8-iu, niedość długo leczonych, stwierdzono polepszenie, w pozostałych zaś 6-iu, choć dostatecznie długo leczonych, poprawy nie zauważono; c) 10 przypadków przygnębienia niełękowego, z których w 6-iu nastąpiło wyzdrowienie, a w 4-ch, zbyt wcześnie wypisanych — poprawa; wreszcie d) 2 przypadki z przypuszczeniem otępienia wczesnego; w jednym z nich nastąpiła poprawa, drugi nie

uległ poprawie. Zabiegi prowadzone były głównie w lecznicy prywatnej autora, czem tłumaczy się zbyt wczesne nieraz przerywanie leczenia. Autor, powstrzymując się od wypowiedziania wniosków szczegółowych o stopniu i zakresie skuteczności swego leczenia, dodaje, że w latach 1863—1864 anglik Ch a p m a n stosował w cierpieniach, polegających zdaniem jego na wpływach naczynioruchowych, ciepło i zimno na okolicę kręgosłupa, pragnąc w ten sposób zadziać na nerwy naczynioruchowe.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) B o r z y m o w s k i zaznacza, że stosowane przez chirurgów w niektórych cierpieniach, np. w chorobie R a y n a u d a, pasy elektryczne dla odpowiedniego regulowania ciepła mają tę zaletę, że nie stygną tak prędko, jak ogrzewacze, stosowane przez prelegenta.

b) K o p c z y ń s k i S t a n i s ł a w zaznacza, iż stosowanie przez prelegenta obok termoforów i innych środków leczniczych (natrysków, jodu, opium, zmiany otoczenia, leżenia w łóżku i t. d.) niezmiernie utrudnia należytą ocenę tego zabiegu. Następnie, zdaniem mówcy, prelegent zbyt upraszcza niesłuchanie zawią sprawę patogenezy stanów neurastenicznych i otępienia przedwczesnego, sprowadzając je do utrudnionego wydzielania przez skórę wytworów samozatrucia z powodu zaciskowego stanu naczyń w skórze. Znamy przecież aż nadto dobrze przypadki t. zw. nerwic naczynioruchowych, które żadnych oznak neurastenii, a zwłaszcza jej zasadniczych cech — wzmożonej pobudliwości nerwowej, spotęgowanej samoobserwacyi i skłonności do idei hypochondrycznych—nie przedstawiają. Jeżeli już wychodzić z tego założenia, co prelegent, to raczej w poszukiwaniach terapeutycznych należałoby dążyć do zapobiegania zamozatruciu organizmu tymi lub innymi wytworami gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, których w otępieniu przedwczesnem dziś poszukujemy, aniżeli uciekać się do dość ryzykownego dla niektórych chorych zabiegu—rozszerzania naczyń w skórze.

[Streszczenie własne].

c) P a w i ń s k i przypomina, że teorye powstawania nerwic i innych chorób na tle zaburzeń naczynioruchowych wielokrotnie były podawane; np. według H u c h a r d a zaburzenia naczynioruchowe prowadzą do miażdżycy tętnic. Nieraz zaprzeczano tym teoryom, opierając się na tem, że zaburzenia wspomniane polegają nie na stałych zaciskach naczyniowych, lecz że chodzi tu o zmienność stauu naczyń (zweżenie, a po

niem rozszerzenie); pytanie zasadnicze polega właśnie na tem, czy owa gra wazomotorów prowadzić może do zmian stałych w ustroju, czy tylko do przejściowych. Od rozstrzygnięcia tej i innych kwestyi z dziedziny działania i znaczenia nerwów nacynioruchowych zależeć będą przyszłe teorye stanów nerwowych, a co za tem idzie, i ich leczenie. W leczeniu stanów nerwowych za pomocą różnych procedur hydropatycznych należy być bardzo oględnym, często bowiem nie możemy przewidzieć, jak chory będzie je znosił; niektórzy chorzy doznają skutkiem zabiegów wodoleczniczych tak silnego podniecenia, że zabiegi te przynoszą im tylko szkodę. Wobec tego wskazana jest wielka ostrożność i ścisła indywidualizacja przypadków.

d) P r ę g o w s k i odpowiada B o r z y m o w s k i e m u, że ponieważ chodzi mu o działanie ciepła w tej czy innej postaci, więc propozycja B - g o stosowania pasów elektrycznych wydaje mu się najzupełniej słuszną i może okazać się równie celową, jak ogrzewacze lub inne zabiegi. K o p c z y ń s k i e m u — że metodę swoją w formie czystej stosował z początku, później zaś dopiero, przekonawszy się o jej działaniu dodatniem, dołączał inne zabiegi i środki dla wzmożenia jej działania. Co do istoty neurastenii, to kwestyi tej, jako odrębnej i zbyt obszernej, na tem miejscu poruszać nie możemy; jest jednak rzeczą zrozumiałą, że leczenie stanów nerwowych każdy lekarz uzależnia od zasadniczego poglądu na te stany. Zdanie P a w i ń s k i e g o co do potrzeby ostrożności i indywidualizacji w leczeniu hydropatycznym prelegent podziela całkowicie i zawsze temi zasadami się kierował.

IV. W. G a j k i e w i c z składa kilkanaście książek w darze dla Bibl. Tow. oraz listę składek na Pracownię naukową Tow.

V. S ł a w i ń s k i wygłosił rzecz p. t.: „P r ó b a l e c z e n i a *contracturae palmaris Dupuytreni*“ i pokazał chorego na to cierpienie. Prelegent zaznacza, że obok typowych przykurczeń bliznowatych istnieją zgrubienia guziczkowate (nacieczenia) głębokiej warstwy skóry. W przypadku przedstawionym, dotyczącym 51-letniego mężczyzny, u którego od 30-u lat istniało przykurczenie pierwszego, czwartego i piątego palca, prelegent w celu leczniczym zastrzykiwał 1% i 2% roztwór siarczanu miedzi w same zgrubienia. Wynik jest nader zachęcający, chory bowiem prostuje dowolnie przykurczone dawniej palce i może pisać.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) K o p c z y ń s k i S t a n i s ł a w, powołując się na własny, przedstawiony przed kilku laty w T. L. W. przypadek przykurczeń D u p u y t r e n a na wszystkich czterech kończynach chorego, dotkniętego wiałdem rdzenia, porusza sprawę patogenezy tego cierpienia, gdyż ona może też wyświetlić skuteczność terapii. Zdaniem K., dziś w neurologii zapatrujemy się na te przykurczenia, jako na skurcze i bliznowate zgrubienia rozścięгна kiściowego (*aponeurosis palmaris*) w następstwie drażnienia miejscowego przy odpowiednim usposobieniu ośrodków nerwowych odływczycych (w bocznych rogach rdzenia szyjnego lub lędźwiowego). Stąd 1) zjawianie się tych przykurczeń u robotników w pewnych zawodach (np. u krajaczy korków — spostrzeżenia B r i s s a u d a) i 2) występowanie tych przykurczeń rodzinami, np. K. spostrzegał je u dwóch braci. Istnieje tu pewna analogia do choroby R a y n a u d a, w której także wpływy ośrodkowe odgrywają pewną rolę. Zdaniem autorów francuskich mamy tu do czynienia z t. zw. dystrophią mezodermalną, z zaburzeniem rozwojowem w zakresie tkanki łącznej. Wobec wpływów ośrodkowych leczenie miejscowe jest niezmiernie trudne. [Streszczenie własne].

b) H o r o d y ń s k i odpowiada K o p c z y ń s k i e m u, że należy rozróżniać kontrakturę D u p u y t r e n a od innych przykurczeń. Typowa kontraktura D. polega na zgrubieniu tylko p o w i ę z i i bywa cierpieniem dziedzicznym. Inne przykurczenia, np. obserwowane przez K o p c z y ń s k i e g o, mogą polegać na skurczach czy zgrubieniach innych tkanek i zależeć od różnych przyczyn, między innymi i od ośrodków nerwowych, jak owe przykurczenia symetryczne.

c) K r y ń s k i zaznacza, że trudno jest ustalić związek przyczynowy między cierpieniem a działaniem stosowanego przez prelegenta środka. Zakres działania tego środka w promienicy, co zaznaczył prelegent, a w przypadkach przykurczeń D u p u y t r e n a, są to rzeczy tak różne, że niepodobna między niemi dopatrywać się analogii. Może chodzi tu o działanie podobne do działania stałych rozczyńców azotanu srebra, a więc wybitnie ropotwórcze i zarazem aseptyczne, skutkiem którego następuje rozpuszczanie się tkanki. Liczyć się jednak należy z możliwością, że w przyszłości, jako reakcja, nastąpić może zbliznowacenie tkanki.

d) K o p c z y ń s k i S t a n i s ł a w odpowiada H o r o d y ń s k i e m u, że nie miał na myśli żadnych innych przykurczeń, np. przykurczeń w zakresie czwartego i piątego

palca w następstwie porażenia nerwu łokciowego, które nie wspólnego z przykurczeniem Dupuytren'a nie mają; K. mówił jedynie o przykurczeniach w następstwie skurczu rozciągną kiściowego (*aponeurosis palmaris*) i właśnie cecha dziedziczności tego cierpienia, na którą powołuje się Hordyński, świadczy o wpływie na to cierpienie ośrodków nerwowych odżywczych. [Streszczenie własne].

e) Pawiński zapytuje, czy cierpienie omawiane nie stoi w związku ze stanami artretycznymi.

f) Sławiński w odpowiedzi Kocyńskim u potwierdza zdanie, wyrażone już przez Hordyńskiego. Co do patogenezy cierpienia, to sądzi, że teoria zakazenia miejscowego ma za sobą dużo danych i zaznacza, że wobec zupełnej bezradności terapeutycznej otrzymany wynik w jednym wprawdzie przypadku zachęcić winien do dalszych prób. Związku z artretyzmem prelegent nie spostrzegł.

VI. Sławiński wygłasza rzecz p. t.: „Uproszczony sposób operowania przepukliny pachwinowej”. Prelegent podaje uproszczony sposób operacji doszczętej przepukliny pachwinowej, który polega na: 1) nie wyluszczeniu worka przepuklinowego po zaszyciu szyi; 2) pozostawieniu powrózka na miejscu, bez przenoszenia takowego; 3) przszyciu do więz pachwinowego tylko rozciągną bez mięśni głębokich, przyczem rozciągną powinno być przecięte powyżej odnogi wewnętrznej w zbitej warstwie rozciągną, dolnym zaś płatem rozciągną przykryć wówczas można; wzmocnić przez to warstwę ścięgnistą ściany brzusznej.

[Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) Kryński sądzi, że pomysł prelegenta jest najzupełniej słuszny, przypomina jednak, że w podobny sposób postępował chirurg Jud w klinice braci Mayo. Pewną wątpliwość budzi tylko pozostawienie na miejscu sznurka nasiennego, przez to bowiem pozostaje ów „*locus minoris resistentiae*”, który może być powodem nawrotu cierpienia. Z tego względu dużo na słuszności metoda Bassiniego, według której sznurek nasienny przenosi się wyżej. Mówca często stosuje w przepuklinach wielkich sposób własny, najradykałniejszy w tym kierunku, a mianowicie cały sznurek nasienny wraz z jądrem przenosi do jamy brzusznej.

b) L e ś n i o w s k i podkreśla rolę wiotkości ściany brzusznej w patogenezie przepukliny; wiotkość owa jest często przyczyną pierwotną powstawania przepuklin i najczęstszą przyczyną nawrotów nawet po najlepiej wykonanych zabiegach. Mówca niedawno operował chorego po raz siódmy, a po 2-ach miesiącach przepuklina wystąpiła znowu. Co do pozostawiania worka, to mówca sądzi, że dużych worków pozostawiać nie należy, większa bowiem jama może nie zarosnąć. Nieprzyszywanie mięśni również nie wydaje się mówcy celowym.

c) K r a u z e także sądzi, że dużego worka pozostawiać nie należy wobec możliwości powstawania wodniaka; mówca pozostawia worek po uprzednim rozcięciu na ścianie wewnętrznej tylko w razie obecności znacznych zrostów. Naogół sposób prelegenta wydaje się mówcy dobrym i wart jest wypróbowania, ale i po nim nawroty są możliwe.

d) B o r z y m o w s k i przeciwnie sądzi, że pozostawianie worka jest szczególnie wskazane wtedy, gdy chodzi o dużą przepuklinę. Ma to specjalne znaczenie, gdy operuje się ludzi starych i wyniszczonych, trwanie bowiem zabiegu zostaje znacznie dzięki temu skrócone. Usuwanie worka jest tylko wtedy wskazane, gdy zabieg ten daje się uskutecznić z łatwością.

e) K a c z y ń s k i zapytuje prelegenta, czy podana przezeń metoda dałaby się zastosować w przypadkach *herniae accretae*, gdy jelito na znacznej przestrzeni jest przyrośnięte w worku przepuklinowym, wobec czego nie można uniknąć wyseparowania worka.

f) S ł a w i ń s k i w odpowiedzi, nie mogąc dla braku czasu wdawać się w szczegółową ocenę teorii powstawania przepuklin, zaznacza tylko, że obecność powrózka nie może grać żadnej roli we wzmocnieniu ściany, i raz jeszcze wyjaśnia, że dachówkowanie płatów nie może mieć — jego zdaniem — takiego znaczenia, jak złączenie mocnego odcinka rozścięgną z więzmem. Powstawania wznów nie można objaśniać wyłącznie własnościami tkanek. Przez dokładne zbliżenie i zeszywanie niezmięionej powięzi otrzymać się daje pewną bliznę nawet u osobników z wiotką ścianą brzuszną, z zachowaniem wszakże dwu warunków: dokładnego łączenia starannie odświeżonych (nie bliznowatych) brzegów powięzi oraz odpowiedniego kierunku cięcia powięzi. K a c z y ń s k i e m u odpowiada, że trzeba zawsze dojść do wolnej otrzewny powyżej worka, ażeby móżdżek szczelnie zamknąć jamę otrzewny, co nie wyłącza możliwości

pozostawienia części ściany worka, przyrośniętej do jelita, jeżeli oddzielenie jej powoduje większe trudności.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. sekretarza: *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z d. 19 września 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 73, gości 2.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- T r e ś ć:** 1) Sekretarz Stały. W sprawie wznowienia posiedzeń sekcyjnych w Towarzystwie Lekarskiem i w sprawie ustępstwa hipotecznego dla sumy, lokowanej na domu Nr. 685.
2) *J o n s c h e r K.* Badania refraktometryczne surowicy i płynu mózgowordzeniowego u dzieci.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił zebranych, że w międzyczasie wakacyjnym zaszły 4 zgony osób, związanych ściśle z Towarzystwem Lekarskiem:

1) 2 lipca r. b. zmarł *J u l i a n J a n k o w s k i*, wieloletni sekretarz kancelaryi Tow. Lek. Warsz., w 83 r. życia. Zasługi Jego uwydatnił Prezes Towarzystwa w następującej mowie pogrzebowej: „Stoimy nad mogiłą, która pokryje za chwilę doczesne szczątki zacnego człowieka, pożytecznego członka społeczeństwa, który w długiej pielgrzymce życiowej wytrwale i sumiennie obowiązki swe, ku pożytkowi instytucji, spełniał. Na skromnem stanowisku sekretarza Tow. Lekarskiego ś. p. *J a n k o w s k i* przez blisko lat 60 zazna-
czył się rzetelną pracą, całkowitem oddaniem się obowiązkom, kładł w nie całą duszę i serce, zespolił się z Tow. tak silnie i trwale, że tylko śmierć mogła ten związek, ze stratą dla Towarzystwa, rozzerwać. Ś. p. *J u l i a n J a n k o w s k i*, ur. 21 grudnia 1831 r. w ziemi Kaliskiej w Łęczycy, ukończył gimnazjum w Płocku

w 1850 roku. W rok później wstąpił w Warszawie do kancelaryi głównego inspektora lekarskiego przy Komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych w Królestwie Polskiem. W r. 1860 został sekretarzem Rady lekarskiej Królestwa Polskiego; w 1866 r. otrzymał stanowisko sekretarza-protokulisty Szkoły Głównej, a po przemianie tejże na Uniwersytet został młodszym pomocnikiem sekretarza Rady i Zarządu, a następnie starszym pomocnikiem i zarządzającym kasą uniwersytecką. W r. 1887 po 35 latach, uwolniony na własne żądanie, otrzymał emeryturę, pełnił jednak nadal obowiązki do roku 1888. Praca zmarłego w Tow. Lekarskiem rozpoczyna się w roku 1857, a więc prawie przed 60 laty, przy założeniu Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Wkrótce zostaje sekretarzem kancelaryi Tow., a jednocześnie bierze żywy udział w sprawach Kasy wsparcia, jest, według słów, wypowiedzianych przez doktora Jakowskiego, zarządzającego podówczas Kasą, na 50-letnim jubileuszu zmarłego: szczerym przyjacielem i prawdziwym opiekunem wdów i sierot, zna najlepiej ciężkie warunki ich egzystencji, przekłada i wstawia się za najbardziej potrzebującymi. Komitet Kasy ma w nim szczerego i oddanego instytutcyi pomocnika, oddanego nie pozornie, lecz istotnie, wlewającego w swe zajęcie całą duszę i energię, nigdy nie słabnącą, pomimo tylu lat zmudnej pracy. W młodości spoglądał zmarły okiem pełnym nadziei na świtający dla kraju brzask lepszej przyszłości, patrzył na tworzenie się Akademii Medycznej, był świadkiem powstania i rozwoju Szkoły Głównej. Lata męskiej dojrzałości przepędził, jak my wszyscy, wśród mroków, uciemżenia i poniżenia. Nie upadł jednak na duchu, a wśród zmiennej losów kolei pracował sumiennie i wytrwale, przyczyniając się wraz z przewodnikami naszego Towarzystwa do utrzymania tej jedynej w kraju instytutcyi, w której murach mowa polska ani na chwilę brzmieć nie przestawała. Niestety, żal ogarnia, że nie doczekał zmarły choć w późnej starości radosnej chwili, gdy po wstrząsających świat cały burzach zabyłśnie na ziemi naszej jutrzienka jaśniejszej przyszłości. W pracy i ciężkich zawodach życiowych krzepiła ś. p. J a n k o w s k i e g o głęboka wiara, wewnętrzne zadowolenie ze spełnianego obowiązku względem instytutcyi i społeczeństwa. Do zmarłego możemy zastosować słowa filozofa greckiego, Epikteta: „Daj społeczeństwu i ojczyźnie obywatela zacnego i cnotliwego — większej przysługi nie mógłbyś jej wyświadczyć. Życie jest długą i ciężką walką: jeden w niej wodzem, drugi żołnierzem, każdy na swoim posterunku położyć może zasługi. Nam spełniać swe zadanie,

a bogom je wybierać". Cześć człowiekowi, który zadanie swe wypełnił!"

2) 20 lipca zmarł w Warszawie dr Ludwik Chyb-czyński.

3) 30 lipca zmarł w Otwocku dr Feliks Arnstein, członek czynny Tow. Lek. Warsz., zasłużony lekarz praktyk i balneolog

4) 6 Września r. b. Towarzystwo nasze poniosło dotkliwą stratę z powodu zgonu ś. p. doktora medycyny Józefa Emilianą Peszkego, członka czynnego i wielce zasłużonego Bibliotekarza Tow. Lek. War. Pamięć tego zacnego kolegi i niestrudzonego pracownika na niwie historii medycyny Polskiej i językoznawstwa uczcił przemówieniem nad mogiłą zmarłego Prezes Towarzystwa dnia 8 Września r. b. (p. Gaz. Lek. Nr 12 r. 1916).

Na wniosek Prezesa pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

III. Prezes zawiadomił, że z powodu uroczystego obchodu ku uczczeniu prof. anatomii Uniwersytetu Genewskiego Zygmunta Laskowskiego, ustępującego z przyczyny podeszłego wieku z katedry, Towarzystwo nasze wysłało słowa uznania i najserdeczniejsze życzenia dla sędziwego profesora. Prof. doktorowi H. Świecickiemu z Poznania, członkowi honorowemu Tow. Lek. Warsz., przesłano również serdeczne życzenia jubileuszowe.

IV. W sprawie wyborów na radnych st. miasta Warszawy z grona lekarzy Prezes zakomunikował: Z ramienia Towarzystwa Lekarskiego i Stowarzyszenia Lekarzy wybrany był (9 czerwca r. b.) Komitet przedwyborczy (patrz str. 197). Z łona tego Komitetu wybrano kol. Kozerskiego, jako delegata do Centralnego Komitetu Narodowego, pod którego egidą odbywały się prace przedwyborcze do Rady miejskiej.—Komitet Przedwyborczy Lekarski pod przewodnictwem wiceprezesa naszego Towarzystwa A. Puławskiego odbył szereg posiedzeń, na których ustalono listę kandydatów na radnych i ich zastępców z kuryi III-ciej grupy 4-ej (obejmującej lekarzy i farmaceutów). Po przeprowadzeniu wyborów w d. 10 Lipca r. b. okazało się, iż na stanowiska Radnych powołano: K. Chełchowskiego, W. Chodźkę i Jana Rutkowskiego (farmaceutę); na zastępców: kol. F. Pawlikowskiego p. Wł. Żółtowskiego (farmaceutę), Gustawa Zahrtą (farmaceutę), kol. Puławskiego, Rzętkowskiego i J. Jaworskiego. Oprócz tego na stanowiska Radnych weszli następujący lekarze: Z kuryi uniwersytec-

kiej rektor J. Brudziński; z kuryi I-iej: J. Zawadzki, L. Babiński i P. Pręgowski; z kuryi II: A. Rząd; z kuryi IV J. Muttermilch i J. Reszala; z kuryi V-iej S. Goldflam. Na stanowiska zastępców: z kuryi I-iej J. Szmurło, z kuryi V-iej I. Łuczynski, J. Rogoziński, A. Kozerski, L. Wernicki K. Rychliński. Z weterynarzy zastępcami są pp. Piaszczyński i Dudrewicz. Prezesem Rady Miejskiej został rektor Uniwersytetu Warszawskiego J. Brudziński, wiceprezesem dr J. Zawadzki.

V. Prezes proponuje złożyć wiceprezesowi Towarzystwa, Przewodniczącemu komitetu przedwyborczego do Rady Miejskiej stoł. m. Warszawy, A. Puławskiemu, podziękowanie za trudy w pracach przedwyborczych.

VI. Prezes odczytał następującą odezwę Warsz. Stow. Lekarzy: Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy w Warszawie z tytułu zadań swych uważa się powołanym i uprawnionym do podjęcia inicjatywy projektu powiększenia wynagrodzenia lekarzom naszym, na ziemiach polskich obecnie praktykującym, a powoływanym do tłumienia epidemii chorób zakaźnych. Zebranie ogólne Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy w d. 7 lipca 1916 r. uchwała wystąpić z inicjatywą i podjąć starania właściwe, a także zaproponować wszystkim innym polskim zrzeszeniom zawodowo-lekarskim i towarzystwom lekarskim również podjęcie starań: 1) O podwyższenie wogóle wynagrodzenia dziennego lekarzom prywatnym, delegowanym przez władzę do tłumienia chorób zakaźnych, zwłaszcza tyfusu wysypkowego. 2) O wprowadzenie remuneracji, w formie dyet, uzupełniającej wynagrodzenie lekarzy urzędowych, zajętych tłumieniem tyfusu wysypkowego. 3) O wyznaczenie osobnej kwoty pieniężnej na dezynfekcję odzieży i osoby lekarza, zajętego tłumieniem wogóle chorób zakaźnych, specjalnie zaś tyfusu wysypkowego. Zebranie Ogólne Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy w d. 7 lipca 1916 r. w celu utrwalenia pamięci kolegów-rodaków, którzy w niezwykłe ciężkiej dobie obecnej, podczas wojny, spełniając obowiązki zawodowy, podczas groźnie szerzącej się epidemii chorób zakaźnych, głównie tyfusu wysypkowego, ratując bliźnich, sami śmierć z choroby tej ponieśli, a przez to stali się najwyższym wyrazem poświęcenia, zaparcia i bohaterstwa, okryli chlubą zawód nasz, uchwała wydrukować imiona ich w Pamiętniku Stowarzyszenia i zaproponować, aby toż samo uczyniły wszystkie czasopisma lekarskie

polskie i wogóle wszystkie wydawnictwa towarzystw i zrzeszeń lekarskich polskich.

Lista zmarłych lekarzy: 1) Dr Jerzy Urbanowicz, b asystent szpitala św. Łazarza w Warszawie, na czas wojny powołany na stanowisko ordynatora szpitala wojskowego w Ekaterynburgu, zmarł tamże na tyfus, przeżywszy lat 28, w końcu stycznia 1915 r. 2) Dr Mieczysław Halpern zmarł na tyfus wysypkowy, w wieku lat 38 w Warszawie, 15 kwietnia 1915 r. 3) Dr Henryk Krzyżekowski zmarł w Zamościu na tyfus wysypkowy w kwietniu 1915 r. 4) Dr Adam Gruchalski zmarł w Gorlicach na Śląsku Pruskim, w wieku lat 44. Zmarły praktykował w Kleczewie (Kaliskie). Po zajęciu przez okupację Kleczewa, został wywieziony na Śląsk, jako zakładnik, i tam w obozie jeńców zmarł na tyfus wysypkowy, w maju 1915 r. 5) Dr Stanisław Urban zmarł na tyfus wysypkowy w Sejnach (Suwalskie) w maju 1915 r. 6) Dr Anna Tarapaniówna, asystentka szpitala Starozakonnych w Warszawie, zmarła na tyfus wysypkowy w wieku lat 29, w Grudniu 1915 r. 7) Dr Jan Jarzyński, lekarz szpitala wolskiego, wzięty do niewoli w Modlinie, praktykował potem w Zakroczymiu, zmarł na tyfus wysypkowy w marcu 1916 r. 8) Dr Magnus Brokman, lekarz naczelny szpitala w Kaliszu, zmarł na tyfus wysypkowy w wieku lat 63. 9) Dr Ignacy Jaroszyński, lekarz osady Piaski Luterskie, zmarł na tyfus wysypkowy w wieku lat 48, w marcu 1916 r. 10) Dr Karol Jamiolkowski, lekarz szpitala w Radzyminie, zmarł na tyfus wysypkowy w wieku lat 28, w marcu 1916 r. 11) Dr Antoni Dutkiewicz w Kazimierzy Wielkiej (w ziemi Kieleckiej), zmarł na tyfus wysypkowy w wieku lat 54, w grudniu 1915 r. 12) Dr Ludwik Katyński, lekarz miejski, były burmistrz i obywatel w Bieczu (Galicya w Jasielskiem), zmarł na tyfus w październiku 1915 r., w wieku lat 51. 13) Dr Witold Bilwin zmarł na tyfus w Olchowcu nad Dniestrem, w październiku 1915 r. 14) Dr Hugo Łazarus, zmarł w Krakowie w Jarosławskim, w październiku 1915 r. 15) Dr Leon Petersein, Krakowianin, lekarz pułkowy, zmarł na tyfus wysypkowy w niewoli rosyjskiej w Nowo-Mikołajewsku, pełniąc służbę lekarską, w październiku 1915 r. 16) Dr Maryan Bujalski, lekarz okręgowy w Obertynie, zmarł w wieku lat 56, 10 stycznia 1916 r., na tyfus wysypkowy. 17) Dr Adolf Keifer, były lekarz miejski, honorowy obywatel miasta Tarnobrzega, zmarł na tyfus w Grudniu 1915 r. 18) Dr Miron Jojus, długoletni lekarz miasta Sokala, zmarł w wieku lat 62,

na tyfus, w grudniu 1915 r. 19) Dr **Maryan Sokołowski** z Krakowa, zmarł we Lwowie w wieku lat 32 na tyfus wysypkowy w listopadzie 1915 r. 20) Dr **Maciej Godęcki**, lekarz powiatowy w Lubartowie, zmarł na tyfus wysypkowy w grudniu 1915 r. 21) Dr **Paweł Jaglarz**, lekarz szkolny, zmarł na tyfus wysypkowy w niewoli rosyjskiej w Kokanie, w Turkiestanie, w grudniu 1915 r. 22) Dr **Klemens Lipiński** zmarł na tyfus w wieku lat 34 w Łodzi w październiku 1915 r. 23) Dr **Leon Grosman**, lat 42, zmarł na tyfus wysypkowy w Łodzi. 24) Dr **Szymon Gersuni** zmarł na tyfus plamisty w wieku lat 48 w Łodzi 12 kwietnia 1916 r. 25) Dr **Maksymilian Schlank**, lekarz miejski w Oświęcimie, zmarł na tyfus w styczniu 1916 r. 26) Dr **Ferdynand Eichhorn** z Krakowa zmarł na tyfus w Wiedniu w lutym 1916 r. 27) Dr **Karol Rotkel** zmarł na tyfus w Lublinie w marcu 1916 r. 28) Dr **Władysław Małoszewski**, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, zmarł na tyfus wysypkowy w wieku lat 28 w Hrubieszowie w styczniu 1916 r. 29) Dr **Teofil Szpot** zmarł 17 maja 1916 r. na tyfus wysypkowy w wieku lat 45 w Pińczowie. 30) Dr **Stanisław Wisznicki** zmarł 13 maja 1916 r. na tyfus wysypkowy w wieku lat 50 w Szydłowcu. 31) Dr **M. Nowiński** zmarł na tyfus wysypkowy w Bychawie, w ziemi Lubelskiej. 32) Dr **Feliks Arnstein** zmarł 30 czerwca 1916 r. na tyfus wysypkowy w wieku lat 67 w Otwocku. 33) Dr **Lucyan Kozicki** zmarł na cholera w październiku 1915 r. w Baranowiczach. 34) Dr **Michał Glinraimer**, lekarz miejski i okręgowy w Tłustem w Galicyi, zmarł na cholera w październiku 1915 r.

Pamięć zmarłych, na wniosek Prezesa, uczczono przez powstanie z miejsc.

VII. Prezes powitał gości: **Koskowskiego** i **Konową**.

VIII. Bibliotece Tow. Lek. ofiarowali swoje prace: **Teodor Hejman** „Etyka lekarska i obowiązki lekarza (deontologia)“. **Matylda Biebler** „Podręcznik higieny“. **Feliks Malinowski** „Choroby weneryczne“ t. II.

IX. Sekretarz Stały, **A. Sokołowski** odczytał życiorys 3 zmarłych członków Tow.:

1) „**Feliks Arnstein**, czynny członek naszego Towarzystwa, wybitny lekarz praktyk i balneolog, człowiek o gruntownej wiedzy, charakter prawy i zacny, sumienny pracownik

na niwie literatury lekarskiej, padł ofiarą swego ciężkiego zawodu; zmarł po kilkodniowej chorobie na ciężki tyfus wysypkowy w dniu 30 lipca r. b. w Otwocku, gdzie, wyręczając nieobecnych wskutek wojny kolegów, pełnił obowiązki lekarskie w jednym z tamtejszych sanatoryjów. Ze śmiercią Arnsteina ubył nam jeden z rzadkich już dziś lekarzy, który, nie zasklepiając się w ścisłej specjalności, starał się ogarnąć całokształt praktyki lekarskiej; ścisła obserwacja i sumienne traktowanie licznej klienteli prowincjonalnej doprowadziły go do tego, że był również biegłym lekarzem internistą, jako też pediatrą i akuszerem. Tę sprawność swoją i wielki pożytek, jaki licznej rzeszy chorych oddawał w ciągu kilkudziesięcioletniej praktyki w Kutnie, a następnie w Ciechocinku, zawdzięczał wybornemu zmysłowi obserwacyjnemu, sumiennemu badaniu chorych i ciągłej pracy nad sobą przez uzupełnianie swych wiadomości lekarskich. Aczkolwiek po ukończeniu uniwersytetu dla braku środków materialnych nie mógł uzupełnić swych braków przez dalsze studia na wszechnicach zagranicznych, usilną jednakże pracą nad sobą wyrobił się na wybitnego lekarza praktyka, który nietylko wiedzę swoją stosował z wielkim pożytkiem dla chorych, lecz znajdował jeszcze czas na ogłoszenie w naszych pismach lekarskich licznych prac (przeszło 60), przeważnie kazuistycznych, wybornie napisanych, z najróżnorodniejszych działów medycyny wewnętrznej i balneologii; niektóre nawet, jako to: „O biegunce letniej u dzieci“, „O wartości leczniczej wód Ciechocińskich“ — stanowią wybornie opracowane monografie o trwalszej wartości. Ze śmiercią Arnsteina ubył nam wyborny lekarz praktyk, doskonały balneolog, zacny i prawy człowiek, miłujący serdecznie swój kraj Ojczysty. Cześć jego pamięci!—Felix Arnstein urodził się w Warszawie w roku 1849. Po ukończeniu gimnazjum w roku 1868 wstąpił na medycynę do Szkoły Głównej. Nauki lekarskie ukończył w roku 1873 w Uniwersytecie Warszawskim. W tymże roku osiedlił się w Kutnie, gdzie pozostając przez lat 34, uzyskał rozległą praktykę, zasłużony rozgłos i uznanie wśród wszystkich warstw tamtejszego społeczeństwa. W 1907 roku przeniósł się na stałe do Warszawy, wyjeżdżając na lato do Ciechocinka, gdzie również zyskał rozległą praktykę i powszechny szacunek. Prace swoje w liczbie 63-ch ogłaszał w czasopiśmie warszawskich; spis ich szczegółowy ogłoszony został w Nr. 3 Gazety Lekarskiej r. b.“

2) „Ś. p. Ludwik Chybczyński, członek czynny naszego Towarzystwa od roku 1909. Urodził się w Warszawie w 1866 r. Dyplom lekarski otrzymał w Warszawskim Uniwer-

sytecie w 1893 r., poczem przez lat kilka praktykował w Rosyi. W roku 1903, po odbyciu studyów w Paryżu w dziedzinie dermatologii, osiadł w Warszawie. Ogłosił drukiem: 1) O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną. „Przegląd chor. wen. i skór.“ 1908. 2) O dotychczasowych sposobach stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. „Medycyna“ 1909. 3) Rad, jego własności i stosowanie w medycynie. „Przegl. chor. wen. i skór.“ 1909 i 1910. Zmarł w Warszawie dnia 20 lipca r. b. Cześć jego pamięci!“

3) „Ś p. Dr Med. J ó z e f P e s z k e. Nauki lekarskie w Królestwie po upadku powstania Listopadowego i zamknięciu pięknie rozwijającego się uniwersytetu Warszawskiego, znalazły się w okresie nad wyraz ciężkim; życie bowiem umysłowe we wszystkich dziedzinach wiedzy zaczęło powoli zamierać. W tej smutnej epoce kraju, zwanej Paskiewiczowską, jedynie dobra wola i patriotyzm wybitnych jednostek lekarskich tej miary, jak W o l f, B r a n d, J a n i k o w s k i, H e l b i c h, L e b r u n, S z o k a l s k i i inni, zdołały powstrzymać i ratować od zupełnej zagłady naszą naukę, skupiając liczne grono żądnych postępu wiedzy lekarskiej jednostek w murach naszego Towarzystwa, jedyne stowarzyszenia naukowego, które pozostało nietkniętem i w którym mimo srogiego ucisku języka brzmiała na posiedzeniach mowa nasza ojczysta. Ci to wielcy mężowie, jeśli nie nauką, to wielką miłością kraju starali się podtrzymać ogień świętej wiedzy i język ojczysty. Silni wiarą, że naród nasz prędzej czy później musi odzyskać swą utraconą wolność, rozumieli oni, iż, aby doczekać tej szczęśliwej chwili, trzeba wytrwać na stanowisku, innych zachęcać i urabiać sobie tegoż samego ducha młodszych następców. I niektórzy z nich byli na tyle szczęśliwi (H e l b i c h, L e b r u n, S z o k a l s k i), że marzenia ich ziściły się, i ujrzeni świetlaną jutrzeńkę w pięknej, lecz krótkiej dla naszego kraju epoce reform Wielopolskiego, a niektórym nawet z nich dane było wziąć udział osobisty (L e b r u n, S z o k a l s k i) w działalności pięknie zapowiadającej się, a dotychczas niezapomnianej Szkoły Głównej Warszawskiej. W tej to świetnie odradzającej się polskiej wszechnicy i na wydziale lekarskim zaczęło szybko pulsować nowe życie, dzięki pracy energicznej nie tylko weteranów, lecz i zastępu młodych a dzielnych pracowników. Ten ruch naukowy odbił się i na życiu naszego Towarzystwa, i, jak wykazują roczniki, na wszystkich polach medycyny teoretycznej i praktycznej zawrzało nowe życie. Niestety, wkrótce znowu na kraj spada wielka nowa klęska; i znowu zostaje zamknięta wielce rojąca polska uczelnia, i rozwija się gwałtowne prześladowanie

narodu, jego języka i kultury środkami barbarzyńskimi, a ich wykonawcy, idąc śladami działaczy Paskiewiczowskich, sądzili, że i tym razem szybko doprowadzą kraj nasz do takiej martwo-ty umysłowej, jak w epoce poprzedzającej. Wysiłki jednakże ich okazały się próżne, wielka żywotność duchowa naszego na-rodu oparła im się skutecznie. I mimo wielkiego ucisku ze strony uniwersytetu rosyjskiego, nawet towarzystw naukowych rosyjskich, organizowanych z urzędu w Warszawie, mimo usu-wania naszych uczonych nie tylko z wyższych, lecz i średnich uczelni, nauka polska, a specjalnie lekarska nie zamarła, lecz śmiało powiedzieć można, nigdy nie rozwijała się tak szybko, jak w okresie popowstaniowym, dzięki energicznej pracy już nie tylko starszych, ale i młodych a dzielnych jedno-stek, skupiających się około naszego Towarzystwa, nowozorgani-zowanej Gazety Lekarskiej, a następnie Medycyny. W odczy-tach zaczęto gruntownie opracowywać nie tylko praktyczne, lecz i teoretyczne gałęzie wiedzy naszej, a nawet najtrudniejsza i najbardziej teoretyczna z nich, to jest historia Medycyny Polskiej, zaczęła zyskiwać wprawdzie nielicznych, lecz grun-townych pracowników. Rzeczą bowiem szczególniejsza, że od czasu ukazania się epokowej pracy G ą s i o r o w s k i e g o (Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce, wyda-nej w 4-ch tomach w Poznaniu między latami 1839—55) aż do roku 1888, to jest do ukazania się również podstawowej pracy K o ś m i ń s k i e g o „Słownik lekarzów Polskich“, ukazy-wały się w tej dziedzinie wiedzy w tym długim okresie czasu jedynie drobne przyczynki (M a y e r, O e t i n g e r, M a c i e j o w s k i, S z o k a l s k i i inni). K o ś m i ń s k i więc stanowi w tym okresie przełom, i za nim wkrótce zaczęli się zjawiać powoli dzielni na tym polu pracownicy, jak J. B i e l i ń s k i, Z i e l e n i e w s k i, Ś w i e ż a w s k i, D o b r z y c k i, G i e d r o y ć, a w nowszych czasach W r z o s e k, L a c h s i inni; zawdzięczamy im cały szereg prac waż-nych, pięknie świadczących o naszej kulturze i na polu medycy-ny w ubiegłych epokach. W kierunku tym bezspornie zajął ś. p. P e s z k e poczesne miejsce, posiadał on bowiem do tej kategorii pracy wiele danych: jako to: gruntowne i dłuższe studia, odbyte w kilku niemieckich wszechnicach, wrodzony ta-lent do języków, szczególniejszy klasycznych, wykształcenie arty-styczne, poczucie piękna, zmysł krytyczny, a przede wszystkim miłość wszystkiego, co swojskie. Nic więc dziwnego, że wobec tak licznych danych, uzupełnionych jeszcze niezależnością ma-teryalną, mógł się spokojnie i z zamiłowaniem oddawać bada-niom mozolnym, nie tylko w naszej ksiąźnicy, lecz i w innych

bogatych księgozbiorach warszawskich. Jako blizki przyjaciel i wieloletni współpracownik, a wreszcie następca K o ś m i ń s k i e g o na stanowisku bibliotekarza naszego Towarzystwa, P e s z k e uzupełnił i wydał, doprowadziwszy do końca, niedokończony przez K o ś m i ń s k i e g o Słownik, opatrzył go przedmową i wspaniałym życiorysem autora. Dalej, w ciągu całego szeregu lat opracował mozolnie biografie i bibliografię wybitniejszych lekarzy polskich od najdawniejszych czasów do wielkiego Słownika Niemieckiego p. t. „Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker“, wydanego przez G u r l t a i H i r s c h a w sześciu tomach. Zasluga to również niemała, gdyż zaznajomił świat zachodni z naszym dorobkiem naukowym na polu medycyny. W tym samym kierunku starannie opracował do Wielkiej Encyklopedyi Polskiej już nie tylko biografie lekarzy, lecz wszystkie wyrazy, odnoszące się do medycyny. Artykuły te odznaczają się niezwykłą jasnością opracowania i istotną znajomością przedmiotu. Obok tych prac podstawowych ogłosił P e s z k e i szereg prac mniejszych z dziedziny historii medycyny, wykazujących również gruntowną wiedzę w tym kierunku, a więc „Synonimy przymiotu“ (Księga pamiątkowa H o y e r a), pięknie opracowane życiorysy K o ś m i ń s k i e g o, M i k u l i c z a, M a t l a k o w s k i e g o, K a r o l a M a r c i n k o w s k i e g o, „Przed 116 laty“ zarys historyczny (Gazeta Lekarska 1910), Zarys historii Gazety Lekarskiej, Wycieczki historyczno-krytyczne w obrębie Przymiotu (Krytyka 1907) i inne drobniejsze. Koronę jednakże pracy P e s z k e g o stanowić miała rozpoczęta z mojej inicjatywy w roku 1912 Historia stulecia Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Praca ta, szeroko zakreślona, zawierać miała nie tylko zarys historyczny, lecz jednocześnie wykazać działalność naszej instytucji dla polskiej nauki i kultury. Dzieło to wykończone miało być na stuletni jubileusz Towarzystwa, przypaść mający dopiero w roku 1920. Praca jednakże tej kategorii, wymagająca długich i żmudnych poszukiwań, musiała być przygotowana na wiele lat przedtem. P e s z k e, któremu Zarząd Towarzystwa zaproponował opracowanie tego wielkiego dzieła, zdecydował się szybko; raźnie opracował plan całokształtu pracy i wziął się energicznie do roboty; i jak mówił wówczas: „Zapaliłem się do tej pracy, gdyż chcę pozostawić po sobie godną naszego Towarzystwa pamiątkę“. Więc mimo podeszłego już wieku i rozwijającej się powoli niemocy, mimo ciężkich przejść materialnych i moralnych, występujących w trakcie pisania, nie ustawał w pracy; nawet wśród huku dzieł przyjeżdżał od czasu do czasu do Warszawy

z Grodziska, gdzie ostatnie lata przebywał, aby zbierać dalej odnośne materiały w naszym Archiwum, rozpytywać o pewne szczegóły najlepszego znawcy historii naszego Towarzystwa, również niedawno zmarłego sekretarza naszej Kancelarii, nieodżałowanego **J a n k o w s k i e g o**, lub też zawiadamić kolegę **O r ł o w s k i e g o** (delegata Towarzystwa w sprawie wydawnictwa jubileuszowego) i mnie o postępie pracy i dalszym jej programie. Pracy tej, śmiało można powiedzieć, poświęcał cały swój czas i swoją duszę, bo, jak mi mówił przed kilku miesiącami, musi ją koniecznie ukończyć w końcu r. 1917, aby również zawnazas mogło być rozpoczęte jej odpowiednie wydanie. Pracę tę tak umiłował, że już na łożu śmierci, na dwa dni przed zgonem skarżył się przedemną, jak wielką mu to sprawa przykrość, że obłożna choroba przerwała mu pracę, lecz ma nadzieję, iż po wyzdrowieniu dopełni czas stracony i pracę znowu podejmie. Mówił mi również o rysunkach, których poszukuje, aby przyozdobiły wydanie. Niestety, losy zrzędziły inaczej — praca została niedokończona. Większość jednakże dzieła, i to najtrudniejsza epoka do odtworzenia (1820—1874), została w zupełności ukończona, i ona to stanowi niesłychanie ważny przyczynek do dziejów naszego Towarzystwa: z tego też względu zasługa **P e s z k e g o** dla naszego Towarzystwa jest niezwyklej miary. Obok prac z dziedziny historii medycyny ogłosił **P e s z k e** również i szereg prac z innych gałęzi naszej wiedzy, jako to: z patologii ogólnej (*Experimentelle Beiträge zur Lehre des Wundfiebers*, Breslau, 1871), z histologii (*Beiträge zur Kenntnis des feineren Baues der Wirbelthierleber*. Dorpat 1874). Obie te prace bardzo gruntowne, laboratoryjne były jego rozprawami doktoryzacyjnymi. Również z dziedziny chirurgii ogłosił ciekawą kazuistyczną pracę pod tytułem „Rana postrzałowa stawu barkowego prawego” (*Gazeta Lekarska* 1881). Lecz nie tylko do pola medycyny ograniczał **P e s z k e** swoją działalność naukową. Wielostronny jego umysł pociągały i inne dziedziny wiedzy, przedewszystkiem nasze językoznawstwo, a artykuły jego, pomieszczone w Wielkim Słowniku Języka Polskiego, zjednały mu wybitne miejsce wśród pracowników tej epokowej pracy, będącej obecnie na ukończeniu. Wydał on również przed kilku laty w Bibliotece Warszawskiej i dopiskami opatrzył wiele ciekawe pamiętniki swego dziada **S a m u e l a**, lekarza armii Napoleońskiej, pamiętniki, dotyczące pobytu w niewoli rosyjskiej (1812—1814). Nadto w rękopisie pozostawił jeszcze zupełnie ukończoną ciekawą pracę pod tytułem „Historia kuchni Polskiej”. Zamiłowanie do malarstwa i wysoki stopień poczucia artystycznego nie

opuszczało go stale; uprawiał on z niepospolitym artyzmem miniaturę i doszedł w tym kierunku do niezwykłego artyzmu. Pozostał historycznym wykonany jego ręką w roku 1879 „Adres Lekarzy Polskich“, złożony Kraszewskiemu podczas jubileuszu w Krakowie; a Kraszewski — również wielki znawca sztuki — był zachwycony tem arcydziełem. Ozdobił P e s z k e również wspaniałymi inicjałami księgę pamiątkową dla profesora H o y e r a. Jego też ręką napisany jest „Akt pamiątkowy“, wmurowany pod pomnik Mickiewicza w Warszawie. Sztuce polskiej przysłużył się opracowaniem i wydaniem pomnikowego dzieła Matlakowskiego „Zdobienie i sprzęt ludu Polskiego na Podhalu“. Tak się szeroko przedstawia działalność twórcza i zasługi naukowe dla naszego społeczeństwa i Towarzystwa Lekarskiego ś. p. P e s z k e g o. I jeśli do tego dodamy, że był jako człowiek charakteru nieposzlakowanego, miłujący nad wyraz swój kraj, niesłychanie uprzejmy w obejściu i zawsze chętny do udzielania pomocy i rady w sprawach bibliograficznych i historycznych zwracającym się do niego kolegom, — że mimo niepowodzeń materialnych i moralnych, które znosił z istic filozoficznym spokojem ducha, niemal do ostatniego tchnienia pracował owocnie dla kraju,— to sądzę, że strata, jaką ponieśliśmy przez zgon ś. p. P e s z k e g o, jest nad wyraz ciężka, i że słusznie powiedzieć możemy: C z e ś ć p a m i ę c i z a c n e g o o b y w a t e l a i u c z o n e g o l e k a r z a, k t ó r y n a l e ż a ł d o n a s z e g o g r o n a!

Ś. p. J ó z e f P e s z k e urodził się w Kaliszu 19 lipca 1845 roku. Był on synem znanego kupca i obywatela tamtejszego, a wnukiem doktora S a m u e l a P e s z k e g o, pochodzącego z Saksonii, lekarza Wielkiej Armii Napoleona; po powrocie z niewoli osiedlił się on na stałe jako lekarz w naszym kraju. Szkoły średnie ukończył J ó z e f P e s z k e we Wrocławiu, medycynę studyował w Würzburgu i Wrocławiu, gdzie otrzymał stopień doktora w roku 1871. W roku następnym powtórzył egzaminy lekarskie w Dorpacie, a po dwuletniej wycieczce naukowej za granicę promował się powtórnie na stopień doktora medycyny w Dorpacie w r. 1874. Osiadłszy następnie w Warszawie, 3 lata był lekarzem asystentem w oddziale chirurgicznym w szpitalu Dz. Jezus. W roku 1877 — 8, w czasie wojny tureckiej, był ordynatorem w szpitalu Czerwonego Krzyża w Warszawie. Od roku zaś 1877 w ciągu lat kilkunastu zajmował miejsce chirurga w szpitalu Dziecięcym w Warszawie. Na członka czynnego naszego Towarzystwa obrany został w roku 1880, a w roku 1884, po

śmierci **K o ś m i ń s k i e g o**, wybrany był na bibliotekarza. spełniając gorliwie ten urząd do roku 1895. Zmarł w Warszawie w dniu 6 września 1916 roku“.

X. Sekretarz Stały zawiadamia, że po śmierci ś. p. **J u l i a n a J a n k o w s k i e g o**, sekretarza kancelaryi Tow. Lek., córka zmarłego zarządza domem Tow.

XI. Na domu Nr. 685 Tow. Lek. posiada sumę 50000 rb. fundacji doktorowej **S i e r a g o w s k i e j** pod dożywociem jej męża. Obecnie właściciel tej nieruchomości chce wziąć od Tow. Miejskiego dodatkową, t. zw. wojenną pożyczkę, w ilości około 10000 rb. oraz odebrać część zamortyzowanej pożyczki w ilości około 20000 rb. W tym celu prosi Tow. o zgodę. Sekretarz Stały wnosi, że po rozpatrzeniu hipoteki, Tow. może zrobić to ustępstwo, tembardziej, że właściciel reszty sumy, lokowanej na pierwszym numerze hipoteki, **Dr S i e r a g o w s k i**, ustępstwo to zrobił. Posiedzenie ogólne Tow. Lek. zdecydowało ustępstwo i delegowało do asystowania przy sporządzeniu aktu rejentalnego Sekretarza Stałego.

XII. Sekretarz Stały zawiadomił, że Tow. Lek. otrzymało od władz okupacyjnych zgodę na odbywanie 2 posiedzeń klinicznych miesięcznie i posiedzeń sekcyjnych. Sekretarz Stały zwraca się do przewodniczących sekcji w celu zorganizowania posiedzeń.

XIII. **M ą k a** (stud. med.). **T r z y p r z y p a d k i d u r u b r z u s z n e g o**, wyleczone doraźnie a u r o l e m. (Przedstawił **L. K a r w a c k i**). Łagodzenie się objawów chorobowych i skrócenie przebiegu sprawy zakaźnej są to dane bardzo poważne, jeżeli chodzi o ocenę tej lub innej metody leczniczej. Dane te jednak są przekonywające dopiero wtedy, kiedy przemawiają masa, kiedy w sumie spostrzeżeń pojedynczych zanikają poszczególne czynniki uboczne, i roztapia się subiektywizm spostrzegającego. Natomiast wyleczenia doraźne, zmodyfikowanie biegu choroby w sposób oczywisty, stanowią dokumenty wagi pierwszorzędnej. Ten fakt, że tylko u pewnych chorych zastrzykiwania aurolu wywołują doraźny stan bezgorączkowy, a u innych tylko skrócenie i złagodzenie choroby, wskazuje, że środek ten nie rozwiązuje jeszcze sprawy leczenia, ale że droga usiłowań jest właściwa.

Chory I. **Jankiel W.** 18 l. Dur średnio ciężki. Posiew krwi dodatni. Aglutynacja 1 : 500. Wstrzyknięto 10 cm. sz. aurolu dożylnie 12 dnia (domniemanie) od początku choroby. Z objawów charakterystycznych była różyczka, powiększona

śledziona, rozwolnienie. Po wstrzyknięciu wstrząsu nie było. Ciepłota z $39^{\circ} 3$ w godzinę podniosła się do $39^{\circ} 8$, a na wieczór spadła do $35^{\circ} 8$. Ciepłota dalej, tętno, diureza. 8 sierpnia, to jest w 6 dni po spadku ciepłoty, różyczka jeszcze trwała.

Chory II. Stanisław M. 29 l. Dur ciężki. Rozwolnienie. Chory nawpół przytomny, oddaje mocz i kał pod siebie. W prawem płucu u dołu ognisko wilgotnych rzężeń. Laseczniki we krwi. 12-go dnia choroby 10 cm. sz. aurołu domięśniowo. Nazajutrz spadek ciepłoty do $37^{\circ} 2$, następnego dnia do $36^{\circ} 4$. Dalszy bieg. Tętno. Diureza (niepewna). 14 sierpnia, t. j. 8 dnia po zastrzyknięciu, chory pomimo stanu bezgorączkowego chwilami oddawał mocz i stolec jeszcze pod siebie. Tego dnia ustąpiły wszelkie ślady nieżyty w dolnym prawym płacie.

Przypadek III. Ejnocb Sz. 22 lata. Dur niezbyt ciężki. Bóle głowy i w mięśniach. Nieżyt oskrzelowy, śledziona macalna. Aglutynacya 1 : 500. 8-go dnia choroby wstrzyknięto dożylnie 10 cm. sz. aurołu. Ciepłota z $38^{\circ} 6$ spadła na $35^{\circ} 2$ bez przykrych objawów subiektywnych i nie doszła już do 37° . Częstość tętna spadła również. Diureza. Drugiego dnia apyrekisy śledziona jeszcze macalna. [Streszczenie własne].

XIV. J o n s c h e r K. wygłosił rzecz p. t. „B a d a n i a r e f r a k t o m e t r y c z n e s u r o w i c y i p ł y n u m ó z g o w o r d z e n i o w e g o u d z i e c i“. Zastosowanie refraktometru do badania surowicy krwi polega na możliwości uzależnienia wahań wskaźnika refraktometrycznego od procentowej zawartości białka w surowicy; a to dzięki temu, że wszelkie wahania stężenia surowicy (większa lub mniejsza zawartość wody) odbywają się głównie kosztem ciał białkowych i że ciała białkowe surowicy wywierają dzięki swemu wysokiemu ciężarowi właściwemu bez porównania większy wpływ na wahania wskaźnika refraktometrycznego, niż wszystkie ciała niebiałkowe surowicy razem wzięte. Określanie odsetki białka w surowicy metodą refraktometryczną jest prawie równie dokładne, jak badanie chemiczne; pozatem metoda ta posiada jeszcze dwie strony dodatnie: 1) szybkość, z jaką można wykonać badanie, 2) mała ilość niezbędnego materiału — wystarcza kilka kropel surowicy. Umożliwia to badanie w warunkach, w których otrzymanie większej ilości krwi do badania chemicznego jest niemożliwe, następnie, umożliwiała kilkakrotne określanie stężenia surowicy u jednego i tego samego chorego w krótkich odstępach czasu. Badania prelegenta, przeprowadzone na licznych materiale, wykazały: że stężenie surowicy obniża się w okresie gorączkowym w przebiegu chorób zakaźnych, że występuje to jednak w niejednakowym stopniu w prze-

błegu różnych chorób zakaźnych, nawet przy jednakowo wysokiej ciepłocie; stosunkowo najwyższe wartości otrzymuje się w niektórych przypadkach gruźlicy, najniższe w przebiegu biegunki krwawej. Brak tego rozwodnienia osocza w okresie gorączkowym choroby zakaźnej stwierdza się w przypadkach, w których klinicznie występują objawy oponowe, i w zapaleniu opon mózgowych. Kilkakrotne badanie refraktometryczne u jednego i tego samego chorego daje krzywą stężenia surowicy, której przebieg jest dla niektórych postaci chorobowych, jak np. dla duru brzuszego, równie charakterystyczny, jak typowy przebieg krzywej ciepłoty. Istnieje pewna zależność wzajemna pomiędzy krzywą wskaźnika refraktometrycznego, wagi i ciepłoty; w durze brzuszonym wahania krzywej wskaźnika i wagi odbywają się przed odpowiednimi wahaniami krzywej ciepłoty; możemy więc na tej zasadzie w niektórych przypadkach duru przewidzieć dalszy przebieg ciepłoty na kilka dni naprzód. Badanie refraktometryczne w przypadkach puchliny głodowej wykazało znaczne rozwodnienie surowicy (hydroplazmia); badania dotychczasowe nie wykazały wybitnych zmian w składzie krwi całkowitej, a składem chemicznym osocza nie interesowały się wcale. Tak znacznej hydroplazmii nie spotykał prelegent w żadnej innej postaci chorobowej, nie wyłączając zapalenia nerek z obrzękami; wartości podobne otrzymuje obecnie również w przypadkach obrzęków, występujących w przebiegu biegunki krwawej. W razie poprawy stanu ogólnego, jednocześnie z ustępowaniem obrzęków zwiększa się również stężenie surowicy; wskaźnik refraktometryczny surowicy dochodzi pierwszy do wartości normalnych, ilość hemoglobiny i liczba krwinek zwiększają się znacznie wolniej. Hydroplazmię w przypadkach puchliny głodowej prelegent uzależnia od niedostatecznego odżywiania się ludności ubogiej w czasach obecnych. Tem też tłómaczy następujące poczynione przez siebie spostrzeżenie w przebiegu różnych cierpień zasadniczych: stwierdza się obecnie niedużą liczbę krwinek w moczu przy braku jakichkolwiek innych objawów chorobowych ze strony dróg moczowych w znacznie większej odsetce przypadków, niż dawniej. Niedostateczne odżywianie wystarcza więc do wywołania dwóch podstawowych warunków, niezbędnych do powstawania obrzęków, a mianowicie: hydroplazmi i zwiększonej przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych. Przyłączenie się działania jądów bądź nieuorganizowanych (solanina), bądź też uorganizowanych (zarazki chorobotwórcze), przyspiesza wystąpienie puchliny głodowej lub też zwiększa obrzęki już istniejące, wskutek szkodliwego działania jądów na ściany naczyń krwionośnych i wsku-

tek zwykłego zwiększania się hydroplazmii w okresie gorączkowym chorób zakaźnych.

Zastosowanie refraktometru do badania płynu mózgowo-rdzeniowego musi być zupełnie inne, niż do badania surowicy, gdyż ilość białka w płynie m. r. jest tak nieznaczna, że nie może ono wywierać tutaj tego decydującego wpływu na wahania wskaźnika refraktometrycznego, jak to miało miejsce w surowicy. P a l m e g i a n i, autor jedynej dotychczasowej pracy z tej dziedziny, doszedł do wniosku, że określanie wskaźnika refraktometrycznego płynu m.r. nie ma żadnego znaczenia. Rzeczywiście, porównawcze badania chemiczne i refraktometryczne, wykonane przez prelegenta w kilkadziesiąt przypadkach zapalenia opon mózgowych (gruźliczego, ropnego, surowiczego) i w przypadkach podrażnienia opon mózgowych w przebiegu innych cierpień zasadniczych, wykazały, że na zasadzie wskaźnika refraktometrycznego nie można wyprowadzać żadnych wniosków o składzie chemicznym płynu m. r. Istnieje natomiast stała zależność pomiędzy natężeniem sprawy chorobowej w oponach a wysokością wskaźnika refraktometrycznego; najwyższe wartości stwierdzamy w przypadkach zapalenia opon; niski wskaźnik upoważnia do twierdzenia, że objawy oponowe ustąpią wkrótce zupełnie. Badanie refraktometryczne płynu m. r. winno więc być stosowane w połączeniu z innymi metodami badania. [Streszczenie własne].

W dyskusji:

- a) D ę b i ń s k i zapytuje prelegenta, czy spostrzeżenia puchliny głódowej opiera na 1-ym przypadku, czy też na kilku.
- b) J o n s c h e r odpowiada, że na kilku.
- c) R z ę t k o w s k i stwierdza, że badanie refraktometryczne pozwala nam oceniać w surowicy krwi zawartość związków osmotycznie nieczynnych, o wielkich cząsteczkach, jak np. białko. Są to związki, grające rolę zasadniczą w przemianie materii, w odżywianiu tkanek. Stąd też badania refraktometryczne rzucają dużo światła na zapas w ustroju tych związków, a połączone z badaniami nad zawartością we krwi krystaloidów, t. j. związków osmotycznie czynnych, mogą przyczynić się do wyjaśnienia wielu zjawisk w dziedzinie patologii różnych stanów, zwłaszcza zaś stanów obrzękowych. W tych ostatnich przy badaniach refraktometrycznych należy wystrzegać się źródła błędów, polegających na domieszcze do krwi rozcieńczonych soków tkankowych w razie zbyt mocnego wyciskania krwi. Badania chemiczne, dokonane w pracowni R z. nad składem krwi, osocza, krążków w stanach obrzękowych, ujawniły w obrzękach t. zw. głódowych dość znaczne rozwodnienie

osocza, a więc to samo, co prelegent stwierdził refraktometrycznie. Wyniki tych badań będą w swoim czasie szczegółowo opublikowane, więc R. powstrzymuje się obecnie od ich rozważania. Obecność krwi w moczu nie dowodziłaby, zdaniem R z., łamliwości naczyń wogóle, lecz wyłącznie zmian w naczyniach kłębków nerkowych naskutek „glomerulonephritis“,— formy dość częstej obecnie i notowanej przez współczesnych klinicystów niemieckich jako t. zw. „Kriegsnephritis“. Normalna ciecz mózgowordzeniowa jest bardzo uboga w związki wielko-cząsteczkowe (białko), dające się refraktometrycznie wyznaczyć. W zmianach zapalnych ilość tych cząsteczek wzrasta, stąd też dane refraktometryczne prelegenta są w zgodzie z tem, co wiemy skądinąd o zachowaniu się tej cieczy w stanach zapalnych opon. [Streszczenie własne].

d) J o n s c h e r w odpowiedzi R z ę t k o w s k i e m u zaznacza, że rozcieńczenie krwi płynem tkankowym nie może tłómaczyć spostrzeżonej hydroplazmii, gdyż w tej samej kropli krwi stwierdzamy stosunkowo dużą ilość hemoglobiny i znaczną liczbę krwinek. Krwinki w moczu się prel. spostrzegał stale w nie-dużej ilości i w różnych cierpieniach zasadniczych przy jednoczesnym braku innych objawów chorobowych ze strony narządów moczowych; nie można więc tego uzależniać od istnienia sprawy zapalnej w nerkach. Znaczne zatrzymanie wody w ustroju stwierdzić można stale w przebiegu duru brzuszkiego.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *K. Dąbrowski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 października 1916 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 67, gości 9.

T r e ś ć: K o r z o n T. Kilka uwag w sprawie zimnicy u nas.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: Arnsteina (z Lublina), Adamskiego, Bacię, Karpińskiego B. Müllera Wł., Niewińskiego, Oyrzanowską J., Reklewskiego, Simonson.

III. Śmiechowski A. przedstawił nowego rodzaju protezę na kończynę dolną: Edward K., lat 5, uległ wypadkowi kolejowemu, wskutek którego utracił prawą kończynę górną w połowie ramienia i prawą kończynę dolną w kolanie. Dziecko po wykonanych amputacjach zostało umieszczone w Domu Wychowawczym. Ażeby pomódz tak ciężkiemu kalectwu i umożliwić dziecku poruszanie się, gdyż było to tylko możliwe, gdy stawał na kolanie zdrowem i kikutą poamputacyjnego używał jako drugiej kończyny, trzeba było zastosować jakąś protezę odpowiednio lekką i tanią, gdyż rosnącemu dziecku trudno dawać protezy kosztowne, które zbyt często musiałyby być zmieniane, a z powodu ciężaru metali i skór byłyby dla młodocianego pacyenta bezużyteczne. W tym celu, do worka, zrobionego z 2 pończoch wewnątrz wywatowanych, Śm. dopasował gilzę z tektury plastycznej, lejkowato zwężającej się ku dołowi, na spodzie przybił kołek, otoczony gumą; protezę troczkami przymocowano do brzucha i ramienia lewego. Dziecko na tej protezie od sierpnia bez ustanku znakomicie chodzi; proteza trzyma się doskonale, a kosztuje grosze. Waga protezy 390 grm., waga dziecka 12,8 kg. [Streszczenie własne].

IV. Karwacki L., w imieniu Gabryeli Majewskiej, przedstawił trzy przypadki duru brzuszno, leczonego szczepionką swoistą dożylnię. Rozwój bakteryoterapii dożylnej w leczeniu duru brzuszno w Niemczech i Austrii, możność otrzymania stałego i doraźnego spadku gorączki po zastrzyknięciu laseczników durowych prawie u 20% chorych (podług autorów), zachęciły nas do wypróbowania i tej metody. Przypadek pierwszy, zacytowany w pracy Karwackiego „O leczeniu przyczynowym duru brzuszno“, nie przemawia na korzyść metody. U chorego po zastrzyknięciu wystąpił szereg objawów ogniskowych: ze strony pęcherzyka żółciowego, kiszek, śledziony, a od chwili zastrzyknięcia choroba trwała jeszcze 25 dni. W przypadku tym, wstrzyknięto choremu dożylnię 20 milionów zabitych prątków durowych w 12 cm. sz. roztworu fizyologicznego. Szczep jego własny. W dalszych trzech obserwacjach, przeprowadzonych na oddziale K. przez kol. Majewską, dawka laseczników była taka sama, szczepy w każdym przypadku pochodziły od danego chorego, tylko laseczniki były uczulone po-

dług B e s r e d k i. Hodowla agarowa po zabiciu przy 58° została splukana, a do zawiesiny dodano 0,1 surowicy ozdrowieńca. Po 24-godzinnem pobycie w cieplarni zaglutynowane prątki zostały odwirowane, uwolnione od płynu i zawieszono w nowym roztworze fizyologicznym. Liczyliśmy, że podobna szczepionka odtoksyczniona będzie posiadała działanie wstrząsowe i uboczne znacznie łagodniejsze.

Przypadek I. Dur średnio ciężki z objawami typowymi, z posiewem krwi dodatnim u 10-letniego chłopca. 7-go dnia wstrzyknięto dożylnie 10 cm. sz. uczulonej zawiesiny, zawierającej 20 milionów prątków własnych. Po 50 minutach wstrząs, ciepłota podskoczyła do $42^{\circ},2$, tętno do 128 na minutę. Po zastrzyknięciu domięśniowym $\frac{1}{2}$ cm. sz. adrenaliny stan tętna poprawił się. Ciepłota spadła nazajutrz do $36^{\circ},1$. Śledziona powiększyła się (*splénodiagnostic Vincenta*). Leukocytoza przed zastrzyknięciem 7200, w 30' po zastrzyknięciu 4400, nazajutrz 6600. Białkomocz nie wystąpił. Wobec doskonałego samopoczucia po wahanach ośmiodniowych ciepłota spadła do normy, po nowych 8 dniach bezgorączkowych wystąpił nawrót, trwający 5 dni, leczony domięśniowo aurolem. Rzecz ciekawa, że w przeddzień nawrotu diureza wynosiła 2000 cm. sz. W czasie nawrotu wyhodowano ponownie ze krwi laseczniki durowe. Do spadku zupełnego ciepłoty przeszło 24 dni od zastrzyknięcia pierwszego.

Przypadek II. Chory 19-letni. Dur typowy, średnio-ciężki z posiewem krwi dodatnim. 10-go dnia choroby wstrzyknięto dożylnie 20 milionów uczulonych prątków, pochodzących od chorego. Ciepłota podskoczyła do $41^{\circ},7$. Zmian znacniejszych w tętnie nie było. Leukocytoza przed zastrzyknięciem 4000, w godzinę po zastrzyknięciu 10200, nazajutrz 4050. Białkomoczu nie wykryto. Nazajutrz spadek ciepłoty do $36^{\circ},8$. Śledziona powiększyła się. Odtąd w ciągu 3 tygodni ciepłota waha się między 38° a 36° . Wybitna diureza wystąpiła w 10 dni po zastrzyknięciu.

Przypadek III. Chory 15-letni. Dur zapowiada się jako ciężki. 12-go dnia choroby wstrzyknięto dożylnie 20 milionów uczulonych własnych prątków chorego w 10 cm. sz. roztworu fizyologicznego. Wstrząs niezbyt silny, ciepłota podskoczyła o $0,5^{\circ}$. W moczu zjawily się krwinki, wałeczki ziarniste, komórki nerkowe i ślady białka. Leukocytoza 5600 przed zastrzyknięciem, 6500 w godzinę po zastrzyknięciu, 7300 nazajutrz. Ciepłota nazajutrz nie spadła do normy. Śledziona powiększyła się. Po krótkotrwałej poprawie subiektywnej stan zaczął się pogarszać. Wystąpiły objawy ogniskowego nieżyty

płuc, głuchota, utrata przytomności, krwawe stolce, i wśród objawów zapaści sercowej chory zmarł w 17 dni po zastrzyknięciu. Na 3 dni przed śmiercią z posiewu krwi wyhodowano prątki E b e r t h a. Aglutynacja durowa przez cały czas choroby wypadła ujemnie. Na sekcji znaleziono powiększenie gruczołów krezkowych, owrzodzenia durowe w kiszkiach, znaczne powiększenie śledziony, zmiany degeneracyjne i powiększenie wątroby, zmiany degeneracyjne w nerkach. Mięsień serca bładny, wiotki, stłuszczone. W jednym nadnerczu zanik całkowity substancji rdzennej: nadnercze zamienione w twór torbielowaty,— w drugim—zanik duży, lecz nie całkowity.

Trzy te spostrzeżenia bakteryoterapii dożyłnej za pomocą prątków uczulonych nie zachęcają do dalszych prób w tym kierunku. W przypadku pierwszym osiągnięto przebieg skrócony, ale później wystąpił nawrót. W przypadku drugim dur przebiegał z ciepłotą obniżoną. W przypadku trzecim chory zmarł wśród objawów posocznicy durowej i zatrucia endotoksynami.

[Streszczenie własne].

V. K o r z o n T. wygłosił rzecz p. t.: „K i l k a u w a g w s p r a w i e z i m n i c y u n a s”. Autor zaznaczył na wstępie, że punktem wyjścia dla jego odczytu była chęć podania opisu niezwykłych przypadków zimnicy, spostrzeganych w Warszawie, a zarazem chęć obalenia dość rozpowszechnionej opinii, jakoby w Warszawie zimnica była rzadkością, ponieważ nie posiada odpowiednich po temu warunków. Autor przytoczył trochę obszerniej 5 przypadków zimnicy, spostrzeganych w latach 1912 do 1916. Z przypadków tych jeden przebiegał pod postacią ciężkiego zakażenia septycznego z objawami krwotocznymi, skłonnością do tworzenia się zakrzepów w żyłach i skończył się śmiercią po 12 dniach choroby.

Dwa przypadki o przebiegu, nasuwającym podejrzenie sprawy zapalnej na oponach mózgowych, z tych jeden również zakończony śmiercią wskutek wylewu krwi do mózgu i powikłany zatorem tętnicy środkowej siatkówki oka lewego, co było rozpoznane za życia i stwierdzone badaniem pośmiertnym. Prócz tego dwa przypadki o przebiegu, symulującym już to sprawy zapalne wsierdzia lub ostrego zakaźnego nieżytu kiszek, już to recydujące uporczywie w ciągu lat trzech pod postacią jakby zakażeń gośćcowych, nerwobólów, a nawet powikłanych napadami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, co spowodowało operację i usunięcie wyrostka, a jednak wkrótce po operacji znów zdradziło się zakażenie zimnicze bardzo silnym nerwobólem w głowie i karku. Wspomniawszy jeszcze pokrótce o 10

przypadkach, nie przedstawiających szczególniejszych objawów klinicznych, autor podał krótki rys z biologii komarów anofelesów (widliszów) i związku, jaki zachodzi pomiędzy pasorzytem zimnicy i tymiż komarami. Opisy swych własnych spostrzeżeń poparł autor przytoczeniem odpowiednich analogicznych przypadków z literatury polskiej i obcej, oraz dał krótki przegląd danych patologicznych, ilustrujących obszar zmian, jakie zimnica może powodować w ustroju ludzkim. Dokonawszy krótkiego przeglądu warunków, dzięki którym szerzy się zimnica w innych krajach i u nas, podał autor wyniki poszukiwań swych co do znajdowania się anofelesów w niektórych okolicach Warszawy i w samym mieście Warszawie, przez co udowodnił istnienie komarów anofelesów zarówno pod Warszawą, jak i w samej Warszawie, w mieszkaniach, na różnych ulicach. Fakt ten naukowo stwierdza możliwość nabycia zimnicy tu w Warszawie przy sprzyjających warunkach atmosferycznych i obala nieuzasadnioną opinię co do rzadkości, jakoteż nieobecności zimnicy w Warszawie. Odczyt był ilustrowany preparatami mikroskopowymi komarów zwykłych i anofelesów, uwidoczniającymi, jakie pomiędzy nimi zachodzą różnice, i pozwalającymi na łatwe ich odróżnienie. Odpowiednie rysunki były rzucone na ekran za pomocą epidiaskopu. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) Kępiński radzi zwracać uwagę na badanie dna oka u chorych, dotkniętych zimnicą. Okuliści twierdzą, że 10% chorych malarycznych posiada zmiany w oczach.

b) Puławski: Biegański twierdzi, że nietypowa postać zakażenia zimniczego należy w naszym kraju do bardzo rzadkich zjawisk i, jeżeli się zdarza, to tylko w takich ogniskach zimniczych, jak okolice Krakowa. Nozografia naszego kraju przedstawia jeszcze wiele braków, więc bardzo być może, że podobnych ognisk zimniczych znajduje się u nas więcej; dzisiaj to tylko napewno powiedzieć można, że Warszawa do nich nie należy, jakkolwiek tam właśnie opisywano najczęściej nietypowe gorączki zimnicze. Opisywane dotychczas przypadki Rogo, Dunina, Arnsteiu a uważa za wątpliwe, a przypadek Dąbrowskiego, w którym nie znaleziono plasmodyi, uważa za dowód błędnego rozpoznania, a nie za osłabienie znaczenia rozpoznawczego plasmodyów. Odczyt kol. Kozona w innym świetle sprawę tę przedstawia na podstawie faktów niewątpliwych. Warszawa może być ogniskiem zimnicy, gdyż posiada dużo chorych na zimnicę i komary malaryczne

w różnych dzielnicach. Zwiększenie się liczby przypadków zimnicy w roku bieżącym może stoi w związku z pobytem wojska, gdyż wśród żołnierzy rosyjskich było wielu chorych na zimnicę. Zapoczątkowane przez kol. K o r z o n a badania, o ile w nich weźmie udział dużo lekarzy, mogą w znacznej mierze usunąć braki w nozografii naszego kraju w stosunku do zimnicy, o jakich wspomina B i e g a Ń s k i. Byłoby bardzo pożądanem, żeby i nasi przyrodnicy okazali nam pomoc przez badania biologii komarów malarycznych na naszym gruncie, jak to zrobił dla Włoch G r a s s i. Należałoby się z tem zwrócić do naszego Towarzystwa Naukowego. Praca taka mogłaby przynieść piękne owoce pod względem naukowym i niewątpliwym pożytek pod względem praktycznym, gdyż, jak dotąd, stanęliśmy w stosunku do zimnicy na martwym punkcie, a zimnica w naszym kraju istnieje, a nawet zabiera pewną liczbę ofiar.

Co do przypadków zimnicy nietypowej, skrytej, to pozwolę sobie przytoczyć dwa przypadki, bardzo charakterystyczne, które w tych czasach spostrzegalem. Znana mi dobrze chora, 40-to kilkoletnia mężatka, dostała bardzo silnego bólu głowy w okolicy potylicy i karku. Bóle wzmagaly się wieczorem. Stan bezgorączkowy, żadnych objawów mózgowych. Aspiryna, pyramidon uśmierzały nieco te bóle, ale na krótko, tak że stan chorej był bardzo ciężki ze względu na bezsenność i zdenerwowanie ogólne. Chorą widział ze mną kol. C h e ł c h o w s k i. Określiłmy chorobę jako *neural. cervico-occipitalis*. Mając w pamięci kilka przypadków ciężkiego nerwobólu na tle zimnicy, widzianych w tymże czasie w szpitalu, zbadałem krew chorej wspólnie z kol. K o r z o n e m. Znaleźliśmy bardzo wyraźne plasmodye (młode osobniki w ciałkach czerwonych, niektóre z barwnikiem czarnym b. delikatnym). Śledziona nie była wy-czuwalna, ale bolesna na ucisk. Ciężota ciała przy troskliwym mierzeniu kilka razy podnosiła się do 37,2^o wieczorem, przy czem były poty. Po kilkodniowym użyciu dużych dawek chininy (2 grm. dziennie) bóle zupełnie ustąpiły. W późniejszych preparatach krwi plasmodyi nie znajdujemy. Chora w ciągu lata dość często przesiadywała we Frascati i była wielokrotnie kąsana przez komary. Komarów tych nie badałem i trudno mi powiedzieć, czy tam właśnie chora zaraziła się zimnicą. W tymże samym czasie mąż tej chorej miewał codzienne napady silnego bólu w kończynach dolnych bez wyraźnej przyczyny, bez podniesienia ciepłoty. Bóle mało się poddawały użyciu aspiryny i innych salicylatów. Po kilkorazowym użyciu chininy bóle ustąpiły zupełnie. Krew w danym przypadku nie była badana.

Przypadek 2-gi dotyczył księdza, mieszkającego na Solcu. Ksiądz, 40-letni mężczyzna, przechodził już w swoim życiu kilka razy zimnicę, mieszkając na wsi. Przebieg podobno był ciężki i typowy z gorączką, potami i t. d. Choroba ustępowała sama przez się, gdyż chory miał b. silną idyosynkrazję do chininy (swędzenie, wysypka, wymioty) i nie mógł jej używać. Kilka lat jednak był wolny od zimnicy. Przed kilku miesiącami przechodził zapalenie migdałków (*tonsill. follicularis*) i leczył się u kol. T r y j a r s k i e g o. Po ustąpieniu tej choroby długo nie mógł przyjść do siebie. Kiedy się zwrócił do mnie (w jakie 2 miesiące po ostatniej chorobie), skarżył się na bóle nóg, zjawiające się peryodycznie, codziennie, między 5—7 wieczorem, przy czem ciepłota podnosiła się zwykle do 37,3—37,5; po przejściu tego napadu chory czuł się dobrze. Badanie przedmiotowe nie wykazywało żadnych zmian w płucach ani w sercu. Śledziona nie wyczuwalna. Górna granica na 8 żebrze. W moczu żadnych zmian nie znaleziono (myślano o *pyelitis*). Kol. T r y j a r s k i nie znajdował również żadnych zmian w migdałach, w gardzieli, ani w nosie. Prześwietlanie promieniami R o e n t g e n a i radiogram nie wykazały również żadnych zmian w płucach, ani w gruczołach oskrzelowych. Badaue krwi również dało wynik ujemny. Obawiałem się zastosować chininę, mając na względzie idyosynkrazję chorego, który również miał idyosynkrazję do jodu. Chory, znudzony swoim niedomaganiem, sam wreszcie odważył się na zażycie chininy, ale w małej dawce po 0,3, powtórzonej 3-krotnie w ciągu 3 dni. Zjawily się jednak zwykle u niego objawy idyosynkrazji—swędzenie, bezsenność i t. d., i chininy zaniechał. We dwa dni potem dostał silnego napadu dreszczy, bólu głowy, wymiotów i podniesienia ciepłoty ciała do 40°. Po 12 godzinach ciepłota spadła do 36,3 wśród obfitych potów. W tym okresie zbadano krew po raz drugi i znaleziono w niewielkiej ilości, ale bardzo charakterystyczne plasmodye — w czerwonych ciałkach obrączki z barwnikiem (barwnik M a n s o n a oraz G i e m s a); w jednym z preparatów znaleziono duże czerwone ciało z plasmodyą (charakterystyczne dla trzeciaczki). Napad gorączkowy dotychczas się nie powtórzył. Obserwacja trwa w dalszym ciągu. Chory mieszka nad Wisłą. W mieszkaniu znajdują się komary. Dwa dostarczone mi przez chorego osobniki okazały się samczkami z gatunku *anopheles*. Trudno w danym przypadku orzec, czy zakażenie zimnicą należy odnieść do czasów dawniejszych, czy to jest zakażenie świeże. Zasluguje na uwagę fakt, notowany przez autorów, że w skrytych, nietypowych przypadkach zimnicy, napad typowy i plas-

modye we krwi zjawiają się po użyciu małych dawek chininy. To samo zauważono po naświetleniu śledziony promieniami R o e n t g e n a. [Streszczenie własne].

c) S o k o ł o w s k i A. zwraca uwagę, że w 80 l. zeszłego stulecia w Warszawie rozpoznawanie malaryi, którą w istocie była chorobą rzadką, było bardzo częste. Niektóre przypadki tego cierpienia, przypominające malaryę, były to zapalenia płuc, nieżyłtowe, gruźlica i t. d. W ostatnich latach S. spotyka na swoim oddziale w szpitalu Św. Ducha zimnicę tylko u osobników, którzy służyli w wojsku na Kaukazie lub w innych miejscowościach malarycznych Rosyi. S. wspomina o nerwobólu nadoczodołowym w zimnicy, którą sam był dotknięty, przebywając w Lubelskiem w niskiej miejscowości; nerwoból taki ustąpił po zastosowaniu chininy. W końcu S. podkreśla, że wbrew poglądom prelegenta w okolicach górzystych Algieru, zimnica spotyka się rzadko, natomiast w miejscowościach niżej położonych zdarza się częściej, jak to sam się przekonał ze swojego tam pobytu w 1905 r. Chociaż i tamże (np. w szpitalu w Biskrze) w niektórych przypadkach, uważanych za ciągłą malaryę, wynajdywał gruźlicę.

d) K a r w a c k i L. zaznacza, że przejście wojsk rosyjskich przez Polskę podczas wojny obecnej sprzyjało pojawieniu się malaryi. K. zebrał dużą kazuistykę zimnicy w Lazarecie Miejskim, lecz w tej chwili nie może jej przytoczyć. K. wiąże wpływ urazu z wybuchem malaryi.

e) P a w i ń s k i przypomina, że przed kilkadziesiątu laty niektóre cierpienia, jak tyfus, zakażenia septyczne, zapalenia migdałków, brano za malaryę. Następnie, z pojawieniem się grypy, niektóre przypadki malaryi brano za grypę. P. przypomina przypadek, opisany przez Ś l i w i c k i e g o w „Medycynie” przed wielu laty, dotyczący zajęcia wsierdza w przebiegu malaryi (*endocarditis malarica*).

f) K o r z o n odpowiada S o k o ł o w s k i e m u, że nizinne położenie miejscowości bez wątpienia ma wpływ na szerzenie się zimnicy, gdyż w miejscowościach takich mogą ilościowo występować anofelesy daleko liczniej, a przez to zwiększają się szanse zakażenia, co nie przeszkadza, że w wysoko położonych miejscach również przy obecności anofelesów mogą powstać ogniska zimnicze. P a w i ń s k i e m u odpowiada, że przypadek, opisany przez Ś l i w i c k i e g o, jest mu znany, ale w odczycie uwzględniał tylko przypadki, gdzie rozpoznanie było poparte wykazaniem pasorzytów zimnicy we krwi, w przy-

padku zaś Śliwickiego badanie krwi nie było robione, co w wysokim stopniu osłabia jego naukowe znaczenie.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *K. Dąbrowski*.

Posiedzenie kliniczne z d. 17 października 1916 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 74, gości 11.

Treść: 1) *Z. Srebrny*. O krwiopłuciu.
2) Wybór Redaktora „Pamiętnika Tow. Lek. Warszaw.” na trzechlecie 1917—1919.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości: *Fr. Chłapowskiego* (z Poznania), członka honorowego Tow. Lek., *Adamskiego*, *Bacię*, *Arnsteina* (z Lublina), *Karpińskiego*, *Niewińskiego*, *Müllera*, *R. Stankiewicza*, *Oyrzanowską*, *Simonson* i *Reklewskiego*.

III. Dla Biblioteki Tow. Lek. nadesłano: „Zbiór prac z dziedziny patologii dziecięcej” współpracowników *Dra med. Józefa Brudzińskiego*, rektora Uniwersytetu, (2 egzemplarze) i *J. Jaworski* „Mangelhafte Ernährung als Ursache von Sexualstörungen bei Frauen”.

IV. *E. Loth* przedstawił płuca szympansa z nastrożnietymi naczyniami, których mięszsz został zjedzony przez mole.

V. *Z. Srebrny* wygłosił rzecz p. t.: „O krwiopłuciu”. Na zasadzie własnego doświadczenia i przeglądu piśmiennictwa stara się *Srebrny* udowodnić, że: 1) krwiopłucie, którego źródłem są górne drogi oddechowe, nie jest rzeczą

tak rzadką, za jaką uchodzi; 2) krwiopłucie pochodzenia płucnego wględnie często nie ma nic wspólnego z gruźlicą. W tym celu S. przechodzi kolejno najrozmaitsze sprawy chorobowe nosa, jamy nosowo - gardzielowej, gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli, które mogą być przyczyną krwiopłucia, uwzględniając szczególnie te sprawy, które z powodu swego umiejscowienia przedstawiają trudności rozpoznawcze i dla tego mylnie bywają brane za objaw gruźlicy płucnej. Z pomiędzy narządów, dających najczęściej powód do krwiopłucia, wymienia S. na pierwszym miejscu część nosową gardzieli, następnie dziąsła, wreszcie tchawicę. W dalszym ciągu wspomina S. o chorobach płuc natury niegruźliczej, dających powodów do krwiopłucia, jakoteż o cierpieniach wtórnych w płuc, będących tylko następstwem chorób innych narządów lub cierpień ogólnych ustroju przewlekłych i ostrych. Wreszcie poświęca słów kilka krwiopłuciu pochodzenia nerwowego. Z pracy swej wyciąga S wnioski następujące: 1) Jakkolwiek najczęściej krwiopłucie bywa pochodzenia płucnego, jednak należy liczyć się z faktem, że nierzadko pochodzi ono z błony śluzowej górnych dróg oddechowych, a zpośród nich najczęściej z jamy nosowo-gardzielowej, dziąsła i tchawicy. 2) Nie należy zapominać, że prócz gruźlicy płuc przyczyną krwiopłucia mogą być i inne sprawy chorobowe tego narządu. 3) W przypadkach krwiopłucia pochodzenia płucnego, należy pamiętać, że może ono być następstwem choroby innego narządu lub cierpienia ogólnego. 4) W przypadkach niepewnych rozpoznanie płucnego pochodzenia i gruźliczego charakteru krwiopłucia usprawiedliwione jest dopiero po wyłączeniu innego źródła krwawienia. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) A. Sokółowski, zaznaczywszy, że aczkolwiek wogóle w ogromnej większości przypadków krwiopłucie ma swoje źródło w gruźlicy płucnej, to jednakże stosunkowo najczęściej nieznaczone krwiopłucia mogą być uzależnione od suchych katarów jamy nosowo-gardzielowej, szczególnie u osobników z nadwrażliwością gardzieli (przeważnie semicy, kobiety histeryczne); aby pozbyć się suchej wydzieliny, szczególnie po obudzeniu się, osobniki te doznają ataków mocnego, długotrwałego kaszlu, mogącego wywołać przekrwienie i pęknięcie naczyń. Zawsze jednakże i na ten rodzaj krwawień, podobnie jak i na tak zwane krwiopłucie zastępcze (brak miesiączki u kobiet), należy zapa-

trywać się bardzo sceptycznie i badać szczegółowo wielokrotnie chorego (przy pomocy metod fizykalnych, temperatury, Roentgena i t. p.), azali nie wykryje się zmian szczytowych, wyjaśniających krwawienia, niezależnie od istniejącego kataru suchego. Dalej S. omawia krwioplucie, i to obfite, spostrzegane w czasie bieżącej wojny u żołnierzy rosyjskich (z nad Bzury) po zatruciu gazami trującymi. Krwioplucia te symulowały w wysokim stopniu krwioplucia gruźlicze, a zależne były jedynie od mocnego przekrwienia płuc, wywołanego gazami; po kilku bowiem dniach ustępowały zupełnie. Podczas daleko posuniętej ciąży, nawet u zupełnie zdrowych kobiet, spostrzegał S. niejednokrotnie obfite krwioplucia, towarzyszące suchemu, upartemu nieżyłowi grubych oskrzeli i tchawicy. W większości przypadków po rozwiązaniu katar i kaszel ustępują, krwioplucie się nie powtarza. W nowotworach złośliwych płuc i oskrzeli wyjątkowo tylko występuje krwioplucie, najczęściej zaś mamy do czynienia z obfitymi krwotokami, jako następstwem rozpadu. Również bardzo obfite krwotoki występują w wadach zastawkowych u młodych i w miażdżycy naczyń u starszych osobników.

[Streszczenie własne].

b) J a s i e ń s k i przytoczył 2 przypadki krwioplucia u histeryczek.

c) W a t r a s z e w s k i nadmienia, że w przebiegu przymiotu bywają b. silne krwotoki; W. ogłosił już kilka spostrzeżeń.

d) C h ł a p o w s k i Fr. przytoczył 2 spostrzeżenia bąblowca płuc z częstymi krwotokami.

e) G a j k i e w i c z dodaje, że w ciągu swojej praktyki nie spostrzegął krwotoków u histeryczek.

f) P a w i ń s k i przytoczył przypadek, dotyczący chorej, obserwowanej w szpitalu Dz. Jezus, która miewała bardzo częste krwawienia, jednakże dokonana po śmierci sekcja zmian żadnych nie wykazała. Co się tyczy krwawień w przebiegu wad serca, to zdarzają się one najczęściej w zwężeniu lewego otworu żylnego i dają dwojakiego rodzaju krwawienia: płwocinę zmieszaną z krwią (pochodzenia obrzękowego) i płwocinę krwawą, nawet krwotoki (pochodzenia zatorowego); następnie trafiają się w niedomykalności zastawek aorty. Znane są również krwawienia w przypadkach tętniaków i stwardnienia tętnic.

g) H i g i e r zaznacza, że w kilku przypadkach histeryi spostrzegął krwioplucie, lecz nigdy nie widział prawdziwych krwotoków.

h) H e i m a n widział 2 przypadki krwawień u histeryczek, wskutek kaleczenia sobie dziąseł szpilkami.

i) S r e b r n y w odpowiedzi zaznacza, że położył nacisk na brak silnego kaszlu i krztuszenia się w przypadkach krwiopłucia, mających swe źródło w nieuległym zupełnemu zanikowi migdałku L u s c h k i, które to przypadki spostrzegał najczęściej, częściej, aniżeli krwiopłucie, towarzyszące suchym nieżyłom gardzieli. Przypadek F l e s c h a, oparty na badaniu zwłok, dowodzi możliwości krwiopłucia, a nawet krwotoku płucnego w okresie miesięczkowym u osobnika niegruźliczego. Wreszcie w przypadku krwiopłucia histerycznego, spostrzeganym przez S., oprócz braku wyraźnych zmian gruźliczych w płucach, za pochodzeniem nerwowem krwiopłucia przemawia między innymi i ten szczegół, że podczas jednego z napadów tegoż lawatywa 10% żelatyny natychmiast wywarła wpływ dodatni. Na dowód, że nowotwory złośliwe płuc nie zawsze wywołują krwotoki, lecz mogą dawać powód i do krwiopłucia, S. przytacza historię choroby niedawno zmarłego artysty dramatycznego W., u którego przerzut nowotworu złośliwego do płuca wywoływał do końca życia jedynie tylko krwiopłucie.

[Streszczenie własne].

VI. Na Redaktora „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“ na trzechlecie 1917—1919 ponownie wybrano przez aklamację kol. T a d e u s z a B o r z ę c k i e g o.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *K. Dąbrowski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 listopada 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu: 77, gość 1.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: 1. Sekretarz stały. O zmianie regulaminu.
2. St. O r ł o w s k i. W sprawie t. zw. anozognozyi (B a b i ũ s k i e g o).

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. H. Higier. Współistnienie amyotonii wrodzonej Oppenheima z „*trophoedème congénitale*“ Meige'a. 8-tygodniowy chłopczyk (skierowany przez kol. Lubelskiego) pochodzi z rodziny zdrowej, przymiotem nie dotkniętej. 2 starsi bracia zdrowi. Poród prawidłowy, nie przedwczesny. Dziecko nie wykonywa prawie żadnych ruchów, prócz drobnego zginania palców rąk i nóg. Kończyny górne są lekko zgięte w stawach łokciowych i skrzyżowane na piersiach. Kończyny dolne są wyprostowane, lecz w stawach kolanowych są nieznacznie przykurczone. Cucie zachowane, odruchy ścięgnowe i skórne, oraz pobudliwość faradogalwaniczna mięśni i nerwów kończyn i twarzy zniesione zupełnie. Hypotonia mięśni bez zaników i pseudohypertrofii. Źrenice oddziałują prawidłowo. Zaburzeń pęcherzowo-odbytniczych niema. Obwód i kształt czaszki, unerwienie i wyraz twarzy, odżywianie ogólne—prawidłowe. Upośledzenia czynności ssania i połykania niema. Zaburzeń swoistych w gruczołach, zmian patologicznych skóry, zajęcia stawów i kości, zuiekształceucia kręgosłupa nie widać. Higier wyklucza wobec braku objawów spastycznych chorobę Little'a, krwotoki wewnątrz-mózgowe i wewnątrzrdzeniowe, tanię dwudzielną ukrytą, wobec braku zaników — dystrofię Erba, a wobec braku bólów myopatję rachityczną Vierordta i przymiotowe porażenie wrzekome Parrota, zastanawiając się jedynie nad wczesną amyotrofią rdzeniową Werdnig-Hoffmanna i amyotonią wrodzoną Oppenheim'a. Historia choroby decyduje sprawę na korzyść tego ostatniego cierpienia. Na szczególną uwagę zasługuje jeden objaw, nie notowany dotychczas w myatonii, t. j. obrzęk wybitny kończyn dolnych i pośladków, noszący wszelkie cechy t. zw. *trophoedème congénitale* Meige'a: bezbarwny, bezbolesny, twardy, nie zostawiający po ucisku śladów, zupełnie uniemożliwiający fałdowanie skóry i polegający na nacieczeniu głębszych tkanek. Etyologia obu spraw dość ciemna. Amytonia, polegająca na niedorozwoju układu mięśniowego w zależności od hypoplazji wrodzonej komórek ruchowych w przednich rogach rdzenia, daje rokowanie niezłe,—*trophoedème*, sprowadzony do upośledzenia czynności współczulnych ośrodków naczynioruchowych rdzenia, rokowanie znacznie gorsze.

III. Prezes wygłosił następujące przemówienie: „Czuję się w obowiązku zawiadomić Szanownych Kolegów, że Tow. Lekarskie Warsz., w osobach swego prezydium, zostało zaproszone w dniu 5-ym Listopada r. b. do Rady Miejskiej na uroczy-

ste posiedzenie, pierwsze po proklamowaniu niepodległego Państwa Polskiego z monarchią dziedziczną i ustrojem konstytucyjnym. Doniosły ten fakt historyczny wywołuje w duszach naszych moc wzruszeń i refleksyi. Po wielu latach mroku i ucisku ukazują się jasne promienie słońca, budzące wielkie nadzieje. Padły one na niwy nasze, przesiąkłe jeszcze łzami i krwią, zalały się na sterczących gruzach chat wiejskich, wystąpiły w czasie, kiedy setki tysięcy rodaków zdała od kraju pędzi dni w ciężkiej tęsknocie. Oprócz nadziei, odczuwamy i trwogę, czy blask tych promieni nie jest złudny, obowiązkiem jednak jest wszelkie zwątpienia tłumić i z wiarą w świetlaną przyszłość zdobywać krok za krokiem podstawy silnego bytu państwowego i narodowego. W całokształcie naszego kulturalnego rozwoju nie może brakować żadnego czynnika, a jednym z najważniejszych jest bezsprzecznie nauka. Nauka polska musiała również 100 lat walczyć z przemocą, tamowana na każdym kroku, tłumiona w zarodku; mimo to podążała z ruchem wszechświatowym, nie pozostała w tyle, a n.ejednokrotnie wybitne umysły nasze były przodownikami na polu zdobyczy wiedzy. Przy swobodnym, samodzielnym rozwoju nauka polska żwawo będzie kroczyła w ogólnym postępie, a medycyna niezawodnie nie ostatnie w pochodzie tym zajmie miejsce. Odbije się to zapewne również dodatnio na naszym Towarzystwie, które będzie i nadal, w rozpoczynającej się nowej fazie naszego politycznego bytu, ogniskowało w sobie polską wiedzę medyczną i snuło nieprzerwanie przekazane sobie tradycje naukowe i społeczne“.

IV. Po przemówieniu Prezesa Sekretarz Stały A. Sokółowski w gorących słowach skreślił krótkie życiorysy czterech już zgasłych, a dwóch żyjących sławnych członków naszego Towarzystwa, którzy, zanim stali się jego chlubą, walczyli na polach bitwy za wolność i niepodległość naszej ojczyzny:

Wiktor Szokalski, który z 4-go kursu Uniwersytetu Królewskiego wstąpił do wojska polskiego i ozdobiony został złotym krzyżem *virtuti militari* za bitwę pod Ostrołką, gdzie pod gradem kul opatrywał rannych. Po przebyciu 20-kilku lat na emigracji, gdzie nauką swoją i wiedzą zdobył głośne uznanie, tęskniąc za krajem, porzuca wybitne stanowiska i wraca do Warszawy w 1853 r. Tutaj, jako wybitny oftalmolog, profesor Akademii, a następnie Szkoły Głównej, a wreszcie jako pierwszy Sekretarz Stały naszego Towarzystwa, zyskuje niezapomnianą kartę w dziejach medy-

cyny polskiej, jakoteż naszego Towarzystwa. Wyrugowany w r. 70-ym z Uniwersytetu Warszawskiego zajmuje się dalej młodzieżą, która go nie opuszczała aż do samej śmierci w r. 1891, siejąc wiedzę i poczucie głębokiej miłości dla Ojczyzny. Rysy jego, utrwalone na wspaniałym portrecie, niech nam przyświecają stale, budząc w nas uczucie miłości dla kraju i wiedzy.

Marcinkowski Karol, urodzony w roku 1800 w Poznaniu, b. członek korespondent naszego Towarzystwa, ów ideał niedościgniony lekarza i obywatela, twórca do dnia istniejącego w Poznaniu Towarzystwa Pomocy Naukowej im. Karola Marcinkowskiego. Już nie młodzieniec, lecz mąż dojrzały, wybitny praktyk z odgłosem pobudki wojennej wstępuje w r. 1830 jako prosty ułan do armii Królestwa. Przebywa całą kampanię, a rzucony na obczyznę, przypląca następnie ciężkiem rocznem więzieniem swoją wielką miłość dla kraju. Bliższe szczegóły tego wielkiego męża zostały skreślone przez A. Sokołowskiego w roku zeszłym z okazji 75-letniej rocznicy jego urodzin (patrz Pam. Tow. Lek. z roku 1915 str. 205).

Dybek Włodzimierz, ur. w r. 1824 w Warszawie, również wybitny członek naszego Towarzystwa. Po odbyciu gruntownych studyów za granicą, jako wybitnej zdolności lekarz powołany został w r. 1858 na katedrę patologii i terapii ogólnej do Akademii Lekarskiej, a następnie Szkoły Głównej. Wykłady jego niepospolite zjednały mu wielkie uznanie u młodzieży, a wiedza lekarska, takt w obejściu i umiowanie chorych — wielką popularność i rozległą praktykę. Z wybuchem powstania wstępuje jako jeden z bardzo czynnych członków organizacji narodowej. Poświęca się z zapalem, mimo ostrzeżeń, nie opuszcza kraju, i podobnie jak **Traugut**, zostaje na stanowisku. Aresztowany i więziony długo, a następnie zesłany na daleki wschód Rosyi, zyskuje tamże swoją wiedzę i dobrocią wysokie uznanie u miejscowej ludności. Po powrocie do kraju w r. 1870, złamany na zdrowiu i duchu, przechodzi nowe straszne przejścia losowe: traci dorosłe dzieci i żonę, i kończy swój ciężki, męczeński, pełen chluby żywot w zupełnem zapomnieniu i ciszy wiejskiej we wsi Topoli (w Łęczyckiem) w 1883 r.

Nencki Marceli, nasz członek honorowy, ur. 15 stycznia 1847 r. w Kaliskiem. Jako 16-letni młodzieniec opuszcza gimnazyum i walczy w szeregach powstańczych 1863 r. w ciągu całej smutnej kampanii. Po szczęśliwem wydostaniu się za granicę oddaje się z zapalem nauce. Wybiwszy się na

najwyższe stanowiska naukowe przez swoją gruntowną i niezwykle pomysłową pracę w dziedzinie chemii fizyologicznej, jako długoletni profesor w Bernie, a następnie Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu,—stale opiekował się młodzieżą polską i był jej doradcą i protektorem, żywiąc do końca życia (w 1903 r.) ten głęboki duch miłości dla kraju, której dał dowód w zaraniu młodzieńczej epoki swego życia.

Z żyjących wybitnych członków honorowych naszego Towarzystwa, którym losy pozwoliły dożyć tej szczęśliwej chwili, Sekretarz Stały wspomina jeszcze o

Laskowski Zygmuncie, słynnym anatomicie Uniwersytetu Genewskiego. Urodzony w r. 1841 w Warszawie, jako student Szkoły Głównej był jednym z najczynniejszych członków Rządu Narodowego. Szczęśliwie wydostawszy się na emigrację, nauką swoją i pracami nadał blask imieniu polskiemu za granicą. W roku ubiegłym cały świat naukowy szwajcarski, pomimo surmy wojennej, obchodził uroczystość w Genewie jego 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego, przy licznym udziale kolonii polskiej, której jest stałym doradcą i opiekunem, i stale zajmuje się sprawami, odnoszącymi się do spraw żywotnych naszego kraju (członek muzeum Rapperswilskiego i t. p.).

Wreszcie, **Dybowski Benedykt**, urodzony w 1835 r. w Mińszczyźnie, studiował medycynę w Dorpacie, Berlinie i Wrocławiu, poświęcając się już na kursach przeważnie studiom nad naukami przyrodniczymi, a głównie zoologią. W 1860 r. otrzymał stopień doktora medycyny w Wrocławiu, potwierdzony w 1862 roku w Dorpacie, i w tymże roku, ze względu na wybitne swoje prace przyrodnicze, został powołany na profesora zoologii i paleontologii do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie, przeszedłszy następnie na profesora tychże przedmiotów do Szkoły Głównej, gdzie z niezwykłym talentem i pracowitością oddawał się pracy nad kształceniem młodzieży akademickiej. Jako niezwykle czynny członek Rządu Narodowego skazany na śmierć, a następnie ułaskawiony, wysłany został w 1864 r. do ciężkich robót w najodleglejsze okolice Syberji Wschodniej, do t. zw. Krainy Daurkiej, gdzie zajął się z niezwykłym zapałem badaniami naukowymi nad fauną tychże krain; dalej badał szczegółowo pod względem przyrodniczym w ciągu lat kilku jezioro Bajkalskie i jego okolice, zbierając niezwykle obfite kolekcje przyrodnicze (ptaki, ryby i t. p.), któremi wzbogacił muzeum Warszawskie. W 1877 roku wrócił do kraju, porządkuje w ciągu roku swoje zbiory i podaje o nich opis do pism fachowych zagranicznych i krajowych. Wielki zapał do wiedzy i chęć dalszych badań krain

Syberyjskich pod względem naukowym pchnęła ten niezwykły i ruchliwy umysł do nowej wielkiej pracy. Zyskawszy bowiem stanowisko lekarza powiatowego, jedzie w 1878 r. dobrowolnie aż na Kamczatkę do Petropawłowska. W ciągu lat czterech dokonuje licznych badań i poszukiwań na całej niemal Kamczatce, zebrawszy olbrzymie zbiory fauny Syberyjskiej; publikuje jednocześnie wiele ważne prace naukowe, które mu wyrobiły sławę najwybitniejszego współczesnego zoologa. W 1882 roku powołany został na profesora zoologii do uniwersytetu Lwowskiego, gdzie z pożytkiem dla nauki aż do wysłużenia emerytury pozostawał; nadal dotychczas zamieszkuje we Lwowie.

Wszyscy ci czcigodni członkowie naszego Towarzystwa, których żywoty pokrótce zostały naszkicowane przez Sekretarza Stałego, składali swe życie na ofiarę ojczyźnie, walcząc na polu bitwy lub biorąc udział w organizacyi walki narodowej, a następnie na polu nauki stali się chlubą naszego stanu lekarskiego. Jesteśmy dumni, że nasze Towarzystwo takich posiadało członków. Na wezwanie Sekretarza Stałego uczczono pamięć tych bohaterów przez powstanie z okrzykiem „Niech żyje Polska!”

V. Prezes zawiadomił, że 17 Października r. b. Dr Jan P r u s z y ń s k i, członek Towarzystwa, ofiarował na własność Towarzystwu cenny zbiór wydawnictw lekarskich z dziedziny patologii ogólnej i anatomii patologicznej, fizyologii, chemii ogólnej i lekarskiej, biochemii, bakterjologii i medycyny praktycznej, ogółem około 100 tomów. Zebrani wyrazili serdeczne podziękowanie ofiarodawcy za ten piękny dar.

VI. Sekretarz Stały komunikuje o projekcie zmian niektórych punktów Regulaminu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zmiany zostały dokonane przez Sekretarza Stałego wspólnie z kol. W i n i a r s k i m i zatwierdzone przez Zarząd; będą przedstawione członkom Tow. do dyskusyi i uchwalenia na ogólnem zebraniu dorocznem. Na wniosek Sekretarza Stałego postanowiono wydrukować zmiany regulaminu, ze względów oszczędnościowych, tylko w kilku egzemplarzach, które będą się znajdowały do przejrzenia w kancelaryi Towarzystwa.

VII. Dla Biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) Sprawozdanie Komitetu obywatelskiego m. Warszawy. Styczeń—lipiec 1915. 2) S t. S e r k o w s k i. Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej. 3) E. L o t h. Badania antropologiczne nad mięśniami murzynów. 4) Jadwiga L o t h - N i e m i r y c z. Badania anatomiczne i antropolo-

giczne nad kanałem wyrostków poprzecznych kręgów szyjowych człowieka i małp. 5) Pamiętnik fizyograficzny t. XXIII.

VIII. Prezes powitał gością kol. Szpinakównę.

IX. Prezes zwrócił się z prośbą do zebranych, ażeby ci z kolegów, którzy będą referentami prac kandydatów na członków Tow. Lek., przedstawiali możliwie ściśle i dokładne referencye.

X. Prezes komunikuje o wznowieniu czynności przez sekcyę: chirurgiczną, ginekologiczną i laryngologiczną.

XI. St. Orłowski wygłosił rzecz p. t.: „W sprawie t. zw. anozognozy (Babińskiego).

Pod nazwą anozognozy Babiński z Paryża opisał w 1914 r. pewne zaburzenie, polegające na tem, że chorzy, dotknięci bezwładem połowiczym, o bezwładzie swoim nie wiedzą pomimo względnej sprawności psychicznej. Zaburzenie to zresztą było znane i dawniej (nowa jest tylko nazwa)—zwłaszcza w przypadkach ślepoty pochodzenia korowego. O. przytacza dwa spostrzeżenia anozognozy. 1) 50-letni syfilityk zostaje dotknięty nagle afazją i ruchową i zmysłową bez porażenia kończyn. Stopniowo mowa wraca, lecz pomimo bardzo wybitnych jeszcze braków, chory wciąż utrzymuje, że żadnych zaburzeń mowy nie ma. W dziedzinie psychicznej, poza pewną euforyą i tem nieuznawaniem choroby — sprawność zupełna. 2) 67-letni pacjent — ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego i arteriosklerozą — zostaje dotknięty porażeniem połowiczem lewostromem (wskutek zatoru w jednej z gałęzi tętnicy dołu Sylwiusza—jednocześnie zniesienie tętna w prawej tętnicy promieniowej). Chory nie uświadamia sobie porażenia kończyn. W dziedzinie psychicznej — euforya i pewne braki pamięci.

O. podkreśla, że anozognoza nie jest zaburzeniem psychicznem w znaczeniu ścisłym, — jest to tylko jakby ślepotą, dotycząca przejawów choroby, czyli zaburzenie analogiczne do ślepoty psychicznej. O podłożu anatomicznem tego zaburzenia dziś jeszcze nic powiedzieć nie można wobec szczupłości materiału; w ogromnej większości przypadków z badaniem sekcyjnym ognisko choroby podstawowej mieściło się w korze mózgowej; z tego jednak jeszcze nie wynika, aby i anozognoza była pochodzenia korowego. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) Sterling Wł. przypomina, że był pierwszym, który w piśmiennictwie polskiem opisał objawy, odpowiadające

temu, co B a b i ń s k i określa nazwą a n o z o g n o z y i. Były to objawy braku poczucia ślepoty u chorych, u których na tle nowotworu mózgu rozwinęło się zaniewiedzenie zupełne. Oba przypadki obserwowane były przez czas długi do śmierci i sekcya w jednym z nich stwierdziła nowotwór wielkiego spoidła, w drugim zaś nowotwór komory bocznej. B a b i ń s k i nie wprowadził nic nowego, prócz nazwy, która zresztą jest niefortunna, oznacza bowiem brak poczucia choroby, podczas gdy chodzi tu o brak zdawania sobie sprawy z poszczególnego objawu chorobowego. S. odróżnia dwie kategorie anozognozyi: kategorie bierną, kiedy chory tylko nie zdaje sobie sprawy z własnej ślepoty, porażenia i t. d., oraz kategorie czynną, kiedy chory pozytywnie twierdzi, że widzi, ma władzę w kończynach i t. d., będąc w samej rzeczy niewidomym, sparaliżowanym i t. d., sprzecząc się o to z lekarzem i otoczeniem i upierając się przy swoim zdaniu. Podczas gdy pierwszą kategorię, t. j. bierną, uzależnić można od ogólnych zaburzeń w dziedzinie postrzegania i zapamiętywania, kategoria druga, t. j. czynna, znaleźć musi inne wyjaśnienie. S. powołuje się tutaj na wprowadzony przez siebie podział dezoryentacji na nieprodukcyjną i produkcyjną, zaliczając drugą kategorię anozognozyi do dziedziny dezoryentacji produkcyjnej i uważając ją za objaw pokrewy t. zw. konfabulacyom. Występuje wreszcie przeciwko tendencji wyjaśnienia objawu tego na gruncie lokalizacji anatomicznej, przypominając, że np. brak poczucia ślepoty wystąpić może przy najrozmaitszych umiejscowieniach sprawy chorobowej (nowotworu lub zmian miażdżycowych mózgu), poczynszy od kory potylicznej aż do ucisku nerwów wzrokowych na obwodzie. [Streszczenie własne].

b) K o p c z y ń s k i S t. porusza sprawę przypuszczalnego podkładu anatomicznego rozpatrywanego cierpienia. Ogniskowe cierpienie w korze mózgowej wydaje się tu mało prawdopodobnem, tembardziej, że jak to widać z opisu przypadków, w większości z nich chodziło o ogniska podkorowe, w białej istocie położone. Np. w pierwszym przypadku niewątpliwie ognisko rozmiękczenia leżało w głębi płata ciemieniowego lewego, niszcząc lewy *tractus opticus* i uszkadzając ubocznie ośrodki mowy: niemota bowiem i ruchowa, i zmysłowa, i aleksya ustąpiły. W drugim przypadku uszkodzenie czucia i zmysłu mięśniowego wskazywało również na ognisko w głębi w tylnej części torebki wewnętrznej. K. nie mniej jednak przypuszcza, że wchodzi tu w grę kora mózgowa, która ucierpiała nie tyle anatomicznie, ile czynnościowo, w myśl bronionej przez M o n a k o w a teoryi diaschizy komi-

suralnej: ogniska, nawet położone w głębi mózgu, mogą przez rozmaite włókna projekcyjne, asocjacyjne i komisuralne wywoływać i przerwać w ogniwach, łączących poszczególne zraziki korowe, powodować rozszczepienie (*diaschisis*) czynności kory mózgowej i pewne zaburzenia psychiczne, w rodzaju np. afazy amnestycznej lub opisanej przez autora anozognozyi.

[Streszczenie własne].

c) Koelichen zaznacza, że prelegent nazwał anozognozę objawem ochronnym, tymczasem w naturze, według mówcy, niema takich przystosowań się.

d) Higier nie uważa za stosowne zaliczać oba przypadki do wspólnej grupy anozognozyi, zwłaszcza pierwszy przypadek z afazją ruchowo-zmysłową. Z kilku analogicznych przypadków, jakie H. obserwował i ma w pamięci (oficer alkoholik z przestrzeloną czaszką i zupełną anozognozą paretycznej połowy ciała; kobieta starsza z niedowładem na tle przymiotu mózgu), wyprowadza wniosek, że spotyka się ten ciekawy objaw, jak to zresztą ma miejsce i w omawianych przypadkach Orłowskiego, przeważnie u chorych, których mózg jest wogóle poza tem upośledzony (wyskok, przymiot, starcza miażdżycy kory) i psychika mocno tknięta. Istnieje ścisły związek asocjacyjny czucia zmysłowego i narządowego obrazów pamięciowych dawnych czuć (wspomnienia autosomatognostyczne), i to umożliwia orientację. Kontrola przeto rzeczywistości i realności halucynacji za pomocą innych zmysłów wymaga zupełnej świadomości i niepokalanej czynności myślowej, która jedynie potrafi skorygować niewspółmierność przestrzenną i niezgodność z innymi odmianami spostrzegania. Jest to rodzaj asymbolii, czyli brak obrazów pamięciowych lub brak kojarzenia ich ze spostrzeganiem zmysłowym. Nieuświadomienie wypadania funkcji tłumaczy się nie tylko przez zaburzenie zdolności spostrzegania lub pamięci, ale też przez zwykłe przyćmienie świadomości, które uniemożliwia przyłączenie do dawnej skarbnicy doświadczeń nowego doświadczenia, wynikłego z zaburzenia ruchu. Nawet u tabetyka-luetyka z zupełną ślepotą H. obserwował stopniowo rozwijające się enforyę, indolencyę, indyferentyzm, niezrozumienie kalectwa, czyli to, co prelegent za Antone m słusznie nazywa ślepotą duchową względem własnej ślepoty, jak może być względem własnego porażenia. Czy do braku poczucia choroby, do upośledzonej orientacji somatopsychicznej, do anozognozyi Babińskiego należy pierwszy przypadek Orłowskiego z mieszaną afazją, Higier wątpi. Znaczna część afatyków, którym przez zajęcie zakrętów Broca i Wernickiego, rządzą-

cych czynnością ruchową i zmysłową mowy, brak kontroli wymawianych i czytanych wyrazów na drodze akustycznej i kinestetycznej, należy do grupy anozognostyków, gdyż nie posiadają zupełnej świadomości złego wymawiania, błędnego artykułowania, swej apraksji w dziedzinie mowy. [Streszczenie własne].

e) O r ł o w s k i odpowiada, że nazwa anozognozyi jest utworzona przez B a b i Ń s k i e g o, przy tem oznacza ona trafnie istotę rzeczy: brak poczucia choroby, nie zaś objawu, jak utrzymuje kol. S t e r l i n g. Zaburzenie to bowiem jest rozpatrywane z punktu widzenia chorego, a dla chorego hemiplegia np. jest chorobą, nie zaś jej objawem. Rzecz inna co do nazwy pod względem etymologicznym; prawidłowsze byłoby brzmienie: nozoagnozia. Co do interpretacji anatomicznej, to wobec szczupłości materiału sekcyjnego trudno coś określonego powiedzieć, — w każdym razie ogromna większość przypadków z badaniem pośmiertnem wykazała ogniska chorobowe w korze mózgowej. Nie przesądza to bynajmniej, aby anozognozia, która towarzyszyć może rozmaitym zaburzeniom ogniskowym mózgu, była też objawem korowym, szczególnie zaś aby była objawem, do pewnego obrębu kory przywiązanym. Czy zależy ona od zniszczenia w substancji podkorowej włókien, łączących rozmaite ośrodki korowe, czy jest ona wyrazem diaschizy w sensie M o n a k o w a, jak przypuszcza kol. K o p c z y Ń s k i, — są to hipotezy, dla których dziś jeszcze żadnego punktu oparcia znaleźć nie możemy. Stanowczo zgodzić się nie mogę z poglądem H i g i e r a, że nieodczuwanie afazy uważać należy za objaw dezoryentacji; w pierwszym mojem spostrzeżeniu chory pod względem sprawności umysłowej nie przedstawiał absolutnie żadnych zaburzeń; dotknięty on był istotnie ślepotą psychiczną w stosunku do swej afazy. Że pogląd na znaczenie teleologiczne anozognozyi—jako środka ochronnego psychiki—wydaje mi się słusznym, wspominałem tylko mimochodem, nie rozumiem jednak twierdzenia K o e l i c h e n a, że przyroda nie zna przystosowywania się do warunków chorobowych, — we wszystkich dziedzinach patologii na każdym kroku widzimy podobne przystosowywania się. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Sekretarz *K. Dąbrowski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 listopada 1916 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Puwiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 61, gości 6.

T r e ś ć: 1) *O. Hewelke*. Zmiany anatomiczne w tyfusie wysypkowym.
2) *B. Korybut Daszkiewicz*. Uwagi i wnioski oparte na 135 badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na oddziale własnym.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes oznajmia, że następujący koledzy złożyli podania o przyjęcie w poczet członków czynnych Tow. Lek.: *Celi-chowska Janina*, *Pieniążek Jan*, *Przedpełska Halina*, *Stankiewicz Remigiusz*, *Rudzki Przemysław*.

III. Prezes odczytał podanie grona kolegów o utworzenie w Tow. Lek. sekcji szpitalnictwa. Podanie będzie rozpatrzone przez Zarząd.

IV. Prezes komunikuje zebranym następujący telegram Tow. Lek. Krakowskiego, nadesłany przez rektora *D-ra J. Brudzińskiego*: „Lekarze krakowscy, zebrani dnia 9 listopada 1916 r. w uroczystym posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim, uchwalili przesłać następujący telegram do lekarzy Warszawskich na ręce pana Rektora *D-ra Brudzińskiego*: „Na przelomie dziejów łączymy się z wolnymi obywatelami wolnego Państwa Polskiego w uczuciach miłości wspólnej sprawy, nadziei wspólnej pracy dla ojczyzny i niezłomnej wiary w spełnienie się wspólnych dążeń i ideałów. Za Towarzystwo lekarskie krakowskie: Prezes Prof. *Jan Piltz*, Sekretarz Prof. *Roman Nitsch*.”

V. Z powodu zgonu ś. p. *Henryka Sienkiewicza*. Prezes wygłosił następujące przemówienie:

„W uroczystym nabożeństwie żałobnym, odprawionem za duszę ś. p. *Henryka Sienkiewicza* w kościele katedralnym św. Jana, w dniu 18-ym listopada. byłem obecny, jako przedstawiciel Tow. Lekarskiego. Śmierć *Sienkiewicza* odbiła się smutnym echem w sercach całego narodu polskiego, zawisła ciężką żałobą nad nieszczęsnym krajem naszym. Ze zgonem Jego ubył nie tylko świetny pisarz, ale i prawdziwy

syn ojczyzny, miłujący ją gorąco i rozumnie. Sięnkiewicz obejmował Polskę uczuciem, nie znającym czasu, ni przestrzeni. Zagłębiał się w przeszłości, by wydobyć z niej świetlane postaci, pełne hartu i poświęcenia. Mocą swego geniuszu zdołał przed światem całym wskrzesić i rozślawić zdławione imię Polski, a w czasach największego ucisku, krzepić i wlewać otuchę w serca rodaków. Ostatnimi zaś czasy, zdała od kraju, zapatrzoną w jaśniejszą przyszłość, z wiarą w zniszczenie się naszych słusznych ideałów, podjął akcję jałmużniczą, mającą na celu przetrwanie burzy wojennej i zachowanie dla przyszłości sił i życia ludu polskiego. Uczcijmy pamięć tego Wielkiego Rodaka." Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

VI. Prezes zawiadomił o śmierci ś. p. Władysława Żenczykowskiego, członka czynnego Towarzystwa i gorliwego pracownika na niwie lekarskiej i społecznej. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

VII. Sekretarz Stały A. Sokółowski odczytał życiorys pośmiertny ś. p. Władysława Żenczykowskiego: „Zmarły w dniu 17 b. m. ś. p. Władysława Żenczykowski, czynny członek naszego Towarzystwa, był lekarzem o wyższych aspiracjach i szerszym światopoglądzie. Niestety, te wyższe i szlachetniejsze jego porywy paraliżowała straszna i nieubłagana choroba, niszcząc stale w zaraniu i pięknie rozpoczęte studia i prace kliniczne, a później już wysoce pożyteczną działalność w dziedzinie sanitarnej naszego miasta. Wreszcie po kilkunastu latach choroba odniosła tryumf ostateczny, zapędziwszy Żenczykowskiego do grobu w latach pełnej męskości. Mimo jednakże tych niezwykle ciężkich warunków, w jakich pracował, zostawił ś. p. Władysława Żenczykowskiego po sobie piękną wiązaną prac naukowych z dziedziny medycyny wewnętrznej i społecznej; prace te świadczą chlubnie o jego talencie klinicznym spostrzegawczym, gruntownej wiedzy i zamiłowaniu do pracy dla społeczeństwa, które umiłował duszą całą, pragnąc gorąco poprawy losu ojczyzny pod każdym względem. Żenczykowski pracował w kierunku oświaty ludowej już w czasie swoich studiów uniwersyteckich. Żenczykowski pozostał na stanowisku społeczno - lekarskim, śmiało powiedzieć można, do ostatniej chwili życia i legł, jak prawdziwy strażnik, na posterunku, który powierzyło mu społeczeństwo, pozostawiwszy po sobie głęboki żal w sercach tych wszystkich, którzy go znali bliżej i należycie potrafili ocenić jego wartość. Cześć jego pamięci! Dr Władysława Żenczykowski urodził się 6 marca 1877 r.

w Warszawie, w r. 1885 wstąpił do gimnazjum Praskiego, ukończył je w r. 1895, w tymże roku wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył ze stopniem lekarza w r. 1900. Po ukończeniu uniwersytetu pracował do stycznia 1901 r. w klinice terapeutycznej, a następnie w oddziale d-ra Chęłchowskiego w szpitalu Dz. Jezus. W r. 1902 wyjechał na kurację do Zakopanego. Od stycznia 1903 r. do połowy maja 1904 r. był lekarzem asystentem w domu zdrowia Towarzystwa „Bratnia Pomoc” w Zakopanem. W roku 1904 wrócił do Warszawy na stałe i pracował w szpitalu Dz. Jezus, a od roku 1915 był lekarzem sanitarnym miasta Warszawy. Ogłosił drukiem: 1) Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Gaz. Lek. 1902. 2) Przyczynę do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcym pochodzenia mózgowego. Kronika Lekarska 1905. 3) Z pola walki z gruźlicą. Kron. Lek. 1903. 4) Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu oraz uwagi o częstotści różnych tasiemców w Warszawie. Gaz. Lek. 1903. 5) Sprawozdanie z przypadków gruźlicy płuc u młodzieży w domu zdrowia Towarzystwa „Pomoc Bratnia” w Zakopanem. Gaz. Lek. 1904. 6) W sprawie nowego typu ochrony. Zdrowie 1906. 7) Obecny stan pomocy lekarskiej fabrycznej u nas w porównaniu z kasami chorych w Galicyi. Kron. Lek. 1907. 8) O ubezpieczeniu ludności pracującej na wypadek choroby. Kilka uwag z powodu projektu prawa o obowiązkowym ubezpieczeniu od choroby. Zdrowie 1909.

VIII. Prezes oznajmia, że zostały przesłane życzenia do kol.: Chłapowskiego i Świącickiego (z Poznania) z powodu ich jubileuszu.

IX. Prezes odczytał zawiadomienie Prezydenta m. st. Warszawy o nadesłanie listy 20 kandydatów z pośród członków Tow. Lek., którzy mogą być powołani do pracy w komisjach w celu określenia wysokości podatku repartycyjnego. Listę taką ułożono przez aklamację.

X. Prezes powitał gości: Grauberżankę, Rostkowskiego, Stankiewicza R., Szymańskiego St., Wołkowicza, Zemplińskiego.

XI. Szymański St. pokazał preparat nerki podkowiastej (o typie dolnym), pochodzącej od starca 75-letniego.

XII. O. Hewelke wygłosił rzecz p. t.: „Zmiany anatomiczne w tyfusie wysypkowym.”

Prelegent przedstawił wyniki, otrzymane podczas badania pośmiertnego, wykonanego własnoręcznie w 65 przypadkach tyfusu wysypkowego. Badania drobnowidzowe wykonała Dunin-Karwicka. Ze strony narządu oddechowego niezbyt ostry

oskrzeli, stale tu spostrzegany, uważa prelegent za wynik swobodnego działania jadu tyfusowego (jak w odrze). Śledzionę prelegent widywał stale powiększoną. Zaznacza bardzo częste, w $\frac{2}{3}$ przypadków, powiększenie gruczołów krezkowych. Obrzęk mózgu, zbieranie się płynu w komorach bocznych mózgu spostrzegano we wszystkich przypadkach poddanych sekcji (13). Zmiany w drobnych tętnicach skóry i mózgu, uważane przez autorów niemieckich za charakterystyczne, były wprawdzie wykrywane przez *D u n i n - K a r w i c k ą*, ale nie stale i nie przedstawiały się charakterystycznie. Prelegent przypuszcza, że na podstawie wykluczenia innych chorób i stałego występowania wespół z tymi zmianami w płucach, śledzionie, gruczołach krezkowych i w mózgu można rozpoznać tyfus wysypkowy podczas badania zwłok. W dodatku do powyższego prelegent zastanowił się nad ostateczną przyczyną śmierci w tej chorobie, i sądzi na podstawie objawów przedzgonowych i zmian sekcyjnych (płuca, serce, lewy mięsień w skurczu), że przyczyną śmierci jest zatamowanie czynności oddychania, a nie porażenie serca, jak to się ogólnie przyjmuje. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) *H e i m a n T.* zaznacza, że prelegent nie zwrócił uwagi na narząd słuchu, który bywa zajęty nie tylko w tyfusie płamistym (1%), lecz wogóle w chorobach zakaźnych. *H.* stwierdził kilka razy bardzo poważne powikłania w tej chorobie, jak zgorzel muszli, zapalenie ucha środkowego i t. p.

b) *K u l i g o w s k i* zapytuje, czy prelegent nie zauważył nadzwyczajnej lepkości błon surowicznych, pokrywających trzewa klatki piersiowej. Albowiem robiąc sekcje zmarłych na tyfus płamisty podczas kilkakrotnych epidemii w Kijowie, *K.* zwrócił uwagę, że opłucna była pokryta cienką warstwą nadzwyczaj lepkiego, jak bardzo gęsta guma arabska, nalotu.

c) *R u p p e r t* przytoczył przypadek, spostrzegany w szpitalu Wojskim. Na sekcji stwierdzono lepkość opłucny i drobniutkie owrzodzenia w kiszkiach cienkich. Wrzodów tyfusowych nie znaleziono. Chory był przysłany ze szpitala św. Stanisława z rozpoznaniem duru brzuszego.

d) *H e w e l k e* w odpowiedzi zaznacza, że dla anatomo-patologa zbadanie dokładne wszystkich narządów przedstawia wielkie trudności; lepkości opłucny nie stwierdzał.

XII. *K o r y b u t - D a s z k i e w i c z* odczytał pracę p.t.: „Uwagi i wnioski, oparte na 135 badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na

o d d z i a l e w ł a s n y m.“ Na podstawie zestawienia rozpoznawień klinicznych z wynikami badań pośmiertnych prelegent przychodzi do wniosków następujących: 1) Niezwykle pożyteczną rzeczą jest porównywanie wyników badania pośmiertnego z rozpoznaniem klinicznymi i prowadzenie w tym celu ksiąg oddziałowych. 2) Omyłek rozpoznawczych nawet przy najsumienniejszym badaniu uniknąć niepodobna w zupełności. 3) Postawienie ścisłej granicy rozpoznawczej pomiędzy niestrawnością a ostrym niezłym kiszek u dzieci z jednej strony, z drugiej zaś pomiędzy rozlanym niezłym oskrzeli (w szczególności — drobnymi) a zapaleniem płuc niezłotowym jest rzeczą niesłychanie trudną. 4) Względnie dość częstą chorobą wiekn dziecięcego jest zapalenie grudek chłonnych jelita (*enteritis follicularis*). 5) I zapalenie grudek chłonnych jelita może w pewnych przypadkach przebiegać bez zdradzenia swej obecności, bez charakterystycznych objawów klinicznych. 6) To samo, co o zapaleniu grudek chłonnych jelit, można powiedzieć i o początkowych okresach gruźlicy kiszek. 7) Podczas badania dzieci, zwłaszcza oseków, zbyt mało bywa uwzględniane szczegółowe badanie serca; badanie to, w zasadzie bardzo trudne, często nie zabezpiecza od omyłek rozpoznawczych. 8) Wady serca wrodzone u dzieci, mimo najdokładniejszego badania, najczęściej bliżej określić się nie dają. 9) Powodem pęknięcia serca u dzieci może być gruźlica mięśnia sercowego (o czym wzmianki w obszernym przestudyowanym piśmiennictwie prelegent nie znalazł). 10) Stanowczo za rzadko, szczególnie u oseków, bywa badany dokładnie mocz, i dzięki temu nieraz pozostają nierozpoznanymi choroby nerek lub miedniczek nerkowych. 11) Kamienie nerkowe nawet u małych dzieci do rzadkości nie należą. 12) Grasicca nie tylko w postaci zanikającego gruczołu, ale i w stanie przerostu zdarza się u dzieci nawet w pierwszych miesiącach życia. 13) Gruźlica rozpadowa płuc spotyka się u dzieci nawet w pierwszych miesiącach życia. 14) Wyzyskanie wszelkich sposobów pomocniczych dla przeprowadzenia ścisłego rozpoznania (pomoc ze strony pracowni mikroskopowo - chemiczno - bakteryologicznej, rentgenodyagnostyka i t. p.) jest tak dalece potrzebne, że należałoby pomyśleć o tem, by przynajmniej miasta powiatowe w naszym kraju posiadały podobne pracownie. [Streszcz. własne.]

W dyskusji:

a) S o k o ł o w s k i A. sądzi, że błędów popełnionych klinicznie w wielu przypadkach możnaby było uniknąć przez badanie promieniami R o e n t g e n a, co się zresztą praktykuje na oddziale S. w szpitalu św. Ducha. Następnie S. podkreśla

ważność tego badania ze względów dyagnostycznych i terapeutycznych.

b) *S z e n a j c h* radzi przy podejrzeniu na zapalenie opłucny u dzieci robić próbne nakłucie.

c) *K r a m s z t y k J.* zaznacza, że omyłki rozpoznawcze w zapaleniu opłucny są bardzo częste. Radzi robić nakłucie próbne w przypadkach uzasadnionych.

d) *H e i m a n T.* podkreśla wartość badania narządu słuchu u dzieci i przypuszcza, że omyłek takich, jak nierozpoznany ropień mózdzku, możnaby uniknąć.

e) *P a w i ń s k i* dodaje, że wady wrodzone serca i suche zapalenie osierdzia nie przedstawiają trudności rozpoznawczych u dzieci. *P.* podkreśla rzadkość gruźlicy mięśnia sercowego.

f) *K o r y b u t - D a s z k i e w i c z* odpowiada *S o - k o ł o w s k i e m u*, że znaczenie badania promieniami *R o e n t g e n a* podkreślił w swej pracy i, że w myśl wygłoszonych przez *S.* poglądów, czułby się szczęśliwym, jeśliby *Dom Wychowawczy* posiadał odpowiednie urządzenia do tych badań. Dalej zaznacza w odpowiedzi *S z e n a j c h o w i*, że w pewnej mierze uprzedził go *J. K r a m s z t y k*, wspominając o nadużyciach w stosowaniu przekłucia próbnego. Prelegent nie zgadza się, by jako tezę w celu pedagogicznym, jak chce *S z e n a j c h*, umieścić w pracy jego należało zachęcić do możliwie częstego stosowania przekłucia próbnego w celu rozpoznania zapalenia opłucny. Prelegent nie uważa przekłucia próbnego za zabieg bezwzględnie nieszkodliwy, widywał już bowiem nawet odemę piersiową w następstwie tego rękoczynu; nie wyrzeka się przekłucia próbnego, ale nie chce niem szafować i stosuje tylko tam, gdzie istnieje doń wskazanie usprawiedliwione. Badanie ścisłe wypukowo-wysłuchowe, względnie za pomocą promieni *R o e n t g e n a* i t. d., nieraz pozwala obejść się bez przekłucia próbnego. *H e i m a n o w i* odpowiada, że w przypadku, o którym wspomniał, jak głosi karta szpitalna, zapalenia ucha nie było, aczkolwiek jest to choroba niezwykle częsta u dzieci w ogólności, a u osesków w szczególności.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Sekretarz *K. Dąbrowski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 grudnia 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu: 74, gości: 2.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: K. R z ę t k o w s k i. Odbudowa kraju a szpitalnictwo.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił o śmierci ś. p. J ó z e f a D y m n i c k i e g o, członka czynnego Tow. Lek. Pamięć jego uczczono przez powstanie, a do rodziny zmarłego wysłano wyrazy współczucia i uznania.

III. Sekretarz Stały A. S o k o ł o w s k i odczytał życiorys pośmierny J ó z e f a D y m n i c k i e g o: „Zmarły dnia 23 listopada r. b. ś. p. Dr J ó z e f D y m n i c k i był nie tylko najdawniejszym, bo od lat 55, czynnym członkiem naszego Towarzystwa, lecz jednym z najstarszych lekarzy polskich, któremu losy pozwoliły doczekać niezwykle sędziwego wieku, przeszło lat 90, przeżyć całą najsmutniejszą epokę naszego kraju, epokę klęsk i pogromów, wielkich zwątpień i nadziei, a wreszcie zamknąć oczy w chwili budzącej się nowej wielkiej epoki naszej ojczyzny. Sześćdziesiąt lat z górą praktyki zawodowej nie przeszło mu na marne; będąc bowiem wychowawcą arcyministra medycyny polskiej, wielkiego klinicysty krakowskiego D i e t l a, wyniósł z jego szkoły nie tylko gruntowne wychowanie fachowe, lecz i dar obserwacyjny i zamiłowanie do wszystkiego, co swoje i nam blizkie. Idąc śladem mistrza swego, był jednym z pierwszych, a długie nawet lata niemal jedynym, który z naukowego praktycznego punktu widzenia zajmował się polską balneologią. Praktykując niemal przez pół wieku, jako lekarz zdrojowy w Busku, ogłaszał rok rocznie, poczynając od roku 1859 w naszych czasopismach lekarskich, a częściowo i niemieckich, obszernie sprawozdania ze swojej działalności w Busku. W sprawozdaniach tych, opracowywanych gruntownie, poruszał najróżnorodniejsze kwestye, odnoszące się nie tylko do kazuistyki chorób, leczonych w Busku, lecz jednocześnie nowoczesnych poglądów na patologię i terapię chorób wenerycznych i skórnych, które przechodziły w owej epoce zmiany przełomowe. Długie więc lata był on u nas jedynym niemal syfilidologiem i balneologiem na modłę nowoczesną. Położył bezspornie za-

sługę w tych obu kierunkach: literatury lekarskiej i balneologii polskiej. J ó z e f D y m n i c k i urodził się w r. 1826 we Frysztaku, powiecie Jasielskim, w Galicyi; nauki początkowe pobierał w Jaśle i Rzeszowie. Studyował z początku teologię; dopiero w r. 1850 wstąpił na medycynę w Krakowie, ukończył ją w 1855 r. ze stopniem doktora. W 1857 r., podobnie jak wielu innych wychowalców uniwersytetu Jagiellońskiego, przeniósł się do Królestwa, gdyż ciężki system biurokratyczny i reakcyjny, panujący podówczas w Austrii dał się szczególnie w znaki Galicyi, która zbiedniała i nawpół zdziczała, tak, że nawet lekarze z trudnością utrzymać się mogli¹⁾. Dążyli więc do Królestwa, w którym panowały również ciężkie reakcyjne dla ducha polskiego czasy Paskiewiczowskie, lecz jednocześnie i względny dobrobyt, a wychowawcy szkoły krakowskiej byli przyjmowani chętnie, ponieważ naogół posiadali wyższe wykształcenie, niż wychowawcy ówczesnych szkół lekarskich rosyjskich. D y m n i c k i osiedlił się w Busku i praktykował przeszło pół wieku, zyskawszy tam rozległą klientelę i uznanie licznej bardzo rzeszy swoich pacjentów, ponieważ przynosił im wielką pomoc swoją gruntowną wiedzą fachową. Od kilkunastu lat osiedlił się na stałe w Warszawie, gdzie dokonał swego pracowitego żywota. Cześć Jego pamięci“.

V. Dla Biblioteki Tow. Lek. nadeszła: J. J a w o r s k i „Podstawy organizacyi sanitarnej w różnych państwach i krajowa rada zdrowia“, „Działalność komisji rozpowszechniania wskazań zdrowotnych Zarządu m. st. Warszawy za czas od d. 29 stycznia 1915 r. do d. 1 sierpnia 1916 r; „L. K a r w a c k i : „Próby leczenia gorączki powrotnej“ (odbitka z „Gaz. Lek.“), „Dur brzuszny (tyfus)“, „Mór“, „O podziale krętków gorączki powrotnej“, „O morfologii pewnej odmiany laseczników wrzecionowatych, wyosobnionych z płwociny w przypadku gangreny płuc“, „O leczeniu przyczynowem duru brzuszego ; L. K a r w a c k i i Z. K r a k o w s k a „Wpływ niektórych ciał koloidalnych na rozwój laseczników durowych i rzekomodurowych A na podłożach sztucznych“; L. K a r w a c k i i K. Z a l e s k i „Przypadek rumienia wysiękowego wielokształtnego“; L. K a r w a c k i, Z. B i c h n i e w i c z ó w n a i J. G r o e r ó w n a

1) Opisał szczegółowo nasz znakomity dziejopisarz, ksiądz Wal. Kalinka, w pracy wydanej w r. 1852 p. t.: „Galicya i Kraków pod panowaniem Austrii“.

„Etyologia i patologia gazówek“; L. Karwacki i St. Biernacki „O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem“.

VI. Prezes oznajmia, że następujący koledzy złożyli podania o przyjęcie w poczet członków czynnych Tow. Lek.: Fr. Czubalski, docent fizjologii Uniw. Warsz., i Aleks. Kummant.

VII. Prezes powitał gości: St. Szymańskiego i A. Czajkowskiego.

VIII. H. Higier, przedstawił 3 przypadki przewlekłego nerwobólu n. trójdzielnego, leczone alkoholizacją zwoju Gassera i wykazujące rzadsze powikłania. Przypadki idyopatycznego nerwobólu, leczone bezskutecznie środkami wewnętrznymi i zabiegami fizykalnymi, podlegają zazwyczaj rezeceji obwodowych odcinków poszczególnych gałęzi nerwu. O ile jednak nerwoból wskutek regeneracji na obwodzie wraca, to pozostaje jedynie metoda radykalna usunięcia drogą operacyjną zwoju Gassera (*ganglion semilunare*), z którego powstają nerwy czuciowe twarzy. Zwój ten odpowiada morfologicznie zwojom międzykręgowym nerwów czuciowych tułowia i kończyn. Zabieg usunięcia zwoju Gassera, zwany zabiegiem F. Krausego, jest niebezpieczny z tego względu, że się go wykonywa zwykle u osób starszych, wyczerpanych wskutek głodu i bezsenności, często morfistów, a dochodzi do tego okoliczność, że zwój, leżący w średniej jamie czaszkowej, w *cavum Meckeli*, stanowiącej duplikaturę opony twardej podstawy czaszki, znajduje się w sąsiedztwie dużych, łatwo krwawiących zatok (*sinus cavernosus et petrosus superior*), że łatwo ulega skaleczeniu mózg i zakażeniu opony, podczas unoszenia szpatlem półkul. To też operacja ta niewielu znalazła naśladowców, mimo powagi uporczywego nerwobólu. H. przedstawia 3 chorych, u których A. Zawadzki zastosował chemiczne zniszczenie zwoju na drodze b. zkrwawej, według metody Härtla (1912). W tym celu wprowadza się igłę poprzez policzek i *planum infratemporale* na głębokości 6 ctm. aż do *foramen ovale*, a stąd o 1¹/₂ ctm. głębiej do samego zwoju, w który się wstrzykuje bez narkozy roztwór 2⁰/₀ nowokainy dla znieczulenia i 1 ctm. 80⁰/₀ wyskoku w celu zniszczenia zwoju. W razie pomyślnego wstrzyknię-

cia nowokainy znieczulenie kilkogodzinne jest tak zupełne, że można wykonywać bez bólu najpoważniejsze zabiegi na twarzy, w jamie ustnej, oczodole i wszystkich zatokach nosa, a po udatnem wstrzyknięciu wysokoku nerwoból znika w znieczulonej twarzy na pewien czas lub na zawsze. W przypadkach H. znieczulenie raz było bardzo małe, raz dotknęło tylko 2-iej, a raz 1 i 2-iej gałązki nerwu, dając stale znieczulenie łącznicy i rogówki oraz zniesienie jej odruchu. Raz następcze *keratitis neuroparalytica* wskutek znieczulenia rogówki u mało dbałego chorego doprowadziło do utraty wzroku. U jednej chorej wystąpił tuż po operacji i pozostał zespół *Hornera* (*ophthalmoplegia sympathica*), polegający na zwężeniu jednoczesnem szczeliny oka i źrenicy, a zależny od zniszczenia włókien korzonka współczulnego, wychodzącego ze zwoju. Ostatni przypadek, najświeższy, dał kilka rzadszych powikłań, zależnych prawdopodobnie od zbyt dużej ilości wstrzykiwanego płynu, a dowodzących nieźbiecie, że igła przeszła do jamy czaszkowej. Podczas operacji wydostał się płyn mózgowo-rdzeniowy z igły, mocno krwawo zabarwiony (ukłucie sąsiedniego zbiornika limfatycznego); znieczulenie wyłącznie 2-iej gałązki; podczas rękoczynu powstało porażenie nerwu okoruchowego, które pozostawiło opadnięcie powieki i rozszerzenie słabo reagującej źrenicy (objaw nie notowany); wydzielanie się podczas ostrego nieużytku nosa znacznie gęstszej i skąpszej cieczy z jamy nosowej po stronie znieczulonej, zależne od porażenia włókien naczynioruchowych tejże strony, wchodzących w zwoj *Gassera*; wystąpienie opryszczków wargowych po stronie operowanej, dowodzących słuszności teorii *Campbella* i *Heada*, twierdzących, że *herpes zoster* jest stałym objawem stanu zapalnego zwojów międzykręgowych. Znakomita poprawa nastąpiła we wszystkich przypadkach H.; wprawdzie w niektórych były nawroty, wymagające powtórnego wstrzyknięcia. Jedynie zupełne zniszczenie zwoju, co można poznać po zupełnem i trwałem znieczuleniu twarzy i błon śluzowych, zapewnia wyleczenie zupełne i chroni przed nawrotami.

[Streszczenie własne].

IX. K. Rzętkowski odczytał rzecz p. t.: „Odbudowa kraju a szpitalnictwo“. We wstępie R. z. zaznacza, że referat stanowi zaledwie zarys programu rozwoju szpitalnictwa w Polsce, który winien w dyskusji uleść rzeczowej krytyce kolegów. R. z. stwierdza olbrzymie braki pod względem ilościowym naszego szpitalnictwa krajowego (brak 71% łóżek koniecznych, t. j. 23523). Następnie R. z. rozważa ilość łóżek w każdej gubernii Królestwa Polskiego, koszt tych łóżek, wresz-

cie obszernie omawia szpitalnictwo gminne, małomiejskie czyli powiatowe i w krótkości wielkemiejskie. Rzeczą ukaże się w swoim czasie w druku. [Streszczenie własne].

Dyskusję nad tym odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *K. Dąbrowski*.

Posiedzenie kliniczne z d. 19 grudnia 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 61, gości 3.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Treść: 1) *St. Kopeczyński*: W sprawie kliniki i anatomii patologicznej aleksyi (z pokazem preparatów mikroskopowych na ekranie).
2) Dyskusja nad odczytem *K. Rzętkowskiego*: Odbudowa kraju a szpitalnictwo.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że ksiąźnica Tow-a otrzymała w darze od Tow-a Hygienicznego: 1) *Józefa Polaka*: „Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich“, Warszawa 1908 i 2) 10 numerów wydawnictwa „Sanitarnyja swiedienia, izdawajemyja Osobym Warsz. Sanit. Komitetom“, Warszawa, 1915; oraz w darze od autorów: *Leona Kaufmana*: „Miologia, czyli nauka o mięśniach ciała ludzkiego (podręcznik prosektoryjny dla studentów), Warszawa, 1917, i *W. Kraszewskiego*: „Kalk u. Magnesia in der Nahrung der Arbeiterklassen in Warschau“ (odbitka z Arch. f. Hyg.“, t. 86, z. 1).

III. Prezes zawiadomił, że ksiąźnica Tow-a otrzymała w darze od doktorowej *Eugonii Żenczykowskiej* cały księgozbiór

lekarski jej męża, ś. p. Władysława Żenczykowskiego, członka czynnego Tow-a. Zbiór ten zawiera 119 numerów.

IV. Prezes zawiadomił, że Tow-o otrzymało od p. Ludwiki Dymnickiej podziękowanie za przesłane jej wyrazy współczucia z powodu zgonu jej męża, ś. p. d-ra Józefa Dymnickiego.

V. St. Kopeczyński wygłosił odczyt p.t.: „W sprawie kliniki i anatomii patologicznej aleksyi (z pokazem preparatów mikroskopowych na ekranie). Mówca opisał 2 własne przypadki aleksyi (utrata zdolności rozpoznawania liter i wyrazów, zarówno drukowanych, jak pisanych) wraz z prawostronną hemianopsją w następstwie ataków apoplektycznych. Rozpatrzywszy różne odmiany aleksyi (aleksya literowa, wyrazowa, z agrafią, t. j. z utratą zdolności pisania, lub bez niej, t. j. z zachowaniem tej zdolności), przedstawił współczesne poglądy na tę sprawę w literaturze i pokazał na ekranie preparaty mikroskopowe z własnego przypadku — czwartego w literaturze europejskiej — badanego seryami szczegółowo (Dejerine - Vialet, Monakow, Redlich i mówca). Z analizy przypadku pod względem klinicznym mówca przychodzi do wniosku, że podział aleksyi na korową i podkorową, jak chce tego Dejerine, nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Istnienie agrafii w przypadkach aleksyi nie zależy od zachowania kory w *gyrus angularis*, lecz od mniejszej lub większej wprawy chorego w pisaniu i mniejszego lub większego uzależnienia tej czynności od obrazów wzrokowych mowy. W przypadku bowiem mówcy pomimo całkowitego zniszczenia *gyri angularis* agrafii nie było. Pod względem zaś anatomicznym mówca uważa, 1) że okolicę, otaczającą tylny róg komory bocznej lewej od strony zewnętrznej uważać należy zgodnie z Dejerinem za ośrodek, którego zniszczenie powoduje obraz kliniczny aleksyi, przyczem ważną rolę odgrywa tu pęczek podłużny dolny, łączący lewy płat potyliczny z płatem skroniowym lewym, 2) że zniszczenie pęczka Gratiolta, wywołujące klinicznie hemianopsję, wikła aleksye, lecz jej nie warunkuje. (Streszczenie własne).

VI. Prezes powiedział, co następuje:

„Szanowni Koledzy! Ostatnie wybory na członków honorowych odbyły się przed 3 laty z powodu 40-letniego jubileuszu kilku wybitnych członków naszego Towarzystwa. Odstąpiliśmy

wówczas od przyjętego w Towarzystwie zwyczaju honorowania w ten sposób kolegów, którzy ukończyli 50 lat pracy zawodowej. Obecnie pragniemy wznowić dawną tradycję, a to z przyczyny, że mamy szereg kolegów o niepowszednich zasługach naukowych, a zwłaszcza społecznych. Pracowali oni i utrzymali nie jedną placówkę w czasach nader trudnych i przełomowych tylko dzięki hartowi ducha i indywidualnym zdolnościom. Obecna chwila pozwala również uczcić wielu z nich jako uczestników powstania 1863 roku, odsłonić ich poświęcenie dla społeczeństwa naszego. Większość z nich są to wychowañcy Akademii Medycznej i Szkoły Głównej Warszawskiej, niektórzy zaś, pochodzący z Litwy i Ukrainy, odbywali studia w uniwersytetach rosyjskich. Po porozumieniu się z Sekretarzem Stałym, Wiceprezesem i członkami Zarządu, polecamy uznaniu Kolegów wybór na członków honorowych następujących kandydatów (których życiorysy Prezes odczytuje):

- 1) Bielińskiego Jana z Nowego Miasta nad Pilicą,
- 2) Dobrzańskiego Aleksandra,
- 3) Jaworowskiego Aleksandra z Lublina,
- 4) Karwowskiego Konstantego,
- 5) Kwaśnickiego Augusta z Krakowa,
- 6) Lasockiego Wacława z Nałęczowa,
- 7) Markiewicza Józefa,
- 8) Michałowskiego Antoniego z Żelechowa (obecnie w Otwocku),
- 9) Rybickiego Stanisława,
- 10) Sommera Feliksa,
- 11) Stromfelda Aleksandra,
- 12) Szyszłą Wincentego.

Pokaźna liczba 12 kandydatów nie powinna nas zatrząwać; przeciwnie, powinna napawać nas radością i dumą, że w naszym zawodzie posiadamy tylu mężów, mogących stanąć przy boku tych, których podobizny zdobią ściany naszego przybytku, a którzy byli wybitnymi bojownikami na polu nauki i enót obywatelskich. Towarzystwo więc nasze, odznaczając ich godnością członków honorowych, i to w czasach niezwykłych, zapowiadających nam dolę lepszej przyszłości, spełni dług wdzięczności względem tych zasłużonych kolegów, którzy przekroczyli już południk swego życia, i osłodzi dni ich starości“.

VII. Prezes powitał gości kol.: Szpinakównę, Betcherównę i A. Czajkowskiego.

VIII. W dyskusji nad odczytem K. Rzętkowskiego: „Odbudowa kraju a szpitalnictwo, wygłoszonym na posiedzeniu poprzednim:

a) Sokołowski A., wyraziwszy uznanie dla prelegenta za poruszenie tak doniosłego tematu, stwierdził, że z powodu mnogości podniesionych kwestyi, dyskusya wyczerpująca musiałaby zająć cały szereg posiedzeń. Wobec tego dyskusya taka właściwszą będzie w Sekcyi Szpitalnictwa, powstającej przy Tow-ie. Mówca pragnie obecnie wypowiedzieć tylko kilka uwag ogólnych i kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy. Co do punktu pierwszego, to mówca uznaje szerokie ujęcie kwestyi przez prelegenta; nie liczenie się z kosztami pomimo wyjątkowo złych czasów jest racjonalne, bo nie wolno nam planować szpitalnictwa tandetnego; szpitalnictwo musi być zaprowadzone na podstawie szerokich i głęboko obmyślanych planów, podobnie jak odbudowa zniszczonych wsi i miast, regulacya Wisły, szkolnictwo i inne sprawy, do których rozwiązania kraj przystępować będzie. Zagadnienie szpitalnictwa tem się jednak różni od innych zagadnień społecznych, że chodzi tu przedewszystkiem o sprawę pilną, mianowicie o miejsca dla chorób zakaźnych. Na choroby te zapadło w Królestwie w r. 1911-ym ok. 100,000 osób (wedł. Rocznika Statyst. Grabskiego), a śmiertelność z chorób zakaźnych wynosi u nas około 30% śmiertelności ogólnej. Ponieważ zaś bardzo jest wątpliwe, ażeby w najbliższej przyszłości stać nas było na budowę odpowiedniej liczby szpitali prawidłowo urządzonych z oddziałami dla poszczególnych chorób zakaźnych, przeto jest rzeczą niezbędną i pilną tymczasowe zakładanie szpitali małych, prostych i tanich, których zadaniem byłaby przedewszystkiem izolacya chorych zakaźnych; zadanie to bowiem musi być wypełnione jak najrychlej i nie może oczekiwać realizacji całego planu szpitalnictwa w Polsce. Drugą ważną okolicznością, odróżniającą zagadnienie szpitalnictwa od innych spraw społecznych, jest zmienność wskazań naukowych, skutkiem której nieraz wielkie nawet nakłady okazują się z biegiem czasu bezpożytecznymi. Najlepszym przykładem jest walka z gruźlicą. Choroba ta, zabierająca 2 razy więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne (w Warszawie umiera rocznie ok. 2000 osób na gruźlicę), była wszędzie w Europie i jest kwestyą palącą. W Niemczech przed 20 laty sądzono, że najskuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą jest radykalne leczenie początków tego cierpienia w odpowiednio urządzonych sanatoryach ludowych. Do walki tej zabrano się energicznie i istotnie dokonano rzeczy zdumiewających. W ciągu lat kilkunastu pobudowano 115 sanatoryów ludowych na 15,000 łóżek kosztem 220 milionów marek. Utrzy-

manie sanatoryów tych kosztowało w r. 1913-ym 19 milionów marek. Wyniki na razie wydawały się doskonałe. Statystyki sanatoryjne wykazywały ok. 80% wyleczeń, a śmiertelność z gruźlicy spadła z 22:10,000 do 15:10,000. Z biegiem jednak czasu okazało się, że z pośród owych 80% wyleczonych średnia długość życia nie przekracza 10 lat dla chorych z I okresu, 5 lat— dla chorych z II okresu i 2 lat — z III-go. Co do sprawności roboczej, to liczby te są jeszcze niższe: 6, 3 i 1 rok (statystyka Turna u a). Nadto okazało się, że obniżenie śmiertelności z gruźlicy zdołano osiągnąć i w innych krajach zachodnich, a przedewszystkiem w Anglii, choć nie stawiano tam tylu tak kosztownych sanatoryów. To też ustala się obecnie pogląd, że zarówno wyleczenie w początkach gruźlicy, jak i ogólne obniżenie śmiertelności w tej chorobie zawdzięczamy nie sanatoriom, lecz środkom ogólnym, podnoszącym z jednej strony warunki zdrowotne kraju, a z drugiej—dobrobyt klas społecznych i jednostek. To są zasadnicze środki do walki z gruźlicą. Jako środek zaś pomocniczy, wysoce skuteczny, a o wiele tańszy, niż sanatoria, uznać należy t. zw. „przychodnie“, które powinny być organizowane w liczbie jak największej przy udziale towarzystw filantropijnych, gmin i państwa, jako pomoc dla ludności ubogiej w leczeniu początkowych okresów choroby. Dla dalszych zaś okresów choroby, a więc dla gruźlicy rozpadowej, muszą być również obmyślane pewne środki, gdyż społeczeństwo ma prawo wymagać, ażeby chorzy ci byli izolowani i nie rozszerzali zarazy wśród swych rodzin. Budowanie jednak szpitali dla tej kategorii chorych pociągnęłoby zbyt duże koszta. W Królestwie możemy liczyć ok. 150.000 suchotników, a z nich około 30,000 w okresie dalszym; szpitale dla tych 30,000 kosztowałyby 150,000,000 rb., a utrzymanie ich dziesiątki milionów rb. rocznie. Wobec tego trzeba będzie ograniczyć się do pobudowania tylko kilku większych szpitali w wielkich ośrodkach miejskich, a resztę chorych lokować w skromnych przytułkach, obliczonych na kilku, najwięcej kilkunastu chorych. Przytułki takie mogłyby znajdować się w każdym miasteczku, w każdej gminie i mogłyby pozostawać pod opieką nawet specjalnie wyszkolonych pielęgniarek, lekarz zaś z sąsiednich miejscowości mógłby do nich co pewien czas dojeżdżać. Myśl zakładania takich przytułków podał mówca już w r. 1898-ym (w „Krytyce Lekarskiej“); u nas pozostała ona wprawdzie bez echa, w Norwegii jednak w ten właśnie sposób zaczęto realizować izolację suchotników i osiągnięto wyniki doskonałe. To też idea ta—pod mianem „systemu norweskiego“—zaczyna zdobywać sobie coraz to większe prawo obywatelstwa i aklimatyzuje się nawet w Niemczech, gdzie zakładają t. zw.

„Heimstaette“, t. j. przytulki o prostej konstrukcyi i tanim utrzymaniu.

b) R y c h l i ń s k i uważa za objaw wysoce dodatni pracę prelegenta nad przyszłym ustrojem szpitalnictwa i zaznacza, że podobne szeroko zakreślone projekty zjawiają się u nas zawsze, ilekroć świta nam lepsza przyszłość; podobnie i w r. 1906-ym, wobec spodziewanego samorządu, grono lekarzy opracowało projekt organizacyi szpitalnej. W obecnym projekcie prelegenta jest myśl zasadniczej wagi, mianowicie zdobycie środków krajowych na potrzeby szpitalne w postaci pobierania opłaty z morga; słusznie w ten sposób stwarza prelegent podstawę materyalną dla przyszłego szpitalnictwa. W szczególności projektowanej organizacyi mówca nie wkracza, zaznaczając tylko, że nie godziłby się na umieszczanie chorych umysłowych w szpitalach gminnych, gdyż byłoby to bez pożytku dla obu kategorii chorych; chorzy umysłowi muszą mieć zapewnioną pomoc szpitalną w postaci organizacyi odrębnej. Natomiast chce mówca podkreślić, że nie można opierać przyszłego budżetu szpitalnego dla całego kraju na współczesnym budżecie warszawskim. Warszawa może obecnie pomieścić 8300 chorych w szpitalach i przytulkach, co, licząc 1 łóżko na 150-iu mieszkańców, jest liczbą wystarczającą, ale dzieje się kosztem znacznej niewygody i ciasnoty. Tylko 3 zakłady stanowią własność miejską, pozostałe zaś, nie wyłączając największego szpitala (Dzieciątka Jezus) pochodzą z zapisów dobroczynnych. Większość małych szpitali kwalifikuje się do skasowania, potrzeba natomiast 4—5 nowych dużych, odpowiednio urządzonych szpitali. Zanim jednak to nastąpi, konieczne są już teraz pewne reformy administracyjne, dotychczasowa bowiem gospodarka szpitalna, oparta na reminiscencyach dawnych rządów biurokratycznych, jest wysoce wadliwa. Budżet jest wysoki — na r. 1917-y preliminuje się 4,700,000 rb., — a jednak niezadowoleni są wszyscy: i lekarze, i chorzy, i służba. Jeżeli zważymy, że koszta administracyjne pochłaniają 26,4 do 26,7% budżetu, oświetlenie i opał — 17,1%, żywienie chorych — tylko 26,9%, a leczenie 5,3%, — to musimy przyjść do wniosku, że koszta żywienia powinny być podniesione (do 45% budżetu), a koszta administracyjne i techniczne obniżone. Jeden dzień zakładowy, obliczony na jednego chorego, kosztuje od rb. 1 k. 32 do rb. 2 k. 68. W projekcie prelegenta liczba ta wynosi 2 rb., mówca jednak sądzi, że uda się osiągnąć liczbę niższą, zwłaszcza w szpitalach prowincjonalnych, i podkreśla, że wobec wymienionej wadliwości budżetu modła warszawska nie może być drogowskazem. Co do kosztów budowy szpitali, to przyjęte przez prele-

genta 2 do 2,5 tysiąca rb. na jedno miejsce szpitalne można będzie prawdopodobnie nieco obniżyć.

c) *Z y g m. K r a m s z t y k* uważa, że wysokich kosztów organizacyi szpitalnictwa nie można uważać za utopię, lecz za podstawę, na której oprzeć się trzeba, bo dla wielkich celów środki muszą być znalezione. Prelegent wskazał zresztą drogę do znalezienia środków potrzebnych, a nieprawdą jest, że jesteśmy krajem biednym; przeciwnie, jesteśmy bogaci, tylko systematycznie rabowano nas w ciągu dziesiątków lat. Ważną jest rzeczą, ażeby w przyszłym ustroju szpitalnym szpitalnictwo było zupełnie oddzielone od dobroczynności publicznej. Następnie, koniecznym jest dla pewnego powiązania wszystkich szpitali w harmonijną całość, ażeby szpitale peryodycznie były odwiedzane przez specjalnie wykształconych inspektorów (delegowanych przez władzę naukową—a więc departament szpitalny), których zadaniem byłoby czuwanie nad stanem i rozwojem szpitali. Postulat ten ma szczególne znaczenie dla szpitali prowincjonalnych, najmniej potrzebny jest inspektor w Warszawie. W szpitalach powiatowych oddziały dla położnic, obłąkanych i zakaźnych powinny mieścić się w oddzielnych budynkach, tylko większe szpitale mogą być budowane systemem blokowym. Ambulatoryja powinny być od szpitali odłączone, a lekarz szpitalny nie powinien mieć czasu na prowadzenie ambulatoryum. Wielkość poszczególnych sal powinna być uzależniona od obliczenia, ilu chorych powierzyć można pracy jednego ordynatora.

d) *S z w a j c e r* podnosi, że tylko dobre szpitalnictwo zwalczy zakorzenioną tradycję niechęci do szpitali, a z drugiej strony tylko odpowiednio urządzone szpitale współdziałać mogą rozwojowi medycyny, a zwłaszcza takich działów, jak chirurgia lub położnictwo. Co do liczby potrzebnych łóżek szpitalnych, to norma waha się w Europie od 1:100 mieszkańców (Paryż) do 1:200. Norma ta musi być indywidualizowana, ośrodki bowiem fabryczne wymagają więcej łóżek, wieś—mniej. Z rozwojem kultury część zadania wypełnią fabryki, kasy chorych i towarzystwa ubezpieczeń, podobnie jak to działo się na Zachodzie, i tym sposobem na państwo i na gmiu przypadnie zadanie mniej rozległe. Nie na eży również zapominać, że wiele małych prowincjonalnych szpitali okaże się zbytecznymi w miarę rozwoju środków komunikacyjnych. Projektowanie miejsc dla chorób zakaźnych nie może być ściśle oparte na stosunkach dzisiejszych; cholera nie jest już wcale groźna, walka z ospą jest na ukończeniu, a za lat 25 — 30 prawdopodobnie nie będziemy już mieli tyfusów. Na razie jednak konieczne są zupełnie od-

dzielne szpitale dla duru plamistego i dla płonicy, a w każdym szpitalu powinien być, choćby niewielki, oddział obserwacyjny.

e) Sokołowski A. przypomina, że myśl podatku z morga na cele szpitalnictwa podał przed niemal ćwierćwiekiem Gustaw Doliński z Lublina w pięknej pracy, zawierającej tablice i szczegółowe wyliczenia, ile wypadnie na morg ziem i mieszkańca. Te same szczegóły zawiera i mapa szpitalnictwa, opracowana przez Henryka Dobrzyckiego.

f) Rzętkowski w odpowiedzi z ubolewaniem stwierdza, że skutkiem braku czasu dyskusja nie mogła rozwinąć się należycie i sam R. z. nie może szerzej poruszyć spraw, które się z niej wyłoniły. R. z. zaznacza konieczność wypracowywania w chwili obecnej programów i planów we wszelkich dziedzinach życia naszego, które, jak wierzyć wolno, będzie się mogło rozwinąć na przyszłość bez przeszkód. Zarysem takiego programu w dziedzinie szpitalnictwa krajowego był referat R. z. Stan naszego szpitalnictwa jest tak opłakany, że same reformy „administracyjne”, zwłaszcza w duchu dawnym dokonywane, nic tu nie pomogą. R. z. nie zalecał w swym odczycie pokrywania potrzeb na szpitalnictwo bezpośrednim podatkiem z morgi gruntu, bowiem byłoby to ponad miarę obciążeniem podatkowym, zwłaszcza wobec potrzeb z innych dziedzin naszego życia (szkolnictwo, zabezpieczenie starców, komunikacje i w. in.), które gmina będzie musiała ponosić. To też znaczna część wydatków tego rodzaju będzie musiała uleść pokryciu ze źródeł innych, jak np. kasy chorych, a przede wszystkim dochodowe inwestycje gminne i miejskie. R. z. zgadza się z wypowiedzianym w dyskusji poglądem na pożytek sanatoryjów dla suchotników, wszakże nie uważa za słusne lokowanie ich w chałupach pod opieką pielęgniarek. Suchotnik musi być nieustannie pod nadzorem lekarza. Można tu zamiast kosztownych sanatoryjów budować tanie pawilony systemem Dosquet'a. Umieszczanie ostrych psychopatów na czas krótki w izolowanych pokojach szpitali gminnych jest konieczne ze względu na bezpieczeństwo publiczne. W interesie samych chorych nie można ich przecież *antiquo modo* odsyłać do „gminy pod opiekę sołtysa”. [Streszczenie własne].

g) Rychliński replikuje, że bynajmniej nie zamierzał drogą reform administracyjnych ograniczać szerokich projektów, wskazywał tylko konieczność tych reform wobec wysoce wadliwej administracji. Co zaś do podatku z morga, to fakt, czy podatek ten płacony ma być oddzielnie, czy łącznie z innymi podatkami, zupełnie przecież nie wpływa na istotę rzeczy, czyli na jego konieczność.

h) *Sokołowski A.* odpowiada, że nie miał na myśli „chałup“, lecz domy, specjalnie dla suchotników stawiane, wprawdzie tanie i proste, lecz posiadające pewne minimum urządzeń niezbędnych. Kwestyę zaś, czy specjalnie wyszkolone pielęgniarki wystarczą dla oznaczonej kategorii chorych, rozstrzyga dodatnio doświadczenie, zrobione w Norwegii, a zresztą, jak wyżej wspomniał, lekarz z sąsiedziwa może od czasu do czasu lub w razie potrzeby chorych tych odwiedzać.

i) *St. Orłowski* proponuje kontynuowanie dalszej dyskusji w Sekcji Szpitalnej Tow-a.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Zastępca sekretarza *K. Oczesalski.*

Posiedzenie administracyjne z dnia 27 grudnia 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 21.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński.*

I. Protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał list Izby Lekarskiej Wschodnio-Galiczyjskiej z dnia 20.XI r. b., nadesłany do Tow-a, a zawierający życzenia swobodnej i owocnej pracy w niepodległej Ojczyźnie, pod adresem lekarzy polskich w Królestwie.

III. Sekretarz *Stały A. Sokołowski*, referując sprawę budżetu na rok 1917-y, zaznacza, że Zarząd Tow-a po raz 3-ci z powodu wyjątkowych warunków nie może podać dokładnego prowizoryum budżetowego. Wpływa na to niemożność określenia dochodów zarówno z nieruchomości Tow-a, jak i ze składek członkowskich. W r. b. spodziewano się z komornego osiągnąć 11 tys. rb., zamiast 15-u tys. (w latach poprzednich), osiągnięto jednak zaledwie 9¹/₂ tys. Wobec jednak zysku, jaki przypadł Tow-u w udziale za wylosowane listy zasta-

wne w sumie rb 1125, jako też z powodu zaprowadzonych oszczędności uda się być może rok bieżący zakończyć bądź małym deficytem bądź też bez deficytu. Na rok przyszły Sekretarz Stały proponuje ażeby zebrani uchwalili gospodarkę budżetową Zarządu w granicach budżetu zeszłorocznego i z zachowaniem wszelkich możliwych oszczędności.

Zebrani wniosek Sekretarza Stałego przyjęli.

IV. Bibliotekarz Z w e j g b a u m przedstawił sprawozdanie ze stanu biblioteki w roku 1916.

Prezes w imieniu członków Tow-a podziękował kol. Z w e j g b a u m o w i za gorliwe zajęcie się biblioteką i za podjęcie sprawy katalogu.

V. Wiceprezes P u ł a w s k i przedstawił sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego za r. 1916 i dodał, że wobec stale ujawnianych braków, powstających skutkiem nieoddawania wypożyczanych książek i roczników, Komitet Biblioteczny proponuje, ażeby nazwiska kolegów, którzy po dwukrotnem zwróceniu uwagi przez bibliotekarza i wezwaniu przez Zarząd książek pożyczonych nie oddadzą, — ogłaszać publicznie na zebraniu wyborczem.

W dyskusyi:

a) Sekretarz Stały A. S o k o ł o w s k i sądzi, że wniosek ten można będzie włączyć do proponowanych zmian w regulaminie, które będą rozpatrywane na posiedzeniu wyborczem.

b) Z w e j g b a u m zaznacza, że nieakuratność wielu członków wyrządza bibliotece często niepowetowane szkody. Wiele jednak braków powstało ostatnimi czasy wskutek wyjazdu licznych kolegów: koledzy ci powinni byli przed wyjazdem książki pożyczone zwrócić. Niektóre braki, stąd powstałe, uda się zapewne wyrównać po powrocie tych kolegów. Braki zaś, co do których powetowania niema już nadziei, mówca stara się naprawiać przez sprowadzanie dubletów.

c) W o j c i e c h o w s k i zapytuje, jak było dawniej, i sądzi że radykalnym środkiem przeciw omawianemu złu jest pobieranie zastawu za wypożyczane tomy. A wobec patologicznej nieraz pogoni za białymi krukami“ najlepszym sposobem jest niewydawanie z biblioteki ani unikatów, ani książek wyjątkowo cennych.

d) Sekretarz Stały A. S o k o ł o w s k i odpowiada, że przed 25 laty, gdy był wiceprezesem Tow-a, było znacznie gorzej. Gingło w tych czasach wiele dzieł cennych. Obecnie jest lepiej gdyż regulamin obecny zabrania wypożyczenia nie-

których dzieł, np. sprawozdań rocznych, a nawoływania bibliotekarza o zwrot książek wypożyczonych często odnoszą skutek pożądany.

e) Wiceprezes P u ł a w s k i oznajmia, że Kom. Bibliot. szczegółowo zajmował się tą sprawą i doszedł do przekonania, że pobieranie zastawu mogłoby odstręczyć wielu kolegów od czytelnictwa. Komitet ma nadzieję, że jeżeli nie wystarczy przypominanie przez bibliotekarza, to ogłoszenie nazwisk na najliczniejszym zebraniu wyborczym będzie jednak odnosiło skutek pożądany.

f) Prezes dodaje, że wniosek ten można będzie jeszcze rozszerzyć w ten sposób, ażeby upoważnić prezesa do publicznego ogłaszania nazwisk dłużników co pewien okres czasu na posiedzeniach klinicznych.

VI. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych Tow-a przedstawili: 1) P r u s z y Ń k i (odeczytał O c z e s a l s k i) — z prac M. C z u b a l s k i e g o, 2) Ł y s k a w i ń s k i — z prac J. C e l i c h o w s k i e j i H. P r z e d p e ł s k i e j, 3) K o p e ć (odeczytał Ł y s k a w i ń s k i) — z prac R e m i g i u s z a S t a n k i e w i c z a, 4) M a r c i n k o w s k i — z prac J. P i e n i a ż k a, 5) O t t o C z. — z prac P. R u d z k i e g o, 6) S t a n k i e w i c z C z e s ł a w — z prac J. K u m m a n t a i 7) O c z e s a l s k i — z prac A. C z a j k o w s k i e g o.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Zast. sekretarza *K. Oczesalski.*

BIBLIOTEKA

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W III i IV kwartale 1916 r. dla Biblioteki nabyto:

- B o c h e n e k A.** Anatomia człowieka. Podręcznik. Tom II. Kraków, 1916. Nakładem Akademii Umiejętności.
K r a u s i B r u g s c h. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, zeszytów 35 (od 35 do 70).

W darze między innymi otrzymano:

- W i e r z b o w s k i T h.** Bibliographia Polonica XV ac XVI ss. 3 volum. Varsoviae 1889—1894.
K a t a ł o g Biblioteki Imp. Warsz. Uniwersytetu. Warszawa, 1897—1912. Tomów 10.
K a t a ł o g Medicynskawo otdiela Bibl. Warsz. Uniw. Tomów 2. Warszawa, 1898.
K a t a ł o g Juridyczeskawo otdiela Bibl. Warsz. Uniw. Warszawa, 1887—1895 (zeszytów 7).
K o s k o w s k i W., T y s z k a K., B o g u s ł a w s k i S. Anatomia opisowa według wykładów prof. E. L o t h a. 2 zeszyty. Warszawa, 1915/1916. Wyd. Koła Medyków i z zapom. Kasy im. Mianowskiego.
R z ę t k o w s k i K. Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. Warszawa, 1916. Wyd. z zapom. Kasy im. Mianowskiego.
B i e h l e r M a t y ł d a. Podręcznik Hygieny. Warszawa—Kraków, 1916.
M a l i n o w s k i F. Choroby weneryczne. Tom II. Wrzód weneryczny. Rzeżączka. Warszawa, 1916.
H e i m a n T. Etyka lekarska i obowiązki lekarza (Deontologia). Warszawa, 1917.
K s i ę g a p a m i ą t k o w a Wszechnicy Warszawskiej. Zbiór prac z dziedziny patologii dziecięcej współpra-

- owników Dra Med. Józefa Brudzińskiego, rektora. Warszawa, 1916.
- Działalność Komisji rozpowszechniania wskazań zdrowotnych Zarządu miasta stoł. Warszawy, za czas od dnia 29 stycznia 1915 r. do dnia 1 sierpnia 1916 r.** Warszawa.
- Serkowski S.** Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socjalnej. Warszawa, 1917. Wyd. Stowarzyszenia Lekarzy.
- Sprawozdanie Komitetu Obywatelskiego miasta Warszawy 1915. Część I-a.** Warszawa, 1916.
- Pamiętnik Fizyograficzny. Tom XXIII.** Warszawa, 1916.
- Polak J.** Wykład Higieny miast. Warszawa, 1908. Nakład Wydziału urzędzeń zdrowotnych przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie.
- Kaufman L.** Myologia. Podręcznik prosektoryjny studentów. Warszawa, 1917.
- Karwacki L.** Dur brzuszny (tyfus). Warszawa, 1916.
- Karwacki L.** Mór. Warszawa, 1916.

Bibliotekarz, *Zweygbaum.*

b) za pracę z dziedziny higieny, również bez określenia z góry ścisłego tematu. Termin nadesłania prac w rękopisach oznacza się na dzień 15 września 1917 roku, z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych. Prace, nagrodzone już na innych konkursach, nie mogą być brane pod uwagę.

8) Dwie nagrody pieniężne, każda w kwocie rub. 375 z funduszu imienia D-ra LEONA KONITZA, mające być przyznane 15 października 1917 roku za najlepsze dwie prace oryginalne w języku polskim, poświęcone wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszerji i ogłoszone drukiem w terminie od d. 1 kwietnia 1911 r. do dnia 31 marca 1917 r., lub w tymże terminie w rękopisach dla ubiegania się o nagrody złożone. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne albo też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Komitet konkursowy weźmie pod uwagę **wszystkie** wogóle prace z powyższej specjalności, jakie wyszły z druku w sześcioletnim okresie konkursowym, z dołączeniem prac nadesłanych na konkurs w rękopisach.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) z nadmienieniem, że autor je do danego konkursu przeznacza. Do prac, w rękopisach przedstawianych, dołączane być mają godła, z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego, ul. Niecała Nr. 7.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokołowski.*