

MIEDNICA POLEK I JEJ STOSUNEK do typu za normalny uważanego.

[Praca nagrodzona na konkursie imienia KONITZA].

NAPISAŁ

Dr. med. Włodzimierz Popiel.

Jednem z najważniejszych a jednocześnie i najtrudniejszych zadań akusзера jest dokładne określenie u rodzących wymiarów miednicy, bez czego niemożliwem staje się wogóle rokowanie co do przebiegu porodu, ewentualnie co do rodzaju i charakteru pomocy z jaką mamy pośpieszyć. Każdemu z nas wiadomo, że czas, przebieg oraz rezultat porodu ściśle wiąże się z szeregiem warunków, tak ze strony matki jak i płodu. Pominąwszy wszelkie nieprawidłowości porodowe, zależne od położenia, rozmiarów płodu oraz cały szereg innych okoliczności, pozwolę sobie zatrzymać się na rozpatrzeniu tutaj pewnych właściwości miednicy kobiecej — jakie niezbędnie należy znać każdemu lekarzowi, zajmującemu się akuszeryą. Należy znać — lecz czy tak jest w istocie — nie wiem. Znajomość wymiarów miednicy i pewna wprawa w mierzeniu jest nieodzowną dla akusзера, wszyscy o tem wiemy. Od niezbyt jednak dawna przekonanie to stało się dogmatem w akuszeryi, aczkolwiek w XVI już wieku miano przecież pewne pojęcie o wąskiej

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

12

miednicy, i niektórych zmianach w przebiegu porodu zależących od tej anomalii. Wprowadzenie prawidłowego jednak i najracjonalniejszego rozpoznawania t. n. wąskiej lub spłaszczonej miednicy datuje się dopiero od połowy osiemnastego stulecia. Odnosna literatura nie daje nam żadnych wcześniejszych wskazówek co do budowy miednicy kobiecej wprost dla tego, że aż do czasu Wezajusza panowało przekonanie o ruchomości kości miednicowych i rozchodzeniu się ich podczas porodu. Twierdzenie to przed wiekami przez Hippokratesa ogłoszone i tylko do pierworodek odnoszące się, Galenus rozwinął, uzupełnił i rozszerzył do wszystkich wogóle położnic. W tych zaś wypadkach, gdzie nawet ręka lekarza napotykała nieomyłne oznaki nieprawidłowości w budowie, jakie obecnie zwężeniami mianujemy, lekarze starożytni wszystko przypisywali zbyt mocnemu połączeniu kości miednicowych, wskutek czego owo rozchodzenie się nie mogło mieć miejsca. Te i tym podobne pojęcia przetrwały przez cały szereg wieków aż do wielkiej epoki Odrodzenia. Ani arabscy lekarze, spadkobiercy wiedzy Greków, ani średniowieczne zakony jedyne miejsca schronienia cywilizacji łacińskiej, nie sprostowały fałszywych twierdzeń i błędnych teorii. Pierwszym—korań, drugim ich powołanie nie pozwalało zajmować się akuszerią. Miasto nauki i dalszych badań w danym kierunku, pojawiły się najrozmaitsze baśnie i nieskończenie szkodliwe mistyczne poglądy, a co za tem idzie upór zabobonny w traktowaniu położnic. Ślady tej smutnej epoki dotrwały do naszych czasów i teraz jeszcze lekarz toczyć musi walkę z ciemnotą przy łóżku położnicy.

I oto w 1542 roku pojawiła się wiekopomna praca Andreae VESALII p. t. „De humani corporis fabrica“, w której autor energicznie powstaje przeciw twierdzeniu Hippokratesa i Galena; w trzydzieści lat później Arancjusz opisuje miednicę płaską i zwężoną. Lecz dopiero Deventer w 1701 r. opisał mniej więcej wyczerpująco obie główne formy zwężeń miednicy [m. zwężoną i miednicę płaską], i jako warunek niezbędny dla akuszerza kładzie obowiązkowe mierzenie miednicy: „ab initio, quum laborantum convenit, primum ipsius

officium erit, parturientem tactu explorare, simulque sensu iuvenstigent, pelvisne ampla sit vel angusta, rotunda vel plana. (Novum lumen, Ludguni Batavorum 1701). Słowa które pamiętać nie zaszkodziłoby i obecnie z tym tylko dodatkiem, aby umieć i wiedzieć jak mierzyć. W połowie XVIII stulecia zjawiała się gruntowna praca SMELLI'ego, który już m i e r z y miednicę w ścisłym tego słowa znaczeniu, aczkolwiek w sposób pozwalający tylko w pewnym przybliżeniu określić charakter miednicy. W przybliżeniu powtarzam, gdyż sposób w jaki DEVENTER mierzenia dokonywał polegał głównie na ogólnikowym określeniu conjugatae diagonalis: „En effet, j'avois bien de peine à atteindre avec l'extrémité de mon doigt jusqu'à la saillie de la dernière vertèbre des lombes et de la partie supérieure de l'os sacrum; ce qui me fit juger, que dans cet endroit le bassin n'était pas de plus d'une demipouce ou de trois quarts de pouce plus étroit que ne le sont pour ordinaire les bassins bien formés“. Wogóle w rozmaitych miejscach traktatu SMELLI'ego, widać, że autor doprowadził ręczne mierzenie miednicy w celach praktycznych do wysokiej doskonałości, oraz, że lepiej może i dokładniej określał rozmaite właściwości miednicy niż teraz to robi wielu z jego następców nawet przy pomocy rozmaitych instrumentów. Współczesny SMELLI'emu, ROEDER wprowadza nazwę „conjugata“ [axis] i określa trzy stopnie zwężenia miednicy. W końcu wieku XVIII zjawia się w Niemczech G. STEIN, [starszy], który pierwszy używa instrumentu do określenia rozmiarów miednicy w postaci sztabki z podziałką do mierzenia conjugatae diagonalis. Zaslugą również STEIN'a jest określenie poprzecznego wymiaru wejścia i podział wąskiej miednicy na sześć kategorii. Do pierwszej z nich zalicza miednice zwężone których wynosi wymiar ten 3,75 cala [9,5] itd. Według wzoru STEIN'a pojawiło się wkrótce dużo rozmaitych instrumentów skonstruowanych dla tegoż celu. Jako pracowników w tym kierunku możemy wymienić takie nazwiska: jak COUTOULY, WEIDEMAN, CREVE, COEPPE, MEYER, STARK i wielu innych dziś już może zapomnianych zupełnie. JOHNSON w Anglii, uczeń SMELLI'ego, pierwszyczaczą mierzyć miednice po-

łożnic ręką, w sposób, jakiego i obecnie używamy, a Th. DENMAN pierwszy może badał szczegółowe warunki i wpływy, jakim podlega formowanie się miednicy człowieka dorosłego.

Ogromny krok naprzód zrobił BAUDELOCQUE, wydoskonaliwszy metodę mierzenia *conjugatae externae et diagonalis*. Jego sposób mierzenia tej ostatniej dotychczas istnieje i uchodzi za najłatwiejszy a jednocześnie dostatecznie ścisły. Instrument, podany przez BAUDELOCQU'a w r. 1775 i nazwany przez niego *compas d'épaisseur* posłużył za pierwowzór wszelkich obecnych miednicomierzy. W r. 1784 zwraca na siebie uwagę AITKEN nowowynalezionym instrumentem, stanowiącym pewną kombinację miednicomierzy do zdejmowania pomiarów zewnętrznych i wewnętrznych; później dużo w tym kierunku pracowali DESBERGER, RITGEN, WELLENBERGH, LEROY, BECK i inni. W roku 1840 VAN HUEVEL podaje model swego miednicomierza do bezpośredniego określania wymiaru sprężnej. KIWISCH i WINKLER ulepszyli instrument HUEVEL'a i nadali mu formę używaną obecnie. W trzecim dziesiątku lat ubiegłego stulecia pojawiają się prace STEIN'a młodszego, który bardzo już obszernie i wszechstronnie opracowuje pojęcie o zwężonej miednicy, przyczem głównie posiłkuje się, oprócz wywiadów, określeniem c. *diagonalis*, nie uznając wcale c. *externa*. W następnym okresie kilku dziesiątków lat nowe prace i zdobycze w dziedzinie akuszeryi ściągają się li tylko do opracowania techniki operacyjnej, oraz warunków i wskazań do operacyi. Dopiero MICHAELIS zwraca baczną uwagę na wymiary miednicy i tworzy metodę zdejmowania wymiarów zewnętrznych oraz mierzenia każdej położnicy. Jemu również należy się zasługa drobiazgowego zbadania miednic płaskich niekrzywicowych oraz rozmaitych odmian mechanizmu porodu przy miednicach nieprawidłowych. Odrzucając szablonowy sposób określania sprężnej M. radzi zawsze brać pod uwagę wszelkie warunki, mogące mieć wpływ na wielkość tego wymiaru. Poszukiwania, podjęte przez MICHAELIS'a, rozwinięte zostały przez LITZMANN'a i jego uczniów i obecnie badania nad miednicą kobiet

wogólności, a położnic w szczególe doprowadzone zostały do bardzo zadawalających rezultatów. Z odnośnych prac w tym kierunku w ostatnich czasach zanotować musimy poszukiwania AVELING'a [wynalazcy instrumentu—gynecometer], LUMELEY EARLE, oraz ŁAZAREWICZA miednicomierz, który jest bardzo dogodnym i dość dokładnym oraz daje możność bezpośredniego określania diag. verae. KUESTNER w roku 1881 zaproponował nowy instrument dający wyniki bardzo dokładne, ale połączony z niedogodnościami z powodu kłopotliwego wyrachowywania i stosowania logarytmów. Na dziesiątym międzynarodowym kongresie w Berlinie SKATSCH¹⁾ demonstrował 5-go Sierpnia 1890 r. instrument swego wynalazku, pozwalający między innemi na określanie bezpośrednio i poprzecznego wymiaru wejścia do miednicy. Obecnie każdy lekarz akuszer mierzy i ściśle [przypuszczam] stosuje zabiegi do otrzymanych wymiarów, nazywając pewną kategorię miednic normalnemi, inne zaś znów uznając za nienormalne, i według tego takie lub inne stawia rokowanie.

Rzecz prosta, żeby nazwać miednicę nienormalną, należy dokładnie znać normę. Według ogólnie przyjętego przekonania, za normalną uważamy miednicę europejski, główne wymiary²⁾ której wynoszą przecięciowo:

¹⁾ SKATSCH również proponował na zjeździe niemieckich towarzystw ginekologicznych w Monachium w r. 1886 aparat dość skomplikowany a służący do określania wszelkich wymiarów miednicy.

²⁾ Poprzestaniemy tutaj na niektórych tylko, najważniejszych w praktycznem położnictwie wymiarach.

TABLICA I.

Na żywej	Centymetrów					Na szkie- lecie
według:	dist spin ant. sup.	dist crista- rum.	conj. ext.	conj. diag.	conj. vera	distan. transv.
LITZMANN	27,0	29,5	20,0	12,6	10,8	13,5
KRASSOWSKI	27,5	29,0	20,5	12,5	11,4	13,5
SCHROEDER	26,0	29,0	20,2	13	11,0	13,5
LEPAGE	24,0	28,0	20,0	12,5	11	13,5
DUEHRSEN	26,3	29,3	20,0	13,0	11,0	—
SCHAEFFER	26,0	28,0	19,5	12,5	11,0	13,5

Wymiary powyższe powtarzają się najczęściej, a nawet wyłącznie prawie we wszystkich podręcznikach aku-szeryi jednakowo. Fakt ten mógłby dowodzić istnienia pewnego przeciętnego typu, mniej więcej jednakowego dla normalnych miednic kobiet Europy a nawet świata całego, gdyby nie pewne okoliczności, podające w wątpliwość wartość odnośnych danych. Przedewszystkiem, o ile z będących pod ręką źródeł mogę przypuszczać, normalna zupełnie miednica jest rzeczą bardzo rzadką, jeśli nie zechcemy naturalnie patrzeć się na rzecz zbyt powierzchownie i zdanie MUELLER'a ¹⁾, który twierdzi, że „dass, was wir normales Becken nennen, viel seltener vorkommt, als in den Lehrbüchern gewöhnlich angegeben wird“, stanowczo coraz częściej i więcej znajduje potwierdzeń. Wszak badania HASSE'go i ZAKRZEWSKIEGO dowiodły, że na 184 miednic zbadanych starannie położniczaledwie 20 nie zdradzało nieprawidłowości, wszystkie pozostałe należały do skoliozycznych, z nich 100 przedstawiało skoliozę lewą, 64 zaś—prawą.

¹⁾ P. MUELLER —Arch. für Gynaekologie, J. 1882.

Powtóre autorowie albo powtarzają pewne cyfry jeden według drugiego, albo opierają swe wnioski na bardzo nielicznych obserwacjach. Potwierdzenie mego przypuszczenia znalazłem w klinicznych odczytach BALANDIN'a, który między innemi twierdzi także że i sam sposób dokonywania pomiarów jest bardzo rozmaity, a zatem nie daje rękojmi ścisłości. Podobneż poglądy na poruszoną kwestyę znalazłem w niedawno ogłoszonej pracy GOENNER'a, który na podstawie 100 pomiarów na trupach, dokonanych przy pomocy swego oryginalnego instrumentu, twierdzi stanowczo że: 1) miary miednicy zwykle uważane za normalne są zbyt wielkimi, 2) bezwarunkowo należy sprawdzić używane dotąd wymiary, tembardziej, że lekkie zwężenia miednicy wcale nie są tak rzadkimi.

Dowodzenia GOENNER'a tembardziej zasługują na uwagę, że są oparte na materyale nie niemieckim [BAZYLE'a], a zatem mutatis mutandis odpowiadają do pewnego stopnia naszym warunkom. Tak tam (Szwajcaryja) jak i u nas, za podstawę zwykle przyjmuje się wymiary, wzięte z niemieckich podręczników.

Dla jakich zaś przyczyn u nas za normę miednicy kobiecej zostały *jure caduco* przyjęte powyżej cytowane liczby—nie wiem. Bo jeśli JOULIN, na podstawie bardzo nielicznych swych badań, twierdził, że miednice rasy kaukazkiej, murzyńskiej i mongolskiej nie różnią się wzajemnie, to więcej w każdym razie zasługują na wiarę badania całego szeregu akuszerów i antropologów, dające zupełnie odmienne wyniki.

Na czele postawić powinniśmy poszukiwania G. VROLIK'a [1826 r.], który w dość dokładny sposób przeprowadził badania porównawcze nad miednicami niektórych plemion nieeuropejskich w porównaniu z europejskimi. Od tego czasu czyniono niejednokrotnie w tym kierunku poszukiwania—stałe jednak grzeszące małą ilością obserwacyjnego materyału. Rezultatem tych badań jest stwierdzenie istnienia pewnych różnic rasowych. Tak np. odkryto, że miednice indo-malajskie odznaczają się szczególniej dużą *conjugata vera*, większą niekiedy, niż poprzeczny wymiar

wejścia, podobny stosunek przedstawiają miednice cyganek. Miednice kobiet negrów Afryki i Australii są prawie okrągłe, a żydówek odznaczają się małymi rozmiarami [KLEINWACHTER]. Miednice ras żółtych są wogóle uważane za zwężone odnośnie do Europejskich, nie mówiąc już o tem, że różnią się one również budową i kształtem oddzielnych kości. Miednice mieszanek Jawy [malajki] mają nadzwyczaj cienkie kości. U Buszmanów miednica kobieca mało się różni od męskiej, charakterystycznym jest dla tego plemienia pionowy oss. ilei, przy jednocześnie bardzo wystającym promontorium. Opierając się na bardzo bogatym materiale, na 6000 porodach, FLINT z New-Yorku twierdzi, że między innemi tamtejszemi mieszkankami odsetka wązkich miednic wynosi 10,9%, przyczem za granicę, od której zaczyna się u amerykańek wązka miednica uważa: *Conjugata externa* — 7 cali [17,7 ctm.] a *diagonalis*—4,5 cali [11,4 ctm.]. Z tego zatem widzimy, że miednice amerykańek są nieco mniejsze niż europejek, względnie do używanej zwykle normy. TURNER próbował rozdzielić miednice wszystkich ludów na dolichopeliczne, wejście których ma kształt owalu podłużnego, mesatypeliczne z otworem wejściowym miednicy małej mniej więcej okrągłym i platypeliczne z wejściem w formie owalu rozciągniętego poprzecznie. Do pierwszej kategorii zalicza ludy Malajskie, Polinezyi, Australii i południowo Afrykańskie, do drugiej — murzynów oraz plemiona Tasmanii i nowej Kaledonii, do ostatniej zaś—narody Europejskie, Mongolskie i Indian, przyczem miednice kobiet ludów z pierwszej kategorii są mesatypeliczne, z drugiej platypeliczne, a w trzeciej platypeliczne jeszcze w większym stopniu.

Porównawcze zestawienie zewnętrznych wymiarów miednic kobiet rozmaitych plemion i narodów według C. MARTIN'a i innych autorów przedstawia się nam jak następuje.

TABLICA II.

	Dist. spia. os. il.	Dist. crist. os. il.	Conj. extern
Amerykanki [Indyanki]	22,3	26,7	18,1
Buszmanki	20,0	22,0	16,0
Malajki	21,8	24,6	17,2
Metyski	25,0	26,	17,0
Mulatki	22,0	25,2	19,2
Murzynki	22,2	24,6	19,2
Dahomey	20,5	24,5	17,5
Europa środkowa	25,0	29,0	19,0
Niemcy północne	24,4	30,0	18,3
Estonki według { HOLTT'a	24,9	28,9	19,7
{ SCHRENC'a	26,1	28,8	25,3
Rosyanki Petersburg	24,5	27,7	19,1
„ Moskwa	23,0	26,5	18,2
Kirgizki	25,5	27,7	20,8

Różnice jak widzimy są bardzo znaczne, a będą jeszcze wyraźniejszymi, jeśli za podstawę weźmiemy przytoczone poprzednio przeciętne wymiary miednic europejskich. Tą właśnie a nie inną miarą posługowali się wszyscy badacze poczynawszy od VOLK'a i wszyscy popełniali jeden i ten sam błąd przyjmując, niewiadomo dla czego miednicę europejski [a szczególnie niemki] za idealną i podstawową formę miednic kobiecych wogóle.

Apriorystyczne to twierdzenie bezwarunkowo jest błędem. Błąd leży tu przedewszystkiem w nieznaczonej stosunkowo ilości materiału obserwacyjnego, z jakiej autorowie przeważnie niemieccy, wyciągali swe wnioski, powtórę zaś mimowoli nasuwa się pytanie, dla czego mamy uważać miednicę europejski za normalną a nie np. miednicę jawanki lub buszmanki. Z punktu widzenia anatomii porównawczej i antropologii, klasyfikując zwierzęta i ludzi we-

dług stopnia ich rozwoju intelektualnego i fizycznego, mamy pewne prawo mówić, między innemi, o wyższości budowy miednicy murzynki nad małpią a niemki nad kirgizką. Lecz akuszerowi takiej klasyfikacji uznawać nie wolno, a tembardziej nie wolno nazywać miednicy żydówki ogólnie zwężoną lub Polki spłaszczoną. Miednica, jako integralna część szkieletu ludzkiego, odgrywa bardzo ważną rolę, tem ważniejszą, że przy pewnych zmianach w jej rozmiarach i budowie, mają miejsce najrozmaitsze utrudnienia i komplikacje w przebiegu porodu. Akt porodowy przebiega prawidłowo, jeśli caeteris paribus, miednica położnicy jest prawidłową i odwrotnie: taką miednicę mamy prawo nazywać przeciętnie prawidłową w akuszerijnym pojęciu rzeczy, przy której wobec normalnych innych warunków rodzi się przeciętnej wielkości, żywe i donoszone dziecko. Zdaje się, że do tego samego wniosku w swej pracy przyszedł cytowany już poprzednio GOENNER, według niego: „ein Becken, das dem Durchtritt des Kindes kein Hinderniss in dem Wege stellt, ist nicht pathologisch“. W tej kwestyi zresztą nie może być dwóch zdań. Nie możemy przecież widzieć objawów patologicznych tam gdzie widzimy tylko normalny przebieg właściwych danemu organowi funkcji, przy normalnym również wyglądzie, kształcie i budowie odnośnego narządu. Prosty ztąd wniosek, że każdy naród, każda rasa posiadać musi własny swój typ prawidłowej, dla siebie, miednicy kobiecej.

Z tego punktu widzenia miednice małpy, niemki, cyganki lub indyanki nie są bynajmniej więcej lub mniej prawidłowymi, ani nie stoją na wyższym lub niższym stopniu drabiny rozwojowej. Dla każdego typu stworzeń i ludzi właściwy im typ miednicy będzie prawidłowym, jeśli prawidłowo spełnia przeznaczone podczas porodu funkcje i nie staje się powodem tych lub innych zaburzeń w przebiegu aktu porodowego.

Jak już raz nadmieniliśwy, lekarze polscy [mówię tu o Królestwie], stale będąc pod wpływem szkoły niemieckiej, za normalne uznają wymiary podane przez niemieckie podręczniki, wszelkie zaś odchylenie od przyjętej normy za

nieprawidłowość uznają i odpowiednie stosują zabiegi wobec rzekomo grożących powikłań porodu. Nie uważam bynajmniej tego za winę, nie grzeszy ten kto wierzy, że postępuje dobrze. Grzeszy o tyle, że ślepo wierzy in verba magistri.

Wymiar przekątny ma wynosić 13, a sprzężna 11 ctm. w miednicy normalnej według niemieckich autorów. Tymczasem jak wyżej już nadmieniliśmy, ich własne dane grzeszą niedokładnością. Oto np. według KRAUZE'go wymiary normalnych miednic niemek wynoszą:

Dist. spin. os. il. 24,4 ctm.

„ crist. „ 30,0 „

Conj. externa 18,3 „

gdy tymczasem według danych podawanych zwykle w podręcznikach niemieckich cyfry te przedstawiają się jako

26,0—29,0—20,0 cent.

Istnienie różnic plemiennych nawet w jednej i tej samej rasie, stwierdził już SCHROEDER, który podaje dokładne przeciętne wymiary miednic niemek z różnych punktów kraju ¹⁾.

TABLICA III.

Wejście m. miednicy	Diameter recta	Diameter transver.
Kilonja	11,09	13,34
Bonn	10,91	13,35
Erlangen	11,07	12,93

Toż samo spotykamy i w innych krajach. Dość jest porównać dane co do kobiet rosyjskich przytoczone w Tabelicy II.

Widzimy zatem, że nawet dane naszych „nauczycieli“ różnią się między sobą w stopniu znacznym. Jeszcze większe, rzecz prosta otrzymamy wachania, gdy, przyjmując

¹⁾ Zastrzegamy się zawsze, że pomiary te zdejmowane były z bardzo niewystarczającej ilości miednic.

za normę miednicę niemki i wymiary niemieckich podręczników będziemy je stosowali do innych ludów i plemion. Wtedy idąc za SCHROEDER'em itd. zaczniemy upatrywać niebezpieczeństwo, no i działać, tam, gdzie, wbrew naszym przewidywaniom, częstokroć poród przebiega jak najpomyślniej i prędzej nawet niż oczekujemy. Toż przecie wszystkie miednice żydówek będą wobec tej miary ogólnie zwężone i conajmniej w 30% wszystkich wypadków należałoby wykonywać u nich odpowiednie zabiegi. Znanym mi jest fakt, gdy chora pragnąca mieć żywe dziecko, przeznaczoną została do cięcia cesarskiego i w trakcie przygotowań do operacyi urodziła sama żywy, donoszony płód normalnej wagi i miary.

Gdy obecnie starannie indywidualizujemy całą medycynę, gdy starannie unikamy szablonu, czemu właśnie w tak ważnej jak poród kwestyi, powtarzając za panią matką pacierz, mierzymy polskie miednice niemiecką miarą. Mierzmy i bardzo często wzruszamy ramionami nad nieoczekiwanem wcale zakończeniem porodu. Każden z lekarzy, który częściej z odnośnym materiałem miał do czynienia, zgodzi się w tym względzie ze mną.

Te właśnie okoliczności z całym szeregiem odnośnych obserwacyi skłoniły mnie do rozpatrzenia pytania, czy wąskie i płaskie [według formy niemieckiej] miednice polek — rzeczywiście są nieprawidłowymi i gdzie jest granica u naszych kobiet formy a początek zboczeń.

Kwestya to wagi większej niż inne, jeśli zwłaszcza przypominamy sobie, że w danym wypadku rzecz idzie o matkę i dziecko jednocześnie. Nie mniej ważnym jest fakt uniknięcia częstych pomyłek w rokowaniu, opartem na fałszywych danych, oraz pewnego ograniczenia w stosowaniu zabiegów, które zbyt szczerze, dzięki właśnie tym fałszywym danym, są przeprowadzane.

Dane, do jakich zwykle stosujemy powinny być uznane za fałszywe i są takimi, gdyż stoją w sprzeczności z rzeczywistością, która nam aż nadto często stwierdza, że normą jest to, co my zwykle za zboczenia uważamy. Rzecz zatem cała da się sprowadzić do tego aby

dokładnie uświadomić sobie, co my [polacy] w danym wypadku za normę uważać możemy i powinniśmy. Żeby zaś mieć możność nazwania czegokolwiek wielkością normalną o wymiarach prawidłowych, należy przedewszystkiem posiadać możność określenia tej normy. Jak dotąd rzeczywistego takiego sprawdzianu nie posiadano. Wszyscy autorowie pracujący nad akuszeryą wogóle, a nad t. n. miednicami nieprawidłowemi w szczególe, stale korzystają z wymiarów miednic innych narodowości. Niewiedomo dla czego, miednica, sprzężna której wynosi 11 ctm. nosi nazwę prawidłowej, wszystkie zaś inne uważane są za zwężone, np. wąskie, albo płaskie. Tymczasem sprawdzian prawidłowości danej miednicy daje nam sama przyroda w postaci płodu, który przez tę właśnie miednicę ma przejść podczas porodu. Innemi słowy przeciętne rozmiary nowonarodzonych dzieci są jedynie w możności określić nam normę miednicy danego narodu czy rasy. Warunek naturalnie, sine qua, aby za miarę uważane były dzieci urodzone, viribus naturae, bez powikłań i zboczeń, zdrowe, donoszone i żywe. Miednice, przy których, t a k i poród t a k i e m i dziećmi ma miejsce, jedynie powinny być uważane za normalne. W ten sposób każdy naród posiadać będzie swój własny typ miednicy normalnej, a co za tem idzie i miednicy nieprawidłowej. Swój własny, powtarzamy, gdyż norma miednicy kobiecej będzie zawsze w związku z wielkością i kształtem główki dziecka, która znów, jak wiemy z antropologii i anatomii, jest stanowczo wielkością zmienną, właściwą danej rasie lub szczepowi.

Określić zatem najpierw musimy możliwie dokładnie wymiary nowonarodzonego dziecka polskiego przy powyższych warunkach zrodzonego, później zaś, zebrawszy cały szereg miednic, przy których prawidłowy poród takim mianowicie dzieckiem miał miejsce, będziemy w możności określenia własnego typu normalnej miednicy kobiety—polki. Ta zaś myśl stanowi właśnie założenie niniejszej pracy. Zastrzedz się musimy, że nie mamy na celu określenia typu polskiej miednicy kobiecej wogóle, taka praca stanowiłaby raczej cel poszukiwań etnograficznych i antropologicznych.

Na tem miejscu chcę przedstawić dane jedynie pozwalające nam określić typ normalnej miednicy w znaczeniu akuszerjnym tego słowa, a zatem typ miednicy kobiety matki. Nawiasem, dodać muszę, że pierwsze zadanie byłoby o wiele łatwiejszem, gdyż polegałoby jedynie na zebraniu i zmierzaniu pewnej ilości wszelkich miednic, tak normalnych, jak i patologicznych. Wynik zaś tych poszukiwań byłby przypadkowym i, dając nam wzór miednicy przeciętnej, nie koniecznie dałby nam typ polskiej miednicy normalnej w znaczeniu wymagań akuszeryi oraz odpowiedniej do spełnienia odnośnych funkeyi rozrodczych.

Przeciętna wogóle miednica danego narodu będzie zawsze bowiem wypadkową nie tylko danych anatomicznych, ale również i najrozmaitszych ubocznych wpływów w rodzaju: warunków klimatycznych, krzywicy, osteomalacji, syfilisu itd. i w żaden przeto sposób za normę nie może być uważaną. Wzorem tej ostatniej służyć tylko będą te miednice, które pozwolą na wypełnienie bez przeszkód jednego z największych zadań natury, jakim jest podtrzymanie gatunku.

Chcąc możliwie wywiązać się z podjętego zadania, zebrałem przedewszystkiem najglówniejsze wymiary, dokonane na stu donoszonych normalnych polskich noworodkach. Otrzymawszy tym sposobem przeciętny typ płodu polskiego, zająłem się zebraniem pomiarów miednic matek polek, jakie urodziły *viribus naturae* dzieci, odpowiadające temu typowi. Pomiarzy te dokonywane były tak na żywych położnicach tak i na trupach kobiet, odpowiadających naturalnie założeniu niniejszej pracy. Pomiarów miednic na żywych kobietach, z rozmaitych okolic Królestwa Polskiego dokonano 500, na martwych zaś 100. Rzecz prosta, że zebranie tego materiału zajęło około 6 lat, tembardziej, że chcąc otrzymać typ nie jednej warstwy społeczeństwa wyłącznie, lecz całego narodu, nie mogłem poprzestawać na

materyale, jakiegoby mi mogły dostarczyć zakłady położnicze, lecz uważałem za konieczne korzystać jednocześnie z danych praktyki prywatnej. Drugą kłopotliwą stroną niniejszej pracy stanowiło to, że nie dowierzając pomiarom zbieranym przez innych, musiałem wszystkie zbierać sam, tym bowiem tylko sposobem mogłem zapewnić sobie jednostajną technikę pomiarów, a co za tem idzie i pewną jednostajność materiału i w następstwie wniosków. Jako narzędzi pracy używałem miednicomierza COLLIN'a, zwykłego cyrkla, oraz metalowej miarki i ceratowej taśmy z podziałkami centymetrową i milimetrową. Instrumenty te uważałem za wystarczające w zupełności, tembardziej tutaj, gdzie rzecz idzie o wskazówki praktyczne, w których zatem dziesiątek setne części centymetra, określając może rzecz z matematyczną dokładnością, w rzeczywistości nie odgrywają żadnej prawie roli.

Trudnijszem zato było obranie takiego sposobu określenia typu z otrzymanych danych jaki, odpowiadając ściśle rzeczywistości, pozwalałby jednocześnie na pewne praktyczne zastosowanie otrzymanej normy.

Szło mi o to mianowicie, że t. n. przeciętna arytmetyczna, jaką zwykle posiłkujemy się, daje nam tylko normę matematyczną. Innemi słowy, biorąc rzecz ściśle matematycznie, wszelkie odchylenia od normy będą już anomalją. W praktyce rzecz się ma inaczej—tu nie może być linii matematycznych, mających jeden tylko wymiar, nie możemy również uważać za anomalję niewielkich zboczeń w tę lub tamtą stronę. Chodziło mi zatem o określenie pewnych granic, w których wahania otrzymanej przeciętnej uważać należy za normalne. W tym właśnie celu do moich wyliczeń użyłem sposobu zaproponowanego przez L. STIEDA'ę, a polegającego na wprowadzeniu i zastosowaniu do zwykłego sposobu określania przeciętnej t. n. rachunku i teorii prawdopodobieństwa. Podstawą tego rachunku jest takie zmodyfikowanie przeciętnej z danego szeregu pomiarów antropologicznych czy anatomicznych, abyśmy otrzymali pewien typ, jaki leży w podstawie pojedynczych wymiarów oraz jednocześnie wskazówki, jak daleko i jak bardzo

pojedyncze dane różnią się od tego typu. Zatem, mając pewną przeciętną, w ten sposób zmodyfikowaną, będziemy wiedzieli również, z jakich mniej więcej danych otrzymaliśmy tę przeciętną. Pamiętać bowiem należy, że jednakowe zupełnie przeciętne możemy otrzymać z najrozmaitszych danych, częstokroć bardzo różnych. Tak, na przykład, przeciętna 55 może pochodzić z danych 50 i 60, ale również dobrze z 10 i 100, różnice, jak widzimy ogromne. Nikt chyba, uważając liczbę 55 za typ dla cyfr w rodzaju 50 i 60 nie nazwie jej typem dla szeregu liczb w rodzaju 10 i 100. By uniknąć właśnie tej niedokładności i mieć pojęcie o najczęściej spotykanych pojedynczych danych, uważałem za odpowiednie zastosować do wyliczeń, będących podstawą niniejszej pracy t. n. Oscillationszahl, t. j. liczbę wskazującą na przeciętne odchylenia się każdej z danych cyfr od wyliczonej przeciętnej. Ten wykładnik odchylenia stawiamy z prawej strony otrzymanej w zwykły sposób przeciętnej, przedzielając obie liczby znakiem $\pm$. Im ten wykładnik jest mniejszym, tem bliższymi są pojedyncze dane do wyliczonej przeciętnej. W rachunku praktycznym rzecz ta przedstawi się jak następuje:

Przez M oznaczamy przeciętną danego szeregu liczb, d oznaczać będzie różnicę między pojedynczą daną szeregu a przeciętną arytmetyczną wyliczoną z tych danych w zwykły sposób.

sd będzie sumą wszystkich różnic dla całego szeregu użytych do rachunku danych, bez względu na to, czy różnice te opatrzone są znakiem $\pm$ lub $+$.

n przedstawia liczbę danych, czyli ilość dokonanych pomiarów i nakoniec

r oznacza w teorii i rachunku prawdopodobieństwa ilość, która posiada taką właściwość, że odchylenia większe od r są równie prawdopodobne jak odchylenia mniejsze, innymi słowy: jeśli do pewnego szeregu danych stosujemy rachunek prawdopodobieństwa w celu otrzymania typu tych danych, to w tym szeregu jednakową spotkamy ilość odchyleń tak mniejszych jak i większych od r . Stosując ten rachunek używać będziemy formuły

$$r = 0,8453 \cdot \frac{sd}{n}$$

w której liczba 0,8453 jest ilością stałą, niezmienną, $\frac{sd}{n}$ jest właśnie owym wykładnikiem odchylenia, a r prawdopodobnem odchyleniem. Tutaj zauważyć muszę, że powyższa formuła może być stosowaną tylko przy wyliczeniach z dużemi szeregami cyfr, nie mniejszemi nad 10, w przeciwnym bowiem razie należy posilkować się formułą:

$$r = 0,6745 \sqrt{\frac{sd^2}{n-1}}$$

dokładniejszą nieco, lecz o wiele zmuenniejszą w rachunku. Ponieważ, jak wyżej zastrzegłem się, nie uważam millimetra za ilości mogące zmniejszyć dokładność mych wyliczeń wobec dużej liczby zdjętych pomiarów, więc poprzestaję na pierwszej formule. Chcąc nakoniec określić dokładność naszych wyliczeń, użyć możemy jeszcze ilości

$$R = \frac{r}{n}$$

określającej stopień dokładności wyliczenia przeciętnej [M.]

W ten sposób określamy pewien typ i jego wahania się dla danego szeregu cyfr (np. pomiarów), jako

$$M \pm r$$

oraz stopni dokładności obrachowania przeciętnej, t. j.

$$M \pm R$$

Dla ułatwienia zrozumienia zastosujemy ten rachunek naprzykład do szeregu danych

50
59
56
60

określamy przeciętną

$$M = 55$$

Typ powyższy danych da się wyrazić według formuły $\frac{sd}{n}$ jako

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

$$M \pm r = 55 \pm 2,5$$

co znaczy, że między 57,5 oraz 52,2 znajdować się będą najwięcej zbliżeni przedstawiciele danego szeregu indywidualów. Dokładność zaś wyliczeń określimy jako $R = 1.25$. Podczas gdy jeśli weźmiemy np. szereg cyfr

10
20
90
100

to M również wynosić będzie 55, lecz r równa się już 33,8 a typ tego szeregu wahać się będzie mniej więcej między 22 i 88

Rezultaty jak widzimy, zupełnie różne od poprzednich, aczkolwiek jak w jednym tak i w drugim wypadku zwykle stosowana arytmetyczna przeciętna wynosi 55.

Zabezpieczywszy w ten sposób wiarygodność swych danych, przystępuję do rozpatrzenia materiału, jaki mi dostarczyły dokonane pomiary.

Chcąc określić przeciętną wielkość noworodka poprzestawałem na następujących wymiarach:

1. Waga.
2. Długość całego ciała.
3. Obwód główki poziomy na wysokości tubera frontalia.
4. Obwód bark.
5. Wymiar główki skośny duży, od podbródka do najbardziej oddalonego punktu w okolicy ciemienia małego.
6. Wymiar główki skośny mały, od granicy między potylicą i szyją do środka ciemiaczka dużego.
7. Wymiar poprzeczny główki duży, między najdalejszymi punktami kości skroniowych.
8. Wymiar poprzeczny główki mały, między najdalejszymi punktami na szwach wieńcowych.
9. Wymiar prosty główki od gładziny do najdalejszego punktu na potylicy.
10. Wymiar prosty barkowy.

Używanego często wymiaru i (obwodu pośladków) nie brałem, gdyż ta część ciała płodu nie stanowi przeszkody lub powikłań przy przechodzeniu przez kanał miednicy matki. Pomiary zdejmowane były zaraz, albo wkrótce po urodzeniu dziecka, aby zachować [o ile można] konfigurację płodu. W ten sposób bowiem mamy większą możność sądzić o rzeczywistych wymiarach miednicy matki, do których musiał się zastosować noworodek. Jak już wyżej nadmienilem pomiary były zdejmowane jedynie z dzieci urodzonych *viribus naturae*, zupełnie zdrowych i donoszonych, poród których nie przedstawiał żadnych powikłań, wymagających pomocy lekarza. Wszystkie pomiary *in extenso*, zebrane są na tablicy X w końcu niniejszej pracy. Zebrane dane, opracowane według wyżej przytoczonego sposobu pozwalają nam określić typ zdrowego donoszonego noworodka w następujący sposób:

TABLICA IV.

Gramy i centymetry	M. (przeciętna)	r (wahanie typu)	R (dokładność wyliczeń)
Waga ciała . . .	3516,5	37,79	3,8
Długość	50,5	0,5	0,05
Obwód głowy poziomy	34,5	0,75	0,07
Obwód barkowy .	35	0,53	0,05
Wymiar głowy			
skośny duży . .	13	0,3	0,03
Wym. skośny głów-			
ki mały	9,4	0,44	0,04
Wym. poprzeczny			
głowy duży . .	9	0,23	0,02
Wym. poprzeczny			
głowy mały . .	7,8	0,41	0,04
Wym. głowy prosty	11	0,26	0,03
Wym. bark. prost.	11,1	0,48	0,05

Czyli, biorąc cyfry okrągłe, przeciętne zdrowe nowonarodzone dziecko polskie ważyć będzie 3480—3555 grm.,

przy długości ciała 50—51 cent. i innych według powyższej tablicy modyfikowanych wymiarach. Miednica zaś kobiety polki, przez którą taki właśnie płód podczas normalnego porodu przejdzie powinna być uważaną za prawidłową i służyć nam będzie jako typ.

Uważam za stosowne przytoczyć poniżej zestawienie przeciętnej wagi, długości i wymiarów główki noworodków ościennych narządów t. j. Rosyan zebranych w pracy RYMSZY, oraz Niemców, podanych przez SCHROEDER'a.

TABLICA V.

Gramy i centymetry	noworodek		
	Polski	Rosyjski	Niemiecki
Waga	3516,5	3360	3250
Długość	50,5	49,3	51
Obwód główki	34,5	34,4	34,5
Wymiar prosty	11	11	11,75
Wym. poprzeczny duży .	9	9,15	9,25
Wym. „ mały .	7,8	7,9	8
Wym. skośny duży . . .	13	12,9	13,5
Wym. „ mały . . .	9,4	—	9,5

Noworodek zatem polski, jak widzimy, odznacza się największą wagą, jest przytem nieco większy [dłuższy], niż rosyjski, i mniejszy niż niemiecki. Większe wymiary główki niemieckiego płodu naprowadzają nas pomimo woli na myśl o potrzebie dla takiego płodu większej miednicy, co też w rzeczywistości ma miejsce. Wielkogłowy noworodek niemiecki wymaga właśnie sprężnej około 11 ctm., którą też zwykle cytują autorowie niemieccy jako normalną. Polski zaś, jak później zobaczymy, kontentuje się mniejszą, dzięki mniejszym średnicom, a większej długości i smukłości całego ciała, resp. główki.

Otrzymawszy zatem w ten sposób pewne wskazówki i możność odróżniania miednic wogóle prawidłowych, przystąpimy do rozpatrzenia danych, jakie w tym kierunku udało mi się zebrać. Ilość miednic jakie mogłem zmierzyć

przy wyżej wymienionych warunkach wynosi 500 na kobietach żywych i na 100 trupach. Przy mierzeniu pierwszych musiałem poprzestawać, dla łatwo zrozumiałych powodów, na następujących wymiarach:

1. Dist. spinar. super. anter. os. ileis.
2. Dist. cristar. oss. ilei.
3. Conjugata externa.
4. Conjugata diagonalis.

Przy mierzeniu miednic na trupach mogłem jeszcze dodać do powyższych wymiarów:

5. Conjugata vera.
6. Diameter transversa introitus pelvis minoris.

Dla przedstawienia zaś w celach praktycznych, wzajemnego stosunku tych wymiarów dodałem jeszcze w odnośnych tablicach nowe kolumny danych zawierające:

7. Differentia dist. spinar. anter. super. et dist. cristar. oss. ilei.
8. Differ. conjugat. externae et diagonalis.
9. Diff. conj. externae et verae.
10. Diff. conjug. diagonalis et verae.

W ten właśnie sposób, zdaje się, mogłem uzyskać wskazówkę do określenia w miednicy polskiej najważniejszego dla akuszerki wymiaru—sprzężnej [conjugatae verae] przy zwykłej metodzie mierzenia ręcznego.

Ciekawych poszczególnych danych odsyłam do tablicy VIII i IX, pomieszczonych w końcu, a zawierających całkowity zebrany materiał. Przeciętne dane i odnośne wyliczenia dały zupełnie prawie jednakowe rezultaty tak na miednicach żywych i martwych kobiet. Różnice okazały się tak nie wielkie i tylko w setnych częściach centymetra, że w myśl poprzednich zastrzeżeń co do dokładności roboty uznałem je za nieistniejące i połączyłem dane otrzymane w jedną ogólną tablicę. W tej tablicy, jak i poprzednio, przytoczę ostateczne wyniki obliczeń dokonanych dla otrzymania normalnego typu miednicy polki i jego wahań w najczęstszych granicach.

TABLICA VI.

Centymetry	M	$\pm r$	R $\pm$
Dist. spinar. super. anter. oss. ilei	25	0,72	0,07
Dist. crist. os. ilei	27	0,69	0,07
Differ. dist. crist. et spin. super			
ant. os. ilei	2	0,32	0,03
Conjugata externa	19	0,35	0,03
Conjugata diagonalis	11,5	0,41	0,04
Conjugata vera.	9,6	0,45	0,05
Different. Conjug. ext. et diagonalis	7,5	0,17	0,02
Differ. Conjug. extern. et verae .	9,4	0,28	0,03
Different. Conjug. diag. et verae .	1,9	0,15	0,02
Diamet. trasnv. introit. pelv. minor	13,3	0,36	0,03

Według tych danych za normalną miednicę polki uważać należy taką, wymiar przekątnej której [conjugata diagonalis] wynosić będzie 11,5 cent. z wahaniami się od 11 do 12, długość zaś sprzężnej wahać się będzie między 9 i 10 ctm. przecięciowo 9,6 (w cyfrach okrągłych). Dla określenia zaś sprzężnej należy, jak widzimy od otrzymanego zwykłym sposobem wymiaru przekątnego odjąć 1,8—2 ctm.

Dane te bardzo są zbliżone do danych, otrzymanych przez PAWŁOWA w niedawno ogłoszonej jego pracy. Różnice widzimy w wielkości conjug. diagonalis et verae, które u PAWŁOWA są nieco mniejsze, zaś distant. cristar et spinar. nieco większe. Różnica ta prawdopodobnie zależy od tego, że dane, któremi posiłkował się PAWŁOW, zbierane były przez rozmaite osoby i, co za tem idzie, w rozmaity, indywidualny sposób.

W celu porównania przytoczymy poniżej zwykle cytowane wymiary miednicy niemieckiej uznane jako normalne dla wszystkich ras i narodów w zestawieniu z rzeczywistymi wymiarami miednicy Polki i Rosyanki.

TABLICA VII.

Centymetry	Polka	Rosyanka	Niemka
Dist. spinar. super. anter. oss.			
ilei	25	24,5	26
Dist. crist. oss. ilei	27	27,7	29
Diameter transversa	13,3	13,2	13,5
Conjugata externa	19	19,1	20
„ diagonalis	11,5	12,4	13
Conj. vera	9,6	10,9	11

Dane niemieckie notujemy według najwięcej rozpowszechnionego podręcznika SCHROEDER'a, rosyjskie zaś według prac RUNGE'go, RYMSZY i MASSEN'a. Różnica widoczna na pierwszy rzut oka. Miednice Polki i Rosyanki stoją wzajemnie znacznie bliżej siebie niż względem niemieckiej. Miednica niemki jest o wiele większą we wszystkich swoich rozmiarach, najbardziej zaś jest to widocznem przy porównaniu sprzężnych. Różnica wynosi 1,5 ctm. Różnicę tę przewidywaliśmy już a priori przy porównawczem rozpatrywaniu rozmiarów poprzecznych wymiarów miednicy noworodków obu plemion. Różnica jest nieznaczna, wynosi wszystkiego dwa młm. Przyjmując jak dotąd, miednicę niemki za normalną, mamy rzeczywiście pewną podstawę uważać miednicę polki za spłaszczoną. Lecz podstawa ta jest tylko pozorną, gdyż, jak zastrzegliśmy się z samego początku, nie mamy najmniejszej racji do uznawania miednicy Niemki za prawidłową, a Polki za nienormalną lub vice versa. Takie same mamy prawo, brać za podstawę do porównań miednice malajskie, murzyńskie, cygańskie, jak niemieckie lub francuskie. Każda z tych miednic, powtarzam, jest prawidłową dla swego plemienia, jeśli tylko pozwala na podtrzymanie gatunku w sposób normalny, przez poród *viribus naturae*.

Dane powyższe, jak nie można lepiej, wykazują nam błąd, jakiego się dopuszczamy, stosując bezkrytycznie w praktyce to, co wynieśliśmy z podręczników, a wszakże: *non scholae sed vitae discimus*.

KRASSOWSKI [str. 371] uważa sprężną 9,5 ctm. jako granicę, poniżej której mamy już prawo myśleć o wywoływaniu porodu przedwczesnego dla ocalenia życia dziecka.

SCHROEDER [str. 483] podaje 9,75 ctm. dla miednic ogólnie zwężonych, a 9,5 dla spłaszczonych, jako sprężną już nie normalnie małą.

Toż samo MICHAELIS. TARNIER również uważa 9 ctm. za najmniejszą sprężną, przy której jeszcze możliwym jest poród normalny *viribus naturae*. BULIUS twierdzi, że miednica, *conjugata vera* której wynosi 9 ctm. już wpływa ujemnie na pierwszy stopień zwężenia, uprawniający do wykonywania tych lub innych zabiegów. Szablon jak widzimy jest, a przynajmniej był wszechładnym. Indywidualizacja nie zdołała się przedostać tam, gdzie właśnie najszerzej pojmowaną być winna. Pewien dopiero krok naprzód w celu wyzwolenia się z pod narzuconej nam miary obcej uczynili FIŁATOW, RYMSZA i RUNGE w Rosyi, cytowany już GOENNER w Szwajcaryi, oraz FLINT w Ameryce. Ten ostatni uważa już wymiar 3,5 cala [8,6 ctm.] sprężnej za granicę, powyżej której poród normalny jest zupełnie możliwy. Dopiero wymiary mniejsze od tych uprawniają według FLINT'a do stosowania zabiegów operacyjnych.

Innemi słowy miednica, uważana za spłaszczoną lub wąską przez wszystkie nieomal podręczniki — jest dla polki prawidłową. Używanie zaś i stosowanie jakichkolwiek przy niej zabiegów, motywowanych jakoby rzekomą nieprawidłowością wymiarów, jest co najmniej zbytecznem i świadczyć może chyba tylko o braku wszelkiego krytycyzmu u operującego, tembardziej, że normalny poród, żywym donoszonym i zdrowym dzieckiem jest najzupełniej możliwy i przy pierwszych stopniach zwężenia. Podczas gdy autorowie cytowani znanych i używanych u nas podręczników uważając 11 ctm. za normalną sprężną początek zwężenia widzą już przy 9,50—9,75 ctm., my (polacy) mamy pełne prawo spokojnie oczekiwać szczęśliwego zakończenia prawidłowego porodu u polki ze sprężną nie tylko 9,6 ale 8,5 ctm. Że tak jest w rzeczywistości służyć może za dowód

tablica IX. W tablicy tej na ogólną liczbę 100 miednic z bezpośrednio zmierzoną sprężną, znajduje się 12, w których wymiar ten wynosi od 8,2 do 8,75 ctm., a poród odbył się zupełnie prawidłowo zwykłej miary i wagi noworodkiem. Dalsze potwierdzenia naszych przypuszczeń znajdujemy w danych, zebranych przez FEDOROWA z Warszawskiej Kliniki położniczej. Autor ten nazywa wązkie i miednice, sprężna których wynosi 10 ctm. lub mniej i na 430 miednic z wymiarem prostym 9,25 do 10 ctm. liczy 307 porodów *viribus naturae*, oprócz 47 przedwczesnych i 17 pośladowych, przy sprężnej 8,25—9 ctm. na 302 miednice — znajduje 135 normalnych porodów oprócz 59 przedwczesnych i 14 pośladowych. W pierwszym zatem wypadku porodów normalnych było z górą 84%, w drugim zaś przeszło 60%. Trudno chyba zatem nieprawidłowemu nazywać miednice, przy których w ogromnie większej części poród przebiega prawidłowo, a zatem: potrzeba dokonanych operacji staje się nieco problematyczną. Ba, tenże sam autor na 109 miednic, sprężna których wynosiła 7,25—8 ctm. zanotował prócz 17 przedwczesnych i 2 pośladowych 33 normalne, a więc 35,5%. Dzieci urodzone były żywe, przeciętnej wagi 3093—3200 grm. Cyfry powyższe jak nie potrzeba lepiej ilustrują i stwierdzają nasze dane: dla Polki sprężna 9 ctm. jest normalną, a nieprawidłowość zaczyna się dopiero poniżej 8 ctm., choć i tu często [35,5%] poród *viribus naturae* jest zupełnie możliwym.

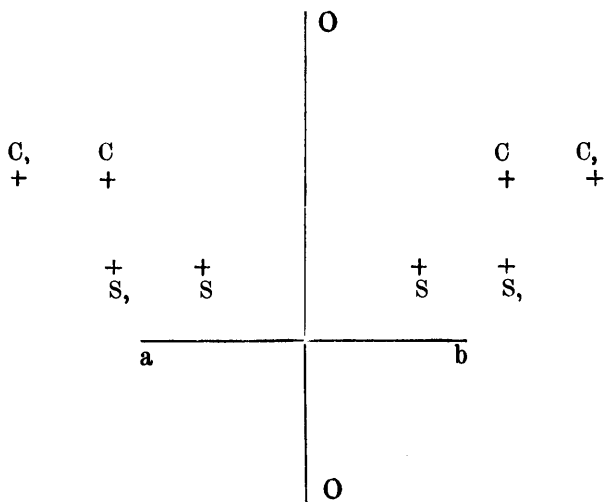
A wszak przy wymiarach, poczynając od 10 ctm. włącznie [dotąd przynajmniej] zwykle rokuje się pewne powikłania w biegu porodu — ewentualnie myślimy i przystępujemy do wykonywania, według podręczników, zabiegów, bez których bardzo często obejść się położnica w zupełności może. Praktyczne spostrzeżenia bardzo często ten fakt potwierdzają. i każdy z nas miał sposobność niejednokrotnie o nim się przekonać. Czyż rzadkimi bowiem są wypadki, kiedy wbrew przepowiedni lekarza, położnica rodzi żywe i zdrowe dziecko? Kto wie czy nie tutaj po części leży przyczyna pewnego niedowierzania i niechęci, z jakimi publiczność przyjmuje propozycję lekarza względem zakończe-

nia porodu. Spostrzegane przez profanów tego rodzaju pomyłki lekarza akuszerza, słusznie poddają publiczności mniemanie o niepotrzebnie dokonywanych operacjach wogóle, a co zatem idzie podrywają autorytet i powagę medycyny naukowej, dając ogromną przewagę spokojnie wyciekającym końca porodu akuszerkom i babkom.

Dane powyżej przedstawione pozwalają mi zatem z pewnem prawdopodobieństwem twierdzić, że powinniśmy przed wyrokowaniem o stopniu zwężenia miednicy Polki i obmyślaniu odnośnych zabiegów, opracować typ miednicy polki, z jaką przeważnie mamy do czynienia, gdyż podawane stałe wymiary kosmopolityczne nie mają najmniejszej dla nas wartości.

Jeszcze jeden nowy dowód tego, że niepodobieństwem jest stosować miarę jednego ludu do przedstawielek drugiego, znajdujemy we wzajemnym stosunku poprzecznych wymiarów miednicy wewnętrznych [diameter transversa] i zewnętrznych [dist. cristar. et spinarum].

Mianowicie poprzeczny wymiar miednicy wewnątrz jest tak u Polek, jak i u Niemek prawie jednakowy 13,3—13,5 ctm., podczas gdy dist. spin. anter. super. wynosi u pierwszych 25 u drugich 26 ctm. a zaś dist. crist. u Polek 27, u Niemek wynosi 29 ctm. i wyżej. Wiemy dobrze o tem, że nie można poprzecznego wymiaru wejścia do miednicy robić zależnym od wewnętrznych dist. spin. et crist. i bynajmniej nie mam tego zamiaru, chcę tylko zwrócić uwagę na fakt odmiennej najwidoczniej budowy miednicy Polki, zewnętrzne punkta której są mniej nazewnętrz odchylone od linii środkowej niż to ma miejsce u Niemek. Szematycznie to da się przedstawić w następujący sposób:



Linja *OO* przedstawia prostopadłą oś ciała, linia *ab* wyobrażać będzie wymiar poprzeczny wejścia miednicy małej prawie jednakowej, jak wiemy u przedstawicieli obu narodów. Punkta, oznaczone literą *C* przedstawiają *cristae*, literą *S*—*spinae anter. super. os. ilei*. *C* i *S*, oznaczają też same punkta w miednicy Niemek. Różnica jest widocznie znaczna. Zjawisko to z jednej strony stwierdza wogóle odmienną budowę i specjalny wygląd zewnętrzny miednicy niemieckiej w porównaniu z polską, z drugiej zaś wykazuje jak nie można lepiej, brak wszelkiego związku między poprzecznymi wymiarami, wewnętrznymi i zewnętrznymi, a co zatem idzie, stwierdza się niemożliwość określenia choćby w przybliżeniu jednego wymiaru według wielkości drugiego. Najważniejszą zaś tego przyczyną będzie rozmaite nachylenie os. ilei do poziomu, od czego, naturalnie, zależeć będzie w bardzo dużym stopniu odległość międzygrzebieniowa tych kości.

Na tem kończę ten krótki zarys określenia miednicy Polek. Nie śmiem twierdzić, aby zebrane przezemnie dane miały być wyrokującymi — 300 wymierzonych miednic może być jeszcze zbyt małą cyfrą dla dokładnego określe-

nia typu miednicy kobiety należącej do 10 milionowego narodu (w granicach obecnego Królestwa Polskiego). Tem nie mniej za szczęśliwego uważać się będę, jeśli w ten sposób przyłożę malutką cegielkę do bardzo zaniedbanego u nas działu medycyny. Pomimo starannych poszukiwań nie udało mi się odnaleźć w naszej literaturze lekarskiej żadnej pracy w poruszonym zakresie. Z piśmiennictwa zaś obcego zaledwie 5—6 autorów wzięło za temat tego rodzaju poszukiwania. Ruch jednak w kierunku wyzwolenia z pod narzuconego szablonu bezwarunkowo zaznacza się i powinien objąć szersze koła badaczy. Powtórzyć tu muszę, że indywidualność stanowi nie tylko cechę osobnika, ale również jest właściwością całych plemion i narodów, co bezwarunkowo ma i mieć musi miejsce i zastosowanie w medycynie. Każdy naród ma swoje antropologiczne i anatomiczne właściwości, które w odpowiedni sposób odbijają się na funkcjach jego przedstawicieli i wymagają gruntownego zbadania i przestudyowania materiału z jakim lekarz może w danym wypadku mieć do czynienia. Za najlepszy przykład służyć mogą powyższe dane. Widzimy przecież, jak daleko odskakują one od narzuconego nam szematu i zmuszają do oględniejszego nieco stosowania „u siebie” przepisów „cudzego” doświadczenia.

Tam gdzie dotąd widzieliśmy początek zmian patologicznych—należy przypuszczać istnienie normalnych warunków. Wyraźna nieprawidłowość w miednicy niemieckiej dla polskiej przedstawia tylko nieznaczne zboczenia pozostające zresztą bez poważniejszych następstw.

Miednicę każdego narodu mierzyć należy własną jego miarą, a tej dostarczy nam noworodek—jaki w danym wypadku przez tę miednicę przejść musi. Nigdy nie można miednicy jednego narodu uważać za skalę lub wzór dla drugiego, gdyż miarą doskonałości tego lub owego narządu służyć może tylko jego sprawność i sposób w jaki narząd ten wypełnia swe funkcje. Zdanie zaś w rodzaju twierdzenia SCHROETER'a, że: „im Allgemeinen ist das Becken der Estlin und der Deutschen ein stärker entwickeltes als das der

Polin und der Jüdin“ są conajmniej bezpodstawne i dowodzą tylko pewnej ciasnoty pojęć.

Jeśli porównamy rozmiary noworodka polskiego z wymiarami miednicy niemieckiej i miednicę Polki z objętością główki dziecka niemieckiego okażą się one wzajemnie nieodpowiedniami: dziecko niemieckie nie przejdzie przez miednicę Polki bez powikłań, więc zatem miednica Polki ma być nieprawidłową, zwężoną czy spłaszczoną?

Wcale nie: dla polskich noworodków jest ona zupełnie prawidłową i odpowiednią.

Lekarz powinien znać właściwości indywidualne, anatomiczne i fizyologiczne swego plemienia i postępować nie swe ściśle do tych wskazówek stosować.

Dość chyba czasu straciliśmy na stosowanie do siebie rad i przepisów wyrosłych na cudzym dla nas i obcym gruncie.

TABLICA VIII.

Wymiary miednic kobiet żywych, rodzących viribus naturalibus, normalne dzieci donoszone.

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et. crist.	Conjug. externa.	Conjug. diagon.	Diff conjug. ext. et diag.
1	25	27	2	19,5	12	7,5
2	26	27	1	18,5	11	7,5
3	27	28	1	20	12,5	7,5
4	26	27	1	19	11,25	7,75
5	26	27	1	18,5	11,5	7
6	27	28	1	19,5	12,2	7,3
7	26	27	1	17,5	10,82	7,7
8	27	28	1	20	13	7
9	27	28	1	20	13,5	6,5
10	27	28	1	19,5	11,5	8
11	26	28	2	19	10,5	8,5
12	26	28	2	19,5	12,2	7,3
13	27,5	28,5	1	19	11,5	7,5
14	27	28	1	20	12	8
15	26	27	1	18	10,5	7,5
16	26	28,5	2,5	19,5	12,1	7,4
17	25	27	2	18,5	11,25	7,25
18	27	28	1	18	11,8	6,2
19	26	27,5	1,5	18,25	11	7,25
20	28,5	30	1,5	20	13	7
21	25,5	28	2,5	18,75	11	7,75
22	27	11	1	19	11,25	7,75
23	27	28,5	1,5	19,5	12	7,5
24	27	28	1	19	11	8
25	27	28	1	19	11,3	7,7
26	25	27	2	19	11,5	7,5
27	25,5	27	1,5	18,5	11	7,5
28	27	28	1	18	10,5	7,5
29	28	30	2	20	12,2	7,8
30	29	27	2	18	10,25	7,25

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist crist. os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diagon.	Diff. conjug. ext. et diag.
31	28	30	2	20	13	7
32	25	27	2	19	11,75	7,25
33	26	27	1	19	11,75	7,25
34	26	28	2	20	12,3	7,7
35	26	28	2	19	11,5	7,5
36	26	27	1	19	11,2	7,8
37	26	28	2	20	12,75	7,25
38	26	27	1	19	12	7
39	25	26	1	19	11,75	7,25
40	25	27	2	19	11,5	7,5
41	26	28	2	20	12,6	7,4
42	26	28	2	19,5	12	7,5
43	26	28	2	20	12,5	7,5
44	27	28,5	1,5	20	12,5	7,5
45	28	30	2	20	10,2	9 8
46	26	28	2	19	11	8
47	26	28	2	18	10,5	7,5
48	26	28	2	19	11,25	7,75
49	26	28	2	19,5	12,1	7,7
50	26	28	2	19,5	12,1	7,4
51	25	27	2	19	12	7,5
52	25,5	27	1,5	19	11,8	7,2
53	27,5	28,5	1	19,5	12	7,5
54	26	27	1	19	11,5	7,5
55	25	28	3	19,5	12,2	7,3
56	26	28	2	19,5	12,5	7
57	25	27	2	19	11,5	7,5
58	27	28	1	20	12,6	7,4
59	25	27	2	20	13	7
60	25	27	2	18	10,5	7,5
61	25	27	2	19,5	12	57,
62	28	29	1	20	13	7
63	27	28	1	19	11,3	7,7
64	27	28	1	19	11,5	7,5
65	26	27	1	18,5	11,1	7,4
66	25	27	8	19	11	8
67	27	30	2	20	13	7

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext. et diag.
68	25	26	1	19	11,5	7,5
69	25	26	1	19	11,25	7,75
70	27	30	3	20	13	7
71	25	27	2	19	11,25	7,75
72	27	27	0	19,5	12	7,5
73	26	28	2	19	11,5	7,5
74	27	27	0	18	12	6
75	25	27	2	18,5	11,6	6,9
76	25	27	2	18	10,4	7,6
77	27	30	3	20	13	7
78	24	27	3	18	10,5	7,5
79	27	28	1	17,5	10	7,5
80	27	30	3	20	12	8
81	25	27,5	2,5	18,5	11,2	7,3
82	25	29	4	18,5	11	7,5
83	24	28	3	19,5	12,2	7,3
84	27	30	3	20	12	7,5
85	24	27	3	19,5	12	7,5
86	24	26	2	17	9,5	7,5
87	27	30	3	19,5	12,1	7,4
88	27	30	3	19,5	12	7,5
89	26	28	2	18	10	8
90	25	27	2	19,5	12,2	7,3
91	25	27	2	19,5	12	7,5
92	27	29	2	19,5	12	7,5
93	26	27	1	18	10,5	7,5
94	26,5	29	2,5	18	11,5	6,5
95	25	27,5	2,5	18	10,3	7,7
96	25	27	2	18	10,5	7,5
97	25	27	2	18	10,75	7,2
98	25	27	2	18	10,5	7,25
99	25	28	3	19,25	12	7,25
100	27	29	2	18,5	11,2	7,3
101	25	27	2	19	11,5	7,5
102	24	27	3	19,5	11,1	8,4
103	24	25	1	19,5	12	7,5

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext. et diag.
104	25	27	2	17	10,5	6,5
105	25	26	1	20	12	8
106	26	27	1	19,5	11,4	8,1
107	25	27	2	20	11,25	7,75
108	25	27	2	19	11,75	7,25
109	27	30	3	20	12,15	7,75
110	27	29	2	19,5	12	7,5
111	25	27	2	18	10,25	7,75
112	25	28	3	19	11,3	7,1
113	26	28	2	20	12	8
114	25	27	2	20	13	7
115	25	27	2	19	11,25	7,75
116	25	27	2	19	11	8
117	25	27	2	19,5	11,75	7,75
118	27	29	2	19,5	11,25	8,25
119	24	26	2	19	11,25	7,75
120	24	25	2	17	9,75	7,25
121	25	27	2	18	10,5	7,5
122	27	29	2	19,5	11,5	8
123	25	27	2	19	11	8
124	25	27	2	19,5	11,25	8,25
125	25	27	2	19,5	11,5	8
126	27	29	2	19	11	8
127	23	25	2	19	11,25	7,75
128	24	25	1	19	11,25	7,75
129	25	25	2	20	11,3	8,7
130	25	27	2	20	12	8
131	27	29	2	18,5	10,5	8
132	24	26	2	19	11,25	7,75
133	22	24	2	20	12	8
134	26	27	1	19	11,25	7,75
135	25	28	3	19	11,5	7,5
136	26	27	1	18,5	10,75	7,75
137	24	26	2	19	11,25	7,75
138	24	26	2	19	11	8
139	26	28	2	20	11,75	8,25

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter. i	Dist. crist. os il.	Diff. dist. spin. et. crist.	Conjug. externa	Conjug. diag.	Diff. coajug ext. diag
140	26	28	2	19	11	8
141	26	28	2	20	12	8
142	26	28	2	19	11	8
143	25	27	2	19	10,6	8,4
144	25	27	2	19,5	11,75	7,75
145	26	27	1	19,5	12	7,5
146	25	27	2	19,25	11,25	8
147	23	25	2	19	11,25	7,75
148	25	27	2	19	11,25	7,75
149	19	24	5	19	11,25	7,75
150	25	27	2	19	11,25	7,75
151	23	25	2	18	10,25	7,75
152	26	27	1	19,5	11,75	7,75
153	25	28	3	19	11,25	7,75
154	24	27	3	19	11,8	7,2
155	24	26	2	18	11,25	7,75
156	25	27	2	18	10,3	7,7
157	26	27	1	19,5	11,75	7,75
158	27	29	2	19	12	7
159	25	27	2	19	11,5	7,5
160	28	29	1	19	11,75	7,25
161	26	27	1	19	11,25	7,75
162	25	26	1	18	10,5	7,5
163	25	27	2	20	12,5	7,75
164	25	27	2	19	11,25	7,5
165	22	26	4	19	11,5	7,75
166	25	27	1	19	11,25	7,75
167	24	26	2	19	12,25	6,75
168	25	27	2	20	12,25	7,75
169	26	27	2	19	11,25	7,75
170	23	26	1	20	12,75	7,25
171	25	27	3	20	12	8
172	26	27	1	19	11,5	7,5
173	25	26	1	19	11,55	7,75
174	25	27	2	19	11	8
175	24	26	2	17	9,75	7,25
176	26	28	2	19,5	12	7,5
177	21	24	3	18	10,25	7,75

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. ns. il.	Diff. dist. spin et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext. et diag.
178	23	25	2	19	11	8
179	25	27	2	18	10,25	7,75
180	25	27	2	18	10,75	7,25
181	25	28	3	19	11	8
182	25	27	2	19	11,5	7,5
183	23	24	1	18	10,25	7,75
184	23	25	2	20	12,8	7,2
185	25	27	2	18	10,2	7,8
186	26	28	2	19	11,25	7,75
187	25	27	2	20	12,1	7,9
188	23	26	3	20	12	8
189	24	26	2	19	11,25	7,75
190	25	27	2	19	12	7
191	23	25	2	19	11,5	7,5
192	24	27	3	20	12,25	7,75
193	27	29	2	19	11,25	7,75
194	28	29	1	19	11,2	7,8
195	26	28	2	19	11,25	7,75
196	24	26	2	19	11	8
197	28	30	2	20	12,5	7,5
198	23	25	2	19	11,25	7,75
199	23	25	2	19	10,8	8,2
200	26	28	2	18,5	11,25	7,25
201	26	27	1	19,5	11,75	7,75
202	23	25	2	19	11,25	7,75
203	27	29	2	19	11,6	7,5
204	24	26	2	18	10,5	7,5
205	25	27	2	19	11,25	7,75
206	24	28	2	19	11,25	7,75
207	24	29	2	19	11,25	7,75
208	25	27	2	19,5	12	7,5
209	23	25	2	20	11,4	8,6
210	23	25	2	19	11,25	7,75
211	23	25	2	19	11,2	7,8
212	23	25	2	19	11,5	7,5
213	27	29	2	19	11,25	7,75

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa	Conjug. diag.	Diff. onju g. ext. et diag.
214	22	27	5	19	11	8
215	26	28	2	19	11,25	7,75
216	25	27	2	18	10,25	7,75
217	24	26,5	2,5	17,5	10,25	8,25
218	27	29	2	19,5	11,8	7,7
219	27	29	2	19	11,25	7,75
220	27	29	2	19	11	8
221	25	27	2	20	12,15	7,85
222	27	28	1	18	10,6	7,4
223	27	28	1	18	11	7
224	25	27	2	19	10	9
225	25	27	2	19,5	12,1	7,4
226	25	27	2	19	11	8
227	25	26	1	19	11,25	7,75
228	23	25	2	19	12	8
229	27	28	1	20	12	8
230	25	25	2	19	11,4	7,6
231	26	29	2	19	10,5	8
232	27	25	2	19	11,25	7,75
233	23	25	2	18	12	8
234	27	28	1	19	11,25	7,75
235	22	29	2	19	11,5	7,5
236	22	28	2	19,5	10,25	7,75
237	22	26	4	18	11,25	7,75
238	25	27	2	19	11	8
239	25	27	2	19	11,25,	7,45
240	24	26	2	18	11	8
241	26	28	1	18	12	8
242	25	27	2	18	12	8
243	24	27	3	18	10,6	8,4
244	25	27	2	20	11,75	7,75
245	26	27	1	19	12	7,5
246	27	28	1	19	11,25	7,75
247	26	28	2	19	11,25	7,75
248	27	29	2	19	11,25	7,75
249	25	27	2	19	11,55	7,75

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. st. crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext. et. diag.
250	22	24	2	19	11,7	7,3
251	25	27	2	19	11,25	7,75
252	22	27	5	19	11	8,
253	25	27	2	19	11,3	7,7
254	24	26	2	19	11,25	7,75
255	25	27	2	18	10,25	7,75
256	25	27	2	19	11	3
257	24	26	2	19	10,5	7,5
258	25	27	2	18	10,25	7,75
259	26	28	2	19	11	8
260	25	27	2	18	10,15	7,85
261	26	25	2	19	11,5	7,5
262	25	27	2	19	11,25	7,75
263	25	27	2	19	11,6	74,
264	25	27	2	19	12	7
265	25	27	2	19	11,3	7,7
266	25	28	3	17	10	7
267	25	27	2	19	11,5	7,5
268	25	27	2	19	11,25	7,75
269	25	27	2	19	10	9
270	25	27	2	19	11,25	7,75
271	25	27	2	19	11,25	7,75
272	25	27	2	19	11	8
273	25	27	2	19	11	8
274	25	27	2	18	10,2	7,8
275	25	25	2	18	10	8
276	25	27.	2	19	11,25	7,75
277	25	27	2	19	11,25	7,75
278	25	27	2	19	12	7
279	25	27	2	19	11,25	7,75
280	25	27	2	19	11	8
281	25	27	2	19	11,5	7,5
282	25	27	2	19	11,2	7,8
283	25	27	2	18	11	8
284	23	25	2	18	10,5	7,5
285	25	27	2	19	11,3	7,7
286	25	27	2	19	11,5	7,5
287	25	27	2	20	12	8

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. onjug. ext. et. diag.
288	23	25	2	18	10,1	7,9
289	25	27	2	19	11,5	7,5
290	25	27	2	19	11,4	7,6
291	25	27	2	19	11	8
292	23	26	3	19	11	8
293	25	28	3	20	12	8
294	24	27	2	19,5	11,8	8,2
295	25	27	2	19	11,5	7,5
296	25	27	2	19	11,8	7,2
297	23	25	2	18	10,25	7,75
298	25	27	2	19	11,25	7,75
299	25	27	2	19	11,25	7,75
300	26	28	2	19,5	12	7,5
301	25	27	2	19	11,6	7,4
302	25	27	2	19	11,5	7,5
303	25	27	2	19	11	8
304	25	27	2	19	11,65	7,35
305	25	27	2	19,5	12	7,5
306	25	27	2	19	11,2	7,8
307	25	27	2	19	11	8
308	23	25	2	21	13	8
309	25	27	2	19	11,25	7,75
310	25	27	2	19	11,3	7,8
311	25	27	2	19	11,25	7,75
312	25	27	2	19,5	12	7,5
313	25	27	2	19,5	11,4	7,6
314	25	27	2	19	11,25	7,75
315	23	25	2	18	10,5	7,5
316	24	27	4	19	10,75	8,25
317	25	27	3	19,5	10,75	8,75
318	25	27	2	19,5	11,35	7,65
319	25	27	2	17	9,25	7,75
320	25	27	2	20	12,15	7,75
321	25	27	2	19	11,	8
322	25	27	2	20	10,75	8,25
323	25	27	2	19	11,25	7,75
324	25	27	2	19	11,25	7,75
325	24	26	2	19	11,2	7,8

Nr.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os ii.	Diff. dist. spin. et cris.	Conjug. externa	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext diag.
326	25	27	2	19	11,25	7,75
327	25	27,5	2,5	19	11,8	7,2
328	25	27	2	19	11	8
329	25	27	2	18	10,25	7,75
330	24	26,5	2,5	19	10,75	8,25
331	24	26	2	18	10	8
332	25	27,5	2,5	19	11,6	7,4
333	23	25	2	18	10,25	7,75
334	25,5	27	1,5	20	12	8
335	25	27	2	19,5	11,5	8
336	26,5	28	1,5	19	11,15	7,85
337	24	26	2	20	12,3	7,7
338	25	27	2	19	12	7
339	25	27	2	19	11,45	7,55
340	23	25	2	20	11	9
341	25	27	2	19	11,25	7,75
342	25	27	2	19	11	8
343	25	27	2	19	11,25	7,75
344	25	27	2	19	11,8	7,2
345	25	27	2	19	11,5	7,5
346	25,5	27	1,5	19	11	8
347	25	27,5	2,5	20	11,75	8,25
348	25	27	2	19	11,25	7,75
349	25	27	2	19	11	8
350	25	27	2	19	11,35	7,65
351	25	27	2	19	11,25	7,75
352	25	27	2	20	12,25	7,75
353	25	27	2	19	11,4	7,6
354	24,5	26	1,5	18	10,25	7,75
355	23	25	2	17	9,3	7,7
356	27	29	2	20	12,2	7,8
357	25	27	2	18	11,25	7,75
358	23	25	2	18	10,5	7,5
359	25	27	2	19	11,85	7,75
360	25,5	27	1,5	19,5	12	7,5
361	25	27	2	19	11,25	7,75
362	25	27	2	19	11,4	7,6
363	25	27	2	19	11,7	7,25

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist crist. os. li.	Diff. dist. spin, et crist.	Conjug. externa	Conjug. diag.	Diff. conj. ext. diag.
364	25,5	27	1,5	19,5	12	7,5
365	25	27	2	19	11	8
366	25	27	2	18	10,45	7,55
367	25	27,5	2	19	11,5	7,5
368	25	27,5	2,5	19	10,8	8,2
369	25	27	2,5	19	11,1	7,9
370	25	27	2	19	11	8
371	25	27	2	20	11,9	8,1
372	25	27	2	19	11	8
373	25	27	2	19	11,2	7,7
374	25	28,5	2,5	20	12,5	7,5
375	24	27	3	22	13	9
376	25	27	2	20	12	8
377	25	27	2	19	12,3	7,2
378	27	29,5	2,5	19,5	13	8
379	25	27	2	21	10,7	8,3
380	25	27	2	19	11,25	7,75
381	25	27	2	19	12	8
382	25,5	28	2,5	20	11,8	7,2
383	25	27	2	19	11,5	7,5
484	25	27	2	19	11,25	7,75
385	25	27	2	19	10,8	8,2
386	27,5	29	2,5	20	12,5	7,5
387	23	25	2	18,5	107,5	7,75
388	25	27	2	19,5	12	7,5
389	25	27	2	19	11,2	7,8
390	23	25	2	20	12,1	7,9
391	25	27	2	19,5	12	7,5
392	24	26	2	21	12,9	8,1
393	25	27	2	19	11	8
394	25	27	2	19	11	8
395	25	27	2	19	11,3	7,7
396	25	27	2	19,5	11	8,5
397	27	30	3	21	13	8
398	25	28,5	3,5	19	11,45	7,55
399	24	26	2	17,5	10	7,5
400	25	27	2	19	11,3	7,7

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et. crist.	Conjug. externa.	Conjug. diagon.	Diff. conju. ext. et diag.
401	25	27	2	20	12	8
402	25	27	2	19	11	8
403	26	27,5	1,5	19	10,7	8,3
404	25	27	2	19,5	12	7,5
405	25	27	2	19,5	11,75	7,75
406	25	27	2	19	11	8
407	25	27	2	19	11,2	7,8
408	25	27	2	19	11	8
409	25	28	2	19	11	8
410	25	27	2	19	10,8	8,2
411	25	27	2	19,5	11,25	8,25
412	25	27	2	18	10,25	7,75
413	25	27	2	19	11	8
414	25	27	2	20	12,1	7,9
415	25	27	2	19	11	8
416	25	27	2	19	10,9	8,1
417	25	27	2	19	11,25	7,75
418	24	27	3	19	11,25	7,75
419	23	26	3	19	11,25	7,75
420	25	27	2	19,5	11,5	8
421	25	27	2	19	11	8
422	24	27	3	18	10,25	7,75
423	21,5	26,5	5	18,4	12,0	6,4
424	21,5	23,5	2	16,4	10,5	5,9
425	24	27,0	3	19,6	12,8	6,8
426	24	27,5	2,5	18,5	11,8	6,7
427	21,5	25,0	3,5	18,0	11,5	6,5
428	25	27,5	3,5	19	11,2	7,8
429	24	26	2	19	11	8
430	26	27	1	18,5	11	7,5
431	24,5	26,5	2	19	11,75	7,25
432	26	28	2	19,5	12	7,5
433	25	28	3	20	13	7
434	24,5	26	1,5	19	12,2	6,8
435	23	25	2	18	10,75	7,25
436	22	24,5	2,5	18	11	7
437	25	27,5	2,5	19	11,3	7,7

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist. os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Diff. conjug. ext. et diag.
438	27	29	2	21	13,6	7,4
439	24	26,5	2,5	19	11,2	7,8
440	25	27	2	18,75	11	7,75
441	24,5	26	1,5	18,5	11,2	7,3
442	25	27,5	2,5	19	11,45	7,55
443	26	29	3	19,5	12,1	7,4
444	24	26,25	2,25	19	11,6	7,4
445	25	27	2	19,5	12	7,5
446	22	25	3	18	10,35	7,65
447	21	24	3	25	11,75	7,25
448	23	25	2	18,75	11,2	6,55
449	24,5	27,5	2,75	19	11,6	7,4
450	26	29	3	20	12,18	7,2
451	22	26	4	19	11,4	7,6
452	24	27	3	18	12	6
453	25,5	27	1,5	19	12,5	6,5
454	23	26	3	18	11,8	6,2
455	24	26,5	2,5	19	13	6
456	23,5	28	4,5	18,5	12	6,5
457	23,5	26,5	3	18	12	6
458	22	25	3	17,5	10	7,5
459	23,5	28	4,5	19	13	6
460	24	25,5	1,5	18	9,5	8,5
461	27	29	2	18,5	12,2	6,3
462	26	28,5	2,5	20	13	7
463	23	28	5	18,5	12	6,5
464	24,5	28	3,5	18	12	6
465	23,5	26	2,5	18	12	6
466	25	29	4	19,5	12,5	7
467	25	26,5	1,5	19	13	6
468	22	25	3	18	12,5	5,5
469	21	23,5	2,5	17,5	10,5	7
470	21,5	24,5	3	18	12	6
471	21	25	4	18	12	6
472	23,5	25,5	2	18	11	7
473	21	24,5	3,5	17,75	10	7,75

N.	Dist. spin. os. il. sup. anter.	Dist. crist os. il.	Diff. dist. spin. et crist.	Conjug. externa.	Conjug. diagon	Diff. conjug. ext. et diag.
474	22	26,5	4,5	18	10,75	7,25
475	22,5	25	2,5	19	11,25	7,75
476	24,5	27	2,5	18	11,3	6,7
477	23,5	26	2,5	18,25	10,5	7,75
478	23	27	4	19,0	11,4	7,6
479	24	27,5	3,5	18	10,8	7,2
480	24	26	2	18	10,5	7,5
481	23	25	2	18,75	11	7,7
482	26	27	1	18,5	11,2	7,3
483	25	28	3	19	11,8	7,2
484	27	28	1	18,5	11	7,5
485	25	27	2	19	11,5	7,5
486	26	29	3	20	13	7
487	24,5	27	2,5	19	11,3	7,75
488	25	28	3	18,75	11,2	7,55
489	22	25	3	17,25	10	7,25
490	23	24	1	18	10,25	7,75
491	26	28	2	19,5	12	7,5
492	24,5	25,5	1	19,5	13	6,5
493	24,5	29	4,5	21	14	7
494	25	27	2	18	11,5	6,5
495	23	26	3	18,5	12	6,5
496	21,5	26	4,5	17,5	11	6,5
497	21	23	2	18,5	11,25	7,25
498	22	24,5	2,5	18,5	12	6,5
499	24	28	4	19	11,5	7,5
500	25	28,5	3,5	20	12,8	7,2

TABICA IX.

Wymiary miednic kobiet, rodzących dzieci donoszone viribus naturae, dokonane na trupach.

N.	Dist. spin. il. super. anter.	Dist. crist oss. il.	Diameter transversa	Differ. dist. spinar et crist.	Conjugata externa	Conjug. diag.	Differ. conj. extern diag.	Conjug. vera	Diff. conj. et verae	Diff. conj. diag. et verae.
1	25	27,5	13,5	2,5	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2
2	25	28	13,5	3	19	11,25	7,75	9,6	9,4	1,65
3	26	28	14,2	2	19	11,6	7,4	9,25	9,75	2,35
4	25	27	13,1	2	18	10,8	7,2	8,75	9,25	2,05
5	25	27	13,1	2	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2
6	24,5	27	13,5	2,5	18,5	11,2	7,3	9,2	9,3	2
7	25,5	27,5	13	2	18,5	11,2	7,3	9,1	9,4	2,1
8	25	26,5	13,5	1,5	18,5	11	7,5	9,25	9,25	1,75
9	25	28	12,6	3	19	11,5	7,5	10,3	8,7	1,2
10	25	27	13,3	2	19	11,3	7,7	9	10	2,3
11	25	27	13	2	18,5	10,75	7,75	9,2	9,3	1,55
12	25,5	27	13,4	1,5	18,5	10,5	8	9	9,5	1,5
13	24	26	13	2	20	12	8	10,1	9,9	1,9
14	23	26	12,8	3	20	12,5	7,5	10,25	9,75	2,25
15	24	26	12,7	2	18	11,2	6,8	8,5	9	2,7
16	23	25	13	2	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2
17	25	26	13,5	1	19	11,0	8	9,2	9,8	1,8
18	23	25	12,2	2	19	11	8	9,2	9,8	1,8
19	24	27	12,1	3	18,5	11	7,5	9,25	9,25	1,75
20	26	29	13,5	3	20	12,6	7,4	10,5	9,5	2,1
21	25	27	13,4	2	19	11,5	7,5	9,7	9,3	1,8
22	23	25	12,1	2	18,5	11,2	7,3	9,5	9	1,7
23	24	26	12	2	19	11,3	7,7	9,5	10	2,8
24	24	26	12,5	2	19,5	11,25	8,25	9,25	10,25	2
25	27	29	13,6	2	20	13	7	11	9	2
26	24	26,5	12	2,5	18,5	11,4	7,1	9,2	9,3	2,2
27	25	27	13	2	19	11	8	9,3	9,7	1,7
28	24,5	27	13,5	2,5	18,5	11,2	7,3	9,1	9,4	2,1
29	25,5	27,5	13,1	2	18,5	11,3	7,2	9,2	9,3	2,1
30	25	27	13,5	2	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2

N.	Diast. spin. oss. il. super. anter	Dist. crist. oss. il.	Diameter transversa	Differ. dist. spi- nar et crist	Conjugata externa	Conjug. diag.	Differ. conj. ex- tern et diag.	Conjug. vera	Diff. conj. extern. et verae	Diff. conj. diag. et vera
31	27	29	14,2	2	19	12	7	9,4	9,6	2,6
32	25	27	13,5	2	19	11,2	7,8	9,2	9,8	2
33	26	28	13	2	19	11,1	7,9	8,5	10,5	2,6
34	24	26	13,3	2	18,5	11,4	7,1	9,25	9,25	2,15
35	26	27,5	13,5	1,5	19	11,5	7,5	9,25	9,75	2,25
36	26,5	28	13,5	1,5	18,5	11,25	7,25	8,5	9,5	2,75
37	25	27	12,2	2	18	10,5	7,5	8,75	9,25	1,7
38	24	26	13	2	19	12	7	10,1	8,9	1,6
39	25	28,5	13,1	3,5	18,5	11,2	7,3	9	9,5	2,2
40	26	29	14	3	20	12,5	7,5	11	9	1,5
41	24	26	13,4	2	19	11,3	7,7	9,3	10	2,0
42	25,5	27,5	13,2	2	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2
43	25	27	13	2	19	11,1	7,9	9,25	9,75	1,85
44	27	28	13,8	1	18,5	11	7,5	9	9,5	2
45	26,5	28,5	13,6	2	19	11,5	7,5	9,75	9,25	1,75
46	23	25	13	2	18,5	10,25	8,25	8,75	9,75	1,5
47	26	28	14	2	19	11,5	7,5	9,25	9,75	2,25
48	25	27,5	13,2	2,5	19	11,3	7,7	9,3	9,7	2
49	24	26	13	2	19	11,2	7,8	10	9	1,2
50	24,5	27,5	12,5	3	18	10,5	7,5	9,75	8,25	0,75
51	27	29	14	2	20	12,5	7,5	11,2	8,8	1,3
52	26	26	14	0	20	13	7	11,3	8,7	1,7
53	25	27	13,3	2	19	12,2	6,8	10,25	8,75	1,95
54	25	27	13,5	2	19	11,5	7,5	10	9	1,5
55	26	27,5	13,4	1,5	18,5	11,2	7,3	9,2	9,3	2
56	25	26	13,5	1	19	11,4	7,6	9,2	10	2,2
57	23	25	13	2	18,5	11	7,5	8,75	9,75	2,25
58	25,5	28	13,5	2,5	18,5	11,1	7,4	9,2	9,3	1,9
59	25	27	13,1	2	18	11,2	6,8	9,3	8,7	1,9
60	25	27	13	2	18	11	7	8,5	9	2,5
61	26	27	14,2	1	20	12,25	7,5	11	9	1,5
62	27	28,5	14,1	1,5	19	12	7	10,6	8,9	1,4
63	27	28	14	1	19	12,1	6,9	10,25	8,75	1,85
64	24	26	13,5	2	19	12,25	6,75	10,5	8,5	1,75
65	26	28	13,5	2	18,5	11,5	7	10	8,5	1,5
66	25	27	13,3	2	18	11	7	9	9	2
67	26	28	13	2	19	11,5	7,5	9,5	9,5	2

N.	Dist. spin. oss. il. super. anter.	Dist. crist. oss. il.	Diameter transversa	Diff. dist. spi- nar et crist.	Conjugata externa	Conjug. diag.	Differ. conj. ex- tern. et diag.	Conjug. vera	Diff. conjug. exter. et verae	Diff. conjug. dag. et verae
68	24	26	13,5	2	18	10,7	7,3	8,2	8,8	2,5
69	25	27	13	2	18	10,6	7,4	8,5	9,5	2,1
70	27	29	14,3	2	20	12	8	10,5	9,5	1,5
71	25	26	14	1	19	11,2	7,8	9,3	9,7	1,9
72	25	26	13	1	18,5	11,2	7,3	9,25	9,25	1,95
73	25	27	13,5	2	19	11	8	9	10	2
74	25	27	13,5	2	19	11,5	7,5	9,1	9,9	24
75	26	27	13,5	1	18,5	11	7,5	9,25	9,25	1,7
76	26	27	14,5	1	19	11,25	6,75	9,5	9,5	1,75
77	28	30	14	2	20	13,1	7,9	11	9	2,15
78	26	27	14	1	20	13	7	11,25	8,75	1,75
79	25	26	13	1	18	10,6	7,4	9	9	1,6
80	26	28	13,5	2	19	11,25	7,75	9,6	9,4	1,65
81	26	28	14	2	20	12,8	7,2	11	9	1,8
82	24	26	12,5	2	18	10	8	8,5	9,5	1,5
83	27	28	14	1	20	12,5	7,5	11	9	1,5
84	26	27	13,5	1	19	12,1	6,9	10,2	8,8	1,9
85	24	25	12,8	1	19	12,4	6,6	10,5	9	1,9
86	26	28	13	2	19,5	12	7,5	10,25	9,25	1,75
87	24	26	13,5	2	19	12	7	10,5	9	1,5
88	25,5	28	13,5	2,5	18,5	11	7,5	9	9,5	2
89	26	29	13,6	3	19	12,2	6,8	10,25	8,75	1,95
90	26	29	13,8	3	19	12	7	10,5	8,5	1,5
91	27	29	14	2	20	12,5	7,5	11	9	1,5
92	27	28	14,2	1	19	11,6	7,4	9,6	9,4	2
93	26	27	13	1	19	11,7	7,3	9,25	9,75	2,45
94	24	26	13	2	18	10,5	7,5	8,3	9	2,2
95	25	27	13,5	2	19	10,7	8,3	9,25	9,75	1,45
96	25	27	13,6	2	18,5	11	7,5	9,25	9,25	1,75
97	24	27	14,1	3	20,5	13	7,5	11	9,5	2
98	24	25	14	1	20	12,5	7,5	10,75	9,25	1,75
99	25	26	13,5	1	19	11,2	7,8	9,75	9,75	19,5
100	26	28	14	2	19	11	8	9,7	10	1,3

TABLICA X.

Wymiary dzieci donoszonych, urodzonych viribus naturae.

N.	Waga	Długość	Obwód główki poziomy	Obwód barkowy	Wym. główki skośny duży	Wymiar głów. skośny mały	Wym. główki poprzecz. duży	Wym. główki poprzecz. mały	Wymiar główki prosty	Wymiar bark. prosty
1	3350	50,5	34	35	13,3	10	8,5	7,5	11	11,5
2	3200	50	33,5	34	13	10	8	7,5	11	12
3	3406	51	34	35,2	13,5	10	8,5	8	11,5	11,5
4	3094	49	33	33,5	12,5	9,5	8	7	11	12
5	3120	50	34,2	34,8	12,5	10	8	7	10,5	11
6	2880	49	33,8	34	12,5,	10	8	7	10,5	11
7	4020	51	35	36	13,5	10	9	8	11,5	11,5
8	3660	50,5	34	35,5	13,5	10,5	9	8	11	11
9	3270	50,2	34,3	34,6	13	10,5	8,5	7	10,5	11,5
10	2945	49,7	33,4	34,4	12,5	9	8,5	7	11	11
11	2985	49,8	33,5	34,4	12	8,5	8	7	11	12
12	3640	51	35	35	12,2	10	8	7,5	11	12
13	4120	51	36	37	14	10,5	9	8	12	12,5
14	4110	51,3	36	36,5	14	10,5	9	7,5	12	13
15	3840	51	36	36,5	14	9,5	9	8	11	11,5
16	3525	50,5	35	36	13	9	8	8	11	11
17	2990	50	34	35	12,5	9	7,5	7	10,5	11
18	3370	51	34	35,2	15	9,5	9	8	11,5	12
19	3540	51	34	35,4	14	10,5	9,5	8	12	12
20	3190	50	33	34	13	9,5	8	7,5	11	11,5
21	2840	50	33	34	13	8,5	8	7	10,5	11,5
22	3460	51	34	35	13	10	8	7	11	12
23	3700	48	39	36	13	16	8	7	8	—
24	4060	50	38	36	12	10	9	8	10,5	10
25	3250	50	40	36	18	9	8	6	9,5	10
26	3000	50	36	32	13	10	8	7	10	11
27	3200	48	34	33	13	10	9	7	10	10,5
28	4010	50	35	35	13	10	10	7	12	11,5
29	3360	51	35	35,5	13,2	9,75	8,5	8	11,5	11
30	3340	51	34,5	34,5	13,5	9	9	7,5	11	11
31	3450	51	32,5	35	13,5	9,5	9	8	11	10,5
32	3600	50	35	36	14	9	9	8	11	11
33	3200	49	33	33,5	12,5	8,75	8,5	9	10	10

N.	Waga	Długość	Obwód główki poziomy	Obwód barkowy	Wym. główki skośny duży	Wym. główki skośny mały	Wym. główki poprzecz. duży	Wym. główki poprzecz. mały	Wym. główki poprzecz. pros.	Wymiar bark. prosty
34	3720	50	35	35,5	13,5	9,5	10	8	10,5	11
35	3960	51	35	36	13,5	10	10	8	11	11,5
36	2940	49	33,5	34	12	8,5	9	7	10	10
37	3170	50	34	34,5	12	9	9	7	10	10
38	3510	50	34	35	13	9	10	8	11	10,5
39	3678	49	35,5	35	13,5	9,5	10	8,5	10,5	10
40	3190	50	34	36	12	9	9,5	7,5	9,5	10
41	3500	50	35,5	35,5	13	9	9	7,5	11,5	12,5
42	3820	52	37	37,5	13,5	9,5	10	8	12	12,5
43	4060	50	37	36,5	13,5	10	10	8	11,5	12,5
44	3132	49	34	34	12	9	9	7	10	12
45	3780	50,5	35	35,5	13	9,5	10	8	12	13
46	3646	50,5	35,5	35,5	13	9	10	8	12	12
47	3820	51	36	37	13	9,5	10	8,5	11,5	12
48	3340	50	34	34	12	9	9,5	8	11	11,5
49	3614	50,5	36	35	13	9	10	8	11	11
50	3110	51,5	33,5	34	12	9	10	7,5	10	10,5
51	3390	51	34,5	34	13	9	9	7,5	11	11,5
52	3410	51	35	35	13,5	9	9	7,5	11	11
53	3830	51	35,5	36	13,5	9,5	9	8	11	11,5
54	3070	50	34	35	13	8,75	9	8	10	10,5
55	3925	51	36	36	13,5	10	8,5	8,5	11,5	12
56	4120	51,5	36	36,5	14	10	9,5	9	12	12
57	3745	50,5	35,5	35,5	13,5	9	10	8	11	11
58	3230	50,5	34,5	34	13	9	9	7,5	11	10,5
59	3880	51	36	36	13	9	9	8	11	11,5
60	2970	49	34	34	12,5	8,5	9	7,5	10,5	10
61	4230	52	36	36,5	13,5	10	8,5	9	12	12
62	4045	51,5	36	36	13,5	10	10	8	11,5	12
63	3470	50	34,5	35	13	9	9,5	7,5	11	11,5
64	3590	50	35	35	13	9,5	8,5	7,5	11	11
65	3850	51,5	35	36	13	9	9	7,9	11,3	11,8
66	3914	51	35	36	13,5	9,75	8,6	8	11	11,5
67	4230	52	36	36	14	10	9	8	11,2	11,5
68	3800	51	35	35,5	13	9,5	9	7,5	10,8	11,2
69	3616	51	35	36	13	9	9	8	10,2	11
70	3240	50	34	35	12,5	9	8,4	7,5	10	11
71	3785	51	35	35	12,5	9,5	8,5	7,5	11	11
72	3340	50	34	34,5	12	9	8,5	7,5	10	11
73	3890	51	35	36	13	9,5	9	8	11	11,5

N.	Waga	Długość	Obwód główki poziomy	Obwód barkowy	Wym. główki skośny duży	Wym. główki skośny duży	Wym. główki poprzecz. duży	Wym. główki poprzecz. mały	Wym. główki prosty	Wym. bark. prosty
74	3990	51	35,5	36	13,5	10	9	8,5	11	11,5
75	3170	50	34	34,5	12,5	9	8,5	7,5	11	10
76	4250	50	36	35,5	13	10	10	9	10	12,5
77	3000	49	33	33	12	9	9	7,5	12	11
78	3120	50	34	34	12	9	8,5	7,5	10	10,5
79	3380	51	36	37	13	9	10	8	10	11
80	3450	50,5	35	35,5	13	9,25	9	7,5	11	11,5
81	3610	51	35,5	36	13	9,5	10	8	11	11,5
82	3890	51	36	36	13,5	9,75	10	8,5	11	11,5
83	3260	50,5	35	35	12,5	9	9	8	11,5	11,5
84	3440	51	35,5	36,5	13	9	9	8	11	11
85	3920	51,5	36	36	13,5	10	9,5	8	11	12
86	3590	51	35	35	12,5	9	9	7,5	11,5	12
87	3446	50,5	34,5	35	13	9	9	7,5	11	11,5
88	3590	50,5	35	35,5	13	9	9	8	10,5	11
89	4263	52	36	36,5	13	10	9,5	8,5	10,5	10,5
90	4005	51	35	36,5	13,5	10	10	8,5	11,5	12
91	3120	50,5	34	34	12	9	8,5	7,5	11	10,5
92	3590	51	35	34,5	13	9	9	8	10,5	11
93	3340	51	35,5	33,5	13	9	9	7,5	11	11,5
94	2990	50	34,5	33	13	8,75	8,5	7,5	11,5	11
95	3490	51,5	35	36,5	13	9	8,5	7,5	11	11,5
96	3310	51	34	35,5	13	9	8,5	7,5	11	12
97	3394	51,5	34,5	34,5	13	9	9	7,5	11	11,5
98	3315	50	34,5	35,5	13	9	9	7	11	11
99	3445	50	34,5	35,5	13	9	9	7,5	11	11,5
100	3265	50,5	34,5	35	12,5	9,25	8,5	7,5	11	11

LITERATURA.

1. BULIUS. Becken, artykuł w Encyklop. d. Geburtshülfe 1900.
2. DOHRN. Ueber die Beziehung zwischen Conjugata externa und conj. vera. Monatschr. f. Geburts. 1867.
3. DUEHRSEN. Vademecum d. Geburtshülfe. Berlin 1896.
4. FEDOROW. Materiały. k woprosu o terapii rodow pri uzkom tazie. Warszawa 1891 diss. 77.
5. FILATOW. Materiały dla opredielenja formy i wieliczy-ny ruskago ženskago taza. Moskwa 1877 dys.
6. FURST L. Die Mass—und Neigungsverhaeltnisse des Beckens. Leipzig 1875.
7. FRANQUE. Ueber die weiblichen Becken verschiedener Menschenraçen. Scanzoni's Beitræge u. s. w. 1869.
8. GOTH. Ueber genauere Bestimmung des Winckels u. s. w Arch. f. Gynaek. 1883.
9. GOENNER. 100 Messungen weiblicher Becken an der Leiche. Zeitschr. f. Geburtshülfe 1901.
10. HASSE UND ZAKRZEWSKI. Das menschliche Becken u. s. w Zeitschr. f. Geburst. 1890.
11. JOULIN. Mémoire sur le bassin, considéré dans les races humaines. Arch. générales de Médecin. 1864.
12. JASTREBOW. Kurs akuszerstwa. Warszawa 1896.
13. KRASSOWSKI A. Operatiwnoje akuszerstwo itd. Petersburg 1885.
14. KLBIN. Entwicklung des Beckens. Centralblatt f. Gynaek. 1896

15. KLEINWAECHTER. Becken, artykuł w Real-Encyklop. Eulenburg 1894.
16. KUESTNER. Die exacte Messung aller Dimens. u. s. w. der Lebenden. Leipzig 1871.
17. LITZMANN C. C. Ueber die Erkenntniss des engen Beckens an der Lebenden. Leipzig 1871.
18. LITZMANN C. C. Ueber den Einfluss des engen Beckens auf die Geburt im Allgemeinen. Leipzig 1871.
19. LITZMANN C. C. Ueber die Behandlung der Geburt bei engem Becken. Leipzig 1875.
20. MARTIN C. Beckenmessung an verschiedenen Menschenrassen. Monatschr. f. Geburt. 1866.
21. MARTIN. Ueber den Einfluss der einzelnen Formen des engen Beckens auf die Geburt.
22. MEYER H. Statistik und Mechanik der menschlichen Knochengrueste 1873.
23. NAEGELE. Das Weibliche Becken. Karlsruhe 1825.
24. MASSEN. Rezultaty izmierenja wychoda taza żeńszczyzny. Żurn. akuszer. 1895.
25. NIKOLSKIJ. Izmierenja żeńskago taza Baszkircow. Ruskij taz. Petersburg 1888. Diss.
26. RUNGE. K'uczeniu o formie taza wzrosłoj żeńszczyzny.
27. RIBEMONT et LEPAGE. Précis d'Obstétrique. Paris 1888.
28. SCHROEDER. Ucebnik akuszerstwa (w tłum. rosyjskiem). Petersburg 1896.
29. WEBER M. J. Die Lehre von der Ur- und Rassenformen der Schaedel und Becken des Menschen. Düsseldorf 1830.
30. SCHROETER. Antropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. Dorpat 1884 dyss.
31. STIEDA L. Ueber die Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung in der antropologischen. Statistik. Arch. f. Antrop. 1883.
32. SKUTSCH. Ueber Beckenmessung u. s. w Ctrbl. f. Gyn. 1886.
33. „ Die Beckenmessung an der lebenden. Frau. Jena 1886.

34. SKUTSCH. Die praktische Verwerthung der Beckenmessung. Deutsche Med. Wochen. 1890 i 1891.

35. SMELLIE. Cases und observ. w tłumaczeniu francuskim Bérille. Paris. 1771.

36. TURNER. Becken artykuł w Encyklop. d. Geburtsh. 1900.

37. VERNAU. Le bassin dans les sexes et dans les races. Paris 1875.

38. PAWŁOW. K uczenju o wieliczynie i formie taza itd. Warszawa 1897 dys.

Zakład dla obłąkanych w Tworkach

1892—1901 r

NAPISAŁ

Dr. med. St. Bucelski.

Oddawna społeczeństwu wogóle, a lekarzom w pierwszym rzędzie, dotkliwie odczuwać się dawał brak właściwego, a przynajmniej dostatecznego pomieszczenia dla najniebezpieczniejszych z ludzi, jakimi są bez wątpienia umysłowo upośledzeni lub dotknięci różnego rodzaju zaburzeniami władz umysłowych.

Już w końcu trzeciej części wieku zeszłego, dwóch wielkiej zasługi społecznej lekarzy A. ROTHE i ś. p. R. PŁASKOWSKI, w przeświadczeniu, iż należy zorganizowana opieka nad obłąkanymi, oprócz humanitarnego, ma doniosłe znaczenie ekonomiczne, nawoływali społeczeństwo do zajęcia się tą sprawą, a choć wysiłki ich przez długie jeszcze lata nie wpłynęły na zmianę losu obłąkanych, niemniej nie pozostały bez rezultatu, gdyż nie tylko wpołyły w ogół przekonanie o konieczności zajęcia się sprawą leczenia i opieki nad obłąkanymi, ale nadto korzystnie oddziaływały na zmianę ówczesnych fałszywych pojęć o obłąkaniu i obłąkanych. To też nic dziwnego, że z chwilą, gdy po wielu latach tułania się projektów i planów po różnych

komisjach i dekasteryach, władze przystąpiły do budowy zakładu we wsi Tworkach, już nie tylko bezpośrednio zainteresowani, t. j. rodziny chorych i lekarze, ale wszyscy, którym leżało na sercu potrzeby społeczeństwa, z gorączkową niecierpliwością oczekiwali końca budowy w słusznym przeświadczeniu, że nowy zakład kosztownie i wytwornie budowany stanowić będzie klucz do rozwiązania palącej kwestyi. Niestety, wkrótce nastąpiło rozczarowanie.

W dniu 28 listopada 1891 r. zakład w Tworkach otworzył swe podwoje dla przyjęcia nieszczęśliwych. Chorzy zaczęli napływać i w 2 miesiące nie było już wolnych miejsc w oddziałach kobiecych a w rok — i w męskich i sprawa pomieszczenia dla obłąkanych znów utknęła. Stało się dzięki temu, że z chwilą otwarcia nowego zakładu zniesiono raz na zawsze oddział dla kobiet przy b. szpitalu Dz. Jezus, a chore, w liczbie 209 przeniesione do Tworek, odrazu zajęły wszystkie miejsca. Ze szpitala św. Jana Bożego przeniesiono odrazu 80 mężczyzn, zatem zakład, posiadający pomieszczenie dla 210 kobiet i tyluż mężczyzn prawie od pierwszych chwil swego istnienia nie miał miejsc wolnych w oddziałach kobiecych, a przy otwarciu Królestwo zyskało ledwie 210 miejsc i to wyłącznie dla mężczyzn. Rzecz prosta, że stało się to, co się zwykle dzieje; zarząd zmuszony był do przyjmowania chorych po nad liczbę normalną i oddziały przepełniły się, co nie tylko pogorszyło warunki higieniczne, ale znakomicie utrudniło leczenie chorych i szpital szybko tracił swe cechy zakładu leczniczego, stając się coraz bardziej przytułkiem i dodajmy, przytułkiem nader kosztownym.

Początkowo szpital przeznaczony był na pomieszczenie 320 chorych „ogólnych“, utrzymywanych z części, (116288 rb.) podatku szpitalnego specjalnego i 100 „pensjonarzy“. Zaraz jednak w drugim roku istnienia zakładu od chorych ogólnych przyjmowanych po nad liczbę oznaczoną pobierano po 30 kop. dziennie. Fowstała tym sposobem czwarta kategoria chorych, której liczbę określono na 80, a więc ogólna liczba miejsc wzrosła do 500. Ale już w czwartym roku i ten etat znacznie przekroczono, zarząd więc zmu-

szony był do rozszerzenia szpitala, co też przed dwoma laty uskutecznił przez przybudowanie niewielkich pomieszczeń i przez usunięcie służby niższej z oddziałów do piwnic, przerobionych na mieszkanie.

Wszystkie te pólśrodk, połączone z liczuemi i dotkliwemi niedogodnościami, pozwoliły na znaczne powiększenie liczby miejsc, tak że obecnie zakład posiada

zamiast 20 miejsc I	kl (3 1/2 rb.)	24
„ 80 „ II	„ (1 1/2 „)	136
„ 80 „ III	„ (30 kop)	245
oraz 320 „	bezpłatnych	320
zamiast 500 miejsc		725

Tak więc zakład obliczony na pomieszczenie 420 chorych, mieści ich po 10 latach swego istnienia 725, t. j. liczbę poprostu naigrawającą się z najelementarniejszych wymagań higieny.

Należy dodać, że od 14 Listopada r. z. opłatę w oddziałach ogólnych z 30 podniesiono na 50 kop. dziennie, w celu zniesienia wzrastającego z roku na rok deficytu. Rzecz prosta, że środek wymieniony nie odniesie celu zamierzonego, gdyż chorzy tej kategorii należą w ogromnie przeważającej liczbie do najbiedniejszej klasy ludności, która płacić po rb. 180 rb. na rok (i to bardzo często przez szereg lat) nie będzie w stanie, więc płacić nie będzie i deficyt szpitala nie zmniejszy się, a raczej się zwiększy. Czy dla uniknięcia tego zarząd szpitala będzie zniewolony do usuwania i powracania rodzinom tych chorych? Niepodobna przypuścić czegoś podobnego, bo któż w takim wypadku stałby się odpowiedzialnym moralnie za puszczonego z dymem dobytek współobywateli, za krew przelaną, za tysiące innych przestępstw kryminalnych, popełnionych przez tych parjasów bezdomnych, lub — w najlepszym razie — za zamykanie ich w chlewikach, za krępowanie itp? Wierzmy też mocno, że stan taki trwać długo nie może, gdyż przy pomocy powiększenia opłaty szpitalnej rozwiązuje się kwestya opieki nad obłąkanymi.

Jakkolwiek niewątpliwie statystyka, dotycząca zakładów dla obłąkanych stanowi nader ważny dział w dziedzinie psychiatrii praktycznej, to jednakże sprawozdania roczne, posiadające wiele stron ujemnych i niedokładności, nie mogą interesować ogółu czytelników, z tego też względu od wielu już lat nie spotykaliśmy się w rocznikach „Pamiętnika Tow. Lek.” z tego rodzaju wykazami. Jak wiadomo, prawdopodobieństwo wywodów statystycznych wzrasta w stosunku pierwiastków kwadratowych z ilości spostrzeżeń, których liczba w sprawozdaniach rocznych z naszych zakładów jest nader mała i ta okoliczność, odgrywająca być może, rolę niewielką, jeżeli chodzi o zebranie danych statystycznych dla wielkiej liczby zakładów, dla zakładu pojedynczego staje się błędem poważnym, którego znaczenie może być zmniejszone tylko przez roztrząsanie większych liczb statystycznych, a więc z zakładu pojedynczego za dłuższy okres czasu, zwłaszcza, że wtedy i oddzielne spostrzeżenia (ustalenie rozpoznania, czynniki patologiczne itd.) są ściślejsze.

Przystępując do przedstawienia czytelnikom sprawozdania z pierwszego dziesięciolecia istnienia zakładu dla obłąkanych w Twórkach, muszę się zastrzedz z góry, iż może ono znacznie różnić się od wykazów urzędowych, gdyż z jednej strony Grudzień 1891 r. włączyłem do 1892 r., tak iż pierwszy rok dziesięciolecia w moim sprawozdaniu liczy 400 dni, a rok sprawozdawczy zaczynam od 1 Stycznia n. s. Z drugiej strony, nie trzymając się schematów urzędowych, nie obliczam liczby chorych podług N-rów książki głównej, w której jeden i ten sam chory, dotknięty jakąś ostrą czy przewlekłą postacią obłąkania, bywa niekiedy kilkakrotnie zapisany, przez co sztucznie zwiększa się liczba przypadków danej postaci obłąkania i skutkiem tego powstaje błąd, wprowadzający zamęt do każdej innej rubryki. Z tego względu rachunek podług numerów książki głównej zastosowałem tylko do obliczenia przeciętnej liczby dziennej chorych.

Słówko jeszcze o klasyfikacyi postaci obłąkania. Zadawalniającej, odpowiadającej życiu, dotychczas niema i nie będzie, dopóki rozwój psychologii nie umożliwi odpowied-

niego podziału zaburzeń umysłowych, często tak skomplikowanych, że nie dają się umieścić w jakiejś jednej z przyjętych rubryk klasyfikacyjnych.

W sprawozdaniu, nie trzymając się żadnej z uznanych klasyfikacji, ugrupowałem materiał podług będącej w użyciu u nas terminologii, z zachowaniem wszędzie nazw łacińskich, aby nie wprowadzać zamętu przy stosowaniu nieustalonych jeszcze nazw polskich.

Muszę jeszcze dodać, że w tym spisie postaci obłąkania czytelnik nie znajdzie powszechnie dziś żywanej amen-tia, gdyż przypadki te pomieściłem w jednej rubryce z postacią paranoia acuta. Postąpiłem tak z dwóch względów: przedewszystkiem, sam nie jestem zwolennikiem rozdrabniania donieskończoności jednej i tej samej postaci klinicznej li tylko na mocy mniejszego lub większego nasilenia objawów, a powtóre — objawy, na podstawie których MEY-NERT wyróżnił postać amen-tia (gdybyśmy chcieli trzymać się klasycznego opisu autora) są tak rzadkie, że nawet przyłączenie amen-tiae do paranoiae ac., uważanych za zupełnie odmienne postaci, nie wpłynie wyraźnie na rezultat wywodów statystycznych.

Faktyczny materiał, w postaci tablic statystycznych, załączam na końcu tego artykułu.

Ruch chorych i postaci obłąkania.

(Patrz tablica Nr. 1a i Nr. 1 b).

Ogólna liczba osób, przebywających w zakładzie w latach pojedynczych, wahała się między 329 a 525 M. (mężczyzn) i między 305 a 500 K., (kobiet). Najniższą cyfrę wykazuje pierwszy, najwyższą ostatni rok dziesięciolecia, jak to widzimy z poniższego zestawienia; z niego również przekonywamy się, iż ogólna liczba chorych obojga

	Mężczyzn.	Kobiet.
1892 r.	329	305
1893	402	342
1894	397	366

Pam. Tow. Lek. T. 99 Z. II.

15

	Mężczyzn.	Kobiet.
1995	406	382
1896	395	363
1897	410	360
1898	414	394
1899	445	445
1900	485	481
1901	525	500

płci z roku na rok wzrasta, a jeżeli w 1896 r. u M. oraz w tymże i następnym roku u K. spostrzegamy niewielkie zmniejszenie się liczby chorych to stało się to z jednej strony skutkiem obostrzonych warunków przyjmowania chorych, a z drugiej strony przez ewakuację części chorych do przytułku w Górze Kalwaryi. Rozumie się, że przytułek zapełnił się, a niemal żywiołowy napływ chorych zerwał sztuczną tamę utworzoną z obostrzeń w ich przyjmowaniu i oto znowu stoimy wobec zjawiska, grożącego przepełnieniem zakładu ze wszystkimi jego fatalnymi następstwami.

Ogółem, podług księgi głównej przybyło do zakładu 1717 M. i 1035 K. w tych jednak liczbach mieszczą się także umysłowo zdrowi oraz dotknięci przewlekłymi psychozami, powracający do zakładu po kilka (2—6) razy.

Co do umysłowo zdrowych, to należy wyjaśnić, że pewna liczba osób pozostaje w zakładzie z decyzji władz sądowych w celu obserwacji ich stanu umysłowego, a nie wszyscy z tej liczby okazują się obłąkanymi albo też przybyli do zakładu już po przebyciu jakiejś postaci obłąkania; prócz tego kilka osób umysłowo zdrowych z własnej woli zapisało się do szpitala w obawie psychozy lub w niepewności co do swego stanu umysłowego. Otóż wszystkie tu wymienione osoby pomieściłem w rubryce umysłowo zdrowych. Po wyłączeniu 62 M. i 22 K. umysłowo zdrowych oraz 227 M. i 127 K. dotkniętych przewlekłym obłąkaniem i po kilka razy zapisywanych do szpitala, znajdziemy istotną liczbę umysłowo chorych, którzy korzystali z naszego zakładu. Liczba ta wynosi 1433 M. i 1156 K, czyli 100 M.

przypada 81 K. Czy taki sam stosunek chorych istnieje w całym Królestwie, o tem z powyższego wnosić nie można, ale w każdym razie, nie z kontroli (bo tej w szpitalu nie prowadzi się) zapotrzebowań na miejsca dla chorych, lecz z własnego doświadczenia widzimy, iż do zakładu zgłasza się nieco mniej kobiet niż mężczyzn obłąkanych, kobiety jednak przebywają znacznie dłużej (p. tabl. XIII), gdyż przeciętnie 834 dni, gdy mężczyźni tylko 591. Na znaczną wysokość tych cyfr wpłynęło niewątpliwie przeniesienie do zakładu chorych ze szpitala Dzieciątka Jezus i św. Jana B., bez wyjątku chronicznych. Po 10 latach z 209 K. pozostało jeszcze 83 (39,7%), a z 80 M. – 28 (35%), ale nawet po wyłączeniu wszystkich tych chorych, pozostali spędzili przeciętnie: mężczyźni po 348 dni i kobiety po 336, co wskazuje, że w szpitalach, a zwłaszcza w przytułkach dla obłąkanych, miejsc dla kobiet powinno być znacznie więcej niż dla mężczyzn, nawet przy mniejszej liczbie obłąkanych kobiet wogóle.

Powtórnie do szpitala przybyło 207 M. i 125 K., co stanowi 14,5% M oraz 10,18% K.; w rzeczywistości % przybywających powtórnie jest nieco mniejszy, gdyż jeden i ten sam chory często powraca kilka razy.

Tylko dwukrotnie w ciągu lat dziesięciu liczba wypisanych przewyższyła liczbę przyjętych chorych o 4—15, w pozostałych latach liczba przybywających jest o 5 do 56 osób większa od wypisowych.

Ogółem było w ciągu X-lecia:

	Mężczyzn.	Kobiet.
wyleczonych . . .	11,4%	16,5%
z polepszeniem . . .	15,1%	16,4%
bez polepszenia . . .	39,0%	29,5%
zmarło	24,7%	17,5%
	90,2%	79,9%

To zestawienie znowu pokazuje, że wśród mężczyzn ruch jest 10% większy niż wśród kobiet, śmiertelność zaś

ostatnich jest znacznie mniejsza, a uleczalność nieco większa niż mężczyzn, o czym obszerniej będzie mowa poniżej.

Wiadomo, iż tylko niektóre postaci obłąkania są uleczalne. Do tej grupy należą: melancholia, mania, paranoia acuta, psychoses hysterica, neurasthenica et traumatica, dalej—do pewnego stopnia — zatrucia przewlekłe wyskokiem i morfiną, oraz ostry obłęd opilczy (delirium tremens et psychosis, transitoria alcoholica). Otóż z postaciami wymienionemi przybyło 25,9% M. (364) i 37,% K. (433). Na tę znaczną przewagę postaci uleczalnych u kobiet wpływa częstość u nich obłędu ostrego ze złudzeniami (paranoia ac.) który sam jeden stanowi 24,7%, gdy u mężczyzn tylko 16,2% ogółu chorych. Z drugiej strony liczbę psychoz uleczalnych powiększają znakomicie psychozy histeryczne, zdarzające się bezwzględnie $5\frac{1}{2}$, a względnie $6\frac{1}{2}$ razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Odwrotnie—psychozy neurasteniczne są zjawiskiem znacznie częstszem u mężczyzn, u których (15) stanowią przeszło 1% wszystkich przypadków, gdy tymczasem u kobiet ta postać była spostrzegana 1 raz w ciągu okresu sprawozdawczego.

Z innych postaci, pozwalających liczyć do pewnego stopnia na wyzdrowienie,—w ogóle snadniej u nas spotykanych,—najczęściej jeszcze mamy do czynienia z opilstwem chorobliwym, skutkiem którego występuje czy to napad ostrego obłędu krótkotrwałego (psych. alcoholica transitoria), czy też charakterystyczny obłęd opilczy (delirium tremens), czy—w końcu — posiadające cechy odrębne, osłabienie władz umysłowych, znane pod ogólną nazwą alkoholizmu. Wszystkie tego rodzaju przypadki stanowiły 2% u M. 9,52% u K., a więc względnie zdarzały się 6 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Do grupy przewlekłych postaci obłąkania, rozwijających się na tle zwyrodnienia umysłowego (paranoia chronica, psych. periodica, psych. circularis) należała jednakowa liczba osób płci obojga (11,8% M 12% K. Nawet bezwzględnie, różnica, o ile dotyczy całej grupy tych postaci, jest nie-

znaczna, jednakże widzimy nieznaczną przewagę częstości po stronie M. (9,6%), dotkniętych ogólnem przewlekłym obłąkaniem, które nieco rzadziej (8,7%) spotykamy u kobiet, obłąkanie zaś okresowe i przemienne dało nieco wyższe odsetki u K. (3,4%) niż u M. (2,2%). Należy tu dodać, że obłąkanie okresowe ujawnia się klinicznie najczęściej w postaci szału (mania) i stosunkowo bardzo rzadko w postaci napadu ostrego pomieszczenia zmysłów ze złudzeniami (paranoia ac., amentia), a tylko jeden raz pojedyncze napady obłąkania (u kobiety) klinicznie przedstawiały się w postaci zadumy biernej (melancholia attonita).

U mężczyzn ogromną liczebnie przewagę stanowią cierpienia umysłowe, będące następstwem porażenia organicznego mózgu (paralysis progressiva, dementia senilis). Te postaci stanowiły razem 39,6% u M., a tylko 18,8% u K., a sam tylko bezwład postępujący daje u M. 25,6%, kiedy u K. tylko 4,1%, czyli że w naszym zakładzie bezwład zdarza się w g l ę d n i e przeszło 6 razy, a b e z w g l ę d n i e przeszło 7 razy częściej u M. niż u K.

U nowowstępujących chorych również niezmiernie często spotykamy wtórne osłabienie władz umysłowych. W tym stanie przybyło mianowicie 20% M. i 30,8% K.; a gdybyśmy nawet wyłączyli chorych w tym stanie umysłu przeniesionych ze szpitala św. Jana B. (45) i Dziec. Jezus (147), to i tak wśród nowoprzybyłych znajdujemy wtórne osłabienie władz umysłowych u 18% M. i u 22% K. Olbrzymia część tych chorych w swoim czasie przebyła ostre psychozy i stanowi ofiarę braku miejsc w zakładach. Chorzy ci przy odpowiednim urządzeniu zakładu, mogliby powrócić do zdrowia i stanowić nie ciężar, lecz pożyteczną część społeczeństwa.

Wrodzone niedołęstwo umysłowe od stopni najcięższych do najmniej wybitnych (idiotismus cum epilepsia, idiotismus, imbecillitas i odmiana tejże morali insanity) wraz z zatrzymaniem się rozwoju umysłowego w okresie pokwitania (hebephrenia) stwierdzono u 107 M. i 62 K., czyli tym cierpieniom podlegało 7,46% M. i 5,36% K. Zdaje się że w na-

szym zakładzie wyższy procent tego rodzaju chorych mężczyzn jest wypadkowym i zależy od tego, że większa część tych chorych pozostaje z decyzji władz sądowych na skutek popełnionych przez nich czynów zbrodniczych, do których, jak wiadomo płeć męska okazuje więcej skłonności nawet w pełni władz umysłowych.

Kończąc ten krótki przegląd posta ci klinicznych, należy wspomnieć jeszcze o przypadkach wyjątkowych, spotrzeganych rzadko nie tylko w zakładzie, ale i w życiu. Tak więc mieliśmy po 1 wypadku u M. i K. osłupienia (stupor) bez możności, nawet przy dłuższej obserwacji, zdyagnozowania właściwej postaci klinicznej. Dalej było u mężczyzn po 1 przypadku katatonii i idei natrętnych bez zaburzeń świadomości i innych władz umysłowych; 1 przypadek przewrotnego pocucia płciowego, 1 przypadek osłabienia władz umysłowych przy neuritis multiplex (psych. polyneuritica Korsakoffi); 3 przypadki zaburzeń umysłowych przy mocznicy w ostatnich dniach życia; 3 przypadki morfinizmu i 4 niedołęstwa umysłowego na tle zwyrodnienia psychicznego (psychopathia constitutionalis). U kobiet spotykamy prócz tego 2 przypadki morfinizmu, po 1 folie raisonnante i folie du toucher, 4 przypadki zaburzeń umysłowych skutkiem i przy chorobach zakaźnych (peritonitis, septicaemia); 1 przypadek eklampsyi oraz 4 przypadki ostrego zapalenia opon mózgowych, skierowane do zakładu przez pomyłkę dyagnostyczną, wreszcie 1 przypadek nowotworu mózgu.

Czynniki etyologiczne.

Czynniki wywołujące zaburzenia w prawidłowej czynności władz umysłowych dzielą się na dwie grupy: na czynniki usposabiające (ogólne i indywidualne) i przypadkowe (fizyczne i moralne). O jednym z usposabiających ogólnych czynników, mianowicie o płci, była już mowa powyżej i przekonał się, że wbrew poglądom, przynajmniej, dawniejszych badaczy (Esquirol itd.) płeć żeńska, jeśli nie mniej to i w każdym razie nie jest więcej skłonną do obłąka-

nia niż płeć męska. Z kolei zwrócimy teraz uwagę na inne usposabiające, ogólne czynniki, jak stan cywilny, wiek, zatrudnienie chorych itd.

Stan cywilny chorych.

(Patrz Tabl. II).

Na częstość obłąkania wogóle, stan cywilny okazuje wpływ wyraźny. W nowym zakładzie było chorych:

	M.	K.
stanu wolnego . . .	55,82%	45,06%
w małżeństwie . . .	38,66 "	42,30 "
owdowiałych	3,14 "	9,34 "
w rozwodzie	0,35 "	1,21 "
stanu niewiadomego .	2,03 "	2,08 "
	100,00	100,00

Widzimy więc, że bez względu na stan wolny jest reprezentowany znacznie liczniej, zwłaszcza wśród mężczyzn, niż inne stany cywilne, tembardziej, iż żonaci i zamężne wogóle chętniej są umieszczani w szpitalu, niż osoby stanu wolnego.

Nie mamy żadnych danych o podziale ludności Królestwa podług stanu cywilnego, dla przekonania się więc o względnej częstości obłąkania u osób danego stanu, przyjmujemy najwyższy stosunek, istniejący na Węgrzech, gdzie pozostaje w stanie wolnym tylko 53%, w związkach małżeńskich 41%, a owdowiałych i innych 6%. Ponieważ zaś liczba osób ogółu ludności po nad 16 do 18 lat, wynosi około 65%, zatem dla ludności w wieku prawnego uzdolnienia do stanu małżeńskiego znajdujemy, że na 100 osób stanu wolnego przypada 77,3 żonatych lub zamężnych i 11,6 owdowiałych i innych.

Nie redukując nawet liczb w zakładzie otrzymanych do właściwego wieku, widzimy, że na 100 chorych stanu wolnego przypada 69 M. i 94 K, a po wyłączeniu chorych K. do lat 15, M do lat 18, przypada 80 M. i 96 K, pozostają-

cych w związkach małżeńskich. Otrzymujemy więc wynik nieoczekiwany i zaprzeczający bardzo rozpowszechnionym poglądom na znaczenie bezżeństwa, jako czynnika usposabiającego do obłąkania (HAGEN itd.) i przekonywamy się, że małżeństwo więcej niż stan wolny usposabia płęć żeńską, do obłąkania.

Bez względu na to, oprócz porażen organicznych, wszystkie inne postaci obłąkania zdarzają się częściej u niezonatych niż u żonatych, — organiczne zaś cierpienia, zwłaszcza bezwład postępujący, przeszło dwa razy częściej spotykamy u żonatych. To samo daje się zauważyć i u kobiet, u których jednak prócz porażen organicznych (65 : 11) jeszcze i ostre pomieszanie zmysłów zdarza się znacznie częściej u mężatek (149) niż u panien (120).

Stosunek procentowy chorych owidowiałych i rozwiedzionych mniej więcej odpowiada takiemuż stosunkowi wśród zdrowej ludności.

Wiek chorych.

(Patrz Tablic III i IV).

Jakkolwiek choroby umysłowe mogą powstawać w każdym okresie życia, to jednak wiek zupełnego rozwoju cielesnego i umysłowego najbardziej sprzyja wybuchowi psychozy, a okres między 26 a 30 rokiem jest najniebezpieczniejszy pod tym względem. Do tego okresu życia należało ogółem 13,0% (20,9% M. i 17,5% K) chorych, a z liczby ostrych psychoz na ten wiek przypadło w naszym zakładzie 25,3% M. i 20,1% K. Odpowiednio do wcześniej następującego rozwoju, okres najczęstszego wybuchu ostrej psychozy rozpoczyna się u kobiet wcześniej i różnice w czterech po sobie następujących pięcioleciach (16—35 r.) nie są zbyt znaczne (16,3%—19,7%—20,1%—16,4%), gdy tymczasem u M. w okresie 21—25 lat, odsetka dochodzi do 16,9%, wzrasta następnie do 25,3%, i w dalszym pięcioleciu spada raptownie do 13%. Największe więc niebezpieczeństwo zachorowania rozkłada się na dłuższy przeciąg

czasu u K. (16—35 r.) niż u M. (21—30). Przed 16 i po 55 r. życia ostre psychozy należą do rzadkości, a po 60 już r. prawie nie zdarzają się.

Wogóle wpływ wieku na rozwój choroby u mężczyzn daleko jest wyraźniejszy niż u kobiet, co zapewne pozostaje w związku z burzliwszym życiem i intensywniejszą działalnością społeczną mężczyzn.

Co się tyczy postaci poszczególnych, to ostre pomieszanie zmysłów — w połowie wszystkich przypadków następuje między 21 a 30 r. życia, przytem u M. częściej w drugiej, a u K. w pierwszej połowie tego dziesięciolecia. W innych postaciach nie widzimy tak wyraźnego wpływu wieku na częstość psychozy.

Wiek życia, w którym rozpoczyna się psychoza ma do pewnego stopnia także prognostyczne znaczenie, o czem przekonywa nas rubryka, *dementia secundaria*. Ponieważ niepomysłne zejście ostrej psychozy we wtórne osłabienie władz umysłowych następuje w rok lub dwa od ujawnienia się choroby, to z wymienionej rubryki, z częstości i wieku, w jakim ci chorzy przybywali do zakładu, można przypuścić, że psychoza tem łatwiej przechodzi w osłabienie władz umysłowych, im w młodszym występuje wieku. Jednakże tego przypuszczenia, niejednokrotnie wypowiedziano już przez psychiatrów, nie jestem w stanie stwierdzić tablicami statystycznymi, gdyż dałoby się to dopiero uczynić przy dokładnej znajomości anamnezy i wieku rozpoczęcia się psychozy, a tych danych, w ilości, pozwalającej na prawdopodobne wnioski, z materiału szpitalnego nie udało mi się otrzymać.

Co się tyczy przewlekłych postaci, rozwijających się na tle zwyrodnienia, to tu powtarza się to samo zjawisko, jakie zauważyliśmy przy psychozach ostrych. Postaci bowiem przewlekłe najczęściej występują dopiero po 26 r., przed 40 r. życia jednakże względnie do płci, w odwrotnym porządku częstości, t. j. najczęściej się zdarzają u M. zaraz na początku, a u K. pod koniec tego okresu.

Z organicznych porażień mózgu, starcze osłabienie władz umysłowych najczęściej występuje około 60 r., jed-

nakże mieliśmy 2 przypadki tego cierpienia u M. i 3 u K. przed 50 r. życia. Bezwładowi postępującemu najczęściej podlegają M. między 36 a 40 r. rokiem życia i rzadziej między 41 a 45 lub 31 a 35, słowem wiek 31 do 45 lat najbardziej usposabia do wybuchu bezwładu u M., gdy tymczasem bezwład u K. najczęściej ujawnia się w młodszym wieku (31—36). Wogóle po 55 r. bezwład zdarza się bardzo rzadko i jeżeli w tablicy mamy kilka tego rodzaju przykładów, to należą one do dość rzadkich przypadków bardzo powolnego przebiegu, w których początek choroby nie mógł być ściśle oznaczony.

Do jeszcze rzadszych należą przypadki t. zw. paraf. *progressivae juvenilis*. W ciągu całego X-lecia było tylko dwa tego rodzaju przypadki u brata i siostry, żydów; rodzice należeli do klasy drobnych, bardzo ubogich handlarzy, ojciec cierpiał na obłąkanie i przechodził przymiot; jednak u naszych chorych wyraźnych objawów przymiotu dziedzicznego nie było. Oboje rodzeństwo zachorowali po ukończeniu 14 lat życia i przebieg choroby był u obojga jednakowy. Oboje z początku zdradzali objawy wesołego podniecenia, obok którego już od pierwszej chwili, choć niewyraźnie, wystąpiły zaburzenia ruchowe, które w dalszym ciągu uwydatniły się, nie pozwalając wątpić o charakterze cierpienia, stwierdzonego ostatecznie przy autopsji. Oiągłe podniecenie (bez charakterystycznych idei obłądnych), połączone z nadmierną ruchliwością, było niekiedy przerywane chwilowymi napadami szału. Stan taki trwał u obojga chorych do śmierci, która nastąpiła u brata po 7, a u siostry po 8 latach trwania choroby, w obu przypadkach po szeregu napadów udarowych i padaczkowych.

Na inne postaci psychoz nabytych, wiek nie wywiera wyraźnego wpływu, a tem bardziej, rozumie się, nie ma znaczenia przy wrodzonych defektach umysłowych.

Jeżeli uwzględnimy stan cywilny (Tabl. IV), to przekonamy się, że największa liczba M. bezżennych przypada na 26—30 r. życia, żonatych zaś na 36—40 a więc różnica wynosi 10 lat. Różnica ta istnieje i u kobiet, nie jest jednak tak znaczna, gdyż u pańien choroby umysłowe najczę-

ściej zdarzają się między 16 a 30 r. życia, u mężatek zaś dopiero po 30 r. Wogóle więc kobiety podlegają psychozom w młodszym wieku niż mężczyźni.

Zmniejszenie się częstości obłąkania w oddzielnych następujących po sobie pięcioleciach życia u żonatych i zamężnych nie jest tak znaczne, jak u osób stanu wolnego, należałoby więc na podstawie tego przypuszczać, że jednostka po 30 r. życia ma z biegiem lat coraz więcej pewności zachowania zdrowia umysłowego, pozostając w stanie wolnym, niż wstępując w związki małżeńskie.

Narodowość chorych.

(Patrz Tablica V i VI).

Procent obłąkanych w różnych krajach i wśród różnych narodowości podlega tak znacznym wahaniom, że wolno przypuścić, iż caeteris paribus rasa i narodowość nie pozostają bez wpływu na częstość obłąkania; nie może jednak stwierdzić tego statystyka pojedynczego zakładu, to też wobec braku ściślejszych wiadomości o liczbie obłąkanych wśród różnoplemiennej ludności Królestwa, ograniczę się tylko krótkim zestawieniem danych statystycznych, zaznaczając najpierw, że w stosunku do ogólnej liczby chorych stanowili:

	M.	K.	Razem.
Polacy . .	70,34%	70,07%	70,22%
Rosyanie .	13,68 „	12,81 „	13,29 „
Żydzi . .	10,76 „	11,07 „	10,85 „
Niemcy . .	4,11 „	4,23 „	4,21 „
Litwini . .	0,77 „	0,87 „	0,81 „
innych narod.	0,35 „	0,95 „	0,62 „
	100,00	100,00	100,00

Przytoczone odsetki niezupełnie odpowiadają stosunkowi różnych narodowości, zamieszkujących w Królestwie Polskiem i kazałyby przypuszczać, że np. wśród Rosyan

obląkanie zdarza się względnie częściej, wśród Żydów i Litwinów rzadziej niż u Polaków.

Ostre postaci obląkania (336 M. 427 K.) przedstawiały, względnie do narodowości, stosunek następujący:

	M.	K.	Razem.
Polaków . . .	67,86‰	65,34‰	66,45‰
Rosyan . . .	10,72 „	13,11 „	12,06 „
Żydów . . .	15,18 „	14,76 „	14,94 „
Niemców . . .	4,46 „	4,22 „	4,33 „
Litwinów . . .	1,48 „	0,93 „	1,18 „
innych narod.	0,30 „	1,63 „	1,03 „
	<u>100,00</u>	<u>100,00</u>	<u>100,00</u>

Z zestawienia grupy porażen organicznych z grupą postaci ostrych, okazuje się, że u mężczyzn Rosyan, Niemców i Polaków porażenia organiczne zdarzają się znacznie częściej niż psychozy ostre, które, przeciwnie u K. wszystkich narodowości spotykamy bez porównania częściej niż porażenia organiczne. W stosunku do liczby przypadków ostrych postaci obląkania, cierpień organicznych mózgu było u

	M.	K.
Polaków . . .	127‰	27‰
Rosyan . . .	212 „	27 „
Żydów . . .	80 „	9 „
Niemców . . .	153 „	17 „
innych narod.	50 „	9 „

przeciętnie 132 M. i tylko 24 kobiety.

Z 425 M. i 101 K, dotkniętych porażeniem organicznym było:

	M.	K.
Polaków . . .	68,24‰	75,25‰
Rosyan . . .	16,00 „	14,85 „
Żydów . . .	9,61 „	5,94 „
Niemców . . .	5,43 „	2,97 „
innych narod.	0,72 „	0,99 „
	<u>100,00</u>	<u>100,00</u>

Wreszcie, uwzględniając stan cywilny różnych narodowości (Tablica VI), widzimy, iż stan wolny liczniej jest reprezentowany, bez względu na narodowość, tylko wśród chorych M. u K. zaś jedynie między Polkami było mniej zamężnych niż panien, których było mniej między choremi pozostałych narodowości.

Wyznanie chorych.

(Patrz Tablica VII.)

Czy wierzenia religijne mają lub mogą mieć jakiś wpływ na większą lub mniejszą częstość chorób umysłowych, nie mamy żadnych co do tego danych. W naszym zakładzie stosunek procentowy różnych wyznań przedstawie jak następuje:

Wyznania	M.	K.
katolickiego . .	68,45%	69,46%
prawosławnego .	14,51 „	14,19 „
mojżeszowego .	10,12 „	10,73 „
ewangelickiego .	6,69 „	5,28 „
innych wyznań .	0,23 „	0,34 „
	100,00	100,00

Zatrudnienie chorych.

(Patrz Tablica VIIIa i b.)

Bardzo ważnym rozdziałem jest statystyka zatrudnień — sposobu zarobkowania chorych. Oddziaływanie różnorodnych zajęć na organizm i jego czynności powszechnie jest znane, mniej jednak zwracano uwagę na tę kwestję, jako na czynnik usposabiający do obłąkania, z tego mianowicie względu, że warunki pracy są tak skomplikowane, iż zwątpiono aby w tym razie badania statystyczne mogły doprowadzić do wyników zadawalniających, albowiem, jeżeli wśród ludzi, pracujących na różnych polach działalności społecznej zdarzają się obłąkani nie jednakowo często,

to zależy to nie od wpływu samego sposobu wykonywania pracy, lecz od innych przypadkowych okoliczności, z zatrudnieniem nic wspólnego nie mających. To rzecz niewątpliwa, ale z drugiej strony nie da się także zaprzeczyć, że pewne zajęcia ściśle i nierozdzielnie połączone są z tymi czy innymi czynnikami szkodliwie oddziaływającymi. Nie można uważać za czynniki przypadkowe np. ciągłych wstrząśnień i znacznych zmian temperatury, jakim podlega maszynista kolejowy w czasie wykonywania swego zajęcia. Pomimo tych ważnych zarzutów, statystyka zatrudnień obłąkanych zasługuje na baczną uwagę bez względu na liczne warunki postronne, niezależne od zajęcia, o których w dalszym ciągu będzie mowa.

Praca mężczyzn i kobiet, w ogromnej większości przypadków, różni się zasadniczo gdyż pierwsi przeważnie należą do profesjonalistów, których zatrudnienie da się mniej więcej ściśle określić i z góry można ocenić warunki higieniczne wśród jakich dana jednostka zmuszona jest żyć i pracować. Tymczasem tylko bardzo nieznaczna garstka kobiet poświęca się pracy specjalnej i przeważnie rodzaj zajęcia kobiety zależy od stopnia zamożności i stanowiska społecznego rodziców i męża, co też, o ile mogłem, uwzględniłem, rozmieszczając ogólnikowo określenie zajęcia kobiet „gospodarstwo domowe” w kilku rubrykach względnie do stopnia zamożności i stanowiska rodziny, od tego bowiem niewątpliwie zależy tryb życia i praca kobiety.

Wśród chorych mężczyzn najliczniejszą grupę (23,46%) stanowili właścianie—rolnicy, nie mający nic wspólnego z warunkami i wymaganiami życia miejskiego, gdy tymczasem chorzy, należący przeważnie do tej samej sfery towarzyskiej, ale pracujący w innych warunkach, mianowicie wyrobnicy, robotnicy, wojskowi i policjanci niższych stopni, razem stanowili zaledwie 7,45%. Nie posiadając ogólnych danych statystycznych nie możemy wnioskować o względnej częstotliwości chorób umysłowych wśród tych czy innych warstw społecznych, zasługuje jednak na uwagę ta okoliczność, że wśród włóścian stosunkowo najrzadziej spotykamy psycho-

zy ostre, które u wyrobników, osobników fabrycznych, żołnierzy i policyantów zdarzają się stosunkowo coraz częściej. W tym samym porządku wzrasta też liczba przypadków porażenia organicznego mózgu, które pod względem częstości u włościan zajmuje ostatnie miejsce (13,8%) natomiast różne stopnie wrodzonego niedołęstwa umysłowego, najczęściej spotykamy wśród włościan—rolników i mężczyzn różnych warstw społecznych, nie posiadających zajęcia określonego, zwykle właśnie z powodu niedostatecznego rozwoju władz umysłowych.

Urzędnicy różnych instytucji (państwowi, kolejowi, prywatni, buchalterzy i nauczyciele), posiadający ściśle określony czas pracy i zajęcie umysłowe, razem stanowili 18,97%. Wśród nich psychozy ostre zdarzały się tem częściej im praca umysłowa, caeteris paribus, jest intensywniejsza i stanowiły 16 (urzędn. admin. kolei) do 33% (buchalterzy). Częstość postaci przewlekłych w tejże grupie ludzi jest tylko bardzo nieznacznie większą, z wyjątkiem nauczycieli u których odsetka dosięga 45,1%, a co się tyczy porażen organicznych, to możnaby powiedzieć, że częstość ich znajduje się w stosunku odwrotnym do wymagalnego nakładu pracy umysłowej, gdyż najczęściej spotykamy je u urzędników i oficyalistów kolejowych (65%) oraz u urzędników państwowych (54,4%), gdy tymczasem u przeciążonych pracą urzędników instytucji prywatnych procent spada do 45,5%, a jeszcze bardziej u buchalterów (27,8%, i nauczycieli (21,8%).

Rzecz prosta, że wrodzone niedołęstwo umysłowe spotyka się w tej kategorii ludzi wyjątkowo i to tylko w stopniach najłżejszych.

Przemysł, handel, profesye wolne, sztuka i literatura dały wśród chorych niespełna 19%, a co do wzajemnego stosunku częstości postaci ostrych, przewlekłych i organicznych musielibyśmy powtórzyć tu to samo, co wyżej o urzędnikach z małemi nic nie znaczącemi zmianami.

Wśród kobiet pierwsze miejsce zajmowały przedstawicielki rzemiosł i zajęć specjalnych (43,1%), dalej kobiety prowadzące „gospodarstwo domowe” (37,34%) i wresz-

cie, —nie posiadające określonego zajęcia (19,55%). Z liczby poświęcających się pracy specjalnej, oprócz włościanek (16,86%) najwięcej było służących (pokojówek, kucharek) (6,23%), nauczycielek (5,71%) i szwaczek (3,72%). Stosunkowa częstość postaci ostrych względnie do innych u kobiet nie była tak wyraźną, jak u mężczyzn i wogóle były nieznaczne tylko różnice u różnych kategorii kobiet, gdyż dotkniętych ostreми postaciami było: bez zajęcia określonego 32,3%, posiadających zatrudnienie specjalne 34,7%, a prowadzących gospodarstwo domowe 40,2%.

Więcej określonych, ściślejszych wniosków, dotyczących zajęć, nie da się wyprowadzić z naszych, zbyt jeszcze małych danych liczbowych, dodam więc tylko, że wogóle psychozy ostre częściej spotykaliśmy u ludzi średniej za-możności, przy umiarkowanych wymaganiach życiowych i nie pracujących zbyt ciężko, natomiast postaci przewlekłe zdarzały się u ludzi, pracujących z wysiłkiem, zwłaszcza umysłowo. Wyjątek stanowi młodzież ucząca się, a której psychozy przewlekłe wynosiły tylko 14,5% przy 40% ostrych postaci, co wskazuje, że sama praca umysłowa bez współudziału innych czynników nie jest ani najważniejszą, ani jedyną przyczyną przewlekłych postaci obłąkania, ale należy dodać, że psychozy ostre u tej kategorii chorych nadzwyczaj często (27,42%) kończą się niepomysłnie, przechodząc w stan wtórny osłabienia władz umysłowych.

Przechodząc teraz do przeglądu czynników indywidualnych i przypadkowych, przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że u 31,66% M. i 39,79% K. chorych etyologia obłąkania pozostaje zupełnie nieznaną. Nie znaczy to, żeby w życiu tych jednostek nie było czynników destrukcyjnych, lecz wywiady nie dały żadnego rezultatu, na co składają się wielorakie przyczyny, a więc nieuzasadnione przekonanie dużej części ogółu, jakoby obłąkanie było chorobą hańbiącą i ukrywanie skutkiem tego szczegółów życia pacjenta, dalej —często zupełna niemożność zebrania wiadomości

o poprzednim życiu niektórych chorych, zwłaszcza przysłanych przez władze sądowe, policję itd., wreszcie bardzo często układane świadectwa kwalifikacyjne, w których lekarz ogranicza się, stwierdzeniem obłąkania, nie podając anamnezy w tem niesłusznem przekonaniu, że nie pomoże pacjentowi znajomość takich szczegółów życia chorego, jak zatrudnienie jego, zwyczaje, nałogi, wychowanie, natężenie i czas pracy, jej warunki itd., niekiedy zaś spotykamy się z tak bałamutnym opisem życia, że trudno zmiarkować czy dany objaw np. *abusus in Baccho, in Venere*, był czynnikiem usposabiającym do obłąkania czy już jego następstwem.

Po usunięciu tych wszystkich przypadków z nieznaną anamnezą, pozostaje jeszcze 1676 (980 M.+696 K.) t. j. liczba, na której można jako tako opierać się przy poszukiwaniach etyologicznych. Nie potrzebuję dłużej zatrzymywać się nad tem, że w życiu wielkiej liczby chorych działało po kilka czynników jednocześnie i wogóle skłonny jestem uznać za pewnik, że nigdy lub chyba w okolicznościach wyjątkowych, tylko jedna przyczyna spowodza zaburzenia umysłowe. Domniemane „przyczyny“ obłąkania, tak jak były podane w anamnezie ugrupowałem w kilku tablicach (IX, X, XI, XIIa, XIIb), na podstawie których rozpatrzę te ujemne czynniki życiowe w porządku częstości, z jaką zdarzały się u naszych chorych.

Obarczenie dziedziczne.

W szeregu ogólnych indywidualnych czynników, pierwsze miejsce ze względu na częstość i znaczenie zajmuje obarczenie dziedziczne, które znalazłem u 366 M. i 344 K., co stanowi 27,1% w stosunku do ogólnej liczby chorych, o 41,3% w stosunku do liczby przypadków z anamnezą mniej więcej znaną.

Odsetki, otrzymane przez różnych autorów, znacznie różnią się między sobą (od 4 do 90%), zauważyć jednak należy, że prace w tym kierunku są bardzo trudne, a oprócz tego sami statystycy rozmaicie zapatrują się na obarczenie

dziedziczne, i gdy jedni przyznają je tylko w tych przypadkach, kiedy rodzice chorego podlegali zboczeniom umysłowym, inni słusznie rozszerzają pojęcie obarczenia dziedzicznego nie tylko na przypadki obłąkania u rodziców i dziadów (atawizm) chorego, lecz i na nerwicę, pijaństwo, a nawet zbrodnie, dziwactwa charakteru itp.

Procent naszych chorych, dziedzicznie obarczonych, znacznie też zwiększyłby się, gdybym mógł wykonać swe obliczenia w sposób powyższy niestety, jednak w materiale, z którego korzystałem, prawie żadnych niema wskazówek co do zboczeń psychicznych u dziadów i krewnych z bocznej linii, cyfry więc przytoczone stosują się tylko do bezpośredniego obarczenia dziedzicznego.

O różnicach w wahanii się odsetek tego czynnika u chorych względnie do różnych grup chorób umysłowych przekonywa nas następujące zestawienie:

	I. W stosunku do ogólnej liczby przypadków		II. W stosunku do liczby przypadków z anamnezą znaną	
	M.	K.	M.	K.
postaci ostrych .	24,62%	30,53%	46,97%	48,79%
„ przewlekłych	33,52 „	35,91 „	51,32 „	58,62 „
„ poraż. organ.	24,47 „	25,23 „	28,96 „	38,58 „
„ niedołęstwa				
wrodz. i in.	23,56 „	29,73 „	67,21 „	80,48 „
Razem	25,52 „	28,89 „	37,9 „	47,9 „

z którego widzimy, że czynnik ten w ogóle częściej się zdarzał u K. niż i M. i stosunkowo najrzadziej (II) u chorych płci obojga przy porażeniu organicznem mózgu, w większej zaś połowie przypadków u chorych na obłąkanie przewlekłe. Uderzającym jest to, że w przypadkach wrodzonego niedołęstwa umysłowego, w przypadkach, w których należałoby podejrzывать istnienie obarczenia dziedzicznego niemal bez wyjątku, czynnik ten spotykamy rzadko (I), co tłumaczy się przedewszystkiem brakiem wiadomości

anamnestycznych z tego powodu, iż stosunkowo wielka liczba tych chorych internowaną została w zakładzie przez władze sądowe.

Ponieważ stan cywilny i wiek już same przez się są czynnikami usposabiającymi i do pewnego stopnia pozostają we wzajemnym z sobą związku, to uależałoby się również spodziewać wzajemnej zależności między obarczeniem a stanem cywilnym (T. X), tymczasem załączone tu zestawienie:

	Stanu wolnego		W związkach małżeńskich		Owdowiałych	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.
W stosunku do ogólnej li- czby chorych	27,87%	31,86%	24,14%	26,58%	8,88%	20,37%
W stosunku do liczby cho- rych z anam- nezą znaną	42,8%	55,18%	31,68%	41,42%	13,79%	42,31%

odnośnych procentów (z wyjątkiem chorych rozwiedzionych i niewiedomego stanu cywilnego, liczba których była zanadto mała) przekonywa, że stan małżeński zupełnie albo tylko bardzo nieznacznie osłabia wpływ obarczenia dziedzicznego u płci obojga, gdyż jakkolwiek liczba chorych, pozostających w związkach małżeńskich jest stosunkowo mniejsza, to można też przypuścić, że właśnie nienormalny stan umysłu wpłynął na pozostanie w stanie wolnym.

U chorych różnych narodowości częstość usposobienia dziedzicznego waha się w granicach dość rozległych i wogóle — jeżeli nie uwzględnimy płci — spotykamy ten czynnik najczęściej u Niemców, najrzadziej u Rosyan, w szczególności zaś najczęściej u Niemek i Rosyjanek, najrzadziej u Polek i Rosyan, jak to widać z załączonego tu zestawienia odsetek.

	Polaków	Polek	Rosyanów	Rosyanek	Żydów	Żydówek	Niemców	Niemek
W stosunku ogólnej liczby chorych.	25,09%	27,16%	21,83%	35,81%	28,75%	32,81%	35,00%	36,73%
W stosunku do liczby chorych z anamnezą znaną.	37,98%	46,03%	27,74%	54,08%	41,91%	51,22%	47,73%	62,07%

Niema wątpliwości, że odpowiednie wychowanie i uregulowanie życia mogą do pewnego stopnia neutralizować zgubny wpływ obarczenia dziedzicznego, czyniąc układ nerwowy odporniejszym na bodźce wewnętrzne, ale dzieckiem dziedzicznie obciążonem należy się zająć od lat najmłodszych i, obok środków dyetetyczno-hygienicznych, nie obciążać go nauką i pracą umysłową, a chociażby dziecko należało do dzieci „cudownych“, — zrezygnować z ambitnych marzeń i nadziei na świetną przyszłą karierę, pamiętając, że praca umysłowa w tym razie niezmiernie wzmacnia niebezpieczeństwo zwichnięcia równowagi władz psychicznych i to właśnie w okresie pierwszej młodości. Możemy to stwierdzić danymi statystycznymi, gdyż wśród studentów i uczniów (Tab. XIIa) znajdujemy najwyższy (42) procent dziedzicznie obciążonych, których liczba zmniejsza się do 35%, u ludzi fizycznie zupełnie dojrzałych, chociażby poświęcali się pracy, wyczerpującej siły cielesne lub umysłowe (obywatele ziemscy, rządcy, koloniści, służba kolejowa, lekarze) ze względu na rodzaj zajęcia nie pozwalający na regularne odpoczynki. Coraz rzadziej spotyka się obarczenie dziedziczne (25—35%, wśród ludzi, których zajęcie wymaga więcej rutyny niż właściwej pracy umysłowej).

wej, a natomiast rodzaj zajęcia pozwala nazprowadzenie regularnego trybu życia i stałe, krótkie i dłuższe odpoczynki (urzędnicy państwowi i prywatni, duchowni, nauczyciele, fabrykanci, kupcy), wreszcie czynnik ten najrzadziej spotykamy (7—20%) u ludzi pracujących tylko lub prawie tylko fizycznie z możliwością, jak i powyżej, stałych odpoczynków (oficerowie, rzemieślnicy, wyrobnicy, kanceliści, włościanie, żołnierze, robotnicy fabryczni).

Wśród kobiet (Tab. XIIb najwięcej (42—54%) dziedzicznie obarczonych znajdujemy w klasie majątkowo dobrze uposażonej, jak żony obywateli miejskich, kupców, urzędników; rzadziej (30—35%) wśród ciężko pracujących, jak wyrobnice, szwaczki, nauczycielki oraz—żony oficerów jeszcze mniejszy procent (25—35%) wśród żon rzemieślników i obywateli ziemskich, wreszcie wśród pozostałych kategorii kobiet obciążenie dziedziczne spotyka się mniej niż w 20%.

Dodać winienem, że w uwagach powyższych pominąłem zatrudnienia, posiadające nieznaczną liczbę przedstawicieli oraz chorych, którzy nie mieli określonego zajęcia.

Wzruszenia moralne.

Z liczby czynników przypadkowych, usposabiających do chorób umysłowych, lub je wywołujących najczęściej spotykamy wszelkiego rodzaju wzruszenia moralne, przyczyniające się do rozwoju obłąkania prawdopodobnie pośrednio, na drodze długotrwałych zaburzeń w krążeniu i odżywianiu organizmu resp. mózgu, który o tyle łatwiej poddaje się zgubnemu oddziaływaniu wzruszeń, o ile istnieją odziedziczone wady w rozwoju pierwiastków nerwowych, jednakże nie można wyłączyć możliwości ujemnego oddziaływania tego czynnika i na mózg zupełnie zdrowy. Wzruszenia silne, ciągłe lub często powtarzające się, nawet w mózgu zupełnie zdrowym mogą powodować trwalsze zaburzenia naczynioruchowe i tym sposobem osłabiać odporność tego organu.

Naturalnie, że mówiąc o wzruszeniach moralnych, jako o jednym z czynników, usposabiających do zwichnięcia równowagi umysłowej, należy brać pod uwagę jedynie tylko przypadki psychozy nabytej z wyłączeniem wszystkich postaci wrodzonego niedołęstwa umysłu, chociaż w danym razie zastrzeżenie to jest zbyteczne, gdyż w tej grupie mamy żąznaczonej ten czynnik w jednym tylko przypadku zapewne skutkiem jakiegoś nieporozumienia.

Wiadomo z doświadczenia, że ujemnie działają jedynie przynębiające wstrząśnienia, nigdy wzruszenia przyjemne. W materyale, jakim rozporządzałem, znalazłem jedyny przypadek, w którym, jako czynnik wywołujący psychozę podana była radość, dokładniejsze jednak rozpatrzenie przypadku, przekonało, że chory przez bardzo długi czas był w interesach zawikłanych, grożących nie tylko ruiną majątkową, ale i utratą czci, co niezmiernie go przynębiało, a gdy nieoczekiwanie otrzymał zawiadomienie o szczęśliwym dla niego zakończeniu sprawy, ucieszył się tem nadzwyczajnie i wkrótce wśród tej radości zaczął zdradzać wyraźne objawy obłąkania; przypuścić jednak należy, że wystąpiło ono w następstwie długotrwałych kłopotów nie zaś wskutek chwilowej radości.

Wzruszenia moralne mają źródła najrozmaitsze: straty materyalne, przykrości rodzinne i osobiste, śmierć ukochanych, tęsknotę itp.; z wielu też względów w pewnych razach do wzruszeń zmuszony byłem zaliczyć takie czynniki jak pobyt w więzieniu lub deportację, wreszcie zawód miłosny i przestrah. Mając na względzie bardzo rozpowszechnione wśród publiczności przekonanie, że zawiedziona miłość i przestrah bardzo często same przez się powodują obłąkanie, wymienione zaburzenia pomieściłem w oddzielnych rubrykach i z otrzymanych cyfr możemy się przekonać, że oba te czynniki znacznie częściej zdarzają się u kobiet niż u mężczyzn, że w anamnezie obłąkanych spotyka się częściej zawód sercowy niż przestrah, który stanowi 9,3% (5,6% M. 13,6% K.) gdy pierwszy 11,2% (6,3% M. 16,1% K.) wzruszeń moralnych wogóle.

Nawet w podręcznikach bywa wymieniany prze-
strach, jako dość częsta przyczyna padaczki; czy tak jest
istotnie przy padaczce somatycznej — stwierdzić nie umiem:
ale w przypadkach epilepsji połączonej z zaburzeniami
umysłowemi czynnik ten zdarza się zaledwie w stosunku
6,3% (3,2% M. 10,2% K.) i to zazwyczaj w połączeniu z in-
nymi czynnikami.

Co do wzruszeń, spowodowanych nieszczęśliwą miło-
ścią, to nie znalazłem ani jednego przypadku, w którym ten
czynnik byłby jedynym, a co najważniejsza, zawsze spoty-
kałem go w połączeniu albo z obarczeniem dziedzicznym,
albo z masturbacją którą również uważać należy za jeden
z objawów usposobienia dziedzicznego, a zatem można
przypuścić, że zawód sercowy u ludzi nie obciążonych dzie-
dzicznie nie odgrywa żadnej wybitniejszej roli, jako czyn-
nik usposabiający do psychozy.

Wzruszenia wogóle (włączając przestrach i zawie-
dzioną miłość) spotykamy u K. z jednakową prawie często-

I.

II.

	W stosunku			
	do ogólnej liczby przypadków		do liczby przyp. z anamnezą znaną	
	M.	K.	M.	K.
Psychozy ostre . .	21,60%	28,55%	31,98%	45,58%
„ przewlekłe	12,73 „	27,46 „	19,47 „	44,58 „
Porażenia organ. .	22,59 „	28,97 „	26,74 „	44,28 „
Wogóle	20,71 „	28,42 „	28,40 „	45,34 „

ścią około (45%) w każdej oddzielnej grupie chorób umyślo-
wych; w życiu mniej wrażliwych M. czynnik ten spotyka
się znacznie rzadziej (ok. 28%) i najczęściej u dotkniętych
psychozami ostremi (32%), rzadziej w przypadkach poraże-
nia organicznego (27%) i najrzadziej (20%) w postaciach
rozwijających się na tle zwyrodnienia.

Przy uwzględnieniu stanu cywilnego chorych (T. X)
wzruszenia najczęściej spotykamy u wdowców i najrzadziej
u nieżonatych, przytem różnice są bardzo wyraźne. W ży-

	Stanu wolnego	W małżeńst.	Owdow.
W stosunku do ogólnej M.	13,75%	25,01%	26,66%
liczby przypadków . K.	24,18 „	28,42 „	34,26 „
W stosunku do liczby M.	12,11 „	32,60 „	41,37 „
przy. z anamn. znaną K.	42,28 „	41,12 „	70,77 „

ciu kobiet czynnik ten wogóle gra rolę wybitniejszą, zwłaszcza u wdów, gdyż u panien i zamężnych występuje z jednakową częstością, prawie o połowę mniejszą niż u pierwszych.

I narodowość nie jest pod tym względem obojętną, gdyż widzimy że wzruszenia moralne zdarzały się znacznie

	Polacy	Rosyanie	Żydzi	Niemcy	Polki	Rosyanki	Żydówki	Niemki
W stosunku do liczby ogólnej przy.	16,76%	19,29%	27,45%	21,66%	24,94%	28,38%	33,59%	28,57%
W stosunku do liczby przypadków z anamnezą znaną	25,37%	24,52%	40,00%	29,55%	42,25%	42,46%	52,40%	48,27%

(o 10—15%) częściej u żydów i żydówek, niż u chorych innych narodowości zwłaszcza u Polaków i Rosyan, u których czynnik ten występuje najrzadziej (25% M. 43% K.).

Z tablic XII a i b widzimy, że wzruszenia najczęściej mają miejsce w życiu nauczycieli (34,8%) i zajmujących się handlem (33,6%). u pierwszych skutkiem przykrości osobistych, u ostatnich wskutek strat materyalnych. Najrzadziej wzruszenia były notowane u robotników fabrycznych, wyrobników, oficerów, lekarzy i osób bez określonego zajęcia.

Wśród kobiet wzruszenia są udziałem najczęściej obywaterek miejskich i nauczycielek (41%), oraz żon rzemieślni-

ników i szwaczek (37%), najrzadziej zaś spotykamy u włóścianek (19%) i służących (13%).

Przymiot.

Niema cierpienia, które nie tylko wśród ogółu publiczności, ale i wśród lekarzy budziłoby tyle obaw, co przymiot. Niewątpliwie, doniosły wpływ tego destrukcyjnego czynnika na przemianę materii, odbija się i na odżywianiu układu nerwowego, którego odporność skutkiem tego słabnie, czy jednak wystarcza to do zakłócenia równowagi umysłowej, czy przymiot szkodliwiej oddziaływa niż wiele innych czynników, wreszcie, czy samo zakażenie czy też energiczne tegoż usuwanie więcej podkopuje siły organizmu, wszystko to mojem zdaniem należy do kwestyi jeszcze nierozstrzygniętych i wymagających bardzo ścisłych dalszych obserwacji; ale tymczasem, zdaje mi się, że przedstawianie skutków przymiotu w tak czarnych barwach, jak to czyni wielu, nie jest uzasadnione i wiemy wszyscy z osobistego doświadczenia, że niekiedy nie przymiot nieistniejący, lecz już sama obawa przypuszczalnego zakażenia spowodza najfatalniejsze skutki, nawet zaburzenia umysłowe u osób, które pod wpływem sugestyi widzą w przymiocie pewną i nieuniknioną zgubę.

Rozumiejąc jak wielkie znaczenie mają wszelkie badania w celu wyjaśnienia tej kwestyi, i pojmując odpowiedzialność za rezultaty poszukiwań statystycznych, dotyczących tego straszydła, zbierałem dane liczbowe nadzwyczaj skrupulatnie, nie zadawałnając się w tym razie wskazówkami anamnestycznymi, lecz poszukując objawów przymiotu w badaniu bezpośrednim, mogę też zapewnić, że liczby przezemnie zebrane są raczej za wysokie niż za niskie, gdyż np. aby zanotować przymiot wystarczała mi wiadomość, że w danym przypadku było jedno lub dwa poronienia, chociaż prócz poronienia, żadnych śladów zakażenia ani najslabszego podejrzenia przebytego przymiotu nie miałem.

Ale nawet i przy takich warunkach, przynajmniej mnie osobiście, otrzymane rezultaty nie zadawalniają, gdyż przeglądając odpowiednie tablice (XIIa i b, gdzie % jest obliczony w stosunku do ilości osób danej kategorii), zauważyć się dają liczby niezwykle, nieoczekiwane. Tak np. u prostytutek znajdujemy wprowadzić najwyższy, ale tylko 37,5% u żon oficerów i wyrobnic 18%, tymczasem u żon wyrobników i robotnic fabrycznych zupełnie nie spotykamy przymiotu, a u włościanek tylko 1,5%. Podobnież dziwne zjawisko spostrzegamy wśród mężczyzn, bo kiedy w anamnezie, chorych ze sfer uprzywilejowanych czynnik ten mamy bardzo często (oficerowie (44,4%), obywatele ziemscy 51%) to u włościan spotykamy przymiot niezwykle rzadko (4,3%) a robotnicy fabryczni jakoby wcale nie podlegali zakażeniu. Na nieszczęście statystyki przymiotu wśród różnych klas społecznych nie mamy, nie można więc stwierdzić czy i o ile powyższe cyfry odpowiadają rzeczywistości, czy też są wynikiem z jednej strony niemożności skonstatowania przymiotu w każdym przypadku przy pomocy badania, a z drugiej strony zatajenia lub ignorancyi chorych.

Włączając nawet przypuszczalny oraz oddziedziczony przymiot ¹⁾, znalazłem go u 252 M. i 40 K. t. j. przeciętnie u 11,27% chorych, w szczególności u 17,57% M. i 3,46% K, zatem względnie 5 razy częściej u M. niż u K. Jeżeli obliczenia FOURNIER'a, z których wynika, że M. podlegają zakażeniu 10 razy częściej niż K, są prawdziwe, to z powyższego należałoby sądzić, że przymiot szkodliwiej oddziaływa na organizm mężczyzny niż kobiety, a ponieważ takiego wniosku nie mogą poprzeć ani nauka, ani doświadczenie, to musimy zgodzić się na to, że większa częstość psychoz u mężczyzn dotkniętych przymiotem zależy nie od samego tylko zakażenia, lecz także od jakichś innych, nie mniej od przymiotu osłabiających odporność organizmu czynników.

¹ W tablicach przymiot prawdopodobny opatrzony jest znakiem ?, a oddziedziczony—literą h.

Z zestawienia częstości przymiotu w pojedynczych grupach chorób umysłowych wypada, że najczęściej przy-

	M.	K.	
Postaci ostre . .	6,66%	1,37%	(100 : 21)
Dementia secund.	5,23 „	1,41 „	(100 : 26)
Postaci przewlek.	9,82 „	3,52 „	(100 : 36)
Bezwład postęp.	50,00 „	37,50 „	(100 : 75)
Inne poraż. organ	12,28 „	7,41 „	(100 : 60)

miot spotyka się w anamnezie paralityków, potem przy innych postaciach porażenia organicznego następnie w przewlekłych i wreszcie, najrzadziej, w ostrych psychozach. Jeżeli przy bezwładzie postępującym znajdujemy przymiot w połowie przypadków u M. i znacznie rzadziej u K., to już to pokazuje, że zakażenie jest niejedyną przyczyną wybuchu choroby za jaką już od pół wieku przez wielu uważane. Ta jednostronność w zapatrywaniu się na etiologię bezwładu ogromnie szkodzi ostatecznemu wyjaśnieniu kwestyi przyczyn bezwładu, gdyż zbierający dane anamnestyczne, o ile wykrył przymiot, zwykle poprzestaje na tem i nie poszukuje już innych czynników. W każdym razie, jeżeli przyjmiemy obliczenia FOURNIER'a co do liczby (15%) syfilityków wśród całej ludności, to jednak ilość syfilityków obłąkanych jest mniejsza (11,3%), co mogłoby nas doprowadzić do paradoksalnego wniosku, że przebyty przymiot do pewnego stopnia zabezpiecza od obłąkania wogóle. Z drugiej strony, jeżeli $\frac{1}{6}$ części wszystkich umysłowo chorych dotknięta jest bezwładem, to przy 0,18% obłąkanych wśród całej ludności, wypada że ledwie 1 z 500 syfilityków zapada na bezwład, a zatem przymiot nie jest chyba groźniejszym czynnikiem niż obciążenie dziedziczne i wzruszenia moralne, a zwłaszcza:

Nadużycie napojów wysokowych.

które w anamnezie obłąkanych spotykamy u 15,62% M. i tylko u 2,76% K. Oprócz zatrucia ostrego lub przewlekłego, opilstwo niewątpliwie przyczynia się również do po-

wstawania wszystkich innych postaci obłąkania i czynnik ten spotykamy w anamnezie dotkniętych:

	M.	K.
Postaciami ostreimi . . .	13,14%	2,64%
„ przewlekłemi . . .	15,61 „	2,88 „
Porażeniami organicznymi	24,47 „	5,61 „

z czego widać, że paralitycy bardzo często należą do pijaków nałogowych i, kto wie, czy ciągle zatrutowanie tkanek wysokiem nie jest pierwszą i najważniejszą przyczyną bezwładu. Wogóle najwyższy procent pijaństwa w anamnezie mamy u żonatych (20,36% i zamężnych (4,29%) co jednak nie upoważnia do wniosku, aby małżeństwo usposabiało do nadużyć wysokowych, lecz że te ostatnie, rozpoczęte dawniej, w stanie wolnym, pod wpływem zmienionych, często niewątpliwie cięższych warunków życia, teraz dopiero fatalnie odbijają się na zdrowiu.

U kobiet opilstwo również częściej spotykamy u zamężnych (4,3%) niż u panien i wdów (1,8%) u wdowców zaś utrzymuje się taki sam stosunek, jak i u żonatych.

Bardzo ważnym i znamienym jest fakt wzajemnej zależności alkoholizmu i przymiotu, którego częstość w stanie małżeńskim:

	Stanu wolnego.		W związ. mał.		Owdowiałych.	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Przymiot	13,72%	2,31%	24,54%	4,49%	15,55%	5,55%
Opilstwo	12,25 „	1,78 „	20,36 „	4,29 „	20,00 „	1,85 „

znacznie przewyższa częstość tegoż czynnika u bezzennych i wdowców, ale odsetki przymiotu i opilstwa bardzo mało różnią się między sobą, co — zdaje się — nie jest wypadkowym, lecz stałym zjawiskiem, tak że wolno wnioskować, iż lues i abusus in Baccho znajdują się względem siebie w związku przyczynowym, zapewne też oba te czynniki wspólnie oddziałują w sposób ujemny na organizm i powodują takie zmiany, jakich żaden z osobna wywołać nie byłby w stanie.

Powyższe potwierdza się także i przy uwzględnieniu narodowości chorych, zwłaszcza mężczyzn Polaków i Rosyan, bo:

		Rosyanie.		Polacy	
		M.	K.	M.	K.
Syphilis . .		29,84%	8,11%	16,56%	2,96%
Ab. in Baccho		31,47 „	4,05 „	14,08 „	3,31 „
		Niemcy		Żydzi.	
		M.	K.	M.	K.
Syphilis . .		13,33%	—	8,51,°/o	2,34°/o
Ab. in Baccho		18,33 „	—	4, 57 „	—

co do Niemców, to było ich tak mało, że wahania procentowe nie mogą posiadać większej wartości, a jeżeli odsetka alkoholików Żydów nieco więcej odbiega od procentu syfili-tyków, to fakt ten znajduje wyjaśnienie w istotnie mniej-szem wogóle rozpowszechnieniu pijaństwa wśród Żydów, u których przytem pojedyncze nadużycia są mniej wybitne i pijaństwo ogranicza się do codziennego używania małych dawek alkoholu, co z łatwością może zostać niespostrzeżo-nem, chociażby takie powolne zatrutowanie organizmu trwa-ło systematycznie dziesiątki lat.

Znużenie.

Przechodzę teraz do rozpatrzenia rzadziej spotyka-nych czynników, z liczby których na pierwszym miejscu należy postawić znużenie, trafiające się ogółem u 7,4% cho-rych.

Znużenie w zaszczytneńm znaczeniu „przepracowania umysłowego”, niestety, prawie nie spotyka się w anamne-zie naszych chorych i wątpię czy wogóle praca umysłowa może przekraczać pewne granice i tym sposobem sprowa-dzać psychozę u ludzi obarczonych dziedzicznie. Po pe-wnym czasie bez przerwy trwającej pracy myślowej mózg staje się niezdolnym do dalszej funkcji świadomej, nie mo-że więc być mowy o istotnej pracy intelektualnej, chociaż w mózgu w dalszym ciągu dokonywa się cały szereg funk-

cy i automatycznych, połączonych z przekrwieniem i podrażnieniem pierwiastków nerwowych, prowadzące do wyczerpania, — znużenia. Otóż, jeżeli chodzi o tego rodzaju pracę umysłową, to rzeczywiście spotykamy ją dosyć często i zawsze u ludzi, którzy czy to skutkiem warunków życiowych, czy dzięki swej lekkomyślności, prowadzą życie nieporządne, nieregularne, — nie można jednak następstw takiej czynności mózgowej nazywać „przepracowaniem umysłowym”, co już dawniej (Gaz. Lek. 1901) starałem się uzasadnić, a teraz, rozporządzając znacznie większym materiałem klinicznym, utrwaliłem się w przekonaniu o nieszkodliwości „przepracowania umysłowego” i o zgubnem oddziaływaniu „znużenia” bez względu na jego źródło.

Znużenie najczęściej zależne jest nie od woli jednostki, lecz od tych smutnych warunków, jakie zmuszają człowieka do prowadzenia życia nieregularnego, a więc przy znużeniu jednocześnie muszą istnieć i odgrywać pewną rolę inne czynniki ujemne.

Znużenie jest uajczęstszem w anamnezie dotkniętych cierpieniami organicznymi (22,8% M. 5,5% K.), rzadziej się spotyka przy psychozach na tle zwyrodnienia (9,2% M. 5,6% K.) i najrzadziej w ostrych postaciach obłąkania (6,2% M. 5,2% K.).

U kobiet różnice częstości są nic nieznaczące, a u mężczyzn znużenie znacznie częściej spotyka się tylko w porażeniach organicznych mózgu, przytem najczęściej u żonatych (13,3%), następnie u bezżennych (8,6%) i najrzadziej u wdowców (4,4%), co istotnie odpowiada rzeczywistym wymaganiom i warunkom życia mężczyzny ze względu na większą lub mniejszą konieczność wyętej pracy. Kobietom małżeństwo, po większej części, zapewnia byt, pewność jutra, a więc i spokój życiowy, toteż wśród zamężnych liczymy zaledwie 1,4% chorych, w anamnezie których znajduje się znużenie, gdy tymczasem panny i wdowy, zniewolone do samodzielnej pracy na utrzymanie siebie, wykazują już 5% znużenia. Narodowość pod tym względem, zdaje się nie gra żadnej roli, gdyż wahania procento-

we są bardzo nieznaczne u mężczyzn między 12,4% (Żydzi) a 8,3% (Niemcy),—u kobiet między 6,7% (Rosyanki) a 2,3% (Żydówki).

Masturbatio. Abusus in Venere.

Ogromnie przesadzone jest mniemanie o niezwykle zgubnym wpływie masturbacji (jako takiej) na prawidłowe czynności umysłowe, oraz jednak niewątpliwe, że jako równoważnik zwyrodnienia psychicznego onanizm, wyczerpując układ nerwowy, może spowodować zaburzenia w sferze umysłowej.

W naszym materyale czynnik ten był notowany prawie bez wyjątku u osób stanu wolnego, mianowicie w 6,4% M. i 4,2% K., najczęściej u Żydów (13,1%), następnie u Niemców (6,6%), Polaków (5,7%) i Rosyan (5,6%). Wśród kobiet, najczęściej u Rosyank (6,7%) potem u Żydówek (4,7%), Polek (3,9%) i Niemek (2,1%).

NEUMANN w naturalnych nadużyciach płciowych upatruje prawie jedyną przyczynę bezwładu postępowego, jednak zgodzić się z nim niepodobna, bo pominąwszy już, że u paralityków abusus in Venere znalazłem tylko w 9,2% M. pominąwszy łatwość wzięcia w danym razie skutku za przyczynę, nie zdaje mi się, aby u mężczyzn mogły istnieć jakieś nieco wybitniejsze „nadużycia“, a przytem sąd w tych razach może być zawsze tylko subiektywny, gdyż nie ma miary do oznaczenia gdzie kończy się usus tej fizyologicznej funkcji, a zaczyna abusus, wreszcie niezrozumiałem byłoby dlaczego kobiety publiczne, napewno nadużywając in Venere, stosunkowo bardzo rzadko zapadają na psychozę. Abusus in Venere zanotowany był u 4,2% M i u 0,6% K., a więc bardzo rzadko, dodać jednak należy, że jako objaw psychozy rozwijającej się—ab. in Venere u mężczyzn spotyka się bardzo często podobnie jak onanizm, zwłaszcza u kobiet. Oba te czynniki razem wzięte najczęściej zdarzały się wśród mężczyzn u młodzieży uczącej się (27,4%), urzędników kolejowych (26,9%) i u nie mających określonego zajęcia (21,2%), wśród kobiet zaś nie mających okre-

ślonego zajęcia (12%), nauczycielek (10,6%) i szwaczek (7,0%).

Trauma capitis et totius corporis. Meningitis traumatica.

Czynniki w nagłówku wymienione nawet same przez się niewątpliwie mogą niekiedy spowodować wybuch psychozy w krótszym lub dłuższym czasie po wypadku, a przysiętem nie tylko t. zw. psychozę traumatyczną spostrzeganą u nas bardzo rzadko (4 M., 1 K.), lecz i każdą inną postać obłąkania. Wogóle w anamnezie 8% M. i 2,4% K. znajdujemy urazy, a przy podziale psychoz na pojedyncze grupy, widzimy, że czynnik ten spotyka się u

	M.	K.
Przy psychozach ostrych i wtórnem osłabieniu władz umysłowych	6,8%	1,6%
Przy psychozach przewlekłych .	8,1 „	4,2 „
Przy porażeniach organicznych .	8,7 „	2,8 „
Przy padaczce	12,9 „	2,1 „
Przy postaciach wrodzonego niedołęztwa	8,9 „	6,4 „

a więc okazuje się, że urazy najczęściej zdarzają się w anamnezie epileptyków i głuptaków, u kobiet zaś przy niedołęztwie umysłowym wrodzonym i przy postaciach przewlekłych, w każdym zaś razie różnice częstości są nieznaczne.

Uwzględniając zatrudnienie, widzimy, że urazy zdarzają się najczęściej u robotników fabrycznych (31%), u urzędników i oficyalistów kolejowych (17,4%), oficerów (10,8%), i włościan (10,5%), najrzadziej u rzemieślników (1,2%) urzędników, uczącej się młodzieży i duchownych.

Z kobiet najwięcej narażone są na urazy żony wyrobników, robotnice fabryczne i włościanki.

Częstość urazów nie pozostaje w żadnym związku z narodowością, a co do stanu cywilnego, to różnice w częstości tego czynnika są bardzo nieznaczne, chociaż nieco

częściej podlegają urazom mężczyźni żonaci i kobiety niezamężne.

Razem z urazami rozpatrzę i meningitis, gdyż w moim materyale, bez wyjątku, chodziło o meningitis traumatica przebytą w wieku dziecięcym, a która tylko w rzadkich przypadkach powodowała wstrzymanie rozwoju umysłowego, zwykle zaś, przynajmniej pozornie, nie pozostawiała żadnych śladów.

Wogóle meningitis spotykamy w anamnezie bardzo rzadko, a stosunkowo najczęściej (1,4% M.) przy organicznych porażeniach mózgu, nie mamy jednak żadnych danych na to, aby bezwład zawdzięczał swoje powstanie przebytemu na wiele lat przedtem zapaleniu opon mózgowych.

Partus.

U 10,8% kobiet za przyczynę, wywołującą obłąkanie należy uznać poród resp. poronienie, niekiedy ciężę, a nawet karmienie. Wszystkie te stany fizyologiczne wywoływały w naszych przypadkach wyczerpanie sił fizycznych i następnie obłąkanie, a należy dodać, iż w połowie przypadków żadnych innych czynników w anamnezie nie można było wykryć, w drugiej zaś połowie notowane było obarczenie dziedziczne i wzruszenia moralne (u panien). W kilku przypadkach obłąkanie nastąpiło skutkiem zakażenia w czasie poroda, to jednak pomieściłem w oddzielnej rubryce. Skutkiem wyczerpania spowodowanego przez poród w znacznej większości przypadków (88%) występują ostre postaci zaburzeń umysłowych i przeważnie (75%) kończą się wyzdrowieniem.

Wszystkie inne czynniki jak np. choroby zakaźne (tyfus, influenza, malaria), m. Basedowi, m. Brighti, operacja chirurgiczna (chloroformowanie), itd. niekiedy spotykane w anamnezie jako czynniki niemal jedyne, zdarzały się wogóle rzadko, bo tylko u 4,8% M. i 4,7% K. Ze względu jednak na małą liczbę tego rodzaju przypadków nie można

wyprowadzić wniosków o stanowisku tych czynników w etyologii obłąkania, zwróć więc tylko uwagę na tyfus brzuszny), po którym zwykle bezpośrednio występują objawy psychozy, najczęściej ostrej — a jakkolwiek czynnik ten zdarza się stosunkowo bardzo rzadko (2,1% M. 2% K.), ma jednak poważne znaczenie, gdyż na podstawie spostrzeżeń, dotyczących naszych chorych przychodzę do wniosku, że rokowanie w tych przypadkach jest bardzo niepomyślne, a tem gorsze, im więcej upłynęło czasu od chwili ustąpienia objawów tyfusu do wybuchu psychozy.

Rozdziały poświęcone etyologii obłąkania we wszystkich niemal dziełach specjalnych posiadają tę wadę, że ich autorowie, z uszczerbkiem dla faktów rzeczywistych, zanedo ulegają tradycyjnym poglądom na czynniki wywołujące obłąkanie. Zebrać i zgrupować fakty i tylko fakty było mojem zdaniem, a jeżeli w krótkim sprawozdaniu szpitalnem może zanedo dużą część zajmują uwagi dotyczące etyologii, to tłumaczy się to bezradnością terapii wobec czego uważałem za rzecz bardzo ważną skierować uwagę czytelnika na źródła choroby, opanowania której należy oczekiwać prawdopodobnie nie od zastosowania tych czy innych środków aptecznych, lecz od urządzeń społecznych w najszerszym zakresie, a przede wszystkim od założenia odpowiedniej liczby szpitali specjalnych. W tym kierunku nie uczyniono u nas nic jeszcze; oprócz dobrych chęci i gorących nawoływań do zajęcia się tą palącą kwestyą, nie postawiliśmy dotąd nawet pierwszego na tej drodze kroku — nie mamy statystyki, a trudno walczyć z nieznanem niebezpieczeństwem.

Statystyka, a zwłaszcza etyologia obłąkania jest rzeczą pierwszorzędną społecznej doniosłości i kluczem do rozwiązania kwestyi opieki nad obłąkanymi, dziwić się więc należy, że od czasu projektu statystyki obłąkanych, przedstawionego przez LUNIER'a w 1876 r. na Zjeździe międzynarodowym psychiatrów w Paryżu, nic w tej sprawie nie

Zakład dla obłąkanych w Tworkach.

zrobiono, choć projekt znalazł poklask ogólny. Ale Zjazd międzynarodowy, to machina ciężka i przy najlepszej woli uczestników—wypracowanie projektów, wprowadzenie ich w życie, wymaga olbrzymiej pracy, która jakkolwiek napewno wydałaby owoce niezwykle ważne dla czystej nauki, nie mogłaby jednak mieć doniosłego znaczenia praktycznego dla pojedynczych narodów, gdyż niewątpliwie sama przynależność do tej czy innej rasy,—środowisko w jakim jednostka żyje i pracuje, warunki atmosferyczne i telluryczne i wszystko to, co charakteryzuje daną społeczność, ma wpływ poważny na częstość obłąkania i jego etyologię. Sądzę więc, że nie czekając na jakieś, jeszcze niepoczęte, postanowienie Zjazdów międzynarodowych, opracowaniem planów zbierania statystycznych i etyologicznych danych i sposobem urzeczywistnienia przyjętego projektu, powinny się zająć poszczególne Zjazdy narodowe. Rzucam tę myśl w nadziei, że może ona znaleźć poparcie w Komitecie, organizującym w niedalekiej przyszłości Zjazd lekarzy polskich, na którym poruszenie tej kwestyi zapewnie nie byłoby bezowocne.

Wypisani z zakładu.

Przechodzę do ostatniej części sprawozdania o stanie zdrowia osób opuszczających szpital. W ciągu dziesięciolecia (nie licząc umyślowo zdrowych w chwili przybycia) ubyłło T. Ia i b) 1289 M. i 925 K. t. j. 89,88% M. i 80,02% K., z czego przypada na

	Zdrowych M. K.	Z polepsz. M. K.	Bez polep. M. K.	Zmarłych M. K.
w stosunku do liczb. wypis.	12,64% 20,65%	16,76% 20,54%	43,37% 36,86%	27,23% 21,95%
w stosunku do ogół. licz.	11,36% 16,52%	15,06% 16,44%	38,98% 29,50%	24,48% 17,56%

Wogóle więc kobiety dłużej niż mężczyźni pozostają w szpitalu, ale wyzdrowienie wśród kobiet jest częstsze, śmiertelność zaś rzadsza niż u mężczyzn. Mężczyźni w ciągu X-lecia (T. XIII) spędzili dni 997230 czyli przeciętna, dzienna liczba była 273 M., kobiety spędziły 1069944 dni było więc dziennie po 292,8 K. Dotknięci psychozami, zakończonemi wyzdrowieniem (163 M. i 191 K.) spędzili dni 29474 M. i 23110 K. czyli przeciętnie czas trwania kuracji wynosił 181 dni u M. i 121 u K., a więc u M. psychozy trwały znacznie dłużej (o 2 mies.) niż u K., jednakże procent wyzdowień był jednakowy u obu płci (43,5% M. 43,4 K.

U mężczyzn najmniej pomyślnie przebiegała historyczna postać obłąkania (mała liczba przyp.) dając tylko 15,4% wyzdrowienia, najpomyślniej psychozy urazowe (mała liczba (50%, potem szal — 48,8%) i ostre pomieszenie zmysłów 47,5% wreszcie zaduma i psychoza neurasteniczna dają około 32% wyzdrowienia.

U kobiet neurasteniczne i traumatyczne psychozy zdarzają się bardzo rzadko, pominąwszy więc te postacie znajdziemy, że najpomyślniej u kobiet przebiega, ostre pomieszenie zmysłów (44,8%) wyzd.) potem zaduma (32,7%) i szal 32,4%) wreszcie psychoza historyczna 31,4%. Zatem przy szale rokowanie jest znacznie mniej pomyślne u kobiet niż u mężczyzn i odwrotnie przy psychozie historycznej; u obu płci najpomyślniejsze przy paranoia acuta.

W tablicach statystycznych (I a i b) czytelnik znajdzie pewną liczbę zdrowych (25% M. i 50% K.) w rubryce „alkoholismus“. Winienem tu objaśnić, że wszyscy ci chorzy bez wyjątku przebyli t. zw. delirium tremens t. j. napad ostrego zatrucia wyskokiem na tle przewlekłych nadużyć in Baccho. Po przejściu ostrego obłądu powróciła przytomność umysłu nawet sprawność czynności mózgowych, ale czy ustąpiło osłabienie woli i nieprzewyciężony pociąg do opilstwa, tego nie mogę powiedzieć o żadnym z wypisanych, przeciwnie o kilku z pomiędzy nich napewno mi wiadomo, że w dalszym ciągu nadużywali napojów, zatem wyzdrowienie z ostrego obłądu pijackiego nie jest jeszcze wyzdrowie-

niem z alkoholizmu, a więc i przytoczone liczby „zdrowych” w tej rubryce należy kwestyonować.

Że pod względem liczby uleczonych mój wykaz będzie się różnił od wykazów oficjalnych, to rzecz łatwa do zrozumienia, gdyż w ostatnich nie uwzględnia się tych mimowolnych przybyszów, którzy obłąkanymi nie są, a w wykazach urzędowych są notowani w rubryce „observatio”, wypisywani są w rubryce „zdrowych”, powiększając tym sposobem zupełnie niesłusznie liczbę wyleczonych.

Czytelnik, uważnie przeglądając tablice, zdziwiłby się, znajdując w 1899 r. pod rubryką „dementia secundaria” —jeden przypadek wyzdrowienia. Podług obecnie panujących w psychiatrii poglądów, przy osłabieniu władz umysłowych następują zmiany w komórkach nerwowych, zmiany, które uniemożliwiają powrót komórek ad integrum, a więc staje się niemożliwem przejście do normy osłabionych władz umysłowych. Wobec tego ogłaszane od czasu do czasu podobne przypadki wyzdrowienia składają się na karb pomyłek dyagnostycznych, być więc może, w naszym przypadku rozpoznanie było mylne, ale nawet i w takim razie przypadek zasługuje na bliższą uwagę, pozwolę więc sobie streścić go w wyrazach najkrótszych.

Pan L. lat 27, urzędnik drogi żelaznej, kawaler. W rodzinie chorób umysłowych i nerwowych nie było. Skończył 4 klasy gimnazyalne, przez 2 lata służył wojskowo, ostatnie 5 lat urzęduje w wydziale ekspedycyjnym kolei; pracy ciężkiej nie miał. Usposobienia wesołego, lubił towarzystwo, nadużyć żadnych nie było, rok temu ulcus molle. Przed miesiącem, bezpośrednio po bardzo przykrych przejściach ze swoją władzą, wystąpiły objawy psychozy, mianowicie podniecenie, rozdrażnienie, bezsenność, bóle głowy; znajomych poznawał, rozmowy nie był w stanie prowadzić, wszystkich — znajomych czy nieznajomych zapytywał czy wierzą w Boga, albo też często powtarzał jedno i te same pytania—kiedy przyjdzie siostra? kiedy powrócą koledzy z biura? Na pytania, zwrócone do siebie nie zwracał uwagi i nie odpowiadał. Od czasu do czasu występowało silniejsze rozdrażnienie, w którym np. podarł

franki, stłukł kilka talerzy itp. Przed 6 laty, w czasie służby wojskowej p. L. uległ takiemu napadowi obłąkania, które po 2 tygodniach ustąpiło i nie przeszkodziło mu dośłużyć określonego terminu.

Wysoki, szczupły, blady, zbudowany prawidłowo, bez żadnych oznak zwyrodnienia antropologicznego prócz strabismus convergens. Spokojny, niechętnie poddaje się oględzinom, zapewniając, że jestem zdrowy, jak Boga kocham, zdrowy. W narządach wewnętrznych zmian niema. Od-ruchy kolanowe i skórne osłabione; źrenice rozszerzone, na akkomodację nie reagują; wszystkie odmiany czucia skór-nego prawidłowe. W takim stanie zdrowia p. L. przybył do zakładu 22. IV. 1892 r.

Odpowiada na pytania głosem cichym, nie patrząc na mówiącego z nim, nie wie, ile ma lat, nie może obli-czyć nawet, gdy mu się podaje rok urodzenia, wie, że był on urzędnikiem przy drodze żelaznej, na czym polegało je-go zajęcie nie może dokładnie opowiedzieć, nie pamię-ta co robił przed wstąpieniem do służby kolejowej, nie wie gdzie mieszkał.

Apatyczny, unika ludzi, chowa się po kątach, nie roz-mawia z nikim, lekarza nie poznaje, nie wie, nawet po dłuższym pobycie, gdzie jest. Apetyt słaby, śpi wybornie, ale stale uskarża się na bezsenność; jest to jedyna skarga chorego, po za tem uważa się za zupełnie zdrowego i co-dziennie powtarza jedno i to samo „Ja zdrów słowo ho-noru!... niech pan każe mi oddać palto, ubiorę się i pójdę“. Stan taki miesiącami pozostaje bez zmiany; chory absolut-nie niczem się nie zajmuje, nie czyta, leży po całych dniach na podłodze, zupełnie niedba o swoją powierzchowność, żadnych życzeń nie wyjawia, nawet już wyjść z za-kladu nie pragnie, niekiedy tylko przed obiadem z uśmie-chem, jakby do siebie, mówi: „golnął bym wódki“. Pod ko-niec roku można było wyraźnie skonstatować znaczne osłabienie pamięci i uwagi, zupełne zobojętnienie, wzglę-dem samego siebie i otoczenia, chory był zadowolony ze wszystkiego. Stan odżywiania polepszył się.

Funkcye umysłowe stopniowo gasły i, jeżeli jeszcze w roku 1892 r. można było mieć pewną wątpliwość co do rozpoznania choroby, to w rok potem mieliśmy obraz wtórnego osłabienia władz umysłowych. Po kilku latach zupełnej apatii, chory niekiedy, acz bardzo niechętnie, zajmował się w ogrodzie i plótł słomianki, — do żadnej innej pracy absolutnie nie był zdolny.

Stan taki trwa niemal do końca 1898 r., kiedy naraz prawie raptownie, następuje zmiana, chory ożywia się, apatia ustępuje, chory zaczyna chętnie pracować, rozmawiać zupełnie przytomnie i przypomina sobie ze szczegółami poprzednie swe życie, ale cały okres pobytu w szpitalu wypadł mu z pamięci. Polepszenie stopniowo wzrasta, a w pół roku p. L. przyszedł do zdrowia i został wypisany z zakładu 13 Marca 1899 r.

Jakkolwiek będziemy się zapatrywali na streszczony przypadek, czy uważać go będziemy za ostre pomieszenie zmysłów, czy też za pierwotne osłabienie władz umysłowych (dementia primaria, curabilis), w każdym razie zaliczyć go musimy do bardzo rzadkich choćby ze względu na prawie siedmioletni czas trwania psychozy, zakończony wyzdrowieniem.

Drugą grupę opuszczających zakład, stanowią chorzy wypisani albo w chwili ustępowania objawów ostrej psychozy, albo w okresie zwolnienia, jakie zdarza się we wszystkich, nie wyłączając porażeń organicznych, postaciach obłąkania, a nawet niekiedy polepszenie zauważyć się daje w stanie wtórnego osłabienia władz umysłowych. Rozumie się, że znaczne polepszenie dla pacjenta bywa rozmaite, zależne od postaci obłąkania i stopnia poprawy. O ile udało mi się zebrać wiadomości o dalszych losach wielu chorych, dotkniętych psychozami ostreymi, to zaledwie $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ ich część odzyskała zdrowie po za murami zakładu, ogromna zaś większość przeszła w stan demencji, z czego pokazuje się, że pośpiech, z jakim rodzina zabiera swych chorych, jak tylko stan ich zaczyna się polepszać, jest stanowczo naganny i szkodliwy dla samych chorych.

W każdym razie polepszenie w przebiegu ostrej postaci niekiedy prowadzi do stopniowego odzyskania zdrowia, nawet po za szpitalem. Inaczej rzecz się ma z polepszeniem w postaciach przewlekłych, które ze względu na zdarzające się w nich polepszenia możnaby podzielić na dwie kategorie. W jednej,—jak przy obłąkaniu powrotnem (okresowem) i przemiennem (ps. circularis) następują okresy oprzytomnienia i powrotu samowiedzy (intervalla lucida), trwające niekiedy lata całe i pozwalające tym chorym, niemal na równi ze zdrowymi korzystać ze swych władz umysłowych; podobnież zwolnienia (remissio) spostrzega się niekiedy i w bezwładzie postępującym. W drugiej kategorii postaci przewlekłych, przy ogólnem przewlekłym obłąkaniu (paranoia chr.) i w stanach pokrewnych (paranoia originaria, constitutionalis etc). podobnież jak w stanie wtórnego osłabienia władz umysłowych polepszenie polega na uspokojeniu się chorego, zmniejszeniu się wrażliwości, na pewnem uporządkowaniu się całego ich aparatu myślowego, w którym jednakże tkwią podawnemu skryształizowane idee obłądne, które chory ukryć może z tego powodu, że chwiejność jego czynności uczuciowo umysłowych zmniejszyła się pod wpływem polepszonego stanu odżywiania i wdrożenia się do jednostajnego, regularnego, higienicznego trybu życia. Niekiedy, nawet i w tym stanie umysłu, chorzy zdolni są do pewnych zajęć, w których ujawniać mogą samodzielność, zawsze jednak łatwo wykazać brak krytycyzmu i innych władz duchowych, wobec czego polepszenie w ich stanie zdrowia jest tylko pozorne i z czasem wcześniej czy później dochodzą do zupełnego upadku władz intelektualnych. Takich polepszeń nie notowałem.

Dotkniętych ostremi postaciami wypisało się 24,2% M. i 27,7% K., — najwięcej K. z psychozą histeryczną (43,2%), i M. dotkniętych szaleń (36,6%), najmniej było polepszeń u M. przy paranoia ac. i u K. przy szaleń po 21,5%). Zwolnienie w bezwładzie postępującym spoty-

kamy zaledwie u 13,6% M. i 4,2% K., a trwalsze remisye do 2 lat) zdarzały się bardzo rzadko (4 przypadki=1,1%).

Chorzy ci spędzili w zakładzie po 111 dni M. i po 117 K. a zatem M. krócej od wyzdrowiających o 70 dni, K. zaś tylko o 4 dni.

Dotkniętych psychozami ostreimi, a opuszczających zakład bez polepszenia było 12,8% M. i 10,7% K. o dalszych losach tych chorych w szpitalu nie wiadomo. Przeciętnie byli ci chorzy w szpitalu: M. po 121 dni, K. po 126 dni.

Wogóle pobyt chorych wypisanych, nie uwzględniając stanu ich zdrowia, w jakim opuszczali zakład, wynosił 129 dni dla M. i 122 dla K.

W stosunku do ogólnej liczby chorych w ciągu dziesięciolecia zmarło 24,48% M. i 17,56% K. Znaczna przewaga śmiertelności po stronie mężczyzn, tłumaczy się częstością wśród nich bezwładu postępującego gdy z ogólnej liczby (352) zmarłych mężczyzn było więcej niż połowa (200) paralityków, po wyłączeniu których okazuje się, że w pozostałych postaciach obłąkania śmiertelność była nawet nieco większa wśród kobiet (15,66%) niż wśród mężczyzn (14,71%).

Roczna śmiertelność, w stosunku do liczby chorych pozostających na kuracyi w danym roku, wykazuje dość znaczne wahania i wynosiła:

Rok	Pozostawało osób wraz z umysłowo zdrowymi				Zmarło osób				% śmiertelność			
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1891/2	329	69	305	8	37	27	11	—	11,25	3,85	3,6	3,7
1893	402	69	342	10	45	24	15	2	11,19	6,6	4,4	4,0
1894	399	65	366	8	35	16	19	4	8,78	5,7	5,2	4,2
1895	406	66	382	7	37	26	14	—	9,11	3,21	3,61	3,7
1896	386	48	363	7	18	10	20	3	4,9	2,37	5,5	4,7
1897	410	59	360	8	15	9	12	2	3,66	2,27	3,33	2,8
1898	414	69	384	11	37	20	15	1	8,93	4,92	3,9	3,7
1899	445	66	465	17	41	23	25	5	9,21	4,74	5,42	4,46
1900	485	86	481	18	43	22	31	4	8,87	5,25	6,44	5,82
1901	525	91	500	16	44	23	41	6	8,38	4,83	6,20	7,43
prae- ciętnie roczn.	420	69	395	11	35	20	20	2,6	8,38	4,3	5,0	4,6

wogóle u M. 3,66%—11,25% przeciętnie 8,38%

u K. 3,6 %— 8,2 % „ 5,0%

a po wyłączeniu bezwładu postępującego:

u M. 2,27%—5,7% przeciętnie 4,3%

u K. 2,8 %—5,8% „ 4,6%.

Sumując (Tab. XII) liczby dni szpitalnych, spędzonych przez zmarłych w pojedynczych latach, przekonywamy się, że przeciętnie umierający, spędzają w zakładzie po

131 dni M. i 139 dni K. w każdym roku, jednakże obliczając cały czas, spędzany przez zmarłych w ciągu dziesięciolecia, otrzymamy, że M. przebyli po 558, a K. po 856 dni, na oddzielne zaś grupy przypada:

	u M.	u K.
w postaciach ostrych dni	214	172
„ przewlekł. wraz z demenc.	1065	1237
„ porażenia organiczne .	359	362
„ wrodzonych i innych . .	1041	1097

Wyrażając śmiertelność w odsetkach w stosunku do liczby przypadków danej grupy chorób umysłowych przekonywamy się:

	W stosunku do liczby chorych danej kategorii		W stosunku do liczby zmarłych	
	M.	K.	M.	K.
Postaci ostre . .	6,4%	5,7%	6,82%	12,32%
Demencya wtórna	19,86 „	19,94 „	16,19 „	34,97 „
Postaci przewlekłe	8,67 „	15,5 „	4,26 „	10,84 „
„ poraż. org.	51,76 „	46,73 „	62, 5 „	24,63 „
„ wrodz. i in.	20, 7 „	31,53 „	10,23 „	17,24 „
			100,00 „	100,00 „

że najmniej zejść śmiertelnych zdarza się w postaciach na tle zwyrodnienia rozwijających się, oraz w ostrych i że w obu tych grupach jak również we wtórnym osłabieniu władz umysłowych, śmiertelność jest dwa razy mniejsza u M. niż u K., natomiast umiera $2\frac{1}{2}$ raza więcej M. niż K., dotkniętych porażeniem organicznym mózgu.

Przechodząc do przyczyn, sprowadzających zejście śmiertelne (Tab. XIV i XV), przede wszystkim zwrócę uwagę na paralityków, którzy, jak widzimy, kończą życie przeważnie przy stopniowym upadku sił (40,5% M. 11,5% K.), będącym następstwem samego cierpienia, nawet bez poprzedzających napadów kongiestyi, chociaż i te ostatnie dość często (32% M. 23,3 % K.) są przyczyną prawie bezpośrednią śmierci, a rzadziej (8,5% M. 11,5% K.) sprowa-

dzają, czy też przyspieszają ogólne wyczerpanie. Względnie dość rzadko paralitycy umierają skutkiem chorób przy padkowych (19% M. i 19,2% K.) i jeszcze najczęściej skutkiem cierpień dróg oddechowych (4,5% M. 4,0% K.).

Ogólne wyczerpanie u chorych, dotkniętych innemi postaciami obłąkania nie zdarza się zbyt często około 18% M. i 14% K.), a dotyczy głównie chorych lat podeszłych będących w stanie wtórnego lub starczego osłabienia władz umysłowych. Wreszcie trzecią z najczęstszych przyczyn śmierci stanowi gruźlica wogóle, a gruźlica płuc w szczególności, która zabija 15,06% M. i 26,6% K. wszystkich umierających.

O ile w wahaniu się śmiertelności w pierwszej połowie dziesięciolecia nie można spostrzedz żadnej prawidłowości, to w ostatnich pięciu latach widzimy, zwłaszcza u kobiet, stały wzrost liczby przypadków śmiertelnych i to dzięki zwiększającej się liczbie umierających na gruźlicę, co łatwo się tłumaczy pogarszającymi się z roku na rok warunkami higienicznymi, ciasnotą pomieszczenia i niemożnością właściwego rozsegregowania chorych.

Dotyczy to głównie oddziałów „ogólnych” i dotychczas, jak widzimy, kobiecych, gdzie od 5 lat z roku na rok gruźlica coraz więcej zabiera ofiar, chociaż i wśród mężczyzn liczba zmarłych na suchoty zwiększyła się w drugiej połowie dziesięciolecia. Jakże bo daleko odsunęliśmy się od najelementarniejszych wymagań higieny! Ilość powietrza, mierzona en masse wynosi na osobę zaledwie 28 $\frac{1}{2}$ m. sześciennych i to nie dzieląc pomieszczeń (jak jest w rzeczywistości) naienne i nocne; powierzchnia sal (razem dziennych i nocnych) w stosunku do jednego chorego wynosi zaledwie 8 m. kwadr. A przecież przy doskonałej wentylacji higiena wymaga najmniej 40 m. powietrza i 9 m. kwadr. na jednego chorego. Cyfry te wymowniej przekonywają niż słowa o naglącej konieczności nowych zakładów, albowiem w obecnych warunkach pozostawiony jeszcze przez lat kilka nasz szpital, pomimo niezwykłej dla innych tego rodzaju zakładów czystości i elegancji, stanie na równi z najgorszymi i w gruncie rzeczy będzie owym grobem pobielanym, kryjącym w samym składzie chorych źródło zarazy i śmierci.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć kilka słów o przypadkach śmierci gwałtownej, o tych nieszczęśliwych przypadkach, tak chętnie podchwytywanych przez pewien odłam prasy codziennej, która lekkomyślnie obarcza zarząd szpitalny i lekarzy zarzutami niedbalstwa, braku dozoru itp.

W ciągu dziesięcioletniego istnienia zakładu przypadków śmierci nienaturalnej było 8, z których 4 samobójstwa, 3—śmierci przypadkowej i jeden przypadek niewyjaśniony. Z tej liczby 1 samobójstwo i śmierć przypadkowa była u kobiet, pozostałe przypadki dotyczą mężczyzn. We wszystkich przypadkach samobójstwa, jako sposób pozabawienia się życia, było zastosowane powieszenie się, do czego w jednym przypadku posłużyła bielizna, w drugim—kawałek sznurka, w trzecim bandaż, zdjęty ad hoc ze śpiącego obok chorego, w czwartym zaś (kobieta) prześcieradło. Wszyscy (3) mężczyźni powiesili się w postawie pionowej, — 2 w klozetach oddziałowych, 1 — w klozecie przy pralni, gdzie pracował; ostatni powiesił się w dzień, z pozostałych jeden w czasie kolacji chorych, drugi w nocy. Jedyna samobójczyni pozbawiła się życia przez zaduszenie za pomocą pętli zrobionej z prześcieradła i zarzuconej na szyję, poczem, leżąc na łóżku, w nocy, spuściła głowę i górną część tułowia ku dołowi.

We wszystkich przypadkach zamach samobójczy był dostrzeżony prawie natychmiast, w każdym razie po zdjęciu pętli wszyscy samobójcy okazywali jeszcze objawy życia, którego jednak, pomimo wszelkich przedsięwziętych środków nie udało się utrzymać.

Co do postaci obłąkania, jakiem byli dotknięci nasi samobójcy, to w jeduym przypadku było obłąkanie ogólne, przewlekłe, — w drugim i trzecim — osłabienie władz umysłowych, wtórne i raz na tle porażenia organicznego, w czwartym (kobieta) ostre pomieszanie zmysłów (po raz drugi), — a więc samobójstwo ani raz nie zdarzyło się w postaci, w której *tadium vitae*, jako objaw choroby mogło być przypuszczalne.

W piątym przypadku (hebephrenia) chory znalazł śmierć pod kołami pociągu, wyszedłszy na plant kolejowy

wczesnym rankiem, ale niewiadomo czy w celu samobójczym.

Trzech chorych zmarło skutkiem przyczyn przypadkowych, jakimi były: 1) asphyxia skutkiem zatkania oskrzeli (II ord.) bułką w czasie śniadania u paralityka z objawami opuszkowymi, 2) szok skutkiem oparzenia (2 i 3 stopnia) w gorącej wodzie u paralityka, 3) zaczadzenie (kobieta-psych. epileptica) skutkiem pęknięcia ściany kaloryferu.

Wogóle więc na 554 przypadki śmierci, mieliśmy 8 zejść z przyczyn nienaturalnych t. j. 1,45%, a w tem samobójstwo wyuosi 0,72%, zatem zdarza się znacznie rzadziej niż we wszystkich zakładach cudzoziemskich, co być może, zależy w części od charakteru plemiennego chorych, ale nie ostatnią zapewne gra tu rolę pilniejszy dozór, który jednak nie we wszystkich przypadkach może zapobiedz samobójstwu nie tylko w warunkach szpitalnych, ale i wśród najtroskliwszego otoczenia rodziny, jak tego mamy liczne przykłady, gdyż w wielu razach najdoświadczeńszy lekarz nie może przewidzieć zamiarów samobójczych, a z drugiej strony chory bardzo często potrafi dyssymulować swój stan i uśpić troskliwość i podejrzliwość rodziny i nawet bardzo skrupulatnych dozorców.

Kończąc sprawozdanie niniejsze winienem nadmienić, że pominąłem w nim wszystko, co nie przedstawia znaczenia ogólniejszego i może być interesującym jedynie dla psychiatrów. Zdawało mi się, że mogłem tak postąpić, gdyż specjaliści bez żadnej trudności znajdą potrzebne im dane w załączonych tablicach. Opuściłem również cały dział sądowo-lekarski, albowiem ograniczenie się w sprawozdaniu do kilkunastu cyfr i krótkich wyjaśnień byłoby bez wartości tak dla ogółu lekarzy, jak i dla psychiatrów lub prawników i w niczem nie mogłoby przyczynić się do wyjaśnienia zawiłych kwestyi. z jakimi ma do czynienia ekspert, wzięwszy, zwłaszcza, pod uwagę tę okoliczność, iż prawodawstwo odnośne już nie stoi na wysokości tego rozwoju, do jakiego doszła psychiatria, rozstrząsanie zaś takich zagadnień przechodzi zakres sprawozdania lekarskiego.

ŹRÓDŁA
biograficzno - bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCYNY
W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

Fr. Giedroyć.

[Dalszy ciąg]

DAMIER

lekarz bataljonowy legjonów polskich.

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki: Cmentarz Powązkowski. T. III. Dodatki i przypisy. str. XXIV.

DANCH [Danek?] KRYSTJAN

rajca starogrodzki, mianowany lekarzem królewskim w roku 1740:

*N. 87. Archiatratus SR Mtis Nobili
Christiano Danch Consuli Starogardensi.*

[d. 15 Novembr. An. 1740.]

Źr. rękop. Sigill: Lb. 5, fl. 114. Nazwisko wpisane nie-
dość wyraźnie: *Danch* albo *Danek*.

Dawidson [Davissonius] Wilhelm

Był pierwotnie lekarzem u dworu francuskiego, tudzież
przełożonym nad pałacem królewskim i ogrodem na przed-

mieściu św. Wiktora; przybywszy do Polski, piastował urzędy: lekarza starszego pary królewskiej [Jana Kazimierza i Ludwika Maryi], chemika i głównego zwierzcznika i przełożonego nad ogrodami królewskimi.¹⁾ Miał za żonę Karolinę de Thynny²⁾, którą upoważnił do załatwiania wszelkich spraw swoich majątkowych, sam nie mając na to czasu. Spraw i interesów było sporo, Dawidson bowiem, jak widać z licznych dokumentów, grosza zebranego nie trzymał przy sobie, a od dłużników nie tylko trzeba było procent odebrać, lecz nadto przed sąd niekiedy pozwać o zwrot należności.³⁾ Pomiędzy dłużnikami ma nie tylko osoby pojedyncze, lecz miasto Gdańsk, które czterokrotnie zaciągało u doktora pożyczkę⁴⁾; udziela pożyczek na kwity, a gdzie pewność ma mniejszą, zastawem nie gardzi: od Guldynowej, wdowy po Janie, majorze gwardyi królewskiej, oprócz kwitu, bierze „perły uryanskie iedne dwa sznurki z dyamentowemi afteczkami trzeci z rubinowemi”⁵⁾ W roku 1667 król Jan Kazimierz dał

N. 82. Przywilej potwierdzający wszelkie poprzednie oraz upoważniający Dawidsona do rozporządzenia się majątkiem swoim podług woli własnej:⁶⁾

[Warszawa, dn. 27 lutego, 1667]

„Joannes Casimirus Dei gratia... Significamus praesentibus litteris Nostris quorum interest universis et singulis. Regalis clementiae et supremae potestatis comprobatio cum in eo uel maxime elucescat, dum Principes non tantum haereditarium populum, sed et coeteros Viros Imperio suo sese subijcien. Regijs fauoribus, immunitatibus et singulari complectantur beneficentia. Et Nos igitur habem. optime nota Nobilis et Excellentis Vilhelmi Dauissonis, Nobilis Scoti, Consiliarij Nostri Archiatrique senioris et chemici tam Reginalis Maiestatis Consortis Nostrae Dilectissimae Personae Fidelis et Dilecti Medici hortorumque Nostrorum Summi Praefecti Nobis Domuique Nostrae Regiae a multis annis, usque ad praesentem senectutem maximo cum vitae fortunarumque suarum dispend. contestata merita, tum accuratam promptamque in curanda Nostra uale tudine, eius contentionem et diligentiam animaduertentes

ac in disponendis hortis Nostris non vulgarem sollicitudinem cernentes, nec non insignem semper illius in subministrandis iuxta praescriptum Philosophorum Platoniorum et Peripateticorum non tantum vitae Nostrae sed et aliorum conducibilibus remedijs solertiam et industriam admirantes, merito faciendum nobis esse duximus, ut eundem Nobilem et Excellentem Vilhelmum Dauissonum iuxta anteriores declarationes Nostras tam uiuae Vocis Nostrae oraculo prolatas, quam et Priuilegijs ac diplomatibus specialiter eidem concessis, ad omnes libertates, immunitates, Iura et Preuilegia admissum, atque cum omnibus bonis ilius mobilibus et immobilibus, summisque quibusuis pecuniarijs tam in Regno Poloniae Magnoque Ducatu Lithuaniae quam et alibi existentibus generaliter uniuersis in protectionem Nostram Regiam assumimus, ab impetitione Fisci Nostri Regij eximeremus, ipsique plenariam facultatem omnimodamque potestatem bona sua in genere omnia et in speciebus particularia, per officiosas Inscriptiones, Donationes, Testamenta, Codicillos, Ordines et quoscunque alios actus officiosos et priuatos, disponendi, dandi, donandi, alienandi, inscribendi et quouis alio nomine, titulo et modo, non aliter quam alijs Incolis Regni Nostri dominiorumque eius annexorum permittitur estque liberum, conuertendi daremus et largiremur, prout quidem eximimus, damus et largimur praesentibus, declarantes omnem illius ac bonis suis dispositionem faciendam, uim et robor debitae firmitatis habituram, si uero ipsum intestatum ex hac vita decedere contigerit, eo etiam casu non Fiscum Nostrum Regium nec ullum alium, sed legitimos successores illius utriusque sexus ab intestato iuxta praescriptum succedendi succedere debere uolumus. Quod omnibus quorum interest praesertim uero Generosis Instigatoribus Nostris Regni et Magni Ducatus Lithuaniae atque alijs Fisci Officialibus, nec non Magistratibus tam castrensibus quam ciuilibus notum esse uolentes, mandamus ut eundem Nobilem et Excellentem Vilhelmum Dauissonum illiusque succesores utriusque sexus circa praesens Priuilegium Nrum. declaratorium et illius praerogatiuas, immunitates et libertates plenarie ac inuiolabiliter conseruent, neque bona illius qualiacunque ubiuis locorum existentia iure Fisci appetere praesumant pro gratia Nostra. In cuius rei fidem praesentes manu nostra subscriptas sigillo Regni communiri mandauimus Datum Varsaviae Die XXVII Mensis Februarij Anno Dni MDCLXVII Regnorum Nostrorum Poloniae et Sueciae XIX Anno. Joannes Casimirus Rex.⁷

W roku 1669 wyjechał do Francyi. *) Czy powrócił jeszcze do Polski, śladu nie znalazłem.

N. 83. Consensus imprimendi Prodromum Medicinae Philosophicae Nobili Davison. *)

[Toruń, 29 listopada 1658.]

Ponieważ dzieło Piotra Seweryna Dana, pomimo wielką wartość, mało było dostępne z racyi stylu zawilego i trudnego do zrozumienia (*stylo cabalistico obscuro*), nadto nie uwzględniało zasad nauki Platona, Dawidson postanowił przerobić je. Studya nad dziełami filozofów — platończyków, perypatetyków i innych ułatwiły mu zadanie, którego dokonał z wielkim powodzeniem, ułożył bowiem podręcznik, niezmiernie ułatwiający naukę i skracający ją: „ita paralelavit ut quilibet spatium unius mensis plus addiscere in Platoniceis possit, quam qui studio trium vel quatuor annorum.” Król Jan Kazimierz dał doktorowi D przywilej, zabezpieczający mu własność literacką, gdyby bowiem kto pracę jego przedrukował lub sprzedawał bez upoważnienia autora, uległby karze 1000 talarów i konfiskacie nakładu:

„Joannes Casimirus etc. Significamus etc. Quod nos illos benigno respectu afficere soleamus, qui in tuenda iam pridem curandaque nostra et serenissimae sacrae reginalis maiestatis consortis nostrae charissimae valetudine. non parum sese applicuerint, sic praesentibus hisce litteris nostris significari volumus, expositum fuisse nobis pro fideliter dilecto Vilhelmo Davisono, nobili Scoto, consiliario nostro archiatroque seniore et chymico atque nostro et reginalis maiestatis consortis nostrae dilectissimae ordinario medico hortorumque nostrorum summo praefecto, cum a multis annis sedulam operam in revolvendis veterum philosophorum platoniorum tum peripateticorum scriptis insumpisset, ut facilius consensu et dissensu medicorum cum Hippocrate, Galeno et chymicis expanderet; proinde cum iam a multis saeculis penitus fere extincta veterum philosophorum methaphysicorum quam fisicorum dogmata cerneret, metuendo, ne in Hippocratis divinis senis doctrinam minus iacere animadverteretur, omnes, quos potuit, veteres auctores in unum conciliavit et a vepribus, aenigmatibus pa-

robchiis obscuritatibus liberavit et vitam facillimam brevemque methodum in scholarum usum reduxit et cum peripatetica chymicaque philosophia ita paralevavit, ut quilibet spatio unius mensis plus addiscere in platonice possit, quam qui studio trinm vel quattuor annorum in ipsis rudimentis addiscendis, tum in ulteriori studio promovendo consentierit occasio, ne igitur haec tam fausta pro re libraria offerente tutorem sibi elegit interpretandum Petrum Severinum Danum, medicum et philosophum sublimem stylo cabalistico obscuro suam medicinae philosophicae hippocraticae, galenicae et paracelsoviae ideam scribentem, qui quamvis iam a centum annis admirationi potius et literarum musaeis ornatui, quam intellectui patebat, tamen nunquam in usum propter platonicae doctrinae defectum redigi poterat, sed cum dignissimum hoc opus existimetur, ut in lucem prodeat, permittimus et libertatem damus, ut typis, quibus velit, committat et typographo aut bibliopolae, cui velit, in nostris ditionibus ad vendendum concedat librum, cuius titulus est: *Commentariorum in sublimis philosophi et incomparabilis viri Petri Severini Dani ideam medicinae, philosophiae propediem proditorum prodromus*, ad spatium decem annorum, quo temporis intervallo, omnibus bibliopolis et typographis inhibemus, ne distribuant, vendant aut typis admoveant praedictum librum absque auctoris consensu sub poena confiscationis exemplarium, tum mille talerorum decrementi. In cuius rei fidem etc. Datum in castris ad Thorunium die XXIX mensis Novembris anno quo supra“ (1658).

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 03, fl. 315.—2) Ibid. Lb. 206, fl. 21 v.—3) Ibid. Lb. 205, fl. 02. 197; Lb. 206, fl. 22 v.; Lb. 207, fl. 57. 58.; Akta Starej Warszwy Lb. 39, fl. 207.—4) Akta Star. Warsz. Lb. 558, fl. 160 v.—163. Daw. podaje do oblaty cztery kwity przez Gdańsk wydane: a) na 600 flor.; b) na 12000 flor.; c) na 1000 talarów brabankich; d) na 666 złotych węgierskich —5) Ibid.—6) Akta Star. Warsz. Lb. 558, fl. 163.—7) Ibid. Lb. 558, fl. 494.—8) Metr. Reg. Lb. 01, fl. 105 (110).

Dąbnicki Mikołaj

Akta Metryki Koronnej podają kilka przywilejów królewskich na rzecz doktora Dąbnickiego, są one atoli zbyt małej wagi, by je tu w całości przytaczać. Dwukrotnie król zwalnia doktora od udziału w wyprawach wojennych. zezwala na kupno młyna w Gnieźnie, na zabezpieczenie po-

sagu żony, Katarzyny, na tym młynie ¹⁾, na oddanie młyna synom z pominięciem córek ²⁾ i t. p.

N. 84. Libertacio a Bello Nicolai Dambniczki. ³⁾

[An. 1509].

N. 85. Libertacio a seruitio bellico Nicolai Dambniczky phisici Reverendi in Christo Patris Johannis Episcopi Posnaniensis. ⁴⁾

[Au. 1513.]

N. 86. Relictio in possessione molendini equestris Gnesnensis Nicolai Dambniczki ad extrema vitae ipsius. ⁵⁾

[An. 1513].

N. 87. Consensus redimendi molendinum Gnesnense Nobili Nicolao Dambnicky de manibus certorum Nobilium. ⁶⁾

[An. 1527.]

Po raz pierwszy wydał król przywilej na kupno młyna w roku 1510 ⁷⁾; w roku 1512 D. odprzedał młyu Mikołajowi, wojewodzie poznańskiemu ⁸⁾, w roku 1527 ponownie odkupił, uzyskawszy od króla pewną ulgę, gdy poprzedni bowiem właściciel obowiązany był dostarczać co tydzień pięć miar jęczmienia na dwór królewski i jedną do kościoła św. Jerzego, nowonabywca miał dawać tylko dwie miary do dworu.

Źr. rękop. i) Metr. Reg Lb. 9, fl. 589, An. 1517.—2) Ibid. Lb. 51, fl. 124, Au. 1535.—3) Ibid. Lb. 3, fl. 642. v.—4) Ibid. Lb. 28, fl. 49 v.—5) Ibid. fl. 29.—6) Ibid. Lb. 43, fl. 124/245.—7) Ibid. Lb. 4, fl. 344 v.; Lb. 25, fl. 98 v.. An. 1512 8) Ibid. Lb. 30, fl. 30 v.

DĄBRÓWSKI ANDRZEJ

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: „25. IX. 1546. Examenſin med. Andreae Dumbrowski Poloni f. Martini.

Źr. druk. St. Windakiewicz: *Materyały do historii Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce*, T. VII.

[DEMOURS] ur. w r. 1762.

— O osobliwszym y wcale nowym sposobie przywrócenia wzroku czyli wiadomość o nowej operacyi oczów, wynaleziony przez sławnego okulistę paryskiego, Pana Demours w takich przypadkach, w których do tego czasu wszelka pomoc nadaremną się być zdawała, z opisaniem samej operacyi, którą teraz szczęśliwie uskuteczniłem. Bez wyr. m. druku i roku [1784?] w 8-ce, 8 str. z ryciną.

Źr. druk. K. Estreicher: *Bibliogr. pol.* T. XV, str. 137.

DESELS LUDWIK

N. 88. Facultas testandi rebusque suis omnibus disponendi Ludovico Desels Med. Dri. datur.

[d. 1 maja, 1758.]. Przywilej, nadający doktorowi D. prawo rozporządzenia się majątkiem własnym i spisania testamentu podług woli.

Źr: rękop. Sigillata: Lb. 29, fl. 80.

DEUTSCHLANDER JONASZ

N. 89. Servitoratus Nobli et Eggregio Jonae Deutschlander Med. Dri.

[w Gdańsku, dn. 18 lutego, 1660.]

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 3, fl. 24.

DOBRASZEWSKI JAKÓB

jedyną o nim wiadomość znajduję w przywileju:-

N. 90. Seruitoratus Nobili et Spectabili Jacobo Dobraszewski Medicinae Practico.

[Leopoli, d. 4. Decembris, 1662.]

Przywilej dany we Lwowie, stąd pewne prawdopodobieństwo, że tam właśnie dr. D. trudnił się wykonawstwem lekarskiem, był bowiem *medicinae practicus*.

Źr. rękop. Sigill. Lb. 5, fl. 142 v.

Dobraszowski Sebastyan Michał

stopień doktora filozofji uzyskał w Akademji Zamojskiej; gdzie osiągnął stopień doktora med., niewiadomo. Powołany na profesora do akademji Zamojskiej w roku 1640, wykładał tam poezję, historję, filozofję [*Poeseos, Historiarum, Rationalis ac demum Naturalis Philosophiae Professor*]. Podług źródeł, zebranych przez ks. Wadowskiego, już w r. 1648 nie znajduje się pomiędzy profesorami, gdy Kościński (nie wymieniając źródła wiadomości) wskazuje go jako rektora akademji w r. 1664—1665. Badania ks. Wadowskiego wykazały, że w tym czasie kto inny piastował w Zamościu godność rektora.—Był wójtem w Zamościu; umarł tamże w końcu lutego 1671 r.—W roku 1640 wydał w Zamościu:

==== Colossus virtutis ab Ecclesia militante D. Nicolao Czarnosz erectus a..... collaudatus.

Na cześć jęgo wydał Andrzej Abrek w roku 1638:

==== Applausus Spectatissimae Virtuti et Eruditioni Sebastiani Dobraszowski... factus.

i w roku 1644:

==== Apollo Laurifer, Virtuti et Eruditioni ... Sebastiani Dobraszowski... vocatus.

==== Templum laboris et honoris venerabilibus D. Sebastiano Dobraszewski, Alexandro Zychowski, Jacobo Lang, dum in inclita Academia Zamoscensi, artium magistri et philosophiae doctores per excellentiss. M. Andr. Abrek Leopold., phil. doctorem, ordinar eloqu. professorem ritu solenni renunciarentur, a nobili Scholae poeseos juventute reseratum. In officina typogr. acad. Zamosc. 1644. 4-to. krt. nlb. 8. [Wiersze ułożone przez uczniów akad. Zam.]

Źr. druk. Ks. A. Wadowski: Wiadomość o profesorach akad. Zam. str. 40. 117. 122 — J. Kochanowski: Dzieje Akad. Zam. 102. 104. 128. 135. XIV. XVI. XVII.—K. Estreicher: Bibliogr. pol. T. XII, str. 14.

Dobromirski Jan

N. 91. Confirmatio Donationis reciprocae inter Excellentem Joannem Dobromirski Medicinae Doctorem et Annam Langiewiczowna conjuges ciues Leopoliens.

[Leopoli, d. 31 Octobris, 1662.].

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 5, fi. 135.

DOBROWOLSKI TOMASZ

szlachcic polski, uczeń słynnego w Rosyi w drugiej połowie XVIII wieku operatora kamienia, Piotra Horbatowskiego, poszedł śladami swojego mistrza i wkrótce sam zasłynął jako zdolny operator. W roku 1792, na żądanie Bekleszewa, generał-gubernatora namiesnictwa Orłowskiego i Kurskiego, Dobrowolski objął w Kursku posadę „specjalisty do leczenia choroby kamienia“ z pensją 400 rb. Powierzono mu nadto trzech uczniów, których miał wtajemniczać w zasady i technikę operacji kamienia. Jako znakomity specjalista zaszczycony w roku 1798 godnością lekarza sztabu. Był ostatnim nauczycielem specjalności swojej

Źr. druk. J. Czystowicz: Oczerki iz istoryi russkich medicinskih uczeżdzenij. XVIII, 358.

z Dobry Jan, OSZKOWSKI Jan z Dobry

Kośmiński pisze: „w bibliotece Jagieł. znajdują się po nim rękopisy treści lekarskiej (N. 802)”. Otóż rękopis, oznaczony N. 802, treści chirurgicznej, nie jest dziełem Jana, tylko zawiera w sobie wiadomość o nim, mianowicie na k. pergam. na początku zapisano: „A. d. 1447 die 1 feria sexta mensis Septembris, in die s. Egidy hora terciarum, obyt Venerabilis mgr. Johannes de Dobra, dr. medicinae, lector ordinarius in medicinis, qui multorum librorum copia in medicinis glorificavit librariam in Collegio. Orate pro eo”. Długosz (*Lib. benef.* I 435) nazywa go Janem Oszkowskim z Dobry, wspominając, że razem z doktorem dekretów Jakóbem Zaborowskim założył szpital w Wiślicy.

Źr. druk. Wiszniewski: Histor. literat. V. 370.—Wisłocki: Katalog rękopisów bibl. Jagieł.—Muczkowski: Lib promot. 18. 19.—K. Morawski: Historia Uniw. Jagieł. I. 232.

Dobrzeński Jakób Jan Wacław

„**Jacobus Johannes Dobzensky** de Negroponte, Prof. Extraordin. et p. t. univ. Pragens. Magnif. Rector.“; Adamowicz i Kościński zaliczają go do lekarzy polaków, dlatego też podaję tu prace jego naukowe, ogłoszone w *Miscell. curiosa medico-physica Academia naturae curiosorum sive Ephemerid. medico-physic. germanic.*

—— De calce podagricoum. [An. 1671. Obser. LXV, pg. 122].

Na sekcji pewnego starca, który był w silnym stopniu do tknięty podagrą i zmarł w r. 1670, znalazł autor w stawach rąk i nóg znaczną ilość wapna i kamyków, które tamowały ruch członków za życia chorego.

—— Analogia terrae motus, anno elapso in Tyrol. facti, cum hypochondriacis. [Ibid., Obs. LXVI, pg. 121.]

Spostrzegłszy pogorszenie stanu zdrowia u dwóch swoich chorych współcześnie z trzęsieniem ziemi w Tyrolu, autor przypuszcza, że przyczyna obu tych zjawisk była jedna, wspólna i przeprowadza porównanie między trzęsieniem ziemi a hypochondryą: „Sicuti enim in magno Mundo Terrae motus causari dicitur, a materia quadam in visceribus terrae fermentationem suscipiente, quae spiritibus flatulentis turgida, loci impatiens quaerit amplius spatium, et non inveniens, necessario cogitur agitare, conquassare et perfringere molem Terrae, ad hoc ut expirare possit. Ita puto affectionem Hypochondriacam aliqua ex parte aemulari posse generationem flatuum illorum subterraneorum. In Hypochondriacis enim materia quaedam in visceribus abdominis tanquam locis subterraneis delitescens longo tempore, quandoque quieta, dato postea aut a causa externa, aut interna, signo mox prius lente incipit, tum agitari, tandem ebullire, et pro materiae stabulantis natura, dum ampliora spatia quaerit, tum fereciores, tum mitiorem mo-

tu suo sive ad latera, sive sursum, sive deorsum prorumpendo excitat paroxysmos."

—— Epilepsia faeminae parturientis. [Ibid. Obs. LXVII, pg. 124.]

Pewna pierwiastka przy silnych bólach porodowych dostała tak silnych drgawek, iż zaledwie cztery kobiety mogły ją utrzymać w łóżku. Drgawki trwały od godziny 8 rano do południa. Wezwany autor polecił nacierać okolice pępka rodzącej maścią, (której przepis podaje), sam zaś wyszedł. Maść nie na wiele się przydała, gdyż wkrótce kobieta powiła, ku ogólnemu zdziwieniu, żywe i zdrowe niemowlę.

—— Mors repentina ex morbo caduco. [Ibid. Obs. CLXXIX, pg. 276.]

Chorą znaleziono w łóżku martwą, z pianą na ustach, z twarzą wtłoczoną w poduszki.

—— Partus impeditus ob abscessum uteri. [Ibid. Obs. CLXXX, pg. 276.]

Pewna kobieta zmarła po pięciu czy też sześciu dniach silnych bólów porodowych, nie wydawszy płodu na świat. Po otwarciu macicy, znaleziono w szyjce jej ropień, napęnlony płynem cuchnącym. Ponieważ płód miał kości czaszki w jednym miejscu wgniecione, autor wyprowadza stąd wniosek, a raczej prawo fizyologiczne, że przy porodzie nie tylko działa siła macicy (*vis expultrix*), lecz nadto sam płód stara się samodzielnie wydostać się z więzienia na światło dzienne. W opisanym przypadku, trafiwszy na przeszkodę, starał się ją przemódz z taką siłą, iż pogniótł sobie kości czaszki.

—— Calculi pulmonum et ventriculi. [Ibid. Obs. CLXXXI, pg. 278].

Przy sekcji mężczyzny, który za życia miał płuca zdrowe, znaleziono w nich i zebrano dwie spore łyżki kamyków wielkości prosa.—W drugim przypadku, pewna kobieta,, cierpiąca od dłuższego czasu na bóle żołądka, wyzdrowiała, wymiotowawszy dwa kamienie wielkości migdałów.

==== Mors ex usu hellebori albi. [Ibid. Obs. CLXXXII, pg. 279.]

Pewna kobieta, wypiwszy nalewki z ciemierzycy, zmarła po 24 godzinach ciężkich cierpień.

==== Perlarum maturationis historia. [Ibid. Obs. CLXXXIII, pg. 281.]

Pewien żyd posiadał tajemnicę nadawania perłom blasku i ognia. Zmarł, nie zostawiwszy przepisu na swój płyn tajemniczy.

==== Mors horrida febre maligna laborantis rustici. [An 1670, Obs. LXXVIII, pg 183.]

Wieśniak, dotknięty *febre maligna*, skarżył się na silne bóle brzucha, które, zdaniem jego, były wywoływane obecnością niezmierniej ilości robaków w кишkach. Po kilku dniach, gdy się nieco uspokoił, mniej na siebie zaczął zwracać uwagi; skorzystał też z tego i, rozpruwszy sobie brzuch, wyciągnął wnętrzności.

— Artificialis pygmaeorum efformatio. [Ibid. Obs. LXXIX pg. 184.]

Opowiada autor o pewnym włocho, który chcąc mieć dzieci karłowate, by ciągnąć z nich zyski, oddając na dwory pańskie, nacierał im krzyż i stawy, zaraz po ich urodzeniu, sadłem zwierząt małych: myszy, susła, kreta. — Autor przypuszcza, że, używając sadła zwierząt dużych, można osiągnąć skutek przeciwny, przytacza nawet przykład, potwierdzający to przypuszczenie. W zakończeniu — potępia użycie takich sposobów.

==== Illustrissimi hypochondriaci mors misera ab inunctione mercuriali. [Ibid. Obs. LXXX, pg 185]

Artykuł niezwykle obszerny. Autor opisuje w nim szczegółowo szkodliwy wpływ rtęci, przytoczywszy, jako ilustrację, historię choroby.

==== Calculi cystidis felleae et meatus hepatici. [Ibid. Obs. CXXIX, pg. 288.]

W roku 1662 zmarła chora, która od dłuższego czasu skarżyła się na guz bolesny w prawym boku; w końcu choroby

wystąpiła żółtaczka. Sekcya wykazała: „Hepar magnitudinis insolitae, pondere aequantis circiter 12 libr. quod discissum durum, flavum et hinc inde calculis flavis respersum oculis patescebat. Dum ad vesiculam fellis perventum esset, eadem humore biliosa vacua, sed loco ejus flavis arenulis onusta deprehensa est, inter quas eminebant calculi duo rotundi flavi, scabrosi, glandem sclopeti fere aequantes, praeter hos paulo minoris rotunditatis calculus meatum hepaticum ad vesiculam felleam tam arcte et scabrose obsidebat, ut discisso meatu difficulter erui posset.“

Z przypadku tego wyprowadza autor wnioski, dotyczące fizjologii wątroby i żółci: „Ex hac observatione colligitur
1). Vesiculam felleam esse receptaculum humoris biliosi,
2). Hepar continere materiam aptam pro humore bilioso deponendo in vesiculam,

3). Si eandem deponere non potest propter obstructionem vesiculae felleae eandem collocare in ipsum Parenchyma hepatis tam diu, quam diu illud est capax extensionis,

4). Ubi non est amplius capax, tandem iterum in massam sanguinis remittere et in habitum corporis propellere, ut ex hoc casu patet. Sequitur igitur ex his bilem inesse prius sanguini quam in vesiculam felleam deponatur. Ubi a. illa generetur an in hepate aut corde, aut primam suam originem accipiat in ventriculo, ubi idem bilis ex vesicula per porum cholodochum ventriculo se insinuans per modum fermenti se commiscet cibis, chylicationemque adjuvat et tandem reliquo corpori communicatur, hoc dubium felicissimo aliorum Medicorum ingenio consecro“.

—— Anatome cerebri bovis petrefacti. [Ibid. Obs. CXXX, pg. 289.]

—— De haemorrhagia nyctalopiam subsequente. [An. 1672 Obs. CCXLIII, pg. 373. |.

Pewnego dnia, po zachodzie słońca, spostrzegł chory z przerażeniem, że stracił wzrok niemal zupełnie, odzyskał go zaś znowu ze wschodem słońca. Zjawisko to powtarzało się codziennie i trwało miesiąc. Choroba wróciła po 15 latach i zakończyła się obfitem krwawieniem z nosa, które powtarzało się przez sześć tygodni.

— De saliva contra omnem in aëre serpentem contagionem praeservativo optimo. [An. 1678—9, Obs. CLXX, pg. 375]

Dosyć obszerna rozprawa, w której autor stara się dowieść, że, gdy człowiek znajduje się w powietrzu zakażonym (*in aura infecta*), pierwiastki chorobotwórcze dostają się do ust. Otóż, jeżeli człowiek taki będzie w tych warunkach ślinę przelykał, pierwiastki owe dostaną się do żołądka, następnie zaś do krwi. Za najlepszy przeto środek profilaktyczny należy uważać wypluwanie śliny przez cały czas, dopóki się znajdujemy w mieszkaniu chorego zaraźliwego lub wogóle w miejscu, mającem powietrze nieczyste.

Doehring Chrystjan

w połowie XVII wieku trudnił się wykonawstwem lekar-
skim w Lesznie. Wspólnie z Kacprem Bauerem ułożył
panegiryk w wierszach łacińskich i niemieckich:

— A. Z! Erfreuliches Rosen-Confect Mit Wolmeinen-
den Glückwüntsungen gezieret, So auff dem Hochzeitli-
chen Ehren-Tage Dess Edlen, Wol-Ehren-Vesten, Hoch-
Wol-Gelehrten und Wolbenambten Herrn Balthasar Wan-
dreij I. U. C. Und Wolregirenden Bürger-Meisters der
Gräflichen Stadt Rawitz in Gross-Pohlen, Mit der Wol-
Ehreboren, und Viel Tugend-Reichen Jungfrau Rosina,
Dess Ehren-vesten und Wolbenambtem Herrn Lorentz
Leuffers, Vornehmen Bürgers-und Gewand-Schneiders Viel-
geliebten Jungfrau Tochter, Von Nachgesetzten gutten
Freunden, Bekandten, und Anverwandten vorgetragen
worden. Anno MDCLXX. Den XXIX Aprilis. Bres-
slau. fol. 4 karty.

Kośmiński (za Łukaszewiczem) podaje, że Doehring
był lekarzem w Poznaniu; na przytoczonym tu panegiryku
podpisał się: „Christian Döhring Philosoph. et Medicin Dr.
et Practicus *Lesnensis*.

Źr. druk. K. Estreicher: Bibliogr. Polska, T. XV, str.
270.

DOEHRING DYONIZY

rodem z Leszna [*Lesnensis*], lekarz z pierwszej połowy XVIII w.

— De crisis inflammationum. Helmstad. 1742. w 4-ce.

Źr. druk. 1) K. Estreicher: Bibliogr. polska, T. XV, str. 270.

DOŁOSZYŃSKI

lekarz bataljonowy legjonów polskich. [może Dołasiński? *vid.* Słow. Kościńskiego].

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki: Cmentarz Powązk. T. III. Dodatki i przypisy, str. XXIII.

DOMINIK

I. W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti del Collegio Medico*] ¹⁾ pod datą 11. VIII. 1563 zapisano: „Promotio in med. Dominici Poloni.”

II. O Dominiku, lekarzu krakowskim z XIV wieku [Słow. Kośm.], jest wzmianka w rachunkach dworu Władysława Jagiełły ²⁾ pod 22. I. 1395 r.: „Lithwossoni cubiculario dni Regis, qui pro dominico medico Cracouiam venerat, ducendo ad dnum Skirgillonem, pro expensis 1 fert.”

Zapewne o tym samym doktorze Dominiku mamy wzmiankę ³⁾ w księgach sądowych Ziemi Krakowskiej pod r. 1398: „Nicolaus Brzanczek de Czudzinowicze fideiussor pro Włodcone de Wroczirowa, XIII monete currentis Bartholomeo de Marchoczicze, ad quoslibet terminos per duas marcas, sub pena Iudicij, et alia Bartolomei, ac regali LXX soluere fideiussit; et reponat easdem apud Dominicum medicum in Cracovia prope ecclesiam Sti Petri in Cracovia.”

Źr. druk. 1) St. Windakiewicz: Informacya o aktach uniwer. Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.—2) Pomniki dziejowe wieków średnich, T. XV, str. 215.—3) Helcel: Starodawne prawa polskiego pomniki, T. II. str. 59, N. 171.

DOHN FRYDERYK

konsyljarz i chirurgo-medyk na dworze królów: Augusta III i Stanisława Augusta:

N. 92. Munus Consiliarii et Chirurgo Medici Regii Nobili Friderico Dohn confertur.¹⁾

[dn. 19 maja, 1758.—Przywilej Augusta III.]

N. 93. Munus Consiliarii et Chirurgo Medici Regij Nobili Friderico Dohn confertur.²⁾

[d. 28 m. Octobris. Anno 1765 —Przywilej Stanisława Augusta.)

„Significamus etc. Quia nos plurimorum testimonio commendatam habentes Nobilis Friderici Dohn perfectam in Arte Chirurgo-medica peritiam nec non laudabilem in rebus quibusvis gerendis experientiam ac doctrinam faciendum esse duximus ut eundem in numerum Consiliariorum et Chirurgo-Mediorum Nostrorum assumeremus cooptaremus et adscriberemus, uti quidem praesentibus Literis Nostris assumimus cooptamus et adscribimus dantes et concedentes Eidem plenariam facultatem omnibus Juribus Praerogativis Munijs et Immunitatibus (quibus caeteri actuales Aulae Nostrae Consiliarii et Chirurgo Medici gaudent et fruuntur) gaudendi et fruendi. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Mfcis Supremis Mareschalcis Caeterisque Dignitarijs et Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes mandamus, ut praefatum Nobilem Fridericum Dohn ab hinc pro vero legitimo et actuali Aulae Nostrae Consiliario et Chirurgo-Medico habeant nominent et agnoscant, Eundem omnibus praerogativis Munijs Immunitatibus gaudere et frui permittant. Pro gratia nostra et officiorum suorum Debito. In quorum fidem etc. d. 23 mens. Octobris Anno 1765.”

Źr. rękp. 1) Sigillata: Lb. 9, fl. 8. — 2) Księgi Kanclerskie: Lb. 18, pars I, fl. 296; Sigil. Lb. 31, fl. 44.

Dowojna Stanisław

starosta merecki, którego pieczy powierzył Zygmunt August Barbarę, wysyłając ją w roku 1547 do Dubinek. Nie był Dowojna lekarzem, aczkolwiek w liście do króla nad

mienia, że w młodości swojej przykładał się do nauki le-
karskiej („.... czegoś sye był dobrze nauczył z młodszych
lyath swych...”), powołuje się na Galena („nostro principi
Galieno”), opisuje objawy choroby królowej, tudzież leki,
które jej zalecił: „dyen swyęthey Katharzyny dałem yey
mylosczy lyekarsthwo ad purgandam matricem ut esset pro-
miora ad recipiendum spermatis tempore felici Vre Mats.
adventu.“ Z tych i innych ustępów listu wynika niewąt-
pliwie, że Dowojna istotnie sprawował obowiązki lekarza
przy chorej królowej.¹⁾

W tymże czasie słynął z biegłości w sztuce lekars-
kiej **Jędrzej Górka**, o którym pisze Sarnicki²⁾ „Byli nie-
którzy zacni Hetmani, którzy w lekarskich naukach byli
uczeni, i gdy który z żołnierzów chorował, wnet z swej
skatuli snąć gotowsze lekarstwa niż drugi Doktor dobyw-
szy, onym użyczali: jako był nieb. P. Jędrzej z Górki Ka-
sztelan poznański († 1551 r.) Ten u Staroduba będąc Het-
manem, acz miał Lekarze, Doktory, snąć lepiej niż inny...
wszakoż jednak skatula u niego bywała lekarstwa i rzeczy
osobliwszych, niż w znacznej aptece.“

Do tegoż szeregu należy zaliczyć **Pawła Podchocim-
skiego**, horodniczego wileńskiego, którego A. S. Radziwiłł³⁾
nazywa wprost „doktorem medycyny.“ Czy istotnie był
lekarzem, dowodu na to brak, przecz atoli niewątpliwa, że
stale był powoływany przez Władysława IV do rad le-
karskich. Oto czytamy w dyaryuszu podróży króla do
Badenu⁴⁾: „Król Władysław IV tak częstemi chorobami
i dolegliwościami swemi będąc dręczony, radził się dokto-
rów, czemu tej biedy zbyć mógł. Miał przy sobie dokto-
ra Kraffta niejakiego, który był od dworu cesarskiego
z królową przyjechał; ten radził jechać do Cieplic badeń-
skich, mil 4 za Wiedeń i komunikował radę tę swoją dokto-
rom krakowskim, którzy na toż przypadli, jako on udawał;
lubo d o m o w i d o k t o r o w i e jako Maciej (Lettow)
i P a w e ł (Podchocimski) byli temu przeciwni.“ Lettow
zaś zaznacza, że, gdy choroba króla w Mereczu zaczęła

budzić poważny niepokój, posłano najpierw po Podchocimskiego, dopiero później po innych medyków królewskich. ⁵⁾).

Źr. druk. 1) List Dowojny do króla Zygmunta Augusta z Dubinek nazajutrz po św. Katarzynie r. 1547. Michał Baliński: Pamiętniki o królowej Barbarze, Cz. I, str. 49—54.—2) Sarnicki Księgi hetmańskie. Seweryn Gołębiowski: Czasy Zygmunta Augusta, Cz. I, str. 153.—Grabowski: Starożytności polskie, T. I, str. 410.—3) Pamiętniki Alb. St. Radziwiłła. Wyd. Edwarda Raczyńskiego, Poznań 1839, T. II, str. 205.—4) Przewodnik naukowy i literacki, r. 1876.—5) Arnold: Mathias Littawer Vorbek..., Commentatio historico-literaria. Roczn. Tow. Nauk. Krak. T. VIII-r. 183.

z Drohobyczy Jerzy

podług *akt. rektor.* w roku 1488 był już doktorem medycyny; w roku 1494 już nie żył.

Źr. druk. Wisłocki: Acta rectoralia. T. I, N. 1146, 1147, 1152, 1208, 1209, 1519, 1534, 1554, 1653, 1679.

DROZDOWSKI JAN

autor pamiętników, był w końcu XVIII w. sztabs-lekarzem pułku Działyńskich i gwardyi pieszej litewskiej; w roku 1794 pojął za żonę Maryę Gębicką; [„W posagu dostała mi sie matka mojej żony, licząca sobie do lat 60“ zaznacza w pamiętnikach], po rozbiorze, obrawszy sobie Białą Radziwiłłowską, osiadł tam i trudnił się wykonawstwem lekarskiem.

Źr. druk. Ateneum, 1883, III.

DUFAY

W Observationes binae ex medicina practica.... Mitzlera, ogłoszonych drukiem w roku 1755, znajdujemy wzmiankę o „d o k t o r z e D u f a y, lekarzu marszałka koronnego.“

Źr. druk. Mitzler de Kolof: Acta Litteraria Regni Polon. R. 1755, str. 147—153.

DUMER

lekarz bataljonowy legionów polskich.

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki: Cmentarz Powązkowski T. III, Dodatki i przypisy, str. XXIV.

DUNKER

lekarz Elżbiety Branickiej, kasztelanowej krakowskiej, mieszkał w Warszawie w drugiej połowie XVIII w.

Źr. rękop. Antoni Magier: Estetyka miasta stołecznego Warszawy.

Dupont Franciszek Floryan

W Regestrum Civium ius Civitatis Antiquae Varsaviae suscipientium wpisany pod rokiem 1730. ¹⁾—„Zabiegliwą pracą doszedł do wielkiego majątku” — mówi o nim Kościński, a że umiał oszczędzać i majątek powiększać, dowodzą liczne dokumenty, pozostałe w aktach Starej Warszawy. W aktach tych występuje dr. D. albo w roli wierzyciela, udzielającego pożyczek na kwity lub zastaw kosztowności ²⁾, albo też w roli nabywcy nieruchomości w Warszawie ³⁾: w roku 1736 kupuje dworek „w Senatorskiej ulicy niedaleko Marywilu”, w roku następnym — kamienicę od cechu krawieckiego „narożną w uliczce ku Wiśle z miasta idąc z iedney a w sąsiedztwie kamienicy sukcesorów J. W. Oborskich z drugiey strony tu w Warszawie na Jezuickiey ulicy będącą”; w roku 1738 nabywa od „pani de Witt” za 9083 zł. polsk. i „rękawicznego 77 czerw. zł.” na Senatorskiej ulicy dworek drewniany. W roku 1746, po śmierci Bielińskiej, marszałkowej W. K., przedstawił spadkobiercom kwit jej z roku 1732 na 150 czerw. zł., które mu się należały „za medykamenta różne y kuracye przez lat kilka”; na pokrycie długu dzieci zmarłej ustąpiły doktorowi plac na ulicy Senatorskiej, długości 84, szerokości zaś 28 łokci. ⁴⁾—Pozostawił wdowę, Annę Franciszkę z Łukasów i czterech synów: doktora medycyny Jana Chrzyciela Feliksa, Andrzeja, który powrócił do Francyi („Notarius Camerae Salinariae in Galliis”), Wilhelma, marszałka u podkanclerzego koronnego i Antoniego, pułkownika wojsk koronnych. ⁵⁾

Źr. rękop. 1) Akta Starej Warszawy, Lb. 518.—) Ibid. Lb. 63, fl. 53; Lb. 75, fl. 2253 (1169); Lb. 577, fl. 105 v.—3) Ibid. Lb. 75, fl. 2253; Lb. 76, fl. 1304, 1310, 1314, 1315, 1326; Lb. 77, fl. 18, 212, 4, 28; Lb. 81, fl. 120.—4) Ibid. Lb. 81, fl. 413.—5)

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

Ibid. I b. 89, 111-III, fl. 19; Lb. 9, pars I, fl. 37; Lb. 103, fl. 319 v.; Lb. 576, fl. 65 v.; Lb. 584, fl. 50 v.; Lb. 594, fl. 567. [W jednym akcie Andrzej nazwany pułkownikiem, w innych—Antoni.]

Dupont Jan Chrzyciel Feliks

albo du Pont, jak o tem świadczy podpis własnoręczny z roku 1789: „J. Bapt. Du Pont, Consiliarius Veteranus Medicus Orthodoxus Archiater Varsaviensis“ ¹⁾, nazwany w jednym z dokumentów ²⁾, [zapewne przez pomyłkę, „Janem Chrzycielem Wilhelmem“, odebrał pierwsze nauki u OO. Jezuitów w Warszawie, dokąd wrócił w 22 roku wieku swojego z zagranicy ze stopniem doktora medycyny.—W r. 1754 zaszczycony godnością radcy dworu. Po śmierci Eleonory z Bessów [de Bessy], pierwszej żony swojej, poślubił Eleonorę, córkę Ekielskiego, rajcy Starej Warszawy i Róży z Kostrzewskich. Umarł dn. 9 grudnia 1801 r. ³⁾ Wiadomości w aktach miejskich warszawskich dotyczą jego spraw majątkowych ⁴⁾

N. 94. Consiliariatus Aulicus Nobili Joanni Baptistae du Pont Philos. et Med. Doctori. ⁵⁾

[d. 20 lipca, 1754.]

N. 95. Oblata Privilegij Juris Caduci Nobili Du Pont servientis. ⁶⁾

[Warszawa, d. 24 paździer. 1773; oblata d. 23 grudnia.]

Źr. rękop. 1) Akta po b. Komis. Wojsk. Ks. 8, str. 136: 2) Akta Starej Warszawy, Lb. 591, fl. 1113.—3) Antoni Magier. Estetyka miasta stołecznego Warszawy.—4) Akt. Star. Warsz. Lb. 109, fl. 161 v. 163. 164. 165 166. 177.; Lb. 585, fl. 706 v; Lb. 586, fl. 96. 243 v. 84. v. 368; Lb. 587. fl. 54; Lb. 588, fl. 336. 404 v.; Lb. 591, fl. 1113.—5) Sigill. Lb. 27, fl. 304.—6) Akt. Star. Warsz. Lb. 587, fl. 447; Sigill. Lb. 32, fl. 230. [Mocą tego przywileju królewskiego dostały się doktorowi: część kamienicy i ruchomości, pozostałe po zmarłej bezpotomnie pierwszej żonie jego, Eleonorze z Bessów.]

Dybowiecki Stanisław

Starowolski podaje nagrobek jego we Lwowie: *Monumentum Leopoli, in Basilica Metropolitana (in Capella Martini Campiani)*;

„*Viator siste gradum, Et quae sors mea fuerit intellige: Stanislaus Dybouicius Premisl. Sereniss. Sigismundi III Regis Poloniae et Procerum Regni Medicus Physicus, Ciuitatis huius Consul, pauperum et viduarum Patronus, et tutor, huius Altaris Fundator, hoc in tumulo iaceo: qui, dum vitam et consilium alijs darem, ad perennum aeternitatem transiens, hic quod in me mortalitatis erat, deposui. Anno Domini. MDCXVIII. Die 6. Mensis Aprilis. Oro dic Deus misereatur animae. Liberi moesti hanc memoriam Parenti suo charissimo posuerunt.*

Źr. druk. Starow. Monum. Sarm. 287.

Dylągowski Bartłomiej

W *Lib. promot.* ¹⁾ nazwany „*Bartholomeus Dylągouic Poskithouius.*” — Gąsiorowski (T. II, str. 30) mylnie zamieszcza go między profesorami wydziału lekarskiego w Krakowie, idąc zapewne za wskazówką Siarczyńskiego. Że tak jednak nie było, przekonał się prof. Majer głównie z pism Radyńskiego, który żył społecznie z Dylągowskim. Posiadał D. najpiękniejsze dary umysłu, przy których mógłby był podnieść się wysoko, gdyby go, jak pisze Radyński, ostateczne ubóstwo, ciężarem do pięć przyczepionym, nie ściągało do dołu. — Kościński (może za Siarczyńskim) mianuje go lekarzem Zygmunta III, prof. zaś Majer twierdzi, że Dylągowski, zdobywszy stopień bakałarza w naukach lekarskich, a nie mając zamiaru sięgnięcia po dalsze stopnie, oddał się zupełnie teologii. — Oprócz „*chronologii lekarzy*” wydał, według Radyńskiego, „*chronologią filozofów i teologów*”, przypisując ją Joachimowi Spereniusowi, doktorowi teologii. — Estreicher ²⁾ pisze, że D. zmarł w roku 1640, gdy inne źródła podają rok 1653 jako datę jego śmierci.

Źr. druk. 1) Muczkowski: *Lib. prom.* str. 75. — 2) K. Estreicher: *Bibliogr. pol.* T. XV.

Dzidowski Jan Stanisław

[błędnie podany u Windakiewicza ¹⁾ jako *D z i k o w s k i*],
rajca krakowski, w roku 1700 zaszczycony godnością se-
kretarza królewskiego:

*N. 96 Secretariatus Nobilis Joannis
Dzidowski Philosophiae et Medicinae
Doctoris Consulis Cracouiensis.* ²⁾

[dat. Varsaviae d. 30 Decembr. 1700.]

== In Nomine Domini, Amen. *Meta cursus Aristoteli-
ci, Sev Conclvsiones Ex vniversa Aristotelis Philosophia.
Disceptationi pvblicae, in Alma Universitate Cracouiensi
Praesidente M. Pavlo Joanne Woiewodzki, P. D. Collega
Maiore, Regio et Cursus Wladislaviano Aristotelici Pro-
fessore. Ad Ecclesiam Coll: S. Annae Canonico. A Joanne
Dzidowski A. A. L. L. Philosophiae Baccalavreo, expo-
sita. Anno Dni MDCLXXXI. 13. Kalend. Februarji.
Cracoviae, ex officina Schedeliana S. R. M. Typograph. fol.
Kart 6. [Na odwrocie tytułu dedykacya: Virgini Mariae,
Obejmuje: Conclusiones ex scientia rationali. Ex scientia
transnaturali.]*

== *Clavis avrea inevitabili fatorum casu fracta, et in lu-
ctuoso obitu Illustris olim ac Magnifici Domini Melchioris
in Michałow Michałowski, Dapiferi Terrae Rosanensis etc.
etc. dum mortales eius exuviae summo omuium cum dolore
in Ecclesia Sancti Michaelis Archangeli PP. B. M. V. de
Monte Carmelo Discalceatorum Cracoviae tumularentur,
A. M. Joanne Stanislao Dzidowski, in alma Vniversitate
Cracovieusi Philosoph: Doct: et Professore, praesentata.
Anno a Dei Immortalis Portam Mortalitatis ingressu 1687
Crac. folio, kart 8. —Dzielski napisał:*

== *Gratia stantis Laudis plena, ex ipso nominis etymo
clarissimi ac excellentissimi Domini, D. Joannis Stanislai
Dzidowski, in alma Vniversitate Cracoviensi Philosophiae
et Medicinae Doctoris ac Professoris, Dum pro loco inter
Clarissimos Facultatis Medicinae Doctores ac Professores,
in nobilissima magnorum hospitum corona responderet, De-*

dvcta, ac in vim gratulabundi pectoris, a M. Alberto Josepho Dzielski, Philosophiae Doctore, Scholae Poeticae Professore panegyrico cultu celebrata. Anno gratiae sublunari orbi a superis immissae 1692. Die 21. Aprilis. Cracoviae, typis Vniversitatis. fol. k. 2. ³⁾

Źr. druk. 1) Księgi nacyi polsk. w Padwie. Archiw. do dziej. literat. i oświaty w Polsce, T. VI.—3) K. Estreicher: Bibliogr. polska T. XV, str. 447.

Źr. rękop. 2) Sigillata, Lb. 15, fl. 40/78.

DZIDOWSKI PAWEŁ

Stopień doktora medycyny osiągnął w Reims 21 września 1758. W roku 1759 powołany na profesora medycyny praktycznej w Akademii Zamojskiej, „docebat medicinam magis tamen negotiis Academiae occupabatur“. Nie długo tu bawił, powołany bowiem w roku 1762 na dwór prymasowski, wyrzekł się godności profesorskiej i opuścił Zamość. ¹⁾

Prymas (Władysław Aleksander Łubieński) odstąpił swojemu lekarzowi tegoż jeszcze roku wójtostwo w Dierzgowie, o czym świadczy oblata przywileju:

M. 97. Oblata Privilegii super Advocatiam Villam integram Dierzgow dictam in Ducatu Loviciensis sub Clavi Skierniewicensi sitam a Reverendissimo Archiepiscopo Gnesnensi Primate Regni Excellentis Paulo Dzidowski collati. ²⁾

[Varsaviae, d. 12 m. Novembris, An. 1762.]

W tymże jeszcze roku spadł nowy zaszczyt na doktora: nominacja na radcę i lekarza królewskiego [Augusta III]:

M. 98. Munus Consiliarii et Medici Regii Nobili et Excellentis Magistro Paulo Dzidowski Phil. et Med. Dri confertur ³⁾

[d. 1 grudnia, 1762.].

We dwa lata później nominacya na te same urzędy dworskie wyszła od Stanisława Augusta:

N. 99. Munus Consiliarii et Medici Regii Nobili et Excellentis Magistro Paulo Dzidowski Philosophiae et Medicinae Doctori confertur.⁴⁾

[d. 27 Decembris, 1764]

„Significamus etc. Quia Nos plurimorum testimonio commendatam habentes Nobilis et Excellentis Magistri Pauli Dzidowski Philosophiae et Medicinae Doctoris egregiam Indolem praesertim vero singularem in facultate medica Peritiam junctamque continuo proficiendi Studio experientiam nec non laudabilem in Rebus quibuscunque gerendis dexteritatem et alacritatem faciendum esse duximus, ut eundem in numerum actualium consiliariorum et Medicorum Nostrorum adscriberemus et assumeremus uti de facto hisce Literis Nostris adscribimus et assumimus, dantes et concedentes eidem plenariam facultatem et omnimodam potestatem omnibus juribus privilegiis praerogativis muniis immunitatibus et libertatibus quibus caeteri actuales Aulae Nostrae Consiliarii et Facultatis Medicae Doctores gaudent et fruuntur gaudendi et fruendi, quod omnibus quorum interest praesertim vero Magnificis supremis Mareschalcis tum Cancellariis Regni Nostri et Magni Ducatus Lituaniae caeterisque subselliis et officiis notum esse volentes mandamus, ut praefatum Nobilem et Excellentem Magistrum Paulum Dzidowski Medicinae Doctorem abhinc pro vero legitimo et actuali Aulae Nostrae Consiliario et Medico habeant, nominent et agnoscant eundemque omnibus Juribus Praerogativis Muniis immunitatibus et libertatibus gaudere et frui permittant pro Gratia Nostra et officiorum suorum debito etc.“

Wreszcie, w roku 1768 ma nadane szlachectwo dziedziczne.⁵⁾

Źr. druk. 1) Ks. J. A. Wadowski: Wiadomość o profesorach Akad. Zamojsk. str. 62. 64. 239. 240. 98; J. K. Kochanowski: Dzieje Akad. Zamojsk. 274. 275. 297. 301.

Źr. rękop. 2) Metr. Reg. Lb. 232, fl. 731 v.—3) Sigill. Lb. 29, fl. 356.—4) Ks. Kancl. Lb. 18, pars I, fl. 18; Sigill. Lb. 31, fl. 3 v. [W *Spisie* Swieżawskiego i Wendy cytaty do wiadomości o Janie i Pawle D. należy przestawić.]—5) Sigill. Lb. 32, fl. 48; Ks. Kancl. Lb. 45/46, fl. 1.

DZIERŻĘGA JAN

w roku 1625 występuje jako dzierżawca wójtostwa na przedmieściu Kolna¹⁾; w roku 1639 zaszczycony godnością lekarza królewskiego [Władysława IV]. Stale mieszkał zapewne w Płocku, tam bowiem w roku 1620 kupił dom za 500 flor. od Jerzego Chmielewskiego, tam też w roku 1631 miał sprawę przed urzędem miejskim.²⁾

N. 100. *Seruatoratus Dzierżęga Philosophiae et Medicinae Doctori*³⁾.

[Varsaviae, d. 31 m. Octobris, An. Dn. 1639].

„Vladislaus etc. Significamus etc. Quia nos pro eo, quo viros multa diuturnaue rerum experientia insignes ac in artibus liberalibus excellentes et conspicuos prosequimur, studio faciendum nobis duximus, ut excellentem Joannem Dzierżęga, philosophiae et medicinae doctorem, cuius promptum ad obsequia nobis praestanda studium ac in his artibus, quas profitetur, siugularem peritiam commendatam habemus faciendum nobis censuimus, ut ipsum in numerum servitorum ac medicorum nostrorum adscriberemus ac cooptaremus, prout quidem adscribimus et cooptamus praesentibus litteris nostris ipsumque omnibus libertatibus, communitatibus ac praerogativis servitores ac medicos nostros deiure vel consuetudine concernentibus donamus et insignimus. Quod ad omnium, quorum interest, notitiam deducentes, iisdem mandamus, ut supramemoratum Joannem Dzierżęga pro vero ac legitimo servitore ac medico nostro habeant et reputent ipsumque omnibus praerogativis, immunitatibus ac libertatibus, quibus reliqui servitores et medici gaudent et fruuntur ipsum quoque gaudere et frui volumus pro gratia nostra. In cuius rei fidem etc. Datum Varsaviae die XXXI mensis Octobris, anno Domini ut supra [1639]. Wladislaus rex. Jacobus Maximilianus Fredro regens Cancellariae.“

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 173, fl. 198 v. — 2) Akta miejskie płockie, ks. 2. 30.—3) Metr. Reg. Lib. 185, fl. 164.

DZIĘCIOŁ *vid.* Zawadzki Stanisław.

DZIURDZI *vid.* Boym Paweł.

Dziurkiewicz Kazimierz

pierwszy stopień filozoficzny uzyskał w Krakowie w roku 1684.¹⁾ W roku 1693 był radcą narodowości polskiej

w Padwie. ²⁾ Po powrocie do kraju osiadł (prawdopodobnie) w Poznaniu. W roku 1724 już nie żył; świadczy o tem akt, zapisany ³⁾ pod dn. 24 listopada 1724 p. n.: „Konfirmacya kontraktu y zgody między opiekunami pozostałych dziatek szlachetnego niegdy Kazimierza Diziurkiewicza Philosophiey y Medycyny Doktora a miastem Poznaniem uczynionych”.

Źr. druk. 1) Muczkowski. Lib. promot. 352. — 2) St. Windakiewicz: Księgi nacyi polsk. w Padwie. Protok. zgromadzeń nacyi polsk. w Padwie. Archiw. do dziejów liter. i oświaty w Polce, T. VI.

Źr. rękop. 3) Sigill. Lb. 20, fl. 77 v.

d' EBERFELDT JULIOT

konsyljarz i lekarz dworu JKMcI od roku 1763:

N. 101. Officium Consiliarii et Aulae Medici Sacrae Regiae Mtis Generoso Juliot d'Eberfeldt datur.

[d. 15 kwietnia, 1763.]

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 29, fl. 387.

EHRENRANG *vid.* Schlemmer.

Eichstadius Wawrzyniec

— In obitum Sarae Kringelianaе, aviae Johannis Höwelkenii. Dantisci, 1645. fol.

— Threnodia: Henricus Frederus. Dantisci. 1645 w 4-ce

— Trauer-Gedicht: Catharina Sivert, conjux Georgi. Schwabii. Dantisci, 1646. w 4-ce.

— Epithalamia in fest. nnpt. Nicolai von Bodeck et virginis Constantiae Giesen. Gedani, 1648. w 4-ce.

— De mensura et quadratura circuli per numeros evidenti demonstratione stabilienda Brevis Epistola.... producta a Laurentio Eichstadio D. et Mathematicum Professore in Gymnasio Gedanensi. Lunaeburgi, Anno MDCXLVIII. w 4-ce, k. nlb. 6.

— Trauer-Gedicht: Cordula, Danielis Blanckii uxor. Dantisci, 1649. w 4-ce.

— Trauer-Gedicht: Adrianus Stodertus. Danzig, 1650 w 4-ce.

— Trauer-Gedicht: Catharina Eskia, Samuelis Macovii conjux. Dantisci, 1651. w 4-ce.

— Programma hoc lecturis anatomes cultoribus ac studiosis omnibus et singulis cum debita observancia amoreque officioso SDP.... Gedani. 1651. Laurentius Eichstadius. w 4-ce. k. nbl. 2.

— Aus Dantzig vom Kometstern, welcher im verwichenen Jahre 1652 ist zuerst allda gesehen worden. Danzig, 1653. w 4-ce.

— Acclamatio Johanni Heinio ad vota secunda transeunti. Dantisci, 1654. fol.

— Nuptiali sacro Johannis Heckeri junioris. Dantisci, 1654. w 4-ce.

— Collegium physicum in 21. Disputationibus. Gedani, 1654—1659.

— Nowy y Stary Kalendarz na R. 1655. Na Horizont Gdanski y Torunski, y inszych mieysc okolicznych dirigowany, y do używania go w koronie polskiey wygotowany y na pożądanie, polskim językiem wydany.... przez Laurentiusa Eichstadiusa, Med. Doct. Krolewskiego Miasta Gdanska Fizyka y Matematyka. We Gdansku, z nakładem Ernesta y Andrzeja Juliusza Möllera. w 4-ce.

— In obitum Johannis Philippi Sohneri. Dantisci, 1656. fol.

— Votnm anniversarium Johannis Maukischii. Dantisci, 1658. fol.

— Seculum jubilaum civitatls Gedanensis 11 Junii 1658

— Trauer-Gedicht: Cnöffelius. Danzig. 1659. fol.

— Memoriae Michaelis Kretschmeri. Dantisci, 1659, w 4-ce.

— Epistola ad Johannem Hevelium. Dantisci, 1660. fol.

— Tabulae apparentis motus solis per aliquot saecula ante et post aeram christianam millesimam sexceutesimam expansae. [Dantis] Typis Andreae Hünefeldi. w 4-ce,

== De confectione Alchermes, Deq. ejus compositione, singulorum ingredientium examine, qualitate, virtute atq. facultatibus per undeviginti capita Dissertatio et Exercitatio Medica. Autore-Laurentio Eichstadio, Medicinae Doctore. Curae secundae. Dantisci. Apud Andream Hünefeldt. An. MDOXLII.

Na odwrocie karty tytułowej]wiersz na pochwałę: „In Confectionem Alchermes Eichstadianam“. Treści stron lb. 149. Na końcu 3 strony nielb. zawierają: 1) Appendix continens Judicium Excellentissimorum quorundam Medicorum de confectione Alchermes. 2) Sphalmata typographica graviora.

Treść: Caput I. De origine ac diversis compositionibus confectionis Alchermes.—II. De formula Confectionis Alchermes liquida et solida apud nos parari coepta.—III. De granis Chermes, eorum succo et tinctura. — IV. De Serico crudo, ejusque infuso.—V. De Sautalis rubris, eorumque tinctura ad Confectionem siccam Alchermes perutili.—VI. De succo Pomorum.—VII. De Rosis, earum aqua et spiritu. — VIII. De Saccharo. — IX. De cinnamomo, ejusque Essentia.—X. De ligno Aloes, ejusque resina et essentia.—XI. De Ambra, ejusque essentia ad Confectionem siccam Alchermes.—XII. De Moscho.—XIII. De magisterio Margaritarum.—XIV. De magisterio Coralliorum rubrum. —XV. De magisterijs ex lapidibus pretiosis Smaragdorum Sapphirorum et Hyacinthorum.—XVI. De ossibus e corde et cornibus cervorum, eorumque magisterio.—XVII. De lapide lazuli, ejusque preparatione. — XVIII. De auro, ejusque magisterio.—XIX. De facultatibus hujus Confectionis et methodo utendi ea.

Wniosek: Opisawszy dokładnie każdą część leku, wylicza przypadki i choroby, w których całość bywa godną zalecenia i przychodzi do wniosku“. Ex enumeratione et examine singulorum simplicium hactenus in aliquot capitibus a nobis instituto nullus non medicinae peritus perspicit, hanc Confectionem esse benedictum medicamentum, quod tam ad con-

servandam sanitatem, quam varia morborum genera sananda conferre possit“.

Źr. druk. K. Estreicher: Bibliogr. polska, T. XVI, str. 24 — 26 i XXX.

Eljasz, Elias, Helias

okulista (*Oculorum medicus*) krakowski z pierwszej połowy XVI w.

Źr. druk. Wiśłocki: Acta rector. N. 2865.

ELWERT [WOJCIECH] ALBERT

Król August II, mając świadectwo od osób pewnych tudzież od urzędów miast: Lwowa, Lublina i innych o niezwykłej biegłości [*stupendam et vix practicabilem scientiam*] Elwerta w nauce lekarskiej oraz chirurgji i anatomji, mianował go serwitorem swoim, zwolnił dom jego we Lwowie od podatków i postojów, oprócz obowiązku płacenia 10 flor. czynszu rocznego na rzecz szpitala, na którego gruncie stał dom uprzywilejowany, nadto urzędowi miejskiemu lwowskiemu nakazał: przyjąć Elwerta w poczet obywateli miejskich i przestrzegać, aby tenże nie doznawał przeszkód w praktyce swojej lekarsko-chirurgicznej. Należy przypuszczać, że E. nie miał stopnia doktora medycyny, w przeciwnym bowiem razie należałoby się spodziewać wzmianki o tem w przywileju królewskim; był zapewne chirurgiem tylko.

N. 102. Oblata privilegii servitoratus regii egregio Alberto Elwert.

[Varsaviae, d. 17 m. Novembris. An. 1724.]

„Augustus Secundus etc. Significamus etc. Oblatas esse ad acta praesentia metrices regni cancellariae nostrae maioris litteras originales privilegii infrascripti, manu nostra regia subscriptas et sigillo regni maiori communitas, sanas salvas et illaesas omnique prorsus suspitione carentes tenoris sequentis: Augustus Secundus, Dei gratia, rex Poloniae, magnus dux Lithuaniae, Russiae, Prussiae, Masoviae, Samogitiae, Kyoviae, Volhyniae, Podoliae, Podlachiae, Livoniae, Smolensciae, Severiae Czerniechoviaeque, nec non haereditarius dux Saxoniae et princeps elector etc.

Significamus praesentibus litteris nostris, quorum interest, universis et singulis, nihil magis convenientius arbitramur, quam ut subiecti a Deo regimini nostro populi praesertim quos singularis virtus et peritia in arte aliqua commendat pacifice degere fructuque virtutis suae potiri valeant. Quapropter commendatam nobis habentes egregii Alberti Elwert tam a proceribus, quam a magistratibus Leopoliensi, Lublinensi et aliis, ubi praedicti egregii Alberti Elwert specialis eminuit virtus non solum fidem, sed etiam in rebus medicinae, chirurgiae et anatomiae stupendam et vix practicabilem scientiam et praxim continuam faciendum esse duximus, ut eundem supranominatum egregium Albertum Elwert, tanquam singularem in praemissis virum in servitorem nostrum assumeremus et cooptaremus facultatemque tam medicorum, quam chirurgorum exercendae professionis in ditionibus regni nostri et ubivis locorum libere permitteremus, utiquidem hisce praesentibus litteris nostris assumimus, cooptamus et permittimus, dantes et concedentes eidem omnibus praerogativis, libertatibus et immunitatibus, quibus caeteri servitores nostri gaudent et utifruuntur, gaudendi et utendi. Insuper eundem egregium Albertum Elwert ab omnibus civilibus dationibus censibus aliisque quocunque titulo et vocabulo contributionibus a domo ipsius in suburbio Leopoliensi extra ianuam patrum Societatis Jesu in platea vero hospitali nuncupata in territorio eiusdem hospitalissita, tum a locatione militum et hospitum, tam sub tempus commissionis, si aliquando Leopoli destinata fuerit vel sub tempus alicuius conventus, vulgo ziazd nuncupati, quam sine celebratione commissionis et sine conventu, vulgo ziazdu, liberum facimus, excepto censu decem florenorum polonicalium, per triginta grossos quemlibet enumerando, quotannis eidem hospitali exsolvendo. Quod ad notitiam, quorum interest, praesertim officio nostro capitaneali Leopoliensi ac nobili et spectabili magistratui civitatis nostrae Leopoliensis deducentes mandamus, quatenus recepta a praedicto Alberto Elwert fidelitatis iuramento nobis et successoribus nostris totique civitati per cives praestari solito in cathalogum civium adnumerent, iuribus et praerogativis omnibus gaudere permittant, nec ipsum in exercitio medicinae chirurgiae et anatomiae impediunt, immo ab impediuntibus defendant et tueantur circa privilegium nostrum et libertatem ipsi datam conservent pro gratia nostra. In quorum fidem praesentes manu nostra subscriptas sigillo regni communiri iussimus. Datum Varsaviae, die XVII mensis Novembris, anno Domini MDCCXXIV, regni vero nostri XXVIII anno. Augustus rex“.

Źr. rękop. Metr. Reg. Lb. 223, fl. 492 v; Ibid. Lb. 255 fl. 54.

ELY STANISŁAW

dokt. medycyny, konsyljarz dworu Stanisława Augusta:

N. 103. Munus Consiliarij Aulici Nobili Stanislao Ely Medicinae Doctori datur.

[Varsaviae, d. 28 m. Martij An. 1778].

„Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quod commendatas habentes Nobilis Stanislai Ely Medicinae Doctoris eximias animi dotes ac in rebus agendis dexteritatem, visum Nobis est, ut Ipsi munus Consiliarij Aulici daremus et conferremus, prout quidem damus et conferimus tituloque Consiliarij Aulici insignimus, praesentibus Literis Nostri, dantes et concedentes eidem Nobili Stanislao Ely plenam et omnimodam facultatem potestatemque omnibus juribus, praerogativis, munijs, immunitatibus, quibus caeteri Consiliarij Nostri Aulici de legum praescripto et usu antiquo gaudent et fruuntur, gaudendi et utifruendi. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Mgis. Regni et MDL. Mareschalcis caeterisque Gnosis. Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes mandamus quatenus praefatum Nobilem Stanislaum Ely ab hinc pro vero legitimo et actuali Consiliario Nostro Aulico habeant, nomen et agnoscant, Eique de loco juribus, praerogativis hocce munus de lege et usu antiquo concernentibus et Ipsi respondeant et ab alijs responderi curent pro Gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae die XXVIII Mensis Martij Anno Domini MDCCLXXVIII. Regni vero Nostri XIV Anno. Stanislaus Augustus Rex“.

Źr. rękop. Ks. kanclerskie: Lb. 58, pars I, fl. 46; Sigill. Lb. 34, fl. 64 v.

EMERCIUS TOMASZ

W Atti del Collegio Medici e Filosofi uniwersytetu Padewskiego pod 9. VII. 1556 zapisano: „Thomas Emercius de Sierpcz f. q. Mathiae, Polonus, fuit conventuatus in med“. Mowa tu zapewne o lekarzu, którego wymienia Kościński jako Tomasza z Sierpca. [Nazwisko błędnie wpisane lub odczytane: powinno być—zapewne—*Gmercus*.]

Źr. druk. St. Windakiewicz: Materiały do historyi Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII.

ENTZENDORFER ANTONI

wymieniają go, jako lekarza, Akta b. Komis. wojskowej [Ks. 8] pod rokiem 1789 bez podania szczegółów.

Ephorinus Anselm

Podług *Lib. diligent.* ¹⁾ wykładał na wydziale filozoficznym w Krakowie w roku 1528: „Basilii M. De poetis legendis; Fenestellae De Romanorum magistratibus.“

W *Lib. promot.* ²⁾ nazwany „Parochus in Coniussa, med. dr.“, istotnie też był proboszczem w Koniuszy [wieś w powiecie miechowskim] lat 13, pomiędzy rokiem 1530 a 1548. W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* ³⁾ uniwersytetu Padeńskiego zapisano: „l. VI. 1534. Gratiae in med. D. Anselmi Ephorini Silesii.—ll. IV. Fuit conventuatus“. Juszyński ⁴⁾ zalicza go do poetów.

N. 104. Demonstratio Marcarum viginti in fodinis salis Vielicien. Anselmo doctori medicinae ⁵⁾.

[Lomza, d. 11 Octobris An. Dn. 1553].

Król Zygmunt August wyznacza doktorowi E. 20 marek dożywotniej pensyi rocznej, zabezpieczonej na dochodach z kopalni w Wieliczce tudzież *in natura* to, co dostawał od króla poprzednika, t. j. Zygmunta Starego, a mianowicie co kwartał: masła garnek jeden, szynkę z wieprza tuczonego jedną, kopę serów, jęczmienia, grochu, prosa i maku po jednym korcu, soli ćwiartkę [*vas.*] Wzamian za to dr. E. był obowiązany udzielać pomocy i rady lekarskiej pracującym w kopalniach. [K. Estreicher—bibliogr. T. VIII, str. 33—wymienia go jako autora dziełka *De salinis Cracov. Observatio.*]

„Sigismundus Augustus etc. Significamus etc. Quod nos commendata habentes a quibusdam consiliariis nostris doctoris Anselmi Ephorini in arte medica periciam et eorum valetudini, qui in aula nostra versantur consulendi

studium, tum quod et nos ipsi in aduersa valetudine nostra eius consilium non praetermittere solemus. Eidem ex salinis nostris Vielicien. vno quoque anno Marcas viginti monetae communis concedendas duximus, prout et his literis nostris concedimus, Quod quidem Generoso Hieronimo Buzinski salinarum nostrarum in terra Crac. praefecto et quicumque post eum fuerit denunciamus mandamusque, vt ipsi vno quoque anno ex salinis nostris Vieliciensibus singulis anni quartalibus quinque marcas communis monetae numerando, has viginti marcas numeret detque atque extradat, et extradi vel ipsi, vel ipsius cuicumque mandatario, aut famulo iubeat, idque quam diu is ipse Anselmus doctor viuet, Qvin et ea, quae sunt eidem a sermo. olim parente nostro ex ijsdem salinis nostris Vieliciensibus singulis anni quartalibus concessa, vt pote butyri olla vna, perna lardi vna, caseorum capecia vna, pultium hordeacearum coretus vnus, pisarum coretus vnus, millij coretus vnus papaueris coretus vnus, salis cocti vas vnum, ita vt est constitutum, dari quoque eidem volumus, Ipse vero Anselmus doctor pro ijs quicumque ex ijsdem salinis nostris Vielicien aegri ad eum consilium petatum miserint, consulere, ad primarios autem ibidem curru vocatus actedere et eis fid. ac diligentem se medicum preberi debeat. Ad cuius rei fidem manu nostra subscripsimus et sigillum nostrum appendi curauimus, Datum Lomza vndecima Octobr. Anno Domini. MDLIII. Regni vero nostri XXIV. Sigismundus Augustus Rex“.

N. 105. Exemptio a suscipiendis hospitibus domus Anselmi Ephorini Cracoviae sittae.⁶⁾

[Myszogoli, d. 16 Junij, An. Dn. 1556].

Zygmunt August zwalnia dom doktora E. w Krakowie na ul. św. Franciszka, obok klasztoru, od postoju [od gościu] W przywileju tym dr. E. ma tytuł lekarza dworu królewskiego.

Źr. druk. 1) Wisłocki: Liber diligent.—2) Muczkowski: Lib. promot. pag. 175. 180.—3) St. Windakiewicz: Materyały do historyi Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów litarat. i oświaty w Polsce. T. VII.—4) Dykeyonarz poetów polskich. Kraków. 1820.

Źr. rękop. 5) Metr. Reg. Lb. 84, fl. 311 v. [Przywilej znajduje się w Bibl. Ossolińsk. Dr. W. Kętrzyński: Katalog rękop.

pisów Bibl. Ossol. str. 390, N. 180—49. — 6) Ibid. Lb. 87, fl. 326.

EPISCOPIUS *vid.* z Biskupia Bernard

ERAZM Pola

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: „4. VII. 1538. *Examen in med. Erasmi Poloni*“; Tamże „14. II 1539. *Examen in artib. et med. Erasmi Poloni*“.

Źr druk. St. Windakiewicz: *Materyały do historii Pola*. T. VII. Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce.

Erbenius Lubertus

rodem z Darmsztatu.

N. 106 Lubertus Erbenius Juris utriusque doctor* in Cathalogum Archiatrorum assumitur.¹⁾

[Varsaviae, d. 29 Januarii, An. Dn. 1652].

Erbenius był pierwotnie lekarzem Mikołaja Potockiego, któremu stale towarzyszył w wyprawach wojennych i dowiódł, że był nie tylko biegłym lekarzem ale nadto dzielnym żołnierzem; uczestniczył w potrzebach: pod Korsuniem, tu dostał się do niewoli tatarskiej], Beresteczkiem i Białą-cerkwią. Król Jan Kazimierz mianował go w roku 1652 lekarzem swoim, nadając mu, oprócz zwykłych, stanowisku temu przysługujących przywilejów, prawo rozporządzenia się w testamencie majątkiem swoim całkowicie podług własnej woli.

„Joannes Casimirus etc. Significamus etc. Quod cum regum meiastati consentaneum sit patrociniū et favore excipere eos, qui a iuvenili aetate bonis litteris dediti non solum ornamenta, verum etiam commoda generis humani lubricatione et opera sua tuentur, quae laus vel inprimis propria est ipsius quoque antiquitatis iudicio medicae facultatis professorum. Ex eo numero cum nobilis et excellens Lubertus Erbenius utriusque medicinae doctor illustris et magnifici olim Nicolai Potocki, castellani Cracoviensis et su-

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

19*

premi exercituum regni ducis, archiater officium suum a pluribus annis ea fide, diligentia et dexteritate curationis-que felicitate dicto castellano Cracoviensi variis in expeditionibus bellicis captivitate scythica et pristinae libertati restitutione usque ad extremum vitae ipsius diem approbasset et non tantum periti medici, sed et boni militis in proeliis ad Korszunium [ubi una cum ducibus exercitus regni a tartaris captus durae subiit servitutis iugum] Berestechium et Białocerkwiam partes graviter explevisset; eum ob tantas virtutes singularesque animi et ingenii dotes libenter nostrae saluti tuendae praeficiendum ac in cathalogum archiattrorum nostrorum recipiendum esse duximus, uti quidem praeficimus et recipimus praesentibus litteris nostris, concedentes ipsi plenam facultatem artem suam in et extra aulam nostram in omnibus regni et dominiorum nostrorum locis et civitatibus libere exercendi domiciliumque suum figendi ac omnibus et singulis iuribus, praerogativis et libertatibus quibus archiatri de iure et consuetudine nostri utuntur et fruuntur, citra cuiusvis impedimentum utendi et fruendi. Praeterea praenominatum Lubertum Erbenium ab oneribus quibusvis castrensibus et civilibus, quocunque nomine dictis, liberum facimus et ab omni iurisdictione quorumvis magistratuum, in regno et dominiis nostris existentium, eximimus et ipsum soli nostrae et marschalcorum regni, magni ducatus Lithuaniae et curiae nostrae iurisdictioni incorporamus ita, ut in omnibus causis et actionibus iudiciariis [exemptis solummodo fundi et contractus] nulli alteri iurisdictioni, praeterquam nostrae et marschalcorum nostrorum subsit et pareat. Insuper maiorem gratiam et benevolentiam nostram regiam memorato Erbenio testari volentes, ipsi de bonis suis omnibus mobilibus et immobilibus, quocunque nomine appellari possunt et ad ipsum quomodolibet pertinentibus, mortis causa donationibus, inscriptionibus, testamentis, codicillis aliisque modis ultimae voluntatis libere valideque agendi, ordinandi et disponendi plenam et omnimodam facultatem damus et concedimus et, quaecunque sic egerit, ordinaverit et disposuerit, ea a caduci et fisci nostri iure atque impetitione libera atque immunia facimus et ad haeredes eius sive testamentarios, sive legitimos et ab intestato succedentes legatariosque seu donatarios plene integreque cum iure et effectu toto capienda, possidenda utifruendaque devolvi transire et deferre deque iis pro arbitrio agi ac disponi permittimus et si praefatum Erbenium ex hac vita nulla ultimae voluntatis suae facta dispositione decedere contigerit, legitimos ipsius haeredes et successores, in quovis gradu exi-

stentes, bonis morte praetacti Erbenii relictis, integre frui et gaudere volumus et decernimus. Quod ad notitiam omnium, quorum interest, praesertim vero magistratuum suprascriptorum personarumque quarumvis deducimus mandantes, ut saepedictum Lubertum Erbenium pro vero archiatro nostro habeant et agnoscant, omnibusque libertatibus, iuribus et praerogativis, caeteris archiatri nostris servientibus, frui et gaudere sinant ac ipsum circa testamenti, codicilli vel alterius ultimae voluntatis ordinationem et in posterum observationem liberamque haeredum et cognatorum successionem manuteneant ac tueantur, ne vel ipsum aut successores et haeredes ipsius ea in re afficere molestia vel impedimento ullo praesumant neque post mortem ipsius res bonaque relictæ ad ius et praetensionem caduci vocent trahantque ipsi vel ab aliis vocari trahique faciant pro gratia nostra. In cuius rei fidem etc. communiri iussimus. Datum Varsaviae in comitiis regni generalibus, die XXIX mensis Januarii, anno Domini MDCLII, regnorum etc. Joannes Casimirus rex. Albertus Kadziłłowski secretarius regiae maiestatis."

— Cum bono Deo. Disputatio inauguralis Galenico Chymica de Lue Castrensi seu peste privata militum vulgo Febri Ungarica vocata, quam auctoritate amplissima Fac. medicae in illustri et antiquissima Francofurtana ad Oderam Universitate pro gradu Doctoratus, eiusdemque privilegiis ac insignibus, in utraq; medicina consequendis praeside Viro Clarissimo et Excellentissimo Dno Christophoro Ursino Med. Doct. et Prof. et p. t. Decano spectabili publice offert eruditorum censurae Magnanimi Herois Illustrissimi ac Celsissimi Dn. Dn. Nicolai a Potock Potocki Supremi Exercituum Polonicorum Generalis etc. etc. Archiater, et in Exercitu Polonico Medicus Castrensis Ordinarius Lubertus Erbenius Darmstadino-Hessus ad diem 30 Decembris. Literis Nicolai Cochii. 1650. ²⁾).

Źr. druk. 2) K. Estreicher: Bibliogr. polska, T. XVI, str. 92.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 192, fl. 225 v.

* W tytule przywileju błędnie: *Juris utriusque doctor* w akcie: *utriusque Medicinae doctor*.

ERLICH B.

dokt. medycyny „w służbie polskiej : powtórzywszy egzamin przed urzędem lekarskim w Wilnie w roku 1798, osiadł w Wilkomierzu.

Żr. druk. I. Czystowicz. *Historia pierwszych szkół lekarskich w Rosyi*, str. CCCLXI. (po ross.)

ESURIENS ERAZM z Poznania

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego pod 1. VIII. 1531. zapisano: „*Gratiae in med. D. Erasmi Esurientis, Posnanitae de Regno Poloniae. —7. VIII. Conventuatus fuit et approbatus.*”

Żr. druk. St. Windakiewicz: *Materyały do historii polaków w Padwie*. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.—[Esuriens=Głodny.]

ETNER

lekarz z drugiej połowy XVII w., mieszkał w Toruniu.

N. 107. Seruitoratus Spectabili Etner Medico Ciuitatis Thorunensis

[*Janoroviae, d. 5 Majj, An. 1687.*

Żr. rękop. Sigill. Lb. 14 (nie 15, jak podają Swieżawski i Wenda), fl. 36/171.

EUMORPHUS

pseudonim, użyty przez Andrzeja Schoena w dziełku p. n. *Series heptachordi Socolomiana*. [Nazywał się *Schoen*, z tego nazwisko zlatynizowane: *Schoeneus*, na grecki zaś język przetłumaczone: *Eumorphus*.] *vid. Schoeneus Andrzej*.

Ewaldt Benjamin

——— *Dissertatio medica de Impotentia virili. Quam in illustri Academia Fridericiana, rectore magnificentissimo, serenissimo principe ac domino, Dn. Friderico Wilhelmo, Elect. Brandemb. Haerede etc. etc. etc. Gratoso facultatis medicae consensu, sub praesidio Dn. Georgii Ernesti Stahl, D. Prof. Publ. Ord. et facult. Med. assessoris, Domini patroni ac fautoris sui omni observantiae cultu prosequendi,*

Ad D. Julii Anno MDCXCVII. Placido eruditorum examini sistit, responsurus autor, Benjamin Ewaldt. Dantisc. Med. Cult.—Halae, typis Christophori Salfedii, Regimin. Elec. Brandenb. Typogr.

Na odwrocie karty tytułowej dedykacja: Dn. Constantino Schützio, Dn. Andreae Barthio, Dn. Michaeli Ewaldo, Dn. Alberto Groddeck. Dn. Ludovico Brackermann.

Treść: I. Stwórca obdarzył człowieka narządami rozrodczymi, aby mu dać możność rozmnażania się.—II. W narządach rozrodczych dwie są główne części: jedna służy do wyrabiania nasienia, druga zaś do przenoszenia tego nasienia w odpowiednie miejsce narządów płciowych kobiety.—III. Cierpienia każdego z tych narządów mogą wywołać różnego rodzaju i nazwy niemoc płciową.—IV. Cierpienia jąder mogą być wrodzone lub nabyte. Wrodzony bywa brak jednego lub obu jąder. Zmiany mogą dotyczyć objętości lub budowy.—V. Nabyty brak pochodzi z przypadku (rany, ropienie) lub bywa z umysłu zrzadzony.—VI. Po usunięciu całkowitem obu jąder następuje prawie zawsze niemoc zupełna (venerearum rerum impotentia).—VII. Przetoki, powstałe skutkiem owrzodzeń wenerycznych, pociągają za sobą niepłodność, gdyż nasienie wycieka przez nie i nie może się dostać przy spółkowaniu w miejsce właściwe.—VIII. Właściwą niemocą nazywamy stan, w którym mężczyzna nie jest zdolny do spółkowania.—IX. Brak jąder lub nieprawidłowa budowa ich powodują niemoc, w której lekarz pomódz nie może. Pomoc lekarska najbardziej może być skuteczną przy niemocy zależnej od osłabienia prącia (flacciditas membri exterioris).—X. Z racyi, że główną rolę w niemocy odgrywa prącie, należy poznać budowę jego.—XI. Umiejscowienie prącia; postać zewnętrzna.—XII. Budowa i podział (urethra, glans et duo corpora nervosa).—XIII. Tętnice, żyły, nerwy.—XIV. Mięśnie. Mechanizm naprężenia.—XV. Podział mięśni (duo laterales et totidem medii).—XVI. Naprężenie prącia powstaje przede wszystkim dzięki czynności tych właśnie mięśni, gdyż napływająca krew, dzięki uciskowi mięśni, nie może odpływać.

—XVII. Niemocą nazywamy stan Quando maritus ad coeundum cum uxore impeditur, virgae debita erectione deficiente. Nie należą do niemocy przypadki, w których naprężenie bywa silne, ale nie przy zbliżaniu się do kobiety (extra coniugium). —XVIII. W dzieciństwie naprężenie bywa, ale niezupełne, również w starości. Długości trwania mocy płciowej zgóry określić nie można. —XIX. Niemoc płciowa czym jest? Impotentia virilis genuina species est paralyseos, non quidem universalis, sed particularis, i. e. membri unius, scilicet penis —XX. Przyczyna niemocy może leżeć w cierpieniu nerwów, płynnych i stałych części ustroju (spirituum, humorum, partium solidarum).—XXI. O wpływie nerwów możemy się przekonać z przypadków, w których powstaje—acz czasowa—niemoc skutkiem radości, strachu, smutku itp.—XXII. Do tego działu należy również oziębłość (frigidity) wrodzona. —XXIII. Zmiany patologiczne w sokach ustroju mogą być ilościowe i jakościowe, jako to: plethora, serositas sanguinis, cacochymia.—XXIV. Zmiany w stałych częściach: porażenie mięśni prącia.—XXV. Nieprawidłowa budowa prącia może być przyczyną niemocy. —XXVI. Autor nie śmie przeczyć tym, którzy twierdzą, że niemoc może być wywoływana przez czary. —XXVII. Przykłady wpływu czarów.—XXVIII. Jeszcze przykład.—XXIX. Objawy niemocy: flacciditas, insensibilitas membri. —XXX. Prącie może wcale się nie naprężać, naprężać się w stopniu niedostatecznym, naprężać się na czas zbyt krótki. —XXXI. Przykład związku pomiędzy siłą męską płciową a siłą wzroku. XXXII.—XXXVIII. Leczenie niemocy płciowej

EZECHIEL

żyd, *in facultate medicinae et litteris latinorum competenter doctus*, na przełomie XV—XVI w.

N. 108. Exemptio Ezechielis Judei ab exactionibus per judeos daturis.

[Cracoviae, feria quinta in crastino conversionis Beati Pauli Apostoli, An. Dn. 1502.

„Alexander Dei Gratia, Rex Poloniae, nec non terrarum Cracoviae, Sandomiriae, Lanciciae, Cujaviae, Magnus

dux Lithuaniae, Russiae, Prussiae ac Culmensis et Elbingensis, Pomeraniaeque, Dominus et haeres etc. Significamus tenore praesentium, quibus expedit universis. Quia intelligentes. Ezechielem Judaeum in facultate medicinae et literis latinorum competenter doctum, proptereaque multis Regni Nostri regnicolis commendatum etc. Nos ab eorum respectum cupientes quantumcunque dextrae Nostrae Regiae munificentiam ei impendere, decrevimus de certa Nostra scientia, eum personam. res et bona sua, suae personae ratione ad ipsum pertinentia, hinc usque ad biennium ab omnibus solutionibus exactionum Nostrarum per Nos impraesentiarum institutarum et in futurum instituendarum, quas caeteri judaei in Regno Nostro sive ex communitatibus sive ex personis eorum generaliter aut privatim Nobis daturi essent, liberandum et eximendum eximimus et liberamus praesentibus universis et singulis exactionum Nostrarum collectoribus cujuscunque status et conditionis existentibus. Mandantes quatenus ex ipso Ezechiele nullas exactiones et contributiones Nostras nunc et in futurum instituendas exigere debeatis sed liberum in ea parte exemplum habeatis hinc usque ad decursum duorum annorum aliterque non facturi pro Gratia Nostra. Datum Cracoviae feria quinta in crastino conversionis Beati Pauli Apostoli anno Domini Millesimo quingentesimo secundo Regni vero Nostri primo.“

Źr. rękop. Metr. Reg. Lb. 17, fl. 287. v.

O W Y C I N A N I U P Ł U C

(„*de pneumectomia*“)

Skreślił

Fr. Kijewski

Ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

(Dokończenie)

Jeżeli będziemy rozpatrywali uszkodzone płuco po upływie kilku tygodni lub miesięcy, to z łatwością spostrzeżemy, że na miejscu rany mamy bliznę, mniej lub więcej unaczynioną, wielkość której zależną jest od rozległości samego obrażenia. KOENIG ¹⁾ po odcięciu królikowi kawałka płuca wielkości bobu po upływie 4 tygodni znalazł wysepkę bliznowatą zajmującą przestrzeń 4 kwadratowych linii, po ranach zaś ciętych znajdował bardzo wąską i delikatną bliznę. W moich doświadczeniach blizny powstałe po rezekcji płuca były zawsze dosyć obszerne, zraz rezekowany był zawsze zmniejszony z jednej strony przez usunięcie części tkanki płucnej, z drugiej skutkiem bliznowatego ściągnięcia pozostałej reszty płata.

¹⁾ Dr. KOENIG in Hanau. Ueber Lungenverletzungen. Archiv der Heilkunde. Jahrg. V. 1864. p. 146—166, 193—204, 289—324.

Granica między płucem, *respective* pęcherzykami, a blizną przedstawia się niekiedy pod postacią równej linii, niekiedy zaś falistej, zębatej, gdyż tkanka łączna w postaci języków wkracza w głąb płuca; szczególnie to daje się spostrzegać w tych przypadkach, gdzie na płuco nakładalem przewiązkę, czyli że podwiązywanie płuca sprowadzało zniszczenie skutkiem ucisku pewnej części tkanki poniżej samej ligatury. Spotykałem niekiedy miejsca, gdzie oddzielne wysepki tkanki płucnej znajdowały się pośród tkanki łącznej, która ze wszech stron je otaczała.

Blizna z biegiem czasu stopniowo traci swój charakter, zmniejsza się w niej liczba limfocytów i komórek plazmatycznych, a powiększa ilość fibroblastów, i substancji włóknistej między—komórkowej. Tylko w pobliżu ligatury przez długi bardzo czas pozostaje wiele limfocytów i leukocytów. Czem starsza blizna, tem włóknistość jej jest wyraźniejsza.

W bliznie takiej HADLICH HERMANN ²⁾, który badał gojenie się ran płuc i w tym celu robił doświadczenia na królikach i psach, znajdował po upływie kilku tygodni jamy rozmaitej wielkości, niekiedy przenoszące 10 razy zwykle pęcherzyki płucne, o równych, gładkich ścianach; zawartość ich stanowiło powietrze. Powstawanie tych jam HADLICH HERMANN objaśnia wtargnięciem powietrza przy oddechu; przez oskrzela łączą się one z raną.

Na moich preparatach spotykałem w bliznie przestrzenie powietrzne, wielokroć przenoszące wielkość pęcherzyków, ale ściany ich były pokryte nabłonkiem, w wyjątkowych tylko wypadkach część ściany nie posiadała nabłonka. Światło tych przestrzeni nie ma prawidłowej formy, bywa ono bądź-to wydłużone, bądź owalne, gwiazdowate, bądź też przyjmuje dowolną konfigurację; ściana tych jam składa się z jednego szeregu komórek nabłonkowych, bez-

¹⁾ HADLICH HERMANN. Ueber die feineren Vorgänge bei der Heilung von Lungen—und Pleura—Wunden. Archiv. f. klin. Chirur. 1878. p. 842—874.

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

pośrednio dotykających do tkanki łącznej, otaczającej je. Ściana ta nie jest opleciona tak gęstą siecią kapilarów, jak to ma miejsce w pęcherzykach.

Powstawanie tych jam można objaśnić dwojako,— albo są to przestrzenie powietrzne, powstałe przez połączenie miejsca uszkodzenia z oskrzelikiem, gdzie nabłonek z oskrzelika przeszedł na ścianę przestrzeni i wysłał ją, albo też są to znacznie zmienione pęcherzyki płucne, które uległy nadmiernemu rozszerzeniu.

Wyżej przytoczone wyniki badań mikroskopowych płuc rezekowanych wykazały nam, że w tkance płucnej na znacznej przestrzeni od powierzchni uszkodzonej występują zmiany tak w samych beleczkach, jako też i w pęcherzykach. Sam wygląd pęcherzyków w miejscach sąsiadujących z obrażeniem niekiedy jest zmieniony, szczególnie jeżeli rozpatrujemy preparaty po nałożeniu ligatury; wtedy pęcherzykina pewnej przestrzeni nie mają formy owalnej, a są wydłużone, lub przedstawiają rodzaj szczeliny. W naszych doświadczeniach beleczki płucne pod wpływem urazu grubiały, co było warunkowane obrzmieniem komórek łączno-tkankowych, wchodzących w skład samych beleczek, szybkim mnożeniem się ich, oraz komórek nabłonkowych a także nieznacznym nagromadzeniem się w nich (beleczkach) drobnych okrągłych komórek. W świetle pęcherzyków znajdowałem płynny wysięk, w którym rozróżniałem czerwone ciała krwi, niewielką ilość leukocytów, oraz złuszczone komórki nabłonkowe. W miejscach bliższych uszkodzenia przewagę brał wysięk, składający się ze złuszczonych komórek i krwi, a posuwając się w głąb zdrowszej tkanki na pierwszy plan wysuwał się wysięk płynny.

CORNIL i RENÉ MARIE ¹⁾, którzy przerobili szereg doświadczeń na psach dla wykazania zmian, jakie następują

¹⁾ CORNIL ET RENÉ MARIE. Sur la pleurésie et la pneumonie traumatiques et sur la pneumonie aigüe fibrineuse de l'homme.

Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. T. IX. 1897—p. 184—204.

w płucu po uszkodzeniu—przewleczeniu ligatury, przewiązaniu, przypaleniu, rezekcyi—przyszli do przekonania, że rozwija się tu zapalenie płuc urazowe. Jednocześnie i beleczki i pęcherzyki ulegają zmianom chorobowym. W beleczkach rozwija się *pneumonia interstitialis*, — są one grubsze 5—6 razy skutkiem tychże samych przyczyn, co i w moich badaniach. Oprócz tego CORNILLI i RENÉ MARIE widzieli znaczne przepełnienie krwią naczyń (szczególniej 4 i 5 dnia) krwionośnych pęcherzyków; naczynia niekiedy były bardzo rozszerzone i tworzyły (10 dnia) do światła samych pęcherzyków zgrubienia, w utworzeniu się i powiększeniu których przyjmowała udział tkanka łączna. Tą drogą powstawały wypyski włóknisto-naczyniowe. W świetle zaś pęcherzyków znajdowano wysięk, składający się z czerwonych ciałek krwi, komórek limfatycznych, nabłonkowych i włóknika. Skutkiem nawarstwiania się włóknika i następnie jego zorganizowania się powstawały nowe zgrubienia włókniste. W moich poszukiwaniach wogóle uderzał mnie w całej tej sprawie mały udział leukocytów, oraz niezbyt wielka ilość włóknika w świetle pęcherzyków. Powstawania też owych zgrubień, rozrostów włóknisto-naczyniowych nie widziałem, pomimo to, że naczynia ścian alveolarnych były przepełnione krwią, że niekiedy były niezmiernie rozciągnięte, a same ściany szczególnie w większych naczyniach ulegały znacznym zmianom.

Płynny wysięk w pęcherzykach w ciągu kilku dni stopniowo ginął,—4 dnia znajdowałem go znacznie mniej—na preparatach 6 dniowych już go nie spotykałem. Pozostałe części wysięku do pęcherzyków—czerwone ciałka krwi, leukocyty, komórki nabłonkowe i włóknik—ulegały rozpadowi i wchłaniały się,—niekiedy po 15 dniach spotykamy się tylko miejscami z podobnego rodzaju wysiękiem. Po uszkodzeniu płuca w najbliższym miejscu znajdowałem znaczne wynaczynienia do pęcherzyków, poniżej udział czerwonych ciałek w wysięku był niewielki. W niektórych przypadkach znajdowałem w świetle pęcherzyków po upływie dłuższego czasu (9 miesięcy) czerwone krążki krwi, co świadczyłoby albo o przypadkowym dostaniu się

ich przed, albo podczas śmierci zwierzęcia skutkiem świeżej traumy, lub też o nasileniu się sprawy zapalnej. Pierwsze jednak przypuszczenie ma więcej za sobą słuszności, gdyż przy zaostrzeniu się sprawy zapalnej zgrubienie beleczek byłoby większe, nacieczenie drobnokomórkowe znaczniejsze, oraz obecność świeżego wysięku w niektórych miejscach byłaby wyraźniejsza.

Czerwone ciała krwi ulegając rozpadowi wchłaniają się, a jako pozostałość po nich w wielu miejscach pośród tkanki łącznej znajdujemy znaczne złogi barwnika krwi pod postacią ziarnistych ciemno-brunatnych mas, które niekiedy są pochłonięte przez leukocyty. Na preparatach zwierząt, zabitych po upływie 1 roku i kilku miesięcy od czasu operacji, spotykałem w pęcherzykach płucnych leukocyty z pochłoniętymi resztkami barwnika krwi. Obok tego w licznych komórkach nabłonkowych widziałem barwnik w postaci ziarenek czarnych lub ciemno-brązowych niekiedy ilość barwnika, była tak znaczną, że trudno było rozpoznać budowę komórki.

Złuszczenie nabłonka w odcinkach płuca, sąsiadujących z miejscem uszkodzenia, spotyka się stale w większym lub mniejszym stopniu w ciągu nawet dłuższego czasu. Złuszczenie to znajdujemy już 2 dnia po uszkodzeniu, spotykaliśmy wtedy komórki nabłonkowe mocno powiększone, nabrzmiące, o gęstej protoplazmie z jądrami dosyć wielkimi, niekiedy 2 lub 3, — w komórkach tych często bardzo spostrzedz można było kariokinezę. 4 zaś, 6 i późniejszych dni można było zauważyć, że część komórek złuszczonych była w stanie krzeplinowej nekrozy i drobno ziarnistego rozpadu, jądra źle się barwiły i budowa była zatarta. Zależało to przeważnie od wpływu przypalenia. Złuszczone komórki nabłonkowe muszą ulegać rozpadowi, a pomimo to stale znajdują się w pęcherzykach uszkodzonych odcinków płuca, widzieliśmy je po kilku miesiącach, a nawet i po roku. Nie jest to zamiana zużytych elementów przez nowe, nie stanowi to fizjologicznego objawu, a przeciwnie na złuszczenia podobne, trwające tak długi okres czasu, zapatrywać się należy jako na

objaw patologiczny. Odcinki płuca już zabliznione nie przedstawiają prawidłowych warunków, są one ciągle w stanie chorobowym, wyrazem czego jest takie obfite złuszczenie nabłonek; jest to rodzaj zapalenia deskwamacyjnego.

Objawy zapalenia w beleczkach i pęcherzykach utrzymują się bardzo długo. Zgrubienie beleczek niekiedy pozostawało na zawsze t. j. do końca życia zwierzęcia po upływie 1 roku i 3 miesięcy, wtedy nawet pomimo znacznego rozszerzenia pęcherzyków belecзки utrzymywały swoją grubość. W późniejszych jednak okresach nabrzmienia komórek nabłonkowych, wyściełających pęcherzyki nie spotykamy tak często, a przeciwnie nabłonki te są płaskie.

Oprócz zmian w komórkach i pęcherzykach zachodzą równocześnie zmiany w naczyniach.

HADLICH HERMANN znajdował po zranieniu płuca już w 6 godzin liczne okrągłe komórki naokoło naczyń; po 2 dniach w ścianach naczyń, występowały zmiany, które on przyjmuje za *arteritis obliterans*;—w *intima* pod śródbłonkiem zbierały się komórki okrągłe, skutkiem czego światło niektórych naczyń zamykało się, również spostrzedz można było nacieczenie drobnokomórkowe *adventiae* i *mediae*. 4 dnia po zadaniu rany HADLICH widział nowo utworzone naczynia.

W moich doświadczeniach po upływie 2 dni naczynia włosowate pęcherzyków były nadmiernie przepelniane krwią tak w miejscu uszkodzenia jak i na pewnej dosyć znacznej przestrzeni w głąb płuca; rozciągnięcie kapilarów niekiedy jest tak znaczne, że trudno rozpoznać ich ścianę. Owo przepelnienie naczyń włosowatych pęcherzyków jest wyrazem utrudnionego krwioobiegu i zapalenia w tej okolicy. Drobne naczynia mają całą ścianę zgrubiałą, śródbłonek nabrzmiął, ziarnistość protoplazmy jego źle wyrażona, zabarwienie jąder rozlane, siatka chromatyny bardzo słabo oznaczona.

W większych naczyniach krwionośnych w pobliżu uszkodzonego miejsca w zewnętrznej i wewnętrznej błon-

ce znajdujemy drobne okrągłe komórki, lecz w mniejszej ilości, jak o tem wspomina HADLICH HERMANN. Wszystkie te naczynia są wypełnione ciałkami krwi.

W młodej tkance łącznej już po upływie 4 dni można spotkać kapilary o nader cienkiej ścianie, składającej się z jednego szeregu zgrubiałych komórek śródbłonkowych; według wszelkiego prawdopodobieństwa są to świeżo wytworzone naczynia.

Z biegiem czasu w pobliżu miejsc uszkodzenia zmiany w większych naczyniach nie ustępują, a przeciwnie zawsze znajdujemy *intima* zgrubiałą, komórki jej napęczniałe dosyć znacznie, co znakomicie zmniejsza światło naczynia, które przytem zatkanie jest przez ciałka krwi. Można za tem wyprowadzać wniosek, że w naczyniach uszkodzonych następują zmiany, doprowadzające do zatkania światła naczynia.

Jednocześnie ze zmianami w naczyniach istniejących w płucu, w młodej bliźnie rozwijają się nowe naczynia krwionośne. 6, 7, 8 itd. dni znajdujemy pośród młodych komórek tkanki łącznej przecięcia świeżo powstałych naczyń, niekiedy o nader cienkiej ścianie. Po upływie nawet 9 dni w młodej bliźnie stwierdziłem powstawanie świeżych kapilarów z angioblastów. Pośród komórki wielojądrowej, mającej cechy komórek olbrzymich, spostrzegałem niekiedy kanał o gładkich równych ścianach, które stanowiła protoplazma samej komórki; kanał ten wypełniony był ciałkami krwi. Uważam twór ten za angioblast, w którym następuje kanalizacya. Obok tych tworów znajdujemy naczynia już wytworzone, z mniej lub więcej wyraźnemi ścianami. Niekiedy ściany kapilarów w bliźnie są tak cienkie, że oznaczają się za pomocą delikatnych linii, a o obecności kapilarów głównie sądzić można z tej okoliczności, że przestrzeń pomiędzy temi liniami wypełniona krążkami krwi.

Większość pęcherzyków, przylegających bezpośrednio do świeżo wytworzonej blizny, ma formę okrągłą lub owalną, o ile nie uległy opadnięciu; niezmiernie rzadko spotyka

my pęcherzyk jakby ucięty, zamknięty przez linię prostą. Nabłonek wyścielający owe pęcherzyki nie jest płaski, lecz słupkowaty, albo bardzo zbliżony do tej formy, komórki są większe jakby napęczniałe, chociaż protoplazma zachowuje wyraźną ziarnistość. a jądra mają dobrze oznaczoną siatkę chromatyny. Nabłonek ten zupełnie podobny jest do nabłonka pęcherzyków, jakie spotykamy u płodu, w płucach, które jeszcze nie oddychały.

Wielkość tych pęcherzyków jest różnorodna, spotykamy niektóre większe, jakby rozszerzone, inne mniejsze z małym światłem, a niektóre zupełnie bez światła. Te zmiany w wielkości pęcherzyków, jako też i w samym nabłonku zniewoliły mnie do zwrócenia nań baczniejszej uwagi.

Widzieliśmy, że po zniszczeniu pewnej warstwy tkanki płucnej przez przypalenie występuje nadmierne mnożenie się tak komórek nabłonkowych, wyścielających drogi oddechowe, jako też i komórek łączno-tkankowych. Skutkiem zmian chorobowych, jakim ulegały nabłonki, następowało nader łatwe złuszczenie się ich, w złuszczonych nawet komórkach zauważyć można było figury kariomitozy. Tkanka łączna stopniowo wzmagala się i odsuwała części zniszczone od zdrowych. Zmiany w tkance łącznej wykazałem wyżej. Proces rozrodczy w nabłonkach pęcherzyków nie ustawał, nie mamy tutaj zamiany starych elementów zużytych na nowe młode, lecz powstają zupełnie świeże elementy w pewnym określonym kierunku.

Najbardziej te zmiany nabłonkowe wysledzić się dały na preparatach 9 dniowych, t. j. kiedy płynne części wysięku uległy wessaniu, a zmiany, spowodowane przez przypalenie, ustąpiły już na drugi plan. Znajdujemy tu we wszystkich niemal pęcherzykach, docierających do blizny, młode komórki nabłonkowe wysokie, prawie słupkowe. Przy ścianach oddzielnych pęcherzyków znajdowaliśmy nagromadzenie komórek nabłonkowych, ściśle przylegających do siebie, pośród komórek granulacyjnych od ściany pęcherzyka powstają wypustki nabłonkowe; komórki, wchodzące w skład takiej wypustki, są tegoż samego cha-

rakteru, co i komórki nabłonkowe wyściełające pęcherzyki, nie ulega tu żadnej wątpliwości, że stanowią one dalszy ciąg nabłonków pęcherzyka, wszystkie mają jasną, wyraźną budowę, w jądrach spotkać można figury kariokinetyczne (rys. 9 i 10). Obok tych wypustek, mających bezpośrednią łączność z nabłonkiem pęcherzyków, znajdujemy kępy komórek nabłonkowych w pobliżu ściany pęcherzyka, jednak otoczone przez młodą tkankę łączną, w jądrach tych komórek zauważyć również można kariomitozę, niekiedy nawet liczną, w jednej podobnej kępie spotkałem aż dwie figury mitozy (rys. 9). Rozrost nabłonków idzie nie tylko nazewnątrz ściany pęcherzyka pomiędzy komórki granulacyjne, lecz także niekiedy do światła samego pęcherzyka. Rys. 11 przedstawia nam właśnie takie wypustki wewnątrz pęcherzykowe, w jednej z komórek również spotykamy kariokinezę. Obfitość figur mitozy świadczy o nader wzmożonej sile rozrodczej nabłonków.

Na preparatach 15 dniowych widziałem także konglomeraty komórek nabłonkowych, otoczone ze wszystkich stron przez komórki tkanko-łącznowe (rys. 4). Komórki są wszystkie ułożone szczelnie obok siebie i mogłyby być przyjmowane za komórki nabłonkowe przy regeneracji gruczołu, lecz pomimo szczegółowych poszukiwań ani gruczołu, ani oskrzela większego w pobliżu znaleźć nie mogłem. Uważam tedy owe konglomeraty nabłonkowe za komórki, powstałe z nabłonków pęcherzyków płucnych.

W tychże okresach zauważyć można nader wielką różnorodność światła pęcherzyków, widzimy tu pośród dwóch szeregów komórek nabłonkowych szczelinę, niekiedy zaś małe, owalne lub okrągłe światło, albo też przecięcie pęcherzyka ma figurę nieprawidłową, o linii falistej.

Jeżeli skreślone obrazy zestawimy w porządku powstawania, to niezbędny wynik zestawienia będzie, że w pęcherzykach płucnych zachodzi sprawa rozrodcza, według pewnego planu, pewnego typu. Obok zmian w tkance łącznej, takie zachodzą zmiany w naczyniach i w nabłonkach pęcherzyków, co świadczy o tendencji tkanki płucnej

do wyrównania utraconych elementów. Przez szybki wzrost nabłonków powstają wypustki zakończone ślepo i bez kanału. Kępy komórek nabłonkowych, spotykane pośród młodej tkanki łącznej, uważać muszę za zakończenie pęcherzyków, albo też owych ślepych wypustek. W tych zakończeniach kipi życie, komórki się mnożą i nawarstwiają, a po pewnym stosunkowo krótkim czasie mamy pełny słupek komórek nabłonkowych, stanowiących dalszy ciąg ściany pęcherzyka.

Jeżeli teraz przypomnimy sobie, że w młodej bliźnie spotykamy różnorodność form pęcherzyków, oraz znaczne wahania w ich wielkości, to przypuścić można, że pośród tych słupków nabłonkowych powstają kanaliki — powietrze ze strony światła samego pęcherzyka rozsuwać może komórki i wypukła się pomiędzy nie, stąd też na przekroju światła tych nowych dróg oddechowych znajdujemy szczeliny, owalne formy, lub też gwiazdowate, co może być w zależności od czasu wytworzenia się tych dróg.

Sprawa regeneracji płuc nie była zbyt często poruszana w piśmiennictwie lekarskiem. W odnośnej a dostępnej mi literaturze spotkałem się z jedną pracą doświadczalną w tym kierunku. W r. 1884 ANGELO PETRONE ¹⁾ ogłosił wyniki swoich poszukiwań nad odradzaniem się płuc i starał się dowieść, że w częściach uszkodzonych płuc skutkiem zapalenia powstaje żywsze ukrwienie, przez co tkanki powracają niejako do warunków życia zarodkowego. Według zdania PETRONE'a nawet wielkie zniszczenia płuc mogą być odbudowane, przyczem nowa tkanka tworzy się według typu tkanki pierwotnej; pośród młodej tkanki łącznej w płucach powstawać mogą kanaliki i pęcherzyki po spr-

¹⁾ Prof. ANGELO PETRONE. Sul processo rigeneratore nel polmone, nel fegato e nel rene.

IL MORGANI—1884—fascicolo I Gennaio p. 39—49, fascicolo V Maggio p. 273—279.

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

wach zapalnych i to tem więcej, o ile sprawa chorobowa jest starsza i ma większą skłonność do gojenia się. Tworzenia się nowych ognisk tkanki płucnej nie spotykał PETRONE po sprawach ostrych zapalnych, ani też przy rozedmie płuc, gdyż wtedy równocześnie z zanikiem tkanki płucnej ulega zniszczeniu odnośne łożysko krwionośne.

Aby wyśledzić przebieg powstawania nowej tkanki płucnej badacz ten przedsięwziął doświadczenia, przy których pewien odcinek płuc byłby wykluczony z aktu oddechania przy zachowaniu całości naczyń. Do doświadczeń użył 2 świnki morskie, którym przez tchawicę wprowadził kulki woskowe. Na sekcji tych zwierząt po upływie 110 dni i 117 PETRONE na powierzchni płuc znalazł niewielkie guziki, badanie mikroskopowe których wykazało, że składają się z nowej tkanki płucnej.

PETRONE przypuszcza, że dalsze badania w tym kierunku wykazą zmiany, pozwalające na stwierdzenie częściowego odradzania się płuca. „Liczę, mówi on, że przyszłe doświadczenia rozwiążą to pytanie w kierunku twierdzącym i zdanie to opieram nie tylko na powyżej przytoczonych badaniach, lecz i na analogii z innemi narządami“.

Badania kliniczne niekiedy w rzeczy samej upoważniają do przypuszczenia, że utraty tkanki płucnej po pewnych sprawach chorobowych mogą być zastąpione przez taką samą tkankę. Tak np. w 1902 r. prof. H. LENHARTZ ¹⁾ przytacza następujące spostrzeżenie. U 36 letniej kobiety rozwinęła się zgorzel w górnej połowie lewego płuca: powstała jama, zajmująca przestrzeń od wierzchołka płuca aż do 4 żebra, czyli znaczna część górnego lewego zraza była zniszczona. Usunięto 3 żebro i otworzono jamę. Chora wyzdrowiała i po 9 tygodniach po operacji opuściła szpital. Badanie wtedy klatki piersiowej wykazało na miejscu jamy oddech normalny, a granice serca prawidłowe; za pomocą

¹⁾ Prof. H. LENHARTZ—Zur operativen Behandlung der Luugenbraunde. Mittheilung. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 9 Heft. 3. 1902, p. 338—360

zaś prześwietlania ROENTGEN'a można było wykazać, że wierzchołek lewego płuca znajduje się na tej samej wysokości co i zdrowego, oraz że serce nie zmieniło swojej pozycji.

Bezwątpienia elastyczna tkanka płucna mogła się rozszerzyć i wypełnić ów brak, lecz LENHARTZ podaje drugą możliwość wypełnienia jamy—przez nowopowstałą normalną tkankę płucną. LENHARTZ wraz z prof. RECKLINGHAUSEN'em, z którym ów przypadek rozpatrywali, nie wątpią o możliwości tego rodzaju zastąpienia tkanki.

Jakkolwiek na ten temat można wiele wyrazić przypuszczeń, jednak bez poszukiwań mikroskopowych i odnoszonych doświadczeń na zwierzętach nie można utrzymywać, że tkanka płucna odradza się i że tą drogą w pewnych warunkach mogą być wypełnione części zniszczone płuca.

Jeżeliby tkanka płucna łatwo się odradzała, to przy tak licznych poszukiwaniach drobnowidzowych, przeprowadzonych przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, już oddawna zwróconoby na to uwagę. Muszą jednak być nader trudne warunki tego odradzania się, skoro o niem dotąd tak mało wiemy.

PETRONE jest zdania, że doświadczenia z rezekcjami płuc nie nadają się do wykazania regeneracji płuca, BIONDI przynajmniej w tych warunkach nie spostrzegał odradzania się. Według PETRONE zachowanie łożyska naczyń krwionośnych sprzyja warunkom regeneracyjnym. Tymczasem moje badania wykazały, że nawet w warunkach niedogodnych jest możność regeneracji płuca. Guziki w płucu, jakie znajdował PETRONE, przedstawiały się w postaci kliników dookoła zatkaných oskrzelików, były to ogniska niedodmowe. Nabłonek wyściełający małe oskrzeliki nader bujnie się rozrastał i nie tylko zmniejszał światło ich, lecz wrastał w tkankę łączną otaczającą oskrzeliki. W tych ogniskach nabłonkowych naczynia mocno były rozszerzone i wypełnione ciałkami krwi, pęcherzyki również przepelnione czerwonymi ciałkami i surowiczą cieczą. Naokoło zaś ognisk nabłonkowych występowało drobnoko-

mórkowe nacieczenie. Niektóre ogniska tkanki nabłonkowej PETRONE znajdował w pewnej odległości od oskrzelików z rozrosłym nabłonkiem, uważa je za przecięcia długich wypustek, odchodzących od oskrzeli.

Mniej więcej wyniki moich poszukiwań odpowiadają tym obrazom, jakie przedstawił PETRONE.

Zawsze spotykałem ściany starych pęcherzyków i przewodów powietrznych oplecione gęstą siecią kapilarów niezmiernie przepelnionych krwią; tymczasem naokoło nowych ognisk nabłonkowych nie widziałem tak gęstej sieci naczyń krwionośnych, przynajmniej o ile sądzić można było z preparatów nieinjekowanych. Ogniska owe nie posiadały oddzielnych właściwych otoczek. PETRONE przy badaniu płuc człowieka spostrzegł w kanalikach kolbowato rozszerzonych i wysłanych zarodkowym nadbłonkiem płyn koloidalny, który, zdaje się, sprzyjał powstawaniu tych rozszerzeń i następczemu splaszczeniu się nablonka, skutkiem czego stopniowo powstawał prawdziwy pęcherzyk. Sposób powstawania nowych pęcherzyków, podany przez PETRONE, jest bardzo jasny, lecz ja nie mogłem stwierdzić obecności owego płynu koloidalnego. Aczkolwiek nie przeczę, że płyn taki znajdować się może, choć źródła jego PETRONE nie podaje, jednak również przypuścić można, że rozszerzenie kanalików następuje pod wpływem ucisku, spowodowanego przez powietrze, dostające się do uowych dróg oddechowych.

Badania moje zatem wykazują bardzo żywe usiłowania ze strony dróg oddechowych, aby wyrównać utraty uszkodzonej tkanki, usiłowania uwieńczone nawet pewnym dodatnim wynikiem, gdyż niekiedy dochodzi do wytworzenia się nowych pęcherzyków. Jeżeli rzecz tak się przedstawia, to spodziewałyby się należało, że zniszczoną przez sprawy patologiczne tkankę płucną zastąpi świeżo wytworzona. Tymczasem poszukiwania anatomo-patologiczne nie potwierdzają owego przypuszczenia, nigdzie nie spotkano się z płucem świeżo odrośniętem, z płucem nowo wytrzonem na miejscu zniszczonego. Jeżeli płuco zgodnie z prawami biologii okazuje tendencye do odradzania się to musi zachodzić poważna przyczyna, hamująca ten wzrost.

Tę przeszkodę stanowi tkanka łączna, jak to miałem możność stwierdzenia w moich poszukiwaniach. Po upływie 9 dni spotykałem tak wybitne zmiany rozrodcze w drogach oddechowych, że gdyby one szły dalej w tym kierunku z równą szybkością, to w krótkim czasie mielibyśmy nowy odcinek płuca. Sprawa jednak nie posuwa się zbytnio naprzód. Badania późniejszych okresów wykazują, że chociaż w bliźnie znajdują się nowe pęcherzyki, ale otoczone są przez tak bujną tkankę łączną, że same już nie mają siły na prowadzenie w dalszym ciągu akcji.

Po upływie 22 dni zmiany rozrodcze w pęcherzykach i powstawanie w pobliżu ich oddzielnych kęp nabłonkowych są wyraźne. W odstępach czasu jeszcze dalszych albo zupełnie ich nie widziałem, albo też niezmiernie rzadko. Tak np. po 9 miesiącach od czasu operacji w pobliżu ligatury, przewiązującej płuca, w niektórych tylko miejscach spotrzymałem pęcherzyki z różnorodną formą światła, wysłane wysokim nabłonkiem a obok nich niewielkie ogniska nabłonkowe.

Nie spotykamy się tu już z wypustkami nabłonkowymi w postaci słupków, są to niezbyt wielkie nawarstwienia nabłonka, ani też w nich nie widzimy owych licznych figur mitozy, świadczących o szybkim ich wzroście. Jednocześnie i rozwój naczyń krwionośnych dalej nie postępuje. Natomiast tkanka łączna wszechwładnie zapanowuje nad pozycją i taką przewagę bierze, że miejscami otacza naokoło świeżo wytworzone ogniska, uciska je i nie dopuszcza do dalszego rozwoju.

Poszukiwania moje pozwalają tylko na stwierdzenie tego faktu, że tkanka płucna ma tendencję do regeneracji, że odradzanie to rozpoczyna się, dochodzi do wytworzenia pełnych wypustek nabłonkowych, do oddychania nie nadających się, a także wytworzenia niewielkiej ilości nowych pęcherzyków, spełniających funkcję oddychania. Należałoby dla wyczerpania kwestyi regeneracji płuc przeprowadzić doświadczenia przy zachowaniu całości łożyska krwionośnego, jak to mówi PETRONE, przeprowadzić je na zwierzętach zupełnie rozwiniętych i młodych, oraz jednocześnie

przy szeregu różnorodnych spraw chorobowych, pociągających za sobą większą lub mniejszą utratę tkanki płucnej.

Takie sprawy zachodzą w miejscu uszkodzenia płuca i najbliższem jego sąsiedztwie. Przypatrzmy się teraz, jak się zachowuje pozostała część operowanego zraza, oraz jakie zmiany zachodzą w drugim płucu nieoperowanym po usunięciu jednego płuca.

W zrazie operowanym (po częściowej rezekcji) spotykałem stale na pewnej dość znacznej odległości od powierzchni rany pęcherzyki wolne od wysięku, nie ma w nich złuszczenia nabłonka, a w zamian za to pęcherzyki te są dosyć wielkie, rozciągnięte, a beleczki cienkie, nabłonek wyściełający je płaski. Zmiany te nie dotyczą całej pozostałej części zraza, lecz występują wysepkami, 9 dnia znajdujemy je jeszcze wyraźniejsze i zajmują wtedy całe odcinki zraza, a 15 dnia w jednym przypadku niemal cały pozostały zraz uległ rozedmieniu, lecz to uważam za wyjątek, w większości bowiem rozedma zajmuje pewne odcinki i najlepiej zaznacza się na brzegach zraza, i to tem wyraźniej, czem dalej od miejsca uszkodzenia. Po upływie 35 dni spotykałem miejsca gdzie pęcherzyki skutkiem rozciągnięcia były niezmiernie wielkie, a beleczki nader cienkie.

W dalszych odstępach czasu badania pozostałych rezepek po wycięciu płuca wykazywało, że niekiedy te małe odcinki płuca bardzo niewielki brały udział w oddechaniu i wtedy były otoczone przez tkankę łączną, pęcherzyki były w stanie opadnięcia (*collapsus*), komórki nabłonkowe płaskie, miejscami zaś pęcherzyki wypełnione były złuszczonym nabłonkiem, czerwonymi ciałkami krwi i drobnoziarnistym rozpadem. Jeżeli zaś w owym odcinku następowała wymiana gazów, to znajdowałem pęcherzyki znacznych rozmiarów pod postacią wielkich jam, przegródki zaś pomiędzy nimi ubogie w naczyniu, nader cienkie.

Po operacji wykonanej na jednym ze zrazów badanie drobnowidzowe sąsiednich również wykazywało zmiany właściwe rozedmieniu. I w tych razach rozedma występo-

wała w nie formie rozlanej, lecz wysepkami, a najwyraźniej na brzegach zrazów.

Do badań mikroskopowych płuc z przeciwległej strony wybierałem części z rozmaitych odcinków bliżej i dalej od wnęki płuca, a także i brzegi zrazów. Już gołem okiem stwierdzić można było wybitne cechy rozedmy, jak o tem szczegółowo wyżej wspominałem.

Poszukiwania drobnowidzowe tych płuc wykazały, że pewne odcinki nie przedstawiały niemal żadnych zmian, miejscami zaś (po upływie 1 roku i 3 m.) spotykałem całe ogniska, gdzie pęcherzyki literalnie były wypełnione złuszczoneym nabłonkiem, leukocytami nader licznymi i drobno-ziarnistym rozpadem; beleczki wtedy były zgrubiałe, nacieczone leukocytami, a w pobliżu ognisk takich naczyń mocno wypełnione krwią. Spotkać jednak można było ogniska, gdzie pęcherzyki były rozdęte, rozszerzone, beleczki cieniutkie, nabłonek wyściełający je płaski, naczyń zaś umiarkowanie wypełnione krwią a kapilary nawet skąpo.

Te odcinki płuca, które leżą bliżej wnęki posiadają miejscami nabrzmienia nabłonka pęcherzyków, złuszczenie jego, a części zbliżone więcej ku obwodowi mają wyraźne cechy rozedmy. W tych właśnie odcinkach odsuniętych od wnęki płuca napotykaemy ogniska rozedmowe, z wielkimi pęcherzami powietrznymi.

Rozedma zatem, zajmująca dominujące stanowisko, nie występuje w formie rozlanej, a raczej wyspami; są jednak miejsca, gdzie nie tylko niema rozedmy, a przeciwnie mamy do czynienia z opadnięciem pęcherzyków, nabłonek wtedy jest większy, napęczniały, naczyń rozszerzone a niekiedy mocno wypełnione krwią. W rzadkich miejscach naokoło naczyń większych, w pobliżu oskrzeli widzimy nagromadzenie drobnych komórek okrągławych, beleczki wtedy znacznie są grubsze.

We wszystkich odcinkach płuc tych spotykamy tu i owdzie komórki nabłonkowe z ziarnistym pigmentem ciemno-brązowym; komórki te są cokolwiek większe od pozostałych nabłonkowych, barwik rozsiany w nich po całej

protoplazmie, a niekiedy zebrany w większe ziarenka i w takiej ilości, że zacierają one kontury jądra; niekiedy komórki takie leżą całemi kępami. Znajdujemy również ciemno-brązowe złogi barwnika pośród ognisk drobnych okrągławych komórek; niekiedy złogi leżą w samych komórkach, a niekiedy swobodnie między nimi.

Obecność komórek z barwnikiem ciemno-brązowym, a także obecność samych złogów pigmentu świadczy, że przekrwienie tkanek było znaczne i że trwało ono przez długi przeciąg czasu, a nawet że występowały wynaczenia.

Od tego ogólnie spostrzeganego w tych doświadczeniach sposobu powolnego rozwoju rozedmy wysepkami posiadamy dosyć liczne odstępstwa: widziałem niejednokrotnie nader szybkie powstanie ostrej rozedmy w ciągu kilku dni po operacji, a wtedy cały zraz był zajęty, przedstawiał się pod postacią białej puszystej poduszki.

Rozedmę zatem, ogniska długotrwałego włóknistego zapalenia i ogniska kollaptyczne stale spotykałem tak w pozostałej resztkę operowanego, jak i rzekomo zdrowym drugim płucem. Czem większy odstęp czasu od wykonania operacji, oraz czem większy odcinek usunięty płuca, tem objawy rozedmy występowały wyraźniej. Po usunięciu małych odcinków z jednej strony, w drugim płucem nieoperowanem nie zauważyłem żadnych zmian.

Na 120 doświadczeń bądź to częściowych rezekcyi płuca bądź też całkowitego jednostronnego wycięcia nigdy nie widziałem przerostu kompensacyjnego ani pojedynczych zrazów, ani też całego płuca, a o przeroście podobnym spotykamy wzmianki w literaturze.

RATJEN ¹⁾ opisał 49-letniego mężczyznę, u którego prawe płuco w wysokim stopniu było powiększone, przechodziło na lewą stronę klatki piersiowej, lewe zaś bardzo małe, uległe wrodzonemu niedorozwojowi.

¹⁾ RATJEN. Mitteilung eines angeborenen Lungenfehlers. Virchow's Archiv. t. 32 p. 172.

SCHUCHARDT ¹⁾ podał przypadek przerostu prawego płuca przy wysokiej atrofii lewego; prawe płuco przeszło na lewą stronę klatki piersiowej do linii sutkowej, a górny zraz jego wypełnił górną część lewej strony klatki piersiowej.

GRAVITZ ²⁾ również przytacza przy wrodzonej rozstrzeni oskrzeli kompensacyjny przerost zdrowego płuca.

CHIARI widział przy znacznym rozwoju *bronchiectasiae* zanik lewego płuca, prawe zaś było znacznie zwiększone i przechodziło na lewą połowę klatki piersiowej.

RECKLINGHAUSEN, COATS, BURNET spostrzegali przerost jednego płuca przy bardzo małej objętości drugiego.

BIRCH-HIRSCHFELD widział przerost górnego zraza płuca przy zaniku dolnego. ³⁾

MUELLER ⁴⁾ podaje przypadek znacznego zaniku lewego płuca oraz jednoczesnego przerostu prawego, — nadzwyczajny rozwój górnego i dolnego zrazów.

NOLTEN ⁵⁾ opisuje 2 przypadki kompensacyjnego przerostu jednego płuca przy skurczeniu się drugiego.

DMOCHOWSKI z Warszawy w swojej „Dyagnostyce anatomo-patologicznej“ przytacza przypadek, spostrzegany przez siebie; przy badaniu pośmiertnem 48-letniego mężczyzny znaleziono prawe płuco w niedorozwoju ze znacznie

¹⁾ SCHUCHARDT—Hochgradige Atrophie (inveterirte Atelektase) der linken Lunge mit compensatorischer Hypertrophie der rechten. Virchow's Archiv. t. 101. p. 71.

²⁾ GRAVITZ—Ueber angeborne Bronchiectasie. Virchow's Archiv. t. 128. p. 217.

³⁾ Wszystkie spostrzeżenia cyt. przez F. HAASLER'a—Ueber compensatorische Hypertrophie der Lunge. Virchow's Archiv. t. 128. p. 527.

⁴⁾ MUELLER O. Ein Fall von hochgradiger Atrophie der linken Lunge mit compensatorischer Hypertrophie der rechten. Diss. Greifswald 1895.

⁵⁾ NOLTEN. Ueber compesatorische Hypertrophie der Lunge. Diss. Berlin. 1898.

rozszerzonymi oskrzelami, otoczonymi przez zbitą tkankę łączną, a drugie uległy kompensacyjnemu przerostowi ¹⁾.

Możnaby jeszcze niewątpliwie przytoczyć więcej spostrzeżeń podobnego rodzaju, ale to bynajmniej sprawy lepiej nie wyświetli.

Dr. F. HAASLER, zachęcony przez prof. ACKERMANN'a, który badał wyrównywanie się cyrkulacji po wyłączeniu znacznych części małego krwioobiegu, zajął się przeprowadzeniem doświadczeń na zwierzętach w celu wykazania kompensacyjnego przerostu płuca.

Do doświadczeń użyto 31 zwierząt—28 królików i 5 psów, wycinano im z jednej strony płuca, a po upływie pewnego czasu badał HAASLER zmiany w drugim.

Na 31 doświadczeń tylko u jednego psa 10 tygodniowego po wycięciu lewego płuca w $\frac{1}{2}$ roku po operacji stwierdził przerost prawego płuca, które było znacznie powiększone i przechodziło jednocześnie na lewą stronę klatki piersiowej. Makroskopowo miąższ płuca tego nie przedstawiał żadnej różnicy w porównaniu z normalnem płucem, nie było również zupełnie rozedmy brzegów.

Do badania mikroskopowego HAASLER brał rozmaite części płuca; wszędzie budowa była normalna, tak odnośnie do wielkości pęcherzyków, jak i nabłonków wyściełających drogi oddechowe.

Nastąpiła tu zatem *hyperplasia* w znaczeniu VIRCHOW'a. Z naszych doświadczeń, mówi HAASLER, wynika, że po wycięciu płuca zwykle kompensacyjny przerost drugiego płuca nie występuje, jednakże w pojedynczych przypadkach u zwierząt przerost ten może powstać. Lecz jakie są warunki, sprzyjające kompensacyjnemu przerostowi, badania HAASLER'a nie wykazały.

Na zasadzie moich poszukiwań można wyprowadzić wniosek, że usuwanie całkowite jednego płuca prawego

¹⁾ DMOCHOWSKI Zdz. Dyagnostyka anatomo-patologiczna (str. 184 i 185) 1903 r.

lub lewego, aczkolwiek może dać wynik pomyślny pooperacyjny, jednak wywołuje w większości przypadków w pozostałym płucu zmiany, które ograniczają wymianę gazów, zmniejszają oksydację krwi. Jeżeliby zwierzęta były utrzymywane przy życiu dłuższy okres czasu, spodziewałoby się należało, że rozedma zwolna zwiększałaby się.

Wycinanie części płuca nie powoduje zbyt dużych zmian w organizmie, utrata tkanki płucnej jest niewielka, zmniejszenie małego krwioobiegu nieznaczne, i jeżeli wkrótce po zabiegu nie wystąpi ostra rozedma płuca, co w naszych doświadczeniach spostrzegałem, to zmiany w pozostałym płucu nie wpływają na skrócenie życia zwierzęcia.

Wniosek ten winien być brany pod uwagę przy zastosowaniu wycinania płuc u człowieka, ponieważ na drodze doświadczalnej nie można ustalić faktów odnośnie do przerostu kompensacyjnego pozostałych płuc.

Większość danych, zdobytych przezemnie na drodze doświadczalnej, odnośnie do spraw wycinania płuc, następstw tej operacji dla ustroju, zmian w płucach etc., *mutatis mutandis*, da się zastosować do człowieka. Strona kliniczna doświadczeń może mieć mniejsze znaczenie, tylko wytyczne punkty jej i grube rysy dadzą się zużytkować, — przy łóżku chorego zdobywa się wiele cennych wskazówek, dotyczących zmian w krążeniu, oddechaniu, przemianie materii, zaburzeń wogóle w sąsiednich narządach, co przy doświadczeniach na królikach, psach i innych drobnych zwierzętach nie jest wykonalnem, ginie przed okiem badacza, lub też występować może w znacznie zmienionej formie. Dlatego też w doświadczeniach moich chociaż zwracałem baczną uwagę na tę stronę, jednak nastroczało się tu wiele kwestyi, które bądź to pominąłem milczeniem, bądź też zanotowałem fakt bez głębszego rozbierania go.

W krótkości postaram się streścić te wyniki, jakie rzynałem moich poszukiwań.

1. Wycinanie płuc całkowite z jednej strony jest zabiegiem dla zwierząt ciężkim, wywołującym głęboki przewrót w organizmie. Pomijając przyczynę śmierci zwierząt skutkiem rozmaitych powikłań, pewien procent ginie po tym zabiegu skutkiem wstrząsu.

2. Usuwać można zwierzętom całe z jednej strony płuco, czyli zmniejszyć powierzchnię oddechową i mały krwiobieg o połowę, a nawet i więcej, gdyż prawe płuco jest nieco większe, aniżeli lewe. Po takim wycięciu płuca zwierzęta żyją dość długi czas, w którym rosną, rozwijają się i mnożą.

3. Powstała jama w klatce piersiowej po wycięciu jednostronnem płuca bywa zniesioną przez zapadnięcie klatki piersiowej, podniesienie się przepony i przyrośnięcie jej do ścian klatki, oraz przemieszczenie zrazów drugiego nieoperowanego płuca.

4. Wycięcie płuca powoduje zmiany w oddechu, cyrkulacyi, w ciepłocie i wadze.

5. Największe jednak zmiany po rezekcyi i pneumektomii występują w płucu operowanym i w drugim rzekomo zdrowym.

6. Gojenie się ran płuc następuje przez rychłozrost, lub też na drodze powolnego zabliznienia.

7. Podczas sprawy gojenia się ran płuc powstają w uszkodzonym miejscu komórki olbrzymie, pomagające do usunięcia nekrotycznych tkanek; są to nekrofagi, które po skończonej swojej funkcyi giną.

8. Źródłem tych komórek olbrzymich jest tkanka łączna.

9. Komórki olbrzymie powstają na drodze mitozy, bezpośredniego podziału jąder, lub też przedstawiają s y n c y t i a.

10. W płucach w miejscu uszkodzonym rozwija się sprawa zapalna, w której przyjmują udział belecзки i nabłonki dróg oddechowych.

11. Płuco posiada tendencję do regeneracyi. W tkance łącznej, docierającej do płuca, na miejscu uszkodzenia *respective* w bliżnie spostrzedz można rozwój nieznaczny

nowych pęcherzyków. Wzrost jednak nowych dróg oddechowych jest hamowany przez niepomiarly rozrost tkanki łącznej.

12. Tak w pozostałej części płuca operowanego, jak i w drugim rzekomo zdrowym płucu rozwija się rozedma niekiedy bardzo szybko, niekiedy zaś zwolna. Stopień rozwoju rozedmy w większości przypadków zależnym jest od wielkości usuniętego odcinka płuca i przeciągu czasu od operacji.

13. Poszukiwania moje nigdzie nie stwierdziły powstawania przerostu kompensacyjnego płuca po usunięciu części lub całości z jednej strony płuca.

14. Pneumektomia jednostronna wpływa na przerost całego serca. Badanie narządów sąsiednich pozwala wnioskować, że zaburzenia cyrkulacyjne, powstające w nich skutkiem pneumektomii wyrównywiają się nader szybko, tak że w narządach mięższowych zmian po nich nie znajdujemy.

*

*

*

Przypatrzmy się teraz, w jakich przypadkach stosowano pneumektomię, i jakie ona dawała wyniki. Z krótkiego rysu historycznego rozwoju tej operacji, pomieszczonego w pierwszej części mojej pracy, można znaleźć poniekąd odpowiedź na powyższe pytanie; przedstawiłem tam jednak nie wszystkie przypadki, na tem zaś miejscu postaram się uzupełnić je i ugrupować. Na międzynarodowym Zjeździe w Moskwie 1897 r. TUFFIER przytoczył 20 przypadków pneumektomii, w roku zaś 1902 CZEKAN podał jeszcze 9, czyli było do tego czasu zebranych 29 przypadków wycinania częściowego płuc. Statystyki te, jak zwykle, nie są pełne, pewna liczba spostrzeżeń ginie, ale już z tego materiału można wyprowadzić wnioski, jakie cierpienia stanowiły wskazania do pneumektomii, oraz jakie było zejście w poszczególnych przypadkach. Widzimy

zatem, że za wskazania do pneumoktomii służyły chirurgom wypadnięcie przez rany i przepukliny płuc, nowotwory, przechodzące z klatki piersiowej na płuca, gruźlica płuc, znaczne rozszerzenia oskrzeli, promienica płuc, przetoki oskrzelowe po zgorzeli płuc, po torakotomii, a nawet rana postrzałowa płuca.

Wypadnięcie płuca przez ranę może zniewolić do rezekcyi wypadniętej części, jeżeli ta uległa zakażeniu septycznemu, jeżeli skutkiem zaciśnięcia zaczęła obumierać. Bezwątpienia usunięcie podejrzanego odcinka płuca jest wskazaniem ze względu na bezpieczeństwo chorego (obawa ogólnej infekcyi, zakażenia opłucnej). W świeżych przypadkach, przy czystych ranach można wypadniętą część odprowadzić i nałożyć szew na klatkę piersiową, lub też w miarę potrzeby tamponować ranę.

Przepuklina rzadziej już służyć może za wskazanie do rezekcyi płuca. Jeżeli wypadniętej części odprowadzić nie można, to decydować się należy na usunięcie jej, zawsze jednak mając na względzie tę okoliczność, aby jamy opłucnej nie otwierać. Można również przedsięwziąć operacyę radykalną bez rezekcyi płuca.

TUFFIER zebrał 7 przypadków *prolapsus pulmonis*, przy których była stosowana pneumoktomia,—wszystkie zakończone pomyślnie ¹⁾).

Przy przepuklinie płucnej przedsięwzięto kilkakrotnie rezekcyę płuca. W 1492 r. podobną operacyę wykonał

¹⁾ TUFFIER. Chirurgie du poumon en partic. dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire, 1897. p. 22.

RICHARDS.—Indian Med. Gaz. Calcutta, 1880.

HAYES. Brit. M. J. 1884. t. I p. 10.

DEMONS.—l. c.

MASSART.—Revue gén. de Clinique et de Thérapeut. 1892.

PERADON.—Archives de méd. et de pharm. militaires. 1892.

DU BOURGUET ET LEGRAIN. Arch. génér. de médec. 1893.

LOPEZ.—Siglo medico—Madrid t. 41.

ROLANDUS ¹⁾, a w r. 1898 przytaczają także spostrzeżenia SOULIGOUX i WIGHTMANN ²⁾. Zejście w dwóch ostatnich przypadkach było pomyślne, a co się tyczy operacyi ROLANDUS'a zejście jest mi nieznane.

N o w o t w o r y p ł u c. Pierwotne guzy płuc dotychczas nie stanowiły wskazania do pneumektomii. Wszystkie znane przypadki wycinania płuc przy nowotworach dotyczą guzów wtórnych, przechodzących z klatki piersiowej na płuca; przypadku PEAN'a nie można brać w rachubę, gdyż przedstawiony jest nader pobieżnie i trudno wywnioskować, gdzie było pierwotne siedlisko guza. Do spostrzeżeń przytoczonych w części pierwszej (PEAN'a, WEINLECHNER'a, KROENLEIN'a, PARK'a, MUELLER'a, KOENIG'a, GERULANOS'a, GROSS'a, a także MILTON'a ANTONY) dołączyć należy przypadki SÉDILLOT'a, KOENIG'a, WILLIAMS'a, GOEPEL'a i CZEKAN'a.

SÉDILLOT ³⁾ przy wycinaniu mięsaka klatki piersiowej zmuszony był usunąć żebro, otworzyć opłucną i wraz z częścią płuca wyciąć guz sarkomatyczny; zajęta przez guz część płuca była przyrośnięta do klatki piersiowej. Operacja była wykonana w czasach przedantyseptycznych, a pomimo to wynik dała pomyślny, gdyż chory wyzdrowiał.

Na zasadzie tego przypadku niektórzy uważają SÉDILLOT'a jako inicjatora pneumektomii.

KOENIG ⁴⁾ na posiedzeniu Berlińskiego Towarz. Lekarskiego 29 Stycznia 1896 r. przytoczył przypadek usunięcia wtórnego guza sarkomatycznego z płuca z pierwotnym siedliskiem sprawy w mostku. Na ranę płuc po rezekeyi nie był nałożony szew, skutkiem czego powietrze dostawało się z otwartych oskrzeli do opłucnej i powodowało odnę, co było przyczyną śmierci chorego w kilkanaście godzin po operacyi.

¹⁾ MURPHY — l. c.

²⁾ SOULIGOUX l. c.
WIGHTMANN l. c.

³⁾ Cyt. u KROENLEIN'a, TUFFIER'a i MEYER'a.

⁴⁾ KOENIG. Berliner klin. Wochenschr. 1896, p. 132.

WILLIAMS ¹⁾ podał spostrzeżenie, dotyczące 37-letniego mężczyzny z *myxo-chondroma* żeber; nowotwór ten przeszedł na środkowy zraz prawego płuca. Rezekcja 3, 4 i 5 żeber z prawej strony, wycięcie wielkiego guza ze środkowego zraza płuca, oraz 2 guzików z górnego zraza. Zapaść, śmierć.

Przypadek HELFERICH'a, dotyczący usunięcia mięsaka klatki piersiowej wraz z częścią prawego płuca u 15 letniego chłopca, szczegółowo opisany jest przez GERULANOS'a.

Na XXX zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1901 R. GOEPEL z Lipska w dyskusyi nad odczytem HEIDENHAIN'a przytoczył następujące spostrzeżenie. Przed 1½ rokiem u 40-letniej kobiety, dotkniętej rakiem, sutki przy radykalnym usunięciu guza G. wykonał rozległą rezekcyę ściany klatki piersiowej, przyczem powstał otwór wielkości dłoni. Z płuca zrośniętego z klatką piersiową na miejscu guza GOEPEL wyciął warstwę grubości palca i brzegi rany płucnej przymocował do brzegów otworu powstałego w klatce piersiowej. Przypadek zakończył się pomyślnie, chociaż pozostały przetoki, odpowiadające oskrzelom, przez które przy oddechu przechodzi powietrze ²⁾.

CZEKAN ³⁾ w 1901 r. u 30 letniej wieśniaczki, usunął mięsak z klatki piersiowej, który przechodził na płuco. Rezekcja 4, 5, 6 i 7 żeber z prawej strony, długości 15 — 20 ctm. Po utworzeniu jamy opłucnej ciężkich objawów odmy piersiowej nie było, płuco było przyrośnięte do przepony brzusznej. Guz z płuca CZEKAN wyciął zapomocą żegadła PAQUELIN'a. Jamę w płucu wielkości pięści wytamponowano gazą. Znaczne ropienie. Śmierć nastąpiła po upływie 17 dni przy objawach wyczerpania. Badanie pośmiertne zwłok nie było dokonane.

¹⁾ WILLIAMS cyt. u TUFFIER'a l. c. 26.

²⁾ R. GOEPEL (Leipzig). Centralblatt f. Chirurgie. 1901. N. 29. (Beilage—p. 66 i 67).

³⁾ CZEKAN. K chirurgii opucholi logkawo. — Sarkoma logkawo. Pierenos w prawoj pachowej obłasti. Rezekcja logkawo. Izsieczenje opucholi w pachowej obłasti. Chirurgia 1902 T. XII. Nr. 70.

Mamy zatem 16 przypadków pneumektomii, wykonanych przy nowotworach płuc na 14 osobnikach, gdyż w spostrzeżeniach KROENLEIN'a i MUELLER'a u dwóch chorych wykonano pneumektomię po 2 razy w odstępach czasu 4 i 3 lat.

Zejsście śmiertelne było w 6 przypadkach; w 5—śmierć nastąpiła tegoż samego dnia po operacji lub na drugi dzień, a w jednym przypadku—17 dnia przy objawach znacznego wyniszczenia, spowodowanego już to samem cierpieniem, już to obfitem ropieniem, które komplikowało przebieg pooperacyjny. W 5 zatem przypadkach sam zabieg przyczynił się do zejścia niepomyślnego.

Stosowanie pneumektomii przy gruźlicy płuc stanowi jedno z trudniejszych zadań do rozwiązania. Po wycięciu obszernem gruźliczo zmienionych tkanek nigdy nie możemy być pewni, czy sprawa już się zakończy, czy zabliznienie zupełne nastąpi, przeciwnie doświadczenie nasze wskazuje, że w innych narządach dostępnych dla naszego wzroku i ręki pomimo rozległych operacji, do szczególnego usuwania nie tylko gruźliczych ognisk, ale sąsiednich zdrowych części, gojenie idzie nader wolno i często gruźlica ponownie się rozwija. W płucach warunki nie są lepsze, przeciwnie gorsze, więcej sprzyjają rozwojowi sprawy gruźliczej. Z drugiej znów strony dokładnie znane są liczne przypadki zablizniania się ognisk gruźliczych w płucach i wyleczenia lub znakomitej poprawy, przy stosowaniu innych metod leczniczych. Wobec tego wskazania przy gruźlicy płuc do tak poważnego zabiegu, jakim jest pneumektomia, winny być bardzo dobrze umotywowane, aby nie narażać chorego na skutki ciężkiej operacji, a nawet przy niesprzyjających warunkach na utratę życia.

Pneumektomia nadaje się przy gruźlicy płuc tylko do pewnych specjalnych form, do prawdziwej miejscowej gruźlicy, gdzie sprawą chorobową są zajęte pewne odcinki. Tym specjalnym formom musi towarzyszyć cały szereg objawów wyniszczających organizm, nie ustępujących pomimo wszelkich starań lekarzy. Przy wielogniskowej formie

gruźlicy usunięcie jednego ogniska nie prowadzi do celu, może tylko wywołać chwilową poprawę, na usuwanie zaś w tych razach całego płuca nie każdy, nawet zapalony zwolennik pneumektomii, tak łatwo się zdecyduje.

Przy ograniczonej gruźlicy płuca niezbędny warunek do zastosowania pneumektomii uważałbym tę okoliczność, aby drugie płuco było względnie zdrowe, lub przynajmniej nie przedstawiało takich zmian chorobowych, któreby po operacji mogły być źródłem niebezpieczeństwa dla chorego.

Ze znanej nam kazuistyki wynika, że dotąd stosowano pneumektomię przy gruźlicy płuca ograniczonej, przedstawiającej w jednym płucu bądź to twarde ogniska w postaci guzów, bądź też ogniska rozpadowe z jamami.

Pierwsze próby wycinania płuca przy gruźlicy nie były zbyt szczęśliwe. Jak już o tem wspominałem, BLOCK usunął obydwie wierzchołki płuca,—chora zmarła zaraz po operacji. RUGGI przy jamie gruźliczej w prawym szczycie nie mógł dokończyć operacji, a chory zmarł po 30 godzinach; w drugim zaś przypadku po usunięciu górnej części płuca z jamą wielkości pięści nastąpiło zejście śmiertelne 9 dnia po operacji skutkiem zatrucia karbolem.

Spostrzeżenia TUFFIER'a, LOWSON'a, DOYEN'a przedstawiają świętny wynik po rezeceji guzów gruźliczych z płuca,—operowani wyzdrowieli, i nawet po upływie kilku lat nie mieli żadnych objawów gruźlicy płucnej.

Zasługuje tu na uwagę nader ciekawe spostrzeżenie MACEWEN'a, który je komunikował na XII międzynarodowym Zjeździe w Moskwie. MACEWEN usunął całe lewe płuco gruźliczo zmienione.—„W tym wypadku, według sprawozdania, cała lewa połowa klatki piersiowej została opróżnioną. Na wewnętrznej powierzchni tej jamy, znajdował się kikut płuca, składający się z grubych gałęzi oskrzeli i wielkich naczyń płuca; kikut ten przyrósł do osierdzia i aorta *descendes*, zlewając się w jeden guz, pokryty granulacjami. Cała lewa strona klatki piersiowej była wyłożona gazą jodoformową; sprawa gojenia szła wol-

no, lecz dobrze. Stan drugiego płuca znacznie się poprawił i można je uważać obecnie za zdrowe“.

Szczegółów tego nader interesującego spostrzeżenia nie mam, nie mogę też sobie przedstawić, jak cała sprawa przebiegała i co właściwie zrobił MACEWEN ¹⁾.

Przy (*bronchiectasia*) rozszerzeniu oskrzeli notowano kilka pneumektomii.

BIONDI ²⁾ wykonał taki zabieg u 26 letniego mężczyzny, który był dotknięty włóknistym zapaleniem płuc z obszerną rozstrzenią oskrzeli, o zawartości woniejącej. Podczas operacji jama pękła, zawartość jej dostała się do opłucnej, spowodowała septyczne zapalenie tej ostatniej, następstwem czego była śmierć operowanego (po 51 godzinach) na 3 dzień.

HEIDENHAIN ³⁾ u 43 letniego mężczyzny po rezekcji 2, 3, 4, 5 i 6 żeber usunął, przy obszernych ropiejących rozstrzeniach oskrzeli, znaczną część dolnego zrazu lewego płuca, oraz utworzył jeszcze 2 jamy bronchektatyczne. Chory po operacji wyzdrowiał. Śmierć nastąpiła w kilka miesięcy potem z przyczyny niewiadomej, gdyż badanie zwłok nie było dokonane.

POMERANCEW ⁴⁾ w pracy swej „O chirurgicznem leczeniu chorób płuc podaje następujący przypadek, szczegóły którego udzielił mu Dr. DERIUŻYNSKIJ. Wieśniak 29-letni przed 1½ rokiem t. j. 28. XI. miał wykonaną torakotomię z rezekcją 6 żeber z prawej strony, skutkiem ropnego zapalenia opłucnej. Pozostała na klatce piersiowej przetoka, łącząca się z oskrzelem. Rozpoznawano wielką jamę rozstrzeniową oskrzela w dolnym płacie prawego płuca.

¹⁾ MACEWEN (Glasgow). The Surgery of the Lungs and Pleurae. Comptes—rendus du XII Congrès international de médecine. Moscou 1897. V. T. p. 63—64.

²⁾ BIONDI. Clinica chirurgica Milano 1895. t. III. cyt. u TUFFIER'a.

³⁾ HEIDENHAIN l. c.

⁴⁾ POMERANCEW. Chirurgическое лечение логочных заболеваний. Chirurgija t. V.—1899. № 28.

Kiedy wszystkie próby zamknięcia przetoki nie doprowadziły do pożądanego rezultatu, gdyż w ciągu 1897 roku wykonano w tym celu 4 operacje i wszystkie bezowocne, 8 Stycznia 1898 r. prof. DJAKONOW wyrezekował 5, 6 i 7 żebra z prawej strony (10 ctm.), otworzył przetokę, doszedł do jamy rozstrzeniowej, wyciął ją całą wraz z mięszszem płuc, a na ranę płucną nałożył szew. Po operacji—ropienie znaczne; utworzyły się ogniska zgorzelinowe w płucu operowanym, a po 9 dniach kilka obfitych krwotoków płucnych i śmierć. Badanie pośmiertne wykazało ognisko zgorzelinowe nietylko w pobliżu wyciętego oskrzela, ale i w drugim płucu.

PICONE¹⁾ przedstawił przypadek chronicznej przetoki na klatce piersiowej, łączącej się z płucem, w którym pomimo rozległej rezekcyi żeber, usunięcia mięśni międzyżebrowych i opłucnej ściennej, zagojenie nie następowało. Wtedy PICONE oddzielił płuco stwardniałe z licznymi kawernami, za pomocą noża i termakauteru rezekował tę część płuca. Nastąpiła znaczna poprawa i można było myśleć o plastycznej operacyi, gdy chora zapadła na ostre zapalenie przewodu pokarmowego, co było przyczyną śmierci pacjentki.

F. KRAUSE²⁾ rezekował płuco przy przetoce oskrzelowej w następujących warunkach. W 1898 r. chory był operowany skutkiem z g o r z e l i d o l n e g o z r a z a p ł u c a l e w e g o. Pozostała przetoka oskrzelowa, z której wydobywała się znaczna ilość wydzieliny cuchnącej; usunięto 3 żebra wraz z częściami miękkimi, lecz bez rezultatu. W końcu Stycznia 1899 r. trzecia operacja — r e z e k c y a p ł u c a; wycięto całą tę część płuca, mocno nacieczoną,

¹⁾ PICONE. Estesa resezione costale. Pneumectomia. La Riforma medica 1901. Dicembre.

Jahresbericht auf dem Gebite der Chirurgie 1902 p. 541—542.

²⁾ F. KRAUSE. Gangrän des rechten Unterlappens. Cyt. u CZKAN'a. Münch. med. Wochenschr. 1899 Nr. 10. str. 333.

wielkości pięści; rana płuca była zaszyta za pomocą głębokich szwów. Nastąpiło wyzdrowienie.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o spostrzeżeniu Bazy'e-go, który po pneumotomii, dokonanej skutkiem gangreny płuca, wyciął trójkątny kawałek nacieklej, stwardniałej tkanki płucnej w celu ułatwienia dostępu do ogniska zgorzelinowego. Nie była to zatem typowa rezekcja przedsiębrana dla usunięcia chorobowo zmienionych części. ¹⁾

JAWDYŃSKI w r. 1894 (30. VIII.) w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie wykonał pneumektomię przy promienicy płuc u 29 letniej żony rolnika ²⁾. Usunął 6, 7, 8 i 9 żebra z prawej strony na przestrzeni od linii pachowej tylnej aż do połączenia z chrząstkami. Na wysokości 6 i 7 żebra wyciął z płuca za pomocą noża ognisko aktynomycotyczne aż do zdrowej tkanki, krwawienie opanował żegadłem PAQUELIN'a. „Po usunięciu kawałka płuca można było w ranie widzieć dokładnie boczny zraz prawego płuca wraz z opłucną przyrośniętą, lecz nie zgrubiałą i boczny brzeg przepony“. Ranę wytamponowano gazą jodoformową. Szybka poprawa zdrowia. Po upływie 25 dni po operacji chora opuściła szpital z raną jeszcze tylko na niewielkiej przestrzeni niezabliźnioną.

KAREWSKI ³⁾ również w tych warunkach dokonał częściowego wycięcia płuc. Promienica rozwinęła się w prawem płucu. Rezekcja 3, 4, 5, 6 i 7 żebier; część płuca wielkości pięści wycięta za pomocą żegadła PAQUELIN'a. Gojenie prawidłowe, pozostała jednak przetoka.

¹⁾ M. BAZY. Du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans la gangrene pulmonaire.

Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris. Séance du 27 Mai 1903 p. 556.

²⁾ JAKOWSKI. Promienica płuc i opłucnej. Gaz. Lek. 1897. 1897 str. 10—14.

³⁾ KAREWSKI. Beitrag zur Lehre von der Actinomykose der Lunge und des Thorax. Berlin. klin. Wochenschr. 1898 N. 15. 16 i 17.

Jeżeli dodamy do tej kazystyki spostrzeżenie OMBO-NIE'go wycięcia płuca przy ranie postrzałowej tegoż (opisane już wyżej), to będą wszystkie znane mi i dostępne przypadki pneumektomii.

Usuwanie części płuca przy:

wypadnięciu i przepuklinie—*prolapsus et hernia pulm.*
nowotworach
gruźlicy
rozszerzeniach oskrzeli
fistula bronchialis po zgorzeli płuca
promienicy płuc
krwotoku skutkiem rany postrzałowej

ilość spost.	zejście		
	wydz. row.	śmierć	niewied.
10	9	—	1
16	10	6	—
7	4	3	—
4	2	2	—
1	1	—	—
2	2	—	—
1	—	1	—
41	28	12	1

Zebrałem zatem tutaj 41 przypadków pneumektomii; w tej liczbie 28 skończyło się pomyślnie (w 3 przypadkach pozostały przetoki), 12 miało zejście śmiertelne, w jednym przypadku wynik pooperacyjny nie jest mi znany (przypadek ROLANDUS'a).

Z liczby tej 12 niepomyślnych zejść (śmiertelnych) po pneumektomii śmierć nastąpiła 7 r a z y (5 przy guzach, 2 razy przy gruźlicy) tego samego dnia po operacji lub następnego, przy objawach znacznej zapaści, raz przy nadmiernem pobudzeniu, a w spostrzeżeniu KOENIG'a skutkiem odmy piersiowej; w jednym przypadku—9 dnia skutkiem otrucia karbolem; w 4 zaś—17 d n i a, 9, 7 i 3 skutkiem zapalenia ropnego opłucnej lub znacznego ropienia.

Zbyt małym rozporządzamy materiałem kazuistycznym, aby można, opierając się na nim, wyprowadzać pewniejsze wnioski o wartości pneumektomii przy tej lub in-

nej sprawie chorobowej. Pod tym względem każde z wyżej wymienionych cierpień, które posłużyły za wskazanie do pneumektomii, przedstawia wiele stron wątpliwych, niejasnych; rozwiązanie ich musi opierać się na znaczniejszym materiale, a stąd wymaga więcej spostrzeżeń, większych studyów.

Badania naprzykład moje na zwierzętach wskazały, że śmierć po pneumektomii może nastąpić skutkiem odmy piersiowej, powstałej przez wydobywanie się powietrza z niezbyt szczelnie przewiązanego płuca. Klinika potwierdziła u człowieka taki wynik pooperacyjny, jak to widzimy na spostrzeżeniu KOENIG'a, który po wycięciu guza na ranę płuca nie nałożył szwu, a klatkę piersiową zamknął, chory zmarł skutkiem zwiększającej się odmy piersiowej, gdyż powietrze wydobywało się przez obcięte płuco. Z drugiej znów strony obserwacja kliniczna wykazała, że zraniona powierzchnia płuca, jeżeli nie jest zamknięta szwem, może dawać początek przetokom oskrzelowym, usunięcie których wymaga ponownej operacji. Zeszywanie zaś płuca po pneumektomii nie w każdym przypadku jest bezpieczne, jak to widzieliśmy w spostrzeżeniu, podanem przez POMERANCEW'a, gdzie przy rostrzeni oskrzeli po nałożeniu szwu, wystąpiły w płucu ogniska zgorzelinowe. Jak się zachować w każdym poszczególnym przypadku tylko doświadczenie kliniczne może dać odpowiednie wskazówki.

Takich punktów wątpliwych odnośnie do pneumektomii znajdzie się znacznie więcej.

Zebrane i przedstawione tu przypadki wskazują nam, że liczba pneumektomii w ostatnich czasach, acz zwolna, jednak wzrasta, a wynik pooperacyjny, uwzględniając zmiany wyniszczające organizm skutkiem samej sprawy chorobowej, a przez to zmniejszające szanse powodzenia, nie jest bynajmniej zniechęcający do dalszych studyów w tym kierunku.

TABLICĄ IV.

Rys. XI. Część płuca docierająca do młodej tkanki blizny. Zmiany po 9 dniach.

a)—światło pęcherzyków płucnych; nabłonek, wyściełający pęcherzyki, wysoki.

b)—wypustki nabłonkowe ze ścian pęcherzyków, idące na zewnątrz ściały i wzrastające w młodą tkankę łączną. W jądrach komórek nabłonkowych, tworzących wypustki, licznie figury kariokinezy.

Rys. X. a)—światło pęcherzyków płucnych.

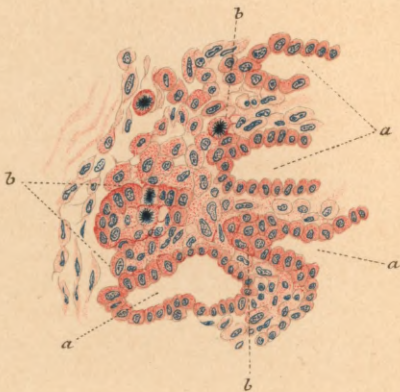
b) - wypustki nabłonkowe i kępy komórek nabłonkowych w pobliżu pęcherzyka.

Rys. XI. Część płuca królika, docierająca do młodej blizny. Zmiany po 9 dniach (rezekcya i przypalenie rany PAQUELIN'em).

a)—światła pęcherzyków, różnorodność ich form.

b)—wypustki nabłonkowe, idące do światła samych pęcherzyków. W niektórych komórkach figury kariokinezy.

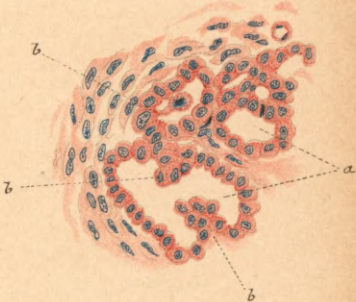
9.



10.



11.



ROCZNIK

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

PRZĘDNNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W R. 1903. CZŁONKOWIE KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWOWYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORESPONDENTÓW TOWARZYSTWA W R. 1903.

[Regul. § 109 A, punkt 1, 2, 3, 4],

1.

Lista Urzędników i Komitetów Towarzystwa.

A) Urzędnicy.

Prezes—Dunin Teodor.
Wice-Prezes—Kamocki Walenty.
Sekretarz Stały—Hoyer Henryk (Członek honor.).
Sekretarz doroczny - Kopczyński Stanisław.
Podskarbi—Dobroski Konrad.
Bibliotekarz—Bieliński Józef (Człon. honor.)
Redaktor Pamiętnika—Kamieński Stanisław (na lata 1903—1905).
Zarządzający Pracownią Towarzystwa—Hoyer Henryk.

B) Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Zarządu: Winiarski Józef (na lata 1900—1902).

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. II.

Łogucki Augustyn (na lata 1901—1903).

Kosmowski Wiktoryn (na lata 1902—1904).

Uwaga. Kol. Winiarski, z powodu niewybrania przez Towarzystwo nowego Członka Zarządu na dalsze trzecielecie, pełni w r. b. obowiązki do czasu dopełnienia wyboru o jakim mowa.

C) Pomocnik Sekretarza dorocznego.

Brudziński Józef.

D) Komitety.

I. Komitet Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej.

Prezes—Dunin Teodor.

Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

Sekretarz Stały—Hoyer Henryk.

Zarządzający Kasą Wsparcia—Jakowski Marjan.

Kasyer—Dobrowski Konrad.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:

Kosiński Julian.

Sawicki Bronisław.

Szumlański Witold.

Członkowie wybrani z grona lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego.

Heinrich Aleksander.

Żera Teofil.

Z urzędu będący członkami Kasy Wsparcia.

Wszyscy PP. Inspektorowie lekarscy lub ich zastępcy w guberniach Królestwa Polskiego, oraz p. Inspektor Lekarski miasta Warszawy.

Uwaga. W interesach prawnych Komitetu Kasy Wsparcia, jako też wogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują udział stale zaproszeni przez Towarzystwo dwaj prawnicy, w charakterze Radców prawnych, a mianowicie p. Leszczyński Stanisław, adwokat przysięgły i p. Wasiutyński Zygmunt, notaryusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

II. Komitet opieki funduszu stypendyalnego z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Prezes — Dunin Teodor.

Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:

Dobrowski Konrad.
Gepner Bolesław.
Hoyer Henryk.

III. Komitet do wybrania stypendysty z legatu Dr-a Ignacego Gołębiowskiego.

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie Prezes i 3-ch członków).

IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowta (w latach 1902—1904).

Gabszewicz Antoni.
Kijewski Franciszek.
Kosiński Julian.
Sawicki Bronisław.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Kamocki Walenty.

V. Komitet biblioteczny.

Kamocki Walenty (jako Wice-Prezes Towarzystwa).
Kopczyński Stanisław (jako Sekretarz doroczny).

Kamiński Stanisław (jako Redaktor Pamiętnika).

Krajewski Władysław (na lata 1900—1902).

Rappel Adolf (na lata 1901—1903).

Uwaga 1. Kol. Krajewski Władysław, z powodu niewybrania przez Towarzystwo nowego członka Komitetu bibliotecznego na dalsze trzecie, pełni w r. b. nadal obowiązki Członka tegoż Komitetu.

Uwaga 2. Trzeciego członka Komitetu w miejsce kol. Bielińskiego, który został Bibliotekarzem, Towarzystwo wybierze.

VI. Komitet rewizyjny.

Sadowski Michał (na lata 1900—1902).

Ciechomski Andrzej (na lata 1901—1903).

Przyborowski Adam (na lata 1902—1904).

Uwaga. Kol. Sadowski, z powodu niewybrania przez Towarzystwo Lekarskie nowego Członka Komitetu rewizyjnego na dalsze trzecie, pełni w r. b. obowiązki Członka tegoż Komitetu.

VII. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego, oraz do zaprojektowania tematów na rok następny.

Dunin Teodor.

Jakowski Marjan.

Janowski Władysław.

Nencki Leon.

Przewoski Edward.

Sztejner Władysław.

Wice-Prezes Kamocki Walenty.

VIII. Komitet konkursowy imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego (na okres 1901—1904 włącznie).

Ciechomski Andrzej.

Gajkiewicz Władysław.

Jakowski Maryan.

Przewoski Edward.

Pruszyński Jan.

Sokołowski Afred.

Wice-Prezes Kamocki Walenty.

*IX. Komitet konkursowy imienia D-ra Adama Helbicha
(wybrany na lata 1903—1906).*

Dobrzycki Henryk.
Flaum Maksymilian.
Janowski Władysław.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

*X. Komitet premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda
Płaskowskiego (wybrany na lata 1902—1904).*

Gajkiewicz Władysław.
Korniłowicz Edward.
Rychliński Karol.
Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

Uwaga. Piąty Członek Komitetu, na miejsce zmarłego kol.
Adolfa Rothe, będzie wybrany przez Towarzystwo.

*XI. Komitet do wybrania delegata na zjazd psychiatryczny
w 1904 r. (zapomoga z legatu D-ra Płaskowskiego).*

(Wyżej pod N. X wymienieni Członkowie).

*XII. Komitet nagród konkursowych imienia D-ra Leona
Konitza (wybrany na lata 1902—1905).*

Boryssowicz Teodor.
Neugebauer Franciszek.
Staniszewski Władysław.
Zweygbaum Maksymiljan.
Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

2.**Spis członków którzy przybyli i ubyli.**

Nowowybrani członkowie na początku r. 1903.

a) Cz ł o n e k h o n o r o w y.

Estreicher Antoni.

b) Cz ł o n k o w i e c z y n n i:

Barszczewski Czesław.

Bernhardt Robert.

Borzęcki Tadeusz.

Fryszman Aleksander.

Korzon Tadeusz.

Landau Anastazy.

Otto Czesław.

Polański Wacław.

Rogoziński Kazimierz.

Sadkowski Henryk.

Szymański Bronisław.

Wesołowski Wacław.

Członkowie zmarli w roku 1902 i na początku r. 1903.

a) Cz ł o n e k h o n o r o w y.

Virchow Rudolf.

b) Cz ł o n k o w i e c z y n n i:

Florkiewicz Władysław.

Rothe Adolf.

c) Cz ł o n k o w i e k o r e s p o n d e n c i:

Erlicki Alfons.

Seifman Piotr.

3.

Lista Członków Towarzystwa.

a) Członkowie honorowi:

Baranowski Ignacy w Warszawie.
Bieliński Józef w Warszawie.
Brodowski Włodzimierz w Warszawie.
Dybowski Benedykt we Lwowie.
Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.
Estreicher Antoni w Warszawie.
Guyon Feliks Jan Kazimierz w Paryżu.
Hoyer Henryk w Warszawie.
Jordan Henryk w Krakowie.
Kosiński Julian w Warszawie.
Retzius Gustaw w Sztokholmie.

b) Członkowie czynni:

Anders Ludwik.	Brühl Ludwik.
Apte Markus.	Bucelski Stanisław.
Babiński Leon.	Cetnarowicz Stefan.
Barszczewski Czesław.	Chełchowski Kazimierz.
Bartkiewicz Bronisław	Chełmoński Adam.
Bączkiewicz Jan.	Ciechomski Andrzej.
Baranowski Ignacy (czł. hon.)	Ciagliński Adam.
Bauerertz Adam	Chwat Ludwik.
Benni Karol.	Chrostowski Bronisław.
Bernhardt Robert.	Dąbrowski Witosław.
Białobrzeski Aleksander.	Dmochowski Zdzisław.
Bieliński Józef (czł. hon.)	Dobrski Konrad.
Biro Maksymiljan.	Dobrowolski Zdzisław.
Borsuk Marjan.	Dobrzycki Henryk.
Boryssowicz Teodor.	Downarowicz Elżbieta.
Borzęcki Tadeusz.	Dudrewicz Kazimierz.
Borzymowski Jan	Dunin Teodor.
Bregman Ludwik.	Dydyński Ludwik.
Bronowski Szczęsny.	Dymnicki Józef.
Brudziński Józef.	Dytel Edward.
Brunner Mikołaj	Dzierżawski Bolesław.
Bruner Władysław.	Elsenberg Antoni.
Bruner Jerzy.	Endelman Zygmunt.

Fabian Aleksander.	Karczewski Adam.
Feilchenfeld Rafał.	Karwowski Konstanty.
Feinstein Leon.	Kępiński Michał.
Ficki Feliks.	Kijewski Franciszek.
Flatau Edward.	Kohn Stanisław.
Flaum Maksymiljan.	Kołąkowski Feliks.
Freudenson Władysław.	Kopczyński Aleksander.
Fruchtman Aleksander.	Kopczyński Stanisław.
Fryszman Aleksander.	Kopytowski Władysław.
Funk Jakób.	Koral Adolf.
Gabszewicz Antoni.	Korniłowicz Edward.
Gajkiewicz Władysław.	Korybut-Daszkiewicz Bohdan.
Garbowski Józef.	Korzeniowski Mieczysław.
Giedroyć Franciszek.	Korzon Tadeusz.
Gepner Bolesław.	Kosiński Julian (człon. hon.)
Gepner Bolesław Ryszard.	Kosmowski Wiktoryn.
Głiszczyński Adam.	Kossobudzki Szymon.
Goldbaum Józef.	Kossowski Cezary.
Goldbaum Mieczysław.	Kozerski Adolf.
Goldflam Samuel.	Krajewski Władysław.
Grabowski Józef Daniel.	Kramsztyk Zygmunt.
Groster Wiktor.	Kramsztyk Julian.
Gromadzki Jan.	Krause Ludwik.
Groszlik Samuel.	Kryński Adolf.
Grünbaum Adolf.	Kucharzewski Henryk.
Grudziński Zygmunt.	Kuczyński Antoni.
Grundzach Ignacy.	Kurtz Stanisław.
Guliński Franciszek.	Landau Henryk
Guranowski Ludwik.	Landau Anastazy.
Grzankowski Bolesław.	Landstein Ignacy.
Halpern Jakób.	Lande Adam.
Hejman Teodor.	Lebensbaum Maksymilian.
Heryng Teodor.	Leśniewski Antoni.
Hewelke Otton.	Leszczyński Leonard.
Hoyer Henryk (człon. hon.)	Lubliner Leopold.
Iwanicki Stanisław.	Luksenburg Józef.
Jakimiak Bolesław.	Łapiński Wacław.
Jakowski Marjan.	Łogucki Augustyn.
Janowski Władysław	Maliuowski Alfous.
Januszkiewicz Michał.	Markiewicz Stanisław.
Jasieński Tadeusz.	Markusfeld Stanisław.
Jaworski Józef.	Mayzel Wacław.
Jezierski Franciszek.	Meyerson Stanisław.
Kamieński Stanisław.	Męczkowski Wacław.
Kamocki Walenty.	Mincer Adam.
	Miklaszewski Walenty.

Mutermilch Juljusz.	Sędziak Jan.
Mutermilch Stanisław.	Sierpiński Konstanty.
Natanson Antoni.	Sikorski Antoni.
Nencki Leon.	Skłodowski Józef.
Neugebabauer Franciszek.	Skowroński Roman.
Nusbaum Henryk.	Sławiński Zdzisław.
Oderfeld Hipolit.	Smiechowski Antoni.
Oltuszewski Władysław.	Sokołowski Alfred.
Orłowski Edward.	Solman Tomasz.
Orłowski Stanisław.	Sommer Feliks.
Orzeł Kazimierz	Srebrny Zygmunt.
Otto Czesław.	Staniszewski Władysław.
Pacanowski Henryk.	Stankiewicz Władysław.
Palmirski Władysław.	Stankiewicz Czesław.
Pawiński Józef.	Steinhaus Julian.
Perkowski Seweryn.	Stróżewski Konstanty.
Peszke Józef.	Stockman Aleksander.
Piltz Jan.	Strzeszewski Józef.
Piotrowski Józef.	Świątecki Władysław.
Polak Józef.	Świątecki Jan.
Polański Wacław.	Szumlański Witold.
Polikier Bernard.	Szmakfefer Felicyan.
Popiel Włodzimierz.	Szteyner Władysław.
Portner Szymon.	Szwajcer Jakób.
Pruszyński Jan.	Szymański Bronisław.
Przewoski Edward.	Szyszo Wincenty.
Przyborowski Adam.	Taczanowski Bronisław.
Pstrokoński Józef.	Tchórznicki Józef.
Rabek Ludwik.	Thieme Apolinary.
Radziwiłłowicz Rafał.	Trzciński Tadeusz.
Rappel Adolf.	Tuchendler Antoni.
Raum Jan.	Uliński Henryk
Rejchman Mikołaj	Warszawski Maksymilian.
Rembieliński Stanisław.	Weber Józef
Rodys Władysław.	Wesołowski Wacław.
Rogoziński Józef.	Winawer Adolf.
Rogoziński Kazimierz.	Winiarski Józef.
Rosenthal Albert.	Wiślocki Kazimierz
Rosenthal Jakób.	Wiśniewski Juljusz.
Rychliński Karol.	Wizel Adam.
Reczniowski Leon	Wolberg Ludwik.
Rzętkowski Kazimierz.	Wróblewski Władysław.
Sadkowski Henryk.	Wszebor Józef.
Sadowski Michał.	Zaborowski Stanisław.
Sawicki Bronisław.	Zaleski Karol.
Sawicki Władysław	Zawadzki Józef.

Zawadzki Władysław.
Zawisza Konrad.
Zieliński Edward.
Zieliński Kazimierz.

Zembrzuski Ludwik.
Zweigbaum Maksymilian.
Żurakowski Aleksander.
Żurakowski Witold.

c) Członkowie przybrani.

Karpiński Wincenty w Warszawie.
Mrozowski Jan w Warszawie.
Mutniański Michał w Warszawie.
Werner Emil w Warszawie.
Żórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji.

Arnstein Feliks w Kutnie.
Babiński Józef w Paryżu.
Bartoszewicz Wacław w Wilnie.
Białokur Franciszek w Jałcie.
Bielowski Franciszek w Moskwie.
Bernard Marjan Błażej w Cannes.
Brzeziński Jan we wsi Pawłowice, pow. Błoński.
Bujwid Odo w Krakowie.
Ciągliński Kazimierz w Siedlcach.
Ciechanowski Stanisław w Krakowie.
Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.
Czajkowski Józef w Sosnowcu.
Czarkowski Ludwik w Wilnie.
Czerwiński Jan w Fürstenhofie.
Dambre w Courtrai w Belgii.
Dąbrowski Ignacy w Ostrowcu gub. Radomskiej.
Domański Stanisław w Krakowie.
Dogiel Jan w Kazaniu.
Drabczyk Teodor w Częstochowie.
Finger Ernest w Wiedniu.
Gałęcki Stanisław w Goerbersdorfie.
Garliński Władysław w Łodzi.
Głogowski Feliks we wsi Łachowce, pow. Tomasz. g. Lub.
Grellety Jan Lucyan w Vichy.
Grünfeld Józef w Wiedniu.
Handelsman Józef w Kutnie.
Hartwig w Ostendzie.

Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
Heine w Canstadt.
Hoene Jan w Kijowie.
Hönigsberg Benedykt w Wiedniu.
Huchard Henryk w Paryżu.
Jabłoński Jan w Poitiers.
Janiszewski Aleksander w Lublinie.
Janowski Witosław w Pradze Czeskiej
Janssens w Brukselli.
Jerzykowski Stanisław w Poznaniu.
Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Koliński Józef w Łodzi.
Korczyński Edward w Krakowie.
Klikowicz Stanisław w Moskwie.
Konwerski Stanisław w Cesarstwie.
Křižek Čenek w Pradze Czeskiej.
Kulski Julian w Noworadomsku.
Liouville Henryk w Paryżu.
Lesser Władysław w Lipsku.
Lee John w Filadelfii.
Lachowicz Antoni w Berdyczowie.
Majkowski Julian w Radomiu.
Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.
Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
Mierzejewski Jan w Petersburgu.
Mauriac Emil w Bordeaux.
Marty Józef w Rennes we Francji.
Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
Mendelsohn Maurycy w Petersburgu.
Moczutkowski Józef w Odessie.
Mosler Fryderyk w Greiswaldzie.
Mokricki Teodor w Nowogeorgiewsku.
Mouin Emil w Paryżu.
Noiszewski Kazimierz w Dźwińsku.
Obtułowicz Ferdynand we Lwowie.
Olechnowicz Władysław w Lublinie.
Openchowski Teodor w Charkowie.
Orłowski Wacław w Wilnie.
Papiewski Władysław w Radomiu.
Pollack Józef w Ischl.
Przedborski Ludwik w Łodzi.
Przybylski Jan w Odessie.
Puławski Arkadyusz w Nałęczowie.
Reumont Aleksander w Akwizgranie.
Robiński Seweryn w Berlinie.

Rumszewicz Konrad w Kijowie.
 Rupprecht Henryk w Aleksandrowie Pogr.
 Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
 Rydygier Ludwik we Lwowie.
 Sajou Karol w Filadelfii.
 Schiffers Ferdynand w Liège.
 Sękowski Władysław w Częstochowie.
 Sormani Józef w Padwie.
 Sterling Seweryn w Łodzi.
 Stopczński w Krakowie.
 Strzeziński Ignacy w Wilnie.
 Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
 Sturge Allen w Londynie.
 Świeżyński Józef w Jeleniewie pod Opatowem.
 Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
 Szadek Karol w Kijowie.
 Szpilman Józef we Lwowie.
 Sztembarth Wincenty w Guzowie.
 Szuman Leon w Toruniu.
 Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
 Troczewski Antoni w Kutnie.
 Tryjarski Eugeniusz w Grodźcu pod Będzinem.
 Wolfram Leszek w Pruszkowie.
 Wroński Władysław w Otwocku.
 Wołkiewicz Maksymilian w Sosnowcu.
 Zaleski Aleksander w Płocku.
 Żłobkowski Tadeusz w Tworkach.

4.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w r. 1903.

	w d n i a c h		
Styczeń	7	20	27
Luty	3	17	24
Marzec	3	17	31
Kwiecień	7	17	28
Maj	5	19	26
Czerwiec	2	16	30
Lipiec	F e r y e		
Sierpień			
Wrzesień	1	15	29

Październik	6	20	27
Listopad	3	17	24
Grudzień	1	15	29

w Warszawie dnia 10 Czerwca 1903 r.

Za zgodność, Wice-Prezes Towarzystwa *W. Kamocki*.

5.

Dosłowny wypis z księgi uchwał, wszelkich postanowień Towarzystwa, jakiekolwiek zmiany lub uzupełnienia ustawy lub regulaminu stanowiących.

(Regul. § 108, Lit. B. punkt 5).

Posiedzenie z dnia 29 Kwietnia 1902 r.

Zmieniono godzinę rozpoczynania posiedzeń Towarzystwa, mianowicie zamiast: „posiedzenia zaczynają się o godzinie 7^u”, (§ 9 Regul.) uchwalono: „posiedzenia zaczynają się punktualnie, o godz. 7^{1/2}“.

Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

6.

SPRAWOZDANIE

z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za rok 1902.

(Regul. § 109, Lit. B, punkt 6).

A. Fundusze Towarzystwa.

I. Fundusz własny Towarzystwa.

W roku 1902 otrzymano wpływy następujące:

1. Składka za r. 1902 wraz z zaległo-	
ścią r. 1901	Rb. 3688 k. —
2 Wstępne od 7 członków czynnych	„ 42 „ —
do przeniesienia	Rb. 3730 „ —

	z przeniesienia	Rb. 3730 k. —
3. Zasiłek z czystego dochodu domu N. 7 przy ulicy Niecałej	„	3051 „ 32
4. Prowizya z rachunku przekazowego w Banku Handlowym	„	234 „ 35
5. 10% od czystego dochodu z 11-stu funduszów specjalnych, na koszt ich administracji	„	454 „ 08
6. Z Kasy Wsparcia na płace urzędników kancelaryi	„	450 „ —
Ogół przychodu		<u>Rb. 7919 k. 75</u>

Z tej sumy spełniono wydatki następujące:

1. Na administrację, druki, materyały piśmienne, potrzeby gospodarcze i wydatki nieprzewidziane	Rb. 3029 k. 72
2. Na wydatki różne, jako to:	
a) Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od pożaru biblioteki i ruchomości Towarzystwa.	„ 146 „ 83
b) Gratyfikacya za rok 1902 urzędnikom kancelaryi i oficyalistom Towarzystwa	„ 290 „ —
c) Pomoc kancelaryjna	„ 125 „ —
3. Zasiłki funduszom specjalnym:	
a) funduszowi Pamiętnika	„ 2000 „ —
b) „ Biblioteki	„ 1400 „ —
c) „ Pracowni	„ 325 „ —
4. Przelano do funduszu rezerwowego domu N. 7 przy ulicy Niecałej	„ 553 „ 20
Ogół rozchodu	<u>„ 7869 „ 75</u>
Remanent z końcem r. 1902	<u>Rb. 50 k. —</u>

II. Rachunek z dochodów domu Towarzystwa pod N. 7 przy ulicy Niecałej.

Remanent z końcem r. 1901	Rb. 50 k. —
do przeniesienia	<u>Rb. 50 k. —</u>

	z przeniesienia Rb.	50 k. —
W r. 1902 otrzymano wpływy następujące:		
1. Za komorne od lokatorów domu . . .	"	9727 " 50
2. Opłata od lokatorów za wodę z wodociągów	"	108 " 60
3. Zwrot kosztów sądowych przez lokatora domu	"	10 " 15
Ogół przychodu z remanentem Rb.		9896 k. 25

Z tej sumy wydano:

1. Na podatki skarbowe i miejskie . . .	Rb.	1741 k. 59
2. Na opłatę procentów od długów hipotekę obciążających	"	3097 " 30
3. Remont domu i lokali	"	563 " 33
4. Na administrację	"	675 " —
5. Na utrzymanie porządku	"	135 " 58
6. Na wydatki różne i nieprzewidziane . . .	"	114 " 68
7. Zasiłek funduszowi własnemu Towarzystwa	"	3051 " 32
8. Zasiłek funduszowi rezerwowemu domu N. 7 przy ulicy Niecałej	"	517 " 45
Ogół rozchodu Rb.		9896 k. 25

Remanentu z końcem r. 1902 няма.

III. *Rachunek Pamiętnika Towarzystwa.*

Remanent z r. 1901	Rb.	84 k. 94
1. Wpływy z prenumeraty	"	352 " 20
2. Zasiłek z funduszu własnego Towarzystwa	"	2000 " —
3. Przelano z funduszu D-ra Koczowskiego na druk pracy nagrodzonej . . .	"	300 " —
Ogół przychodu Rb.		2737 k. 14

Z tej sumy wydano w r. 1902:

1. Pensya Redaktora oraz opłata korektora	Rb.	300 k. —
2. Na druk, papier i ryciny	"	1836 " 26
3. Na ekspedycję i korespondencję . . .	"	111 " 30
Ogół rozchodu "		2247 " 56

Remanent z końcem r. 1902 Rb. 489 k. 58

IV Rachunek Biblioteki Towarzystwa.

Remanent z r. 1901	Rb.	30 k. 83
1. Otrzymano procent od funduszu im. D-ra Kondratowicza za rok 1902	"	85 „ 50
2. Zasiłek za rok 1902 z fund. własnego Towarzystwa	"	1400 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	1516 k. 33

Z tej sumy wydano:

1. Na prenumeratę czasopism i kupno książek	Rb.	1164 k. 67
2. Na oprawę książek	"	57 „ 20
3. Na pomoc kancelaryjną i inne dr. wyd.	"	141 „ 08
Ogół rozchodu	"	1362 „ 95
Remanent z końcem r. 1902	Rb.	153 k. 38

V. Fundusz stały Pracowni Towarzystwa.

Fundusz ten wynosi:

1) w zabezpieczeniu hipotecznem	Rb.	3000 k. —
2) w papierach $\%_o$ -towych	"	7100 „ —
3) w gotowiznie	"	100 „ —
Razem	Rb.	10200 „ —

Procenty od tego funduszu.

Remanent z r. 1901	"	13 „ 57 $\frac{1}{2}$
1. Procenty od funduszy stałych Pra- cowni	Rb.	471 k. 32
2. Zasiłek z funduszu własnego Towa- rzystwa	"	325 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	809 k. 89 $\frac{1}{2}$

Z tej sumy wydano:

1. Płaca woźnemu	Rb.	204 k. —
2. Gratyfikacja temuż	"	30 „ —
3. Na potrzeby bieżące Pracowni	"	571 „ 69
Ogół rozchodu	"	805 „ 69
Remanent z końcem r. 1902	Rb.	4 „ 20 $\frac{1}{2}$

VI. Fundusz rezerwowy domu Nr. 7 przy ulicy Niecałej.

Remanent z r. 1901	Rb.	7140 k. 99
1) Zasiłek z dochodów domu	"	517 " 45
2) Przelano z funduszu własnego Tow.	"	553 " 20
3) Za kupony od papierów $\frac{0}{10}$ owych	"	314 " 25
4) Zysk na kupnie papierów $\frac{0}{10}$ towych	"	3 " —
5) Wpływy nieprzewidziane	"	9 " 9
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	8538 k. 82

a mianowicie:

a) w papierach $\frac{0}{10}$ owych Rb. 7400 k. —

b) w gotowiznie " 1138 " 82

Razem jak wyżej Rb. 8538 k. 82

VII. Fundusz stały z legatu D-ra Bączewicza na utrzymanie jego grobu.

Fundusz ten, na domu Nr. 7 przy ulicy Niecałej lokowany, wynosił z końcem r. 1902 Rb. 150 k. —

Procenty od tego funduszu.

1) Remanent z końcem r. 1901	"	23 " 23
2) Procent od funduszu stałego za r. 1902	"	9 " —
Razem	Rb.	32 k. 23

Z tego wydano:

1) Na administrację, 10 $\frac{0}{10}$ od dochodu Rb. — k. 90

2) Za utrzymanie w porządku grobu w r. 1902 " 6 k. — " 6 " 90

Remanent z końcem r. 1902 Rb. 25 k. 33

*VIII. Fundusz stały z legatu D-ra Bącewicza, na wsparcie
5 u wdów po lekarzach.*

Fundusz ten, lokowany na domu N 7
przy ulicy Niecałej z końcem r. 1902 wynosił . Rb. 7500 k. —

Procenty od tego funduszu.

W r. 1902 wpłynął procent po 6^o/_o od po-
wyższego kapitału Rb. 450 „ —

Z tego wydano:

1) Na administrację, 10^o/_o od czystego
dochodu , Rb. 45 k. —

2) Przelano do Kasy
Wsparcia na roczne zapomogi
dla wdów po lekarzach . , . „ 405 „ — Rb. 450 k. —

Remanentu z końcem r. 1902 niema — —

*IX. Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Tytusa
Chałubińskiego.*

Fundusz ten, na domu Nr. 7 przy ulicy
Niecałej hipotecznie lokowany, wynosi . Rb. 1200 k. —

Procenty od tego funduszu:

Remanent z końcem r. 1901 Rb. 33 „ —

W r. 1902 wpłynął procent od kapitału
Rb. 1200, hipotecznie lokowanego „ 60 „ —

Ogół przychodu . Rb. 93 k. —

Z tego funduszu przelano do funduszu
własnego: 10^o/_o od czystego dochodu , na admi-
nistrację „ 6 „ —

Remanent z końcem r. 1902 Rb. 87 k. —

*X. Fundusz stały z zapisu Henryka Michała
Czekierskiego.*

Fundusz ten, tak jak poprzednio znajduje się się:

a) w papierach procentowych	Rb.	2000 k. —
b) w gotowiznie	"	27 " 50
Ogółem		<u>Rb. 2027 k. 50</u>

Procent od tego funduszu:

Remanent z końcem r. 1901	Rb.	42 k. 75
W r. 1902 wpłynęło za kupony od	Rb.	
2000	"	85 " 50
Ogół przychodu z remanentem		<u>Rb. 128 k. 25</u>

Z tego w r. 1902:

1) Przelano do Kasy Wsparcia lekarzy dla udzielenia wsparć	Rb	76 k. 95	
2) Przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, stosownie do budżetu	Rb.	8 k 55	Rb. 85 k. 50
Remanent z końcem r. 1902		<u>Rb.</u>	<u>42 k. 75</u>

*XI. Fundusz stały stypendyalny z zapisu D-ra Ignacego
Gołębiowskiego.*

Fundusz ten, na domu Nr. 7 przy ulicy Niecałej hipotecznie lokowany, wynosi . . . Rb. 5000 k. —

Procenty od tego funduszu:

Remanent z r. 1901	Rb.	k. 72
W roku 1902 wpłynął procent 5% od	Rb.	
5000	Rb.	250 k. —
Ogół przychodu z remanentem		<u>Rb. 250 k. 72</u>

Z tego funduszu:

1) Wyplacono stypendyum studentowi medycyny	Rb. 238 k. 22		
2) Przelano 10% ₀ od czystego dochodu do funduszu wlasnego Tow. za pól. II. 1902	Rb. 12 k. 50	Rb. 250 k. 72	
Remanentu z koncem r. 1902	niema	—	—

XII. Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Adama Helbicha.

Fundusz ten, tak jak poprzednio, znajduje się:

a) w papierach procentowych	Rb. 1100 k. —
b) w gotowiznie	Rb. 17 k. 66
Ogółem	Rb. 1117 k. 66

Procenty od tego funduszu:

Remanent z r. 1901	Rb. 976 k. 46 ¹ / ₂
Wplynęło 1) za kupony od papierów procentowych na Rb. 1800, należących tak do funduszu stałego, jako też do funduszu na nagro- dy przeznaczonego	Rb. 57 k. 94
2) Zysk przy sprzedaży papierów procentowych na 700	Rb. — k. 02 Rb. 57 k. 96
Ogół przychodu z remanentem .	Rb. 1034 k. 42 ¹ / ₂
Z tego przelano do funduszu na wydatki bieżące 10% ₀ od dochodu, stosownie do budżetu	Rb. 5 k. 79
Remanent z koncem r. 1902	Rb. 1028 k. 63 ¹ / ₂

XIII. Fundusz stały legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Ogół tego funduszu w r. 1902 pozostawał bez zmiany i wynosi z końcem roku sprawozdawczego:

a) w zabezpieczeniu hipotecznem	Rb.	13000 k. —
b) w papierach procentowych	Rb.	500 k. —
c) w gotowiznie	Rb.	19 k. 30
Razem	<u>Rc.</u>	<u>13519 k. 30</u>

Procenty od tego funduszu:

Remanent z końcem r. 1901	Rb.	1 k. 18
-------------------------------------	-----	---------

1) W ciągu r. 1902 otrzymano procenty:

1) od właściciela dóbr Brzeźno w powiecie Ostrołęckim, 5% od sumy Rb. 4500,	Rb.	225 k. —
2) Od Towarzystwa Lekarskiego % od sumy Rb. 8500, na domu Nr. 7, przy ul. Niecałej lokowanej	Rb.	425 k. —
3) Za kupony od papierów procentowych i dywidendowych	Rb.	26 k. 14
Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb.</u>	<u>677 k. 32</u>

Z procentów wydatkowano, w myśl woli testatora:

1) Na nabożeństwo za duszę testatora, na ogłoszenie o nabożeństwie i utrzymanie porządku około grobu	Rb.	9 k. —
2) Asekuracja pożyczki premiowej	Rb.	8 k. 63
3) Przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10% od czystego dochodu	Rb.	67 k. 61
4) Przelano do Kasy Wsparcia dla ubogiego lekarza	Rb.	286 k. 08
5) Na wsparcie dla dwóch ubogich majstrów: krawca i piekarza, po Rb. 150 każdemu	Rb.	300 k. —
6) Przelano do funduszu grobu D-ra Jabłonowskiego oszczędzone w r. 1902	Rb.	6 k. —
Ogół rozchodu	<u>Rb.</u>	<u>677 k. 32</u>
Remanentu na r. 1903 niema.		

Fundusz reparacyjny grobu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1901	Rb.	110 k. 65
Przelano z procentów oszczędność za r. 1902, jak wyżej wykazano	<u>Rb.</u>	<u>6 k. —</u>
Remanent z końcem r. 1902 wynosi	Rb.	116 k. 65.

XIV. Fundusz stały konkursowy im. D-ra Leona Konitza.

Fundusz ten, tak jak poprzednio, wynosi
w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procenty od tego funduszu:

Remanent z r. 1901 Rb. 570 k. —

W r. 1902 wpłynęło za kupony od Rb.
2000 Rb. 95 k. —

Ogół przychodu z remanentem. Rb. 665 k. —

Z tego wydano:

1) na dwie nagrody konkursowe, po Rb.
285. Rb. 570 k. —

2) przelano do fund.
własnego Towarz. 10% od
czystego dochodu na admini- Rb. 570 k. —
strację. Rb. 9 k. 50 Rb. 579 k. 50

Remanent z końcem r. 1902 . . Rb. 85 k. 50

XV. Fundusz stały im. D-ra Stanisława Kondratowicza

Fundusz ten, z końcem r. 1902, tak jak
poprzednio wynosi, w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procenty od tego funduszu:

W r. 1902 otrzymano za kupony od Rb.
2000 Rb. 85 k. 50

Uwaga. Stosownie do budżetu i aktu darowizny, powyższy procent przelano do rachunku Biblioteki Towarzystwa.

XVI. Fundusz stały z zapisu Teofili Koczorowskiej.

Fundusz ten, na domu Nr. 7 przy ulicy
Niecałej hipotecznie lokowany, wynosi jak po-
przednio Rb. 1000 k. —

Procenty od tego funduszu:

W r. 1902 wpłynęło 5^o/_o od kapitału Rb.
 1000. Rb. 50 k. —

Z tej sumy:

a) przelano do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację, 10^o/_o od czystego dochodu Rb. 5 k. —

b) przelano do Kasy Wsparcia dla rozdzielienia między wdowy i sieroty po lekarzach Rb. 45 k. — Rb. 50 k. —

Remanentu z końcem r. 1902 niema

XVII. Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1901 Rb. 1039 k. 80

W r. 1902 przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, stosownie do woli testatora Rb. 600 k. —

Ogół przychodu z remanentem Rb. 1639 k. 80

W r. 1902:

1) Przyznano nagrody konkursowe DD-r. Anastazemu Landau i Wacławowi Polańskiemu, po Rb. 300 Rb. 600

2) Przelano do funduszu na wydawnictwo prac konkursowych, na wydanie prac DD-r Landau i Polańskiego Rb. 600 k. — Rb. 1200 k. —

Remanent z końcem r. 1902 Rb. 439 k. 80

XVIII. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych, uwieńczonych nagrodą z zapisu Dr-a Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1901 wynosił Rb. 580 k. 66

do przeniesienia Rb. 580 k. 66

	z przeniesienia	Rb.	580 k. 66
Przelano z funduszu nagród konkursowych na wydanie prac DD-r Landau i Polańskiego . . .		R.	600 k. —
Ogół przychodu z remanentem		Rb.	1180 k. 66
Z tej sumy przelano do funduszu Pamięt- nika Towarzystwa Lekarskiego na wydanie pra- cy D-ra Anastazego Landau		Rb.	300 k. —
Remanent z końcem r. 1902 wynosił . . .		Rb.	880 k. 66

*XIX. Fundusz stały premii psychiatrycznych z legatu Dra
Romualda Płaskowskiego.*

Fundusz ten, jak w roku poprzednim, wynosił:

a) w papierach procentowych	Rb.	2000 k. —
b) w gotowiźnie	Rb.	22 k. 66
Ogółem	Rb.	2022 k. 66

Procenty od tego funduszu:

Remanent z r. 1901	Rb.	179 k. 05
W r. 1902 wpłynęło za kupony	Rb.	93 k. 10
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	272 k. 15
Z tej sumy w r. 1902 przelano 10 ⁰ / ₀ do funduszu własnego Towarzystwa, na admini- strację, stosownie do budżetu	Rb.	9 k. 31
Remanent z końcem r. 1902	Rb.	262 k. 84

*XX. Fundusz stały z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego,
dla delegatów na zjazdy psychiatryczne.*

Ogół tego funduszu w r. 1902, tak jak w roku poprzednim, wy-
nosił:

w papierach procentowych	Rb.	2050 k. —
w gotowiźnie	Rb.	27 k. 89
Ogółem	Rb.	2077 k. 89

Procent od tego funduszu:

Remanent z r. 1901	Rb.	180 k. 23
W r. 1902 wpłynęło za kupony	Rb.	94 k. 04
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	274 k. 27

Z tego w r. 1902:

1) Przelano 10 ⁰ / ₀ od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację.	Rb.	9 k. 40	
2) Wyplacono premium konkursowe D-r Piotrowi Pręgowskiemu	Rb.	180 k. 23	Rb. 189 k. 63
Remanent z końcem r. 1902			Rb. 84 k. 64

XXI. Fundusz w biletach premjowych z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Remanent z końcem r. 1901	Rb.	316 k. 25
-------------------------------------	-----	-----------

W r. 1902:

1) wpłynęło za kupony od papierów procentowych na Rb. 300 . . .	Rb.	14 k. 24	
2) przelano z funduszu własnego Towarz. na skompletowanie wydatków . . .	Rb.	15 k. 23	Rb. 29 k. 47
Ogół przychodu z remanentem			Rb. 345 k. 72

Zapłacono za asekurację pożyczek premjowych Rb. 27 k. 47 i za prenumeratę Gazety Losowań Rb. 2, łącznie	Rb.	29 k. 47
Remanent z końcem r. 1902	Rb.	316 k. 25

a mianowicie:

1) w biletach pożyczek premjowych Cesarstwa	Rb.	300 k.—	
2) w biletach pożyczek premjowych zagranicznych . .	Rb.	16 k. 25	Rb. 316 k. 25
Razem jak wyżej	Rb.	316 k. 25	

Pam. Tow. Lek. T. 99. Z. II.

23

XXII. Ofiary na portret D-ra Marcelego Nenckiego.

Remanent z r. 1901	Rb.	40 k. —
W r. 1902 wpłynęło ofiar	Rb.	236 k. 50
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	276 k. 50

Wyplacono:

1) Prof. Wyczółkowskiemu za portret	Rb.	250 k. —
2) Sakowiczowi za ramę złożoną	Rb.	25 k. — Rb. 275 k. —
Remanent z końcem r. 1902	Rb.	1 k. 50

*B. Fundusze pod administracyą Towarzystwa zostające.**XXIII. Fundusz ogólny z dochodów domu N. 12/13 w Piotrkowie, zapisanego przez D-rą Walentego Koczorowskiego na stypendya i premia konkursowe.*

Remanent z końcem r. 1901	Rb.	75 k. —
W r. 1902 wpłynęło:		

1) Ogólny dochód z komornego od lokatorów domu wyniósł	Rb.	5129 k 74
2) Przelano z fund. rezerwowego domu N. 12/13 na dokompletowanie wydatków	Rb. 304 k. 26	Rb. 5434 k. —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	5509 k. —

W r. 1902 dopełnione zostały wydatki następujące:

1) Na stypendya 6-ciu studentom medycyny	Rb.	1650 k. —
2) Przelano do funduszu nagród konkursowych roczną sumę w testamencie oznaczoną (Zob. dział XVII.)	Rb.	600 k. —
do przeniesienia	Rb. 2250 k. —	Rb. 5509 k. —

z przeniesienia Rb. 2250 k. — Rb. 5509 k. —

3) Wniesiono do Kasy
Wsparcia lekarzy procent, za
pół. I r. 1902 od kapitału Rb.
7500 obciążającego hipotekę
domu: Rb. 225, za pół zaś II
r. 1902, z powodu spłaty Rb.
2500, od kapitału Rb. 5000 —
Rb. 150, łącznie Rb. 375 k. —

4) Procent od kapita-
łu po-duchownego, na domu
lokowanego Rb. 5 k. 78

5) Na podatki, ciężary
gruntowe, restaurację zabu-
dowań, utrzymanie porządku,
koszta miejscowej administra-
cji Rb. 2273 k. 96

6) Przelano 10% od czy-
stego dochodu, do funduszu wła-
snego, stosownie do budżetu Rb. 274 k. 52

7) Przelano do fundu-
szu rezerwowego domu N. 12/13,
resztę niewypłaconego stypen-
dyum w r. 1902, z powodu zgo-
nu stypendysty Rb. 225 k. —

8) zwrócono Komite-
towi miejscowemu w Piotrkow-
wie nadpłacone w r. 1902 . Rb. 104 k. 74 Rb. 5509 k. —

Remanentu z końcem r. 1902 niema.

XXIV. *Fundusz rezerwowy na spłatę długów hipotecznych domu N. 12/13 w m. Piotrkowie.*

Remanent z końcem r. 1901 Rb. 1012 k. 97

W r. 1902 wpłynęło za kupony od Listów Zast.

M. Warsz. 5% na Rb. 100 i 4½% na Rb. 400,
oraz od 4½% Listów Zast. Ziem. na Rb. 350 Rb. 18 k. 41

Ogół przychodu z remanentem Rb. 1031 k. 38

W r. 1902:

1) Zapłacono Kasie Wsparcia lekarzy
na rachunek spłaty sumy hipotecznej, Rb. 2500:

do przeniesienia . . Rb. 1031 k. 38

z przeniesienia Rb. 1031 k. 38

a) wyżej wymie-		
nionemi List. Zast. M.		
Warsz. i Tow. Kred.		
Ziemskiego . . .	Rb. 850 k. —	
b) gotowizną	Rb. 50 k. —	
c) jako dopła-		
ta różnicy kursu .	Rb. . 22 k. 48	Rb. 922 k. 48
2) Rejentowi		
za akt spłaty Kasie		
Wsparcia części dłu-		
ga hipotecznego	Rb. 13 k. 18	
3) Przelano		
do nowo utworzo-		
neg funduszu re-		
zerwowego domu		
Nr. 12/13 (patrz		
rachunek N. XXVI)	Rb. 95 k. 72	Rb. 1031 k. 38
Remanentu zatem niema —.—		

*XXV. Fundusz rezerwowy budowlany domu N. 12/13 w m
Piotrkowie.*

Remanent z końcem r. 1901	Rb. 1900 k. —	
W r. 1902 wpłynęło za kupony od 1900 rb.		
w $4\frac{1}{2}\%$ Listach Zast. Ziemskich, za półr. 1 r.		
1902	Rb. 40 k. 61	
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1940 k. 61	

W r. 1902:

1) Wniesiono do Kasy Wsparcia lekarzy na rachunek spłaty wyżej wymienionej sumy hipotecznej:

- a) $4\frac{1}{2}\%$ Listami Zast. Ziem. Rb. 1600 k. —
 b) jako dopłatę różnicy kursu Rb. 16 k. —

Rb. 1616 k. —

2) strata na kupnie $\%$ pap. Rb. 3 k. —

3) Przelano do nowootwar-
 tego funduszu rezerwowego
 domu N. 12/13 (patrz ra-
 chunek N. XXVI) . . .

Rb. 321 k. 61 Rb. 1940 k. 61

Remanentu zatem niema — —

XXVI. Fundusz rezerwowy domu N. 12/13 w Piotrkowie.

W r. 1902 Komitet opieki fund. stypendyalnego z zapisu D-ra Koczorowskiego, w miejsce 2-ch oddzielnych funduszków rezerwowych domu N. 12/13 w Piotrkowie, wyżej wymienionych pod NN. XXIV XXV, utworzyć postanowił jeden fundusz rezerwowy, do któregoj przelano remanenty pozostałe z poprzedzających 2-ch funduszków.

Obrót nowoutworzonego funduszu rezerwowego w r. 1902 był następujący:

1) Przelano z fund. ogólnego z dochodów domu, resztę niewypłaconego zmarłemu stud. Koczorowskiemu stypendjum	łb. 225 k. —
2) Przelano z zakończonego fund. rezerwowego na spłatę długów hipotecznych domu N. 12/13 w Piotrkowie, wyżej pod N. XXIV wykazanego, remanent	Rb. 95 k. 72
3) Przelano z zakończonego fund. rezerwowego budowlanego domu N. 12/13 w Piotrkowie, wyżej pod N. XXV wykazanego, remanent	Rb. 321 k. 61
Razem przychód Rb.	642 k. 33

Z tej sumy przelano w r. 1902 do fund. ogólnego z dochodów domu N. 12/13, wyżej pod N. XXIII wykazanego, na dokompletowanie w tymże roku niezbędnych wydatków

Rb. 304 k. 26

Remanent z końcem r. 1902 wynosił Rb. 338 k. 07

Sekretarz Stały *D-r Hoyer.*

7.

BILANS

Funduszków i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem r. 1902.

(Reg. § 109 Lit. B, punkt 7).

Fundusze własnością Towarzystwa będące.

1. Activa.

I. Dom Towarzystwa przy ulicy Nie- całej Nr. 7 w Warszawie, oceniony na	Rb. 120000 k. —
II. Remanent funduszu własnego Towa- rzystwa	Rb. 50 k. —
III. Fundusz rezerwowý domu Nr. 7	
a) w papierach procento- wych	Rb. 7400 k. —
b) w gotowości	Rb. 1138 k. 82 Rb. 8538 k. 82
IV. Fundusz na wydawnictwo <i>Pamiętnika</i> <i>Tow. Lek. Warsz.</i> , remanent w gotowości.	Rb. 489 k. 58
V. Fundusz na Bibliotekę Towarzystwa przeznaczony, remanent w gotowości	Rb. 153 k. 38
VI. Fundusz stały Pracowni Towarzystwa:	
a) w kap. hipot. lokowa- nych	Rb. 3000 k. —
b) w papierach pro- centowych.	Rb. 7100 k. — Rb. 10200 k. —
c) w gotowości	Rb. 100 k. —
Reszta procentów od tego funduszu	Rb. 4 k. 20 ¹ / ₂
VII. Fundusz stały na utrzymanie grobu <i>D-ra Bączewicza</i> , w kapit. hipot. lokowanym	Rb. 150 k. —
Procenty od tego funduszu	Rb. 25 k. 33
VIII. Fundusz z legatu <i>D-ra Bączewi- cza</i> na wsparcia 5-iu wdów po lekarzach, w kapitale hipotecznie lokowanym.. . . .	Rb. 7500 k. —
IX. Fundusz stały im. <i>D-ra Chałubińskie- go</i> , w kapitale hipotecznie lokowanym	Rb. 1200 k. —
Procenty od tego funduszu.	Rb. 87 k. —
do przeniesienia	Rb. 148398 k. 31 ¹ / ₂

z przeniesienia Rb. 148398 k. 31 $\frac{1}{2}$ **X. Fundusz stały z legatu Czekierskiego:**

- a) w papierach procentowych Rb. 2000 k. —
 b) w gotowiźnie Rb. 27 k. 50 Rb. 2027 k. 50

Procenty od tego funduszu Rb. 42 k. 75

XI. Fundusz stały stypendyalny z legatu*D-ra Gołębiowskiego, w kapit. hipot.*

lokowanym Rb. 5000 k. —

XII. Fundusz stały im. D-ra Helbicha:

- a) w papierach procent. Rb. 1100 k. —
 b) w gotowiźnie Rb. 17 k. 66 Rb. 1117 k. 66
Procenty od tego funduszu Rb. 1028 k. 63 $\frac{1}{2}$

XIII. Fundusz stały z legatu D-ra Feli-ksa Jabłonowskiego:

- a) kapit. hip. lokowane. Rb. 13000 k. —
 b) w papierach procent. Rb. 500 k. —
 c) w gotowiźnie Rb. 19 k. 30 Rb. 13519 k. 30

XIV. Fundusz stały im. D-ra Konitza,

w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procenty od tego funduszu Rb. 85 k. 50

XV. Fundusz stały im. D-ra Kondra-*towicza, w papierach procentowych* Rb. 2000 k. —**XVI. Fundusz stały z legatu Kocz-***rowskiej, w kapitale hipotecz-*

nie lokowanym Rb. 1000 k. —

XVII. Fundusz nagród konkursowych*z zapisu D-ra Koczorowskiego* Rb. 439 k. 80**XVIII. Fundusz na wydawnictwo prac***konkursowych z zapisu D-ra Ko-**czorowskiego* Rb. 880 k. 66**XIX. Fundusz stały premii psychiatry-***cznych, z legatu Dr-a Płaskowskie-*
go:

- a) w papierach procent. Rb. 2000 k. —
 b) w gotowiźnie Rb. 22 k. 66 Rb. 2022 k. 66

Procenty od tego funduszu Rb. 262 k. 84

do przeniesienia Rb. 179825 k. 62

z przeniesienia Rb. 179825 k. 62

XX. Fundusz stały dla delegatów na zjazdy psychiatryczne, z legatu D-ra Płaskowskiego:

- a) w papierach procentowych Rb. 2050 k. —
 b) w gotówiznie Rb. 27 k. 89 Rb. 2077 k. 89

 Procenty od tego funduszu Rb. 84 k. 64
XXI. Fundusz w biletach premjowych, z legatu D-ra Płaskowskiego

Rb. 316 k. 25

XXII. Reszta z ofiar na portret śp. D-ra Marcelego Nenckiego

Rb. 1 k. 50

XXIII. Składki zgóry na poczet r. 1903 wniesione

Rb. 52 k. —

 Razem Rb. 182357 k. 90
II. Passiva (długi hipoteczne na domu Towarzystwa pod N 7 przy ulicy Niecałej).

1. Towarzystwu Kredytowemu m. Warszawy Rb. 29638 k. 35
2. Funduszowi z legatu D-ra Jana Bączewicza na wsparcie 5 wdów po lekarzach . . . " 7500 " —
3. Funduszowi z legatu D-ra Jana Bączewicza, na utrzymanie grobu " 150 " —
4. Funduszowi z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego . . . " 8500 " —
5. Funduszowi nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego . . . " 1200 " —
6. Funduszowi z legatu Dr-a Ignacego Gołębiowskiego . . . " 5000 " —
7. Funduszowi z legatu Teofli Koczorowskiej " 1000 " —
8. Funduszowi z legatu D-ra Władysława Wilczyńskiego, zapisanemu na Pracownię Towarzystwa. . . " 3000 " — " 55988 " 35

 Pozostaje Rb. 126369 k. 55

Z przeniesienia Rb. 126369 k. 55

Dodając do tego:

- a) wartość biblioteki Towarzystwa Lekarskiego, według polisy Warszaw. Tow. Ubez. od ognia Rb. 37500 k. —
- b) wartość ruchomości, według polisy tegoż Tow. Ubezpieczeń „ 4000 „ —
- c) wartość inwent. Pracowni, według polisy tegoż Tow. Ubezpieczeń „ 2772 „ — „ 44272 „ —
-
- Ogół stanu majątkowego Towarzystwa . Rb. 170641 k. 55

Nadto znajduje się w kasie fundusz rezerwowy domu Nr. 13/13 w Piotrkowie, pod administracją Towarzystwa Lekarskiego zostający Rb. 338 k 07.

Warszawa dnia 31 Maja 1903 r.

Sekretarz Stały *D-r Hoyer.*

S.

Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach i darowiznach.

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 8).

W roku 1902 Towarzystwo otrzymało w drodze urzędowej kopję testamentu ś. p. D-ra Władysława Florkiewicza, członka czynnego naszego Towarzystwa, napisanego własnoręcznie d. 15 Marca 1902 roku, w którym między innemi, zapisał na własność Towarzystwu Lekarskiemu Rb. 5000, z tem przeznaczeniem, ażeby kapitał ten stanowił fundusz żelazny, od którego procent będzie Zarząd Towarzystwa tego udzielał corocznie jako stypendyum, ²⁰⁰⁰ studentowi Uniwersytetu Warszawskiego, polakowi, religii rzymskokatolickiej, niezamożnemu, odznaczającemu się pilnością w naukach i moralnem prowadzeniem się. Stypendyum raz mu przyzna-

ne pobierać będzie stypendysta aż do ukończenia nauki zawodowej w Uniwersytecie, o ile nie zajdzie notoryczna zmiana w jego położeniu majątkowym i nie przestanie zasługiwać na tę pomoc pilnością i dobrem prowadzeniem się. Kandydaci wybierani będą kolejno i na przemian z wydziałów lekarskiego i matematyczno-przyrodniczego. Fundusz ten ma być Towarzystwu wypłacony po ustaniu dożywocia P-ny Kassyldy Florkiewiczówny, siostry zapisodawcy.

Zarząd Towarzystwa przedsięwziął kroki dla pozyskania zatwierdzenia zapisu przez Władze rządowe i zabezpieczenia kapitału.

Uwaga. Dary w książkach wykazane są w sprawozdaniu kol. Bibliotekarza (zob. punkt 17).

Sekretarz Stały *D-r Hoyer.*

9.

Nagrody konkursowe, stypendya itp. przyznane w r. 1902 z funduszy pod zarządem Towarzystwa zostających.

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 9.)

A. Co do nagród konkursowych.

W roku 1902, mianowicie na dzień 31 Marca, oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Towarzystwo Lekarskie na termin powyższy ogłosiło w roku 1901—10 tematów z oznaczeniem 2-ch nagród po Rb. 300 i na koszt wydawnicze każdej pracy uwieńczonej Rb. 300.

W terminie powyższym, t. j. do dnia 31 Marca 1902 r. nadesłano dwie prace, mianowicie:

- 1) „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych“ (z godłem: „Cogito, ergo sum“);
- 2) „Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc“ (z godłem: „Labor omnia vincit“).

Komitet konkursowy, złożony z DD-rów Dunina, Jakowskiego, Janowskiego, Kamockiego, Nenckiego, Przewoskiego i Szteynera, na posiedzeniu swem w dniu 10 Czerwca 1902 r. przyznał nagrody konkursowe po Rb. 300: autorowi pierwszej z powyższych

prac, jednomyślnie, autorowi zaś drugiej pracy, większością głosów.

Po otwarciu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w d. 17 Czerwca 1902 r. kopert opatrzonych wyżej wymienionymi dewizami, ogłoszono przyznanie nagród konkursowych imienia Koczorowskiego: za pierwszą pracę D-rowsi Anastazemu Landau, za drugą pracę D-rowsi Wacławowi Polańskiemu.

W r. 1900 ogłoszony był konkurs do nagrody z funduszu im. D-ra Romualda Płaskowskiego z terminem do dnia 31 Marca 1902. Ponieważ żadnej pracy nie otrzymano, przeto ogłoszono nowy konkurs, o czym niżej.

Zapomogę z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego dla delegata na zjazd psychiatryczny, udzielono w r. 1902 D-rowsi Piotrowi Pręgowskiemu z Heidelberga, w kwocie Rb. 180 k. 23, który złożył Towarzystwu sprawozdanie z 33 zjazdu południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

W r. 1899 ogłoszony był konkurs na jedną lub dwie nagrody z funduszu imienia D-ra Leona Konitza, z terminem do dnia 31 Marca 1902 roku. Na konkurs ten przedstawione zostały 3 prace:

1) „Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego“ (pod godłem „Non multa sed multum“;)

2) „W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia zgięcia macicy“ przez D-ra Czesława Stankiewicza. Łódź 1901.

3) „O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku“ przez D-ra Stefana Gaszyńskiego (odbitka z Medycyny).

Komitet konkursowy przyznał nagrody za dwie pierwsze prace, za każdą Rb. 285. Po otwarciu koperty z dewizą do pracy I-szej dołączoną, okazało się, że autorem pracy nagrodzonej jest D-r Wacław Popiel.

Uwaga. Do przyznania nagród z innych funduszy konkursowych, terminu w r. 1902 nie przypadały.

B. Co do stypendyów.

Komitet opieki funduszy stypendyalnych z zapisów D-ra Walentego Koczorowskiego i D-ra Ignacego Gołębiowskiego, przyznał stypendya na rok akad. 1902/3, następującym studentom medycyny:

a) z legatu D-ra Koczorowskiego, po Rb. 300 rocznie, studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego:

- 1) Starkiewiczowi Szymonowi z kursu V.

- 2) Kujawskiemu Czesławowi z kursu V.
- 3) Jankowskiemu Józefowi z kursu V.
- 4) Paszkiewiczowi Ludwikowi z kursu IV.
- 5) Perłowskiemu Kazimierzowi z kursu IV,
- 6) Penkali Bolesławowi z kursu III.

b) z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego, w kwocie Rb.

225:

Łabuciowi Rajmundowi, studentowi med. uniw. warsz. kur-
IV go, krewnemu zapisodawcy.

c) Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Girsztow-
ta przyznał stypendium jego imienia, na rok akad. 1902/3,
w kwocie Rb. 210, studentowi kursu V medycyny Uniwersytetu
Warszawskiego, Kobylińskiemu Edwardowi

Na przedstawienie Towarzystwa Lekarskiego p. Kurator
Okręgu Naukowego Warszawskiego zatwierdził wszystkim wyżej
wymienionym studentom medycyny przyznane im na rok akade-
micki 1902/3 stypendya.

Wreszcie wspomnieć wypada o udziale Zarządu Towarzy-
stwa Lekarskiego w zatwierdzaniu stypendyów i zapomóg z pro-
centów od funduszu wieczystego z legatu D-ra Chwiećkowskiego.

Na zasadzie testamentu D-ra Chwiećkowskiego z dnia 5
Czerwca 1879 r. wykonawcy testamentu: prof. D-r Włodzimierz
Brodowski, D-r Kazimierz Chełchowski, oraz adwokat przysięgli
Dominik Anc, przyznali w r. 1902 zapomogi, premia i stypendya,
a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził je, w ogólnej su-
mie Rb. 3400, a w szczególności:

1) Z procentów od kapitału stypendyalnego u uczniów szkół
technicznych i rzemieślniczych, przyznano zapomogi 21 uczniom,
w wysokości od Rb. 40 do Rb. 100, łącznie . Rb. 1260 k. —

2) Z procentu od kapitału stypendyalnego
studentów medycyny, przyznano stypendya 3
stud. medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kur-
su IV, po Rb. 300, mianowicie: Hubickiemu Ste-
fanowi, Rogińskiemu Walerjanowi i Zakrzewskie-
mu Zygmuntovi, łącznie „ 900 „

3) Z procentu od kapitału na premia i wy-
dawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrod-
niczych, przyznano p Mieczysławowi Brzezińskie-
mu na druk dziełek:

a) *Edmunda Jankowskie-*
go „Ogród przy szkole wiejskiej“ Rb. 300 k. — „

do przeniesienia Rb. 300 k. — Rb. 2160 k. —

z przeniesienia	Rb. 300 k. —	Rb. 2160 k. —
b) <i>F. Morzyckiej</i>		
„Francya jej przyroda i mieszkańcy“	Rb. 240 k. —	
c) <i>F. Popławskiej</i>		
„Pogadanki o rozwoju rodzaju ludzkiego“	„ 400 k. —	
d) <i>M. Brzezińskiego</i>		
„Wędrówka obrazkowa po Europie“	„ 300 „ —	Rb. 1240 k. —
		Ogółem Rb. 3400 k. —

Wykonawcy testamentu ś. p. D-ra Chwiećkowskiego za pośrednictwem jednego ze swych członków, złożyli Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego szczegółowe sprawozdanie ze stanu i obrotu funduszu za rok 1902. Sprawozdanie to, jak niemniej cała rachunkowość funduszu wieczystego z zapisu D-ra Chwiećkowskiego sprawdzone zostały przez wybranych członków Zarządu Towarzystwa Lekarskiego, DD-rów: Stanisława Kopczyńskiego, Augustyna Łoguckiego i Józefa Winiarskiego, którzy znaleźli całą rachunkowość tego funduszu w zupełnym porządku. Kopia sprawozdania za rok 1902 przesłaną została przez Towarzystwo Lekarskie p. Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszawskiego.

w Warszawie dnia 30 Czerwca 1903.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Hoyer.*

10, 11.

Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących.

A. Co do nagród konkursowych.

Wakują następujące nagrody konkursowe, przyznać się mające przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie:

1. Nagroda pieniężna z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego, w kwocie Rb. 300 i na koszt wydania pracy nagrodzonej Rb. 300—z terminem składania prac w rękopisach, pod adresem Sekretarza stałego, w terminie do dnia 31 Marca 1904 roku. Tematy i bliższe informacje wydrukowane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu.

2. Tematy do nagród konkursowych z funduszu D-ra Adama Helbicha ogłoszone będą w Październiku 1903 r.

3. Nagroda pieniężna w kwocie Rb. 240, imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego, przyznać się mająca w r. 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych, w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w ciągu 4-ro letniego terminu. Bliższe informacje podane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonych.

4) Z funduszu im D-ra Leona Konitza wakuje nagroda pieniężna Rb. 256 k. 50, przyznać się mająca w dniu 15 Października 1905 r. za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby prac przedstawionych Towarzystwu do konkursu. Bliższe informacje tego konkursu podane są przy końcu niniejszego zeszytu.

5. Nagroda pieniężna z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego, w kwocie Rb. 346 k. 63, przyznać się mająca w r. 1904, za pracę z dziedziny psychiatrii. Bliższe informacje podane są w ogłoszeniu przy końcu niniejszego zeszytu.

B. Co do stypendyów i zapomóg.

1. Z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego wakuwać będzie na rok akad. 1903/4 sześć stypendyów dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii rzymsko-katolickiej z pierwszeństwem dla kandydatów z rodzin imiennie przez zapisodawcę wskazanych; w braku kandydatów z rodzin wskazanych przez testatora, otrzymają stypendya studenci medycyny kursów wyższych, odznaczający się wzorowem sprawowaniem i celującymi postępami w naukach.

2) Z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego—jedno stypendium w kwocie Rb. 225, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, krewnego zapisodawcy; w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymuje to stypendium student medycyny kursu wyższego tegoż Uniwersytetu.

3. Stypendium imienia D-ra Polikarpa Girsztowta, w kwocie Rb. 210, przeznaczone dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursu V-go, pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem się i postępami w naukach, a szczególnie zdolnością do chirurgii i poświęcającemu się jej z zamiłowaniem.

Termin do wnoszenia próśb do Towarzystwa Lekarskiego o stypendya wyżej wymienione, oznaczony został na dzień 15 Września 1903 roku. Bliższych informacji co do stypendyów zasięgnąć można z ogłoszeń przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonych, jako też w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7—w godzinach biurowych).

Prośby o stypendya i zapomogi z legatu D-ra Józefa Chwiećkowskiego, przyjmuje jeden z wykonawców testamentu, mianowicie adwokat przysięgły p. Dominik Anc, w kancelaryi swej (ul. Jasna Nr. 10).

w Warszawie, dnia 3 Czerwca 1903.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Hoyer.*

12.

Wspomnienia pośmiertne o Członkach Towarzystwa Lekarskiego, zmarłych w r. 1902.

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 12).

A. Członkowie honorowi.

1. *Rudolf Virchow.* W d. 5 Września 1902 r. zakończył w Berlinie życie wielki reformator nauki lekarskiej, Rudolf Virchow. Od 36 lat był on członkiem honorowym naszego Towarzystwa. W dniu 13 Października 1891 r. przyjęło Towarzystwo udział w uroczystym obchodzie 70-ej rocznicy urodzin zasłużonego męża, wręczając mu przez delegowanego członka, ciepło skreślony adres gratulacyjny. Przed rokiem świat naukowy powtórnie urządził świetną uroczystość z okoliczności 80-ej rocznicy urodzin Virchowa, lecz nasze Towarzystwo nie przyjęło już udziału w tym obchodzie.

Pojawił się już cały szereg krótszych i obszerniejszych opisów biegu życia i ocen zdumiewającej działalności naukowej Virchowa, a obecnie po jego śmierci można na pewno oczekiwać wydania całych tomów, szczegółowo rozbierających daleko sięgający przewrót w poglądach lekarskich i przyrodniczych, wywołany potęgą umysłu tego olbrzyma nauki. Nasza literatura lekarska posiada już również dość szczegółową rozprawę o działalności naukowej Rudolfa Virchowa i jej znaczeniu dla medycyny, skreśloną wprawem piórem prof. Edwarda Przewoskiego, dla uczczenia 70-tej rocznicy urodzin Virchowa. Rozprawa ta wydrukowaną została wprawdzie w r. 1892 r. jako 40 zeszyt „odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę Gazety Lekarskiej, ale była przedtem odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z d. 1 Marca 1892 r. przez samego autora, będącego

wówczas jednocześnie prezesem Towarzystwa; stanowi więc pracę wykonaną w istocie dla jego członków i powinna przynajmniej w odblasku wejść do zbioru jego protokółów. Obejmuje ona wszystko, co wypada uwzględnić w ocenie działalności naszego członka honorowego i pozwala przez to referentowi ograniczyć się na zwięzłym streszczeniu biografii Virchowa i wymienieniu najwydatniejszych tylko momentów w jego doniosłej działalności. Pomieszczone w rozprawce Przewoskiego, faktyczne dane, odnoszące się do biegu życia Virchowa, przeważnie zaczerpniętymi zostały z dziełka W. Bechera „Rudolf Virchow. Eine biographische Studie“; Berlin 1891.

Rudolf (Ludwik, Karol) Virchow urodził się d. 13 Października 1821 r. w małym miasteczku Schievelbein na Pomorzu pruskiem. Ojciec jego był kupcem. Nauki początkowe pobierał w mieście rodzinnem, gimnazjum ukończył w m. Köslin'ie. Obracając się za przedmiot swych studyów medycynę, wstąpił w jesieni r. 1839 jako wychowanek do medyko-chirurgicznego instytutu Fryderyka-Wilhelma w Berlinie, (do którego przyjęty został w rok później także i Herman Helmholtz). W tymże samym czasie wyszło z druku sławne dzieło Schwann'a, które dla świata zwierzęcego stworzyło naukę o komórce. Przeważny wpływ na kierunek poglądów młodego studenta wywarli profesorowie Jan Müller i Łukasz Schönlein. W Październiku r. 1843 za dziekaństwa Müllera, obronił Virchow rozprawę doktorską pod tytułem: „De rheumate praesertim corneae“. W r. 1844 Virchow został asystentem prosektora Froriepa w berlińskim szpitalu Charité, a w r. 1846 po ustąpieniu Froriep'a, jego następcą. Wtedy rozpoczął już nauczanie anatomii patologicznej dla młodych lekarzy, choć docentem w Uniwersytecie został dopiero w r. 1847, po odczytaniu wstępnej lekcji „o zapaleniu mięśni.“

Już jako asystent Froriepa rozpoczął Virchow badania nad istotą zapalenia żył (phlebitis), które obok badań na trupach zniewoliły go do wykonania licznych doświadczeń na zwierzętach (przeważnie w zakładach berlińskiej szkoły weterynaryjnej). Tym sposobem Virchow stał się jednocześnie i wspólnie z Traube'm twórcą patologii doświadczalnej w Niemczech. Z gruntownych tych badań wynikły jego odkrycia odnoszące się do różnych procesów zmian patologicznych w układzie naczyńnym (Leukaemia, Thrombosis, Embolia, Septicaemia, Metastasis itd.), które uczyniły od razu jego imię rozgłośnem. Odnośne rozprawy ogłaszał Virchow w: Frorieps Notizen, Zeitschrift für rationelle Medicin, Medicinische Zeitung, Traube'go Beiträge zur experimentellen Pa-

thologie und Physiologie, ale ponieważ niektóre jego artykuły napotkały na opór pewnych redakcyi, założył w r. 1847 wspólnie z Reinhardt'em nowe pismo, istniejące dotąd słynne „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und klinische Medizin“, które po śmierci współpracownika w r. 1852, sam jeden wydawał. W roku 1847 wydrukował sławną krytykę dzieła Rokitańskiego, która wywołała w kołach lekarskich silne wrażenie i zadała cios śmiertelny Rokitańskiego patologii humoralnej (nauce o krazach).

W Lutym 1848 r. Virchow wysłany został przez rząd wraz z radcą ministeryalnym Bereze'm do Górnego Szląska, dla zbadania przyczyn grasującego tam tyfusu głodowego. Po powrocie do Berlina w Marcu tegoż roku ogłosił on rozprawę malującą położenie owego kraju i przyczyny epidemii w najjaskrawszych barwach i żądającą głęboko sięgających reform socyalnych, dla poprawy materyalnych i moralnych warunków bytu. Rozpoczynająca się wówczas burza polityczna poruszyła silnie także młodego badacza. Założył wspólnie z Leubuscher'em nowe pismo pod tytułem: „die medicinische Reform“, w którym domagał się fundamentalnych reform w urządzeniach stanu lekarskiego, nauczaniu medycyny, urządach lekarskich, szpitalnictwie itd. na zasadach najobszerniejszego samorządu. Zarówno jego rozprawa o tyfusie głodowym, jak i te skrajnie demokratyczne wynurzenia uczyniły jego stanowisko w Berlinie nader niepewnem, co go skłoniło do przyjęcia katedry anatomii patologicznej w Würzburgu. W pracach do owego czasu ogłaszanych, Virchow trzymał się jeszcze pierwotnego poglądu Schleiden'a i Schwann'a na samorodne powstawanie komórek w twórczej plastycznej blastemii. Przy ustąpieniu z Berlina ogłosił jeszcze rozprawę pod tytułem: „Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medizin“, która usiłowała postępowe jego poglądy na przyrodę, na zjawiska życiowe i sprawy chorobowe, związać w jednolitą całość.

W Würzburgu brał Virchow najczynniejszy udział w pracach naukowych grona znakomitych badaczy na polu nauk przyrodniczych i lekarskich i w redakcyi wydawanego przez to grono pisma: „Verhandlungen der physicalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg“. Ogłosił on tam, obok drobniejszych, długi szereg nader poważnych prac, które położyły fundament całej jego późniejszej nauki, a mianowicie pracę o tkance łącznej i jej komórkach, o ciałkach krochmalowych (ich reakcyi jodowej) itd. Doszedł już wtenczas do przekonania, że komórki nowe powstają tylko z podziału dawniejszych (cellula e cellula) i stworzył już podstawy do swej patologii cellularnej (w 8 tomie swego archiwu), która w następstwie wywołała reformę fundamentalną w poglądach lekarskich. Obecnie owe poglądy powszechnie są uznawane za

podstawy zapatrywać na wszystkie sprawy życia, zarówno normalne jak i patologiczne.—W Würzburgu wziął Virchow także na siebie wydawnictwo rozpoczętych przez Cansstatt'a sprawozdań (*Jahresberichte über die Fortschritte der Medicin*) wspólnie z Eisenmann'em i Scherer'em i zaczął także wydawać pierwsze niemieckie dzieło zbiorowe: „*Handbuch der Pathologie und Therapie*“, które wywarło potężny wpływ na postęp nauki lekarskiej.—Tamże wychował już Virchow cały zastęp dzielnych i znakomych uczniów, którzy później sami zajęli katedry lekarskie w różnych uniwersytetach, rozkrzewili i ustalili jego poglądy.

W r. 1856 Virchow z powrotem powołany został do Berlina, gdzie na wniosek Jana Müller'a utworzono nową katedrę anatomii patologicznej przy uniwersytecie i zbudowano pierwszy zakład poświęcony wyłącznie anatomii patologicznej i patologii ogólnej (z odpowiednią także pracownią chemiczną). Piszący niniejszy referat należał do pierwszego zastępu uczniów, którzy słuchali wykładów i dokonywali doświadczeń w tym nowym zakładzie. W 1½ roku później wygłosił tam Virchow szereg wykładów dla koła starszych lekarzy, które zostały stenografowane i stworzyły sławne dzieło „o patologii celularnej“, które tak wielki wpływ wywarło na dalszy rozwój poglądów lekarskich. Nie mniej ważnem dla ustalenia tych poglądów stało się dzieło Virchow'a o guzach patologicznych (*Onkologja*) 1863—1867. Badania nad trichinami (1865) wyjaśniły sposób infekcyi niebezpiecznymi tymi pasorzytami i dały możność skutecznej z nimi walki. W r. 1873 Virchow wybrany został na członka czynnego Berlińskiej Akademii nauk.—Wybór na członka honorowego Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego nastąpił na posiedzeniu d. 17 Kwietnia 1866 r. za prezesostwa Le Bruna (jednocześnie z b. Inspektorem Głównym służby cywilno-lekarskiej w Królestwie, D-rem Beckerem).

Bardzo czynny i skuteczny udział brał Virchow w sprawach społecznych. Jako deputowany do sejmu pruskiego (od r. 1862), a następnie i parlamentu niemieckiego, do rady miejskiej Berlina itd. należał do stronnictwa liberalno-postępowego i wielce przyczynił się do przeprowadzenia różnych reform i ulepszeń (kanalizacyi Berlina, budowy szpitali itd). Z wielkiem zamiłowaniem zajmował się badaniami antropologicznymi, brał udział w założeniu towarzystwa i czasopisma antropologicznego i muzeum odzieży ludowych, wspierał bardzo czynnie badania Schliemann'a, ogłosił liczne bardzo rozprawy odnoszące się do antropologii, etnografii i czasów przedhistorycznych. Wspólnie z Holzendorffem wydawał także bibliotekę wykładów popularnych, napisał sam szereg bardzo pouczających takich wykładów, a oprócz tego skreślił on szereg biografii i ocen działalności znakomych ludzi (Jana Müllera, Schönleina, badań przyrodniczych Göthe'go itd.)

W dziedzinie medycyny nie był on tylko badaczem i teoretykiem, ale przez dłuższy szereg lat kierował także jako ordynator oddziałem szpitalnym w Charité.

Celularna nauka wydawała się początkowo silnie zachwianą przez odkrycia Cohnheima, ucznia Virchowa, który wykazał, że ciała ropne nie powstają w miejscu zapalenia z komórek tkanki łącznej, jak to utrzymywał Virchow, lecz wnikają tam przez ścianki naczyń krwionośnych włosowatych; ale fakt ten posłużył tylko do sprostowania niezbyt donośnego przypuszczenia błędnego, gdy tymczasem istota nauki o udziale komórek w sprawach życia nie doznała poważniejszego szwanku.—Tak samo i nader doniosłe odkrycia w dziedzinie bakterjologii zdawały się początkowo zagrażać patologii cellularnej, lecz ostatecznie okazało się, że istotne jej podstawy przez owe odkrycia bynajmniej nie zostały zachwiane, owszem zyskały jeszcze trwalsze podstawy.—Dzieło Virchowa stoi i dotąd na stałych podstawach, a liczni jego bezpośredni i pośredni uczniowie pracują nad utrwaleniem i rozszerzeniem wspaniałej budowli nauki, do której Virchow założył fundamenta.

H. H.

B. Członkowie czynni.

Dr. Władysław Florkiewicz

zmarł w Zakopanem w dniu 13 Sierpnia 1902 r. Członkiem czynnym naszego Towarzystwa został on w d. 21 Listopada 1882 r. Przez 4 lata (1895 — 1898) należał do członków Komitetu rewizyjnego, a przez 2 lata (1895 — 1896) był przewodniczącym w tymże Komitecie. Brał kilkakrotnie udział w delegacyach Towarzystwa na zjazdy naukowe, a ostatnio w początku roku bieżącego wybrany został także na delegata do Komitetu polskiego w Krakowie, przygotowującego międzynarodowy zjazd w Madrycie.

Śp. Wł. Florkiewicz urodził się 14 Września 1834 r. we wsi Wiktorowicach w okręgu Miechowskim dawnego Województwa Krakowskiego. Uczęszczał od r. 1844 do gimnazjum Ś-tej Anny w Krakowie, a po ukończeniu szkoły wstąpił na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, w której 25 Czerwca 1861 uzyskał stopień doktora medycyny. W latach 1860 i 1861, będąc jeszcze kandydatem medycyny, sprawował obowiązki asystenta przy katedrze zoologii i mineralogii uniwersytetu krakowskiego. W ro-

ku 1862 zyskał stopień lekarski w byłej Warszawskiej Akademii lekarskiej (pierwszy tu etap z fizjologii i histologii odbył on wzorowo u referenta niniejszego). Przez lat 17 pełnił służbę lekarską w szpitalu Św. Jana w Koniecpolu, który został zbudowany z jego inicjatywy. W latach 1863 i 1864 niósł pomoc licznym rannym w czasowych szpitalach w Koniecpolu, Chrzastowie i Seceminie. W r. 1879 przeniósł się na stały pobyt do Warszawy.

Śp. Florkiewicz był dzielnym i wziętym praktykiem, opierającym się na ściśle naukowej obserwacji. Jako charakter najzacniejszy, był on wysoko ceniony i uznawany przez kolegów i byłby niewątpliwie uzyskał nierównie więcej zewnętrznych oznak tego uznania w naszym Towarzystwie, gdyby wrodzona wielka skromność nie powstrzymywała go od wszelkiego wysunięcia się naprzód. W Zakopanem był on przez kilka ostatnich lat zarządzającym muzeum imienia Chałubińskiego. Prace ogłoszone drukiem przez Florkiewicza odnoszą się wyłącznie do kazuistyki lekarskiej, ale odznaczają się wszystkie dokładną obserwacją i opracowaniem ściśle naukowym.

Tytuły tych prac są następujące: „Rak pierwotny całego lewego płuca, zajmujący po stronie odpowiedniej część klatki piersiowej i połowę przepony“. Medycyna 1882, Nr. 8 — 10.

„Przypadek niemoty po obrażeniu głowy powyżej skroni lewej“. Gazeta Lekarska 1883, Nr. 52.

Wspólnie z Rogowiczem: „Przypadek przybłoniaka szyi macicznej (Epithelioma colli uteri)“. Medycyna 1883, Nr. 10.

„Uwagi nad chorobą Brighta“. Pamiętnik Tow. Lek. W. LXXX, 1884, str. 447 — 508.

„Dwa przypadki promienicy“. Gazeta lekarska 1885, Nr. 45 — 48.

„Kilka uwag nad objawami promienicy.“ Przegląd lekarski 1888, str. 473. (Pierwsze to rozpoznane w Warszawie przypadki promienicy).

„Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etjologii ropnego zapalenia wątroby“. Medycyna 1887, str. 33, 49, 69.

H. H.

C. Cz ł o n e k k o r e s p o n d e n t.

D-r Alfons Erlicki urodził się w Warszawie d. 23 Grudnia 1846 r. Po ukończeniu kursu nauk w b. gimnazjum realnem w Warszawie zapisał się na wydział inżynierów cywilnych w Instytucie Politechnicznym w Puławach; gdy w roku 1863 ta Instytucya naukowa zwinęta została, Erlicki przerzucił się do nauk lekarskich i te ukończył w r. 1868 w Szkole Głównej w Warszawie. Od roku 1868 do 1877 zajmował się praktyką lekarską w miastach Wyszkanie, w powiecie Pułuskim, Turku w gubernii Kaliskiej i w Częstochowie, gdzie był lekarzem progimnazjum a następnie lekarzem miejskim. W roku 1877 został przykomenderowany przez Departament Lekarski Ministerjum Spraw Wewnętrznych do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu na lat dwa, w celu dalszego kształcenia się. Tu oddał się badaniu chorób nerwowych i umysłowych w klinice prof Mierzejewskiego. W roku 1878 pełnił obowiązki lekarza wojskowego w Bułgarii. Po uzyskaniu w roku 1880 stopnia Doktora medycyny w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, objął obowiązki ordynatora w klinice Prof Mierzejewskiego, a oprócz tego w tymże roku został mianowany stałym ordynatorem w „Domu obłąkanych, założonym przez Jego Cesarską Wysokość Cesarzewicza Następcę Tronu“. W dniu 21 Grudnia 1880 roku Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało Erlickiego na Członka korespondenta. Od roku 1882 Erlicki był docentem prywatnym w Akademii Wojsko-Lekarskiej w Petersburgu. Prace i spostrzeżenia naukowe Erlicki помещał w Gazecie Lekarskiej i Medycynie. — W Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zamieścił następujące prace: w 1880 roku „Zmiany w rdzeniu kręgowym amputowanych psów“. W r. 1881 „Melanosis medullae spinalis, jako powikłanie paraliżu postępowego“. W roku 1897, nakładem kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. Mianowskiego, wyszło dzieło D-ra Erlickiego p. t. „Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych“, którego egzemplarz ofiarowany został do Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Zmarł D-r Erlicki w Petersburgu w dniu 20 Listopada 1902 roku.

13. 14. 15.***Odpisy 2-ch posiedzeń Komitetu rewizyjnego, obejmujące rezultaty rewizji rachunków, oraz uwagi i wnioski w myśl regulaminu Towarzystwa.***

Działo się w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Warszawie dnia 10 Marca 1903 roku o godzinie 8 wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z DD-rów Michała SADOWSKIEGO, jako przewodniczącego w Komitecie, oraz Andrzeja CIECHOMSKIEGO i Adama PRZYBOROWSKIEGO, członków tegoż Komitetu, w obecności Prezesa Towarzystwa D-ra Teodora DUNINA i zastępcy Sekretarza Stałego D-ra Wiktoryna KOSMOWSKIEGO, dopełnił w dniu dzisiejszym, w myśl § 112 regulaminu objaśniającego i rozwijającego ustawę Towarzystwa Lekarskiego, szczegółowej rewizji rachunkowości i fundusów Towarzystwa Lekarskiego za rok 1902 oraz sprawdzenia stanu obu kas: Towarzystwa i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy.

Podskarbi Towarzystwa, kol. Konrad DOBRSKI przedstawił Komitetowi następujące księgi rachunkowe: 1) kwitariusze: do poboru ofiar jednorazowych, składki rocznej, wpływów z prenumeraty Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego, wpływów z komornego od lokatorów domu przy ulicy Niecałej i innych wpływów do kasy Towarzystwa wnoszonych;

2) dzienniki kasy Towarzystwa i kasy Wsparcia, prowadzone w dwóch egzemplarzach, mianowicie: egzemplarze pierwsze prowadzone w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego i drugie prowadzone przez Podskarbiego; 3) Księgę Główną funduszków Towarzystwa oraz funduszków pod administracją Towarzystwa zostających.

Nadto Podskarbi przedstawił Komitetowi rewizyjnemu: 1) podpisany przez p. o. Sekretarza Stałego wykaz funduszków Towarzystwa i pod administracją Towarzystwa zostających, sporządzo-

ny przy zamknięciu rachunków Towarzystwa za rok 1902; 2) opisany przez siebie wykaz stanu kasy Towarzystwa i kasy Wsparcia w dniu dzisiejszym; 3) asygnacje i dowody wypłat na wydatki w r. 1902 z kasy Towarzystwa dopełnione; 4) zbiór wypisów hipotecznych sum Towarzystwa na hipotekach lokowanych; wreszcie 5) świadectwa depozytowe Dyrekcyi Towarzystwa Kredytowego m. Warszawy i Banku Handlowego, na złożone w tychże instytucjach papiery procentowe Towarzystwa Lekarskiego i Kasy Wsparcia lekarzy.

Po szczegółowem sprawdzeniu przedstawionego wykazu funduszów Towarzystwa Lekarskiego za rok 1902 z księgami buchalteryjnymi i dokumentami kasowymi, Komitet rewizyjny znalazł zupełną zgodność rachunkowości i kasowości Towarzystwa za rok upłyniony.

Następnie przystąpił Komitet do rewizyi obecnego stanu kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia, przyczem znalazł stan kasy następujący:

A. Co do Kasy Towarzystwa:

Według Dziennika kasy Towarzystwa, prowadzonego w Kancelaryi, a w zupełności zgodnego z Dziennikiem prowadzonym przez Podskarbiego, przychód w r. 1902, wraz z remanentem z roku 1901, po dzień dzisiejszy wynosił:

a) w gotowiznie	Rb. 17442 k. —
b) w papierach procentowych zagranicznych	Rb. 16 k. 25
Łącznie	Rb. 17458 k. 25
rozchód wynosi	Rb. 8251 k. 80

Saldo przeto kasy w dniu dzisiejszym wynosi	Rb. 9206 k. 45
---	----------------

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym, w gotowiznie na rachunku przekazowym . Rb. 8811 k. 82

b) w zachowaniu

u Podskarbiego: w goto- .

do przeniesienia Rb. 8811 k. 82 Rb. 9206 k. 45

z przeniesienia	Rb.	8811 k. 82	Rb.	9206 k. 45
wiznie	Rb.	378 k. 38		
w papierach procentowych zagranicznych, przez D-ra Płaskowskiego zapisanych .	Rb.	16 k. 25		
			Ogółem jak wyżej	Rb. 9206 k. 45

B. Co do kasy Wsparcia:

Rachunki Kasy Wsparcia za r. 1902 dotąd nie mogły być zamknięte, tak jak to i poprzednich lat się praktykowało, z powodu nieukończenia obrachunków z pp. Inspektorami Lekarskimi lub ich Pomocnikami, zajmującymi się zbieraniem składek w guberniach kraju. Komitet rewizyjny przeto sprawdził tylko obecne saldo Kasy Wsparcia, według dziennika Kasy, podobnie jak wyżej w 2-ch egzemplarzach prowadzonego, a mianowicie:

Przychód z r. 1903, wraz z remanentem z r. 1902, po dzień dzisiejszy wynosił:

a) w gotowiznie	Rb.	6969 k. 47
b) w papierach procentowych . . .	Rb.	1200 k. —
	Razem	Rb. 8169 k. 47
	Rozchód	Rb. 3388 k. 59
	Remanent	Rb. 4780 k. 88

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym, w gotowiznie
na rachunku przekazowym Rb. 2821 k. 45

b) w zachowaniu
u Podskarbiego: w gotowiznie Rb. 759 k. 43
w Listach zastawnych $4\frac{1}{2}\%$
M. Warszawy Rb. 1200 k. —

Razem jak wyżej Rb. 4780 k. 88.

Gotowiznę znajdującą się u Podskarbiego, według powyższego wykazania, mianowicie w Kasie Towarzystwa Lekarskiego

Rb. 378 k. 38, w Kasie Wsparcia Rb. 759 k. 43 oraz papiery $\%$ zagraniczne, należące do Kasy Towarzystwa Rb. 16 k. 25 i Listy zastawne $4\frac{1}{2}\%$ M. Warszawy na Rb. 1200, Komitet rewizyjny sprawdził i wręczył je napowrót kol. Dobrskiemu, gotowiznę zaś znajdującą się w Banku Handlowym, mianowicie odnoszącą się do kasy Towarzystwa Rb. 8811 k. 82 i należącą do Kasy Wsparcia Rb. 2821 k. 45, kol. Podskarbi usprawiedliwił wykazem przez Bank Handlowy nadesłanym.

Co się tyczy papierów procentowych, należących do funduszków Towarzystwa Lekarskiego i funduszków Kasy Wsparcia, zdeponowanych w Instytucjach finansowych w Warszawie, mianowicie w Towarzystwie Kredytowym Ziemskim, w Towarzystwie Kredytowym M. Warszawy i Banku Handlowym, wynoszących, według nominalnej wartości papierów publicznych ogólną sumę Rb. 85650, a w szczególności: a) w papierach procentowych należących do kasy Towarzystwa Rb. 24550 i b) w papierach procentowych, należących do Kasy wsparcia Rb. 61100, kol. Podskarbi usprawiedliwił zdeponowanie tychże papierów $\%$ świadectwami depozytowymi odnośnych Instytucyj finansowych.

Dokumenty te Komitet rewizyjny sprawdził, znalazł w zupełnym porządku i do dalszego zachowania Podskarbiemu zwrócił.

Następnie Komitet porównał budżet Towarzystwa na r. 1902 z przedstawionym przez p. o. Sekretarza Stałego wykazem funduszków sporządzonych przy zamknięciu rachunków za r. 1902 i przy porównywaniu szczegółowych funduszków z budżetem, przekonał się, że wogóle wszystkie oznaczenia budżetowe, zarówno w dochodach, jak i w rozchodach, wykonane zostały zgodnie z budżetem na r. 1902 przez Towarzystwo zatwierdzonym, z wyjątkiem małych różnic, wykazanych już na posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa przez kol. Podskarbiego, a które przez Towarzystwo za usprawiedliwione uznane zostały.

Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym (podpisano).

Dr Sadowski

Członkowie komitetu (podpisano)

Adam Przyborowski, A. Ciechomski.

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 16 Marca 1903 r. o godzinie 2 po południu.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dalszym ciągu swej pracy na poprzedzającym posiedzeniu w dniu 10 Marca 1903 r. dopełnionej, przystąpił w dniu dzisiejszym, w myśl §§ 113 Regulaminu, do sprawdzenia inwentarza własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego.

Wszelka własność ruchoma Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, z wyjątkiem biblioteki, t. j. dzieł, broszur, atlasów, itp., które zostają pod najbliższą kontrolą Komitetu bibliotecznego, zapisaną jest w 3-ch książkach, należycie oparafowanych i opieczętowanych, które przy rewizjach w latach ubiegłych przez Komitet były poświadczane.

Rezultaty dopełnionej w dniu dzisiejszym rewizji inwentarzy, według wyżej wymienionych 3-ch książek,—jest następujący:

Co do inwentarza głównego własności ruchomej Towarzystwa i oddzielnej książki materyałów, oraz przedmiotów przedszemu ulegających zniszczeniu.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty, zapisane w tymże inwentarzu i książce materyałów, na właściwych miejscach w lokalach Towarzystwa, a niektóre z utensyliów oddane do użytku służby niższej, przy utrzymywaniu porządku w zabudowaniach domu Towarzystwa.

Co do inwentarza własności ruchomej Pracowni Towarzystwa.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu po koniec roku 1901, jak niemniej przedmioty nabyte w r. 1902 na właściwych miejscach w lokalu Pracowni. Podobnie jak w latach ubiegłych Komitet we wszystkich działach

inwentarzy zamieścił odpowiednie poświadczenia. Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym.

(podpisano) *D-r Sadowski.*

Człokowie Komitetu (podpisano)

Adam Przyborowski. A. Ciechomski.

Zgodność 2-ch kopii protokółów posiedzeń Komitetu Rewizyjnego poświadczam.

w Warszawie d. 30 Czerwca 1903 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Hoyer.*

16.

SPRAWOZDANIE

z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1902.

Na początku roku 1902, a 85-go swego istnienia, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w składzie swoim liczyło członków honorowych 11, członków czynnych 227, członków przybranych 5, oraz 100 członków korespondentów.

W roku sprawozdawczym zmarł członek honorowy Virchow, członek czynny Władysław Florkiewicz, oraz członek korespondent Alfons Erlicki.

Na posiedzeniu wyborczem weszło do grona Towarzystwa członków czynnych 7, a do grona członków korespondentów 2-ch kolegów. Na rok 1902 wybrani zostali: na Prezesa Teodor DUNIN, na Wice-prezesa Walenty KAMOCKI, na Sekretarza Stałego prof. HOYER, na sekretarza dorocznego Stanisław KOPCZYŃSKI, na pomocnika sekretarza dorocznego — Józef BRUDZIŃSKI; podskarbim pozostał Konrad DOBRSKI, bibliotekarzem Edward ZIELIŃSKI, redaktorem „Pamiętnika T. L.” Stanisław KAMIŃSKI, członkami Zarządu, prócz należących z urzędu, byli ŁOGUCKI, KOSMOWSKI WINIARSKI.

W roku ubiegłym Towarzystwo odbyło 30 posiedzeń klinicznych, z tych 2 nadzwyczajne, których treść była przeważnie dy-

daktyczna (mian. kol. MORACZEWSKI mówił „O stosunku chemii fizykalnej do medycyny“); jedno posiedzenie wyborcze i jedno administracyjne.

Na posiedzenia kliniczne uczęszczało przeciętnie 54 członków, najliczniejsze posiedzenie było 30 Września (odczyt prof. KOSTANECKIEGO)—102 członków, najmniej liczne 20 Grudnia—33 członków. Prócz tego w posiedzeniach uczestniczyło ogółem 161 wprowadzonych gości.

Na posiedzeniach klinicznych miało miejsce 27 dłuższych odczytów i przemówień (w tej liczbie 10 przez nieczłonków Towarzystwa), oraz 82 przedstawienia chorych, preparatów i różnych przyrządów (w tej liczbie przez 8 nieczłonków). W przemówieniach nie licząc mówców, zabierało głos 46 kolegów, z tych 10 nieczłonków naszego Towarzystwa.

Jak w roku ubiegłym, tak i w tym, jedną z najlepiej reprezentowanych gałęzi medycyny była neurologia, tak ze względu na liczbę poruszanych tematów (5 większych odczytów), jak i ze względu na żywe zainteresowanie kolegów.

Na pierwszym miejscu postawić należy odczyt W. Męczkowskiego: „W sprawie świadectw lekarskich w przypadkach cierpień urazowych“. Mówca usiłował tu rozwinąć szereg kwestyi praktycznych, ostrzegał przed zbyt pohopnem rozpoznawaniem symulacyi tam, gdzie jej nie ma. W dyskusyi bardzo ożywionej, ciągnącej się i na następnem posiedzeniu, zabierało głos 9 kolegów (przeważnie neurologowie i okuliści). W dłuższych przemówieniach podnoszono fatalne warunki ekspertyz lekarskich w szpitalach sposób określania zdolności do pracy w odsetkach, dyskutowano o anatomicznem podłożu nerwic urazowych, a wszyscy mówcy żądali specjalnych szpitali dla osób, dotkniętych nerwicami urazowymi.

Nie mniej interesujący był odczyt St. ORŁOWSKIEGO: „O hypnotyzmie leczniczym“. Mówca uwzględnił zwłaszcza ostatnie dziesięciolecie i przedstawił stan tej sprawy zagranicą, oświetlając różne punkty własnymi spostrzeżeniami. W hypnotyzmie każe on widzieć potężny środek leczniczy. W ożywionej dyskusyi dyskutowano o istocie sugestyjności (RZECZNIOWSKI), o stosowaniu hypnotyzmu w cierpieniach organicznych (DUNIN); WIZŁ zmniejszał nieco potęgę hypnotyzmu, choć wogóle popierał bardzo mówcę.

Jako gość BORNSTEIN mówił: „O rozpoznawaniu różniczkowym neurastenii i pierwszych objawów bezwładu postępującego“, kwestyi dla lekaza praktyka niesłychanie ważnej.

PILTZ mówił o znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych i przytaczał wyniki własnych badań eksperymentalnych w tym kierunku. W innym odczycie ten sam mówca mówił „O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło“ demonstrując chorego tabetyka, u którego zaciemnianie oka powodowało zwężanie się źrenicy, a oświetlanie—rozszerzanie się.

Demonstracye preparatów anatomicznych i chorych, z dłuższem przemówieniem zawdzięczaliśmy, FLATAU'owi, (przypadek myastenii), BREGMANOWI i STEINHAUSOWI (przypadek limfosarkomatu śródpiersia, drażącego do kanału kręgowego), KOPCZYŃSKIEMU St. meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica), WŁ. STERLINGOWI (przypadek choroby MORVANA).

Poważnemi pracami, zwłaszcza w porównaniu z rokiem zeszłym, poszczycić się może medycyna wewnętrzna. Niektóre z tych odczytów dostarczyły tematu do żywej dyskusyi, choć dotyczyły głównie badań laboratoryjnych. Tu wymienić należy odczyt Czesława OTTO „Kryoskopia i jej zastosowanie w chorobach serca i nerek“. Mówca w odczycie swym zapoznał słuchaczy z metodą kryoskopowania i ze znaczeniem praktycznem kryoskopii przy wycinaniu nerek. Obszerniej dyskutowali nad tem A. LANDAU, PRUSZYŃSKI i JANOWSKI. Podobny temat w obszernej konkursowej pracy poruszył A. LANDAU: „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w stanie normalnym i patologicznym“. Zbyt rozwlekły odczyt nie wywołał wcale dyskusyi. Rzętkowski w odczycie swym „Sposoby leczenia i wyniki otrzymane w sanatoryach dla leczenia suchot płucnych“ zachęcał gorąco do leczenia sanatoryjnego tego cierpienia, podając znaczną odsetkę wyzdrowień. POLAŃSKI mówił o „Fizycznej charakterystyce osób, dotkniętych gruźlicą płuc“. Praca ta była wynikiem badań pomiarów nad trupami, nie jednak godnego zażnaczenia do literatury nie wniosła. KAPUŚCIŃSKI z Poznania mówił o badaniu serca i leczeniu mięśnia sercowego, według metody SMITHA. Sposób badania (pocieranie pędzelkiem

przy fonendoskopie) i leczenie (kąpiele z prądem przerywanym) były surowo skrytykowane przez Prezesa DUNINA i PAWIŃSKIEGO.

Demonstracye z tej dziedziny z dłuższem przemówieniem zawdzięczamy PAWIŃSKIEMU (tętniak aorty zstępującej), STEINHAUSOWI (gruźlica aparatu chłonnego), BROVOWSKIEMU (mięsak osierdzia).

Z patologii ogólnej mamy do zaznaczenia dwa odczyty: RZĘTKOWSKIEGO: „O cytotoksynach i MORACZEWSKIEGO: „O spalaniu w organizmie“. Pierwszy przedstawił obecny stan nauki o cytotoksynach, mówił o hemolizie, o precypitynach i o znaczeniu ich dla medycyny praktycznej. W ożywionej dyskusyi (PREZES, PRUSZYŃSKI, JANOWSKI), zaznaczono, że te odkrycia wróżą naukowe uzasadnienie twierdzeń o odporności organizmów i leczeniu surowicą.—MORACZEWSKI poruszył sprawę wydzielania się z organizmu związków aromatycznych, kwasów eterosiarkowych i kwasu szczawowego. W dyskusyi przemawiał PRUSZYŃSKI.

Z dziedziny ginekologii i akuszerji wypowiedział płynnie JAWORSKI dwa odczyty. Pierwszy, który opracował z IWANICKIM, nosił tytuł „O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi“. Mówca leczył z powodzeniem bolesne miesiączkowanie, kokainizacją t. zw. „Punktów płciowych“ nosa. Odczyt ten wywołał ożywioną dyskusję. Przedstawiciele neurologii (FLATAU, BREGMAN, LUXENBURG) zajmowali się stroną anatomiczną łuku odruchowego, specjaliści chorób nosa (LUBLINER, ŁOGUCKI) poniekąd potwierdzali dane mówcy. Drugi odczyt „O surowicy przeciwpaciorkowcowej i jej stosowaniu w gorączce połogowej“. We wnioskach mówca podnosił wartość surowicy jako środka, łagodzącego przebieg choroby, ważnego pod względem prognostycznym. W dyskusyi (ZABOROWSKI, SAWICKI i inni) zachęcali do stosowania surowicy, przypominając jednocześnie o ważności zabiegu chirurgicznego.

Szczupły w liczbę odczytów dział ginekologii i akuszerji obfitował w pokaźną (21) liczbę przedstawień chorych i preparatów anatomicznych, które zawdzięczaliśmy niemal wyłącznie Cz. STANKIEWICZOWI i Fr. NEUGEBAUEROWI. Obydwaj swe demonstracye uzupełniali dłuższemi przemówieniami, ważnemi zwłaszcza dla lekarza praktyka. Czesław STANKIEWICZ przedstawił między innemi

chore po trzykrotnem cięciu cesarskiem, po colopexis, po wycięciu gruźliczo zwyrodniałych narządów rodzajnych, dalej olbrzymi, bo 32 funty ważący śluzak. Fr. NEUGEBAUER przedstawił kilka przypadków wrzekomego obojnactwa, preparaty anatomiczne podwójnej ciąży, wczesnych jaj płodowych itp. Do tego działu odnieść należy przedstawienie przez Br. SAWICKIEGO dwóch chorych, dotkniętych rzadkiem u nas cierpieniem — rozmiękczeniem kości (osteomalacia).

W dziale chirurgii nie notowaliśmy żadnego ważniejszego odczytu, oprócz notatki BORZYMOWSKIEGO „O nowym sposobie leczenia pooperacyjnego ostrego zapalenia ropnego stawu kolanowego“. Sposób ten, polegający na układaniu chorych na brzuch, został surowo skrytykowany przez Wł. KRAJEWSKIEGO i Br. SAWICKIEGO. Z szczerzej liczby przedstawionych chorych wspomnieć należy chorego z wyciętą nerką, zwyrodniałą wskutek nowotworu (KRAUSE i STEINHAUS), chorego z nerwem twarzowym, przeszczepionym do nerwu WILLIS'a (SZTEYNER), chorego z wielokrotnie wycinanymi mięsakami (Wł. STANKIEWICZ), chorą z przyszytą nerką wędrującą (Cz. STANKIEWICZ), chorego po wycięciu nowotworu złośliwego w jamie nosogardzielowej (ODE RFELD).

Z balneologii i klimatoterapii wspomnieć należy o odczycie K. CIĄGLIŃSKIEGO „Jakie wody mineralne wewnątrznie użyte przynoszą największy pożytek i czego się po nich spodziewać można“. Mówca miał na uwadze głównie diatezę moczanową. O odróżnianiu jej od kamicy nerkowej i o krytycznej ocenie różnych wód, które głównie w wielu razach jedynie ilością swą działają, mówił szerzej prezes DUNIN. Z dziedziny klimatoterapii TARNAWSKI z Kossowa (Galicya) mówił o uzdrowiskach we wschodniej Galicyi, nie ustępujących wielu odpowiednim uzdrowiskom niemieckim.

Odczytem, należącym częściowo do medycyny wewnętrznej, a częściowo do medycyny sądowej, była rzecz SOKOŁOWSKIEGO: „Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstawania suchot płucnych“. Własne obserwacye pouczyły mówcę, że uraz przyczyniał się do pogorszenia cierpienia płuc, że je wywołał, tego mówca twierdzić nie mógł. St. MARKIEWICZ radził oględność w wydawaniu świadectw.

Z dziedziny embryologii wypowiedział odczyt prof. KOSTANECKI z Krakowa p. t.: „O t. zw. sztucznej partenogenezie“. Mówca przedstawił wyniki własnych badań nad tą sprawą: pogrążając jaja niektórych niższych zwierząt w wodę morską o różnem zgęszczeniu, mówca otrzymywał sztuczny bez udziału plemnika podział jajka. W dyskusyi prof. HOYER, JANOWSKI i inni podnosili ważność ciśnienia osmotycznego dla objaśnienia zjawisk życiowych.

Z zakresu pediatrii BRUDZIŃSKI wygłosił dwa odczyty: „Przymiot dziedziczny u niemowląt, jego rozpoznawanie, karmienie niemowląt, obarczonych tem cierpieniem“ i „Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia“. Pierwszy odczyt wywołał wśród pediatrów i syfilidologów bardzo ożywioną dyskusyę. Ad. KOZERSKI i KORYBUT-DASZKIEWICZ oświecali zwłaszcza stan tej sprawy w Warszawskim Domu Wychowawczym. Rozpatrywano wartości różnych znaków rozpoznawczych dla syfilisu u niemowląt, żądano mamek syfilitycznych dla niemowląt, dotkniętych tem cierpieniem. BRUDZIŃSKIEMU zawdzięczamy przedstawienie trojga niemowląt cierpieniem LITTLE'a i chłopca z destrukcją, stwierdzoną za pomocą roentgenografii.

Laryngologia i otiatria, zapewne ze względu na specyalne posiedzenia miała bardzo nielicznych przedstawicieli: Zdzisław DOBROWOLSKI przedstawił dwóch chłopców z gruźlicą nosa i krtani i HEIMAN Teodor przedstawił chorą po operacyi otwarcia zakrzepu zatoki poprzecznej.

Z działu higieny mieliśmy bardzo interesujący odczyt inżyniera SOKAŁA, który, mówiąc „O uzdrowotnieniu Pragi“, przedstawił w sposób nadzwyczaj jasny, przystępny i interesujący znaczenie kanalizacji dla dużych miast, rozmaite sposoby usuwania nieczystości i proponował, aby Towarzystwo Lekarskie wypowiedziało własne zdanie w sprawie kanalizacji Pragi, jak niegdyś wypowiedziało się za kanalizacją Warszawy. W dyskusyi St. MARKIEWICZ ze wszech miar zalecał kanalizacyę splawną, uważając system pól irygacyjnych za nieodpowiedni.

Choroby skórne i weneryczne miały zaledwie kilku przedstawicieli: mianowicie A. KOZERSKI przedstawił chorych z nietypowem owrzodzeniem syfilitycznym w nosie i na górnej wardze,

z „dermatite polymorphe douloureuse“, z mycosis fungoides, z lichen ruber acuminatus. MALINOWSKI przedstawił chorych z ciężkimi owrzodzeniami gruzliczemi, z lichen variegatus i gumma serpiginosum; KOPYTOWSKI przedstawił chorą z przymiotem guziczkowatym pełzającym skóry. Wł. STERLING — owrzodzenie pierwotne syfilityczne na języku; A. ŻURAKOWSKI raka niezwyklej wielkości, umiejscowionego na ręce. Dyskusyi demonstracye te nigdy nie wywoływały.

Z parazytologii godnem uwagi było przedstawienie przez H. LANDAU'a preparatów malaryi złośliwej, co wywołało dyskusyę (PREZES, JANOWSKI, DĄBROWSKI) o postaciach malaryi, panującej u nas.

Z okulistów jedynie KĘPIŃSKI przedstawił chorego po plastycznej operacyi na gałce ocznej i GEPNER B. R. przedstawił chorego z mięsakiem dolnej powieki.

Z teratologii przedstawili kilka potworów: RYLKO, NEUGEBAUER, BORZYMOWSKI. GANTZ przedstawił chorego z wrodzonym brakiem mięśnia zębatego przedniego.

Kilku kolegów przedstawiło kilka aparatów nowszych systemów: MINCER i KRAJEWSKI przyrządy do rozdzielania pęcherza w celu zbierania moczu z pojedynczych nerek, STANKIEWICZ Czesław model niektórych sprzętów, niezbędnych w salach operacyjnych, ENDELMAN — rozszerzacz Bossi'ego, GRUNDZACH — przyrząd do mięsienia brzucha.

Jeżeli zechcemy teraz zreasumować dorobek naukowy naszego Towarzystwa, to okaże się on bardzo nieznacznym i lat ubiegłych bynajmniej nie przewyższa. Kilka kwestyi praktycznych i kilka teoretycznych, poruszonych w odczytach, ot i wszystko. Niektóre działy wprost nie były poruszane. Godnem jest zaznaczenia, że 10 odczytów z ogólnej liczby 27 zawdzięczamy gościom już to z grona lekarzy Warszawskich, nie-członków naszego Towarzystwa, już to przybyłych z zagranicy. Podnieść może należy większą nieco frekwencyę na posiedzeniach Towarzystwa wprowadzonych gości, których ogólna liczba w tymże roku wynosiła 161, gdy w roku zeszłym 95.

Podnieść należy fakt, że wiele bardzo interesujących demonstracji preparatów mikroskopowych ginęło prawie bez wartości dla kolegów, dla braku aparatu projekcyjnego, który umożliwia należyte objaśnienie i jednocześnie pokazanie całemu gronu kolegów. Dopóki aparatu takiego mieć nie będziemy, wiele pokazów z dziedziny mikroskopowej anatomii patologicznej która bądź co bądź wciąż się u nas rozwija, pójdzie na marne.

Podnieść należy zaprowadzony przez nowego PREZESA zwyczaj umieszczania na porządku dziennym demonstracji, np. preparatów anatomicznych, chorych, mogących dłuższy czas poczekać, co otwierało i istotnie nieraz wywoływało ożywioną dyskusję. Przy samym wyborze demonstrowanych chorych i preparatów, zaprowadzono pewien wyższy cenzus, by demonstracje takie nie zabierały niepotrzebnie czasu i nie były jedyne popisem dla demonstranta. Ustawienie wzniesienia przed katedrą ułatwiało Kolegom oglądanie przedstawianych chorych.

Kończąc niniejsze sprawozdanie z działalności naukowej naszego Towarzystwa, wyrażam nadzieję, że iż następcy moi będą mieli możność zaznaczyć, iż ruch umysłowy w Towarzystwie się wzmógł, a do podniesienia jego naukowej działalności, możliwie większe grono kolegów przyczynić sta starano.

Sekretarz doroczny

St. Kopczyński

17.

Sprawozdanie Bibliotekarza za rok 1902.

W końcu roku 1902 Biblioteka Warsz. T. Lek. posiadała:

1) Dzieł, broszur i odbić osobnych, księgą repozytoryalną objętych	22670
2) Foliantów	330
do przeniesienia	23000

	z przeniesienia	—23000
3)	Dzieł w szafie D-ra Płaczkowskiego . .	117
4)	Słowników w szafie Dr. Płaskowskiego .	54
5)	Rękopisów	84
	Razem . . .	23255

o 870 więcej niż w roku 1901-ym

Prócz tego biblioteka posiadała map geograf.	54
i medali	20

W roku sprawozdawczym zasilił Bibliotekę swymi darami głównie: kol. GAJKIEWICZ, SAWICKI, Akad. medyko-chirurgiczna w Petersburgu, oraz wdowy po ś. p. kol. SACEWICZU i prof. NAWROCKIM.

Fundusz stanowiły:

1)	Odsetki z zapisu D-ra KONDRATOWICZA	Rb.	85 k. 50
2)	Remanent z r. 1901-go	Rb.	30 k. 83
3)	Zapomoga ze strony Towarzystwa .	Rb.	1400 k. —
	Ogółem	Rb.	1516 k. 33

Z tego wydatkowano:

1)	Na czasopisma	Rb.	982 k. 71
2)	Na książki	Rb.	181 k. 96
3)	Na pomoc	Rb.	132 k. —
4)	Na oprawę	Rb.	57 k. 20
5)	Na drobne wydatki (porto etc) . .	Rb.	9 k. 08
	Razem .	Rb.	1362 k. 95

Remanent na r. 1903 wyniesie przeto Rb. 153 k. 38

Z dzieł zakupionych, jako cenniejsze były:

- 1) *Traité de physique biologique* (rb. 11,25)
- 2) *Traité de Bacteriologie* (Miquel'a (rs. 20,25)
- 3) *Internationale Beiträge zur inuer. Medicin* (rs. 15)
- 4) *WEISMANN. Descendenztheorie* (rs. 10)
- 5) *Ergebnisse d. Physiologie* (rs. 12,50)
- 6) *Borst. Die Lehre von den Geschwülsten* (rs 25)

W roku sprawozdawczym prenumerowano następujące czasopisma:

- 1) Annales d'Hygiène.
- 2) " de l'Institut. de Pasteur.
- 3) Annalen (Charité).
- 4) " d. städt. allg. Krankenhäuser.
- 5) Antropologie.
- 6) Arbeiten d. hyg. Gesundheitsamt.
- 7) Archiv. f. Augenheilkunde.
- 8) " " kl. Chirurgie.
- 9) " " Dermatol. und Syphilis.
- 10) " général. de Médecine.
- 11) " f. Gynaekologie.
- 12) " " Hygiène.
- 13) " " Laryngologie.
- 14) " " kl. Medizin.
- 15) " de Médecine expériment.
- 16) " f. exper. Patholog. und pat. Anat.
- 17) " " Gebursthülfe (HEGAR).
- 18) Beiträge z. kl. Chirurgie.
- 19) " " Psychiatrie.
- 20) Centralblatt f. d. Grenzgebiete d. M. und. Chir.
- 21) " " Bacteriologie.
- 22) Chirurgie (Deutsche).
- 23) Czasopismo lekarskie.
- 24) Ergebnisse d. all. Path. (Lubarsch et Ostertag).
- 25) Gazeta Lekarska.
- 26) Jahrbuch (encyklop. Jahr. Eulenburg's).
- 27) " f. Kinderheilkunde.
- 28) " d. gesamt Medicin
- 29) Jahresbericht (Baumgarten).
- 30) " d. Chirurgie.
- 31) " Gynaekol. (Fromel).
- 32) " Leist. auf. d. Gebiet. der Neurolog.
- 33) Journal. (Brit. med. Jour.).
- 34) " (the Americ. f.).
- 35) Klinik (Deutsche kl.).
- 36) Kosmos.
- 37) Kronika Lekarska.
- 38) Krytyka "
- 39) Lancet.
- 40) Medycyna.
- 41) Mittheilung. über die Grenzgebiete d. Med. u. Chir.
- 42) Nowiny Lekarskie.
- 43) Przegląd dentystyczny.
- 44) " lekarski.
- 45) Revue de Méd. et de Chirurgie.

- 46) Revue scientifique
- 47) Semaine médicale.
- 48) Wochenschrift (Berliner kl. W.).
- 49) " (Deutsche medic. W.).
- 50) " (Münchener medic W.).
- 51) " (Wiener med. W.).
- 52) Wszechświat.
- 53) Vierteljahrschrift f. Gesundheitspflege.
- 54) Zdrowie.
- 55) Zeitschrift f. kl. Medizin.
- 56) " " Ohrenheilkunde

Bibliotekarz

Edward Zielinski.

19.

Sprawozdanie redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” za rok 1902.

W roku sprawozdawczym „Pamiętnik” redagowany był przez Stanisława KAMIĘŃSKIEGO, członka czynnego naszego Towarzystwa. Drukowano „Pamiętnik” w drukarni Karola Kowalewskiego w ilości 550 egzemplarzy. Ogółem zawierał Pamiętnik $84\frac{1}{4}$ arkuszy druku, 18 tablic krzywych pulsu, rysunków 43, tablic graficznych 16, tablic cyfrowych 10.

Część urzędowa Pamiętnika zawierała protokoły posiedzeń od dnia 9 Stycznia do dnia 30 Grudnia 1902 r., sprawozdanie z czynności rocznych Zarządu w Zeszycie II-gim, wreszcie ogłoszenia Zarządu i Komitetów konkursowych w różnych zeszytach.— Część ta obejmowała 341 stronic, czyli $21\frac{1}{4}$ arkuszy druku, a więc o $2\frac{1}{4}$ arkuszy druku więcej niż w r. 1901 r.

Część literacka Pamiętnika zawierała w roku sprawozdawczym Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego polskiego za rok 1901, i 6 prac oryginalnych, z których 2 napisane zostały przez człon-

ków Towarzystwa, 2 przez lekarzy z Warszawy i 2 przez lekarzy z Galicyi.

Tytuły prac oryginalnych są następujące:

- 1) GIEDROYĆ Fr. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (dalszy ciąg, nieskończone).
2. KIJEWSKI Fr. O wycinaniu płuc (dalszy ciąg, nieskończone).
3. LANDAU A. Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych.
4. MARISCHLER Jul. O wpływie chlorku sodu na wydzielanie chorych nerek.
5. SURZYCKI Jul. O środkach nasennych na podstawie własnych i obcych doświadczeń.
6. SZLEIFSTEIN. Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale. (Tęgoryjec dwunastnicy).

Jedna z tych prac, mianowicie napisana przez kol LANDAU'a otrzymała nagrodę konkursową imienia Koczorowskiego.

Prace oryginalne obejmowały 527 stronic druku, czyli 33 arkusze druku, t. j. o 3 arkusze więcej niż w roku zeszłym. Prócz tego prace oryginalne zawierały wiele tablic rysunków graficznych.

W opracowaniu „Przeglądu piśmiennictwa Lekarskiego“ redagowanego przez St. KAMIEŃSKIEGO, wzięło udział 35 kolegów, z tych 28 członków Towarzystwa, a mianowicie: S. Bronowski, J. Brudziński, Wł. Bruner, K. Chełchowski, W. Dąbrowski, H. Dobrzycki, J. Grabowski, S. Groszlik, M. Jakowski, W. Janowski, S. Kamiński, F. Kołakowski, B. Korybut-Dąszkiewicz, A. Kozerski, A. Kuczyński, J. Landstein, A. Leśniowski, W. Męczkowski, J. Piotrowski, J. Pruszyński, J. Pstrokoński, A. Puławski, R. Radziwiłłowicz, Br. Sawicki, Cz. Stankiewicz, W. Szumlański, W. Świątecki, M. Zweigbaum, i 6 nieczłonków: J. Ettinger, W. Królewski, A. Majewski, E. Uściński, A. Wertheim, H. Żukowski.

Przegląd piśmiennictwa obejmował 993 referaty i 391 + LXXV stronic druku=466 stronicom.

Referatów więc było mniej o 173 i stronic mniej o 72, czyli o $4\frac{1}{2}$ arkuszy mniej. To zmniejszenie się objętości miało swe źródło w zmniejszonej liczbie oryginalnych prac polskich (w roku 1900 był zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie).

Pamiętnik w r. 1902 rozchodził się w 444 egzemplarzach, a mianowicie miał:

A. Prenumeratorów płatnych 114 mianowicie:

- a) w Warszawie 39
- b) w Królestwie i Cesarstwie 64
- c) za granicą 11

Bezpłatnie wysyłano 330 egzemplarzy:

- a) Redakcyom pism w Warszawie 16.
- b) Redakcyom i towarzystwom w Królestwie i Cesarstwie 45.
- c) Redakcyom i instytucyom naukowym zagranicą 37.
- d) Członkom Tow. Lek. Warsz. 232.

Wykonanie budżetu „Pamiętnika“ przedstawia się w sposób następujący.

DOCHODY

Remanent z r. 1901	Rb.	84 k. 94
Z prenumeraty i sprzedaży pojedynczych numer.	Rb.	352 k. 20
Na druk pracy konkursowej	Rb.	300 k. —
Dopłata z funduszków Towarzystwa	Rb.	2000 k. —
Razem		Rb. 2737 k. 14

WYDATKI

1) Płaca redaktora	Rb.	200 k. —
2) Korekta	Rb.	100 k. —
3) Druk 4-ch zeszytów Pamiętnika	Rb.	1637 k. 07
4) Wierzbickiemu za klisze	Rb.	199 k. 19
5) Koszta ekspedycji	Rb.	111 k. 30
Razem		Rb. 2247 k. 56

Remanent z końcem roku 1902 wynosi Rb. 489 k. 58

Tak znaczny remanent pochodzi ztąd: że 1^o Nie zapłacono 150 rubli za rysunki kolorowane do pracy kol. Fr. KIJEWSKIEGO. 2^o Dochód z prenumeraty wyniósł Rb. 352 zamiast preliminowanych 250. Wreszcie 3^o Dochody „Pamiętnika“ powiększyły się o 300 rubli na druk pracy konkursowej.

Po odtrąceniu od remanentu 150 rubli na tablice kolorowane i rs. 39 kop. 58 na nieopłacone jeszcze odbitki z prac oryginalnych.

nalnych, otrzymamy remanent rb. 300, który wniesiony został do dochodów Pamiętnika na rok 1903.

Co się tyczy dochodów z prenumeraty, to wynoszące winny od 114 prenumeratorów płatnych 342 rb, wynosiły, zaś 352 rb. 20 kop. Ponieważ w r. 1901 było 111 płatnych prenumeratorów, czyli że powinno było wpłynąć do kasy Pamiętnika 333 rubli, wpłynęło zaś rs. 269 kop. 11, deficyt więc z tego źródła wynosił rs. 63 kop 89.—Obecnie więc deficyt zmniejszył się zaledwie o 10 rubli 20 kop. Wynosi on 53 rs. 69 kop. tj. że 17 prenumeratorów nie uiszczyło się z należności. W porównaniu do zaległości w innych wydawnictwach, liczba to bardzo niewielka.

Tak więc rok sprawozdawczy pod względem finansowym skończył się dla „Pamiętnika“ nader pomyślnie. Rok 1903 powinien być jeszcze pomyślniejszy.

Dochód Pamiętnika składa się w r. 1903 z następujących pozycji:

Remanent z roku 1902	Rb.	300 k. —
Prenumerata	Rb.	250 k. —
Zasiłek z własnego rachunku Towarzystwa . .	Rb.	1800 k. —
Przelew z rachunku XIX na druk pracy kol. Polańskiego	Rb.	300 k. —
Razem Rb.		2650 k. —

Pomimo więc że dopłata Towarzystwa zmniejszyła się o rs. 200 w porównaniu z rokiem sprawozdawczym, to jednak Pamiętnik rozporządzać będzie funduszem o 400 rubli większym.

Jest więc możność drukowania w Pamiętniku prac bardziej kosztownych, umieszczanie rysunków i tablic kolorowanych.

Warszawa dnia 17 Lutego 1903 r.

St. Kamiński.

19.

***Sprawozdanie z czynności Pracowni Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego za rok 1902.***

W ciągu roku 1902 w Pracowni Towarzystwa zajmowali się doświadczeniami następujący lekarze:

1) SZLEIFSTEIN: a) Zachowanie się pasorzyta dochmius duodenalis (anchylostomum), obserwowanego w jednym przypadku klinicznym. Rezultaty ogłoszone zostały w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”. b) Zachowanie się parafiny wstrzykniętej pod skórę u zwierząt żyjących. Rezultaty ogłoszone zostały w Gazecie Lekarskiej z r. 1903.

2) ERBRICH. Własności mikroskopowe wysięków patologicznych do jamy opłucnej. Histologia błony opłucnej.

3) NOWAKOWSKI. Badania nad histologią narządu słuchowego.

4) CHRZANOWSKI. Ćwiczenia w badaniach bakteryologicznych.

5) PRUSZYŃSKI. a) Anatomia inervacji w sercu u kota. b) Kryoskopia moczu; c) Badania nad syntezą kwasu moczowego w ustroju. d) Badania histologiczne i bakteryologiczne na nosaciznę.

6) MAJEWSKI. Skład żółci u człowieka i kamieni żółciowych (drukowane w Gazecie Lekarskiej 1902 r.).

7) ŻEBROWSKI. Metody oznaczenia kwasu moczowego za pomocą miareczkowania (drukowane w Gazecie Lekarskiej 1902 r.).

Nadto p. Sosnowski, przyrodnik, zajmował się doświadczeniami nad czystą hodowlą wymoczków.

Wydatki na Pracownię w r. 1902 wyniosły sumę Rb. 571 kop. 69, a w szczególności:

1) za narzędzia i przyrządy	Rb. 223 k. 08
2) za sprzęty i utensylja, mianowicie półkę i stoliki	Rb. 26 k. —
3) chemikalja, barwniki, do badań mi- kroskopowych itp.	Rb. 73 k. —
do przeniesienia	Rb. 322 k. 12

	z przeniesienia	Rb.	322 k. 12
4)	żywienie zwierząt do Pracowni należących i drobne wydatki przy doświadczeniach		
Pracowni	.	Rb.	165 k. —
5)	opał lokalu Pracowni	Rb.	64 k. 25
6)	opłata Warszawskiemu Tow. Ubezpieczeń, za ubezpieczenie ruchomości Pracowni		
od pożaru	.	Rb.	5 k. 34
7)	reparacya i utrzymanie narzędzi itp.	Rb.	14 k. 98
		Łącznie jak wyżej	Rb. 571 k. 69

Zarządzający Pracownią *Dr. Hoyer.*

20.

Sprawozdanie z czynności Komitetu bibliotecznego w r. 1902.

Komitet biblieczny odbył dwa posiedzenia, a mianowicie w d. 26 Czerwca i 15 Grudnia. Na posiedzeniach tych zajmowano się, prócz biblioteki, sprawą wydania gotowego katalogu rzeczowego, przyczem, okazało się, iż objętość katalogu wyniesie około 100 arkuszy druku, koszt zaś około 2000 rubli, nie licząc kosztów korekty i broszurowania. W celu sprawdzenia przybliżonego obliczenia tego, na propozycję jednego z członków Zarządu Towarzystwa wydrukowano kilka arkuszy próbnych, różnemi czcionkami, przyczem okazało się, iż pierwotne obliczenie było mniej więcej odpowiedniem.

Wobec niemożności absolutnej obciążenia zwykłego budżetu Towarzystwa tak wysoką pozycją, nawet przy rozłożeniu jej na kilka lat, Komitet biblieczny ze swej strony wystąpił z propozycją wydania katalogu rzeczowego drogą obowiązkowej dla członków Towarzystwa prenumeraty; pogląd Komitetu nie został jednak przez Zarząd Towarzystwa podzielony, wydanie przeto katalogu rzeczowego pozostaje kwestyą przyszłości.

2) Z katalogu repozytoryalnego wykreślono na propozycję bibliekarza, 13 egzemplarzy duplikatów, po odpowiedniem sprawdzeniu ich.

3) Na kilkunastu numerach, branych z katalogu na wrywki, sprawdzano, czy numerom katalogu tego odpowiadają kartki istniejące w katalogu kartkowym, jako też, czy odpowiednie egzemplarze znajdują się na półkach biblioteki; przyczem wszystko znaleziono w porządku.

4) Dokonano sprawdzenia rachunków biblioteki i kwitów za r. b. i znaleziono je również w porządku.

5) W katalogu repozytoryalnym znaleziono po dzień 15 Grudnia skatalogowanych i zanumerowanych egzemplarzy numerów 22190, niezapisanych zaś jeszcze 482 numerów. Przybyło w ciągu r. b. w ogólnej liczbie numerów 913.

Przewodniczący w Komitecie bibliotecznym. *Walenty Kamocki.*

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO
—
PROTOKÓŁY
Rok 1903.

Posiedzenie kliniczne z dnia 31 Marca 1903 r.

Prezes *Teodor Dunin*.

Obecných Członków i gości 3.

T r e ś ć. Wł. STANKIEWICZ a) Przedstawienie chorego po dwukrotnej trepanacyi, b) przedstawienie nowotworu wyciętego z szyi mężczyzny Carcinoma bronchiogenes, c) nabłoniak pęcherza moczowego.

JANOWSKI i prof. KRYŃSKI. O nerce wędrującej.
KOZERSKI. — Przedstawienie dziecka z Ichtyosis congenita.

STEINHAUS. — Przedstawienie preparatu nowotworu gruczołu pęciowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. CHŁAPOWSKIEGO z Poznania, KOLASIŃSKIEGO i MAJERCZAKA.

III. PREZES zawiadomił obecnych, iż na konkurs im. Koczorowskiego nadesłano 4 prace, których tytuły brzmią:

- 1) Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego.
- 2) Badanie doświadczalne nad wpływem suchych kąpeli na ustrój, w szczególności na krew.
- 3) Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego.
- 4) Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym, podczas operacji wyjęcia zaćmy.

IV. Kol. NEUGEBAUER nadesłał do biblioteki Tow. odbitkę pracy p. t.: *Hermaphroditisme et pratique journalière du médecin.*

V. W. STANKIEWICZ przedstawia 1) mężczyznę lat 32, który wstąpił do szpitala Ewangelickiego 24 Lutego z powodu ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego lewego, powikłanego silnymi bólami głowy. Chory datuje początek cierpienia od dwóch tygodni; jako hamulcowy kolei po powrocie z jazdy doznał gwałtownych bólów w uchu lewym i głowie; po kilku dniach nastąpił odpływ ropy z ucha i bezwład twarzy, bóle jednak w głowie nie ustały. W tym stanie zgłosił się o poradę do kol. Kuczyńskiego, który zalecił mu wstąpić do Szpitala. Badanie w chwili wstąpienia do szpitala wykazuje: chory sprawia wrażenie bardzo cierpiącego, jest niespokojny i narzeka na nieznośne bóle z lewej strony głowy ponad uchem. Na lewej stronie twarzy porażenie mięśni czoła, powiek, policzka, ust wogóle w całym obrębie rozgałęzienia nerwu twarzowego; z ucha wypływa ropa cuchnąca w sporej ilości; badanie ucha wykazuje wypełnienie ucha środkowego bujną, wiotką ziarniną, pokrytą częściowo szaro-żółtawym nalotem; głuchota zupełna; nieznaczne obrzmienie skóry po za uchem ponad wyrostkiem sutkowym; przy uderzaniu końcem palca chory narzeka na wyraźny ból przy podstawie wyrostka, a jeszcze silniejszy na kilka centymetrów wyżej i nieco ku tyłowi. Ciepłota ciała 38,0; tętno 120. Chory nie ma wcale apetytu i od czasu do czasu miewa nudności.

Dla uspokojenia chorego i sprowadzenia snu zalecono morfinę a na głowę okład lodowy. W ciągu 1 dniowej obserwacji tylko okłady lodowe nieustające sprawiały choremu ulgę, inaczej bóle stawały się nieznośnymi.

Gdy do tych objawów przyłączyła się gorączka, S. dnia 7 Marca przystąpił do operacji. Trepanacja wyrostka sutkowego posunięta bardzo głęboko nie doprowadziła ani do ogniska ropnego ani do śladów ziarniny, przeciwnie kość okazała się twardszą aniżeli bywa zwyczajnie. Wobec tak ujemnego wyniku. S. zrobił trepanację czaszki w miejscu największego bólu przy opukiwaniu t. j. w kości ciemieniowej, na samej granicy z kością sutko-

wą, również bez rezultatu; znalazł bowiem najzdrowszą oponę twardą mózgu, ani śladu zaś jakiegoś wysięku lub ropy. — Uznając dalszą interwencję na razie za niepowodzoną, S. rany skórne zaszył i założył zwykły opatrunek. — Chory zniósł bardzo dobrze narkozę i operację. Po kilku godzinach obudził się i oświadczył że dotychczasowy ból głowy ustał zupełnie, w nocy spał dobrze bez morfiny i lodu i od tej chwili aż do dnia dzisiejszego ani na chwilę nie doznał bólu głowy. Trudno pojąć w jaki sposób wykonana operacja mogła tak zbawiennie wpłynąć na stan chorego, otworzenie bowiem na tak małej przestrzeni czaszki nie może chyba zmniejszyć napięcia wewnątrz, skoro ani kropli płynu z czaszki nie wypłynęło. Czy utracona przy operacji krew z przeciętych części miękkich, podziałała jako deplecja trudno również twierdzić. W każdym razie fakt nagłej i zupełnej poprawy, utrzymującej się dotąd jest rezultatem niezwykłym i zasługującym na uwagę, pomimo iż porażenie twarzy pozostało bez zmiany jak również i wypływ ropny z ucha. — Obiedwie rany po trepanacji zablizniły się bardzo szybko, bo w ciągu 15 dni po wykonanej operacji. Pacjent badany był przez D-ra Orłowskiego prądem elektrycznym. D-r O. znalazł iż nerw twarzowy znajduje się w stanie zwyrodnienia — mięśnie twarzy nie reagują ani na prądy galwaniczne ani na faradyczne. — Stan tak głębokiej i szybkiej zmiany w nerwie może pochodzić albo od częściowego zniszczenia przez ropienie albo też silny ucisk.

2) Nowotwór wycięty z szyi mężczyzny lat 68 — guz ten wielkości orzecha włoskiego leżał w głębi po nad prawym obojczykiem bliżej tchawicy, był względnie ruchomy, twardy, niebolesny. Przy wyłuszczeniu okazało się, iż zrosnięty jest z żyłą szyjową (*Vena jugularis int.*) której część wycięto. Po oddzieleniu guza od tętnicy szyjowej wspólnej (*Carotis communis*) znaleziono, iż pochwa tętnicy dotykająca guza jest znacznie zgrubiałą i ma ślady zrostów z guzem. Pochewkę więc oddzielono od samego naczynia i część jej (około 6 ctm.) wycięto. Przebieg pooperacyjny pomyślny bez żadnych zaburzeń i pacjent po 4 tygodniach wyjechał do domu.

Nowotwór, zbadany łaskawie przez D-ra STEINHAUSA i będący do dyspozycji Szanownych Kolegów na obecnym posiedzeniu „okazał się rakiem wychodzącym z nabłonka wielowarstwowego płaskiego, jak tego dowodzą rozsiane gdzieniegdzie perły rakowe, — ale znaczniejszego rogowacenia nigdzie nie można znaleźć. Jeżeli więc skóra nie jest punktem wyjścia, to możliwe że jest to „*Carcinoma bronchiogenes*“ (t. j. nabłonek płodowy skrzeli).

3) Nowotwór wycięty z pęcherza moczowego mężczyzny lat 56, który zgłosił się do S. o poradę w początku Stycznia z powodu pokazywania się krwi w moczu oraz objawów podrażnienia

jakie przypisywał obecności kamienia. Z powodu znacznej kurczliwości pęcherza, która czyniła niemożliwem wypełnienie pęcherza dostatecznie dla zbadania go cystoskopem przy pomocy kokainy, trzeba było pacyenta uspokoić przez leżenie w łóżku i wanny. Gdy zaś i to było niedostatecznem, a objawy podrażnienia oraz wydzielanie się nieczystego moczu i gorączka nagliły, St zbałał pęcherz pod chloroformem i znalazł duży guz na przedniej ścianie pęcherza. Operację wykonał 25 Lutego—przyczem okazało się iż szeroka podstawa nowotworu zajmowała ścianę przednią pęcherza przeważnie ze strony lewej—ze środka zaś jej wyrastał na szypule duży guz do wewnątrz jamy pęcherza. Guz ten został wyjęty osobno, następnie cała podstawa wycięta i wypalona termokauterem. Ranę pęcherza w znacznej części zaszyto, a po zaszyciu warstwy mięśniowej ściany brzusznej i skóry, założono syfon — Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny; bóle i gorączka ustały natychmiast, rana goiła się prawidłowo i dziś pacjent już wstaje, jakkolwiek przez mały otvorek w ranie większa część moczu dotąd się wydziela.—Zabliźnianie jednak szybko postępuje i niewątpliwie wkrótce otvorek ten zabliźniony zostanie.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie, nowotwór jest nabłoniakiem (epithelioma). Preparat zrobiony przez kol. LEWENSTERNĄ znajduje się pod mikroskopem na posiedzeniu dzisiejszem. [Autoreferat].

VI KOZERSKI przedstawił niemowlę, dotknięte ichthyosis congenita. Od urodzenia niemowlę ma na całym ciele szarawy, suchy, zgrubiały naskórek, porysowany głębszym niż zwykle bródkowaniem. Odżywianie bardzo liche, niemowlę poci się obficie. Na skórze brzucha widać liczne blaszki brudno szare, po brzegach nie przylegające do skóry. Jako dowód przeciw twierdzeniu niektórych autorów, jakoby ichthyosis congenita nie miała nic wspólnego ze zwykłą ichtyozą, KOZERSKI przedstawia matkę niemowlęcia. U matki ichtyoza przedstawia się w postaci brudnoszarych i czarniawych wysokich rogowych brodawkowatych tworów ustawionych w długie szeregi lub zlewających się w obszerne pola, zajmujące zarówno powierzchnie wyprostue jak i zginaczów.

[Autoreferat]

VII. J. BRUDZIŃSKI przedstawił chłopca 7-letniego z chorobą BERGERON'a czyli Chorea electrica, który już od dłuższego czasu cierpi na drgawki, występujące w postaci błyskawicznych wstrząśnięć kończyn górnych, jakgdyby przy drażnieniu prądem elektrycznym. Drgawki te powtarzają się dość często, niekiedy co chwila, niekiedy jednak bywają przerwy kilkogodzinne. Podczas napadu dziecko zachowuje przytomność, żadnych objawów zapowiadających spostrzedz nie można, nigdy przed napadem nie bywa krzy.

ku raptownego. Chłopiec wogóle bardzo wrażliwy, często płacze, oddaje się samogwałtowi.

Zalecone przez niektórych autorów przy tej postaci chorobowej leczenie tartar. stib. spowodowało chwilowe tylko polepszenie. Obecnie chłopiec dostaje preparaty bromowe, liczba napadów nieznacznie się zmniejszyła. [Autoreferat]

VIII. STEINHAUS przedstawia preparaty mikroskopowe nowotworu gruczołu pęciowego pokazanego przez F. NEUGEBAUERA na posiedzeniu z d 3 Marca (patrz protok.), który określa jako sarcoma alveolare. Tkanka łączna wdraża się ze ścian alweol pomiędzy komórki miąższu nowotworowego, tworząc w ten sposób obrazy charakterystyczne, nadające nowotworowi odrębne piętno. Budowa tego rodzaju cechuje nowotwory często spotykane w jądrze, zaś niewidywane w jajniku. Na tej zasadzie przypuszcza S., że organem, w którym powstał nowotwór, było jądro. Utwierdza S. w tem przekonaniu również i budowa sznurka (ze światłem), wyjętego wraz z guzem przy operacji; przy oględzinach gołym okiem mógł on uchodzić zarówno za trąbkę, jak też za nasieniowód, mikroskopowo zaś wobec znacznej grubości mięśnia, małej ilości fałd błony śluzowej i nabłonka o dwupiętrowem rozmieszczeniu jąder (wskutek obecności komórek podstawowych) winien raczej być uważany za nasieniowód. [Autoreferat].

W. JANOWSKI i prof. KRYŃSKI wygłosili odczyt p. t. „O nerce wędrującej“.

JANOWSKI omawia samo pojęcie nerki ruchomej i dochodzi do wniosku, iż pod nad nazwą nerki ruchomej należy rozumieć już taką, która przez swobodniejsze poruszanie się w jamie brzusznej staje się dostępną dla badania; szczegółowo uzasadnia częstotliwość występowania nerki ruchomej i wędrującej którą określa na 30%—40%, stosunek w tym względzie płci, i zachowanie się obu nerek—nierównie częstsze występowanie nerki ruchomej prawej.

W dalszym ciągu omawia przyczyny występowania nerki wędrującej—wrodzone usposobienie, stosunek enteroptozy i nerki wędrującej, wpływ ciąży, wypuszczania obfitych wysięków, wpływ urazu i noszenia gorsetu. Pod tym ostatnim względem prel. występuje przeciw nieuzasadnionemu potępianiu gorsetów wszelkiego systemu, wspomina o badaniu KORANY'ego nad wpływem noszenia wysokich obcasów przez kobiety i ciężkich sukien.—Wspomina o pracach doświadczalnych na trupach WOLKOWA i DELICINA. Szczegółowo omawia prel. objawy kliniczne nerki ruchomej, podnosząc fakt, iż znaczna większość przypadków przebiega bez objawów. Objawy przedmiotowe dzieli na 3 grupy: ból, objawy nerwiczne i ze strony trawienia; każdą z tych grup rozpatruje obszernie. Omawia objawy fizykalne i przechodzi do rozpoznania różniczkowego. Za-

znacza na zakończenie doniosłość upewnienia się w każdym poszczególnym przypadku co do nerki ruchomej.

Prof. KRYŃSKI w wykładzie swym przedstawił obecne poglądy na stosunki anatomiczne nerek, warunki powstawania ich ruchomości, zmiany patologiczne w nich, wreszcie omówił krytycznie metody lecznicze nerki ruchomej, wskazania operacyjne, stronę techniczną operacyi, wyniki ostateczne tych zabiegów.

[Autoreferat].

W dyskusyi Prezes DUNIN przypomina, że jego praca, o nerce wędrującej, opierała się głównie na przypadku nerki wędrującej, posiadającej osobną kreskę, przypadku rzadkim i właściwie mówiąc nie pozwalającym na zbytne uogólnienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Prezesa Wice-Prezes *W. Kamocki*.

Pom. Sekretarza *J. Brudziński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 Kwietnia 1903.

Przewodniczący Wice-prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 61, gość 1.

T r e ś ć: St. KOPCZYŃSKI.—Przedstawienie chorej z hemiatrophia facialis progressiva.

DYSKUSYA nad odczytem prof. KRYŃSKIEGO i W. JANOWSKIEGO „O nerce wędrującej“.

1. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes powitał obecnego na posiedzeniu kol. BORNSTEINA.

III. KOPCZYŃSKI St. przedstawił chorą z postępującym połowicznym zanikiem twarzy (hemiatrophia facialis progressiva).

R. K. lat 31, żona robotnika, skierowana do K. przez kol. LEWENSTERN'a, którego zasięgała porady z powodu cierpienia zębów. Z wywiadów okazało się, iż w 10-ym roku życia chora zauważyła bez wszelkiej przyczyny zjawienie się białej plamki na czole po stronie prawej; a w ciągu lat następnych prawa połowa twarzy poczęła jej schuwać i zapadać się. Chora urazowi nie

podlegała. Napadów migreny nie miewa. W dzieciństwie przechodziła ospę, odrę, żółtaczkę, febrę. Pochodzi z rodziny dość zdrowej i pod względem nerwowym nie jest obciążona.

Przy badaniu przedmiotowym znaleziono. Kobieta szczupła, wychudzona, narządy wewnętrzne funkcjonują prawidłowo. Na rozginającej się powierzchni wszystkich kończyn — psoriasis. Prawa połowa twarzy przedstawia zmiany następujące: czoło po stronie prawej począwszy od linii środkowej wybitnie różni się od strony lewej i całe poorane jest licznymi (do 25) bruzdami, gdy po stronie lewej tych bruzd jest tylko 5. Barwa skóry na tej stronie jest wyraźnie brunatna. Pod ścięczałą skórą w pionowym kierunku biegnie kilka wyraźnych żył. Na część uwłosioną skóry z boku linii środkowej zachodzi kawałek skóry, pozbawionej barwnika. Przy dotknięciu czuć, że strona prawa czoła jest zapadnięta, i że pod skórą brak zupełny tkanki tłuszczowej i tkanki elastycznej. Oprócz tego czuć jeszcze dwa zagłębienia w kości, szerokości palca, idące pionowo w odległości 3-ch centymetrów od siebie tuż przy linii środkowej i nad prawym oczodołem. Środkowa i dolna część prawej połowy twarzy również przedstawiają lekki stopień zaniku. Części kostne są nieco mniej wybitne niż po stronie lewej, oprócz tego na prawym policzku widać więcej zmarszczek i fałd, świadczących o zaniku tkanki elastycznej i tłuszczowej niż po stronie lewej. Prawa połowa czoła mniej się poci. Rumieni się chora po obu stronach jednakowo.

Po zatem źrenice, szpary oczne, muszle uszne po obu stronach są jednakowe i zboczeń od normy nie przedstawiają.

K. rozpoznaje w danym przypadku bardzo rzadkie cierpienie, opisane przed kilkadziesiąt laty przez ROMBERG'a, jako hemiatrophia facialis progressiva. K. podnosi długotrwały przebieg tego cierpienia (początek przed 20 laty) punkt wyjścia w okolicy czoła, brak wszelkich danych etyologicznych, (urazu, ropienia, neuralgii nerwu trójdzielnego). dalej K. zaznacza, jako osobliwość, przejście zaniku na uwłosioną część głowy. W końcu K. rozpatrzył różnorodne teorie, objaśniające ową nerwicę odżywczą: teorię Virchowa, biorąc za punkt wyjścia tego cierpienia nerw trójdzielny lub zwój GASSERA (Bärwinkel); teorię BRITOT, upatrującą grunt w cierpieniu pierwotnem skóry; teorię MOEBIUSA, przypisującą znaczenie ropieniu i sprawie zakaźnej; teorię OPPENHEIMA, podług której zmiany odżywcze, dotyczące skóry, mięśni i kości, mają zależeć od zaburzeń w czynności nerwu sympatycznego. Gruntownego objaśnienia tego cierpienia, jak wiadomo, żadna z tych teorii nie daje.

[Autoreferat]

Poczem przystąpiono do dyskusji „O nerce wędrującej”. Najpierw zabrał głos Jan ŚWIĄTECKI: 1) Przedewszystkiem kilka

słów co do kwestyi, jaką nerkę należy uważać za nienormalnie ruchomą, za wędrującą. Do bardzo niedawna za taką nerkę uważano każdą niepowiększoną nerkę. skoro tylko udało się wymacać jej biegun dolny. i, jakeśmy to już słyszeli, rozmaici autorowi podawali liczbę takich nerek na 10, 20, 30 i 40%. Zdaniem S. takie różnice zależne są wprost od metody badania i w miarę doskonalenia się techniki palpacyi nerek, otrzymywano cyfry coraz większe. ISRAEL, np. twierdzi, że przy jego sposobie palpacyi można osiągnąć dolnego bieguna nerki prawie we wszystkich przypadkach—rzecz więc prosta, że nie każda taka nerka jest wędrującą. Obecnie coraz więcej rozpowszechnia się pogląd, że fizyologiczna ruchomość nerki, t. j. jej udział w ruchach oddechowych, może zdarzać się w b. szerokich granicach, i że za nerkę wędrującą należy uważać tylko taką nerkę, która przestaje już opuszczać się ku dołowi w czasie wdechu i nie cofa się ku górze w czasie wydechu. Nikt jednak dotychczas o ile mówcy wiadomo, nie zadał sobie trudu obliczania jak często zdarzają się takie „nieruchome (przy oddychaniu) wędrujące nerki, w każdym razie takie cyfry, jak 30, 40, a nawet 56% (HARRIS) są stanowczo za duże, bo już zatracą się granica między wyjątkiem a normą między patologią i fizyologią.

2) Co do anatomii narządu więzadłowego nerki, to już KRYŃSKI zaznaczył, że głównym więzmem nerki jest t. zw. fascia retrorenalis: powięź ta jest napięta po za torebką tłuszczową nerki tworząc jej powłokę zewnętrzną; należałoby może dodać, że od powięzi tej wgląb torebki tłuszczowej odchodzą pasemka ścięgniastej tkanki łącznej przytwierdzające się do capsula propria reuis, tak że nerka wraz ze swoją torebką tłuszczową wprost wisi przy pomocy tych włókien na powięzi pozanerkowej. Jeszcze jeden drobny szczegół: na rysunkach. które nam przedstawił KRYŃSKI istnieje, o ile zauważyłem pewna niedokładność: fascia retrorenalis nie kończy się u kręgosłupa, a przechodzi przed kręgami w jednoimienną powięź strony ciała. 3) Na przeszłym posiedzeniu poruszona była kwestya, jak się przedstawia nerka wędrująca przy autopsyi. Według tego, co mówi ISRAEL, jeśli nie brać pod uwagę mesonephron, co zdarza się bardzo rzadko, zwyczajna nerka wędrująca przedstawia się dwojako: albo rozluźnia się związek między nerką i jej torebką tłuszczową, torebka tłuszczowa rozszerza się i wydłuża i wtedy, np. przy nefropeksyi, po odprowadzeniu nerki pozostaje w dolnej części torebki tłuszczowej pusta przestrzeń; albo też rozluźnia się związek między torebką tłuszczową i nadnerczem—w tym przypadku nerka opuszcza się *in toto* wraz z torebką tłuszczową i po tem właśnie, po owym braku łączności z nadnerczem można dyagnozować nerkę wędrującą na stole sekcyjnym. 4) Co do etiologii nerki wędrującej, to rozróżnić tu

można jej rodzaje a) N. w. n a b y t a wskutek obniżenia t. zw. ciśnienia wewnątrzbrzusznego: przy zwiótczeniu ścian brzusznych po ciąży, pęknięciu międzykrocza, po wyjęciu dużych guzów z jamy brzusznej itp. b) N. w. skolio t y c z n a. Wiadomo, że przy najczęściej zdarzającej się skoliozie grzbietowej prawostronnej, występuje skolioza i lordoza lewostronna w części lędźwiowej kręgosłupa; otóż w tym przypadku niska, w której ma leżeć lewa nerka, znika, miejsca dla nerki już nie ma i nerka wędruje do jamy brzusznej, jest to więc drugi typ n. w. nabytej. c) N. w. w r o d z o n a. O tem, że wada ta jest wrodzoną możemy twierdzić wtedy, kiedy istnieją jeszcze inne wady rozwojowe w narządzie moczowym, np. ren solitaire, ren pelvicum (nerka leży w miednicy, tętnica nerkowa odchodzi od aorty b. nisko); z wielkiem prawdopodobieństwem możemy przypuszczać n. w. wrodzoną wtedy, jeżeli ją spotykamy u małych dzieci. d) Pozostaje czwarta kategoria nerek wędrujących, o których powiedzieć trudno, czy to są wady wrodzone czy nabyte. Obwiniano o to rozmaite urazy, jak np. skok, spadnięcie z wysokości, dalej, gorsety, sznurówki, wysokie korki itp. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że z jednej strony masa kobiet ścisła się gorsetami i nosi wysokie korki i nie ma nerek wędrujących; z drugiej zaś, że n. w. znajdujemy u kobiet i u mężczyzn, którzy nigdy nie nosili gorsetów i chodzili boso, u których przytem w anamnezie wykazać nie można żadnego urazu, to musimy przejść do wniosku, że uraz sam przez się nie nie znaczy, co najwyżej może być tylko przyczyną wywołującą (causa efficiens), że główną rolę grać tu musi inny czynnik, prawdopodobnie jakaś wada rozwoju—być może wrodzona wiotkość więzów utrzymujących nerkę.

Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć dużo faktów. Już to samo, że n. w. wikła się nader często z histeryą i neurastenią i że wcale w takich razach nefropeksya nie sprowadza poprawy; dalej, że jednocześnie z n. w. znajdujemy inne anomalie somatyczne, między innemi nienormalną ruchomość 10-go żebra, na co pierwszy zwrócił uwagę STILLER — wszystko to zmusza nas do przyjęcia pogląd ALBARRAN'a, że n. w. uważać należy za objaw zwyrodnienia (stigmatum de dégénérescence).

5) Co do objawów chorobowych. jakie może dawać n. w., to należy zauważyć, że w ogromnej większości przypadków choroby nie skarżą się na nic i że u wielu chorych skargi zaczynają się dopiero od chwili, kiedy lekarz miał nieostrożność, wykryw-
szy przypadkowo n. w., powiadomić ich o tem. U reszty zaś chorych objawy ze strony narządów brzusznych bywają tak zmienne i w każdym pojedynczym przypadku tak różne, że wprost byłoby nielogicznem przypisywać je jedynie opuszczeniu nerki; pomijając już to, że są to zwykle osobniki nerwowe; u wielu z nich

możemy znaleźć inne jeszcze zmiany patologiczne, jak np. choroby genitalium, enterophthozę, katarę żołądka i oskrzeli, objawy zaś tych chorób tak się splatają i tak są podobne do tych, które zwykliśmy przypisywać nerce wędrującej, że rozpoznanie tu jest zawsze bardzo trudnem, i dopiero wtedy możemy dolegliwości chorego złożyć na karb wędrującej nerki, kiedy nie wykrywamy żadnej innej choroby komplikującej i kiedy jesteśmy pewni, że chora jest wolna od suggestyi.

Jakież to są więc objawy, które z wszelkiem prawdopodobieństwem można uważać za zależne od nerki wędrującej? ISRAEL dzieli je na trzy grupy. Do pierwszej należą bóle rozmaitego natężenia, zjawiające się po długiem staniu, chodzeniu, siedzeniu, lub też do podniesieniu jakiego ciężaru; bóle ograniczające się czasem tylko do okolicy nerkowej, czasem zaś promieniujące na okolicę żołądka, na całą połowę brzucha, krzyż, biodro — charakterystycznym dla tych bólów jest to, że przechodzą one po położeniu się do łóżka, t. j. w położeniu poziomem. Druga grupa n. w. daje obraz dyspepsy nerwowej — trzecia charakteryzuje się występowaniem objawów kolki nerkowej, jak wiemy, należą: dreszcze, nudności, wymioty, promieniowanie bólu wzdłuż moczowodu, oliguria w czasie napadu, polyuria po napadzie. Są to więc objawy właściwe dla t. zw. hydronephrosis intermittens. Zastrzedz się jednak należy, że podział ten jest nieco schematyczny; w rzeczywistości u jednego i tego samego chorego można znaleźć wszystkie te objawy jednocześnie albo też naprzemiennie.

6) Co do dyagnozy, to ma ona na celu rozwiązanie dwóch pytań: 1) czy dany guz jest rzeczywiście nerką, i 2) czy objawy na które uskarża się chory należy przypisać nerce wędrującej, a nie jakiej innej chorobie. Co do pierwszej części zadania to S. nie ma tu nic więcej do powiedzenia po nadto co zrobili koledzy referenci: wszelkie możliwe tu inne guzy, jako to odsznurowany płąt wątroby, pęcherzyk żółciowy, guzy kiszek, żołądka, jajników — dają się wykluczyć przy pomocy dobrej techniki palpacyi nerki oraz próby odprowadzania danego guza do niszy nerkowej. Jest to więc stosunkowo łatwiejsza część zadania. Daleko trudniejszą rzeczą jest sprowadzenie rozmaitych skarg chorych do ich właściwego źródła. Jak to już wiemy b. często znajdziemy tu choroby genitalium, enteroptozę; nie należy jednak zapominać, że oprócz tego możemy mieć do czynienia z organiczną chorobą nerki wędrującej, np. z kamieniem. Otóż jeżeli objawy przypisywane nerce wędrującej nie przechodzą w położeniu poziomem, po repozycyi nerki, albo też jeśli przeważnie występują podczas nocy, przy leżeniu w łóżku, to jesteśmy uprawnieni do powzięcia podejrzenia, że źródło tych objawów chorobowych leży albo w organicznej cho-

robie nerki, albo też innych narządów brzusznych, albo też nakońiec w neuropatii.

7) Co do terapii to w zupełności podzielić trzeba zdanie kol. KRYŃSKIEGO, że należy nasamprzód spróbować leczenia ortopedycznego, a dopiero, gdy w ten sposób nie osiągniemy poprawy, można myśleć o operacji. Oprócz pasa brzusznego należy w odpowiednim przypadku wprost uspokoić chorą, chociażby nawet kosztem prawdy. Gdzie nerwowość i schudnięcie kojarzy się z objawami dyspepsy nerwowej, należy zalecić terapię WARR-MITCHELL'a, przy atonii ścian brzusznych, przy enteroptozie na miejscu będzie. masaż brzucha i zabiegi hydroterapeutyczne. Wyraża S. tu zdanie, że jedynie dzięki masażowi mięśni brzusznych otrzymał kol. KRYŃSKI wyniki pomyślne w swoich przypadkach, masaż nerki wydaje mu się rzeczą nie prowadzącą do celu, a nawet szkodliwą, gdyż nawet po prostem obmacywaniu nerki występować zwykły białko i walczki w moczu.

Dopiero wtedy, kiedy wszystkie te środki nie pomogą możemy pomyśleć o operacji; i tu jednak trzeba mieć na względzie, że operacja pomaga zazwyczaj w przypadkach nieskomplikowanych, t. j. tam, gdzie wszystkie objawy chorobowe mogą być przypisane tylko nieprawidłowemu położeniu nerki. Już przy enteroptozie wynik operacji jest bardzo problematyczny i operacja jest uprawnioną wtedy tylko, jeżeli istnieją wyraźnie umiejscowione bóle w okolicy nerki. Wcale zaś nie należy robić operacji przy hysteryi; ci co spodziewają się wyleczyć histerię przez nefropeksję, popełniają gruby błąd—sugestia pooperacyjna przechodzi b. prędko i bóle zjawiają się na nowo. Bewzględne wskazanie do nefropeksyi stauowią nerki dające objawy kolki nerkowej, gdyż w ten tylko sposób możemy uratować nerkę od zwyrodnienia którego ostatnim wyrazem jest t. zw. wodonercze.

[Autoreferat].

Ed. ZIELIŃSKI do wykładu kol. J. i Kr. oraz do własnych prac z lat 1891—95 dodaje następujące uzupełnienia: 1) chorzy dotknięci nerką ruchomą mają zazwyczaj kręgosłup zbliżający się do typu embryonalnego t. j. o krzywiznach mało wyrażonych (kyphosis dorsalis et lordosis lumbalis physiologica nie egzystują bądź wcale, bądź wyrażone są bardzo słabo), ztąd pochodzi owa płytkość łóż nerkowych u takich chorych (odnotowana przez WOŁKOWA), to też objaśnia owe usuwanie się nerki przy podstawianiu korków (exper. KORANY'ego) objaśnia to też nienormalne położenie wątroby (zwinięcie jej koło osi poprzecznej) i zwisanie jej ku dołowi, towarzyszące często nerce ruchomej; 2) w łączności z powyższem zdaje się być fakt znajdowania u takich chorych 10 żebra wolnego (costa fluctuans); na 63 przypadki nerki ruchomej mógł Z. ob-

serwować objaw ten w 27 przypadkach, w innych chociaż żebro było zrośnięte, ale między niem a 9 żebrem utworzyła się znaczna szczelina, jakiej nie wymacuje się u zdrowych osobników; 3) nie może się zgodzić Z. też na zupełne ignorowanie peritoneum w roli powstawania nerki ruchomej; opierając się na pracy ZUCHERHANDLA wskazuje, że na przedniej powierzchni nerki prawej umocowują się i duodenum i colon, że mamy przeto ligam. renale colic. dext. et duodenorenale, dzięki tym więzom trakcyja na nerkę łatwo może być wywierana przez opadające jelito grube lub dwunastnicę, i dla tego to tak często wędruje nerka prawa gdy lewa tak samo rzadko ulega uruchomieniu, jak rzadką jest anomalią egzystencyja lig. renal. col. sinistra; kątnica bowiem lewa idzie sierpem ponad nerką lewą i przytwierdza się extraperitonealnie swą tylko ścianką; bez uprzytomnienia sobie tych stosunków nie można pojąć dlaczego p r a w a nerka tak często ulega doli tułaczey; ani gorset, ani wątroba uciskająca, ani mniejsza pojemność łoży nie są w stanie wyjaśnić tego faktu. Z powyższego wynika że 4) bez opuszczenia jelit (bez coloptozy), nie może być uruchomienia nerek (a tem bardziej prawej, jak chce kol. J.); nerka ta bowiem tak integralnie związana jest z dwunastnicą i poprzecnicą, że przy opuszczeniu nerki, musi nastąpić opuszczenie jelit; 5) Z. nie może przypisać również znaczenia etyologicznego z m n i e j s z e n i u c i ś n i e n i a wewnątrzbrzusznego, jak chce Wołkow i kol J.; rzecz cała odbywa się w jamie brzusznej, która w $\frac{2}{3}$ częściach ma ścianki elastyczne podatne, zdolne do rozciągania się i kurczenia, każdemu zmniejszeniu zawartości jamy brzusznej towarzyszy padanie ścianek przednich, i obniżanie przepony, i odwrotnie; gdyby tak nie było, zwierzęta oddychające płucami byłyby narażone na poważne, groźne, nawet zaburzenia, i ztąd u takich zwierząt zanikły w wiekowej ewolucyi żebra nie tylko łędźwiowe, ale i dolne grzbietowe, które widzimy u zwierząt utleniających krew za pomocą skrzeli; jednym słowem takiego zmniejszenia ciśnienia wewnątrzbrzusznego, przy którym nerki uledzby musiały oberwaniu, wyobrazić sobie nie sposób: doświadczenia na trupach niczego nie dowodzą; przy położeniu bowiem trupa pionowem i wypuszczaniu płynu z otrzewnej mamy nie zmniejszenie ciśnienia wyłącznie, lecz też i zmianę w położeniu jelit, zmianę kierunku trakcyi dokonywanej przez nie na nerkę; zresztą, przyjmując nawet możliwość czego podobnego, nie rozwiązujemy pytania: dla czego to nerka p r a w a uruchamia się wówczas, a nie obiedwie? — 6) Również nie zgadza się kol. Z. z twierdzeniem ISRAELA, jakoby m e s o n e p h r o n nigdy nie znajdowało się przy nerce ruchomej, Z. miał możliwość obserwować na trupach dwukrotnie nerkę prawą w miednicy (w obu tych razach nerki te miały swoją

krezkę przy wydłużeniu naczyń nerkowych o 4 i $4\frac{1}{2}$ cent. w porównaniu z naczyniami nerek lewych nieuruchomionych.

7) W dalszym ciągu Z. zwraca uwagę na trudność rozpoznania różniczkowego pomiędzy nerką ruchomą, a choćby pęcherzykiem żółciowym; to zaś, jakoby wypukiwaniem można było ustalić łączność guza z wątrobą, nie wytrzymuje krytyki i dość wydłużoną część wątroby w trupie, dającą bez pośrednio wypuk stłumiony, pokryć płatem ścianki brzusznej, aby się przekonać, że wypuk po nad nią stał się bębnistym, ściana bowiem (jak deka) oddaje drżenie swe kiszkom i wprawia je w rezonans; Z. widział wypadek guza dającego się odprowadzać aż do lewego dołu biodrowego i wpychać w prawe podżebrze, który był klinicznie traktowany, jako nerka ruchoma, a okazał się przy operacji—pęcherzykiem żółciowym (nawet bez kamieni).

[Autoreferat].

PERKOWSKI zaznacza: Wszystko co dotąd było powiedziane, dotyczyło nerki przemieszczonej, że tak się wyrażę podstępnie. W tych bowiem razach, dzięki tylko starannemu badaniu lekarskiemu, wykrywano niezwykle jej położenie.

Lecz nie trzeba zapominać, że mieć możemy do czynienia z ektopią teratologiczną, t. j. nerka mogła się rozwinąć w okolicy niezwyklej; jej tętnice i żyły odżywcze, pochodzą od wielkich naczyń sąsiednich. Jest to więc ektopja wrodzona.

W innym razie, nerka usunęła się, zmieniła położenie pod wpływem urazu, upadku z wysokości na nogi, na pięty. Chory odczuwał silny ból w okolicy lędźwiowej, miał on świadomość czegoś rozdartego wewnątrz, czegoś, co się oderwało. Jest to co nazywają zwłknięciem nerki.

Przedmiotem wypowiedzianych odczytów i obecnej następnej dyskusyi, jest nerka ruchoma, podstępna odnaleziona dzięki przekonaniom rozpoznawczym lekarzy. Już w XVI wieku o jej możebności PEDEMONTANUS wspomina; później RIOLAN, RAYER nadmienią ją w swoich monografiach jako o wielkiej rzadkości. Nowoczesne badanie GLENARD'a „o euterotozie“, rozpoznają początkowe fazy przemieszczania nerki, uwiadcniają jej dosyć częste istnienie.

Zauważono już dawniej, co sam stwierdziłem, nerkę ruchomą u osobników z tkanką podskórną i mięśniową mało rozwiniętą i odporną. Skóra ich była suchą, pomarszczoną, mięśnie i kości wątłe, stopa płaska, powiększone wygięcie lędźwiowe popychało naprzód aortę, której tętno wyczuwało się jakby pod skórą. KORANYI na zasadzie swych doświadczeń, przypisuje lordozie lędźwiowej ważne znaczenie, gdy pod wpływem tej wypukłości nerka naprzód,

naciska zewnętrzny listek otrzewnej. Ztąd też noszenie wysokich obcasów, zwiększające wypukłość lędźwiową kręgosłupa jest według KORANYI'ego jedną z przyczyn powstawania nerki ruchomej.

Ta zmniejszona odporność tkanek podskórnej i mięśniowej, tłumaczy możliwość skuteczności leczenia masażem vibracyjnym, o którym KRYŃSKI wspomina.

Różnorodne opisywane i napotymane objawy przy nerce ruchomej, dają się ująć w 3 grupy: objawy dyspeptyczne, neurasteniczne lub niekiedy kolki żółciowej.

Zdarzało się napotykać chorych z takim mniej więcej schematem objawów dyspeptycznych. Rano przed śniadaniem miewała chora apetyt, lecz zaledwie siadła do stołu, łaknienie ginęło. Tłuszcze, mączki, mleko, wino źle były znoszone. Brzuch wzdęty, pyrosis, kurcze żołądkowe a niekiedy wymioty. Bóle w jakiś czas ustają aby po południu powrócić na nowo. Apetyt mniejszy w porze obiadowej. Próba jedzenia wieczorem wywołuje kurcze żołądka. Chora kładzie się spać; o godz. 2 lub 3 rano budzi się itp. Temu wszystkiemu towarzyszy zawsze *z a p a r c i e*.

P. był świadkiem w Paryżu sekcji pośmiertnej chorego, który zmarł przy objawach anuryi. Nerka zsunęła się do małej miednicy i uciskała dwa moczowody.

Przy zdarzających się objawach wodonercza *p r z e p u s z c z a j ą c e g o* wskutek zagięcia się moczowodu nerki ruchomej, nie zawsze mogą być wskazania natychmiastowego dokonania rękoczynu nefropeksyi. Wszystkie groźne objawy znikły w wypadku jaki obserwowałem, pod wpływem leżenia w łóżku w pozycji poziomej, głową jak najniżej, przy siedzeniu możliwie podniesionem, okładach ciepłych na brzuch. Zastrzyknięcia morfiny i ciepła kąpiel bez wszelkich prób masażu lub odprowadzania.

[Autoreferat].

WINIARSKI podnosi fakt, zaznaczany już przez referentów i poprzednich mówców, że nerkę wędrującą spotyka się przeważnie u kobiet, tak np. przez lat 11 w szpitalu Dzieciątka Jezus z pomiędzy kilku tysięcy chorych mężczyzn mówca stwierdził nerkę wędrującą tylko u 1 mężczyzny, w praktyce prywatnej nerki wędrującej u mężczyzn nigdy nie spostrzegął, natomiast u kobiet niezmiernie często. Już sam fakt tak częstego występowania nerki wędrującej u kobiet obok takiej rzadkości tego cierpienia u mężczyzn—nasuwał na myśl przypuszczenie, że do rzędu przyczyn, powodujących powstawanie nerki wędrującej należy zaliczyć noszenie przez kobiety gorsetów oraz częste porody, przez nie odbywane.

WINIARSKI nie sądzi, żeby noszenie gorsetu mogło wpływ taki wywierać, jest jednak zdania, że kwestyę tę mogą rozstrzygnąć jedynie dane statystyczne, dotyczące częstości nerki wędrującej u kobiet ze wsi, które, jak wiadomo, gorsetów nie noszą. Gdyby się okazało, że nerka wędrująca jest również częstem u nich zjawiskiem, jak i u kobiet z miast, byłoby to niezbitym dowodem, że noszenie przez kobiety gorsetu i powstawanie nerki wędrującej w żadnym związku przyczynowym nie stoją.

Co się tyczy porodów, które również niektórzy uważają za jedną z przyczyn, powodujących powstawanie nerki wędrującej, to i ten rzekomy czynnik etyologiczny wydaje się WINIARSKIEMU wielce nieprawdopodobnym, gdyż z jednej strony spotyka się nerkę wędrującą często u panien i u mężatek, które nigdy nie rodziły, z drugiej zaś strony — nerka wędrująca powstaje często dopiero w kilka, a nawet w kilkanaście lat po ostatnim porodzie, trudno więc przypuszczać, ażeby ten czynnik okazał swój wpływ szkodliwy dopiero po upływie tak długiego przeciągu lat.

Co się tyczy objawów klinicznych, zależnych od nerki wędrującej, to W. zaznacza, że w całym szeregu przypadków, nie daje ona absolutnie żadnych objawów i zostaje przez lekarza tylko przypadkowo stwierdzoną. W. rozpoznaje nerkę wędrującą, gdy ją przy badaniu dwuręcznem wyczuwa jako guz twardy, (przesuwalny), w prawem podżebrzu (gdyż najczęściej ma się do czynienia z nerką prawą), lub nieco niżej bliżej linii środkowej; w rzadszych przypadkach nerkę wędrującą wyczuwa się aż w dole brzucha, w małej miednicy.

W innych przypadkach nerka wędrująca powoduje najrozmaitsze dolegliwości i bywa często mylnie rozpoznawana, jako Cholelithiasis lub Nephrolithiasis, jako ostatnie cierpienie zwłaszcza w tych razach, gdy jest połączona z Hydronephrosis. Mówca zna również przypadki, w których wybitni klinicyści, na zasadzie dłuższej obserwacji rozpoznawali raka nerki.

Często również rozpoznaje się mylnie nowotwory w jamie brzusznej i zaleca się chorym operacyę — wycięcie rzekomego nowotworu, po to, żeby po pewnym przeciągu czasu przekonać się, że miało się do czynienia z nerką wędrującą.

Najczęściej jednak, zdaniem W., nie rozpoznajemy nerki wędrującej, rozpoznajemy natomiast dyspepsyę, lub katar żołądka. Chorym zalecamy wówczas odpowiednią dyetę, przepisuujemy wody alkaliczne (Vichy, Karlsbadzkie, Wiesbadenkie itd.), lub kwas solny, — oczywiście, — bez żadnego skutku. Objawy dyspeptyczne, spowodowane nerką wędrującą, są najczęściej, zdaniem W. następujące: uczucie gniecenia i ściskania w dołku, młotności, a niekiedy i wymioty, wszystkie te dolegliwości występują zwykle wkrótce po jedzeniu. Obraz dyspepsyi, zależnej od nerki

wędrującej, odmalowany przez PERKOWSKIEGO, W. uważa za-
względnie rzadki.

Że powyżej przytoczone objawy dyspeptyczne zależne są od
nerki wędrującej, a nie od rzekomej dyspepsy, tego dowodzi
fakt, że ustępują one natychmiast po odprowadzeniu (repozycji)
nerki na właściwe jej miejsce, o czym mówca nieraz miał sposo-
bność się przekonać i wobec tego podkreśla fakt zależności opisa-
nych objawów dyspeptycznych od nerki wędrującej.

[Autoreferat].

GRUNDZACH nie zgadza się z E. ZIELIŃSKIM co do niemożności
zbadaania narządów jamy brzusznej (co do ich położenia np.). Za
pomocą oglądania a szczególnie obmacywania jesteśmy w stanie
zbadać wiele narządów jamy brzusznej w sposób zadawalający, jak
to zresztą wszystkim nam wiadomo. Częstoćkroć wyczuwamy po-
przecznicę i zgięcie esowate, okrężnicę wstępującą, część zstępu-
jącą, bardzo dokładnie, szczególnie wówczas, gdy kiszki pod
ścianami brzuszniemi ścięczonemi wypełnione są kałem zbitym.
G. często widział i wymacywał w przypadku nerki wędrującej
prawej charakterystyczną postać okrężnicy w formie litery M (colo-
ptosis) jeżeli kiszka była wypełniona kałem lub rozdęta sztucznie
powietrzem per anum.

G. zgadza się natomiast zupełnie z E. ZIELIŃSKIM co do udziału
biernego okrężnicy wstępującej i dwunastnicy przy obsuwaniu się ner-
ki i nie pojmuje wcale jak narządy te, będące w związku z nerką
prawą za pomocą więzów: nerkowo-dwunastnicowego (l. duod. re-
nale) i nerkowo-okrężnicowego (l. colico renale) mogą pozosta-
wać na miejscu, gdy nerka zmienia położenie. Zdaniem G. musi ona
pociągać zawsze w mniejszym lub większym stopniu narządy po-
wyższe. Cierpienia żołądkowo-kiszkowe posiadają zdaniem G. ce-
chy nerwicy.

[Autoreferat].

KRYŃSKI w odpowiedzi kolegom ŚWIĄTECKIEMU, WINIARSKIEMU
i Ed. ZIELIŃSKIEMU streszcza wyrażone przez siebie w wykładzie
poglądy na istotę patogenazy nerki ruchomej, według których
dwa czynniki mają tu znaczenie decydujące, a mianowicie:

1. Płytkość i kształt zagłębień nerkowych.
2. Brak równowagi normalnej w ciśnieniu śródbrzuszniem.

Wszystkie inne czynniki mają w tej sprawie tylko znaczenie
usposabiające i pomocnicze, niekiedy nawet dość ważne, lecz nie
pierwszorzędne.

Według doświadczenia chirurgów, in vivo ruchomość nerki
występować może zupełnie samoistnie, bez związku z opuszcza-
niem się innych narządów jamy brzusznej; to ostatnie łączy się
niekiedy z ruchomością nerki, nie towarzyszy jej bynajmniej
zawsze.

Co się tyczy wskazań operacyjnych, to te winny być robione tu bardzo ściśle, w każdym jednak przypadku zanim się przystąpi do zabiegu operacyjnego, należy wypróbować metod bezkrwawych, jak masaż, ortopedya itp. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Za Prezesa Wice-prezes *W. Kamocki*.

Pom. Sekr. *J. Brudziński*

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 Kwietnia 1903 r.

Prezydujący Wiceprezes *Kamocki*.

Członków obecnych 39. Gości 2.

T r e ś ć: LEBENSBAUM. Przedstawienie preparatu macicy wyjętej przez pochwę z powodu chorionepithelioma malignum.

LEŚNIEWSKI. Przyczynek do chirurgii kiszek.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości ANTONIEGO ZAKRZEWSKIEGO, LEONA FEIERSTEINA, SWIDĘ, KIJEWSKIEGO STAN.

LEBENSBAUM przedstawił preparat macicy, wyjętej przez pochwę z powodu chorionepithelioma malignum.

24-letnia pacjentka, z zawodu nauczycielka, odbyła poraż pierwszy prawidłowy poród przed 12-tu tygodniami. Połóg przez pierwsze 3 tygodnie normalny. W 4-tym tygodniu krwotoki maciczne, skutkiem czego w 5-m tygodniu po porodzie wyłyżeczowano macicę. Wyskrobina minimalna. W ciągu następnych czterech tygodni krwotoków nie było, lecz od czasu do czasu brudnawa wydzielina. Przed tygodniem ponowny krwotok. Otrzymała wówczas przez powtórne wyłyżeczowanie macicy wyskrobina okazała się po zbadaniu tkanką nowotworową, t. j. chorionepithelioma malignum. Jednocześnie L. przedstawił preparaty mikroskopowe. (Sprawozdanie własne).

ANTONI LEŚNIEWSKI wypowiedział odczyt „Przyczynek do chirurgii kiszek.” Przytoczył on 3 spostrzegane przez się przypadki. Pierwszy dotyczył 30-letniej chorej, od urodzenia głuchej i niemowy. Z rozmowy na migi wynioskowano, że od roku miewa ona napady wzdęcia brzucha, bóleści, ostatnimi czasy dołączały się wymioty. U nadzwyczaj wynędzniałej chorej znaleziono wewnętrzne organy w stanie prawidłowym. Na lewo od pępka spostrzeżono w brzuchu wydatność, wypukano tu odgłos tępy, wymacano guz podłużny, ogromnie bolesny, znacznie ruchomy. Badanie w uśpieniu chloroformowem wykryło, że guz był wielkości pięści dużego mężczyzny, kielbasowaty, ku górze wciskał się pod wątrobę, ku dołowi dochodził do wyjścia do małej miednicy. Po wypełnieniu okrężnicy wodą, guz chował się całkowicie; gdy wypuszczano wodę z kiszki, wymacywano guz w prawym podżebrzu, tuż pod wątrobą, następnie opuszczał się on coraz bardziej, zbliżał się ku pępkowi, stawał się coraz bardziej ruchomym. Rozpoznano niewiadomej bliżej natury guz usadowiony w wątrobowym zgięciu okrężnicy. Na zaproponowaną operację pacjentka nie zgodziła się i opuściła oddział. Po upływie 2 tygodni zjawiła się ponownie, jeszcze bardziej niż poprzednio wyniszczona. Przeczekano kilka dni, by chora nieco poprawiła się, następnie L. dokonał laparotomii. Wydobyty z otrzewnej guz mieścił się w samej rzeczy w wątrobowym zgięciu okrężnicy i był szeroko zrośnięty ze zgrubiałą, pofałdowaną siecią; w krezce liczne obrzmiałe gruczoły chłonne. L. wyciął chory odcinek kiszki długości 2 cm. i możliwie wszystkie dające wymacać się gruczoły chłonne. Końce kiszki zespolił szwem trzypiętrowym, brzuch zamknął szwem jednopiętrowym. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Ściana kiszki w miejscu guza, grubości 3 cm., przedstawiała się jak następuje. Śluzówka mocno zgrubiała, nastrzyknięta, bardzo rozpulchniona, pofałdowana. Na fałdach w wielu miejscach rozrosty brodawkowate i polipowate, pomiędzy fałdami widać w śluzówce otwory. Przez otwory wchodzi się zgłębnikiem do jamek, z których wydłubuje się kawałki stwardniałego kału wielkości i kształtu ziarnka grochu lub także kawałki śluzu. Mięśniówka i tkanka podsukowicza mocno zgrubiałe, w tej ostatniej ogniska rozmiękczenia, z których zgłębnik za pomocą mniej lub bardziej krętych kanałów przez całą grubość ściany kiszki zdąża do owych otworów pomiędzy fałdami śluzówki. Następnie przypomniał L. obraz anatomo-patologiczny dysenterji nieżytowej, błonicowej i mieszkowej. Pod mikroskopem znalazł L. dobrze zachowany nabłonek cylindryczny na powierzchni śluzówki. Z tego wykładu staje się oczywiste, że wycięty guz powstał na tle przewlekłej dysenterji mieszkowej, rozrostów brodawkowatych i polipowatych w gruczołach LIEBERKÜHNA. Membrana propria dobrze zachowana. Śluzówka i podśluzówka ob-

ficie nacieczone. Zachowane mieszki chłonne na obwodzie barwią się dobrze, w pośrodku lichy. Mięśniówka nacieczona, w niej liczne pasma zbitej tkanki łącznej. Tkanka podsurowicza zgrubiała, obfituje w drobne naczynia krwionośne. W tkance sieci liczne pasma zbitej tkanki łącznej. Gruczoły chłonne w stanie zwykłej hyperplazji. Przypadek ten L. przytoczył dla tego, że dotychczas nie napotkał w piśmiennictwie ani jednej wzmianki o tego rodzaju guzach kiszek. Sądzi on, że pewna liczba takich guzów była brana za nowotwory złośliwe. Dla rozpoznania decydującem jest niewątpliwe przebycie przez pacyenta biegunki krwawej. Przy sposobności wspomina L. o wrzekomych czyli nabytych uchyłkach kiszek, które również prowadzą do powstawania podobnych guzów, niejednokrotnie branych za nowotwory złośliwe. L. pokazał wycięty guz.

W przypadku drugim 31-letnia mężatka od dłuższego czasu słabła coraz bardziej, miała niewyraźny ból w krzyżu, następnie wystąpił dotkliwy ból w prawej górnej połowie brzucha, który ostatnimi czasy zjawiał się w postaci częstych napadów. Żółtaczką nie przechodziła, boleści nie miewała, wypróżniała się prawidłowo, ostatnimi dniami wymiotowała. Badanie wykryło znaczne wychudnięcie, stały stan gorączkowy, wieczorami dreszcze. Narządy oddechowe, krwionośne, przewód pokarmowy, wątroba, śledziona—prawidłowe. W prawem podżebrzu widać wydatność, w miejscu tem wypukuje się tępość, zlewającą się z tępością wątroby, ku dołowi dochodzącą do linii pępkowej, ku wewnątrz do linii pośrodkowej ciała, ku zewnątrz do przedniej linii pachowej prawej. Wymacuje się tu guz, wielkości dużej pięści, prawie kulisty, twardy, bolesny, nieruchomy, podczas ruchów oddechowych nie poruszający się, dobrze dający wymacać się odcyłu, w okolicy śledziony. Mocz 760 c. s. na dobę, słabo kwaśnego, w nim $\frac{1}{2}$ ‰ białka w osadzie czerwone ciała krwi i nabłonki. Lewa nerka nie daje się wymacać, nie jest bolesna. Cystokop wykrył zdrową śluzówkę pęcherza moczowego. W dalszym przebiegu pomimo podskórnego stosowania morfiny ból wzrastał się, chora nie sypiała, słabła coraz bardziej, wreszcie zażądała pomocy chirurgicznej. Rozpoznano cierpienie prawej nerki i rozległą sprawę zapalną dokoła tejże—wobec tego postanowiono dokonać operacji na nerce prawej. By dotrzeć do niej, poprowadził L. cięcie bergmanowskie. Zazwyczaj luźna, delikatna tkanka, otaczająca nerkę i okrężnicę wstępującą była nacieczona, twarda, niepodatna. Po odwarstwieniu torebki włóknistej, znaleziono nerkę, leżącą we właściwym miejscu, prawidłowej wielkości i kształtu, znacznie przekrwioną. Ów guz wymacował się przed nerką, w jamie otrzewnej. Wobec tego L. otworzył otrzewną cięciem na zewnętrznym brzegu prawego prostego mięśnia brzucha. Znaleziono wątrobę przyklejoną do przedniej ściany brzucha. Po odlepieniu jej spostrzeżono, że okręż-

nica wstępująca przyklejoną jest do bocznej ściany brzucha u góry mocniej przyrośnięta do wątroby i pofałdowanej sieci. Dzięki zlepieniu się owych narządów i tkanek powstał ów guz. W zgięciu wątrobowem mocno przegiętem pod kątem ostrym wymacano okrężne zgrubienie ściany kiszek. Miało się wrażenie, że na wewnętrznej powierzchni zgięcia mieści się jakieś owrzodzenie, które trwając dłuższy czas wywołało owe zgrubienie i zrosty. Wobec ciężkiego stanu chorej ograniczono się na razie zespoleniem okrężnicy wstępującej z poprzecznicą, a to by zapobiedz możliwemu w niedalekiej przyszłości zamknięciu światła kiszek w miejscu zgięcia wątrobowego i by na skutek bezpośredniego przechodzenia kału z okrężnicy wstępującej do poprzecznicy stworzyć lepsze warunki dla owrzodzenia w kiszce. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Po wyjściu chorej ze szpitala poczęła ona nanowo gorączkować. Wobec tego L. wyciął jej pęk gruczołów z pod pachy prawej. Badając gruczoły za pomocą mikroskopu znalazł L. w nich gruzelki. Zapytuje więc, czy i owo owrzodzenie w kiszce nie było również gruźliczej natury. Do tego przypadku pokazał L. preparaty gruczołów podpachowych z gruzelkami.

Przypadek trzeci dotyczył 38-letniej włościanki, mężatki od 18 lat; po jednym z porodów przechodziła ona sprawę popołożową. Obecnie od dłuższego czasu cierpiała na zaparcie stolca, napady wzdęcia brzucha, bóleści, wymioty. Badanie nie wykryło w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. Chora znacznie wychudzona. Stan bezgorączkowy. W brzuchu nie wymacuje się najmniejszej guzowatości. Mocne obmacywanie i mechaniczne drażnienie brzucha wywołuje napad bóleści w dole brzucha, jednocześnie widzi się tu i owdzie pętle kurczących się gwałtownie kiszek. Takie same napady zjawiają się kilkanaście razy na dobę i samoistnie. Odbytница prawidłowa. Granice żołądka, jego chemizm i mechanizm prawidłowe. Przymacicza noszą ślad starych spraw zapalnych. Rozpoznano przewlekłe zwężenie światła przewodu pokarmowego. Po zastosowaniu gorących okładów, morfiny, diety stan chorej polepszył się i opuściła oddział. Lecz po kilku dniach zjawiała się nanowo z temiż objawami. L. dokonał jej laparotomii i znalazł w kiszce cienkiej guz, który wraz z 23 centymetrami kiszek wyciął. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie mikroskopowe guza siedzącego na wewnętrznej powierzchni kiszek, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, wykazało, że był to mięsak o dużych okrągłych komórkach. Poniżej miejsca zwężenia, tam gdzie swobodna powierzchnia guza dotykała do śluzówki, były dwa guziki płaskie. Inne miały budowę mięsaka i powstały oczywiście na skutek zakażenia śluzówki przez stykający się z nią guz pierwotny. L. pokazał wyciętą kışkę wraz no-tworem,—i pod mikroskopem—zabarwiony skrawek guza.

W dyskusyi prof. KRYŃSKI zapytuje o stan nerek w jednym z operowanych przez L. przypadków.

CIECHOMSKI zaznacza, że jakkolwiek rozwolnienie jest jedną z cech charakterystycznych biegunki krwawej, to należy wszakże pamiętać, że częstokroć nowotworom złośliwym w kiszkiach towarzyszy biegunka, mianowicie wówczas, gdy nowotwór, poczynający na błonie śluzowej, ulega owrzodzeniu. W przypadkach wątpliwych skrzętnie zebrane wywiady niekiedy znakomicie mogą ułatwić rozpoznanie cierpienia, zwłaszcza w późniejszym okresie jego istnienia; przy biegunce krwawej podniesienie ciepłoty ciała spostrzegamy tylko w pierwotnym i ostrym jej przebiegu, przewlekła zaś jej postać przebiega zwykle bez gorączki, choćby na miejscu dawnego owrzodzenia powstał mniejszy lub większy guz, wskutek zgrubienia zapalnego ściany jelita, tymczasem guzowi pochodzenia nowotworowego często towarzyszy gorączka, zwłaszcza gdy dąży on w kierunku krezki i rozpada się w głąbi, poczynając od powierzchni błony śluzowej.

Co się tyczy niedrożności jelit, to wyraźniejszą i częstszą bywa ona przy guzach, powstających na tle zmian zapalnych, a więc: gruźlicy, biegunki krwawej, tyfusu i przymiotu aniżeli przy guzach nowotworowych, ostatnie bowiem rzadziej bujają w kierunku światła kiszki, częściej atoli, jak wspomniano wyżej, w kierunku naczyń chłonnych, innemi słowy w kierunku krezki; w tym razie zwężenie światła jelita może być tylko względne.
(Autoreferat).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Teodor Dunin.*

Pom. Sekr. *J. Brudziński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 28 Kwietnia r. b.

Prezes *Teodor Dunin*.

Obecnych członków 30. Gości 3.

T r e ś ć. B. K. DASZKIEWICZ. Przedstawienie przypadku erythema nodosum z następczym zanikiem mięśni.

RZĘTKOWSKI. Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości, kolegów: **SMOLEŃSKIEGO, WILCZYŃSKIEGO, BORNSTEINA.**

III. Prezes odczytał odezwę prokuratury Królestwa Polskiego co do zapisu **KNOLLA.**

KORYBUT-DASZKIEWICZ przedstawił, znajdującą się na jego oddziale Szpitalnym z Warszawskim Domu Wychowawczym ks. **BAUDOUINA**, 4 1/2 miesięczną dziewczynkę, dostarczoną na oddział jako podrzutka w d 23 Lutego 1903 roku i zatrzymaną na oddziale z powodu pleśniawek i aphtae Bednari. Już 25/II—903 na prawym policzku zauważono małe, wielkości orzecha laskowego, nieco bolesne nacieczenie w tkance podskórnej z nieznaczem zaczerwienieniem skóry; tego samego dnia, a nawet poprzedniego, — wystąpiły dość wyraźne objawy niestrawności (około 10 zielonych, dyspeptycznych stołeczków), które po zastosowaniu diety, nieznacznej ilości oleju rącznikowego i tannalbiny ustąpiły w ciągu niespełna tygodnia; waga ciała mimo choroby podniosła się z pierwotnych 3100 grm w ciągu tygodnia pierwszego na 3370, a w następnym tygodniu na 3650. W 17 dni po zanotowaniu pierwszego nacieczenia na policzku, które powoli się zmniejszało, ale nie znikło zupełnie, zauważono współcześnie na skórze zewnętrznej powierzchni prawej nogi, poczynając prawie od środka kości biodrowej ku górze idące zaczerwienienie, najwyraźniejsze w okolicy stawu biodrowego, podobne objawy wystąpiły i na prawem ręku na przestrzeni od łokcia ku górze prawie do łopatki. Przy badaniu nacieczenia te okazały się nieznacznie bolesnymi i chociaż robiły wrażenie napozór równomiernych infiltratów tkanki tłuszczowej podskórnej, jednakże przy badaniu okazało się, że składają się one z dość dużych, niezbyt jednakże ograniczonych guzowatości,

bez bardzo ścisłych granic, przechodzących jedna w drugą. Stan ogólny dziecka był wtedy zupełnie dobry, ciepłota ciała normalna w czasie całego przebiegu cierpienia. Drugiego dnia wystąpiły także same nacieczenia na prawej łydce; po podaniu dziecku salicylanu sodu—objawy dyspeptyczne (5 stołeczków), które po odstawieniu lekarstwa odrazu ustąpiły. Piątego dnia od czasu pojawienia się pierwszych nacieczeń na kończynach, zauważono, że o ile w tkance podskórnej są one mniej wyraźne, o tyle dość wybitnie przechodzą one na okoliczne mięśnie pod postacią niezbyt ograniczonych guzowatości. Waga ciała, mimo choroby, wciąż ostatniego tygodnia podniosła się o 130 grm, a w następnym tygodniu o 120 grm. W ciągu następnych dwóch tygodni notowano: bardzo nieznaczne objawy dyspeptyczne, umiarkowany przybytek na wadze i ku końcowi tego okresu powiększenie się nacieczenia na policzku przy zmniejszeniu znacznem nacieczeń na kończynach; jednocześnie odnotowano wyraźny zanik mięśni kończyn, tak że nie tylko wymiary obwodu kończyn w różnych miejscach to potwierdzały, ale i na oko widać już było znaczną różnicę między stroną chorą i zdrową.

Dziś po dwumiesięcznej blisko chorobie dziecko wygląda dobrze i w ciągu tego czasu przybyło mu na wadze 1150 grammów,—nacieczenie na policzku jest jeszcze dość wyraźne, na kończynach za to bardzo nieznaczne, natomiast na pierwszy plan występują objawy zanikowego charakteru, co jednakże wpływa tylko na nieznaczne ograniczenie ruchów kończyn. Dodać należy, że już w czasie istnienia nacieczeń dziecko miało szczepioną ospę ochronną z pomyślnym wynikiem.

KORYBUT-DASZKIEWICZ rozpoznaje w obserwowanym przez siebie przypadku erythema nodosum (jako dermato--myositis) z następczym zanikiem mięśni.

Etyologia cierpienia w danym przypadku jest niewyjaśnioną.

Godnemi zaznaczenia są: 1) lokalizacja cierpienia nie typowa i wogóle dość oryginalna (wszystkie miejsca zajęte chorobą są na prawej stronie), 2) zupełny brak podniesienia ciepłoty, 3) względnie bardzo nieznaczna bolesność miejsc chorych 4) względna długotrwałość choroby i zupełnie dobry stan ogólny dziecka, 5) rozszerzenie się procesu chorobowego na mięśnie, 6) wyraźne objawy zaniku mięśni.

W dalszym ciągu mówca przytacza niektóre dane z piśmienictwa, a głównie powołuje się na podręczniki KAPOSI'ego i HALLOPEAU ET GIRAUD'a.

Na przytoczeniu wymiarów obwodu kończyn w różnych miejscach, mówca kończy swe przemówienie. Wymiary te przed-

stawiają się tak: największy wymiar obwodu prawego biodra=19 (lewego—20 ctm), prawej goleni=12 ctm (lewiej 13 ctm), prawego ramienia=9 ctm (lewego 11 ctm). (Autoreferat).

Rzętkowski wypowiedział rzecz p. t. „Studja nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej. R. mierzył strawność proteolityczną przy pomocy metody Merr'a; znalazł ją przy raku osłabioną, przy wrzodzie wzmożoną. NaCl in vitro osłabia sprawność proteolityczną, in vivo zaś nie, ponieważ żołądek wydziela H_2O , rozgadniając nadmiar w nim NaCl.

Autoreferat.

Na tem posiedzenie ukończone zostało.

za Prezesa *W. Kamocki*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Maja 1903.

Przewodniczący Wice-Prezes *Walenty Kamocki*.

Obecnych członków 33, gość 1.

T r e ś ć: SZTEYNER.—a) Przedstawienie chorej po wycięciu nerki dotkniętej roponerczem i kamieniem miedniczki nerkowej

b)—Przedstawienie chrzęstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów.

GROSGLIK.—Przedstawienie kamieni pęcherzowych.

KARCZEWSKI.—Przedstawienie nerki z przypadku pyelonephritis calculosa.

J. BRUDZIŃSKI.—Przedstawienie mózgu chłopca 12 l. z chorobą LITTLE'a (porencephalia).

St. KLEIN. O rozpoznawaniu białaczki.

I. Wice-Prezes odczytał tematy na konkurs Koczorowskiego.

II. Wice-Prezes odczytał zaproszenie Komitetu org. Zjazdu rosyjskich ginekologów i akuszerów.

III. SZTEYNER przedstawił 37-letnią kobietę wyleczoną po wycięciu nerki, dotkniętej roponerczem i kamieniem miednicz-

ki nerkowej. Guz bardzo wielki zajmował całą prawą połowę brzucha i sięgał po za linię środkową na lewo na trzy palce poprzeczne.

Rozpoznanie nie było łatwe ze względu na małe zmiany w moczu, wielkie napięcie guza i wywiady niedokładne. Chora była bardzo wyniszczona, ciepłota niepodniesiona, tętno 126. Operacja przedstawiała poważne trudności, cięcie było prowadzone skośnie w okolicy lędźwiowej poprzecznie na brzuchu (transperitonealis). Przy oddzielaniu zrostów dwunastnica uległa przerwaniu podłużnemu. Po wycięciu całkowitem nerki zeszyto dwunastnicę, otrzewną, ścianę brzuszną i założono worek Mikulicza od tyłu. Przebieg był zupełnie pomyślny, raz tylko jeden wieczorem po operacji temp. był 38,8. Obecnie w 4 tygodnie po operacji rana jest w znacznej części zagojona. Wycięta nerka przedstawia się w postaci wielkiej torbieli, napełnionej zawartością ropiastą, w miedniczce nerkowej ponad początkiem moczowodu siedział kamień wielkości jaja kurzego, zatykający otwór moczowodu.

IIIb. SZTEYNER przedstawił preparat chrząstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów. Nowotwór wychodził z chrząstki 6-go żebra z lewej strony u mężczyzny 22-letniego. Operacja była wykonana w ten sposób, że po oddzieleniu mięśni od guza i obnażeniu jego podstawy guz został odpiłowany i następnie wycięto 6 żebro; opłucna była tak zrośnięta z guzem, że o oddzieleniu jej nie mogło być mowy, wycięto więc resztę guza drażącego do klatki piersiowej razem z opłucną i chrząstką żebrową. Chory po przebyciu odmy piersiowej i zapaleniu opłucnej wyzdrowiał.

IV. GRCSGLIK przedstawił szereg usuniętych przezeń w ostatnich czasach kamieni pęcherzowych, należących do kategorii t. zw. kamieni nierozpoznanych t. j. przebiegających bez zwykłych objawów kamienia pęcherzowego. W trzech przypadkach mówca wykonał kruszenie, przyczem wydobyl z pęcherza odłamy, ważące w jednym przypadku 63 grm., w drugim 48 grm., w trzecim 10 grm. W przypadku czwartym badanie zgłębnikiem metalowym dało wynik ujemny, a kamień został wykryty za pomocą cystoskopu. Z powodu znacznego powiększenia gruczołu krokowego i zbyt głębokiego położenia kamienia mówca wykonał cięcie nadłonowe (próbą skruszenia nie udało się) i wydobyl kamień, ważący 27,5 grm. Przypadek piąty dotyczy osobnika młodego, który od lat kilku miewał napady kolki nerkowej prawostronnej i świeżo dotknięty został ostrem zatrzymaniem moczu. Badanie cystoskopowe wykazało kamyk uciśnięty w wylocie moczowodu lewego. Po zbadaniu, kamyk ten, ważący 0,4 grm., wydaloný został samorzutnie, poczem objawy zatrzymania moczu całkowicie ustąpiły. Nareszcie w przypadku szóstym mówca skruszył spory kamień u chorego, który był już operowany z powodu

kamienia 5 razy (pierwszy raz wykonane było cięcie nadłonowe). We wszystkich tych przypadkach nastąpiło całkowite wyleczenie.

G. zwraca uwagę na konieczność badania pęcherza w przypadkach ciemnych za pomocą cystoskopu, często bowiem zgłębnik metalowy zawodzi, pomimo iż w pęcherzu znajduje się spory kamień. Ostrożność ta szczególnie zaleca się u osób starszych, dotkniętych przerzutem gruczolu krokowego.

Wszystkie przedstawione kamienie składały się z moczanów, a niektóre z nich były tak twarde, że należało je rozbijać młotkiem. [Autoreferat].

V. A. KARCZEWSKI. „Przedstawienie nerki z przypadku pyelonephritis calculosa“.

Kobieta l. 39 wstąpiła do Szpitala Dzieciątka Jezus d. 29 Marca 1903 r. Rodzice chorej zmarli w wieku podeszłym; w dzieciństwie na nic nie chorowała. Wyszła za mąż w 25 r. życia, rodziła 7 razy prawidłowo. Przed 6-ciu laty poraz pierwszy dostała bólów w brzuchu z lewej strony, z powodu których 3 dni leżała w łóżku. W Czerwcu roku zeszłego 3 tygodnie leżała w szpitalu na oddziale wewnętrznym z powodu bólów w lewej połowie brzucha. Była wówczas w 3-im miesiącu ciąży. Zaraz po porodzie, który nastąpił 12-go Grudnia r. z., zauważyła guz w lewym podżebrzu oraz zmętnienie moczu. Od chwili porodu prawie nie podnosiła się z łóżka. W początku Marca wezwała lekarza, który znalazł ropień w lewej okolicy lędźwiowej. Zrobił on nakłucie i wypuścił dużą ilość ropy. Od połowy Marca często miewa wymioty i zupełnie nie ma łaknienia.

Chora wyniszczona w najwyższym stopniu, podskórnej tkanki tłuszczowej prawie niema, mięśnie zanikłe, cera żółtawo blada. Tętno około 130, ciepłota rano 36, wieczorem 37,6. W płucach u wierzchołków drobne rzężenia. W jamie brzusznej znajduje się guz wielkości dwóch pięści męskich. Guz ten wystaje z pod lewego łuku żeberowego, od przodu dochodzi do linii pośredkowej ciała, ku dołowi sięga do kolca przedniego górnego. Guz jest mało ruchomy, o powierzchni nierównej, prawie niebolesny przy ucisku. Z tyłu w okolicy lędźwiowej z lewej strony znajduje się płaskie wypuklenie, wyraźnie chęłboczące. Ponad grzebieniem kości podlędźwiowej — ranka, pokryta szarawą błonką. Mocz zawiera dużą ilość ropy, białka niewiele, cylindrów brak.

31 Marca wylało się dużo ropy przez otwór, znajdujący się w miejscu opisanej ranki.

5 Kwietnia badanie cystoskopem, dokonane łaskawie przez kol. GROSGLIKA: do pęcherza, po uprzednim starannem jego przepłukaniu, wpuszczono 150 ctm. sz. roztworu kwasu bornego. Cystoskop KOLLMAN'a; otwory moczowodów łatwo dały się odnaleźć;

z lewego moczowodu wypływa strumień ropy, który się kłębi nakształt gęstego dymu, wydobywającego się z komina; z moczowodu prawego wypływa moczu czysty, ujawniający się wirowaniem

Próbowano zebrać moczu z obu moczowodów. Naprzód wprowadzono bez trudności kateter do lewego moczowodu, a cewnik NÉLATON'a do pęcherza. Przekonano się jednak, że przez kateter moczowodowy nic się nie przedostaje, ropa bowiem zamyka światło kateteru i wydostaje się obok niego do pęcherza. Wówczas usunięto kateter z lewego moczowodu i cewnik z pęcherza, powtórnie przepłukano pęcherz i wprowadzono kateter do moczowodu prawego, cewnik zaś do pęcherza. Kateter jednak wysunął się z moczowodu, wskutek czego wynik badania był ujemny.

10 Kwietnia zrobiono nakłucie troakarem w okolicy lędźwiowej, ponieważ otwór zabliźnił się, a ropa zuów się nagromadziła w wielkiej ilości.

16 Kwietnia chorej zastrzyknięto roztwór phloridziny: jedną szprykę 0,25 : 50 (0,005 phloridziny). W $1\frac{1}{2}$ godziny potem przystąpiono do kateteryzacji moczowodów (kol. GROSGLIK). Do moczowodu prawego wprowadzono kateter, do pęcherza zaś cewnik. Zebrano po 20 ctm. sz. moczu. W moczu zebranym z prawej nerki znaleziono nieznaczłą ilość czerwonych ciałek (domieszka sztuczna?), brak ciałek ropnych; białka minimalne ślady, cukru 0,75. W moczu zebranym jednocześnie z pęcherza (z lewej nerki) znaleziono duże ślady białka, znaczną ilość ropy, cukru ani śladu.

18 Kwietnia badanie kryoskopowe krwi: wypuszczono około 30 ctm. sz. krwi z żyły w przegubie łokciowym lewym, stwierdzono, że punkt zamarzania krwi wynosi—0,73.

Na mocy danych powyższych rozpoznano: gruźlica nerki lewej; czynność tej nerki całkowicie zniesiona; prawa nerka niezmieniona; sprawność prawej nerki obniżona (molekularna koncentracja krwi znacznie wyższa od normy).

Pomimo to zdecydowano się na operację, którą wykonano dnia 2 Maja 1903 r.

Cięcie lędźwiowe przeprowadzono wzdłuż i poniżej 12-go żebra, a następnie w kierunku ukośnym ku dołowi i ku przodowi po nad kołcem przednim górnym. Po przecięciu skóry odrazu natrafiono na jamę ropną. Nacinając mięśnie, które były nacieczone i złane w jedną warstwę, obnażono w jednym miejscu nerkę na niewielkiej przestrzeni. Ztąd rozpoczęto odłuszczenie jej przedewszystkiem ku tyłowi i ku górze. Odłuszczenie to było wielce utrudnione z powodu mocnych zrostów. Guz sięgał wysoko pod sklepienie przepony tak, że pomimo odłuszczenia od góry i od tyłu nie można było wysunąć go z pod żebra. Na razie zaniechano wyważania guza i przystąpiono do jego wy-

szypułowania. Ostrożnie poczęto odłuszczać guz od przodu. Przekonano się jednak, że zrosty są tak silne, iż łatwo może nastąpić rozdarcie otrzewnej. Próbowano zatem odłuszczyć otrzewną razem z torebką. Pomimo to jednak nastąpiło rozdarcie otrzewnej na dość znacznej przestrzeni. Szparę w otrzewnej zatknęto serwetą. Od dołu podwiązano moczowód, lecz do naczyń nie można się było dostać. Wówczas ujęto nerkę szczypcami MUSEAUX i przenosząc je kolejno coraz wyżej, wydobyto część ukrytą pod żebrami. Rozumie się, przytem naddarła się tkanka nerkowa i wylała się duża ilość ropy. Po wyważeniu nerki podwiązano jej naczynia i nerkę usunięto. Do otwartej jamy otrzewnej wprowadzono jeden worek MIKULICZA, drugi zaś do jamy pozostałej po usunięciu nerki. Podwiązki wyprowadzono nazewnątrż, ranę zmniejszono przez założenie kilku szwów od góry i od dołu.

Usunięty guz ma w wymiarze podłużnym około 20 cent. w poprzecznym około 15; powierzchnia guza dość gładka. Na przekroju widać cały szereg jam ropnych. W jednej z takich jam u dolnego brzegu nerki siedzi kamień koralowaty, oprócz tego kilka mniejszych kamieni znajduje się w rozmaitych miejscach. Moczowód jest zatknęty kamieniem wielkości grochu szablatego.

Podczas operacji, która trwała 1½ godziny stan chorej budził poważne obawy. Tętno podupadło tak, że stało się zupełnie prawie niewyczuwalnem. Wstrzyknięto chorej 900 cent. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej oraz kilka szprycek kofeiny i kamfory. W nocy dwa razy wymioty. Drugiego dnia z rana tętno wyczuwalne, lecz trudne do zliczenia. Moczu około 300 ctm. sz. Na trzeci dzień tętno 150, moczu 750, ogólny stan zadawalający. Czwartego dnia tętno 140, moczu około 700, chora dopomina się o jedzenie. Chora po kilku tygodniach opuściła szpital w stanie zupełnego zdrowia. (przyp. aut.). [Autoreferat].

VI J. BRUDZIŃSKI przedstawił mózg chłopca dotkniętego chorobą LITTLE'a. Na sekcji porencephalia.

Dominik T. lat 10, wychowanec Domu Podrzutków. Rha-chitis. Silna kyphoscoliosis prawostronna. Nie chodził wcale, siedział z nogami skrzyżowanymi, dopiero w ostatnich latach nauczył się chodzić z trudnością. Chód spastyczny paretyczny. Stan spastyczny kończyn dolnych, trudno je odprowadzać w biodrach, trudno zginać. Odruchy kolanowe wzmożone, również odruch z triceps. Strabismus. Mówi zaledwie parę słów, niewyraźne artykułowanie dźwięków. Zakres pojęć nader szczupły, cierpiał na napady epileptyczne.

W ostatnich czasach w Kwietniu zaczął gorączkować o typie zwalniającym, w płucach rżęzenie drobne i trzeszczenia. W końcu Kwietnia wystąpiło rozwolnienie; na parę dni przed zgonem stan septyczny, wybroczyny krwawe podskórne.

Na sekcji Tbc pulmonum, ulcera tbc. intestini: w jednym miejscu owrzodzenie zniszczyło zupełnie ściankę jelita i zawartość wylała się do jamy otrzewnej—stąd stan septyczny. W mózgu nader typowe zmiany. Lewa półkula wykazuje znaczne braki substancji, w zrazie czołowym duże zagłębienie wielkości jaja kurzego, rozszerzające się z powierzchni w głąb, tak że cały prawie zraz czołowy, część ciemieniowego zniszczone. Substancja mózgowa lewej półkuli od wewnątrz również zniszczona, tak że komunikuje lewa półkula z przestrzenią między obu półkulami, typowy obraz Porencephalii. [Autoreferat].

VII. S. KLEIN wygłosił pierwszą część swego odczytu p. t.: „O rozpoznawaniu białaczki“.

K. obserwował w ciągu lat 12 40 przypadków białaczki (w tem 23 b. limfatycznej) oraz 52 przypadki t. zw. pseudoleukemii. K. podaje cechy kliniczne i hematologiczne obu postaci i wskazuje w jaki sposób odróżnić można postać białaczki limfocytowej od białaczki myelocytowej bez badania krwi. K. opisuje obraz białaczki ostrej i wskazuje na podobieństwo obrazu klinicznego tego cierpienia do obrazu szkorbutu i choroby WERLHOFF'a, przyczem rozstrzygającym jest jedynie badanie krwi. Autor między innemi przytacza przypadek limfemii ostrej, charakterystycznej przez to, iż trwała najdłużej ze wszystkich znanych dotychczas przypadków (przeszło 6 miesięcy) i dochodzi do wniosku, że cierpienie to znajduje się w ścisłym związku z postacią chroniczną limfemii, w którą przejść może. Dalej K. wskazuje, iż ostra limfemia może przebiegać z normalną prawie ilością leukocytów byleby obraz kliniczny był typowy i $\%$ limfocytów wybitnie zwiększony. To samo tyczy się leukemii przewlekłej (K. przytacza kilka przypadków), gdzie często liczba leukocytów jest również mało zwiększona.

Następnie K. charakteryzuje wpływ rozmaitych chorób zakaźnych na obraz kliniczny i hematologiczny limfemii i wykazuje że i tu pomimo znacznego zmniejszenia się ilości leukocytów, $\%$ limfocytów jest jednak zwiększony.

W końcu K. podaje 2 przypadki t. zw. pseudoleukemii, gdzie z początku przez długi czas istniało stssunkowo nieznaczne zwiększenie ilości leukocytów z dużą odsetką limfocytów, a gdzie przed śmiercią wystąpiła ogromna leukocytoza limfocytowa (przejście psedoleukemii w leukemię). K jest zdania, że tu od początku obserwacji istniała limfemia, która w końcu tylko się obostrzyła.

Na zasadzie spostrzeżeń powyższych K. przychodzi do wniosku, że najważniejszą oznaką kliniczną leukemii limfatycznej, zarówno ostrej jak i przewlekłej, jest przy pewnym obrazie klinicz-

nym nie tyle leukocytoza (która może nie istnieć) ile zwiększenie znaczne odsetki limfocytów krwi (limfocytoza—limfocytemia).

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Pom. Sekr. *J. Brudziński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Maja r. b.

Prezes *Teodor Dunin*.

Obecnych członków 50 i gości 2.

T r e ś ć: J. BRUDZIŃSKI.—Przedstawienie chłopca z naczyniakiem (angioma).

A. FRYSZMAN. — Przedstawienie preparatu nerki z przypadku wodonercza otwartego krwawiącego.

J. GAWROŃSKI.—Przedstawienie lampki elektrycznej do oświetlania gardła.

J. JAWORSKI. — Przedstawienie chorej z enterocele i epiplocele vaginale posterior

KLEIN. „O rozpoznawaniu białaczki“ (dokończenie).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. SOKOŁOWSKIEGO i M. BORNSTEJNA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali odbitki ze swych prac 1) JÓZEF BRUDZIŃSKI, 2) WRZOSK, HOROSZKIEWICZ i RZĘGOCIŃSKI, 3) JÓZEF GRABOWSKI, 4) MAJKOWSKI.

IV. PREZES zawiadomił o złożeniu dla Towarzystwa przez pana CZECHOTA legatu w ilości około 13000 rubli z warunkiem by odsetki obracane były na stypendya dla studentów medycyny katolików i polaków. Stypendyum to ma być imienia MARCINKIEWICZA, lekarza zmarłego w Nieświeżu.

V. M. SADOWSKI odczytał sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.

J. BRUDZIŃSKI przedstawił 3-letniego chłopca z Domu Wychowawczego z rozległym naczyniakiem (angioma), zajmującym ca-

Pam. Tow. Lek. T. 99. Z. II.

28

łą kiść i przedramię górnej kończyny. Części te są mocno prze-rosłe, tak że przy pierwszym wejrzeniu nastrocza się myśl o słoniowatości. Cała kiść przedstawia się jako guz kształtu żółwia, miękki, łatwo uciskalny, palce są tylko dodatkami tego guza. Skóra o barwie zmienionej, miejscami brunatnej, miejscami sinawej. Z pod skóry przeświecają naczynka drobne. Skóra na przedramieniu zachowała barwę zwykłą. Przy uciskaniu w okolicy stawu łokciowego cała kiść i przedramię nabrzmiewają znakomicie i twardnieją. Kości są zachowane, lecz w porównaniu z kończyną prawą wykazują znaczne cechy niedorozwoju, jak to widać na przedstawionym przez mówcę rentgenogramie. Ruchy palcami w pewnym stopniu może dziecko wykonywać, wogóle jednak kończyna ta staje się coraz mniej użyteczną, angiomat bowiem powiększa się. Nasuwa się myśl interwencji, wahać się można jedynie między amputacją i metodą niedawno zapoczątkowaną przez NICOLADONI'ego. O ile ta ostatnia nie da dobrych wyników, co jest możliwem ze względu na rozległość sprawy, pozostanie amputacja.

[Autoreferat].

A. FRYSZMAN przedstawił nerkę z przypadku wodonercza otwartego, obserwowany na oddziale ODERFELDA i operowany przez tego ostatniego.

Przypadek ten zasługuje na wzmiankę z 2-ch względów, 1) że była to rzadka forma wodonercza krwawiącego, t. zw. *ouroné-phrose ouverte hématurique* (ALBARRAN zebrał w całej literaturze zaledwie 12 przyp.) i 2) ze względu na trudności dyagnostyczne.

Chory, lat 33, 1 $\frac{1}{2}$ r. temu bez widocznego powodu zaczął oddawać krwawą urynę. Odtąd z większymi lub mniejszymi przerwami stale spostrzegał u siebie krwawą urynę.

Niezależnie od krwimoczu, bo w kilka miesięcy później, wystąpił u chorego ból z początku w okolicy lewej a później prawej nerki. Ból ten nigdy nie miał cech kolki nerkowej, ale raczej cechy bólu stałego. Chory pochodzi z rodziny obciążonej gruźlicą. Zapisał się na oddział kol. ODERFELDA 26 Kwietnia r. b.

Przy badaniu, prócz zmian ze strony dróg moczowych, nie znaleziono nic osobliwego.

Nerki nie dają się wyczuć, jednakże na ucisk są wrażliwe, przyczem prawa więcej niż lewa.

Przy cystoskopowaniu w pęcherzu zmian nie wykryłem.

Chory urynuje 3—4 na dobę, bólów przy urynowaniu nie doznaje. Ogólna ilość moczu waha się pomiędzy 1200—1500 ctm. sz. na dobę.

Mocz ma zabarwienie krwawoczerwone, odczyn alkaliczny zawiera 1 $\frac{1}{2}$ ‰ białka surowiczego; w osadzie bardzo liczne czer-

wone krążki krwi, ciała ropne nieco liczniejsze niż odpowiednio do czerwonych krążków, spora ilość trójfosforanów.

Kilkakrotne badanie bakteriologiczne laseczników KOCHA w moczu tym nie wykazało.

Katetyzacja moczowodów dała wynik następujący: mocz lewej nerki zupełnie klarowny, ma odczyn k w a ś n y, ani białka ani elementów morfologicznych nie zawiera

Mocz wydobyty z prawej nerki—mętny, ma odczyn a l k a l i c z n y zawiera $1\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ białka, a w osadzie daje ten sam obraz co i osad ogólnego moczu.

Punkt zamarzania moczu z lewej nerki -1,29, z prawej—0,57 i krwi—0,57. Katetyzacja moczowodów pozwoliła wnioskować, że siedliskiem choroby jest nerka prawa, podczas gdy lewa ma cechy nerki zdrowej.

Sam rodzaj choroby mógłby być rozpoznany podczas operacji. Dużo przemawiało za gruźlicą nerki i takową w danym wypadku przypuszczano.

Operację wykonał kol. ODERFELD. 11 Maja Nephrectomia per viam lumbalem. Po obnażeniu prawej nerki ta ostatnia okazała się znacznie powiększoną i podobną do napełnionej płynem, lecz nienapiętej (flasque) torby. Przy wydobywaniu nerki na zewnątrz ściana jej w jednym miejscu przerwała się, przyczem wylała się spora ilość cuchnącego płynu, co znacznie ułatwiło zabieg operacyjny. Rana została częściowo zaszyta, a jamę, pozostałą po usunięciu nerki, wytamponowano gazą.

Usunięta nerka (po utrwaleniu) ma wygląd dużego guza o nierównej powierzchni. Na przekroju widać liczne mniejsze i większe jamy, komunikujące z miedniczką nerkową. Jamy te odpowiadają rozciągniętym kielichom nerkowym i zawierają krwawo zabarwiony o zapachu moczu płyn i skrzepy krwi. Piramid nie widać zupełnie, kora zaś nerkowa uległa znacznemu zanikowi, tak że w niektórych jamach ma grubość papieru.

Moczowód u wejścia do miedniczki rozciągnięty i tworzy łukowate zagięcie. Jak widzimy z powyższego mieliśmy w danym wypadku do czynienia z otwartą puchliną nerkową, spowodowaną wadliwym przyczepem moczowodu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

Chory nie gorączkuje, rana goi się prawidłowo, ilość oddawanego moczu waha się pomiędzy 1—1½ litrem na dobę. Ogólny stan zupełnie dobry.

[Autoreferat].

Kol. J. GAWROŃSKI pokazywał przyrząd do oświetlania gardła. Składa się on z małej płaskiej lampki elektrycznej tkwiącej we wnętrzu na jednym z dwóch końców szklanego szpadełka o podwójnej solidnej ścianie. Ku drugiemu końcowi szpadełka

biegną wewnątrz przewodniki, ujęte w masę papierową. Koniec ten oprawny w niklową pochewkę, a trzymany w czasie użycia przez badającego, jest zarazem początkiem dalszego ciągu przewodników, które w odpowiedniej tkance izolacyjnej dążą do małej suchej baterii, znajdującej się w kieszonce bocznej zwierzchniego ubrania. Użycie jest bardzo proste. Wyjmuje się szpadelek z irchowej powłoczki, łączy się jeden z przewodników z baterią (drugi może być stale z nią połączony) i światło na końcu szpadelka gotowe do użytku. Wówczas szpadelek, wraz ze źródłem światła na jego końcu, wprowadza się do jamy ustnej i tym sposobem oświetla jak najdokładniej jej głębię.— Zalety tego przyrządu są: 1) bezpośrednie zetknięcie się źródła świetlnego z oświetlanym organem jamy. 2) łatwość odkażania (szkło i nikiel), 3) nadzwyczajna lekkość, ułatwiająca stałe noszenie przy sobie, 4) t a n i o ś ć przy solidnym wykonaniu. Lampki używać można do prześwietlania Antrum Highmori, jamy nosowej poprzez podniebienie, badania powierzchni gałki ocznej (przy bocznym oświetleniu) itp. Specjalista chirurg, ginekolog itd. znajdzie dla tej lampki odpowiednie zastosowanie. Lekarzom z prowincji lampka ta oddać może duże usługi. Do przyrządu dołącza się i duża bateria sucha (do przyjęć w gabinecie lekarskim), dająca światło silne przez 9 godzin. Mała bateria daje światła na 3 godziny. Całość jest wyrobem krajowym (fabryka W. Ochorowicz i Sp., Chłodna 36); kosztuje komplet w pudełku rs. 6, zaś bez pudełka i dużej baterii rs. 3,50. Baterie odnawiać można za cenę 50 k.

[Autoreferat].

J. JAWORSKI przedstawia przypadek enterocele et epiplocele vaginalis posterior, któremu towarzyszy wypadnięcie odbytnicy. Odbytnica przez dowolny akt napierania wydłuża się, wypada nie tylko śluzówka, lecz i mięśniówka, pociągając za sobą nieodzownie na dół i otrzewną. Wówczas, szczególnie w zatoce DOUGLAS'a, daje się wyczuć guz, wypuklający się w pochwę. Guz pod palcem ustępuje, sprawia wrażenie pęcherza napełnionego gazami, jest bolesny. Ta bolesność żywa i pociąganie krezki przez odbytnicę każe przypuszczać, że w skład przepukliny oprócz konglomeratu kiszek wchodzi i otrzewna. Przepuklina ta powstała zapewne wskutek rozstąpienia się włókien mięśnia levator ani, a może i rozciągnięcia miednicowego (Fascia pelvis). Osoba ta E. B. 1. 36 8 para, 3 poronienie. Ostatni poród bardzo ciężki. Nadto u chorej stwierdzić można obok części pochwowej torbiel małą.

St. KLEJN wygłosił drugą część swego odczytu „O rozpoznawaniu białaczki“. K. w dalszym ciągu przytacza spostrzeżenie, w którym przy obrazie klinicznym leukemii nie tylko liczba leukocytów była chwilami bardzo nieznacznie powiększoną, ale i $^{\circ}$ limfocytów, z początku wyraźnie powiększony, spadł później prawie

do normy. Przypadek ten był niewątpliwą leukemią limfatyczną, gdyż przez pewien okres czasu liczba leukocytów wynosiła 75 000, a — limfocytów dochodziła do 80% blisko. K. na zasadzie tego spostrzeżenia i analogicznego przypadku z literatury, dochodzi do wniosku, że w leukemii limfatycznej chwilami brak oznak hematologicznych tego cierpienia, że leukemia limfatyczna nie zawsze przebiega z limfocytozą. Następnie K. przechodząc do t. zw. pseudoleukemii, wyodrębnia z niej przedewszystkiem pseudoleukemię limfocytową PINCUSA i uważa ją za leukemię, następnie gruczołową, limfosarkomaty, limfosarkomatozę typu KUNDRA-T'a, oraz chloroma, które zalicza z jednej strony do limfosarkomatozy a z drugiej — do leukemii limfocytowej. K. szkicuje obraz kliniczny i hematologiczny powyższych cierpień i dochodzi do wniosku, że limfosarkomatoza niekiedy niczem się nie różni od leukemii limfatycznej. W końcu K. podaje spostrzeżenie swoje, dotyczące się przypadku, w którym przy sekcji znaleziono mięsaka rozlanego serca, nerek i gruczołu krokowego, wraz ze zmianami w szpiku, charakterystycznymi dla leukemii, a gdzie we krwi była, z początku leukocytoza neutrofilowa, która w końcu przeszła w limfocytemię wyraźną. Przypadek ten zdaniem K. najlepiej dowodzi ścisłego związku nowotworów, a szczególnie limfosarkomatozy z leukemią limfocytową, którą również K. uważa za nowotwór i proponuje nazywać ją limfonalną wraz z limfosarkomatozą i t. zw. pseudoleukemią PINCUSA. [Autoreferat].

W dyskusji PREZES podnosi ważność tematu poruszonego przez mówcę ze względu na to, że sprawy różnorodne stara się uogólnić i zwraca uwagę, iż obecnie leukocyty należałoby nazywać białymi ciałkami krwi, nazwę zaś leukocytów pozostawić dla wszystkich leukocytów z ziarnistą protoplazmą oprócz limfocytów. PREZES sądzi, że byłoby lepiej, gdyby mówca wszędzie zamiast odsetek limfocytów podawał cyfry absolutne, gdyż wtedy limfocytoza wystąpiła by nawet tam, gdzie odsetka nie wykazywała zwiększenia liczby limfocytów. PREZES przypomina, iż gruczoły gruczołowe składają się głównie z limfocytów, a nie leukocytów.

WINIARSKI sądzi, że uwaga PREZESA dotycząca oznaczania mianem leukocytów tylko białych ciałek krwi posiadających ziarnistości jest niesłuszną, gdyż wyraz „leukocyt“ pochodzi od greckiego „leukos“, co oznacza „biały“, sądzi więc, że należy pod wyrazem „leukocyty“ pojmować wszystkie białe ciałka krwi w przeciwieństwie do erytrocytów (od „erytros“ = czerwony), t. j. czerwonych krążków krwi. WINIARSKI przyznaje, że w ostatnich latach niektórzy hematolodzy zaczęli nadawać miano leukocytów tylko tym białym ciałkom krwi, które zawierają ziarnistości, jednakże podziału takiego nie trzymają się bynajmniej wszyscy, zajmujący się badaniem krwi.

Co się tyczy odczytu KLEINA, to WINIARSKI sądzi, że odczyt został przez prelegenta przedstawiony w taki sposób, że ożywionej dyskusji wywołać nie może: 1) ponieważ zawiera tyle liczb i tablic, że słuchacz nie może ich utrwalić sobie w pamięci i 2) że jest zbyt obszerny; wskutek ostatniej okoliczności odczyt został rozłożony na dwa posiedzenia, czego następstwem jest to, że niejedni słuchacz nie pamięta już dobrze szczegółów, przytoczonych na 1-em posiedzeniu.

Dla tego też mówca, nie wdając się w szczegóły odczytu KLEINA, zaznacza, że szkoda, że w badaniach swych prelegent nie uwzględniał zachowania się komórek eozynofilowych i myelocytów, (te ostatnie uwzględnił prelegent tylko w jednym przypadku) gdyż zwłaszcza co się tyczy komórek eozynofilowych, to przecież dawniej uważano zwiększenie się ich liczby we krwi za cechę charakterystyczną krwi leukemicznej i, chociaż dzisiaj wiemy, że mogą one występować w liczbie zwiększonej i w innych stanach patologicznych, jednak rola ich jest dotychczas ciemną i dla tego WINIARSKI sądzi, że przy badaniu krwi zawsze należy je uwzględnić, gdyż w takim tylko razie, opierając się na dużej liczbie danych będziemy mogli wyjaśnić sobie ich sposób powstawania i ich rolę fizjologiczną.

[Autoreferat].

J. PIOTROWSKI zaznacza, iż mówca zamało czy prawie wcale nie mówił o zmianach erytrocytów (ilościowe i jakościowe), które przecież są cechą, odróżniającą także leukemię od pseudoleukemii. Dalej ani słowem nie wspominał o t. zw. anemii pseudoleukaemica infantum.

Wogóle, zdaniem P., tworzy się niepotrzebne zawikłanie w patologii przez używanie terminu pseudo, który właściwie nie mówi, oprócz wzmianki o podobieństwie danego obrazu do innego (np. pseudo-chloroza itp.). Zdarzyć się może, iż klinicznie niepodobna, a czasem i anatomicznie trudno rozróżniać takie postaci jak limfoma maligna, limfosarkoma, chloroma. W razach niepewnych, zamiast pseudoleukemia, nazywać lepiej tak jak się widzi np. hyperplasia lub temu podobne.

P. już przed 5 laty dowodził pokrewieństwa tych spraw o których rozwodził się prelegent. Zdaje się jednak, że twierdzenie mówcy o ich identyczności idzie za daleko, gdyż trzeba uwzględnić przy poglądach ogólnych nietylko nietypowe, lecz i typowe przypadki omawianych chorób, które w tych razach przedstawiają jednak różne a dość charakterystyczne znamiona.

[Autoreferat].

J. JAWORSKI zaznacza, że w rozpoznaniu różniczkowym wypada mieć na uwadze spotykane wprawdzie bardzo rzadko cierpienie, właściwe ciężarnym, a polegające na wybitnej niedokrwistości. Cierpienie to, opisane przez GUSSEROWA, jako specyalna choroba

ciężarnych—eine specielle Schwangerschaftskrankheit nie poddaje się żadnym zabiegom leczniczym i niechybnie sprowadza śmierć przed końcem ciąży, a po przedwczesnym porodzie. Choroba zaczyna się niepostrzeżenie, a przebiega skrycie. Wyniki badania pośmiertnego w 5-ciu przypadkach GUSSEROWA były tak zgodne, że protokół sekcyjny mógłby wystarczyć jeden dla wszystkich.

Oprócz G. opisał przypadek taki SPOERER i JAWORSKI. W tym ostatnim badanie krwi dało następujący wynik: znaczny stopień leukocytozy (76800 białych ciałek w 1 ctm. sz.) i wynikający z tego stosunek białych ciałek do czerwonych, jak 1 : 8, oprócz tego dość duży % komórek eozynofilowych.

W odpowiedzi KLEIN sądzi, iż zarówno uwagi PREZESA jak kol. WINIARSKIEGO w kwestyi nazwy leukocytów mają swą podstawę, gdyż rzeczywiście leukocytami obecnie nazywają wszystkie ciała białe z wyjątkiem limfocytów, z drugiej jednak strony nazwa ta oznaczająca po grecku białe ciała krwi, jako taka, utrzymana być winna, a zresztą tak się utarła, iż długo jeszcze będzie używana w znaczeniu obszerniejszem. Co do kwestyi podawania absolutnych cyfr limfocytów to K. sądzi, że jestto broń obosieczna, gdyż jeśli jednocześnie podamy cyfry absolutne neutrofilów, to okaże się niekiedy, iż liczba tych bardziej się zwiększyła niż liczba limfocytów.

Kol. WINIARSKIEMU objaśnia K., iż nie wspominał o eozynofiliach, gdyż ich wcale prawie nie znajdował w opisanych przypadkach, a zresztą w leukemii limfocytowej rzadko występują i nie mają wcale tego znaczenia co w leukemii myelocytowej.

Kol. PIOTROWSKIEMU odpowiada K., że pominął dla braku czasu mnóstwo szczegółów mniej ważnych, o jakich właśnie P. wspomina, wreszcie umyślnie wybrał przypadki mało typowe, gdyż głównie z takich, jak to wykazuje cała literatura najnowszej leukemii można coś nowego dla nauki o tej chorobie wydobyć. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *Teodor Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z d. 25 Maja 1903 r.

Prezes *Teodor Dunin*.

Obecnych członków 45 i gości 4.

T r e ś ć: J. BRUDZIŃSKI.—Przedstawienie preparatu anatomicznego gruczołów krezkowych, za życia rozpoznanych jako nerka wędrująca.
A. KARCZEWSKI.—Przedstawienie preparatu anatomicznego raka żołądka po rezekcji.
KRAUZE — Przedstawienie preparatu nerki, dotkniętej nowotworem.
FRYSZMAN—Przedstawienie ciała obcego, wyjętego z pęcherza.
WL. STERLING —O ośrodkach mózgowych nerwów okoruchowych.
K. DASZKIEWICZ.—Kilka słów w sprawie wyboru mamek.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. PERDZYŃSKIEGO, BERNSTEINA, SMOLEŃSKIEGO i ŻÓRAWSKIEGO.

III. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: BRILIŃSKI—rękopis A. SOKOŁOWSKIEGO „Ostre zapalenie płuc“, CENNERE „Statystyka śmiertelności w Radomiu za r. 1900“.

IV. Prezes odczytał list członka ST. GALECKIEGO, który osiadł w Görbersdorfie i pragnie zostać członkiem korespondentem, co też uchwalono.

J. BRUDZIŃSKI przedstawił narządy brzuszne chłopca 13-o-letniego u którego za życia na zasadzie długotrwałej obserwacji klinicznej, badania promieniami ROENTGENA—postawiono rozpoznanie nerki wędrującej lewej. Guz posiadał kształty nerki, był ruchomy, dawał się odprowadzić pod lewe podżebrze, poczem przy ruchach zjawiał się znowu w jamie brzusznej. Położenie guza zwykle było na poziomie pępka. Chłopiec ten cierpiał na gruźlicę płuc; w ostatnich czasach przyłączyło się Mening tbc. i chłopiec zmarł w ostatnich dniach maja. Na sekcji stwierdzono Leptomeningitis tbc. Pneumonia tbc. nodosa. Adhaesio pleurae. Po otwarciu jamy brzusznej w okolicy pępka, leżało ciało kształtami i wielkością zupełnie nerkę przypominające—nerki jednak okazały się na zwykłym miejscu, guz zaś ten był naśladującym do złudze-

nia kształty nerki zlepkiem gruczołów krezkowych, otoczonych wspólną otoczką, obok tego konglomeratu parę mniejszych zserowaciałych gruczołów krezkowych. (Autoreferat).

A. KARCZEWSKI opowiedział o „Przypadku rezekcji żołądka z powodu raka, demonstrując preparat anatomiczny guza i żołądka. Barbara M. lat 55 przybyła do Szpitala Dzieciątka Jezus na oddział wewnętrzny (kol. SKŁODOWSKIEGO) dnia 5-go Lipca 1902 r. Przed 14-u laty była operowana z powodu mięśniaka macicy (laparotomia). Po operacji czuła się zupełnie zdrową. Choroba obecna rozpoczęła się przed 6-iu miesiącami: chora straciła apetyt, zaczęła chudnąć i wkrótce zauważyła w okolicy nadbrzusza mały twardy guzik, który powiększał się stopniowo. W początku choroby miewała często wymioty (kika razy na dobę); z biegiem czasu wymioty stawały się coraz rzadsze, obecnie miewa je 2—3 razy na tydzień. Od dwóch miesięcy miewa bóle, które zjawiają się w parę godzin po jedzeniu. Skarży się nadto na bardzo częste odbijanie.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Odżywianie bardzo nędzne, skóra wiotka, cera żółtawo—błada, obrzęków niema. W płucach słychać rżenia wilgotne w dolnych płatach i oddech zaostrozony u wierzchołków. Serce prawidłowe. Na brzuchu w dolnej jego części, w linii pośrodkowej, widać bliznę rozciągniętą. W okolicy nadbrzusza poprzez powłoki brzuszne zarysowuje się wyniosłość wielkości dłoni. Brzuch miękki, niewzdęty. W miejscu dostrzegalnej okiem wyniosłości wyczuwa się guz twardy, wielkości pięści, kształtu owalnego, o powierzchni nierównej. Guz ten daje się łatwo przesuwac w obie strony, mniej więcej na szerokość jego średnicy. Przesuwalność guza ku górze i dołowi jest również bardzo znaczna. Badanie żołądka wykazało, co następuje: naczno wydobyto 30 cmt. sz. płynu mętnego, barwy żółtawej, woni małej, odczynu alkalicznego. W płynie tym pod mikroskopem znaleziono bardzo dużo ciałek ropnych, zbitych w duże gromadki oraz nieco drożdży. Po śniadaniu próbnem wydobyto 150 cmt. sz. płynu, który oddziaływał alkalicznie. W moczu oprócz śladów białka nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Na zasadzie danych powyższych rozpoznano rak żołądka, nie zwężający odźwiernika, i zakwalifikowano chorą do operacji doszczętnej. Wskutek tego chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny.

Dnia 3 Sierpnia wykonano rezekcję żołądka w sposób następujący:

Po uśpieniu chorej przekonano się, że guz daje się ściągnąć prawie aż do spojenia łonowego. Cięcie zrobiono w linii pośrodkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu ja-

my brzusznej wyłoniło nazewnątrz żołądek razem z okrężnicą poprzeczną. Sieć wielką podwiązano szeregiem podwiązek wzdłuż guza, ujmując kolejno kawałki niezbyt wielkie. Po oddzieleniu sieci wielkiej od krzywizny wielkiej przekonano się, że tylna ściana żołądka jest sklejoną z kreską okrężnicy poprzecznej. Zrost ten oddzielono na tępo, przyczem w kresce okrężnicy pozostała szpara wielkości fasoli. Szparę tę zeszyto sznurem jedwabnym ciągłym. Potem podwiązano sieć małą i założono zaciskadła na żołądek od strony wpustu; podsunąwszy serwetę, żołądek przecięto w odległości 4 cmt. od brzegu nowotworu. Nie zdejmując zaciskadeł, na rąbek wystający założono szew fastrygowy. Następnie zaciskadła usunięto i ponad szwem fastrygowym założono szew dwupiętrowy ciągły. Z kolei ujęto dwunastnicę dwoma zaciskadłami i przecięto ją pomiędzy nimi. Tym sposobem guz został usunięty. Otwór w dwunastnicy zaszyto szwem dwupiętrowym ciągłym. Potem okrężnicę poprzeczną odprowadzono do jamy brzusznej, odszukano jej unum. wydobyto je nazewnątrz i odstąpiwszy $\frac{1}{2}$ metra od przyczepu, przyłożono do tylnej ściany żołądka. Zespolenie wykonano w sposób typowy (szew trzypiętrowy). Jamę brzuszną oczyszczono serwetami i ranę ściany brzusznej zaszyto szwem trzypiętrowym.

Oglądając guz usunięty, stwierdzono, że nowotwór otacza dookoła żołądek, zajmując cały odcinek odźwiernikowy i znaczną część ciała; sam odźwiernik jest wolny od nowotworu. Na powierzchni zewnętrznej wyciętej części żołądka widać kilka wyniosłości, z których największa dosięga wielkości orzecha włoskiego. Od strony błony śluzowej powierzchnia jest nierówna, w jednym miejscu owrzodzona na znacznej przestrzeni

Badanie mikroskopowe guza, dokonane łaskawie przez kol. ZIELIŃSKĄ, wykazało, co następuje: „Wśród podścieliska łącznotkankowego, mocno nacieczonego drobnokomórkowo i zawierającego miejscami włókna mięsne widać cały system światła nierównych, nieprawidłowych, wypełnionych częściowo komórkami. Komórki tylko w niewielu miejscach mają wyraźny charakter komórek nabłonkowych, cylindrycznych i wtedy dość równą pojedynczą warstwą wyściełają część światła. Zresztą mają jądro nieduże, okrągłe, otoczone niewielką ilością protoplazmy; rzadko wypełniają światło w postaci solidnych ognisk, często w postaci małych grup, w których komórki są ułożone, jak w maleńkich światłach gruczołowych. Nabłonkowa natura guza zdaje się nie ulegać wątpliwości. W każdym razie obraz jest dość niezwykły.“

Po operacji chora w ciągu pierwszych dni pięciu dostawała pić bardzo mało, natomiast codziennie wstrzykiwano pod skórę 500—600 cmt. sz. fizyologicznego roztworu soli. Wymiotów nie miała ani razu. Tętno nieco przyspieszone, ciepłota w granicach

normy. Piątego dnia wieczorem ciepłota 39. Nazajutrz podczas opatrunku stwierdzono, że szew skórny w jednym miejscu zropiał, wskutek czego rozlepiono brzegi rany na niewielkiej przestrzeni. Od szóstego dnia zaczęła dostawać mleko per os. Jedenastego dnia po operacji chora zjadła od razu kwartę mleka kwaśnego i jajecznicę z trzech jajek; potem wymioty gwałtowne, bóle w brzuchu, objawy zapaści. Po przepłukaniu żołądka objawy te ustąpiły. Z dalszego przebiegu zaznaczyć należy, że z ranki w ścianie brzusznej wyciągnięto nitkę ze szwu głębokiego, poczem ranka ta zagoiła się. Chora miała doskonały apetyt, jadła bardzo dużo, pomimo to odżywianie nie poprawiło się wybitnie. Wypisała się ze szpitala d. 24 Września 1902 r. W dniu 12 Grudnia 1902 r. wstąpiła ponownie do szpitala, skarżąc się na kaszel i klucie w boku. Leżała dwa miesiące, głównie dla odpoczynku i lepszego odżywienia się, i wypisała się z pewną poprawą.

Po raz trzeci wstąpiła do szpitala d. 14-go Kwietnia r. b. Od miesiąca miewa wymioty, straciła apetyt i szybko zaczęła podupadać. Wątroba wystaje na szerokość ręki z pod łuku żebrowego; brzeg jej jest twardy, zaokrąglony, nierówny. Wśród postępującego wyniszczenia chora zmarła d. 23 Maja 1903 r. Na sekcji, dokonanej łaskawie przez kol. Dmochowskiego, znaleziono, co następuje: W górnej części jamy brzusznej dość liczne zrosty, które łatwo dają się rozdzielać. Żołądek rozdęty, kształtu kolbowatego, wielkości mniej więcej połowy żołądka prawidłowego, wyciągnięty ku dołowi. U dolnego końca żołądka jest przyczepiona pętla kiszek cienkiej z dwoma zwieszającymi się ku dołowi ramionami. Wątroba znacznie powiększona; na przekroju widać dwa guzy szarawe, jeden wielkości główki dziecka, drugi—jaja kurzego. Po usunięciu żołądka, ukazał się guz, wielkości pięści, w którego skład wchodzi stwardniałe i znacznie powiększone gruczoły nadtrzustkowe oraz stwardnienie w główce trzustki. Po rozcięciu wydobytego żołądka okazuje się, iż otwór zespolenia żołądka z kiszka (gastroenterostemii) jest doskonale obgojony i przepuszcza palec wielki. Na miejscu szwu, zamykającego żołądek, widać od strony błony śluzowej krawędź w kształcie grzebienia koguciego. Krawędź ta jest zupełnie miękka, lecz obok niej w ścianie żołądka daje się wyczuć stwardnienie wielkości migdała.

(Guz, wycięty podczas operacji, i żołądek, wydobyty podczas sekcji, były demonstrowane na posiedzeniu).

KRAUZE przedstawił wyłuszczoną z powodu nowotworu nerkę 63 letniemu choremu, który z powodu kaszlu i bólu w brzuchu przyjęty był do szpitala Starozakonnych i zapisany na oddział kol. KLEJNA. Chory kaszle już od lat 10, krwi w płwocinie nigdy nie było, a pokazały się ślady zaledwie w ostatnich tygodniach; od

czasu do czasu, zwłaszcza w $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu występują wymioty. Wypróżnienia bywają regularne, kilka lat temu pokazywała się krew w stolcach. Pół roku temu pojawiły się zaburzenia pęcherzowe: mocz oddawał często i z niejakim bólem, w nocy kilka razy był zmuszony mocz oddawać, kilka razy wtedy pokazywała się krew w moczu; od bardzo dawna krwi już nie widział. Przy badaniu narządów wewnętrznych stwierdzić można rozednię płuc i wątrobę nieco powiększoną, znaczny obrzęk kończyn dolnych. W prawem podżebrzu wyczuwa się guz ruchomy, twardy, o powierzchni nie równej; przy ucisku bolesny, usuwa się ku górze. Mocz chory oddaje bez bólu w ilości od 600—1000 k. c. ciężar gatunkowy od 1010—1015. W moczu znajduje się niewielka bardzo ilość czerwonych ciałek krwi, ślady białka. Upewniwszy się po kilkakrotnem badaniu że mamy do czynienia z nowotworem nerki, zaproponowano choremu operację. Chory chętnie się zgodził i w tym celu przeniesiony został na mój oddział. W celu określenia sprawności nerki lewej wykonano cewnikowanie moczowodów przez kol. FRYSZMANA i przekonano się, że punkt zamarzania moczu wynosi —1,19, w moczu ślady białka, czerwonych ciałek krwi ani też cylindrów w moczu nie ma. Kryoskopowe badanie krwi, wykonane przez kol. KLEJNA, wykazało—0,57.

Operację wykonałem 8 maja r. b. w uśpieniu chloroformem za pomocą cięcia lędźwiowego BERGMAN'A. Tkanka okołonerkowa bardzo czysto unaczyniona, spłot żył bardzo rozwinięty, guz dużych bardzo rozmiarów, przyrośnięty do tkanek naokoło, z trudnością wielką dał się przez ranę, aczkolwiek bardzo obszerną, wytoczyć na zewnątrz; po podwiązaniu naczyń nerkowych oraz moczowodu, który okazał się dość cienkim o bardzo wązkim świetle, odciąłem nerkę. Rana okazała się nadzwyczaj głęboką, częściowo tylko ją zaszyłem a w kąt zewnętrzny i wewnętrzny wprowadziłem paski gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. 9-go dnia zdjąłem szwy, zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost, pozostała zaś część goi się przez ropienie. Chory ma się dobrze

Cała nerka wyłuszczona zajęta przez nowotwór, zaledwie tylko brzegi pozostały nietknięte; miedniczka rozszerzona i prawie w zupełności wypełniona nowotworem. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kolegę STEINHAUSA, wykazało angiosarcoma. Badanie nie jest jeszcze zakończone, szczegóły kol. Str. przy sposobności prawdopodobnie przedstawi. [Autoreferat]

FRYSZMAN przedstawił 2 szpilki od włosów, tkwiące w kamieniu, który wyjął dziewczynie, skarżącej się na niemożność wstrzymaniu moczu.

W dyskusyi PILTZ na podstawie badań eksperymentalnych dokonanych na królikach, psach i kotach w Zurychu w latach 1898--99 i na małpach na oddziale chirurgicznym w szpitalu na Pradze przyszedł do przekonania, że znajdujący się w zrazie czołowym ośrodek korowy dla ruchów gałek ocznych, odpowiada ruchowej, sferze leżącej wokoło *fisura ROLANDO*. U psów ośrodek ten leży z przodu od *sulcus cruciatus* pomiędzy ośrodkiem dla karku (*Nackenregion H. Munk'a*) i ośrodkiem nerwu twarzowego (*Kopfreion A. Munk'a*). Z tyłu graniczy on z ośrodkiem dla przedniej łapy (*Vorderbeinregion D. Munk'a*). STERLING otrzymywał, przy drażnieniu prądem elektrycznym (Rollenabstand 7 do 10 centymetrów) ośrodek karku, ruchy gałek ocznych zawsze tylko skojarzone z ruchami głowy. PILTZ zaznacza, że jeżeli się stosuje prądy znacznie słabsze (Rollenabstand 13 ctm.) to można z okolicy, wyżej wspomnianej, otrzymywać zupełnie izolowane ruchy gałek ocznych bez ruchów głowy, co dowodzi, że to jest właściwy ośrodek dla ruchów oczu. U małp PILTZ otrzymywał z analogicznego zrazu czołowego przy drażnieniu bardzo słabym prądem elektrycznym zupełnie izolowany ruch tylko gałki ocznej. Tak np. przy drażnieniu jednego określonego punkciku kory mózgowej lewego zrazu czołowego PILTZ otrzymywał tylko ruch prawej gałki ocznej ku zewnątrz, a z punkciku leżącego w odległości kilku milimetrów od pierwszego, otrzymywał tylko ruch lewej gałki ocznej ku wewnątrz. Ruchy te można było wywoływać wielokrotnie i z zupełną akuracją.

Dla przekonania się o niezależności ośrodków dla ruchów gałek ocznych, badanych przez STERLINGA, STERLING robił przecięcie mózgu z tyłu *Nackenregion H. Munk'a*, ażeby tym sposobem przeciąć ewentualną komunikację z innymi ośrodkami ocznymi, leżącymi w zrazie ciemieniowym (*centr. Hitzig'a*), w zrazie potylicowym i w skroniowym. I wtedy drażnienie *Nackenregion H. Munk'a* dawało ruchy gałek ocznych. Według PILTZA przekonywajacem byłoby jedynie oddzielenie *Nackenregion H. Munk'a* cięciem pomiędzy *Nackenregion* a tą częścią zrazu czołowego, z której przy bardzo słabych prądach otrzymywał PILTZ izolowane ruchy gałek ocznych.

Za tem że ośrodek, badany przez PILTZA jest prawdopodobnie rzeczywistym ośrodkiem korowym dla ruchów gałek ocznych, przemawiają też rezultaty, otrzymane przez PILTZA po ekstirpacyi tego ośrodka. Zwyródnienie znalezione mikroskopowo w tych przypadkach szło przez *pessipedunculus* (analogicznie jak droga piramidalna) i na wysokości jąder okoruchowych opuszcza-

lo p e s p e d u n c u l i s i udawało się naokoło n u c l e u s r u b e r do jąder nerwu okoruchowego. [Autoreferat].

Wład. STERLING wypowiedział rzecz o „Środkach korowych mięśni ocznych“. Wspomniawszy o istnieniu czterech miejsc w korze mózgowej, z których przy drażnieniu prądem indukcyjnym udaje się otrzymać ruchy gałek ocznych (ośrodek Hrtzig'a, ośrodek w zrazie potylicowym, zrazie skroniowym i w zrazie chłonnym, i naszkicowawszy pokrótce fizyologię ruchów, wywoływanych z pierwszych trzech ośrodków, przeszedł mówca do streszczenia wyników własnych badań doświadczalnych nad czwartym z wymienionych ośrodków (w zrazie czołowym), dokonanych w Berlinie w pracowni fizyologicznej prof. H. Munk'a. Doświadczenia dokonywane były na psach, przyczem drażnione były wyłącznie prądem indukcyjnym Kryterjum t zw. „Nackenregion“, z którego można wywołać ruchy mięśni karku. Przy drażnieniu wewnętrznej części tylnego odcinka „Nackenregion“ udało się wykryć punkt, z którego można przy pewnej sile prądu otrzymać izolowane skojarzone ruchy gałek ocznych ku stronie naprzeciwległej półkuli drażnionej. Ruchy te, które niezawsze występowały w płaszczyźnie poziomej, lecz czasami w płaszczyznach skośnych (ku górze lub ku dołowi występowały przy sile prądu, wahającej się pomiędzy 70—55 mm. odległości rolek (Rollenabstand). Przy prądach słabszych od 100 do 75 mm. albo nie otrzymywano żadnego efektu ruchowego, albo też otrzymywano rozwarcie powiek, które jest niejako stadyum przygotawczem dla otwarcia powiek. Przy prądach, przewyższających 75 mm. R. A. z wymienionego punktu zawsze do ruchów oczu dołączały się ruchy mięśni karku resp. boczne ruchy głowy. Zjawisko to występowało stale we wszystkich doświadczeniach; różnica pomiędzy siłą prądu niezbędną dla wywołania ruchu oczu z jednej strony a dołączania się do nich skurczów mięśni karku z drugiej strony była zawsze wielkością stałą i nigdy nie przewyższała 10—20 mm. R. A. Nie podobna więc było myśleć o rozszerzaniu się prądu na inne ośrodki korowe. Wobec stwierdzenia faktu łatwiejszej pobudliwości mięśni oczu, aniżeli mięśni karku, nasuwało się przypuszczenie, czy pomimo, że z wymienionego punktu w „Nackenregion“, można otrzymać przy pewnej sile prądu izolowane ruchy oczu, a ruchy karku dołączają się do nich dopiero po wzmocnieniu siły prądu, nie należy uważać ruchów karku za pierwotne, a ruchów oczu za skojarzone z niemi? Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi dokonany był cały szereg doświadczeń na nowonarodzonych zwierzętach, poczynwszy od 8-go do 25-go dnia życia, przyczem okazało się, że do 21 go dnia życia z terytorjum „Nackenregion“ udaje się wywołać tylko

skurcz mięśni karku, a ruchy oczu nie występują zupełnie. Dopiero pomiędzy 21 a 24 dniem życia udaje się wywołać ruchy te przy drażnieniu prądem, co dowodzi że połączenie w układzie nerwowym kształtuje się dopiero w tym czasie. Dla przekonania się, jak przebiegają te połączenia, robione było przecięcie półkuli w płaszczyźnie czołowej z tyłu od drażnionego punktu aż do otwarcia komory: ruchy oczu nie znikają po tem przecięciu, co dowodzi, że połączenia te przebiegają nie w korze lecz podkorowo. {Autoreferat}.

KORYBUT-DASZKIEWICZ w swem przemówieniu na temat: „Kilka słów w sprawie wyboru mamek“ na wstępie wyliczył najgłówniejsze błędy, popełniane w sprawie, pośredni lub bezpośredni związek z obranym tematem mające.

Do nich zaliczył: 1) Zbyt pośpieszne i nieraz nieusprawiedliwione rzeczywistemi przeciwskazaniami wyrokowanie o tem, żeby matka swego niemowlęcia nie karmiła [przeciw temu przemawiają względy etyczno-moralne i względy zdrowia dziecka].

2) Przecenianie przez wielu z nas wartości sztucznego sposobu żywienia niemowląt. [Tu przytoczył przykłady, dotyczące śmiertelności wśród sztucznie żywionych dzieci zdrowych i mających przymiot wrodzony, w zestawieniu z wynikami karmienia piersią w tych samych warunkach; a powoławszy się na wyniki badań SPOLVERINI'ego i innych na zawartość różnych fermentów w mleku kobiecym i różnych zwierząt, o czem w specjalnem przemówieniu zdawał sprawę w roku zeszłym w Tow. Hygienicznem, przyszedł do wniosku, że tylko pokarm mamki może być dobrym surogatem matczynej].

3) Wybieranie mamek ze zbyt młodym pokarmem. [Przeciw czemu przemawia niemożność, przynajmniej przed 2-mą, a nawet i 3-mą lub więcej miesiącami życia niemowlęcia dokładnego orzeczenia czy badane dziecko nie posiada przymiotu dziedzicznego; przytoczywszy niektóre przykłady z praktyki swojej prelegent opisał najwcześniejsze objawy przymiotu dziedzicznego, zwykle poprzedzające inne, a za zupełnie typowe uznawane, i zastanawiał się nad sprawą wpływu różnicy wieku między pokarmem matki i mamki na dziecko i przyszedł do wniosku, że różnice 2—3 miesięczne, są bez znaczenia dla dziecka;—postawił wreszcie wniosek, aby bezwarunkowo nie wybierać w charakterze ma

mek kobiet z pokarmem młodszym niż dwumiesięczny].

4) Wybieranie mamek bez widzenia, lub dokładnego zbadania ich dzieci.

5) Niedostatecznie dokładne badanie mamek w ogóle (przed ich zakwalifikowaniem).

Skończywszy z pierwszą częścią swego odczytu prelegent przeszedł do drugiej, gdzie bardzo szczegółowo opisał szemat badania mamek i ich dzieci, którego trzymać się należy,—zastanawiając się nad niektórymi częściami badania samego ich znaczenia, mówił o trudnościach przy zbieraniu wywiadów, określeniu wieku mamki i jej dziecka, przytaczał przeciwwskazania do wyboru mamki, rozbierał znaczenie badania pokarmu i zaznaczywszy ważność bardzo dokładnego i wielostronnego badania mamki i jej dziecka, przyszedł jednakże do wniosku, że najsumienniejsze badanie nie może gwarantować w zupełności trafnego wyboru, a tylko zwiększa szanse jego prawdopodobieństwa, nieraz bowiem dziecko nie znosi pokarmu nawet najlepiej i najdokładniej zbadanej i na pozór zupełnie odpowiedniej mamki, co zależy od pewnych indywidualnych własności dziecka; przy tej sposobności prelegent. wyraził przekonanie, że może w przyszłości, kiedy będziemy badać pokarm na zawartość fermentów, ciemna strona tej sprawy, nieco się naprzód posunie.

Zakończył swe przemówienie postawieniem wniosków następujących:

1) Każda matka powinna karmić sama i tylko lekarz, który winien wyrok swój opierać na istotnych przeciwwskazaniach, może zwalniać ją od tego obowiązku. 2) tylko pokarm mamki może zastąpić matczyne, 3) Żywienie sztuczne jest tylko—malum necessarium, 4) mamkę może obierać tylko lekarz, 5) nie wolno wybierać mamki, niezbadawszy jej dziecka; przed 2-ma miesiącami po porodzie—nie powinno się wybierać mamki (ze względu na niemożność rozpoznania przymiotu wrodzonego u dziecka mamki; 7) badanie mamki winno być bardzo szczegółowe i wielostronne i wreszcie: 8) najsumienniejsze zbadanie mamki zwiększa szanse trafnego wyboru, ale go w zupełności nie zapewnia. [Autoreferat].

KAMIŃSKI nawiązując rzecz swoją do początku i zakończenia odczytu kol. DASZKIEWICZA, w których ten ostatni gorąco zachęca matki do karmienia swych dzieci, mówi co następuje:

Chciałbym tu jeszcze raz z całą stanowczością podnieść ważność, że nie powiem konieczność karmienia dzieci przez własne matki.

Zdaje się, że zbyt szybko załatwiamy się z kwestyą, czy matka karmić może swe dziecko, czy nie. Istnieje jednak stosunkowo bardzo mało przeciwwskazań do karmienia dzieci przez matki. Tak np. nie może służyć za przeciwwskazanie obawa, aby dziecko stało się „nerwowem“ dla tego, że matka jest np. histeryczką, albo też miała podczas ciąży zmartwienie, które źle wpłynęło na stan jej nerwów. Skoro matka „nerwowa“ żywiła przez 9 miesięcy dziecko swą własną krwią, niema obawy aby „nerwowość“ dziecka powiększyła się przez to, że będzie ono przez rok ssalo pokarm macierzyński. Również za przesadę uważam zabronienie karmienia kobietom, pochodzącym z rodzin gruźliczych, jeśli kobiety te nie wykazują same żadnych objawów gruźlicy. Wiadomo że laseczniki gruźlicy jak i inne bakterye z ustroju karmiącej nie przechodzą do mleka, więc nie istnieje właściwie obawa, aby dziecko mogło stać się gruźliczem tylko wskutek ssania kobiety podejrzaney o gruźlicę, jeśli kobieta ta nie pluje i jeśli żadnych oznak gruźlicy nie wykazuje.

Następnie bardzo często rozstrzygamy kwestyę zamiany pokarmu matki na pokarm mamki przez wzgląd na mniemane ubóstwo mleka u matki i obawę, że mleko to nie zjawi się wcale, gdy go niema przez pierwszych kilkadziesiąt godzin. Otóż pamiętać należy, że najczęściej mleko u kobiet zjawia się w obfitości dopiero 4—5 dnia po urodzeniu i że z drugiej strony noworodek przez pierwszych parę dni potrzebuje nadzwyczaj mało (25—200 gr.) pokarmu na dobę.

Czy mleko mamki może zastąpić w zupełności pokarm matki? Pod tym względem odpowiedzieć można: najczęściej tak, lecz bynajmniej nie zawsze. Najprzód co do wyboru mamki kierujemy się najchętniej obfitością pokarmu, jaki z jej piersi wytryska, wnioskując że mamka jest najlepszą, która ma najwięcej pokarmu. To jest jednak nieprawdą. Ilość pokarmu winna być zastosowaną do konstytucyi dziecka: im dziecko jest większe, silniejsze tem więcej potrzebuje pokarmu i odwrotnie. Ma więc ilość pokarmu i karmiącej wielkie znaczenie dla pomyślnego stanu zdrowia dziecka. Niektórzy jak SCHLICHTER (w książeczce swej „O wyborze mamki“ Wiedeń 1894) a także CZERNY i KELLER (w dziele: O odżywianiu dziecka, zaburzeniach w odżywianiu i leczeniu ich—dzieło wychodzi jeszcze zeszytami) idą tak daleko, że twierdzą, iż tylko ilość a nie jakość pokarmu rozstrzyga o wartości mamki. SCHLICHTER wyraża to temi słowami: „zły stan zdrowia dziecka przy pewnych karmicielkach zależy nie od jakości mamki, lecz od jakości dziecka: od tego że między ilością mleka mamki a potrzebami dziecka, istnieje nie współmierność“. Z tem możnaby się do pewnego stopnia zgodzić, lecz nawet nie idąc tak daleko, powiedzieć możemy, że i ze względu na jakość t. j. skład swój chemiczny mleko wykazywać może tak znaczne

różnice, iż to które jest dobrem dla jednego dziecka może niem nie być dla drugiego.

Tak według PFFEIFFER'a mleko zawiera: białka 1,049—3,04; cukru 4,2—7,6; tłuszczu 0,75—9; części stałych 8,2—15,5. Stosunek więc minimalnej ilości składników do maksymalnej wynosi dla białka 1 : 3 cukru 1 : 2 tłuszczu 1 : 2 części stałych 1 : 2.

Gdy chodzi o tak wielkie różnice, to pojąć łatwo, że jedno mleko odpowiadać może potrzebie dziecka, inne nie. Kwestye stosunku składu chemicznego mleka do zdolności trawiennej i asymilacyjnej dziecka są niezmiernie zawile i delikatne, nie mniej przeto przypuszczać możemy, że zbyt wielka lub zbyt mała zawartość pewnych składników w mleku, wywierać może dobry lub zły wpływ na trawienie i przyswajanie pokarmów, słowem na zdrowie dziecka. Tak np. wiemy, że ilość HCl w żołądku ssawca waha się między 0,13—0,5^o/₁₀₀. Jeżeli mleko z dużą zawartością białka podawać będziemy dziecku, którego sok żołądkowy zawiera mało HCl, to przyjść może do nieprawidłowej fermentacji w żołądku takiego dziecka, wytwarzania się kwasu mlecznego itd. Lecz nawet pominąwszy te ilościowe najważniejsze składniki mleka, jako to: białko, cukier, tłuszcze, to przy wyborze pokarmu wziąć by należało również pod uwagę i te części składowe, które w mleku kobiecym znajdują się w ilościach minimalnych. Chcę tu mówić o fosforze i żelazie. Tak w litrze mleka znajduje się: 0,47 gr. P₂ O₅ i 0,004—0,007 gr. Fe₂ O₃. Wobec tak małych ilości tych składników wszelkie wahania w tej ilości muszą pociągnąć za sobą znaczny wpływ na zdrowie dziecka; boć przecież zarówno fosfor jak i żelazo są niezmiernie ważnymi składnikami ciała ludzkiego tem ważniejszymi w organizmie rosnącym. Ponieważ zarówno fosfor i żelazo nie znajdują się w mleku w postaci soli rozpuszczanych w wodzie mleka lecz jako związki organiczne, więc wszelkie wpływy jakieby upośledzać mogły trawienie białka, czy innych organicznych składników mleka upośledzać będą również i wchłanianie fosforu i żelaza, a co zatem idzie wytwarzanie się kości i krwi. Być może, że przy określaniu pożywności danego pokarmu dla ssawca kierować się trzeba nie zawartością w mleku ilościowo obfitych składników, lecz przeciwnie zawartością tych, które występują w ilościach minimalnych. Tem bowiem kierują się agronomowie przy ocenie urodzajności gruntu. Ten grunt nadaje się do uprawy roślin, w którym pewne obfite składniki znajdują się jednak w ilości dostatecznej dla odżywiania i wzrostu ziarna.

Określanie zaś tych minimalnych składników jest rzeczą nie możliwą w celach klinicznych. Te zaś badania, jakie zwykle nad mlekiem robimy są raczej zabawką, niż badaniem, mającym choć

przybliżone cechy badania naukowego. Określanie ciężaru właściwego, ilości tłuszczu w buterometrze MARSCHAND'a i COUROT'a, badanie kulek tłuszczowych pod mikroskopem, są to rzeczy, na które chemia tylko ramionami wzruszyć może. Zresztą my sami z codziennego doświadczenia wiemy, że mleko jednej i tej samej kobiety zawiera raz mało tłuszczu i drobne kulki tłuszczowe na polu mikroskopu, innym razem odwrotnie. A przytem określenie nawet najdokładniejsze jednego ze składników mleka nie da nam najmniejszego pojęcia o zawartości w mleku składników innych. Tak więc przy określaniu dobroci i zdatności danego pokarmu, skazani jesteśmy poprostu na zgadywanie, na próbę fizyologiczną, t. j. poprostu na przekonanie się, czy dziecko znosi dany pokarm czy nie.

Niedziw więc, że wobec powyżej zaznaczonych faktów, dojść musimy do przekonania, że zamiana matki na mamkę jest grą na loteryi, w której często przegrywającą stroną jest dziecko. Już to wogóle ile razy lekarze starali się poprawić naturę, wychodzili na tem jak najgorzej powierzeni ich opiece chorzy. Na to matka ma pokarm, aby nim karmiła swe dziecko i tylko wyjątkowe okoliczności mogą upoważniać ją do zaniedbania tego obowiązku. Lekarz również powinien być bardzo ostrożnym w zabranianiu matce karmienia i w wypadkach wątpliwych raczej decydować się na próbę niż na polecenie szukania mamki. Zawsze jest czas na zmianę pożywienia matczynego na mamczyńskie; gdy raz zaś pokarm u matki zginie, wtedy rzecz jest skończona. Wtedy nieraz wszczyną się przerzucanie mamek jednej po drugiej. Sam miałem wypadek, kiedy zmienić musiałem 10 karmicielek aż natrafiłem na znośną.

Lecz oprócz tych względów, tyjących się dziecka, są inne jeszcze społecznej natury, które nam lekarzom każą walczyć przeciw karmieniu dzieci przez mamki. Jest to poprostu zbrodnią społeczną pozbawianie zdrowia, a nieraz i życia ubogiego dziecka. dla tego, aby dziecko rodziców bogatych miało pokarm. Jest to może najjaskrawsze potwierdzenie słów MALTHUS'a: „Człowiek urodzony na tym już zajęтым przez innych świecie nie ma, skoro rodzina nie może go wyżywić, ani społeczeństwo zużytkować jego pracy, najmniejszego prawa żądania jakiegokolwiek części środków spożywczych, i jest rzeczywiście zbytecznym na ziemi. Przy wielkim stole przyrody niema dla niego nakrycia. Przyroda każe mu oddalić się i nie zaniedbuje sama wykonać tego nakazu”.

MALTHUS wiedział przynajmniej jak rzeczy na świecie stoją i miał odwagę wypowiedzieć jasno i szczerze swoje przekonanie. My się nad tem nie zastanawiamy i tolerujemy takie instytucje jak kantory mamek, niewiele różniące się od domów publicznych.

Bo nie jest kantor mamek czemś w rodzaju biura bon i nauczycielek, gdzie strony interesowane schodzą się dla zawarcia dobrowolnej umowy. Na mamki odbywa się po wsiach podobna naganka, jak i na dziewczyny mające powiększyć szeregi nierządnic. Rajfurki specjalistki namawiają wprost dziewczyny do nierządu, przedstawiają im świetne widoki, jeśli zechcą być mamkami. Gdy dziewczyna taka urodzi, trzymają ją wprost jak w więzieniu, licząc jej utrzymanie według systemu praktykowanego w domach publicznych, t. j. powiększają w przeraźliwy sposób jej długi. Gdy zaś mamka dostanie miejsce, to przeważnie stanowisko jej jest bardzo korzystnem. Bierze bowiem 100—150 rubli rocznie. Lecz przyjąć trzeba pod uwagę, że z tej pensyi musi ona zapłacić co najmniej 60 rubli kobiecie wiejskiej, co wzięła jej dziecko na utrzymanie; że po wykarmieniu dziecka „państwa“ jej własne spadnie jej na głowę, a przecież jako służąca czy wyrobnica i połowy tej zapłaty nie otrzyma. W domu zaś „państwa“ przyzwyczai się do zbytków, do grymasów, odzwyczai się od pracy. Słowem dziewczyna taka po roku jest w daleko gorszym położeniu niż było dawniej.

Te względy, jak również straszliwa śmiertelność dzieci, oddawanych na obcą opiekę, skłoniły parlament francuski do wydania w 8-ym dziesiątku lat w wieku przeszłym t. zw. prawą Russeł'a, mocą którego matki nie mogą brać do karmienia dzieci obcych, dopóki ich własne nie liczą 7-u miesięcy. To prawo należałoby zastosować i do mamek. Niewielka krzywda, jakąby się wyrządziło przez to dziecku „państwa“, jest niczem w porównaniu ze zmniejszeniem śmiertelności wśród dzieci ubogich, niczem w porównaniu do tej krzywdy moralnej jaką wyrządzamy ubogiej matce, pozbawiając ją najszlachetniejszego z uczuć, uczucia miłości macierzyńskiej.

To jest jedno rozwiązanie kwestyi „mamek“, istnieje zdaniem mojem i drugie. Ponieważ jak tego dowiodły poszukiwania PRÉFÈRE'a ilość mleka zawarta w jednej piersi karmiącej wystarcza zwykle dla odżywiania jednego dziecka do 7-u miesięcy, a ponieważ dziecko starsze, powinno być dokarmianem, więc, należałoby, aby „państwo“ brali do siebie mamkę wraz z jej dzieckiem. We Francyi praktykuje się często coś w tym rodzaju t. j. oddawanie dziecka na mamki, gdzie dziecko miewa t. zw. brata mlecznego.

Gdyby nawet przy tym sposobie żywienia dziecka, narażonem ono było na pewien brak pokarmu (co jest wątpliwem, bo wiadomo że ilość pokarmu zależy głównie od częstości pobudzania wydzielania piersi, czyli od czystości ssania) to i tak lepiej dziecko wcześniej uczyć dokarmiać, niż żeby miało wchodzić w życie z piętnem mimowolnego zabójcy innego dziecka. [Autoreferat].

J. BRODZIŃSKI wspomina o badaniach, wykazujących iż pokarm matki nie da się w zupełności zastąpić pokarmem mamki (badania EHRLICHA, KLEMPERERA, WIDALA nad przechodzeniem antytoksyn, aglutyny i t. d. do mleka) w kwestyi podniesionej przez prelegenta, aby nie brać mamek z pokarmem młodszym niż 2 mies. przyznaje słuszność KAMIŃSKIEMU, że właściwie, jeżeli tą drogą zapobiegaćby się miało szerzeniu przymiotu, należałoby okres ten rozciągnąć do 6 mies.

Co do badania mleka przy wyborze mamek, B. zgadza się w ogólnych zarysach ze zdaniem prelegenta, podnosi jednak, iż niesłuszne zarzuty czyni prelegent badaniu mleka pod mikroskopem, wykonać je można ściśle naukowo, jak badanie krwi, istnieją bowiem specjalne szkiełka podstawowe z wgłębieniem na $\frac{1}{10}$ mm. (Nachet), przy pomocy których można sobie zdać dokładną sprawę nie tylko ze stanu emulsyi tłuszczu, ale i obliczyć ilość kulek tłuszczowych (metoda Bouchux). Rzecz inna, że procent tłuszczu nie stanowi jeszcze o tem, czy mleko służyć będzie danemu niemowlęciu. Reakcyja fizyologiczna ze strony przewodu pokarmowego niemowlęcia to rzecz nieobliczalna. Nieraz mamka karmi dwoje niemowląt—jedno kwitnie, drugie źle znosi pokarm doskonały dla pierwszego. Ciekawe dane znajdujemy pod tym względem w pracy RACZYŃSKIEGO o „Niestrawności jelitowej kwaśnej“. Na zakończenie mówca zaznacza, iż podejrzenie nawet co do gruźlicy u matki czy mamki winno być bezwzględnie przeciwwskazaniem do karmienia, wiadomo, że w okresie laktacyi wybucha nieraz utajona gruźlica, niemowlęta reagują bardzo silnie na pokarm matek czy mamek gruźliczych, bo choć jak to widać z badań ESCHERICHA i inn. do mleka prątki gruźlicze nie przechodzą, jednak przypuszczać można, iż działają tu toksyny, (badania MICHEL'a, ROGERA i GARNIER'a). Mówca przytacza fakt z własnego doświadczenia, gdzie dziecko nie znosiło zupełnie pokarmu mamki, marniało z dnia na dzień. Przy badaniu mamki B. powziął podejrzenie na gruźlicę i mamkę usunięto, dziecko nawet przy sztucznem karmieniu wkrótce znacznie się poprawiło. B. z naciskiem podnosi, iż nawet najsłabsze stopnie gruźlicy, winne być bezwzględnie przeciwwskazaniem do karmienia, i to zarówno ze względu na matkę czy mamkę jak i na niemowlę.

(Autoreferat)

KORYBUT-DASZKIEWICZ uważa zarzut kol. KAMIŃSKIEGO, polegający na tem, że miał on w swem przemówieniu za słabo uwydatnić konieczność surowego przestrzegania przez lekarzy, aby matki same swe niemowlęta karmiły, za niesłuszny; chociaż kwestya ta, nie miała bezpośredniego związku z odczytem, pod tytułem: „Kilka słów w sprawie wyboru mamek,“ jednakże prelegent udzielił jej miejsca naczelnego i jako motywy, przytaczał względy

natury etyczno-moralnej i względy zdrowia dziecka. Nieusprawiedliwiony również zarzut, zdaniem KORYBUTA-DASZKIEWICZA, jest i ten, że jakoby miał on uważać zamianę pokarmu matki na pokarm mamki za rzecz łatwą i odrazu pomyślnie o losach dziecka decydującą; przeciwnie, prelegent nazwał pokarm mamki tylko: jedynym, najlepszym surrogatem pokarmu matki⁴, i, pomijając już bardzo obszerne traktowanie przedmiotu, w mowie będącego, ze strony trudności w wyborze mamki i wyraźnego zaznaczenia, że nawet: „Najsumienniejsze zbadanie mamki zwiększa tylko szanse trafnego wyboru, ale go nie zapewnia,“ prelegent obszernie rozprawił o tym fakcie, że nieraz pokarmu najlepszej napozór mamki jedno dziecko nie znosi wcale, wtedy kiedy drugie w tych samych mniej więcej warunkach wieku i zdrowia będące, bardzo dobrze się do tego pokarmu przystosowuje. Co naturalnie świadczy chyba o wprost przeciwnych, inkryminowanych przez kol. KAMIENSKIEGO, poglądach prelegenta.

Nie zgadza się również KORYBUT-DASZKIEWICZ z opinią kol. KAMIENSKIEGO, że prawie jedynym przeciwwskazaniem do karmienia dla matki jest jej, wysoko posunięta, gruźlica; przeciwwskazań takich jest dużo, a chociażby: brak pokarmu u matki, epilepsya, ropnie w piersiach, najmniejsze nawet podejrzenie gruźlicy i wiele, wiele innych, w których wyliczanie trudno się prelegentowi wdawać; o przeciwwskazaniach do karmienia przez matkę KORYBUT-DASZKIEWICZ mówił tylko ogólnie, zaznaczwszy, że wyłącznie rzeczywiste przeciwwskazania mogą upoważniać do zaniechania karmienia przez matkę, a o tem powinni pamiętać lekarze i być w tym względzie surowymi sędziami; po za głosem jednak doradczym, władzy wykonawczej lekarze nie posiadają, zatem po nad rozważenie przeciwwskazań i objaśnienie matki o jej obowiązku karmienia, opatrzywszy to odpowiednimi motywami, lekarz nic więcej zrobić nie może.

Na zdanie SCBLEICHERA, że tylko ilość pokarmu ma warunkować dobroć, resp. istotną wartość, mamki. KORYBUT-DASZKIEWICZ absolutnie zgodzić się nie może, zresztą i kol. KAMIENSKI napewno się na to zdanie nie zgadza; wiadomo bowiem, że ilość pokarmu nie mówi nic o jego jakości, która ma niewątpliwie wielkie znaczenie choćbyśmy nawet i zupełnie nie byli w możności znaleźć w podstawach naszej nauki dokładnego kryterium do sądzenia o jakości pokarmu w najszerszym tego słowa znaczeniu, próba fizyologiczna o tem nas przekonywa.

Nie zgadza się również prelegent z kol. KAMIENSKIM, na to, że każda mamka przez pół roku może karmić dwoje dzieci i sądzi, że można by zdanie to zmodyfikować w tym kierunku, że „zdarzają się mamki, które bez szkody dla siebie i karmionych niemowląt, mogłyby po dwoje dzieci do $\frac{1}{2}$ roku karmić;“—aż nadto przy-

kładów popierających słuszość twierdzenia prelegenta, znaleźć można wśród mamek Domu Wychowawczego!

Projekt kol. KAMIEŃSKIEGO, żeby do czasu ukończenia 6-iu miesięcy życia dziecka, w myśl prawa RUSSELA, żadna kobieta nie godziła się w charakterze mamki, lub żeby karmiła dwoje dzieci jednocześnie, chociaż z wielce humanitarnych pobudek wypływający, musi się rozbić o twardą konieczność życia: mamki od wieków istniały i istnieć będą; my, lekarze, apostołując karmienie własną piersią przez matki, coś, a może i wiele, dla tej sprawy zrobimy, ale wątpliwem wydaje się KORYBUT-DASZKIEWICZOWI, by życie w zupełności uwzględniło kiedykolwiek pobudki chociaż wielce humanitarne (przynajmniej dla jednej strony), ale mało praktyczne.

Kol. BRUDZIŃSKIEMU na zarzut, że pominął w swem przemówieniu pracę prof. RACZYŃSKIEGO, KORYBUT-DASZKIEWICZ odpowiada, że przemawiając na temat: „Kilka słów w sprawie wyboru mamek“ wcale nie brał na siebie zobowiązania do wyczerpywania piśmiennictwa w swem przemówieniu; że właśnie umyślnie omijał możliwie wszelkie cytaty, opierając dane do przemówienia na własnem doświadczeniu; a co się tyczy próby fizyologicznej i jej znaczenia, przeciwnie, wiele o tem mówił prelegent, i jej właśnie jedynie rozstrzygające o trafnym wyborze przypisywał znaczenie.

Od czego zależy to zjawisko, że jedno dziecko znosi dobrze pokarm danej mamki, a dla drugiego też sama mamka jest zupełnie nieprzydatną, trudno rozstrzygnąć; możnaby może na to znaleźć odpowiedź i w przytaczanych przez prelegenta badaniach SPOLVERINIEGO, zrobiwszy przypuszczenie, że obecność pewnych fermentów w danym pokarmie, większa lub mniejsza ich ilość, odgrywają pewną rolę w przyswajaniu pokarmu, że może dopełniają braków w ilości, lub jakości fermentów w ustroju niemowlęcia i t. d. Jak dotąd te zawikłane zagadnienia mogą dać pole do różnych słusznych, lub mniej słusznych wyjaśnień, albo też zaprowadzić w dziedzinę... fantazyi.

Na zdanie kol. BRUDZIŃSKIEGO, że dopiero około 5—6 miesiąca życia dziecka występują pierwsze objawy przymiotu i następstwo tego, że niesłusznem jest żądanie prelegenta, by kwalifikować mamki z dwumiesięcznym pokarmem, nie zgadza się KORYBUT-DASZKIEWICZ, ponieważ: 1) najczęściej pierwsze objawy wczesnego przymiotu dziedzicznego (lakierowane piętki, nacieczenia na pośladkach etc.) występują około końca 2-go, lub na początku 3-go miesiąca życia; że 2) prelegent wyraźnie zaznaczył; iż nie ewoluje, niż przed ukończeniem 2-ch miesięcy życia dziecka, matka jego może być wybraną w charakterze mamki, a nic nie ma przeciw kandydatkom ze starszym pokarmem, niż 2 miesięczny.

Prelegentowi chodziło o to, by absolutnie nie kwalifikować w charakterze mamek kobiet z pokarmem młodszym, niż dwumiesięczny.

Prezesowi odpowiada KORYBUT-DASZKIEWICZ, że wątpi bardzo, by proponowane kantory mamek na prowincji, zakładane przez lekarzy, mogły teraz utrzymać się, choćby ze względu na niemożność dla lekarzy wytrzymywania konkurencyi ze strony dzisiejszych posiadaczy tego przemysłu, którzy uważają proceder werbowania mamek za bardzo zbliżony do... handlu żywym towarem. Taka konkurencya mogłaby być hańbiącą dla lekarzy z jednej strony, a z drugiej wobec niemożności walczenia równą bronią, uczyniła by ich bezbronnymi. Istnienie takich instytucyi zagranicą świadczy tylko o lepszych tam warunkach pod tym względem.

Dobrze by jednak było, jeśliby lekarze, mający pewien udział w takich przedsiębiorstwach, nie mieli na uwadze względów czysto handlowej natury, ale ściślej przestrzegali warunków, wymaganych przez doświadczenie lekarskie i naukę, a może z biegiem czasu sprawa ta mogła by się posunąć o tyle, że moglibyśmy naśladować i przykłady z zagranicy. [Autoreferat]

Prezes Dunin podnosi, że te same warunki, które stawiamy mamce, jeżeli chcemy ją uznać za zdolną do karmienia, powinniśmy stawiać i matce. Matki dziedzicznie usposobione do gruźlicy, nie powinny karmić. Wogóle pedyatrów mniej widać zajmuje los matek, co interesuje znów internistów. Pożądaniem było by udoskonalenie sztucznego odżywiania, które dziś jeszcze dalekiem jest od ideału. Co się tyczy dostarczania mamek, to zdaniem prezesa, kwestyą tą powinni się zająć lekarze na prowincyi, stworzyć własne przedsiębiorstwo, jak to uczynili lekarze na Morawach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Teodor Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

TABLICA I-a.

Liczba chorych mężczyzn podług postaci obłąkania.

	1891 — 1892								1893							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	1891 r.	1892 ze szpitala Ś. go Jana Bożego	1892 po raz pierw.	1892 powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmartych	Remanent na 1893	Wzręciwistość pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmartych
Melancholia . . .	1	1	3	1	2	1	—	1	2	2	5	—	4	1	—	1
Mania	1	—	2	1	1	1	—	—	2	2	5	3	5	3	—	—
Paranoia acuta . .	1	—	23	1	4	3	4	1	13	13	30	2	15	11	2	2
Psych. hysterica .	—	—	3	—	1	1	—	—	1	1	3	—	—	—	—	1
Ps. neurasthenica .	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	5	—	2	2	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica .	5	10	17	1	—	—	11	—	22	21	13	3	—	—	10	3
Ps. periodica . . .	—	2	5	—	—	1	—	—	6	6	7	1	—	8	—	—
Ps. circularis . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
Alcoholismus . . .	—	—	5	—	1	2	—	—	1	1	3	—	—	3	—	1
Dementia secund. .	3	45	54	2	—	—	8	3	93	94	27	1	—	—	12	5
Paralysis prog. . .	14	6	48	1	—	11	12	27	19	19	47	3	—	5	8	24
Dementia e laes. cerebri organ. . .	—	—	4	—	—	1	—	—	3	3	4	—	—	—	4	—
Dementia senilis .	1	—	2	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	1	—
Epilep. et psych. epileptica.	1	11	13	—	—	—	2	2	21	21	6	1	—	—	5	5
Idiotismus cum epilepsia	—	1	1	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—
Idiotismus	1	2	3	—	—	—	1	—	5	5	1	—	—	—	—	1
Imbecillitas . . .	1	2	12	—	—	—	—	—	15	15	8	—	—	—	5	1
Moral insanity . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—
Hebephrenia . . .	1	—	2	—	—	—	1	—	2	2	1	1	—	—	1	—
Przypadki wyjąt-kowe	—	—	2	—	—	1	—	1	—	—	6	—	—	1	—	1
Umysłowo zdrowi .	1	—	9	—	7	—	—	—	3	3	3	—	4	—	—	—
Razem	31	80	211	7	17	22	42	37	211	211	176	15	30	35	49	45
Razem umysłowo chorych	30	80	202	7	10	22	42	37	208	208	173	15	26	35	49	45

	1894								1895							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1894	Wręczystość pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1895	Wręczystość pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	1	1	5	1	1	3	2	—	1	1	2	—	—	—	—	—
Mania	2	1	1	1	1	2	—	—	—	—	8	—	3	1	1	—
Paranoia acuta . .	15	14	27	1	16	7	3	3	13	12	21	2	14	5	1	1
Psych. hysterica .	3	3	1	1	—	—	—	—	5	4	1	—	—	—	1	—
Ps. neurasthenica .	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	2	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Paranoia chronica .	24	24	15	4	—	—	9	6	28	28	8	1	—	—	14	2
Ps. periodica . . .	6	5	3	1	—	6	—	—	3	3	5	3	—	3	—	—
Ps. circularis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	—	—	2	1	—	2	—	—	1	1	—	—	—	3	1	—
Dementia secund. .	105	108	24	5	—	—	9	4	124	126	17	4	—	—	12	6
Paralysis progr. .	32	32	27	6	—	5	15	16	29	29	33	4	—	5	8	26
Dementia e laes. cerebri organ.	3	3	4	1	—	1	1	1	5	5	2	2	—	—	3	—
Dementia senilis .	—	—	4	—	—	—	1	1	2	2	2	—	—	—	2	1
Epilep. et psych. epileptica . . .	18	18	8	—	—	—	3	2	21	21	2	1	—	—	4	—
Idiotismus cum epilepsia	2	2	1	—	—	—	—	1	2	2	—	—	—	—	1	—
Idiotismus	5	5	1	—	—	—	1	—	5	5	—	—	—	—	2	—
Imbecillitas . . .	17	17	3	—	—	—	3	—	17	17	6	—	—	—	5	—
Moral insanity . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Hebephrenia . . .	3	3	1	—	—	—	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt-kowe	4	4	—	1	1	—	2	—	2	2	3	—	—	—	—	1
Umysłowo zdrowi .	2	2	3	1	1	—	—	—	5	5	4	—	7	—	—	—
Razem	243	243	130	24	21	26	50	35	265	265	123	18	26	17	57	37
Razem umysłowo chorych	241	241	127	23	20	26	50	35	260	260	119	18	19	17	57	37

	1896								1897							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1896	Wrzeczywistość pozostawała	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1897	Wrzeczywistość pozostawała	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	3	2	5	—	1	1	1	1	3	3	—	—	—	1	—	—
Mania	3	3	3	2	2	5	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—
Paranoia acuta . .	14	14	26	—	12	3	3	1	21	19	19	—	11	5	2	1
Psych. hysterica .	4	4	1	—	—	1	2	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Ps. neurasthenica .	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	1	—	2	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Paranoia chronica .	21	21	13	3	—	—	11	—	26	23	9	5	—	—	7	—
Ps. periodica . . .	8	8	2	3	—	7	—	—	6	5	4	8	—	8	1	—
Ps. circularis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	2	2	3	1	1	2	3	—	—	—	1	1	2	—	—	—
Dementia secund. .	129	130	18	2	—	—	13	3	134	140	15	2	—	—	22	2
Paralysis progr. .	27	27	20	1	—	—	14	10	24	24	32	3	—	1	11	9
Dementia e laes. cerebri organ.	6	6	2	—	—	—	—	2	6	6	—	—	—	—	—	1
Dementia senilis .	1	1	5	—	—	—	2	1	3	3	1	—	—	—	1	—
Epilep. et psych. epileptica . . .	20	20	2	—	—	—	2	—	20	20	1	—	—	—	2	—
Idiotismus cum epilepsia . . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Idiotismus	3	3	2	—	—	—	1	—	4	4	1	1	—	—	1	—
Imbecillitas . . .	18	18	1	1	—	—	4	—	16	16	8	2	—	—	8	—
Moral insanity . .	1	1	2	—	—	—	—	—	3	3	1	1	—	—	3	—
Hebephrenia . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt-kowe	4	4	1	1	2	—	1	—	3	3	1	—	—	—	—	1
Umysłowo zdrowi .	2	2	3	2	3	—	—	—	4	4	7	4	10	—	—	15
Razem	269	269	109	17	21	19	57	18	280	280	102	28	24	17	58	15
Razem umysłowo chorych	267	267	106	15	18	19	57	18	276	276	95	24	14	17	58	14

	1898								1899							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1898	Wrzeczywistości pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1899	Wrzeczywistości pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	2	2	3	—	—	—	—	—	5	4	6	—	3	3	—	1
Mania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	—	1	—
Paranoia acuta . .	19	14	13	1	6	3	1	1	17	12	12	1	5	2	6	2
Psych. hysterica .	2	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ps. neurasthenica .	1	—	3	1	—	—	1	—	3	3	—	—	—	2	—	—
Ps. traumatica . .	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica .	30	28	3	4	—	—	8	1	26	25	13	1	—	—	11	—
Ps. periodica . . .	8	8	1	6	—	7	—	—	8	8	1	4	—	7	—	—
Ps. circularis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	—	—	2	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Dementia secund. .	133	141	13	2	—	—	21	11	124	131	34	14	1	—	29	8
Paralysis progr. .	38	38	27	4	—	1	10	20	38	38	27	1	—	4	8	23
Dementia e laes. cerebri organ.	5	5	4	—	—	—	4	—	5	5	5	1	—	—	5	2
Dementia senilis .	3	3	2	1	—	—	1	1	4	4	3	—	—	—	3	—
Epilep. et psych. epileptica . . .	19	19	1	—	—	—	2	2	16	16	8	1	—	—	3	2
Idiotismus cum epilepsia . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Idiotismus	5	5	—	—	—	—	—	—	5	5	—	—	—	—	1	—
Imbecillitas . . .	18	18	7	1	—	—	5	1	20	20	10	5	—	—	8	2
Morał insanity . .	2	2	1	1	—	—	4	—	—	—	—	2	—	—	1	—
Hebephrenia . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt-kowe	4	4	1	—	1	—	1	—	3	3	2	1	—	—	2	1
Umysłowo zdrowi .	4	4	14	2	15	—	—	—	5	5	6	1	8	—	—	—
Razem	296	296	95	23	25	12	58	37	282	282	130	33	18	18	78	41
Razem umysłowo chorych . . .	292	292	81	21	10	12	58	37	227	277	124	32	10	18	78	14

	1900								1901							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1900	Wrzeczywistości pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1901	Wrzeczywistości pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	3	3	5	1	2	—	1	1	5	5	7	1	2	2	3	—
Mania	1	1	5	1	2	2	—	1	2	2	4	1	4	1	—	—
Paranoia acuta . .	10	6	36	1	9	6	6	1	21	20	24	4	14	8	1	4
Psych. hysterica .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—
Ps. neurasthenica .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2	—	1	2	—
Ps. traumatica . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	—
Paranoia chronica .	28	26	18	1	—	—	4	—	41	40	13	2	—	—	17	1
Ps. periodica . . .	6	6	—	6	—	4	—	—	8	8	1	3	—	4	—	—
Ps. circularis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	1	1	5	1	1	1	—	1	4	4	3	—	1	1	1	—
Dementia secund. .	141	147	22	5	—	—	13	10	151	153	15	4	—	—	12	5
Paralysis progr. .	31	31	51	4	—	8	8	22	48	48	36	7	—	10	12	23
Dementia e laes. cerebri organ. .	4	4	2	—	—	—	—	2	4	4	—	—	—	—	—	1
Dementia senilis .	4	4	6	—	—	—	1	1	8	8	3	—	—	—	1	5
Epilep. et psych. epileptica . . .	20	20	6	—	—	—	3	3	20	20	3	1	—	—	2	3
Idiotismus cum epilepsia	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Idiotismus	4	4	1	—	—	—	1	—	4	4	1	—	—	—	—	—
Imbecillitas . . .	25	25	7	1	—	—	4	1	28	28	11	4	—	—	13	2
Moral insanity . .	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia . . .	2	2	1	—	—	—	—	—	3	3	1	—	—	—	—	—
Przypadki wyjątkowe	3	3	2	1	—	—	1	—	4	4	2	—	—	1	2	—
Umysłowo zdrowi .	4	4	5	—	8	—	—	—	2	2	6	4	12	—	—	—
Razem	290	290	173	22	22	21	43	43	356	356	134	35	33	29	67	44
Razem umysłowo chorych	286	286	168	21	14	21	43	43	354	354	127	31	21	29	67	44

	Remanent na 1902 r.	Wciągu X lecia						Przeszło w stan wtór- nego osłabienia władz umysłowych
		Przybyło		U b y ł o				
		po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	
Melancholia . . .	6	43	4	15	12	7	5	2
Mania	2	31	10	20	15	2	1	1
Paranoia acuta . .	21	233	13	107	53	29	17	19
Psych. hysterica .	2	10	3	2	3	4	1	1
Ps. neurasthenica .	1	15	5	5	7	6	—	1
Ps. traumatica . .	1	4	—	2	1	—	—	—
Paranoia chronica .	37	137	25	—	—	102	13	10
Ps. periodica . . .	8	31	35	—	55	1	—	2
Ps. circularis . . .	—	1	—	—	1	—	—	—
Alcoholismus . . .	4	28	4	7	14	5	2	—
Dementia secund. .	155	287	41	1	—	151	57	+36
Paralysis progr. .	46	367	34	—	50	106	200	—
Dementia e laes cerebri organ. . .	3	27	4	—	2	17	9	—
Dementia senilis .	5	30	1	—	—	15	11	—
Epilep. et psych. epileptica	19	62	4	—	—	28	19	—
Idiotismus cum epilepsia	2	6	—	—	—	1	3	—
Idiotismus	5	13	1	—	—	8	1	—
Imbecillitas . . .	28	76	14	—	—	55	7	—
Moral insanity . .	—	5	5	—	—	10	—	—
Hebephrenia . . .	4	7	1	—	—	3	1	—
Przypadki wyjąt- kowe	3	20	3	4	3	9	4	—
Umysłowo zdrowi .	—	61	15	75	—	—	1	—
Razem	352	1495	222	238	216	559	351	
Razem umysłowo chorych	351	1434	207	163	216	559	351	

TABLICA I-b.

Liczba chorych kobiet podług postaci obłąkania.

	1891 — 1892								1893							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Ze zwiniętego oddziału przy b. szpit. Dz. Jez. 1891	1891 r.	1892 po raz pierw.	1892 powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1893	Wrzeczywiście było	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	1	1	10	—	1	3	1	—	7	7	5	—	3	1	3	—
Mania	—	—	3	—	1	—	1	—	1	1	2	—	2	—	—	—
Paranoia acuta . .	3	7	18	—	13	4	—	1	10	10	25	2	14	7	—	4
Psych. hysterica .	—	2	3	—	1	4	—	—	—	—	6	—	—	2	—	—
Ps. neurasthenica .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica	13	1	8	—	—	4	2	16	16	8	1	—	—	—	7	—
Ps. periodica . . .	2	—	2	—	—	2	—	—	2	2	6	1	—	2	1	—
Ps. circularis . . .	2	1	1	1	—	3	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dementia secund.	147	6	16	—	—	—	7	5	157	157	23	4	—	—	16	5
Paralysis progr.	5	—	3	—	—	—	2	—	6	6	4	—	—	—	2	2
Dementia et laes. cerebri organ.	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Dementia senilis	3	1	2	—	—	—	3	1	2	2	2	—	—	—	2	2
Epilep. et psych. epileptica . . .	14	—	1	—	—	—	1	1	13	13	6	1	—	—	—	1
Idiotismus cum epilepsia . . .	4	—	1	—	—	—	—	—	5	5	2	—	—	—	—	—
Idiotismus	5	—	2	—	—	—	2	—	5	5	1	—	—	—	—	—
Imbecillitas . . .	6	—	2	—	—	—	3	—	5	5	4	—	—	—	3	—
Moral insanity	2	—	1	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt-kowe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Umysłowo zdrowi	—	—	2	—	1	—	—	—	1	1	3	—	4	—	—	—
Razem	209	19	76	1	17	16	25	11	236	236	97	9	23	12	34	15
Razem umysłowo chorych . . .	209	19	74	1	16	16	25	11	235	235	94	9	19	12	34	15

	1894								1895							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1894	Wrzeczywistość pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1895	Wrzeczywistość pozostalo	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . .	5	4	6	—	3	—	1	2	4	4	6	—	2	1	—	—
Mania	1	1	7	—	2	—	1	—	5	5	1	—	—	3	—	—
Paranoia acuta .	12	11	28	2	7	10	4	1	19	17	28	—	17	5	1	1
Ps. hysterica .	4	4	4	3	3	5	1	—	2	2	3	1	9	—	1	1
Ps. neurasthenica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ps. traumatica .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica	18	18	10	3	—	—	5	2	24	23	7	—	—	—	8	2
Ps. periodica .	6	6	6	—	—	8	—	—	4	4	5	3	—	7	—	—
Ps. circularis .	2	2	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—
Dementia secund.	163	164	15	5	—	—	9	6	169	172	21	5	—	—	25	6
Paralysis progr. .	6	6	2	—	—	1	1	4	2	2	5	—	—	—	1	—
Dementia e laes. cerebri organ.	—	—	4	—	—	—	—	2	2	2	1	—	—	—	1	—
Dementia senilis	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	1	—
Epilep. et psych. epileptica .	19	19	2	—	—	—	1	—	20	20	4	1	—	—	5	2
Idiotismus cum epilepsia .	7	7	2	—	—	—	1	—	8	8	1	—	—	—	2	1
Idiotismus . .	6	6	—	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas .	6	6	3	—	—	—	3	—	6	6	3	2	—	—	2	—
Moral insanity .	1	1	—	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt-kowe	—	—	3	—	—	—	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—
Umysłowo zdrowi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Razem . .	258	258	94	14	15	24	30	19	278	278	92	12	22	17	48	14
Razem umysłowo chorych .	258	258	93	14	14	24	30	19	278	278	91	12	22	17	48	14

	1896								1897							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1896	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1897	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	7	7	1	—	1	1	2	—	4	4	3	—	1	1	1	—
Mania	3	2	5	—	1	1	—	1	4	4	—	1	1	—	—	—
Paranoia acuta . .	20	17	24	—	15	4	1	3	18	16	24	1	16	5	3	—
Psych. hysterica .	1	1	8	1	3	2	1	—	4	4	9	1	2	4	1	—
Ps. neurasthenica .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica .	20	20	5	1	—	—	5	—	21	19	11	2	—	—	7	1
Ps. periodica . . .	5	5	2	7	—	5	—	1	8	8	2	4	—	4	—	—
Ps. circularis . . .	1	1	1	1	—	2	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Dementia secund. .	167	171	10	2	—	—	15	6	168	172	12	1	—	—	17	5
Paralysis progr. .	6	6	1	—	—	—	—	3	4	4	4	—	—	—	1	2
Dementia e laes. cerebri organ. .	2	2	1	—	—	—	1	1	1	1	2	—	—	—	—	1
Dementia senilis .	3	3	1	—	—	—	2	—	2	2	2	1	—	—	1	1
Epilep. et psych. epileptica . . .	18	18	1	—	—	—	—	1	18	18	—	—	—	—	1	—
Idiotismus cum epilepsia . . .	6	6	—	—	—	—	—	3	3	3	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	6	6	—	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—	—	—	1
Imbecillitas . . .	9	9	1	—	—	—	1	—	9	9	—	—	—	—	—	1
Moral insanity . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Przypadki wyjątkowe	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Umysłowo zdrowi .	1	1	1	1	2	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Razem	281	281	69	13	24	15	28	20	276	276	72	12	21	14	32	12
Razem umysłowo chorych	280	280	68	12	22	15	28	20	275	275	71	12	21	14	32	12

	1898								1899							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1898	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1899	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	4	2	5	—	2	—	1	—	4	4	6	—	2	4	—	—
Mania	4	2	3	—	1	1	—	1	2	2	5	1	2	—	1	—
Paranoia acuta . .	17	11	21	1	5	4	3	1	20	16	29	2	15	10	3	2
Psych. hysterica .	7	7	8	4	4	1	2	—	12	11	3	2	2	3	—	—
Ps. neurasthenica .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia chronica .	24	21	8	1	—	—	8	1	21	19	7	—	—	—	3	1
Ps. periodica . . .	10	9	3	7	—	7	—	1	11	11	4	6	—	10	—	—
Ps. circularis . . .	2	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus . . .	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	1	1	—	—
Dementia secund. .	163	177	19	3	—	—	12	4	183	190	34	—	—	—	8	9
Paralysis progr. .	5	5	6	—	—	—	—	1	10	10	7	—	—	1	1	5
Dementia e laes. .	3	3	1	—	—	1	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Dementia senilis .	2	2	5	—	—	—	2	—	6	6	8	—	—	—	2	5
Epilep. et psych. .	17	17	7	—	—	—	5	1	18	18	4	—	—	—	2	2
Idiotismus cum . .	3	3	—	1	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	5	5	—	—	—	—	1	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas . . .	8	8	3	—	—	—	2	—	9	9	4	—	—	—	1	—
Moral insanity . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—
Hebephrenia . . .	3	3	—	—	—	—	—	—	3	3	1	—	—	—	—	—
Przypadki wyjąt- kowe	—	—	3	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	1
Umysłowo zdrowi .	2	2	2	—	2	—	—	—	2	2	4	—	6	—	—	—
Razem	281	281	95	18	14	15	37	15	113	313	121	11	29	29	22	25
Razem umysłowo chorych	279	279	93	18	12	15	37	15	311	311	117	11	23	29	22	25

	1900								1901							
	Przybyło				Ubyło				Przybyło				Ubyło			
	Remanent na 1900	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	Remanent na 1901	W rzeczywistości pozostało	po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych
Melancholia . . .	4	4	5	—	1	2	2	—	4	4	3	—	1	2	1	—
Mania	5	4	4	1	2	2	1	1	3	2	3	1	—	1	1	—
Paranoia acuta . .	17	13	43	2	17	9	2	1	29	25	36	5	16	10	5	2
Psych. hysterica .	11	10	8	1	—	8	2	1	8	8	—	—	3	—	—	1
Ps. neurasthenica .	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Ps. traumatica . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
Paranoia chronica .	22	21	9	—	—	—	3	1	26	26	14	—	—	—	10	3
Ps. periodica . . .	11	11	—	4	—	3	—	2	10	10	2	4	—	6	—	—
Ps. circularis . . .	—	—	—	3	—	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—	1
Alcoholismus . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dementia secund. .	207	215	22	7	—	—	11	9	224	229	25	3	—	—	24	16
Paralysis progr. . .	10	10	8	—	—	—	1	4	13	13	3	—	—	—	1	5
Dementia e laes. cerebri organ. .	2	2	3	—	—	1	—	2	2	2	1	—	—	—	—	2
Dementia senilis . .	7	7	2	—	—	—	2	4	3	3	8	—	—	—	5	2
Epilep. et psych. epileptica . . .	18	18	4	—	—	—	—	5	17	17	6	1	—	—	4	2
Idiotismus cum epilepsia . . .	4	4	1	—	—	—	—	1	4	4	1	—	—	—	—	2
Idiotismus	4	4	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	12	12	3	1	—	—	4	—	12	12	4	1	—	—	4	2
Moral insanity . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia . . .	4	4	1	—	—	—	—	—	5	5	—	—	—	—	1	—
Przypadki wyjątkowe	—	—	2	—	—	—	—	—	2	2	4	—	—	—	2	3
Umysłowo zdrowi . .	—	—	4	1	4	—	—	—	1	1	3	—	4	—	—	—
Razem	340	340	120	21	25	26	28	31	371	371	113	16	24	21	58	41
Razem umysłowo chorych	340	339	116	20	21	26	28	31	370	370	110	16	20	21	58	41

	Remanent na 1902 r.	Wciągu X lecia						Przeszło w stan wtór- nego osłabienia władz umysłowych
		Przybyło		U b y ł o				
		po raz pierwszy	powtórnie	zdrowych	z polepszeniem	bez polepszenia	zmarłych	
Melancholia . . .	3	52	—	17	15	12	5	3
Mania	4	33	4	12	8	5	1	5
Paranoia acuta . .	33	286	15	135	68	22	17	26
Psych. hysterica .	4	54	13	21	29	8	1	2
Ps. neurasthenica	—	1	2	2	1	—	—	—
Ps. traumatica . .	—	1	—	—	1	—	—	—
Paranoia chronica	27	101	8	—	—	60	13	9
Ps. periodica . . .	10	34	36	—	54	1	—	1
Ps. circularis . . .	1	5	6	—	7	—	—	—
Alcoholismus . . .	—	6	1	3	2	—	2	—
Dementia secund.	217	356	30	—	—	144	57	+46
Paralysis progr.	10	48	—	—	2	10	200	—
Dementia e laes. cerebri organ.	1	15	—	—	2	3	9	—
Dementia senilis	4	39	1	—	—	21	11	—
Epilep. et psych. epileptica	18	49	3	—	—	19	19	—
Idiotismus cum epilepsia	3	12	1	—	—	3	3	—
Idiotismus	4	8	—	—	—	3	1	—
Imbecillitas . . .	11	33	4	—	—	23	7	—
Morał insanity . .	1	4	1	—	—	3	—	—
Hebephrenia . . .	4	5	—	—	—	1	1	—
Przypadki wyjąt- kowe	1	14	—	1	1	3	4	—
Umysłowo zdrowi	—	22	2	24	—	—	1	—
Razem	356	1178	127	215	190	541	203	
Razem umysłowo chorych	356	1156	125	191	190	341	203	

TABLICA II.

Stan cywilny chorych.

	Nieżonatych i nie- zamężnych		Żonatych i zamę- żnych		Wdowców i wdów		Rozwiedzionych		Stan cywilny nie- wiadomy		R A Z E M	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Melancholia . .	21	19	18	29	3	4	—	—	1	—	43	52
Mania	17	10	13	18	—	3	1	2	—	—	31	33
Paranoia acuta .	141	120	84	149	4	16	1	—	3	1	233	286
Ps. hysterica . .	7	29	2	22	1	3	—	—	—	—	10	54
Ps. neurasthenica	12	1	2	—	1	—	—	—	—	—	15	1
Ps. traumatica .	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	4	1
Paranoia chronica	81	50	44	36	6	13	3	2	3	—	137	101
Psych. periodica .	21	11	10	16	—	5	—	2	—	—	31	34
Psych. circularis	1	3	—	1	—	1	—	—	—	—	1	5
Alcoholismus . .	9	1	18	5	—	—	—	—	1	—	28	6
Dementia secund.	214	166	63	132	5	36	—	6	5	16	287	356
Paralysis prog. .	114	8	238	34	12	5	—	—	4	1	368	48
Dementia e laes. cerebri organ. .	10	3	15	10	1	1	—	—	1	1	27	15
Dementia senilis .	4	3	16	17	6	18	—	—	4	1	30	39
Epilep. et psych. epileptica . .	41	35	17	10	4	3	—	1	—	—	62	49
Idiotismus cum epilepsia . . .	6	12	—	—	—	—	—	—	—	—	6	12
Idiotismus . . .	13	6	—	—	—	—	—	—	—	2	13	8
Imbecillitas . .	62	29	6	2	1	—	—	1	7	1	76	33
Moral insanity .	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4
Hebephrenia . .	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5
Przypadki wyjąt- kowe	13	6	6	7	1	—	—	—	—	1	20	14
Umysłowo zdrowi	32	13	21	7	7	2	—	—	1	—	61	22
Razem . .	832	534	576	496	52	110	5	14	30	24	1496	1178
Razem umysłowo chorych . .	800	521	554	489	45	108	5	14	29	24	1433	1156

WIEK CHORYCH i

	Melancholia		Mania		Paranoia acuta		Ps. hysterica		Ps. neurasthenica		Ps. traumatica		Paranoia chronica		Ps. periodica		Ps. circularis		Alcoholismus.		Dementia secundaria		Paralysis progress.		Dementia e laesione cerebri organica.		Dementia senilis	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Do 15 lat	1	1	1	1	1	2	—	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
16 — 20	3	5	8	2	32	53	1	11	4	—	—	—	—	5	3	—	—	—	—	17	10	—	1	2	—	—	—	
21 — 25	7	8	4	8	44	60	2	7	—	1	—	—	11	7	5	2	1	1	1	43	30	3	4	1	—	—	—	
26 — 30	9	11	5	6	75	56	2	13	3	—	1	—	40	17	6	4	—	7	—	77	67	37	4	4	2	—	—	
31 — 35	8	8	2	3	28	42	3	16	2	—	1	1	27	16	5	6	—	1	7	48	63	71	15	5	1	—	—	
36 — 40	7	8	2	2	26	25	2	1	3	—	—	—	25	18	9	4	—	7	1	38	60	109	10	2	4	—	—	
41 — 45	1	6	2	3	11	22	—	3	—	—	1	—	18	13	1	3	—	1	5	42	40	72	10	1	—	—	—	
46 — 50	2	3	3	2	10	18	—	1	—	—	1	—	7	15	—	6	—	1	1	23	37	46	3	4	3	2	3	
51 — 55	3	2	2	3	5	5	—	1	1	—	—	—	6	7	—	3	—	—	—	9	29	21	4	4	2	4	2	
56 — 60	2	—	2	2	1	3	—	—	—	—	—	—	2	4	—	2	—	—	—	5	10	6	—	2	—	9	12	
61 — 65	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	3	7	1	—	1	1	7	8	
66 — 70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	2	1	—	1	—	5	9	
71 i więcej	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	5	3	
Razem . .	43	52	31	33	233	286	10	54	15	1	4	1	137	101	31	34	1	5	28	6	287	356	367	48	27	15	30	39

NARODOWOŚĆ CHORYCH

Narodowości:	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Polskiej	32	33	17	19	161	195	6	30	8	1	4	1	98	65	22	21	1	1	13	3	202	263	248	36	21	10	21	30
Rosyjskiej	4	5	5	—	24	37	—	14	3	—	—	—	26	16	2	6	—	2	14	3	31	36	59	8	4	3	5	4
Żydowskiej	3	13	9	12	33	30	2	8	4	—	—	—	8	9	5	7	—	2	—	—	39	35	38	2	—	1	3	3
Niemieckiej	3	—	—	1	11	15	1	2	—	—	—	—	3	8	2	—	—	—	1	—	12	18	21	1	2	—	—	2
Litewskiej	1	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	3	3	—	1	—	—	—	—
Innych	—	1	—	1	—	5	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—
Razem . .	43	52	31	33	233	286	10	54	15	1	4	1	137	101	31	34	1	5	28	6	287	356	367	48	27	15	30	39

I C A III.

POSTAĆ KLINICZNA

Epilepsia et psych. epileptica		Idiotismus c. epilepsia		Idiotismus		Imbecillitas		Moral insanity		Hebephrenia		Stupor		Psych. constitutionalis		Morfismus		Katatonja		Idee natrétne		Ps. sexualis		Ps. uraemica		Ps. polynuritica		Ps. alcoholtransitoria		Bez dyagnozy		Agensaus		Delirium ex infectione		Leptomenigitis acuta		RAZEM		Prócz tego umysłowo zdrowych	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.										M.	K.	M.	K.										
2	—	3	3	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	13	1	4			
12	8	1	5	3	1	3	11	4	1	1	3	4	1	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	107	116	4	4				
8	8	1	2	2	—	21	6	1	1	1	3	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	162	144	12	3					
8	10	—	2	3	1	20	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	299	202	13	6					
8	9	1	—	1	2	9	3	—	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	230	189	11	—					
11	7	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	253	146	8	—					
5	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	142	108	5	1					
3	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	103	97	5	2					
3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	57	68	1	1					
—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	36	1	—					
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	18	—	—					
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	14	—	1					
—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	—	—				
62	49	6	12	13	8	76	33	5	4	7	5	1	1	4	2	3	2	1	1	1	1	3	1	3	1	1	4	5	1434	1156	61	22									

I C A V.

i POSTAĆ KLINICZNA

M. K. M. K. M. K. M. K. M. K. M. K. M. K. M. K. M. K. M. K.																		M.		K.		M.		K.		M.		K.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
53	43	5	11	10	8	63	25	5	2	5	4	1	—	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLICA IV.

Wiek i stan cywilny chorych.

	Nieżonatych i nie- zamężnych		Żonatych i zamęż- nych		Wdowców i wdów		Rozwiedzionych		Stan cywilny nie- wiadomy		Razem	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Do 15 lat	17 (1)	13 (4)	—	—	—	—	—	—	—	—	17 (1)	13 (4)
16—20	105 (4)	107 (4)	2	8	—	—	—	—	—	1	107 (4)	116 (4)
21—25	154 (10)	96 (3)	6	46	—	—	—	—	2	2	162 (12)	144 (3)
26—30	220 (10)	103 (2)	66 (1)	88 (3)	3 (1)	6 (1)	3	2	7 (1)	3	299 (13)	202 (6)
31—35	123 (4)	66 (5)	100 (5)	108 (3)	4 (2)	8	—	6	3	1	230 (11)	189 (—)
36—40	88 (2)	50 (3)	152 (3)	72	6 (3)	12	1	3	6	9	253 (8)	146 (—)
41—45	46 (1)	24 (3)	86 (3)	70 (1)	7 (1)	13	—	1	3	—	142 (5)	108 (1)
46—50	22	24	71 (5)	43 (1)	6 (1)	23 (1)	1	2	4	5	104 (5)	97 (2)
51—55	13	22	35 (1)	31 (1)	9	13	—	—	—	2	57 (1)	68 (1)
56—60	7	10	20 (1)	14	2	12	—	—	3	—	32 (1)	36 (1)
61—65	3	2	10	6	2	9	—	—	—	1	15	18
66—70	1	3	5	2 (1)	2	9	—	—	—	—	8	14 (1)
71 i więcej	1	1	2	1	4	3	—	—	1	—	8	5
Razem	800 (32)	521 (13)	555 (21)	489 (7)	45 (7)	108 (2)	5	14	29 (1)	24	1434 (61)	1156 (22)

TABLICA VI.

Narodowość i stan cywilny chorych.

Narodowości:	Nieżonaty i nie- zameężnych		Żonaty i żameęż- nych		Wdowców i wdów		Rozwiedzionych		Stan cywilny nie- wiadomy		R A Z E M	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Polskiej . . .	561 (27)	383 (10)	389 (17)	328 (4)	36 (4)	77 (2)	1	2	21 (1)	20	1008 (49)	810 (16)
Rosyjskiej . . .	108 (2)	60 (1)	78 (1)	73 (1)	7 (1)	13	2	2	2	—	197 (4)	148 (2)
Żydowskiej . .	90 (2)	50	57 (1)	57 (2)	(1)	9	2	10	4	2	153 (4)	128 (2)
Niemieckiej . .	30 (1)	17	27 (1)	25	2 (1)	7	—	—	1	—	60 (3)	49 (—)
Litewskiej . .	10	3 (2)	1 (1)	4	—	2	—	—	—	1	11 (1)	10 (2)
Innych	1	8	3	2	—	—	—	—	—	1	5	11
Razem . .	800 (32)	521 (13)	555 (21)	489 (7)	40 (7)	108 (2)	5	14	29 (1)	24	1434 (61)	1156 (22)

TABLICA VII.

Wyznanie chorych i postaci kliniczne.

	W y z n a n i a												R A Z E M	
	Katolickiego		Prawosławne- go		Mojżeszowe- go		Ewangelic- kiego		Mahometan- skiego		Niewiadome- go			
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Melancholia . . .	33	32	5	6	4	13	1	1	—	—	—	—	43	52
Mania	18	20	3	—	9	12	1	1	—	—	—	—	31	33
Paranoia acuta . .	160	196	27	40	31	30	14	20	1	—	—	—	233	286
Psych. hysterica .	7	29	—	18	1	7	2	—	—	—	—	—	10	54
Ps. neurasthenica	8	1	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	15	1
Ps. traumatica . .	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1
Paranoia chronica	90	66	28	16	7	9	11	9	1	—	—	1	137	101
Ps. periodica . . .	21	22	2	6	5	6	3	—	—	—	—	—	31	34
Ps. circularis . . .	1	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	5
Alcoholismus . . .	12	3	15	3	—	—	1	—	—	—	—	—	28	6
Dementia secund.	196	259	34	40	37	32	20	24	—	—	—	1	287	356
Paralysis progr.	238	36	64	8	37	3	29	1	—	—	—	—	368	48
Dementia ex laes. cerebri organ.	22	10	4	3	—	1	1	—	—	—	—	1	27	15
Dementia senilis	21	27	6	7	2	3	1	1	—	1	—	—	30	39
Epilep. et psych. epileptica . . .	52	41	4	4	1	1	5	3	—	—	—	—	62	49
Idiotismus cum epilepsia . . .	5	10	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	6	12
Idiotismus . . .	10	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	8
Imbecillitas . . .	62	25	1	4	7	4	5	—	—	—	1	—	76	33
Moral insanity	4	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4
Hebephrenia . . .	4	4	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	7	5
Przypadki wyjąt- kowe	13	9	7	4	—	1	—	—	—	—	—	—	20	14
Umysłowo zdrowi	48	19	4	2	5	1	4	—	—	—	—	—	61	22
Razem	1029	822	213	166	150	125	100	61	2	1	1	3	1495	1178
Razem umysłowo chorych	981	803	209	164	145	124	96	61	2	1	1	3	1434	1156

TABLICA VIII-a i VIII-b

Zatrudnienie ehorych mężczyzn
i kobiet.

T A B L

ZATRUDNIENIE CHO

	Włóscianie	Rzemieślnicy	Urzednicy państwowi	Handlujący (kupcy, subiekci i pośrednicy handlowi)	Nie mający określonego zajęcia i młodzież przy rodzinach	Studenti i uczniowie różnych zakładów	Urzednicy i oficjal. kolejowi (maszyniści, konduktorzy)	Wyrobnicy (surman, kucharze, robotnicy kolejowi, lokale, straż, pocztownicy i t. d.)	Oficerowie	Kanceliści, dyktarysze, woźni władz rządowych	Koloniści, ogrodnicy, rzadcy, ekonomi i t. d.	Nauczyciele	Obywatele ziemscy
Melancholia	13	7	1	—	2	—	—	1	—	2	3	3	1
Mania	2	5	2	7	—	3	2	2	—	—	—	2	1
Paranoia acuta	65	26	12	20	14	18	4	13	—	14	7	7	1
Ps. hysterica	1	1	—	1	—	—	1	1	—	—	2	1	—
Ps. neurasthenica	—	—	3	1	2	2	—	2	1	—	1	1	—
Ps. traumatica	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus	2	2	6	2	—	1	1	—	3	2	2	1	1
Dementia secundaria	87	33	12	18	19	17	5	12	8	15	10	6	11
Paranoia chronica	23	15	15	7	2	7	6	2	8	4	4	13	5
Psych. periodica	3	3	2	4	2	2	—	3	—	3	—	1	2
Psych. circularis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Paralysis progressiva	25	35	64	47	8	1	38	8	18	4	9	9	15
Dementia e laesione cerebri organica	12	2	2	1	—	3	1	2	2	—	—	—	—
Dementia senilis	9	4	2	1	—	—	2	—	2	—	2	1	2
Epilepsia et psych. epileptica	30	3	2	—	8	3	1	6	2	—	3	—	2
Idiotismus cum epilepsia	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	6	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	46	5	—	1	19	1	—	3	—	—	—	—	1
Moral Insanity	1	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—
Hebephrenia	1	—	—	—	1	3	—	—	—	1	—	—	—
Przypadki wyjątkowe	4	3	2	—	—	1	1	2	3	1	—	—	1
RAZEM	333	144	125	110	85	62	63	58	47	46	43	46	43
W stosunku do ogólnej liczby chorych danej profesji, przypadków													
% ostrych	25,52	28,47	20,00	23,18	21,17	40,32	15,87	32,76	12,76	41,31	34,88	32,61	11,03
% przewlekłych wraz z demen. sen.	33,95	35,42	24,00	26,36	27,06	41,93	17,47	32,76	36,17	47,83	32,56	45,65	41,86
% porażen organicznych	13,81	28,47	54,40	44,55	3,53	6,45	65,08	17,24	46,81	8,69	25,58	21,74	39,53
% wrodzonych i innych	26,71	7,64	1,60	0,91	48,23	11,30	1,58	17,24	4,26	2,17	6,98	—	6,98
% w stosunku do ogólnej liczby chorych	23,46	10,04	8,65	7,67	5,93	4,32	4,33	4,04	3,28	3,21	3,00	3,21	3,00
Umysłowo zdrowych	30	8	2	—	2	2	2	3	—	1	2	1	—

RYCH MĘŻCZYZN

Fabrykanci, przemysłowcy, technicy, chemicy, inżynierowie, architekci.	Robotnicy fabryczni	Duchowni różnych wyznań	Urzędnicy i oficjaliści instytucji prywatnych	Lekarze	Policyjanci, żandarmi, żołnierze	Adwokaci, obrońcy prywatni, rejenci	Buchalterzy	Farmaceuci	Telegrafici	Obywatele mający i kapitał	Felezerzy	Literaci i reporterzy	Weterynarze	Artyści	Razem przypadków			
															uleczalnych	przewlekłych	organicznego porażenia	wrodzonych i innych
1 1 3 1 1 1 3 5 2 — 18 — 1 1 — — — 1 1	1 — 7 — 2 — — 10 3 — 5 — — — — — — — — —	3 — 7 — — — — 4 — — — — — — — — — — — —	1 1 4 — — — — 2 — — — — — — — — — — — —	1 1 — 1 — — — 2 1 — — — — — — — — — — —	2 — 4 — — — — 3 — — — — — — — — — — — —	— 1 1 — — — — — — — — — — — — — — — — — —	1 1 3 1 — — — 2 — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — 2 — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — 2 — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — 2 — — — — — — — — — — — — — —	— —	— — — — — — — 1 — — — — — — — — — — — — — — —	— —	— —	— 43 31 233 10 15 4 28 — — — — — — — — — — — — —	— —	— —	— —
40	29	23	22	23	20	18	18	12	8	6	5	2	2	1	375	460	425	174
22,50	34,48	47,82	26,27	17,39	40,00	1666	33'34	—	25,00	—	20,00	50,00	—	—	—	—	—	—
25,00	44,82	39,13	27,27	21,74	20,00	—	38,88	33,34	25,00	63,66	20,00	—	50,00	—	—	—	—	—
47,50	17,25	13,05	45,46	60,87	40,00	83,34	27,78	66,66	50,00	33,34	50,00	50,00	50,00	100,00	—	—	—	—
5,00	3,45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2,76	2,02	1,60	1,53	1,60	1,39	1,25	1,25	0,83	0,55	0,42	0,34	0,13	0,13	0,06	—	—	—	—
—	4	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

T A B L

Z A T R U D N I E N I E

	Nieokreślone, przy rodzinie i t. d.	Włościanki	Służące (pokojówki, kucharki)	Nauczycielki	Szwaczki, kwiaciarki	Wyrobnice, zwrotniczki, arciarki, handlarzki młeczne	Robotnice fabryczne i sklepowe	Prostytutki	Bony, dozoreczynie dzieci i chorych	Zakonnice	Praczkі	Uczennice	Żebraczki	
Melancholia	9	9	3	3	5	2	—	—	—	—	—	1	—	
Mania	2	5	3	1	—	3	1	1	1	—	—	1	—	
Paranoia acuta	48	53	23	16	11	5	7	1	2	—	3	2	—	
Ps. hysterica	14	—	4	4	1	2	1	1	3	—	—	1	—	
Ps. neurasthenica	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ps. traumatica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Alcoholismus	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
Dementia secundaria	83	71	17	22	16	10	9	3	1	5	—	—	1	
Paranoia chronica	18	7	4	8	7	3	2	2	7	1	2	—	—	
Psych. periodica	8	4	—	3	—	2	—	—	—	—	1	—	—	
Psych. circularis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	
Paralysis progressiva	3	3	3	—	2	3	—	1	—	—	—	—	—	
Dementia e laesione cerebri organica	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Dementia senilis	1	4	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	3	
Epilepsia et psych. epileptica	9	13	8	3	—	1	—	2	2	—	—	—	1	
Idiotismus cum epilepsia	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Idiotismus	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Imbecillitas	11	10	3	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	
Moral insanity	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Hebephrenia	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Przypadki wyjątkowe	2	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
RAZEM	226	194	72	66	43	33	21	16	16	7	6	5	6	
W stosunku do ogólnej liczby chorych danej profesji, przypadków.	% ostrych	32,30	35,56	47,22	39,39	39,45	39,39	42,86	25,00	37,50	—	50,00	100,00	—
% przewlekłych wraz z demen. sen.	48,67	42,27	29,17	50,00	53,47	45,46	52,38	37,50	50,00	100,00	50,00	—	16,67	—
% porażen organicznych	3,55	4,64	6,94	6,06	4,66	12,12	—	6,25	—	—	—	—	66,66	—
% wrodzonych i innych	15,48	17,53	16,67	4,55	2,33	3,03	4,76	31,25	12,50	—	—	—	16,67	—
% w stosunku do ogólnej liczby chorych	19,55	16,86	6,23	5,71	3,72	2,85	1,80	1,38	1,38	0,60	0,52	0,43	0,52	—
Umysłowo zdrowych	—	9	5	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—

CHORYCH KOBIET.

Nauczycielki muzyki; muzy- kantki	Akuszerki, felerkeri	Telegrafistki i urzędniczki	Aktorci, baletnice	Lekarka	GOSPODARSTWO DOMOWE									Razem przypad- ków			
					Żony urzędników, lekarzy, ad- wokatów, inżynierów, nauczy- cieli, literatów i t. d.	Żony rzemieślników maszyni- stów, oficjalistów prywatnych, kondukt., handlarzy, faktorów	Żony wyrobników, stróżów, lo- katorów, woznic, robotników fabryczn., drobnych handlarzy	Żony kupców i przed- siębiorców	Żony oficerów	Żony obywateli ziem- skich; obywatelki	Żony kapitaistów, właścicieli domów, fabrykantów; kapita- listki	Żony ekonomów, og- rodników, kolonist.	Żony duchownych	uleczalnych	przewlekłych	porażenia organicznego	wrodzonych i innych
—	—	—	—	—	1	8	3	6	1	1	—	—	—	52	—	—	—
1	1	1	—	—	3	3	1	5	2	2	—	—	—	33	—	—	—
—	—	—	—	—	20	26	24	11	5	7	—	—	—	286	—	—	—
—	—	—	—	—	13	4	—	—	4	—	—	—	—	54	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—
2	1	—	1	—	26	36	18	9	7	6	8	3	1	—	356	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	1	13	6	3	4	5	2	5	—	—	—	101	—	—
—	—	—	—	—	1	5	2	4	2	2	—	—	—	—	34	—	—
—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—
—	—	—	—	—	8	12	8	2	2	—	—	1	—	—	—	48	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—	2	—	—	—	15	—
—	—	—	—	—	10	6	1	—	3	1	4	—	—	—	—	39	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	2	3	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	49
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	33
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
1	—	—	—	—	3	—	1	1	—	—	1	—	—	7	2	5	5
4	3	2	3	1	115	113	66	44	33	22	24	9	6	440	498	107	111
75,00	33,33	100,00	—	—	41,74	36,28	43,94	52,27	36,36	45,45	29,17	33,33	66,66				
25,00	33,33	—	66,66	100,00	35,65	42,48	34,85	40,91	42,43	45,45	54,16	33,33	16,67				
—	33,33	—	33,34	—	19,13	15,93	16,67	4,54	21,21	4,55	16,67	33,33	—				
—	—	—	—	—	3,48	5,31	4,54	2,28	—	4,55	—	—	16,67				
0,34	0,25	0,18	0,25	0,08	9,94	9,77	5,71	3,30	2,85	1,90	2,07	0,78	0,52				
—	—	—	—	—	2	2	—	—	1	—	—	—	—				

T A B L
P R Z Y C Z Y N Y

	Nieznane		Obciążenie dzie- dziczne		Wzruszenia		Zawód sercowy		Przestrach		Przymiot		Abusus in Baccho		Znużenie		Masturbatio	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Melancholia	15	17	8	16	17	13	—	2	—	2	6	1	1	1	1	4	1	—
Mania	5	15	9	9	9	10	—	1	1	—	1	—	6	—	5	2	2	3
Paranoia acuta	57	82	71	88	56	80	5	13	5	8	11	3	24	4	21	14	13	6
Ps. hysterica	1	17	3	17	2	9	1	1	—	—	1	3	1	2	2	—	4	8
Ps. neurasthenica	2	—	6	—	4	1	—	—	1	—	3	—	4	—	2	1	6	—
Ps. traumatica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus, trans. al- koh., ps. polyneuritica	—	—	15	3	2	1	—	—	—	—	2	—	32	6	—	1	2	—
Dementia secundaria	135	167	51	90	31	60	7	16	2	10	15	5	19	8	8	4	43	22
Paranoia chronica	49	42	43	37	17	20	2	3	—	3	13	5	22	3	10	6	9	4
Psych. periodica	11	12	14	12	3	9	—	—	—	3	4	—	5	1	5	2	1	1
Psych. circularis	—	1	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—
Paralysis progressiva	40	17	97	13	91	13	—	1	1	—	146 37? 1her.	11 5? 2her.	95	5	96	3	6	—
Dementia e laesione ce- rebri organica	8	4	4	2	1	4	—	—	—	—	5 3	—	3	4	1	1	—	—
Dementia senilis	18	16	3	12	3	12	—	1	—	—	—	—	1	5	—	2	—	—
Epilepsia et psych. epi- leptica	31	30	18	8	—	2	—	—	2	5	2	—	3	—	—	—	2	4
Idiotismus cum epilepsia	5	9	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	11	6	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	54	15	15	13	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	2	—
Moral insanity	5	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hebephrenia	2	2	3	4	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1
Stupor Katatonia	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ideje natrętne	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psych. constitutionalis et ps. sexualis	3	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Ps. uraemica Eclampsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morfismus	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bez diagnozy Agonisans	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Leptomeningitis acuta	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Delirium ex septicaemia (peritonit)	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
RAZEM	454	460	366	334	237	236	15	38	12	32	214 37 1	33 5 2	224	32	153	40	93	49

Pamiętnik T. Lek.

TABLICA X.

Czynniki etyologiczne i stan cywilny chorych.

Czynniki	Nieznani i niezamężni		Żona i zamężni		Wdowcy i wdowy		Rozwiedzeni		Stan cywilny niewiadomy		RAZEM	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Nieznane . . .	279	223	132	151	16	56	—	7	27	25	454	460
Obarczenie dziecięce . . .	223	166	134	140	4	22	4	6	1	—	366	334
Wzruszenie . . .	84	75	137	120	12	37	3	3	1	1	237	236
Zawód sercowy . . .	15	37	—	1	—	—	—	—	—	—	15	38
Przestrach . . .	11	14	1	18	—	—	—	—	—	—	12	32
Przypadek . . .	95	11	110	18	7	4	2	—	—	—	214	33
Przypadek . . .	112	1 her	267	37	—	27	—	—	—	—	37	5
Abusus in Baccho . . .	98	9	113	21	9	2	2	—	—	—	1	2
Znużenie . . .	77	27	74	7	2	5	—	1	2	—	224	32
Masturbatio . . .	89	42	4	6	—	—	—	1	—	—	153	40
Abusus in Venere . . .	29	5	29	1	2	—	—	—	—	—	93	49
Urazy głowy i ciąża . . .	51	16	56	12	6	—	1	—	—	—	61	6
Tyfus . . .	17	15	9	8	3	—	1	—	1	—	114	28
Nędza . . .	5	5	6	6	—	—	—	—	—	—	30	23
Wyczerpanie skutkiem chorób . . .	5	2	2	4	—	5	—	—	—	—	11	11
Meningitis . . .	6	10	5	—	—	—	—	—	—	—	7	11
Haemorrhagia cerebri . . .	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	11	10
Tabes . . .	4	—	8	—	2	—	—	—	—	—	5	2
Wyczerpanie skutkiem porodu . . .	—	6	—	94	—	2	—	1	—	—	14	—
Graviditas . . .	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	103
Abortus . . .	—	1	—	5	—	1	—	—	—	—	—	3
Karmienie . . .	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	7
Climacterium . . .	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	7
Choroby gorączkowe zakaźne . . .	6	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Morfinismus . . .	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	2
Cocainismus . . .	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2
Insolatio . . .	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Wysoka temperat. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1
Uraemia . . .	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Inne . . .	3	3	2	2	—	2	—	—	—	—	5	—

TABLICA XI.

Czynniki etyologiczne i narodowość chorych.

Narodowości:	Polskiej		Rosyjskiej		Żydowskiej		Niemieckiej		Litewskiej		Innych	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Czynniki												
Nieznane	342	332	42	50	48	46	16	20	3	5	3	7
Obarczenie dzie- dziczne	253	220	43	53	44	42	21	18	4	—	1	1
Wzruszenia . . .	156	155	34	34	35	29	10	13	1	4	1	1
Zawód sercowy .	8	27	3	5	2	6	2	—	—	—	—	—
Przestrach . . .	5	20	1	3	5	8	1	1	—	—	—	—
Przymiot	144	20	49	10	11	2	8	—	2	—	—	1
	24?	4?	10?	1?	2?	1 her	—	—	1?	—	—	—
Abusus in Baccho	1 her	142	26	62	6	7	—	11	—	1	—	—
Znużenie	105	25	23	10	19	3	5	2	1	—	—	—
Masturbatio . . .	58	32	11	10	20	6	4	1	—	—	—	—
Abusus in Venere	41	4	8	2	7	—	3	—	—	—	1	—
Urazy głowy i cia- ła	93	18	11	6	4	3	3	—	2	1	1	—
Tyfus	23	16	4	3	1	1	1	2	1	—	—	1
Nędza	11	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Wyczerpanie sku- tkiem chorób . .	5	5	1	5	1	1	—	—	—	—	—	—
Meningitis . . .	8	7	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—
Haemorrhagia ce- rebri	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tabes	11	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Wyczerpanie sku- tkiem porodu . .	—	68	—	14	—	15	—	5	—	1	—	—
Graviditas . . .	—	4	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—
Abortus	—	4	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—
Karmienie	—	4	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—
Climacterium . .	—	5	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—
Choroby gorącz- kowe zakaźne . .	8	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Morfinismus . . .	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocainismus . . .	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Insolatio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Wysoka temperat.	2	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Uraemia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Inne	4	1	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—

Czynniki etyologiczne i zatrudnienie mężczyzn.

	Nieznane	Obarczenie dzie- dziczne	Wzruszenia Zawód sercowy Przestrach	Przymiot	Abusus in Baccho	Znużenie	Masturbatio Abu- sus in Venere	Urazy głowy i cia- ła	T y f u s	Wszystkie inne czynności	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Włościanie . .	186 55,85	56 16,8	44 13,2	4 7?	3,3	23 6,9	3 0,9	10 3,0	35 10,5	9 2,7	10 3,0
Rzemieślnicy .	44 30,5	31 21,5	34 23,6	12 3?	10,4	24 16,6	3 1,1	14 9,7	17 1,2	5 3,4	8 5,5
Urzednicy pań- stwowi	20 16,0	36 28,8	30 24,0	48 5?	43,2	30 24,0	32 25,6	13 10,4	4 3,2	3 2,4	8 6,4
Handlujący . .	24 2,2	30 27,3	37 33,6	16 1h	17,3	18 16,3	12 10,9	11 10,0	6 5,4	—	4 3,6
Niemaj. określ. zajęcia	46 54,1	23 27,1	7 8,2	3	—	6 7,1	1 1,2	18 21,2	4 4,7	—	2 2,3
Studenci i uc- zniowie	9 14,5	26 41,9	13 20,9	6 1?	11,3	4 6,4	11 17,7	17 27,4	2 3,2	—	5 8,1
Urzednicy i ofi- cjaliści kolej.	5 8,0	22 34,9	9 14,3	22 4?	41,6	4 6,3	11 17,4	17 26,9	11 17,4	—	5 8,0
Wyrobniicy . .	25 43,1	12 20,8	5 8,6	1 2?	5,2	9 15,5	3 5,2	5 8,6	3 5,2	1 1,7	4 6,9
Officerowie . .	9 19,1	10 21,3	4 8,5	20 2?	46,9	16 31,9	2 4,3	4 8,5	5 10,8	1 2,1	4 8,5
Kanceliści . .	10 21,7	9 19,3	9 19,3	7 1?	15,2	9 19,3	6 13,0	7 15,2	—	1 2,1	2 4,3
Kolon., ogrodn., rządcy i t. d. .	8 18,6	15 34,8	6 14,0	5 1?	14,0	8 18,6	2 4,6	6 14,0	3 7,0	—	3 7,0
Nauczyciele . .	9 19,3	12 26,1	16 34,8	10 1?	21,7	12 26,1	8 17,4	5 10,8	—	—	—
Obywatele ziemscy	9 20,9	16 37,2	7 16,3	11 1?	27,9	5 11,6	6 14,1	7 16,3	4 9,3	1 2,3	4 9,3
Fabrykanci, przemysłowcy i technicy . . .	9 22,5	10 25,0	8 20,0	8 3?	27,5	6 15,0	9 22,5	7 17,5	4 10,0	1 2,5	3 7,5
Robotnicy fa- bryczni	13 45,0	2 7,0	2 7,0	—	—	3 10,3	—	2 7,0	9 31,0	2 7,0	3 10,3
Duchowni . . .	6 26,1	7 30,5	4 17,4	—	—	6 26,1	2	—	1 4,3	—	1 4,3
Urzednicy in- stytucji pryw. Lekarze	6 27,3	6 27,3	3 13,7	4 10	18,2	2 9,1	3 13,7	2 9,1	1 4,5	—	1 4,5
Poliejanci i t.p.	1 4,3	8 34,8	2 8,7	10 6	43,5	3 13,0	8 34,8	3 13,0	2 8,7	2 8,7	4 17,4
Adwokaci, re- jenci	9 45,0	3 15,0	5 25,0	6 1?	35,0	7 35,0	5 25,0	—	1 5,0	1 5,0	—
Buchalterzy . .	1	6	5	11 1?	—	7	6	6	—	1	1
Farmaceuty . .	1	11	5	6 1?	—	3	5	3	1	1	—
Telegrafisci . .	—	6	4	4	—	3	3	1	—	—	1
Obywatele miejscy	1	2	2	—	—	—	3	2	—	—	1
Felczery i we- terynarze . . .	—	4	2	1	—	3	1	2	—	1	—
Literaci	3	2	—	1 2?	—	2	1	—	1	—	—
Artyści	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—

TABLICA XII-b.

Czynniki etyologiczne i zatrudnienie kobiet.

	Nieznane	Obciążenie dzie- dziczne	Wzruszenia Zawód sercowy Prześciach	Przynie- miot	Abusus in Baccho	Zaużęcie	Abusus in Venere	Urazy głowy i cia- ła	Ty f u s	Inan. ex partibus Portus. Abortus. Gravidit.	Wszystkie inne czynniki
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Włościanki . . .	111 57,2	26 13,4	37 19,1	3 1,5	3 1,5	1 0,5	1 0,5	8 4,1	2 1,1	27 13,9	5 2,6
Zony rzemieś- ników . . .	36 31,8	29 25,7	42 37,1	3 1?	3 3,5	5 4,4	—	—	1 0,9	23 20,3	5 4,4
Zony urzęd- ników, lekarzy, nauczycieli . .	39 33,9	48 41,7	34 29,6	4 1h	4 3,3	6 5,2	4 3,5	2 1,7	2 1,7	1 0,9	4 3,5
Zony kupców i t. p.	10 22,7	19 43,2	14 31,8	1? 2,3	—	—	—	2 4,5	—	—	6 13,6
Nie mające o- kreślonego za- jęcia	85 37,7	85 37,7	59 26,1	1h 0,4	—	—	4 1,7	27 11,9	6 2,6	8 3,5	3 1,3
Uczennice . . .	3 —	2 —	—	—	—	—	—	—	—	—	10 4,4
Zony wyrobni- ków	28 42,4	11 16,6	15 22,7	—	2 3,1	2 3,1	—	5 7,6	2 3,1	16 24,2	—
Wyrobnice . .	16 45,4	12 36,3	8 24,2	5 1?	5 18,1	2 6,1	1 3,1	—	13 3,1	1 3,1	2 6,1
Zony oficerów .	9 27,2	11 33,3	9 27,2	6 18,1	3 9,1	—	—	1 3,1	13 3,1	—	5 15,1
Służące	54 75,0	9 12,5	9 12,5	1 1?	2,8	3 4,2	1 1,4	2 2,8	2 2,8	1 1,4	5 7,0
Zony ekono- mów, ogrodn- ków	1 —	3 —	2 —	—	—	—	—	—	—	4 —	1 —
Nauczycielki .	14 21,2	20 30,3	27 40,9	—	—	2 3,1	17 25,7	7 10,6	—	1 1,5	—
Zony obywatel- li ziemskich .	7 31,8	6 27,2	4 18,1	—	—	1 4,5	1 4,5	—	—	—	2 9,0
Nauczycielki muzyki, muzy- kantki	1 —	2 —	1 —	—	—	—	—	3 —	—	—	1 —
Robotnice fa- bryczne . . .	10 47,6	4 19,1	4 19,1	—	—	—	1 4,7	—	1 4,7	3 14,3	3 14,3
Zakonnice . .	1 —	3 —	1 —	—	—	—	1 —	—	1 —	—	—
Bony, dozor- czyńie chorych i dzieci	7 —	4 —	7 —	1 —	—	—	1 —	3 —	—	—	—
Lekarka	1 —	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Prostytutki . .	5 —	3 —	1 —	4 37,5	4 25,0	1 —	2 —	—	—	—	—
Szwaczki, kwia- ciarki	9 20,9	13 30,2	16 37,2	3 1?	7,0	1 2,3	3 7,0	3 7,0	—	2 4,6	4 9,3
Pracznice . . .	1 —	4 —	3 —	—	—	—	1 —	—	—	2 —	—
Żebraczki . . .	5 —	1 —	—	—	—	—	—	1 —	—	—	1 —
Telegrafistki i urzędniczki .	—	—	1 —	—	—	—	1 —	—	—	—	—
Zony obywateli miejskich i t.p.	5 20,8	13 54,2	10 41,7	1 4,2	—	—	—	—	—	2 8,3	4 16,6
Akuszarki, fel- czerki	2 —	—	1 —	—	—	—	—	—	—	—	—
Zony duchow- nych	1 —	4 —	1 —	1 —	—	—	—	—	—	2 —	—
Aktorki, balet- nice	—	2 —	—	1 —	—	—	—	1 —	—	—	—

T A B L
L I C Z B Y D N I

	1891/2		1893		1894		1895		1896	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Melancholia	1235	1595	631	2128	862	1241	1049	2182	1458	1368
Mania	579	200	875	508	286	1223	965	990	539	1076
Paranoia acuta	2839	4354	5336	4714	4752	3917	4924	7790	6168	7192
Ps. hysterica	462	473	349	721	336	1438	1526	891	1300	1233
Ps. neurasthenica	190	—	368	—	27	—	289	—	262	—
Ps. traumatica	—	—	—	—	—	—	60	—	—	—
Paranoia chronica	6085	6288	9210	6413	8918	7627	8952	7783	8688	7632
Psych. periodica	1274	829	1085	1274	1874	1996	3037	1724	2788	2348
Psych. circularis	182	1199	166	730	—	706	—	365	—	645
Alcoholismus	196	—	337	—	328	203	593	96	537	67
Dementia secundaria	27556	61243	37416	59132	38691	60972	45524	62071	46986	61756
Paralysis progressiva	10885	2800	10113	2804	9110	1303	10459	1471	10108	1675
Dementia e laesione cerebri organica	433	391	1240	332	1286	451	2174	509	2336	448
Dementia senilis	258	1215	78	248	857	64	445	900	1070	919
Epilepsia et psych. epileptica	5341	5383	6179	5656	6182	7224	7071	7066	7070	6453
Idiotismus cum epilepsia	429	1223	599	1850	435	2771	365	2557	365	1355
Idiotismus	1540	2217	2003	1925	2117	2190	1608	2190	1356	2190
Imbecillitas	3066	1761	5613	2207	5100	2073	6162	2599	6028	3032
Moral insanity	173	451	2	365	—	470	30	365	660	365
Hebephrenia	376	730	1062	730	729	730	720	730	730	730
Przypadki wyjątkowe	73	—	771	—	308	77	1010	149	1810	153
RAZEM	63127	92352	83543	91737	82198	96676	96983	102428	100266	100637
Prócz tego umysłowo zdrowi	877	63	924	537	1158	82	1332	51	558	465
Przeciętna liczba chorych dziennie	175	234	232	253	229	265	270	281	276	276
Przebyli w szpitalu:										
Uleczeni	1677	1998	3004	2441	2836	1149	2957	3405	6128	2744
Wypisani z polepszeniem	3258	1734	2831	1054	2566	2628	1909	1527	2124	2479
Wypisani bez polepszenia	3503	4423	5926	4953	7452	2505	8310	7061	6128	3037
Zmarli	4048	1947	5958	2201	5507	2092	5082	1942	2019	2209

1897		1898		1899		1900		1901		Razem w ciągu 1892 – 1901	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
808	1680	1202	1647	1486	1474	1544	1168	2356	681	12691	15164
231	1265	—	422	224	1421	560	1675	919	1108	5178	9888
6917	6088	5226	3042	3794	6573	5464	8192	8223	8030	53693	59894
730	2043	137	3336	—	3953	—	3385	376	2143	5236	19616
561	—	190	38	570	43	365	110	335	158	3157	349
23	—	106	—	—	—	174	137	405	195	768	332
9393	8056	9686	7898	10232	7774	13019	8620	14894	10966	99077	79057
2695	3005	2860	3597	2833	3772	2864	3571	2882	4120	24192	26146
—	416	—	217	—	—	—	604	—	413	448	5295
268	12	329	178	365	28	768	—	1259	—	4980	584
50935	62166	48610	65584	49021	74000	53715	76764	56119	80789	454573	664437
11606	2094	12037	2391	11617	3780	14355	3998	12828	3770	113119	26086
1871	541	2036	496	1857	448	1345	956	1182	393	15760	4965
1171	1109	1318	1731	1006	2739	2248	2357	2323	1346	10782	12628
7109	6346	6255	6468	7182	7143	7877	6204	7329	5529	67595	63472
183	1095	—	1156	19	1460	—	1524	182	1556	2577	16547
1175	2099	1825	1 96	1825	1460	1853	1460	2217	1460	17519	18887
6992	3144	7042	3321	8560	4349	10148	4392	6869	4505	65580	31383
545	365	563	365	184	497	192	365	—	365	2349	3973
730	815	730	1095	730	1321	1028	1798	1315	1637	8150	10346
1104	—	1313	31	946	12	1246	154	1316	319	9897	895
105047	102289	101465	104619	102451	122249	118766	127434	123329	129523	977226	1069944
1686	387	1781	1184	1184	341	1378	528	1290	327	12148	3339
292	281	283	287	287	336	329	351	341	356	—	—
3238	2117	1920	2128	2128	2408	2495	2894	3091	1834	29474	23110
1996	2032	1627	1887	1887	3868	2039	2886	3926	2525	23963	22124
8274	4183	7664	7829	7829	2687	4469	3039	7880	7133	67435	42775
1579	2392	4735	5603	5603	4220	5938	5250	5620	50 14	46089	28201

T A B L

PRZYCZYNY ŚMIERCI Z UWZGLĘ

	Melancholia		Mania		Paranoia acuta		Ps. hysterica		Ps. neurasthenica		Ps. traumatica		Paranoia chronica		Ps. periodica		Ps. circularis		Alcoholismus	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Tuberculosis . . .	2	2	—	1	7	4	1	3	—	—	—	—	9	6	—	2	—	1	1	—
Pneumonia . . .	1	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Gangraena pulmonum . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oedema pulmonum . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pleuritis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Endocarditis et vitia cordis . . .	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Adynamia cordis . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Gastroenteritis . . .	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dysenteria . . .	1	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
M. Brighti . . .	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cirrhosis hepatis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Septicaemia . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulnera . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmone . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus retropharyngealis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus ventriculi . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carcinomata . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Volvulus ileo, caecalis (peritonitis) . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis purulenta . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia Septo-meningitis ac. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Status epilepticus . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Insultus congest. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haemorrhagia cerebri.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Sclerosis dissem. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
M. Basedowi . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marasmus (Inanitia)	1	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	1	—
Inanitia post insult. epileptoid. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Przypadkowe (Asphyxia etc.) . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gwałtowne (Suspensio) etc. . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
RAZEM	5	2	1	3	17	17	1	3	—	—	—	—	13	13	—	4	—	3	2	2

DNINIEM POSTACI OBŁĄKANIA.

Dementia secundar.		Paralysis progress.		Dementia laes. cerebri org.		Dementia senilis		Psych. epileptica		Idiotismus c. epilepsia		Idiotismus		Imbecillitas		Moral insanity		Hebephrenia		Przypadki wyjątkowe		Umysłowo zdrowi		R A Z E M	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
21	30	2	1	1	1	—	—	5	1	1	—	—	—	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	53	54
1	6	6	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	12	11
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	3	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	
1	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8	
3	9	5	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	12	
2	2	6	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	15	5	
2	1	4	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	8	6	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	3	10	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1+3	—	—	—	—	6
—	—	64	6	—	1	—	—	6	7	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	12	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	64	7	—	
6	6	6	—	2	1	1	1	2	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	12	
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
9	2	81	12	2	3	9	10	2	4	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	109	37	
—	—	17	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	3	
—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	
1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	
57	71	200	26	9	9	11	15	19	15	3	7	1	1	7	3	—	1	1	—	4	8	1	—	352	203

TABLICA XV.
PRZYCZYNY ŚMIERCI.

	1891 i 1892		1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		Razem	
	M	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Tuberculosis	3	3	9	6	8	4	1	6	3	5	2	2	6	3	8	4	5	6	8	15	53	54
Pneumonia	2	1	2	2	3	—	1	1	1	1	1	1	1	2	—	2	—	—	1	1	12	11
Gangraena pulmonum	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oedema pulmonum	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	2
Pleuritis	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Endocarditis et vitia cordis	—	2	2	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	5	7	—
Adynamia cordis	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	1	—	2	2	2	8	—
Gastroenteritis	—	—	—	2	3	5	—	—	1	—	—	1	1	3	2	3	2	—	1	12	12	—
Dysenteria	—	—	1	—	1	—	6	—	1	1	—	—	1	3	1	2	1	1	1	15	5	—
M. Brighti	1	—	1	—	3	3	1	—	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	1	8	6	—
Cirrhosis hepatis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Septicaemia	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	4	3	—
Vulnera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Phlegmone	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
Erysipelas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Furunculosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Abscessus retropharyn- gealis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Ulcus ventriculi	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Carcinomata	1	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—	3	—	1	—	1	—	2	—	1	3	10
Valvulus ileo. coecalis (peritonitis)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Peritonitis purulenta	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
(Eclampsia.) Septome- ningitis ac.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	6
Status epilepticus	1	1	2	1	—	—	2	—	3	1	—	—	1	1	—	1	—	1	1	3	7	12
Insultus congest	8	—	7	—	3	2	9	—	4	—	3	1	5	—	10	—	8	—	7	4	64	7
Haemorrhagia cerebri	3	2	4	2	2	2	1	2	1	1	—	—	1	1	1	—	3	1	1	1	17	12
Sclerosis disseminata	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
M. Basedowi	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Marasmus (Inanitie).	8	1	12	1	8	2	6	—	7	3	4	3	17	2	12	12	13	9	22	4	109	37
Inanitie post insul. con- gestiv.	5	—	2	—	2	1	1	—	—	—	2	—	—	1	1	—	4	1	1	—	18	3
Przypadkowe (Asphyxia etc.).	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	1
Gwałtowne (Suspensio etc.).	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	4	1
R A Z E M	37	11	45	15	35	19	37	14	18	20	15	12	37	15	41	25	43	31	44	41	352	203

OGŁOSZENIA

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) N o w y t e m a t:

1) Zbadać wpływ jaki wywierają zaburzenia czucia (anaesthesia) na powstawanie bezładu ruchowego (ataxia).

b) T e m a t y p o z o s t a w i o n e z p o p r z e d n i e g o k o n k u r s u:

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.

2. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki słuchowe.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1904 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAZUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go Grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu Stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁĄSKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 do dnia 31 marca 1904 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1904 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 346 kop. 63. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 256 kop. 50, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerji, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1903/4 zawakuje sześć stypendyów, każde po Rub. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom, medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości publicznej, że z początkiem roku akademickiego 1903/4 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 225 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września rb. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, prócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer.*

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy, da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Lipca 1903 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej

wychodzi w r. 1903, a 38-ym od założenia Gazety,

według tegoż samego programu, co i dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3 kop. 50,
z przesyłką pocztową i zagranicą rocz. rub. 8, półr. rub. 4

Redaktor odpowiesz.: Dr. Wł. Gajkiewicz (*Marszałkow. 115*)

Wydawca Dr. J. Pruszyński (*Hoża Nr. 50*).

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem
(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

**za rok 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893,
1894, 1895, 1890, 1897, 1898, 1899,
1900, 1901 i 1902.**

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie.).

„GŁOS”

Najtańszy Tygodnik Naukowo-Literacki Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos” zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezje; 3)

„Przegląd Naukowy i Etyczny,”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych, społecznych, wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych-sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone sprawom samokształcenia.

Co miesiąc Dodatek Bezpłatny

W Dodatkach miesięcznych pomieszczone są: 1) Rozprawy, dotyczące Zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenia nowych większych dzieł wybitnej wartości.

Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1. kop 75 miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2 kop. 25.

Adres: Warszawa, Smolna Wysoka, 3.

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

WYDAWNICTWA „GŁOSU”.

Belot i Gide: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.
Ferrero: Czynniki postępu moralnego 30 kop.; *Münsterberg:* Nauka w stosunku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow:* Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop.

Ribot: o wyobraźni twórczej.