

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

Tom CXIII.

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych.

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie, jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką wynosi rocznie M. 8. Prenumerować można w Kancelaryi Towarzystwa, Niecała 7, we wszystkich redakcyach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach.

W A R S Z A W A.

Druk K. Kowalewskiego, Pięka 15.
1917.



SPIS RZECZY,

zawartych w tomie CXIII Pamiętnika Towarzystwa
Lekarskiego Warszawskiego
za rok 1917.

A) Część literacka.

	Str.
P o p i e l W ł o d z i m i e r z. Główka noworodka, jej właściwości i rola podczas porodu	121

B) Część urzędowa.

a) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego.

1) Odczyty i pokazy.

B a c i a K. Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916	76
B a r t k i e w i c z. Badania nad rakiem wargi dolnej	37
B r o n o w s k i S. Przypadek reumatyzmu gruźliczego niekształtniającego (pokaz)	85
C i a g l i Ń s k i A. O współzależności (korelacji) zjawisk i o oznaczaniu jej liczbomem	48
D o b r o w o l s k i Z. Przypadek kilaka gardzieli wskutek syfilisu wrodzonego (pokaz)	60

IV

	Str.
Grzywo-Dąbrowski W. Obecny stan badań nad zmianami anatomo-patologicznymi w durze osutkowym . . .	207
Heimann T. Chirurgia ucha	90
Hewelke O. W sprawie registracji suchotników w Warszawie	68
„ Zwrot w zapatrywaniach na metodę sanatoryjną w walce z suchotami, jako klęską społeczną	95
Higier H. Przypadek zupełnego porażenia połowiczego porazowego ze znieczuleniem stopy typu rdzeniowego, wyleczony na drodze operac. (pokaz)	40
„ Przypadek „ <i>amnésie rétroantérograde</i> ” po urazie głowy (pokaz)	40
„ Z symptomatologii i prognozy rzadszych postaci drętwicy karku	41
„ Przypadek z dziedziny t. zw. częstych drobnych napadów, przypominających padaczkę (pokaz)	175
„ Dwa przypadki uporczywego nerwobólu n. trójdzielnego, wyleczone zapomocą metody Hãrtla (pokaz)	197
Higier H. i Zawadzki A. Przypadek operacyjnie wyleczonego urazowego porażenia poprzecznego kończyn dolnych, powstałego wskutek zwichnięcia i złamania kręgosłupa (pokaz) ,	85
Koelichen J. Napady omdlenia zależne od postawy pionowej	12
Kopczyński St. Przypadek tężyczki (pokaz)	35
Koźniewski T. W sprawie farmakopei polskiej . . .	181
Leśniowski A. W sprawie badania czynnościowego nerka za pomocą fenolsulfoftaleiny	179
Loth E. Pokaz i objaśnienie rzadszych odmian (anomalii) anatomicznych z okresu 1915/17, oraz kilka słów o robieniu i montowaniu preparatów muzealnych . . . , .	176
Mutermilch St. i Grauberg O. Badania porównawcze nad metodą ultramikroskopową i odczynem Wassermann'a w syfilisie	169
Orłowski St. Prądy obiektywizmu w psychologii nowoczesnej	61
Osiński E. Zmiany anatomo-patologiczne w durze brzuszonym oraz wpływ ich na zejście śmiertelne	197
Oszacki. O badaniu sprawności krążenia	30

P a w i ń s k i J. Życiorysy kandydatów na członków honorowych Tow. Lek. Warsz. (J. Bielińskiego, A. Dobrzańskiego, A. Jaworowskiego, K. Karwowskiego, A. Kwaśnickiego, W. Lasockiego, J. Markiewicza, A. Michałowskiego, S. Rybickiego, F. Sommera, A. Stromfelda, W. Szyszło) .	101
P o l a k J. W sprawie walki z dudem plamistym w Warszawie	78
P r ę g o w s k i P. Przyczynek do nauki o objawach chorobowych u osób nerwowych i o skłonności przeczenia i uporze osobników zwyrodniałych	98
R u p p e r t H e n r y k. Przypadek <i>appendicitidis gangraenosae primariae</i> (pokaz wyrostka robaczkowego)	60
R u p p e r t K a z i m i e r z. Pracownie bakteriologiczne na froncie a zwalczanie chorób zakaźnych	66
S k ł o d o w s k i J. Napady omdlenia zależne od postawy pionowej	10
S o k o ł o w s k i A. Atlas śmiertelności z suchot płucnych w m. Warszawie za lat 35 (1878—1912)	47
S o k o ł o w s k i A. Życiorys Kazimierza Chełchowskiego .	6
„ „ Adama Bauerertza	21
„ „ Władysława Biegańskiego	21
„ „ Antoniego Strzyżowskiego	87
„ „ Juliana Majkowskiego	185
„ „ Władysława Świąteckiego	200
„ „ Teodora Heimana	201
„ „ Józefa Brudzińskiego	210
S z o k a l s k i K. W sprawie dyetetyki chorób zakaźnych	173, 177
T u r J. O asymetrii w świecie zwierzęcym	205
W e r n i c L. Choroby weneryczne w czasie wojny i pokoju	72
W i ś n i e w s k i J. Przypadek parcha na szyi (pokaz)	48
Z i e l i ń s k i K. Nowy zabieg leczniczy w tyf. wysypkowym	94
„ O stosowaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w leczeniu duru plamistego	188

2) Sprawy Towarzystwa.

Biblioteka	35, 39, 60, 65, 71, 78, 85, 94, 117, 169, 174, 179, 185, 197, 199, 218
Budżet	204, 215
Komisya rewizyjna	60

VI

	<i>Str.</i>
Komitet Piotrkowski zarządu domem z zapisu Koczorowskiego	90
Konkurs im. Chałubińskiego	65
„ „ Helbicha	181
„ „ Halperna	54, 60
„ „ Knolla	216, 217
„ „ Koczorowskiego	60, 94
„ „ Konitza	179
„ „ Moczutkowskiego	39
Memoryał do Wydziału zaopatrywania m. st. Warszawy . . .	71
Regulaminu zmiany i uzupełnienia	3, 10
Składka członkowska w Towarzystwie	216
Stypendya im. Koczorowskiego	216
Wniosek Z. Kramsztyka, L. Kryńskiego i i. w sprawie § 42 regulaminu i ustanowienia komisji wyborczej	1
Wybory	4, 34
Wykłady przyrodnicze w Towarzystwie	205

Główka noworodka, jej właściwości i rola podczas porodu

NAPISAŁ

Dr. Med. WŁODZIMIERZ POPIEL

Lekarz Naczelny Zakładu

(Praca nagrodzona na Konkursie im. d-ra L. KONITZA w r. 1917).

I.

A. Porody w przypadkach miednie zwężonych.

Akt przejścia dziecka przez kanał porodowy jest wynikiem, jak wiadomo, trzech głównych czynników.

Czynnikami tymi są: 1) siły wydalające, a więc skurcze macicy i tłocznia brzuszna, 2) opór miednicy i części miękkich kanału porodowego oraz 3) wielkość ciała noworodka, a zwłaszcza główki oraz jej osobliwe właściwości.

Jak dotąd, w położnictwie prawie wyłącznie zwracano uwagę tylko na wielkość i kształt miednicy. Dzięki temu dział położnictwa — t. zw. pelikografia — został opracowany bardzo szczegółowo i w każdym podręczniku zajmuje należne mu miejsce, a niekiedy nawet bardzo (a względnie i za bardzo czasem) obszernie jest traktowany. Niezupełnie zgodne są zdania i spostrzeżenia rozmaitych badaczy co do typu miednicy — jej kształtu i wielkości (W. Popiel), aczkolwiek dużo trudu i czasu poświęcono na badanie, dociekanie i mierzenie miednicy. Twór-

czość i pomysłowość specjalistów siliła się i sili na rozmaite wynalazki, mające na celu dokładne określenie wymiarów miednicy i ściśle odtworzenie jej kształtu i wymiarów na papierze (pelveogramy).

Niewątpliwie—cel—dokładne wymierzenie miednicy—bywa przeważnie osiągnięty, jednak rokowanie i postępowanie lekarskie, jeśli chce się jedynie na mierzeniu, choćby najściślej, oprzeć, nie rzadko, a może nawet często na ciężkie próby bywa narażone.

Dobrze znane są w świecie lekarskim przypadki, w których rodząca, po najściślej zbadaniu i zmierzeniu miednicy zakwalifikowana do perforacji lub cięcia cesarskiego, rodziła sama, niekiedy podczas przygotowań do operacji. Poniżej podaję niewielkie zestawienie znanych mi kilku przypadków porodów, ukończonych *viribus naturae*, dzieci donoszonych zdrowych i żywych, wagi nie mniej 3000,0, pomimo że poprzednie porody kończyły się przy pomocy operacji.

Tab. I.

№	Z a k o ń c z e n i e p o r o d u					Conjug. vera
	I-go	II-go	III-go	IV-go	V-go	
1	perforat.	s. caesar.	s. caesar.	sama	sama	7,75
2	sama	perfor.	perfor.	s. caes.	sama	7,50
3	forceps mort.	perfor.	s. caes.	sama	—	7,50
4	praemat. artif.	versio mort.	s. caesar.	praemat. artif.	sama	7,50
5	extrac. mort.	perfor.	perfor.	sama	—	7,75
6	perfor.	forceps	perfor.	sama	—	8,0

St. Dobrowolski cytuje przypadek 3-go porodu (z kliniki Uniw. Jagiellońskiego), gdzie wobec c.d. = 9,5— (a więc c.v. = 7,75—8) — miednicy ogólnościśnionej, płaskiej krzywicznej oraz znacznych naroślach kostnych na

spojeniu i w obu zatokach krzyżowobiodrowych, urodziło się siłami natury dziecko żywe, donoszone, wagi 3070,0, przy obwodzie głowy 34 ctm. Pierwszy poród był sztuczny przedwczesny, a drugi skończył się wymóżdżeniem. Również niezwykle a pouczający przypadek przytacza K o ś m i ń s k i: na pięć porodów—pierwszy i drugi siłami natury, trzeci—kleszcze, czwarty—ruptura uteri, perforatio, piąty—part. praematurus, versio, foetus mortuus.

Sądzę pozatem, że prawie każdy praktyk ma w pamięci podobne przypadki, gdzie wbrew wszelkim przypuszczeniom w przyp. ścieśnionej miednicy rodzi się żywe, zdrowe i normalnie rozwinięte donoszone dziecko. Są to bynajmniej wcale nie rzadkie zjawiska. Z dawniejszych autorów M i c h a e l i s na 72 przypadki ścieśnionej miednicy spostrzegł 51 samodzielnych porodów, a więc 70%, przyczem z rzeczonych 51 rodzących 28 urodziło ł a t w o.

W i n c k e l na 300 zwężonych miednic naliczył 210 porodów samodzielnych—stosunek prawie ten sam.

H. M ü l l e r obliczył, że w przyp. zwężonej miednicy rodzi samodzielnie 56,3% I—parae, 58,3%—II—parae i 61,6% M—parae.

J. F e d o r o w z Warszawskiej Kliniki Położniczej znalazł na 847 rodzących z miednicą zwężoną—489 porodów samodzielnych, a więc prawie 60%. Pomiedzy niemi było 288 z częściowem zwężeniem miednicy i 201 z ogólnie zwężoną miednicą, przyczem i w jednej i w drugiej kategorii znalazły się rodzące *viribus naturae* z *conjugata vera*=8 ctm. Przeciętna waga zrodzonych w tych warunkach żywych i donoszonych dzieci wynosiła:

Tab. II.

Miednica	conj. v.	liczb. dzieci	waga przec.	żywych
Częściowo zwężona	9,0—8,25 8,0—7,5	63 11	3360,0 3106,0	60 10
Ogólnie zwężona	9,0—8,25 8,0—7,5	80 22	3076,0 3280,0	75 22

Wyniki, jak widzimy, wcale pomysłne, a przytem nieoczekiwane.

Podobne dane dostarczają nam również inni autorzy.

Tab. III.

Autor	c. v. w ctm.	% żywych dzieci
Charpentier	8—9	63
Borinsky	6,7—9,5	82,6
Winter		92,5
Weindling		88
Schauta	8,5—9,5	80,8
	7,5—8,5	54
Braun v. C.	8,5 i mniej	92,7
Litzman		70
Krasowski		62,4
Metzler	poniżej 9,5	82,8
Yamasaki		70
Faure Cam.	7,5—8	55
Jung Ph.		80
Dobrowolski St.		56
Lipski K.		71,44
Döderlein		80
Pinard		79

Lehle z kliniki Monachijskiej znalazł, że przy cierpliwem a wyczekującym prowadzeniu porodu 77% główkowych nieciemieniowych położań przebiega siłami natury; a więc nawet w nienormalnem ustawieniu główki, gdzie zupełnie prawidłowa miednica potrafi stawić b. duży opór, możemy mieć zupełnie dobre wyniki.

Szczegółowy podział w odsetkach podał w swej pracy P. Esch dla dzieci zrodzonych siłami natury w przyp. rozmaitych stopni ścieśnionej miednicy.

Tab. IV.

Conj. vera w ctm.	% dzieci donosz. żywych, virib. nat.
10 — 9,6	96,20%
9,5 — 8,6	91,10%
8,5 — 7,6	74,70%
7,5 — 6,5	14,90%

Wszystkie powyższe liczby i wykazy dają dużo do myślenia rozważnemu lekarzowi i mimowoli ostudzają zapał operacyjny, wywołany złem jakoby rokowaniem z powodu niedostatecznych niby wymiarów miednicy.

Rozpatrując dalej spostrzeżenia przytoczonych autorów, mamy jeszcze jeden ciekawy i ważny fakt do odnotowania. Mianowicie w razie znacznych względnie zwężeń miednicy mogą rodzić się, w pewnych naturalnie warunkach, dzieci donoszone, żywe i wcale nie mniejsze od przeciętnych.

Według np. Fedorowa urodziło się na 62 spostrzeżenia 96,8% dzieci żywych samodzielnie.

Tab. V.

Miednica	C. V.	Waga	Dług.	Poprz. duży wym. głów.
Częściowo	8	3100	49,5	8,5
zwężona	7,5	3093	48	8,25
Ogólnie	8	3183	50	8,7
zwężona	7,5	3200	50,2	8,5

Do identycznych prawie wyników doszedł na drugim końcu świata, bo w Japonii—Yamasa ki, który twierdzi, że żywe i donoszone dzieci, urodzone przez ścieśnioną miednicę, nie są bynajmniej mniejsze.— Dalej, cytowany już Lipski stwierdził na ogromnym materiale,

że śmiertelność dzieci, urodzonych siłami natury przez ścięsnioną miednicę, wynosi 8,1% u I—parae oraz 6,7% u II—parae, gdy obrót zapobiegawczy i wysokie kleszcze w tychże warunkach dają 19,8 i 34,1% śmiertelności dzieci!

Zestawienie powyższe, o ile wcale nie przemawia za stosowaniem wymienionych zabiegów, o tyle pozwala, a nawet przemawia za spokojnem wyczekiwaniem samodzielnego przebiegu porodu w wielu bardzo przypadkach ścięsnionej miednicy.

B. Wymiary miednicy nie są jedynie i wyłącznie miarodajne.

Spostrzeżenia i zestawienia powyższe muszą pomimowoli podsuwać myśli, że jednakowoż zwężenie miednicy nie jest bezwzględna i jedyną przeszkodą podczas porodu i nie jest nią zawsze. Odsetka porodów, przebiegających siłami natury z dobrym wynikiem w przyp. miernych zwężeń, jest prawie normalna. Sprzężna prawdziwa, miary 7,5—8,5 ctm., daje 70—75% żywych donoszonych dzieci, a więc wyniki dobre i może lepsze od operacyjnych. Istnieją nawet spostrzeżenia, świadczące o możliwości szczęśliwego przebiegu porodu poniżej tej granicy (14,9%—Esch).

Następnie wiadomo, że dobre względnie wyniki daje obrót zapobiegawczy w przyp. miednicy ścięsnionej, innemi słowy, że można z powodzeniem przeprowadzić normalną główkę przez nienormalną (wąską) miednicę, której c. v. wynosi 8 ctm. (Dobrowolski), a nawet 7,5—7,0 (Sołowij). W tym zabiegu trudno jest, wbrew dawniejszym autorom, uważać główkę za klin, zwrócony podstawą ku górze i przez to ułatwiający poród (Sołowij). Zdaje się, że ważniejszą rolę odgrywają tu inne właściwości główki, a nie jej „klinowaty” kształt, który na niepodatną miednicę wpływu mieć nie może.

Biorąc wszystko, co się rzekło, na uwagę, nie sposób nie zauważyć, że z 3 czynników porodu miednica nie

jest czynnikiem jedynie najważniejszym. Sądzę nawet, że decyzya co do takiego lub innego postępowania, powzięta na podstawie pewnego stopnia zwężenia miednicy, będzie zawsze chwiejna, a nawet nieuzasadniona dostatecznie. Biorąc pod uwagę j e d e n t y l k o z czynników porodowych, świadomie popełniamy znaczny błąd. Zwłaszcza schematyczne dzielenie miednicy na rozmaite kategorie ścieśnienia, bez względu na właściwości główki płodu, pociąga za sobą duże omyłki w rokowaniu, a więc i w postępowaniu. Bezwzględnie należy odrzucić ten punkt wyjścia jako jedyny, zważać należy podczas porodu koniecznie na c a ł k o w i t y p r z e b i e g i m e c h a n i z m d a n e g o p r z y p a d k u, wtedy bowiem określić będzie można wzajemny stosunek główki do miednicy i pewniejsze postawić wnioski.

Wszak brak drugiego czynnika — skurczów macicy, lub ich niedostateczne napięcie i wydajność możemy wzmocnić odpowiednimi środkami leczniczymi, względnie zastąpić mechanicznymi zabiegami (kleszcze, obrót, ekstrakcja). Pozostaje nam więc do rozpatrzenia jeden jeszcze—ostatni czynnik porodu, a tym jest główka płodu, której rozmiary bezwzględnie wpływać mogą i muszą na mechanizm i cały przebieg porodu.

O czynniku tym wiemy bardzo mało — prawie nic. W odnośnem piśmiennictwie polskiem nie znalazłem żadnych w tym względzie wskazówek. Piśmiennictwo obce interesowało się nieco w tym kierunku przed 4 — 5 dziesiątkami lat, poczem wkrótce nastąpiła era (również jak i u nas), którą możnaby nazwać erą miednicy.

Wymiary miednicy stały się jedyną wszechwładną wskazówką dla akuszerów, często przytem bardzo zawodną. O tej jednakowoż ostatniej okoliczności rzadko kto wiedział a jeszcze rzadziej brał ją pod uwagę. Bardzo nieczęsto z poza kulis klinik, oddziałów i zakładów przedzierały się na zewnątrz epizody w rodzaju zebranych na tabl. I-ej.

Drugą połowę wieku XIX można scharakteryzować w położnictwie jako gorączkę wynajdywania rozmaitych typów kleszczy położniczych. Każdy szanujący się aku-

szer obowiązkowo ogłaszał światu nowy typ najlepszych (jakoby) kleszczy, przez siebie wynalezionych.

W ten sam sposób ostatnie lata XIX i początek XX wieku można nazwać epoką mierzenia miednicy—pelikografii. Wszelkie wysiłki akuszerów, zdawało się, są specjalnie skierowane do wynalezienia najrozmaitszych przyrządów celem mierzenia miednicy, rysowania i zdejmowania pelveogramów, jak gdyby tylko dostatecznie obszerne wymiary miednicy miały zapewnić pomyślny przebieg porodu. Jedynie na tych wymiarach opierało się rokowanie, tylko z powodu wymiarów (*caeteris paribus*) przystępowano do operacji. Ze nierzadko w trakcie przygotowania poród kończył się siłami natury,—uważano to za wybryk tejże natury, bo główki płodu przeważnie w rachubę nie brano.

C. Główka, jako czynnik porodu.

Dopiero w ostatnich latach zaczęto zwracać uwagę na zapomnianą i zgoła nawet ignorowaną główkę płodu. Niewiele jednak dotąd mamy prac, tyjących się przybliżonego choćby określenia wielkości główki i jej właściwości. Sposoby, podawane przez P e r r e t a i P. M ü l l e r a, nie znalazły ani potwierdzeń, ani zwolenników. Sposób, podany przez M u n r o K e r r a, a będący kombinacją sposobów M ü l l e r a i P i n a r d a, również nie daje przybliżonego nawet pojęcia o prawdziwej wielkości główki dziecka. Kwestya dalej pozostaje otwartą, a stan rzeczy dotychczasowy da się określić tak: nie można główki płodu zmierzyć — nie trzeba więc o niej myśleć, a rokować należy jedynie na podstawie wymiarów miednicy. Rodzące tymczasem pozostawione same sobie rodzą bardzo często zupełnie pomyślnie wbrew groźnym przepowiedniom, opartym na zmniejszonych wymiarach miednicy.

W podręcznikach nawet najpoważniejszych czytamy zawsze tylko o właściwościach ścieśnionej miednicy i od niej uzależnionym widzimy cały przebieg porodu. Miej-

scami zaledwie i wcale nie często poczęto zastanawiać się poważniej nad tem, że przecież w akcie porodowym bierze udział również i główka płodu i że właśnie ta, nie dająca się wymierzyć, ani scharakteryzować główka, sprawia nieraz bardzo wiele kłopotu w przyp. najnormalniejszej nawet miednicy.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę np. na cały szereg powikłań, jakie wynikają z nieprawidłowych ustawień główki lub z niezwykłego jej kształtu. Dość wskazać na przebieg porodu w przyp. położen wierzchołkowych, czołowych czy twarzyczkowych, gdy wymiar części zstępującej bywa znacznie większy, niż odnośny wymiar w przyp. prawidłowego ustawienia główki. Najzupełniej prawidłowa miednica stawia wtedy opór bardzo znaczny i staje się dla danego przypadku nieprawidłową, za małą. Znaczną zapewne rolę w akcie porodowym odgrywa również plemienne ukształtowanie główki i związana z tem wielkość niektórych jej wymiarów. Pewne wskazówki daje nam w tym kierunku praca J. M a n v i l l e a, który np. twierdzi, że im większy jest wymiar potyliczno-podbródkowy (*dolichocephalia*), tem większe zgięcie główki i tem łatwiejszy jej obrót. Gdy wymiar ten jest mały, wspomniany moment przedłuża się znacznie, pomimo normalnej miednicy. Rzecz prosta, że w tych przypadkach poród dzięki zmienionej wielkości wymiarów idzie inną niż zwykle drogą i może spowodować groźne dla dziecka i matki wyniki.

Poza wymiarami zatem miednicy stoją jeszcze trudne do określenia wymiary główki. Fakt ten, nadzwyczaj ważny w przebiegu porodu, jest tak samo winowajcą nie stosunku główki płodu do miednicy, jak i sama miednica. Innemi słowy: wielkość i właściwości główki płodu pozwalają na pomyślny przebieg porodu nawet w przyp. dużych względnie zwężeń miednicy i odwrotnie — są często przeszkodą w przyp. zupełnie nawet normalnej miednicy.

Wobec przytoczonych faktów pozwolę sobie tutaj poświęcić nieco miejsca na zbadanie, choćby w pewnym stopniu, i określenie tego—X, jakiem dotąd w akcie poro-

dowym jest główka płodu, którą widzimy, określamy i mierzymy zwykle zaraz po porodzie, nie zdając sobie sprawy, że wtedy właśnie mamy do czynienia z główką zdeformowaną i nieraz daleką od rzeczywistego jej kształtu.

Forma i kształt świeżo urodzonej główki często jest tak niezwykły, że zwraca uwagę nawet nielekarskiego otoczenia. Można odrazu zdecydować wtedy, że podlegała ona jakimś czynnikiem, wywierającym bardzo wyraźny wpływ na jej doraźne i niedługotrwałe zresztą ukształtowanie. Fakt ten potwierdza nam stale codzienna obserwacja.

Główka płodu, rozpatrywana jako jeden z trzech głównych czynników porodu, podlega zatem niewątpliwie podczas porodu pewnym przemianom i to nie w jednym kierunku. Może najwidoczniej nieco zmniejszać się in toto przez odpływ krwi i płynu mózgoworodzeniowego (F e h l i n g), może bardzo widocznie zmieniać swój kształt dzięki ruchomym połączeniom kości czaszki—szwom i ciemiączkom. Jedne wymiary ulegają wtedy skróceniu, inne znów wydłużają się znacznie. Dzięki tym właściwościom, główka płodu podczas przejścia przez kanał miednicy „przystosowuje“ się do niego, jak to zwykle mówimy.

Fakty te, doskonale znane z życia codziennego, wcale jednak, albo bardzo mało były rozpatrywane. W każdym razie mamy dane i prawo do przypuszczenia, że przystosowanie główki bywa odmienne dla każdego przypadku i zależy z jednej strony od wielkości główki i rozmiarów miednicy, z drugiej znów od czasu, w jakim dokonywa się konfiguracja. Ogólnie znane są typowe zmiany główki w przypadkach rozmaitego jej ustawienia, powszechnie bowiem wiadomo, że można z wyglądu urodzonej główki określić często jej ustawienie i sposób przejścia przez miednicę.

Pozwolę sobie dalej mniemać, że główka przystosowuje się odmiennie w różnych momentach (fazach) jej drogi porodowej, zależnie od różnych odcinków kanału porodowego, przez jaki w danej chwili przechodzi.

Poza temi jednak ogólnemi — czysto teoretycznemi pojęciami i przypuszczeniami, nie mamy jasnego wyobrażenia, jak mianowicie zmienia się wielkość główki, jakie są jej rzeczywiste przedporodowe wymiary. Nie wiemy również, w jakich granicach ulegają one skróceniu lub wydłużeniu i do jakiego stopnia możemy na te zmiany podczas porodu liczyć.

Wogóle niewiele istnieje prac, dotyczących się t. z. konfiguracji główki i jej wielkości, a i poglądy na te sprawy są bardzo rozmaite (Schroeder, Horwitz). Nieco światła rzuca na tę kwestyę praca Perlisa z Petersburga, następnie praca Budina. W roku 1878 zjawily się prace Cohnsteina, Fassbendera i Stehbergera, którzy przypuszczali, iż istnieje pewna zależność między główką noworodka a głową jego rodziców (dziedziczność etnograficzna).

Mandelstam z kliniki praskiej w pracy swej stwierdzał zależność między rozmiarami ciała noworodka a jego główką i zwracał uwagę, że np. większa odległość między ciemączkami idzie zwykle w parze z większym rozwojem całego ciała.

Dopiero w ostatnich czasach Holowka, Skalkowski, Bäcker, Bar, Schöffler, O. Gönnér, Walcher sen. i jun. oraz Sellheim poczęli interesować się nieco omawianemi tu kwestyami z rozmaitych naturalnie punktów widzenia. Ani wyniki jednak i prace, ani wnioski z nich wyciągane nie przeniknęły do szerszej wiadomości, — być może dlatego właśnie, że ciągle uważa się miednicę za najważniejszy i jedyny bodaj czynnik podczas porodu.

Pójdę dalej nawet, przecież nie wiemy wcale, jaka jest naprawdę wielkość główki noworodka, gdyż pomiary, zdejmowane, jak zwykle, zaraz po porodzie, bezwzględnie nie są prawdziwymi wymiarami główki płodu, a tylko wymiarami czaszki, przystosowanej do danej miednicy, wymiarami główki, stanowiącej, *sit venia verbo*, jakby odlew z miednicy, przez którą ona dzięki swym właściwościom przeszła, pchana pracą mięśnia macicy

Nakoniec, nie sposób pominąć jeszcze pewnych ra-

sowych cech, jakie niewątpliwie główka noworodka posiada. P a p i e r n y, P a w ł o w, P o p i e l w swych pracach doszli do przekonania, że noworodek różnych plemion posiada dość wyraźne różnice w ukształtowaniu główki i jej wymiarach.

Wzmianki te znajdują potwierdzenie w pracach późniejszych autorów. A r t. M ü l l e r stanowczo twierdzi, że zmiany w ukształtowaniu główki dziecka, jakie widzimy w wieku późniejszym, nie są wcale wynikiem wpływów miednicy kostnej podczas porodu, lecz stanowią wynik dziedziczności lub pewnych wpływów, mających miejsce jeszcze podczas życia wewnątrzmacicznego. Tak A. M ü l l e r, jak i inni, twierdzą, że t. z. krótko- i długogłowość rozwija się już *in utero*. Na temat ten pisał już wspomniany B a r w r. 1900. Potwierdzenie tych przypuszczeń znajdujemy w antropologii, która uważa w zasadzie czaszkę i miednicę za typowe dla rozmaitych ras.

Jeśli rzecz ma się tak, to naturalnie cechy rasowe, przekazywane z matki na dziecko, formują się najprawdopodobniej już w życiu płodowym.

Jednakowoż nie są tu wykluczone zupełnie i czynniki postronne. Tak np. W a l c h e r sen. stwierdził, że pewien wpływ na ukształtowanie się główki wywiera twarda lub miękka poduszka, używana w pierwszych miesiącach życia dziecka. Bardzo ciekawe są jego obserwacje co do zmieniania się wskaźnika szerokości czaszki zależnie od tego czynnika.

Tab. VI.

№	Wskaźn. szerok. czaszk	
	po porodzie	po kilku mies.
1	80,6	74,1
2	79,6	72,5
3	78,3	82,4
4	78,9	88,6

Jak widać Nr. 1 i 2 z krótkogłowych przekształciły się po kilku miesiącach w długogłowe, a Nr. 3 i 4 z długogłowych w krótkogłowe.

Pomijając te wpływy uboczne, stwierdzonym zdaje się być fakt, że główki płodów jeszcze przed porodem mają dwa zdecydowane typy: krótko- i długogłowy. Aczkolwiek obecnie rzadko spotyka się czyste typy rasowe, jednak typy te istnieją i uważać je należy za przynależność oraz cechę plemienną, przeważającą w danym narodzie (B e n e d i k t, K r z y w i c k i). Odróżniamy więc głównie typ długogłowy — dolichocephalów — Niemcy i krótkogłowy — brachycephalów — Słowianie, między którymi istnieją rozmaite formy przejściowe.

Jasną jest zatem rzeczą, że główka dziecka ma swoje ukształtowanie właściwe dla danego plemienia, a więc dziedziczne.

F a s s b e n d e r krótko oświadcza, że główka dziecka jest zmniejszoną kopią głowy matki. Potwierdzenie tego znajdujemy w pracy B. S k a ł k o w s k i e g o z kliniki Chrobaka w Wiedniu i na koniec w pracy B ä c k e r a z kliniki Budapeszteńskiej Kezmarsky'ego.

Rozpatrując zatem główkę dojrzałego płodu jako czynnik porodowy, mamy do czynienia:

- 1) z objętością główki in toto,
- 2) z rasowymi jej właściwościami,
- 3) z poszczególnymi jej wymiarami.

Objętość in toto, jak już wiadomo, podczas porodu zmniejsza się bardzo nieznacznie (F e h l i n g).

Właściwości rasowe dadzą się może z dużym nawet prawdopodobieństwem określić na podstawie dziedziczności rasowej przez porównanie z głową matczyną, gdyż, jak przypuszczają niektórzy autorzy, istnieje pewien stały stosunek między niektórymi wymiarami głowy matki i głowy dziecka, o czym zresztą poniżej.

Pozostają na koniec poszczególne wymiary głowy noworodka, zwykle określane przez bezpośrednie ich zmierzenie. Ponieważ jednak główka dziecka zaraz po porodzie jest tą „przystosowaną“ głową do miednicy matczynej i przedstawia nam wynik ostateczny działania

pracy i mechanizmu porodowego, często zupełnie odmiennego w poszczególnych przypadkach, więc aby odróżnić „długogłowość” nabytą od wrodzonej — dziedzicznej, aby określić tę „przystosowalność” główki, którą możnaby nazwać jej plastycznością (*Plasticität*) — należy zmierzyć główkę dopiero w pewien czas po porodzie. Niezbędne jest to, aby dać główce możliwość odzyskania pierwotnej swej formy, jaką posiadała in utero, na co zwykle wystarcza tydzień czasu.

D. Wymiary główki polskiego noworodka.

Biorąc zatem na uwagę wszystko powyżej powiedziane i chcąc określić choćby w przybliżeniu wymiary główki naszego polskiego noworodka, ich wahania przed i po porodzie oraz znaleźć, czy i w jakim stosunku główka dziecka znajduje się względem głowy matki, przystąpiłem do niniejszej pracy, w której zebrałem w 2 seriach wyniki pomiarów.

W seryi pierwszej (Tab. XVI) pomieściłem 200 pomiarów główek noworodków, długość i wagę ich ciała i tyleż pomiarów miednic matczynych.

W seryi drugiej (Tab. XVII) znalazły się pomiary z 200 również główek dziecięcych i tyłuż głów ich matek.

Tym sposobem miałem na celu określenie przeciętnego typu główki polskiego noworodka, jej zachowanie się podczas porodu i ściśliwość czyli zdolność przystosowania się (*Plasticität*), oraz stosunek do głowy matki.

Mierzyłem główki noworodków donoszonych zdrowych i żywych, urodzonych siłami natury w położeniu normalnem główkowem, najpierw zaraz po porodzie, a następnie powtórnie w tydzień później. Ograniczyłem się na razie do dzieci urodzonych przez miednice normalne lub prawie normalne. Za normalną, zgodnie z ostatnimi w tym kierunku badaniami, uważałem miednicę nie niżej 18 ctm. con. extr. Pomiary starałem się zdejmować z osobników wszystkich warstw społecznych, aby uniknąć różnic powstających na tle so-

cyalnem. Jak już wspomniałem, mierzyłem tylko polskie dzieci i ich matki, w ten sposób bowiem miałem do czynienia z możliwie jednolitym etnograficznie typem krótkogłowca. Nie brałem za przedmiot badań dzieci urodzonych martwo ani przy pomocy operacyi.

Z wymiarów główki zatrzymałem się tylko na najważniejszych i wziąłem tylko te, które mogą dać pewne wskazówki względem nasuwających się pytań i wątpliwości. A więc:

wymiar prosty,

poprzeczny duży,

„poprzeczny mały,

skośny duży,

„skośny mały,

obwód główki prosty,

obwód główki w płaszczyźnie wymiaru skośnego dużego,	
" " " " wymiaru skośnego małego.	

” ” ” ”

Nawiasem mówiąc, niektórzy autorowie odrzucają znaczenie wymiaru prostego i obwodu w jego płaszczyźnie. J. K o c k s wprost twierdzi, że ma on wagę jedynie dla kapeluszników.

Dla porównania wymiarów głowy matki i jej dziecka poprzestałem na poprzecznym dużym i małym oraz skośnym małym, jako najważniejszych w mechanizmie porodowym. Obwodów głowy w tej seryi pomiarów nie brałem pod uwagę, a to celem uniknięcia pomyłek, zależnych od grubości uwłosienia głowy matki. Aczkolwiek wspomniany K o c k s sądzi, że inne wymiary grają rolę większą, niż wymiar skośny mały i jego płaszczyzna — pozwałam sobie jednak pozostać przy zdaniu, że ten właśnie ostatni wymiar najważniejszą w położnictwie odgrywa rolę. Codzienna obserwacya wskazuje nam wyraźnie, że w normalnych porodach i zwykłym zgięciu główka przechodzi przez miednicę płaszczyzną wymiaru skośnego małego, a wymiar skośny duży posuwa się po osi miednicy. Stąd pochodzi ucisk na pierwszy, a wydłużenie drugiego w stopniu stosunkowo zapewne większym, niż to widzimy w innych wymiarach czaszki podczas porodu. Wymiar prosty wobec tego, zdaje się, podlega ma-



łym podczas porodu zmianom. Materiał liczbowy tym sposobem zebrany podaję in extenso w tablicach XVI oraz XVII na samym końcu, w tekście zaś zamieściłem jedynie wyniki ostatecznych obliczeń i t. z. przeciętne dane.

Jako prawidłowe, że tak powiem, normalne wymiary główki, niepodległej żadnym wpływom aktu porodowego, będą zawsze wymiary główki dziecka urodzonego przy pomocy *sectio caesarea*. Pozwolę sobie zatem poniżej przytoczyć wymiary z takich właśnie dzieci zebrane, jako pewnego rodzaju sprawdzian dla naszych danych.

Tab. VII.

№	Wym. prost.	W. poprz.		W. skośny		Obwód główki	Waga	Długość
		duży	mały	duży	mały			
1	11,5	9,5	8	13	10,5	35,5	3410	52
2	11,5	9,5	8,5	13,5	11	36	3300	51
3	12	10	8	14	11,5	36	3440	51
4	11	9	8	13	10,5	35	3110	51,5
5	11,5	9,5	8,5	13,5	11,5	35	3015	50
6	11	9,5	8	13	11	35	4045	52
Prze- ciętn.	11,4	9,5	8,3	13,3	11,0	35,6	3388	51,2

Jeśli teraz z dokonanych przez nas pomiarów weźmiemy najczęściej spotykane dane, zebrane z 200 noworodków urodzonych w uprzednio wymienionych warunkach i zmierzonych w tydzień po porodzie, to otrzymamy (tabl. VIII) cztery najczęściej spotykane typy, a z nich łatwo obliczymy przeciętne dla polskiego noworodka. Rzecz prosta, że obliczając nasze dane, nie brałem pod uwagę typów krańcowych, t. j. zbyt małych lub zbyt dużych, a starałem się zatrzymać na typach, zbliżonych mniej więcej do pomieszczonych na tabl. VII, które, jak

widzimy, co do wagi i długości nie przekraczają granic normy. Typy te zatem w obu tablicach (VII i VIII) będą najczęściej w życiu spotykanymi, a przeciętna arytmetyczna, z nich wyprowadzona, da nam w przybliżeniu idealną przeciętną wymiarów główki polskiego noworodka, zrodzonego w normalnych warunkach.

Tab. VIII.

№	Wymiar prost.	W. poprz.		W. skośny		Obwód główki			Dług.	Waga
		duży	mały	duży	mały	w. pr.	sk. m.	sk. d.		
1	12	10	8	13	11	35	33	39	52	3390
2	11,5	9	8,5	13,5	10,5	34	34	38	51	3320
3	11	9,5	9	14	10	36	33,5	37	49,5	3230
4	12	10,5	7,5	12,5	11,5	35,5	35	40	52,5	3905
Przeciętn.	11,65	9,75	8,25	13,25	10,75	35,25	33,85	38,50	51,2	3461

Porównywając teraz przeciętne dane z obu tablic (VII i VIII), widzimy nadzwyczaj małe różnice, tak że można je zupełnie pominąć. Fakt ten upoważnia nas do twierdzenia, iż:

1) taki typ właśnie główki polskiego noworodka najczęściej odpowiada rzeczywistości,

2) mierzenie główki noworodka zaraz po urodzeniu wcale nie daje nam rzeczywistych jej wymiarów.

Zgodnie więc z powyżej wyrażonemi przypuszczeniami główka noworodka zaraz po porodzie jest właściwie „odlewem“ główki, która przeszła przez daną miednicę pod wpływem sił porodowych. Wszystkie jej wymiary są zmienione: wydłużone lub skrócone. Prawdziwe wymiary główki otrzymuje się dopiero mniej więcej po tygodniu (Skalkowski, Baeker) gdy kości czaszki wracają do swego normalnego ułożenia i zniknie t. z. przedgłowie. Różnice zaś między wymiarami, zdjętymi zaraz po urodzeniu i w tydzień później pozwolą nam na określenie (do pewnego stopnia) t. z. przystoso-

wania się główki podczas porodu lub, jak kto chce, jej ściśliwość—plastyczność. Naturalnie, przypuścić należy, nie będą to liczby ściśle określone, gdyż główka noworodka, jako ciało elastyczne, zawsze po przejściu przez miednicę momentalnie dąży do odzyskania, choćby w b. małym stopniu, swej rzeczywistej objętości i kształtu. Ponieważ jednak nie chodzi i nie może nam chodzić na żywym ciele o 1—3 mm. różnice, jako bezwzględnie nie grające roli w przebiegu aktu porodowego, więc pomijam je, jak pomijamy zawsze także różnice, np. podczas mierzenia miednicy.

W rezultacie 200 główek noworodków, zmierzonych dwukrotnie w tygodniowym odstępie czasu, da nam przedewszystkiem w poniżej zamieszczonej tablicy przypuszczalne różnice między obu seryami wymiarów. Zauważyć jeszcze muszę, że mierząc rozmaite główki, brałem podczas formułowania wniosków nie zwykłą arytmetyczną przeciętną, lecz wyosobniałem wszelkie typy podobnej brałem pod uwagę tylko najczęściej spotykane. Sądzę, że ten sposób daje liczby najczęściej zdarzające się, a więc najbardziej do prawdziwie przeciętnego typu zbliżone. W mej pracy o miednicy stosowałem zawiłe obliczenia według wzoru rachunku prawdopodobieństwa. Sądzę, że sposób przeze mnie obecnie użyty da liczby nie mniej wiarogodne, a jest o wiele łatwiejszy w wykonaniu.

Tab. IX.

Różnice w mm.	bez r.	5	10	15	20	25	30
Wymiary:							
prosty	139	±55	± 6	—	—	—	—
poprz. duży	53	+91	+47	+ 9	—	—	—
„ mały	133	+52	+14	+ 1	—	—	—
skośny duży	84	—60	—47	— 8	— 1	—	—
„ mały	18	+90	+65	+21	+ 6	—	—
obw. w prostym	95	+73	+31	+ 1	—	—	—
„ w skośn. małym	11	+41	+79	+34	+23	+ 6	+ 6
„ w skośn. dużym	84	—49	—53	—11	— 3	—	—

Jak zwykle, znakiem + oznaczamy przyrost, a znakiem — zmniejszenie wymiaru w tydzień po porodzie. Liczby w przedziałkach oznaczają zatem liczbę główek, które zmierzone w tydzień po porodzie wykazały taką lub inną zmianę w danym wymiarze w porównaniu z wymiarem wziętym zaraz po porodzie. A więc np.: skośny duży był krótszy w tydzień po porodzie o 10 mm. w 47 przypadkach, a o te same 10 mm. powiększył się obwód główki w płaszczyźnie skośnego małego wymiaru aż 79 razy na 200.

Jak widać z powyższej tablicy, wymiar główki prosty najczęściej wykazuje brak różnicy, bo tylko w 61 przypadkach z 200, czyli w 30,5% widzimy wahania w tydzień po porodzie względem miary poprzedniej. Następnie bardzo jest rzeczą ciekawą, że w tym tylko właśnie wymiarze zauważyć można różnice wahań w obie strony, t. j. że wymiar ten przedewszystkiem może nie podlegać zmianom podczas porodu, a jeśli zmiany istnieją, to zarówno w kierunku wydłużenia, jak i skrócenia. Poza tem wahania te są małe: nie przekraczają bowiem 5 mm., a rzadko dochodzą do 10 mm. Innemi słowy wymiar główki prosty nie gra, zdaje się, wybitnej roli w jej konfiguracyi podczas porodu i, zależnie od warunków i okoliczności, zmniejsza się lub nieco wydłuża.

Wymiar poprzeczny duży, jak widać z tabl. VIII, o wiele więcej podlega zmianom podczas porodu i stale w jednym tylko kierunku—przyroście. Innemi słowy—co zupełnie jasno wypływa z mechanizmu porodu—wymiar ten podczas porodu podlega skróceniu pod wpływem przejścia przez miednicę o 5 do 15 mm. w warunkach normalnych. W 53 przypadkach, t. j. około 26%, wymiar ten nie podlegał widocznym zmianom—o czem niżej. Zrozumiałem jest, dlaczego wymiar poprzeczny mały o wiele rzadziej podlega skróceniu, bo tylko w 67 przypadkach na 200, a więc w jednej trzeciej części. Zmiany te również wahają się w granicach około 5—10 mm. i raz tylko różnica wynosiła półtora centymetra.

Znacznie częściej i wyraźniejsze zmiany widzimy w wymiarze skośnym dużym i przytem w kierunku

wprost przeciwnym, Mianowicie na 200 przypadków wymiar ten 116 razy uległ w tydzień po porodzie z m n i e j s z e n i u, sięgającemu aż do 20 mm. Znaczy to, że o tyle główka noworodka wydłuża się podczas przejścia przez miednicę normalną. Oczywiście najczęściej zdarzają się wydłużenia niewielkie: od 5 do 10 mm.

Wymiar główki skośny mały podczas porodu normalnego podlega bodaj największym i najczęstszym zmianom. Z 200 zmierzonych główek tylko 18 nie wykazało zmian w tydzień po porodzie, reszta, a więc 91%, wydłużała się po porodzie w tych samych granicach, t. j. aż do 2 nawet ctm. włącznie, przyczem połowa zmian przypada na 5 mm., a jedna trzecia na 10 mm. Ucisk, wywierany przez części twarde matczynej miednicy w zwykłym potylicznym ustawieniu główki, rzecz tę dostatecznie nam wyjaśni. Zmiany obwodów główki branych w płaszczyznach, odpowiadających wymiarom, idą — jak należało przypuszczać — prawie równolegle ze zmianami, spostrzeganymi w tych właśnie wymiarach. Tym sposobem najmniej zmienia się obwód główki prosty, bo tylko 105 razy na 200, a więc w 52,5% spostrzeżeń, i przyrost po tygodniu przeważnie waha się w granicach tylko około 5 mm., raz tylko dosięgnąwszy 15 mm. O tyle, natURALNIE, obwód uległ zmniejszeniu podczas porodu.

Obwód główki w płaszczyźnie wymiaru dużego skośnego po porodzie również się zmniejsza, jak i sam ten wymiar, a najczęściej spotykana różnica waha się od 5 do 15 mm.

Zgodnie z przewidywaniami, najczęstsze i najwyraźniejsze zmiany w kierunku przyrostu po porodzie, a więc zmniejszenia podczas porodu, możemy stwierdzić w obwodzie główki noworodka w płaszczyźnie wymiaru skośnego małego. Tutaj brak zmian istnieje zaledwie w 11 przypadkach, a więc 94,5% noworodków ma główkę najczęściej i najwięcej ściśniętą podczas porodu w tym właśnie kierunku. Różnice sięgają aż 3 ctm. i najczęściej wynoszą 1 ctm., rzadziej $\frac{1}{2}$ ctm.

Przypomniawszy sobie budowę główki noworodka i własności jej kości, szwów i ciemiaczek, możemy uprzytomnić sobie następujące główne typy zmian, jakie mogą mieć miejsce podczas normalnego porodu.

Główka, ściśnięta w jakimkolwiek wymiarze, najczęściej wydłuża się w wymiarze prostopadłym do podlegającego uciskowi, tembardziej o ile spotyka tam najmniej opór. Więc w razie skrócenia wymiaru poprzecznego wydłuża się wymiar prosty, w razie zmniejszenia wymiaru skośnego małego—zwiększa się skośny duży.

Odpowiednio zachowują się obwody płaszczyzn danego wymiaru: główka, ściśnięta w obwodzie płaszczyzny małego skośnego, powiększy się w obwodzie skośnego dużego i t. d.

Nieznaczne i wahające się różnice w wymiarze prostym główki przed porodem i po nim zależą prawdopodobnie od tego, że główka podczas porodu normalnego postępuje wzdłuż osi miednicy linią wymiaru skośnego dużego, przechodząc przez miednicę przeważnie płaszczyzną i obwodem wymiaru skośnego małego; stąd najczęstsze i najwyraźniejsze zmiany w tych dwóch wymiarach. Przypuścić można, że znaczne wydłużenie podczas porodu wymiaru prostego oznaczałoby, iż główka posuwała się wzdłuż osi miednicy w kierunku tego właśnie wymiaru, co zdarzyć się może tylko w razie niezupełnego zgięcia główki. Z drugiej znów strony główka, ściśnięta w wymiarze np. poprzecznym, niekoniecznie musi szukać równoważnika w powiększeniu wymiaru prostego, który nie jest jedynie prostopadłym do poprzecznego. Wymiarem prostopadłym również do poprzecznego jest wysokość główki, która zapewne także bierze udział w kompensacyi zwężonego poprzecznego wymiaru.

Następnie łatwe i szybkie wyrównanie znajduje główka wtedy w zachodzeniu wzajemnem kości ciemieniowych. Zaciekawiać nas może dalej pytanie, dlaczego nie wszystkie wymiary podlegają zmianom podczas porodu, bowiem nawet najwięcej podatne, jako to skośny mały, nie zmienia się w 9% spostrzeżeń, a obwód jego płaszczyzny w 5,5%. Zestawienie odnośnych danych, t. j. wiel-

kości miednicy i wagi oraz długości noworodka, poucza nas, że w tych przypadkach przeważnie mamy do czynienia z płodem mniejszej wagi i rozmiarów, przytem często smuklejszym, jakby cieńszym, z małą stosunkowo głową. Pozatem często w tych właśnie przypadkach obserwujemy obszerną miednicę, co razem wzięte ułatwia znakomicie przejście główki przez miednicę, która wtedy nie pozostawia żadnych na główce znaków ucisku. W każdym razie na podstawie podanych tutaj wymiarów główki noworodka po normalnym porodzie, możemy stwierdzić z dużem prawdopodobieństwem, że t. z. konfiguracja główki (lub jej plastyczność) istnieje, i to w stopniu znacznym, gdyż wynosi w pojedynczych wymiarach od $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ ctm., a sięga niekiedy nawet 2 i więcej ctm., zwłaszcza w obwodzie, co na wymiarze 10—14 ctm. albo 35—40 ctm. stanowi sporą, a nawet czasem bardzo wielką różnicę.

Wahania wymiarów, zebranych w warunkach normalnych, tembardziej mają miejsce w przypadkach miednicy ścieśnionej i tem większe jest wtedy ich znaczenie w akcie porodowym. Jak przykłady i spostrzeżenia kliniczne (por. wyżej) stwierdzają, przez miednicę, której sprzężna prawdziwa wynosi 8, a nawet 7,5 ctm., rodzą się często i bardzo często siłami natury dzieci normalne, donoszone, żywe i zdrowe. Konfiguracja zatem główki, czyli skrócenie i wydłużanie jej wymiarów, musi wtedy mieć miejsce w stopniu bardzo znacznym, o wiele większym, niż w naszych przypadkach, gdzie sprzężna prawdziwa waha się w granicach 9—11 ctm. Jeżeli bowiem w tych właśnie warunkach sprzężnej prawdziwej odpowiada skrócenie wymiaru poprzecznego o cały jeden ctm. (z 10 na 9), to w przypadkach wymienionych, gdzie $c. v = 8$ ctm., tenże wymiar zmniejszyć się musi o wiele więcej, bo aż do 7,5, a nawet 7 ctm., co też w rzeczywistości bywa, jak tego dowiodły podane powyżej spostrzeżenia.

Innemi słowy plastyczność główki istnieje i bezwzględnie odgrywa podczas porodu rolę bardzo wyraźną, a skrócenia danych wymiarów, dzięki właśnie tej zdol-

ności główki, sięgają 10–20% długości wymiarów. Jest to zatem stanowczo czynnik porodowy nie mniejszej wagi, niż wymiary miednicy matczynej, przez którą główka przejdzie (*ceteris paribus*), o ile posiada dostateczny stopień plastyczności. Poza to mamy jeszcze poniekąd prawo przypuszczać, że plastyczność główki jest dużo większa, niż jej elastyczność, która, jeśli istnieje, to zapewne w stopniu bardzo niewielkim.

Powyżej przytoczone fakty skrócania i wydłużania się wymiarów główki doskonale wytłumaczają nam rozmaite nieoczekiwane przebiegi mechanizmu porodowego, gdy wbrew groźnym rokowaniom, opartym na zmniejszonych wymiarach miednicy, rodzą się dzieci donoszone normalnej wagi i wielkości. Tutaj ma właśnie swe wytłumaczenie klasyczny przykład, jakiego używa D o h r n dla wyjaśnienia słuchaczom rozmaitych odmian mechanizmu porodowego. Mianowicie, przez wycięty w tekturze otwór wejścia do miednicy, której c. v. = 7,7 ctm., D o h r n przeprowadza główkę, której wymiar poprzeczny duży wynosi 9,4 ctm., mały 8, a prosty 12 ctm. Rzecz prosta, że taki niestosunek między główką a miednicą może być pokonany jedynie wobec znacznej ściśliwości główki wraz z dużą możliwością wzajemnego zachodzenia kości czaszki podczas porodu, co razem wzięte stanowić będzie właśnie t. z. plastyczność główki, zwyciężającą z powodzeniem poważne nawet przeszkody ze strony miednicy.

E. Stosunek główki dziecka do głowy matczynej.

Następna serya pomiarów była dokonana celem zbadania, czy i w jakim stopniu istnieje stały stosunek między wymiarami główki noworodka a wymiarami głowy matki. Zależność ta według przypuszczeń niektórych autorów istnieje faktycznie (C o h n s t e i n, F a s s b e n d e r, M a n d e l s t a m, S t e h b e r g). Przypuszczenie, jak już wiemy, nie są pozbawione podstaw, co potwierdza

etnografia oraz teoria dziedziczności. Badania etnograficzne stwierdzają przecieź, że głowa i miednica są najwyraźniejszymi cechami plemiennymi (K r z y w i c k i), a polki przeważnie należą do typu krótkogłowego, prawdopodobnie zatem i dzieci ich posiadają również te cechy plemienne.

Wychodząc z tego założenia, zmierzyłem 200 głów matek i tyleż noworodków, zrodzonych w tych samych warunkach, co w seryi poprzedniej. Tutaj jednak poprzestałem tylko na wymiarach: poprzecznym małym i dużym, oraz małym skośnym i prostym, jako najważniejszych w położnictwie i dających się zmierzyć bez większych pomyłek, zwłaszcza na głowach matek. Otrzymane dane pomieściłem *in extenso* na końcu, a tutaj, jak i w serji poprzedniej, podaję tylko wyniki ostateczne, przyczem dane szereguję w ten sam sposób, aby otrzymać wyraźnie najczęściej zdarzające się zestawienia wymiarów głowy matki i jej dziecka. Tym sposobem otrzymamy znowu kilka tablic, każda dla innego wymiaru.

Tab. X.

Wymiar poprzeczny mały w mm.

Nowo- rodek	70	75	80	85	90	95
M a t k a	105	—	1	—	—	—
	110	1	2	1	—	—
	115	2	5	8	1	—
	120	8	9	24	12	—
	125	4	9	11	4	—
	130	—	5	25	25	3
	135	—	6	7	7	2
	140	—	1	3	6	2
	145	—	—	1	1	1
						2

Z powyższych danych dokładnie widać, że najczęściej spotyka się zestawienie 12 ctm. wymiaru matczynego z 8 ctm. wymiarem noworodka, oraz 13 ctm. matczynego z 8 i 8,5 ctm. na głowie noworodka. Inne co do wielkości wymiary dają zestawienia mniej częste, a nawet zgoła rzadkie. Innemi słowy, jeśli poprzeczny mały wymiar głowy matki wynosi 12—13 ctm., to wtedy najczęściej spotykamy u dziecka ten wymiar długości 8—8,5 ctm. Różnica więc przeciętna w tym wymiarze wynosi najczęściej 4—4,5 ctm. i tę właśnie liczbę należałoby odjąć od wymiaru poprzecznego małego głowy matki, jeśli chcemy określić wielkość głowy dojrzałego noworodka *in utero* jeszcze.

Wymiar poprzeczny duży zachowuje się w tych samych warunkach w sposób, jaki widzimy na

Tab. XI.

Noworodek	80	85	90	95	100	105	110	115
M a t k a	125	2	1	5	—	—	—	—
	130	—	3	14	5	—	—	—
	135	1	6	15	10	—	—	—
	140	2	10	3	16	—	—	—
	145	—	10	8	16	46	2	—
	150	—	1	2	4	4	5	—
	155	—	—	2	2	1	2	1

Najczęściej, bo 46 razy przypada stosunek 14,5 ctm. u matki na 10 ctm. u dziecka, pozatem 13,5—14—14,5 matki na 9—9,5 dziecka, co łącznie daje 4,5—5 ctm. różnicy.

Wzajemny stosunek wymiarów małych skośnych mamy na

Tab. XII.

Noworodek	85	90	95	100	105	110	115	120
M a t k a	130	8	—	7	1	—	1	—
	135	1	5	15	31	2	—	—
	140	—	3	2	14	4	—	—
	145	—	4	14	26	7	1	—
	150	—	1	2	2	3	7	—
	155	—	—	—	—	5	7	2
	160	—	—	—	2	4	3	1
	165	—	—	—	1	1	4	3

Tutaj znów najczęstsze zestawienia spotykamy, jak następuje: na 13,5 i 14,5 ctm. u matki mamy 9,5 i 10 ctm. u dziecka. Różnica wynosi więc najczęściej 4—4,5 ctm. Stosunek identyczny z tym, jaki miał miejsce przy zestawieniu wymiarów poprzecznych małych, czyli że i tutaj, aby otrzymać przybliżony wymiar skośny mały główki płodu, wystarczy odjąć z długości tegoż wymiaru u matki owe 4—4,5 ctm.

Nakoniec różnice w wymiarze prostym dadzą się wywnioskować z tablicy XIII.

Jak widzimy, największa liczba przypadków spostrzeganych odpowiadała u matki 17 ctm. wymiaru prostego, a u dziecka 11—11,5. Następnie 10,5 u dziecka odpowiadało najczęściej 16,5—17 ctm. u matki.

Biorąc liczby przeciętne, otrzymujemy wniosek, że prosty wymiar głowy matki wielkości 10,5 do 11,5 ctm. odpowiada najczęściej wymiarowi 10,5 do 11,5 ctm. u dziecka, różnica zatem wynosi 5—5,5 ctm.

Tab. XIII.

Noworodek	90	95	100	105	110	115	120	125
M a t k a	155	1	1	2	4	4	—	—
	160	—	2	5	5	8	1	—
	165	—	—	9	15	9	10	—
	170	—	—	4	14	28	21	4
	175	—	—	2	1	4	11	4
	180	—	1	2	1	3	6	3
	185	—	—	—	—	3	3	3
	190	—	—	1	—	1	1	—

Jeśli teraz zestawimy powyższe wnioski, to otrzymamy

Tab. XIV.

Wymiar w ctm.	Matka	Noworodek	Różnica u mnie	Skałkowski
Poprzeczny mały	12 —13	8,85	4 —4,5	4,5
Poprzeczny duży	13,5—14,5	9 —9,5	4,5—5	5
Skośny mały	13,5—14,5	9,5—10	4 —4,5	5,5
Prosty	16,5—17	10,5—11,5	5 —5,5	

Liczby, tą drogą otrzymane, tyczą się zatem najczęściej spotykanego typu głowy matki i jej dziecka polskiej narodowości. Od danych, przytoczonych przez Skałkowskiego w klinice Chrobaka, odchylają się one wogóle niewiele, a w różnicach prawie wcale. Różnicę niewielką w wymiarach odnieść należy na karb odmienności rasowej, jaka zdaje się niewątpliwie istnieć. Identyczność ukształtowania głowy matki i dziecka sta-

nie się zupełnie wyraźną, jeśli porównamy używane stale w etnografii wskaźniki szerokości czaszki (w. s. cz.), wyliczone z przeciętnych, wyrachowanych z powyższych najczęściej spotykanych danych. Dla głowy matki wynosić będzie przeciętnie

$$\text{w. s. cz.} = \frac{1400}{1675} = 83,6$$

a dla dzieci tychże matek

$$\text{w. s. cz.} = \frac{925}{11} = 84,0.$$

Różnica, jak widzimy, żadna, sam zaś wskaźnik jest bardzo bliski do wyliczonego dla dzieci Warszawy przez Krzywickiego (około 85).

Do identycznych wyników doprowadziły badania Bäckera, według którego

$$\begin{aligned} \text{w. s. cz. matek} &= 83,5 \\ \text{dzieci} &= 82,2. \end{aligned}$$

Różnica, jaką widzimy tu w porównaniu z naszymi wynikami, pochodzi stąd, że Bäckér przeprowadzał swe badania nad przedstawicielami szczepu niemieckiego, więcej długogłowego. Stąd wskaźnik u Bäckera jest nieco mniejszy.

Z punktu różnic plemiennych wyniki podanych wyżej badań dadzą się sprowadzić do tego, że noworodek polski i jego matka przedstawiają przeważnie typ krótkogłowy o pewnych przeciętnych wymiarach, powyżej podanych. Dla ścisłości jednak muszę przypomnieć, że według Krzywickiego i Olechnowicza wśród ludu wiejskiego odsetka długogłowych jest nieco większa. Według badań Kopernickiego i innych kobiety są właśnie przyczyną coraz większego rozpowszechniania się typu krótkogłowego, a zanikania długogłowców, jak to ma miejsce u nas w Polsce.

Przeciętne wymiary główki polskiego noworodka są nieco w rzeczywistości inne, niż zwykle podawane, co sam na własnych pomiarach stwierdzić mogę:

dawniej	Tab. XV	obecnie
poprz. mały	7,8	8,25
poprz. duży	9	9,25— 9,75
skośny mały	9,4	9,75—10,75
prosty	11	11 —11,62

Różnice, jakie tu widzimy, zależą naturalnie od tego, że dawniej mierzyłem dzieci, jak zwykle, zaraz po urodzeniu, obecnie zaś pomiary, zebrane w tydzień po porodzie, musiały wykazać pewne różnice (5—10 mm.), o jakich w pierwszej seryi już wzmiankowałem. Różnice te potwierdzają tylko założenie niniejszej pracy i otrzymane wyniki.

Wracając do naszych wnioskowań, przyznać muszę pewną wagę stosunkowi, jaki zdaje się istnieć między wymiarami głowy matki a dziecka. Stosunek ten, lub jak kto chce, różnice między wymiarami mają pewną cechę stałości, jak to widać z tab. XIII. Ta serya badań potwierdza zdanie F a s s b e n d e r a, który kategorycznie twierdził, iż główka dziecka jest zmniejszoną odbitką głowy matki, i daje analogiczne wyniki do badań B ä c k e r a i S k a ł k o w s k i e g o.

Liczby, otrzymane z pomiarów dokonanych na 400 głowach dzieci i 200 głowach matek, ośmielają mnie do przypuszczenia, iż obliczenia, a więc i dane tu wyszczególnione mają pewne, a może i spore cechy prawdopodobieństwa. Bezwzględnie jednak sędzę, że liczba dokonanych pomiarów winna być znacznie większa i przytem zbierać je należy w rozmaitych okolicach naszego kraju, aby bardziej uzasadnić, względnie zmienić wnioski, jakie pozwałam sobie stąd wysnuć.

F. Uogólnienia i wnioski.

Jeśli teraz połączę wyniki badań obu seryi pomiarów wraz z faktami klinicznymi, jakie przytoczyłem na początku niniejszej pracy, to teoretycznie można przypuścić, co następuje:

1. Noworodek polski jest przeciętnie krótkogłowcem, a wymiary jego główki są nieco różne niż u innych narodów. Okoliczność ta w zasadzie ułatwia mu przejście przez miednicę ścieśnioną, pozwalając wymiarom podłużnym zwiększać się w stopniu znaczniejszym. Ponieważ wymiary te są m n i e j s z e u naszego krótkogłowego płodu, więc m n i e j s z ą napotykają przeszkodę w wydłużaniu się ze strony miednicy podczas konfiguracji, gdy silniej muszą się skrócić wymiary główki poprzeczne i skośny mały. Toć jeszcze S c h r o e d e r przed laty blisko 50 wspominał o wpływie wrodzonego kształtu głowy na przebieg porodu. Potwierdzenie moich przypuszczeń znalazłem ostatnio u A. M ü l l e r a: „*bei brachykephalen die Geburt in Scheitellage leicht verläuft*“.

2. Główka polskiego noworodka jest bardzo zbliżona kształtem do głowy jego matki i o wymiarach jego główki możemy z dużym prawdopodobieństwem wnioskować z takich samych wymiarów głowy matki, odejmując od tych ostatnich pewne dość stałe liczby. A więc (tab. XIII) dla określenia wymiarów głowy noworodka: poprzecznego małego i skośnego małego wystarczy od wymiarów odnośnych głowy matki odjąć 4—4,5 ctm., zależnie od wielkości tych ostatnich. Dla określenia poprzecznego dużego trzeba odjąć 4,5—5 ctm., a dla prostego 5—5,5 ctm.

3. Dzięki zwykłym, a mało w położnictwie podkreślanym właściwościom (plastyczność), czaszka dziecka zmienia znacznie swą formę zależnie od kształtu i wymiarów miednicy oraz od mechanizmu porodowego w danym przypadku.

Zmiany te wynoszą przeciętnie 5 do 10, a nawet 15 mm. i w poszczególnych wymiarach mogą wzrastać do 20, a nawet 30 mm. w obwodzie. Np. w chwili przechodzenia przez prosty wymiar miednicy (c. v.)—poprzeczny wymiar główki może skrócić się do 7 ctm., a nawet niekiedy jeszcze więcej.

4. Właściwości te, nie stanowiąc może najważniejszego czynnika aktu porodowego, zmniejszają jednak (*ceteris paribus*) bezwzględne znaczenie, jakie przypisuje

się podczas porodu tylko wymiarom miednicy. Te ostatnie przecież, jak dowiódł *Walcher*, nie są zupełnie niezmiennie. W bardzo starannej pracy *Gerzabka* z kliniki *Rubeski* w Pradze znajdujemy katagoryczne potwierdzenie tego faktu, iż w pewnem ułożeniu rodzącej c. v. może wydłużyć się nawet o cały 1 ctm. A więc i z tego punktu widzenia, wymiary miednicy, będąc zmiennymi, nie mogą stanowić jedyne i jedynie miarodajnego punktu wyjścia dla rokowania podczas porodu, przeciwnie prędzej chyba, łącznie z plastycznością główki, będą wskazówką zmuszającą do cierpliwości podczas porodu.

5. Właściwości główki, łącznie z klinicznymi spostrzeżeniami, każą nam więcej zwracać uwagi na mechanizm każdego porodu w szczególności, a nie uogólniać wszystkich porodów i nie sprowadzać do jednego typu na podstawie jednakowych wymiarów miednicy. Każda bowiem miednica, bez względu na jej wymiary, może być prawidłową lub ścieśnioną, zależnie od rozmiarów i właściwości, mającej przez nią przejść główki, względnie od jej ustawienia w miednicy. Niemożliwe napozór porody z powodu ścieśnionej miednicy (Tab. I) stają się zupełnie możliwymi, a przyczyny, odgrywające w danym przypadku decydującą rolę, są zupełnie jasne.

Tablica I i II, jak nie można lepiej, stwierdzają praktycznie wartość teoretycznych wniosków, powziętych po bliższem obznajmieniu się z główką noworodka. Jasną i słuszną więc będzie rada *Bumma i Sołowijsa*, aby wyczekiwać jedynie i obserwować przebieg porodu, zwłaszcza w zwężeniach stopnia miernego.

Wogóle wobec niestosunku główki i miednicy poród każdy musi być traktowany z u p e ł n i e i n d y w i d u a l n i e, a objawy wszelkie winny być brane pod uwagę z dużym krytycyzmem. Tym np. sposobem brzuch obwisły — klasyczny dla zwężonej miednicy, może również dobrze istnieć i wobec zupełnie prawidłowej miednicy, o ile główka dziecka jest zbyt duża lub mało plastyczna i jako taka nie ustawia się w sposób należyty.

Tutaj naturalnie zauważymy i wszelkie te nieprawidłowości, które są charakterystycznymi dla miednicy ścieśnionej, a więc mniejszą odsetkę porodów główkowych, większą częstość i łatwość wypadnięcia kończyn i pępowiny itd.

Nasuwa się tu jeszcze jedno pytanie, mianowicie, czy plastyczność główki jest jednakowa u wszystkich dzieci jednej matki, czy nie zmienia się w zależności od wagi i wielkości płodu. Pytanie to, bardzo niełatwe do rozwiązania i wymagające osobnych badań, wychodzi poza zakres tej pracy. Wracając do poprzedniego, trzeba zdaje się, mieć zawsze na względzie fakt, że wszelkie odchylenia od normy, a więc i niezwykle rozmiary lub niezwykle plastyczność główki będzie często przyczyną rozmaitych odchyłeń w mechanizmie porodowym wobec zupełnie nawet prawidłowej miednicy. Jako dowód i przykład, niech tu posłużą badania H e n k l a, który u 66 kobiet z miednicą ścieśnioną obserwował w klinice berlińskiej łącznie 286 porodów, nie mniej 3 u każdej z osobna, i doszedł do wniosku, że jedna i ta sama kobieta za każdym razem rodziła inaczej.

Co się tyczy praktycznej strony poruszanej tu kwestyi, to ostateczne wyniki podanych powyżej zestawień, i wniosków możnaby sformułować, jak następuje:

1) Bezwzględna wagę dla położnictwa podczas normalnego porodu ma tylko bezwzględne zwężenie miednicy, a więc c. v. = 7 ctm. dla żywego donoszonego płodu oraz 5—6 ctm. dla wypaproszonego.

2) Zwężenia, w których c. v. = 10, 9, 8, a nawet niekiedy 7,5 ctm., nie dają prawa do katagorycznego rokowania, a tembardziej postępowania, zwłaszcza w kierunku takich zabiegów, jak perforacja, wypaproszenie lub cięcia cesarskie.

3) Wobec osobliwych właściwości główki tylko przebieg całego aktu porodowego przy koniecznej cierpliwości lekarza może dać pewne podstawy do rokowania. Wogóle zaś jedynie uzasadnionem postępowaniem będzie śledzenie i nie przeszkadzanie akcji porodowej.

4) Plastyczność główki rozszerza znacznie wskazania i potrzebę mało stosowanego rękoczynu—t. z. wciśnięcia główki — rękoczyn H o f m e i e r a, które należy zawsze stosować we wszystkich wypadkach niestosunku główki do miednicy, choćby tylko w celach rozpoznawczych. Szczególniej dobre wyniki otrzymujemy, stosując zabieg ten w pozycji W a l c h e r a. Plastyczne właściwości główki dają nam zmniejszenie jej wymiarów o cały centymetr przeciętnie, ułożenie W a l c h e r a powiększa c. v. prawie o drugie tyle, co łącznie śmiało wystarczyć może do pokonania dużego nawet niestosunku.

5) Powodzenie zabiegu H o f m e i e r a uczyni zgola niepotrzebnymi t. z. wysokie kleszcze i obroty zapobiegawcze (*ceteris paribus*), prowadząc w sposób względnie łatwy i bezpieczny rzecz całą do zwykłych kleszczy, albo nawet—przy cierpliwości—do zwykłego porodu. Natomiast nieudane próby—zwłaszcza powtórne—stwierdzą namacalnie, że niestosunek między główką a miednicą jest nie do pokonania, a wtedy zamiast niebezpiecznych prób i zabiegów operacyjnych przystąpimy odrazu — w razie potrzeby — do perforacyi, a w warunkach odpowiednich—do cięcia cesarskiego, które obecnie stanowczo daje wyniki dobre tak dla matki, jak i dla dziecka.

Serya T a b l i e a

Nr.	Miedzianca matki			Dziecko										
	C. C.	S. S.	C. D.	Dłu- gość	Wa- ga	W. prosty			W. pop. d.			W. pop. m.		
						I	7	R	I	7	R	I	7	R
1	290	255	200	510	3420	125	120	- 5	100	105	+ 5	85	90	+ 5
2	270	240	190	530	3500	120	125	+ 5	90	95	+ 5	90	95	+ 5
3	290	260	200	550	3800	115	120	+ 5	90	100	+ 10	80	90	+ 10
4	290	260	200	520	3675	120	115	- 5	100	105	+ 5	80	80	-
5	270	250	190	480	3300	120	120	-	90	90	-	80	80	-
6	280	260	200	490	3300	120	120	-	100	105	+ 5	85	85	+ 5
7	290	260	200	510	3220	115	115	-	90	95	+ 5	75	75	-
8	290	260	200	506	3200	115	110	- 5	90	90	-	80	80	-
9	296	255	200	520	3660	120	120	-	100	100	-	90	95	+ 5
10	290	260	200	515	3875	125	125	-	100	110	+ 10	80	85	+ 5
11	290	295	200	510	3520	120	120	-	100	100	-	90	90	-
12	290	260	200	480	2320	110	110	-	80	85	+ 5	70	70	-
13	270	250	180	510	2805	100	100	-	95	100	+ 5	75	75	-
14	270	255	19	520	3125	115	115	-	100	105	+ 5	80	85	+ 5
15	290	280	200	510	3155	110	105	- 5	100	100	-	80	90	+ 10
16	280	250	190	520	4100	120	120	-	100	110	+ 10	80	80	-
17	310	295	220	550	3700	120	120	-	90	90	-	80	80	-
18	285	260	195	500	2750	110	105	- 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5
19	280	255	180	505	2900	120	120	-	90	95	+ 5	75	80	+ 5
20	290	260	195	510	3600	120	120	-	95	100	+ 5	80	80	-
21	275	265	190	520	2975	130	120	- 10	85	90	+ 5	80	80	-
22	285	260	195	570	4020	120	120	-	90	100	+ 10	85	85	-
23	280	265	190	490	3200	120	120	-	100	105	+ 5	80	80	+ 5
24	280	260	190	510	3350	120	115	- 5	90	90	-	80	80	-
25	290	265	195	495	3200	120	120	-	100	105	+ 5	80	80	-
26	290	260	200	570	3740	120	115	- 5	100	110	+ 10	85	85	-
27	285	260	195	550	3875	120	120	-	90	90	-	80	80	-
28	290	265	200	530	3350	120	120	-	100	110	+ 10	90	90	-
29	300	270	210	570	4225	120	120	-	95	100	+ 5	90	90	-
30	280	260	200	500	3300	120	120	-	100	105	+ 5	80	85	+ 5
31	290	265	210	500	3370	120	120	-	95	95	-	75	75	-
32	290	260	200	530	3250	120	120	-	100	110	+ 10	90	90	-
33	290	260	200	520	3700	120	120	-	95	100	+ 5	85	90	+ 5
34	290	260	200	500	3100	115	115	-	95	100	+ 5	80	80	-
35	285	265	200	500	3020	115	110	- 5	100	110	+ 15	85	85	-
36	270	250	190	540	3325	120	115	- 5	90	90	-	85	85	-
37	270	250	186	510	3260	110	115	+ 5	85	100	+ 15	75	85	+ 10
38	280	260	190	500	3950	110	110	-	90	100	+ 10	80	85	+ 5
39	300	275	215	530	3730	120	120	-	95	100	+ 5	85	85	-
40	290	265	200	520	3550	125	130	+ 5	90	100	+ 10	80	80	-
41	270	250	180	530	3700	110	110	-	100	100	-	80	90	+ 10
42	280	250	180	500	3200	115	120	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5
43	280	250	185	505	3150	120	120	-	95	100	+ 5	80	80	-
44	300	280	205	530	3350	120	120	-	90	90	-	80	80	-
45	285	260	195	560	3500	120	120	-	100	100	-	90	90	-
46	290	250	190	540	3300	120	120	-	90	95	+ 5	80	80	-

p i e r w s z a
X V I.

W. sk. duż.			W. sk. mały			Obwód główki w płaszczyźnie								
						W. prost.			m. skośn.			duż. skoś.		
I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R
I35	I30	- 5	105	110	+ 5	370	380	+10	330	350	+20	410	410	-
I40	I40	-	100	110	+10	350	355	+ 5	330	340	+10	390	390	-
I40	I40	-	100	110	+10	350	355	+ 5	330	335	+ 5	410	400	-10
I35	I35	-	105	105	-	360	365	+ 5	330	340	+10	390	380	-10
I30	I25	- 5	100	110	+10	350	350	-	330	335	+ 5	380	380	-
I30	I30	-	100	105	+ 5	340	345	+ 5	320	320	-	380	380	-
I30	I30	-	100	100	-	340	340	-	320	320	-5	380	380	-
I40	I35	- 5	105	105	-	340	350	+10	320	325	+ 0	370	360	-10
I40	I35	- 5	100	100	-	350	355	+ 5	320	330	+1	390	385	- 5
I40	I40	-	100	110	+10	345	350	+ 5	330	330	-	400	400	-
I35	I30	- 5	100	100	-	350	350	-	320	320	-	390	390	-
I30	I25	- 5	100	100	-	315	320	+ 5	290	290	-	350	350	-
I30	I30	-	95	100	+ 5	340	350	+10	290	295	+ 5	360	355	- 5
I40	I30	-10	90	95	+ 5	340	340	-	320	320	-	380	380	-
I40	I40	-	100	100	-	340	340	-	320	320	-	390	380	-10
I40	I40	-	100	110	+10	350	350	-	330	340	+10	390	385	- 5
I35	I30	- 5	110	110	-	350	360	+10	320	325	+ 5	380	380	-
I30	I25	- 5	90	95	+ 5	330	320	+10	290	295	+ 5	370	365	- 5
I30	I30	-	100	100	-	350	355	+ 5	310	310	-	370	370	-
I45	I40	- 5	105	115	+10	360	360	-	320	340	+20	395	390	- 5
I30	I30	-	85	95	+10	340	340	-	310	315	+ 5	370	350	-20
I40	I35	- 5	100	105	+ 5	350	460	+10	330	340	+10	410	400	-10
I40	I30	-10	100	105	+ 5	345	350	+ 5	320	320	-	395	390	- 5
I40	I35	- 5	100	105	+ 5	350	350	-	320	330	+10	400	390	-10
I40	I40	-	100	110	+10	340	345	+ 5	320	330	+10	395	395	- 5
I40	I40	-	100	110	+10	340	345	+ 5	320	330	+10	395	390	- 5
I40	I35	- 5	100	105	+ 5	340	340	-	330	340	+10	400	390	-10
I35	I30	- 5	100	110	+10	350	350	-	320	330	+10	380	380	-
I45	I40	- 5	105	115	+10	360	370	+10	340	350	+10	420	410	-10
I30	I30	-	100	110	+10	340	350	+10	320	340	+20	390	390	-
I35	I35	-	100	105	+ 5	345	345	-	315	320	+ 5	385	385	-
I40	I40	-	100	105	+ 5	350	350	-	320	325	+ 5	370	370	-
I40	I35	- 5	100	100	-	340	340	-	330	340	+10	395	380	-10
I35	I20	-15	100	105	+ 5	345	350	+ 5	320	330	+10	395	390	- 5
I35	I30	- 5	100	100	-	345	345	-	330	340	+10	385	380	- 5
I30	I30	-	90	105	+15	350	350	-	320	330	+10	390	390	-
I40	I30	-10	95	110	+15	340	350	+10	310	330	+20	380	375	- 5
I40	I30	-10	100	110	+10	350	350	-	310	320	+10	380	380	-
I45	I45	-	110	110	-	365	365	-	330	340	+10	400	395	- 5
I40	I35	- 5	105	120	+15	370	375	+ 5	340	355	+15	400	385	-15
I30	I30	-	90	105	+15	355	355	-	330	335	+ 5	390	390	-
I30	I25	- 5	95	105	+10	350	355	+ 5	320	330	+10	390	380	-10
I40	I35	- 5	105	110	+ 5	350	350	-	330	330	-	390	380	-10
I30	I30	-	100	100	-	350	350	-	230	335	+ 5	385	380	- 5
I40	I30	-10	100	110	+10	340	350	-	330	340	+10	385	380	- 5
I40	I30	-10	100	105	+ 5	360	360	-	330	330	-	380	380	-

Nr.	Miednica matki			Dziecko										
	C. C.	S. S.	C. D.	Dłu- gość	Wa- ga	W. prosty			W. pop. d.			W pop. m.		
						I	7	R	I	7	R	I	7	R
47	275	245	185	505	2500	115	120	— 5	90	95	— 5	75	85	— 10
48	285	250	190	555	4000	120	120	—	100	100	—	80	80	—
49	275	250	185	510	3400	120	120	—	100	105	— 5	90	95	— 5
50	285	270	200	550	3500	120	120	—	90	90	—	80	80	—
51	285	260	190	510	3600	120	120	—	100	105	— 5	85	85	—
52	270	240	180	500	2850	110	110	—	90	95	— 5	80	85	— 5
53	270	240	185	500	3300	120	120	—	105	105	— 5	80	85	— 5
54	285	260	190	520	3200	120	120	—	90	90	—	80	80	—
55	290	260	195	540	3500	120	120	—	95	100	— 5	80	80	—
56	275	250	185	540	3775	110	110	—	105	100	— 5	80	80	—
57	280	260	185	510	3280	120	125	+ 5	90	105	+ 15	80	90	+ 10
58	290	270	190	510	3320	115	120	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5
59	270	240	180	500	3120	110	120	+ 10	80	95	+ 15	70	80	+ 10
60	290	260	190	510	3480	110	115	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5
61	310	270	200	520	3375	120	120	—	100	100	—	80	80	—
62	285	255	195	500	3425	120	120	—	90	90	—	80	80	—
63	275	265	195	540	3800	120	120	—	90	95	+ 5	80	85	+ 5
64	285	260	200	500	3150	115	115	—	90	95	+ 5	80	80	—
65	280	250	190	500	3025	120	115	— 5	90	95	+ 5	80	80	—
66	285	255	190	490	2800	120	115	— 5	90	90	—	80	80	—
67	280	245	195	520	3350	120	120	— 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5
68	270	265	190	525	3500	120	120	—	90	90	—	80	80	—
69	285	255	190	520	3125	110	115	—	90	95	+ 5	80	80	—
70	285	260	195	535	3545	125	120	—	100	110	+ 10	80	80	—
71	290	260	195	570	4525	130	125	— 5	100	105	+ 5	80	85	+ 5
72	290	265	200	520	3005	115	110	—	100	100	—	80	80	—
73	280	250	185	510	3020	110	110	—	90	100	+ 10	80	80	—
74	290	260	195	500	3015	120	115	— 5	90	90	—	80	80	—
75	290	265	190	520	3220	115	110	— 5	90	95	+ 5	80	80	—
76	285	270	185	540	3700	120	110	— 10	90	105	+ 15	80	80	—
77	300	280	200	520	3825	120	120	—	90	95	+ 5	80	80	—
78	285	255	195	540	3325	125	120	— 5	85	95	+ 10	75	80	+ 5
79	290	260	200	540	3930	120	120	—	100	105	+ 5	85	90	+ 5
80	290	265	195	520	3540	110	115	+ 5	95	100	+ 5	80	80	—
81	285	260	195	550	3455	120	120	—	90	100	+ 10	80	80	—
82	280	255	180	500	2750	110	115	+ 5	90	100	+ 10	80	80	—
83	290	260	195	520	3310	120	120	—	100	105	+ 5	80	85	+ 5
84	285	260	200	535	3615	120	120	—	100	105	+ 5	80	80	—
85	280	250	190	510	3005	115	120	+ 5	90	95	+ 5	80	80	—
86	290	270	185	520	3200	115	120	+ 5	90	95	+ 5	80	80	—
87	280	260	185	505	3020	110	115	+ 3	90	100	+ 10	80	80	—
88	290	260	190	510	3200	120	120	—	90	90	—	80	80	—
89	280	260	185	505	3030	120	120	—	90	100	+ 10	80	80	—
90	280	250	180	500	3020	120	120	—	80	95	+ 15	80	85	+ 15
91	285	255	190	530	3525	120	120	—	95	100	+ 5	70	80	—
92	275	250	185	530	3525	120	120	—	90	95	+ 5	80	85	+ 5
93	285	255	195	535	3510	125	120	— 5	90	90	—	80	80	—
94	290	260	200	540	3600	120	120	—	90	90	—	80	80	—
95	290	270	210	535	3800	120	120	—	95	100	+ 5	80	80	—
96	290	260	195	510	3100	110	110	—	100	100	—	80	80	—
97	290	270	205	560	4200	120	125	+ 5	100	105	+ 5	80	80	—

W. sk. duż.			W. sk. mały			Obwód główki w płaszczyźnie											
						W. prost.			m. skośn.			duż. skoś.					
I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R			
130	130	—	90	100	+10	340	345	+ 5	320	325	+ 5	380	380	—			
140	130	-10	110	120	+10	360	360	—	335	340	+ 5	395	390	- 5			
135	130	- 5	90	100	+10	350	355	+ 5	320	330	+10	390	390	—			
135	130	- 5	95	105	+10	350	355	+ 5	325	330	+ 5	390	390	—			
130	130	—	100	110	+10	350	350	—	330	340	+10	390	390	—			
125	120	- 5	95	90	+ 5	340	345	+ 5	300	310	+10	370	360	-10			
135	135	—	100	110	+10	340	345	+ 5	320	330	+10	390	390	—			
135	130	- 5	105	110	+ 5	345	345	—	320	330	+10	400	400	—			
140	135	- 5	110	115	+ 5	355	360	+ 5	340	350	+10	380	375	- 5			
140	130	-10	95	100	+ 5	340	340	—	320	330	+10	400	400	—			
140	130	-10	100	115	+15	340	350	+10	310	340	+30	390	370	-20			
140	130	-10	100	110	+10	350	355	+ 5	320	340	+20	380	380	—			
140	125	-15	95	110	+15	340	350	+10	310	335	+25	380	365	-15			
140	130	-10	95	110	+15	350	355	+ 5	310	335	+25	390	380	-10			
135	130	- 5	110	110	—	360	370	+10	340	350	+10	390	390	—			
140	130	-10	110	110	—	350	350	—	320	330	+10	390	380	-10			
140	135	- 5	100	105	+ 5	350	350	—	330	335	+ 5	400	400	—			
140	135	- 5	95	95	—	360	360	—	320	330	—	390	390	—			
130	130	—	100	100	—	390	390	—	300	310	+10	370	370	—			
130	130	—	90	95	+ 5	350	350	—	310	320	+10	370	360	-10			
140	130	-10	100	105	+ 5	340	350	+10	320	330	+10	390	380	-10			
140	135	- 5	100	100	—	340	345	+ 5	330	335	+ 5	395	390	- 5			
140	130	-10	100	100	—	350	360	+10	310	325	+15	390	390	—			
130	130	—	100	105	+ 5	350	350	—	330	330	—	395	390	- 5			
140	135	- 5	105	110	+ 5	370	375	+ 5	340	350	+10	430	420	-10			
130	130	—	100	100	—	360	360	—	330	335	+ 5	390	390	—			
130	125	- 5	100	105	+ 5	350	355	+ 5	310	320	+10	390	385	- 5			
130	130	—	100	110	+10	340	350	+10	320	330	+10	380	370	-10			
120	115	- 5	100	105	+ 5	320	325	+ 5	330	335	+ 5	380	370	-10			
140	130	-10	105	110	+ 5	350	355	+ 5	330	335	+ 5	390	390	—			
140	130	-10	105	110	+ 5	360	365	+ 5	340	345	+ 5	400	400	—			
135	130	- 5	100	105	+ 5	350	350	—	330	335	+ 5	390	390	—			
140	130	-10	100	105	+ 5	370	380	+10	340	345	+ 5	400	390	-10			
140	125	-15	100	110	+10	350	355	+ 5	320	330	+10	390	375	-15			
135	130	- 5	100	105	+ 5	360	365	+ 5	320	330	+10	390	385	- 5			
130	125	- 5	100	110	+10	340	345	+ 5	315	320	+ 5	380	375	- 5			
130	130	—	100	100	—	350	350	—	320	330	+10	390	390	—			
140	135	- 5	100	105	+ 5	360	360	—	330	335	+ 5	390	390	—			
130	130	—	95	100	+ 5	350	350	—	315	320	+ 5	380	380	—			
130	125	- 5	95	100	+ 5	340	345	+ 5	320	330	+10	380	375	- 5			
130	130	—	95	100	+ 5	350	360	+10	330	335	+ 5	390	380	-10			
130	130	—	100	100	—	340	340	—	320	325	+ 5	370	370	—			
140	130	-10	100	110	+10	335	340	+ 5	310	320	+10	380	375	- 5			
130	125	- 5	95	100	+ 5	340	345	+ 5	310	325	+15	385	280	- 5			
130	130	—	100	105	+ 5	350	350	—	330	335	+ 5	390	385	- 5			
135	130	- 5	95	100	+ 5	360	365	+ 5	330	340	+10	380	375	- 5			
140	135	- 5	100	105	+ 5	360	360	—	330	335	+ 5	395	385	-10			
140	140	—	100	100	—	360	360	—	320	330	+10	390	380	-10			
140	135	- 5	100	110	+10	360	365	+ 5	340	350	+10	400	390	-10			
125	120	- 5	95	100	+ 5	340	340	—	320	320	+10	370	360	-10			
140	135	- 5	100	110	+10	370	370	—	355	370	+15	410	400	-10			

N.	Miednica matki			Dziecko										
	C. C.	S. S.	C. D.	Dłu- gość	Wa- ga	W. prosty			W. pop. d.			W. pop. m.		
						I	7	R	I	7	R	I	7	R
98	290	260	200	500	3025	120	120	—	90	90	—	80	80	—
99	290	265	200	515	3615	120	120	—	95	100	+ 5	80	80	—
100	270	255	180	510	3265	110	115	+ 5	85	90	+ 5	75	85	+10
101	290	260	200	540	3280	120	120	—	90	95	+ 5	80	70	—
102	295	265	205	530	3045	120	120	—	90	100	+10	80	80	—
103	290	260	200	540	3375	120	120	—	90	90	—	80	80	—
104	280	270	200	530	3745	120	120	—	95	100	+ 5	85	85	—
105	280	250	185	530	2805	110	105	— 5	80	85	+ 5	70	70	—
106	290	260	195	540	3380	115	115	—	95	95	—	80	80	—
107	290	260	200	520	3300	110	110	—	90	100	+10	80	80	—
108	285	265	205	540	3460	115	115	—	90	90	—	80	80	—
109	290	260	195	510	3275	110	110	—	90	90	—	80	80	—
110	290	255	200	570	3400	120	120	—	100	110	+10	90	90	—
111	280	250	185	510	2875	110	110	—	85	90	+ 5	70	75	+ 5
112	280	255	190	500	3045	110	110	—	85	90	+ 5	70	70	—
113	290	270	200	520	3075	115	115	—	90	90	—	80	80	—
114	290	260	200	520	3525	125	125	—	100	105	+ 5	85	90	+ 5
115	290	260	195	540	3300	120	120	—	90	90	—	80	80	—
116	290	260	200	530	3465	120	120	—	90	100	+10	80	80	—
117	290	260	195	540	3750	120	120	—	90	90	—	80	80	—
118	290	270	200	530	3750	120	120	—	90	95	+ 5	80	80	—
119	280	260	185	530	3000	115	115	—	85	90	+ 5	70	70	—
120	280	260	190	500	3050	110	110	—	90	100	+10	80	85	+ 5
121	280	250	180	490	3015	110	110	—	80	90	+10	70	70	—
122	280	260	185	500	2900	120	120	—	90	95	+ 5	80	80	—
123	280	255	190	520	3270	125	125	—	90	95	+ 5	80	80	—
124	290	260	200	500	3030	120	120	—	90	90	—	80	80	—
125	300	270	200	560	3925	120	120	—	100	105	+ 5	85	85	—
126	290	265	200	530	3475	120	120	—	90	90	—	80	80	—
127	290	260	200	530	3555	115	120	+ 5	100	105	+ 5	80	85	+ 5
128	285	260	200	500	3200	110	110	—	90	90	—	80	80	—
129	285	270	200	540	3800	120	120	—	100	105	+ 5	80	80	—
130	280	255	190	500	3240	120	120	—	90	90	—	80	80	—
131	285	260	195	510	3025	115	115	—	90	90	—	80	80	—
132	280	250	190	500	2525	110	110	—	80	90	+10	70	70	—
133	275	255	185	480	2775	110	110	—	90	95	+ 5	75	75	—
134	290	260	190	540	3425	120	120	—	95	100	+ 5	85	85	—
135	290	260	200	530	3300	120	120	—	90	90	—	80	80	—
136	290	260	195	520	3610	120	120	—	100	105	+ 5	80	80	—
137	300	270	205	540	3510	110	110	—	90	90	—	80	80	—
138	280	255	180	480	2625	105	105	—	85	95	+10	70	70	—
139	295	260	195	520	3550	125	130	+ 5	90	100	+10	80	80	—
140	280	260	190	510	3280	120	125	+ 5	90	105	+15	80	90	+10
141	290	260	190	520	3200	120	120	—	90	100	+10	80	80	—
142	290	255	195	540	3275	120	120	—	90	100	+10	80	80	—
143	280	250	185	540	3350	115	115	—	95	100	+ 5	80	85	+ 5
144	290	260	195	510	3300	120	120	—	90	90	—	80	80	—
145	295	260	195	500	3610	120	125	+ 5	100	105	+ 5	80	80	—
146	300	280	215	540	3650	120	125	+ 5	95	100	+ 5	80	85	+ 5
147	290	255	195	500	3225	115	115	—	95	95	—	80	80	—
148	280	260	195	530	3325	110	110	—	90	95	+ 5	80	90	+10

			Obwód główki w płaszczyźnie											
W. sk. duż.			W. sk. mały			W. prost.			m. skośn.			duż. skoś.		
I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R
130	130	—	95	100	+ 5	330	340	+10	310	320	+10	380	380	—
145	140	— 5	105	110	+ 5	360	360	—	320	340	+20	395	390	— 5
140	130	—10	95	110	+15	340	350	+10	310	330	+20	380	370	—10
150	140	—10	100	110	+10	360	365	+ 5	320	330	+10	400	400	—
130	130	—	100	105	+ 5	350	350	—	320	330	+10	380	375	— 5
130	139	—	95	110	+15	360	370	+10	310	330	+20	385	380	— 5
145	145	—	110	110	—	360	365	+ 5	330	340	+10	400	395	— 5
130	130	—	100	110	+10	330	340	+10	310	325	+15	375	370	— 5
130	120	—10	100	110	+10	350	350	—	325	340	+15	390	390	—
130	125	— 5	95	100	+ 5	340	340	—	300	310	+10	395	390	— 5
140	130	—10	100	110	+10	350	355	+ 5	330	340	+10	300	390	—10
130	130	—	100	105	+ 5	340	340	—	310	320	+10	370	370	—
140	140	—	105	120	+15	360	365	+ 5	330	340	+10	400	400	—
130	125	— 5	95	110	+15	330	335	+ 5	300	320	+20	375	370	— 5
130	130	—	95	100	+ 5	330	330	—	310	315	+ 5	375	370	— 5
135	130	— 5	105	110	+ 5	340	340	—	320	325	+ 5	385	380	— 5
140	130	—10	105	110	+ 5	350	355	+ 5	320	330	+10	400	390	—10
140	135	— 5	100	105	+ 5	340	340	—	310	320	+10	380	380	—
130	130	—	100	105	+ 5	340	340	—	310	315	+ 5	390	390	—
140	130	—10	110	120	+10	360	365	+ 5	330	340	+10	400	390	—10
140	135	— 5	110	115	+ 5	350	350	—	330	335	+ 5	410	400	— 10
140	130	—10	100	110	+10	340	340	—	305	320	+15	390	380	—10
140	130	—10	100	110	+10	350	350	—	310	320	+10	380	380	—
135	120	—15	90	105	+15	320	330	+10	300	320	+20	380	370	—10
140	130	—10	100	110	+10	340	335	+ 5	320	330	+10	380	380	—
150	140	—10	110	120	+10	370	370	—	335	350	+15	415	410	— 5
130	130	—	95	100	+ 5	350	350	—	320	325	+ 5	390	390	—
150	140	—10	105	110	+ 5	360	365	+ 5	330	340	+10	410	400	—10
140	140	—	105	110	+ 5	360	360	—	310	320	+10	390	390	—
135	130	— 5	105	110	+ 5	350	350	—	330	335	+ 5	395	390	— 5
140	135	— 5	100	100	—	330	330	—	300	305	+ 5	390	390	—
140	140	—	105	110	+ 5	370	370	—	330	340	+10	420	410	—10
130	130	—	100	100	—	330	335	—	310	315	+ 5	370	370	—
130	130	—	100	100	—	330	340	+10	300	310	+10	370	370	—
135	130	— 5	90	100	+10	330	335	+ 5	280	300	+20	370	365	— 5
130	125	— 5	100	110	+10	330	340	+10	320	330	+10	370	360	—10
145	130	—15	105	115	+10	350	355	+ 5	320	330	+10	390	380	—10
135	130	— 5	100	110	+10	340	340	—	310	320	+10	370	370	—
140	140	—	105	110	+ 5	350	350	—	320	325	+ 5	380	370	—10
140	130	—10	100	105	+ 5	350	350	—	330	320	+10	390	390	—
125	125	—	95	95	+	330	330	—	300	305	+ 5	360	360	—
140	135	— 5	105	120	+15	370	375	+ 5	340	355	+15	400	385	—15
140	130	—10	100	115	+15	370	375	+ 5	310	340	+30	390	370	—20
140	140	—	100	105	+ 5	340	340	—	310	330	+20	390	390	—
130	130	—	100	110	+10	345	340	—	320	325	+ 5	370	370	—
135	130	— 5	105	110	+ 5	340	340	—	320	330	+10	380	380	—
140	135	— 5	110	115	+ 5	350	350	—	320	330	+10	380	380	—
140	135	— 5	110	115	+ 5	350	365	—15	330	345	+15	400	395	— 5
140	140	—	110	115	+ 5	360	360	—	335	340	+ 5	395	390	— 5
130	130	—	105	110	+ 5	340	340	—	310	315	+ 5	380	380	—
135	130	— 5	100	100	—	340	350	+10	310	320	+10	380	375	— 5

Nr.	Miednica matki			Dziecko													
	C. C.	S. S.	C. D.	Dłu- gość	Wa- ga	W. prosty			W. pop. d.			W. pop. m.					
						I	7	R	I	7	R	I	7	R	I	7	R
149	270	250	180	500	3100	120	125	+ 5	90	95	+ 5	75	80	+ 5	80	85	+ 5
150	300	280	210	540	4000	120	120	—	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
151	270	240	180	500	2875	115	120	+ 5	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
152	280	260	190	500	2800	120	120	—	90	95	+ 5	75	80	+ 5	80	85	+ 5
153	290	260	195	530	3750	115	115	—	100	105	+ 5	90	90	—	80	85	+ 5
154	280	260	195	490	3100	120	120	—	90	100	+10	75	80	+ 5	80	85	+ 5
155	280	260	190	530	3500	120	120	—	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
156	290	270	190	510	3320	115	120	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5	80	85	+ 5
157	270	240	180	500	3120	110	120	+10	80	95	+15	70	80	+10	80	85	+ 5
158	290	260	190	550	3480	110	115	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5	80	85	+ 5
159	290	260	200	520	3540	110	115	+ 5	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—
160	285	260	195	515	3605	120	120	—	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—
161	260	240	190	540	3225	110	110	—	90	100	+10	80	80	—	80	80	—
162	280	260	195	540	3205	120	120	—	90	90	—	80	80	—	80	80	—
163	260	290	200	550	4100	125	130	+ 5	95	110	+15	85	95	+10	80	85	+ 5
164	290	270	200	520	3475	120	120	—	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
165	280	260	200	520	3400	120	120	—	100	110	+10	80	80	—	80	80	—
166	270	250	190	500	2825	115	115	—	90	100	+10	80	80	—	80	80	—
167	300	270	195	530	3800	120	120	—	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
168	270	260	200	510	3400	120	125	+ 5	90	95	+ 5	80	80	—	80	80	—
169	295	275	205	510	3210	115	115	—	95	95	—	80	80	—	80	80	—
170	290	270	190	510	3250	120	120	—	90	100	+10	80	90	+10	80	80	—
171	270	260	190	520	3210	120	120	—	90	100	+10	80	80	—	80	80	—
172	290	250	190	500	3300	120	125	+ 5	100	110	+10	85	90	+ 5	80	85	+ 5
173	270	240	185	490	2405	115	120	+ 5	85	90	+ 5	75	80	+ 5	80	85	+ 5
174	290	260	210	530	3200	120	120	—	90	90	—	80	80	—	80	80	—
175	290	260	200	520	3050	120	125	+ 5	90	100	+10	80	80	—	80	80	—
176	290	260	206	490	3205	115	115	—	90	90	—	75	75	—	80	80	—
177	290	265	200	520	3500	120	120	—	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—
178	295	270	205	535	4105	120	120	—	100	100	—	90	90	—	80	80	—
179	270	255	180	515	3045	110	115	+ 5	85	90	+15	75	85	+10	80	85	+ 5
180	280	260	185	500	3015	110	110	—	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
181	290	265	195	520	3700	120	120	—	100	105	+ 5	80	80	—	80	80	—
182	290	260	200	500	3050	120	120	—	90	100	+10	75	80	+ 5	80	85	+ 5
183	290	270	210	540	3900	120	120	—	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—
184	280	250	190	490	2775	110	110	—	85	90	—	75	80	—	80	80	—
185	290	260	195	520	3595	115	115	—	100	105	+ 5	80	80	—	80	80	—
186	290	260	200	500	3310	115	115	—	90	90	—	80	80	—	80	80	—
187	290	260	200	500	3310	120	120	—	95	100	+ 5	75	80	+ 5	80	85	+ 5
188	290	260	200	520	3050	120	115	— 5	100	110	+10	80	80	—	80	80	—
189	290	260	200	520	3105	110	110	—	90	90	—	80	80	—	80	80	—
190	290	260	195	500	3274	120	115	— 5	90	100	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
191	290	260	200	510	3100	110	110	—	95	105	+10	85	90	+ 5	80	85	+ 5
192	285	260	195	500	3375	120	120	—	100	105	+ 5	80	80	—	80	80	—
193	290	260	200	520	3400	115	125	+10	100	110	+10	80	85	+ 5	80	85	+ 5
194	280	255	190	520	3515	120	120	—	95	110	+ 5	80	85	+ 5	80	85	+ 5
195	290	260	195	510	3400	120	115	— 5	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—
196	280	250	185	490	2400	110	110	—	90	95	+ 5	75	80	+ 5	80	85	+ 5
197	290	260	205	550	3900	120	120	—	100	100	—	80	80	—	80	80	—
198	290	250	200	500	3045	120	130	+10	90	90	—	80	80	—	80	80	—
199	285	260	185	510	3480	110	115	+ 5	90	95	+ 5	80	85	+ 5	80	85	+ 5
200	290	255	195	520	3225	110	115	+ 5	95	100	+ 5	80	80	—	80	80	—

			Obwód główki w płaszczyźnie											
W. sk. duż.			W. sk. mały			W. prost.			m. skośn.			duż. skoś.		
I	7	R	i	7	R	i	7	R	i	7	R	i	7	R
140	130	-10	100	115	+15	340	340	-	300	310	+10	390	380	-10
140	140	-	100	120	+20	360	365	+5	320	350	+30	390	390	-
130	130	-	100	110	+10	350	355	+5	320	340	+20	380	380	-
140	130	-10	100	115	+15	335	335	-	300	330	+30	390	380	-30
125	125	-	115	120	+5	355	355	-	340	345	+5	390	390	-
135	130	-5	100	110	+10	345	350	+5	320	325	+5	385	380	-5
140	140	-	100	110	+10	355	360	+5	315	335	+20	395	390	-5
140	130	-10	100	110	+10	350	355	+5	320	340	+20	380	380	-
140	125	-15	95	110	+15	340	350	+10	310	335	+25	380	365	-15
140	130	-10	100	115	+15	350	355	+5	310	335	+25	390	380	-10
140	125	-15	100	110	+10	350	355	+5	320	330	+10	390	375	-15
145	140	-5	105	110	+5	360	365	+5	325	340	+15	395	390	-5
135	130	-5	90	110	+20	345	350	+5	300	325	+25	380	380	-
140	135	-5	100	105	+5	340	340	-	330	335	+5	370	370	-
150	140	-10	100	110	+10	370	380	+10	330	350	+20	390	375	-15
140	140	-	95	115	+20	360	365	+5	330	350	+20	410	400	-10
140	130	-10	100	110	+10	340	340	-	320	330	+10	380	380	-
150	130	-20	95	115	+20	340	350	+10	310	325	+15	380	370	-10
130	130	-	100	110	+10	340	340	-	340	345	+5	390	390	-
140	130	-10	110	120	+10	350	360	+10	325	330	+5	390	375	-15
130	130	-	105	110	+5	330	330	-	320	320	-	380	380	-
135	130	-5	105	110	+5	350	350	-	320	335	+15	390	385	-5
135	130	-5	95	105	+10	350	350	-	320	330	+10	380	380	-
140	135	-5	100	110	+10	350	350	-	320	335	+15	390	390	-
130	120	-10	95	110	+15	330	335	+5	300	320	+20	380	375	-5
130	130	-	100	100	-	360	360	-	320	320	-	380	370	-10
140	130	-10	100	110	+10	350	355	+5	320	325	+5	380	380	-
130	130	-	100	105	+5	330	335	+5	310	320	+10	370	370	-
140	130	-10	110	115	+5	355	360	+5	320	330	+10	390	380	-10
140	140	-	105	110	+5	360	360	-	330	350	+20	390	390	-
140	130	-10	95	110	+15	340	350	+10	315	330	+15	380	370	-10
140	130	-	100	110	+10	350	350	-	330	320	+10	380	380	-
140	135	-5	105	110	+5	340	340	-	325	330	+5	390	390	-
140	135	-5	90	105	+15	330	340	+10	300	330	+30	390	380	-10
140	140	-	110	115	+5	350	350	-	320	330	+10	395	390	-5
125	120	-5	90	110	+20	330	335	+5	305	315	+10	360	350	-10
140	140	-	100	110	+10	360	360	-	320	335	+15	380	380	-
140	135	-5	100	110	+10	340	340	-	320	340	+20	370	370	-
140	130	-10	100	110	+10	345	350	+5	320	340	+20	380	380	-
130	120	-10	100	105	+5	350	350	-	310	320	+10	380	370	-10
140	135	-5	100	110	+10	340	340	-	330	340	+10	380	370	-10
130	130	-	100	115	+15	360	360	-	320	340	+20	380	365	-15
140	130	-10	105	110	+5	350	350	-	315	340	+25	385	375	-10
140	130	-10	105	110	+5	335	340	+5	315	330	+15	380	370	-10
140	135	-5	100	100	-	340	345	+5	320	340	+20	380	365	-15
130	130	-	110	115	+5	355	360	+5	335	350	+15	395	390	-5
140	140	-	100	110	+10	350	350	-	320	335	+15	390	390	-
130	125	-5	90	110	+20	330	335	+5	300	330	+30	360	360	-
140	140	-	100	110	+10	370	375	+5	340	350	+10	400	400	-
130	125	-5	115	120	+5	350	355	+5	340	355	+15	370	360	-10
140	130	-10	100	115	+15	350	355	+5	310	335	+25	390	380	-10
140	125	-15	100	110	+10	350	355	+5	320	330	+10	390	375	-15

Serya druga**Tablica XVII.****M = matka****D = dziecko**

Nr.	W. poprzecz. mały		W. poprzecz. duży		W. skośny mały		Wymiar prosty	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.
1	115	85	125	80	135	85	155	95
2	110	85	125	80	130	85	160	95
3	115	70	130	85	130	85	160	95
4	125	70	130	85	130	85	160	100
5	125	85	130	85	140	90	160	100
6	125	85	140	85	140	90	165	90
7	130	85	140	90	135	100	170	110
8	130	85	140	90	135	100	190	110
9	145	95	155	100	105	120	190	115
10	145	90	155	105	165	115	185	120
11	125	75	150	105	160	120	185	110
12	120	80	145	100	135	100	170	110
13	120	80	145	95	135	100	170	110
14	120	80	145	100	135	95	170	105
15	110	80	130	95	135	105	160	115
16	115	80	135	95	140	105	165	115
17	120	85	140	95	140	105	170	115
18	120	80	140	95	135	100	170	105
19	125	75	145	95	145	100	170	110
20	130	85	145	100	145	100	170	115
21	120	85	145	85	145	100	170	115
22	120	85	145	85	145	100	170	105
23	125	80	145	100	150	110	175	115
24	145	85	155	95	165	110	190	100
25	145	80	155	95	165	110	185	110
26	145	95	150	105	165	105	185	120
27	130	85	145	100	145	100	170	115
28	130	85	145	100	145	100	170	120
29	120	80	145	95	145	100	165	105
30	120	80	145	95	140	100	165	110
31	120	70	135	90	155	110	170	105
32	120	75	145	90	155	115	175	110
33	130	80	145	105	145	105	175	120
34	105	75	125	85	130	90	155	105
35	110	70	125	90	130	90	155	110
36	110	75	125	90	130	90	155	110
37	115	70	130	90	130	95	160	165
38	115	75	130	90	130	90	160	105
39	115	80	130	90	130	95	160	100
40	120	70	135	90	130	90	165	115
41	120	75	135	90	135	90	165	110
42	120	80	135	80	135	90	165	100
43	120	80	135	95	135	100	165	110
44	120	85	135	95	135	100	165	105
45	125	70	140	95	140	95	165	105
46	125	70	140	95	135	100	165	110

Nr.	W. poprzecz. mały		W. poprzecz. duży		W. skośny mały		Wymiar prosty	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.
47	125	75	140	95	140	100	165	105
48	125	80	145	85	140	100	165	105
49	125	80	145	85	145	95	165	105
50	130	85	145	90	140	100	165	105
51	130	85	145	90	140	100	165	105
52	130	85	145	100	145	95	170	110
53	130	90	145	90	145	100	170	110
54	135	75	145	100	145	100	170	110
55	135	80	150	100	145	100	170	110
56	135	80	145	100	145	100	170	110
57	145	80	145	100	145	100	170	110
58	140	90	155	90	145	100	170	110
59	140	90	145	100	145	100	170	110
60	140	85	150	95	145	105	185	115
61	140	80	145	100	145	110	170	110
62	140	85	150	95	145	105	170	115
63	135	85	145	100	145	110	185	115
64	135	80	145	100	145	105	170	110
65	135	85	145	100	150	110	170	115
66	135	80	155	90	150	110	185	110
67	135	85	145	100	150	105	170	115
68	120	80	140	95	130	95	155	105
69	120	80	140	95	130	95	160	100
70	125	75	125	90	135	90	165	105
71	120	80	140	95	135	95	160	105
72	125	80	145	90	135	90	165	110
73	120	80	140	95	135	95	165	110
74	120	80	140	95	135	95	170	105
75	130	80	140	95	135	95	170	115
76	130	85	145	100	135	100	170	115
77	130	80	145	95	140	100	170	105
78	130	85	145	100	135	100	175	115
79	130	80	145	95	135	100	170	115
80	135	85	145	100	140	100	175	115
81	130	80	145	95	135	100	180	115
82	120	80	135	95	135	100	180	115
83	140	85	145	100	145	100	170	110
84	140	85	145	100	145	100	170	110
85	135	85	145	100	145	100	170	110
86	135	75	150	85	150	95	165	100
87	130	75	150	90	150	100	165	100
88	135	90	145	100	165	115	185	115
89	135	90	145	100	165	115	185	120
90	130	75	145	95	145	100	170	100
91	130	75	145	95	145	100	170	110
92	110	75	125	90	135	95	155	100
93	115	80	130	90	130	100	155	110
94	115	75	125	90	130	95	155	110
95	120	80	145	100	135	100	165	115
96	120	85	145	100	135	100	165	110
97	120	80	145	100	135	100	165	110
98	120	85	145	100	135	100	170	110

Nr.	W. poprzecz. mały		W. poprzecz. duży		W. skośny mały		Wymiar prosty	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.
99	120	80	140	85	145	105	160	110
100	130	80	140	85	140	100	165	100
101	130	85	135	95	145	95	165	105
102	125	80	135	85	135	95	165	110
103	120	80	135	90	145	95	170	105
104	130	85	145	90	155	115	165	115
105	120	85	150	100	160	105	170	110
106	130	80	150	105	160	110	170	115
107	140	80	145	95	165	100	180	115
108	140	85	145	100	160	110	180	110
109	140	85	145	100	160	105	180	120
110	140	80	145	100	160	115	185	125
111	130	80	145	100	150	110	175	115
112	130	85	150	95	145	100	170	115
113	130	85	145	95	145	105	170	115
114	130	80	145	100	150	110	175	120
115	115	75	135	90	135	100	170	115
116	120	70	130	90	140	100	170	110
117	115	80	130	90	135	100	170	110
118	120	75	135	90	140	100	175	115
119	140	75	145	95	155	120	180	115
120	135	85	145	100	160	100	180	120
121	135	85	145	100	160	110	180	115
122	120	75	135	90	130	95	175	100
123	120	80	135	90	135	95	175	110
124	120	80	135	95	135	95	175	105
125	120	85	130	90	135	100	175	110
126	120	85	130	90	135	100	180	100
127	125	80	135	95	140	100	175	115
128	130	85	145	100	135	100	165	115
129	130	85	145	95	135	105	175	115
130	130	85	145	100	135	100	165	110
131	135	75	140	80	140	105	180	100
132	130	85	145	100	135	100	170	115
133	135	75	140	80	130	95	155	100
134	130	85	145	100	135	95	170	115
135	120	70	130	90	130	100	155	110
136	130	85	145	100	135	100	175	120
137	115	75	130	90	135	90	100	100
138	135	80	145	100	155	110	180	115
139	115	75	130	90	135	90	160	105
140	135	80	145	100	155	115	180	120
141	130	80	145	95	150	105	170	110
142	130	80	145	95	150	105	170	110
143	130	80	145	100	155	110	180	110
144	120	80	135	85	145	90	180	105
145	130	80	145	100	155	115	175	115
146	130	80	145	100	155	115	175	115
147	120	85	135	85	135	95	180	95
148	130	80	145	100	155	110	180	110
149	135	75	135	95	140	95	165	105
150	130	75	140	85	150	110	165	105

Nr.	W. poprzecz. mały		W. poprzecz. duży		W. skośny mały		Wymiar prosty	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.
151	130	80	135	95	140	95	165	105
152	130	80	135	95	150	110	165	115
153	115	80	130	90	135	95	160	105
154	130	80	130	95	135	100	160	110
155	130	80	130	95	135	100	160	105
156	115	80	130	90	135	95	160	105
157	130	80	140	95	145	100	165	105
158	130	80	140	95	145	100	165	110
159	120	75	140	95	145	100	165	115
160	130	80	140	95	145	100	160	110
161	130	80	140	95	145	100	165	115
162	115	80	130	95	130	95	165	100
163	120	70	135	90	135	100	165	160
164	115	80	130	95	130	95	170	100
165	120	70	135	90	135	100	165	100
166	120	75	135	90	135	100	170	100
167	120	75	135	90	135	100	175	110
168	130	85	145	85	145	90	165	105
169	130	85	145	90	145	95	170	110
170	130	85	145	90	145	100	170	110
171	120	70	135	85	135	90	165	105
172	120	75	135	90	135	95	170	115
173	120	70	140	90	135	95	170	105
174	120	75	140	85	135	90	165	100
175	125	75	135	85	135	90	160	110
176	125	75	135	85	140	90	170	105
177	125	75	135	90	135	90	165	110
178	125	80	145	85	140	100	170	105
179	130	80	145	85	140	100	170	100
180	125	80	140	85	140	105	170	105
181	130	80	145	85	140	100	165	100
182	125	80	145	90	145	105	170	110
183	130	75	150	95	145	115	175	115
184	125	80	140	85	145	95	175	100
185	130	75	150	90	155	115	175	115
186	125	80	140	85	145	95	170	105
187	125	70	145	85	145	95	170	105
188	120	80	140	85	145	95	170	105
189	120	80	140	85	150	100	165	110
190	120	85	135	95	150	95	170	105
191	120	85	135	95	145	95	170	110
192	125	75	145	95	160	100	165	115
193	125	80	150	100	160	105	170	115
194	120	80	150	105	160	110	165	115
195	120	85	145	105	155	110	170	115
196	125	85	155	105	160	110	170	120
197	125	85	150	100	160	105	170	120
198	130	85	150	105	155	115	170	120
199	130	90	150	115	155	120	175	120
200	130	90	155	110	165	120	175	125

PIŚMIENNICTWO.

1. B ä c k e r—Die passiven Geburtsfaktoren, Arch. f. Geb. 1891 Bd. 40, str. 266.
2. B o r i n s k y — Zur Lehre v. d. Wendung u. s. w. Arch. f. Gynec. Bd. IV.
3. C h a r p e n t i e r—Traité pratique des accouch. Paris.
4. D o b r o w o l s k i—Ginekologia.
5. D o h r n—Ueber die Durchtrittsweise u. s. w. Arch. f. Gynec. Bd. VI—1874, str. 82.
6. E s c h P.—Wie viele ausgetragene Kinder passiren beim platt. Becken, Ctrbl. für Geb. u. Gyn. 1913.
7. F a u r e — L'accouchement dans les bassins plats — rachitiques, Ctrbl. für Geb. u. Gyn. 1911.
8. F e h l i n g — Ueber die Compression d. Schaedels u. s. w. Arch. f. Gyn. 1874, str. 68.
9. F e d o r o w — Materjały k woprosu o terapii rodow i t. d. dyssert. Warszawa 1891.
10. J u n g Ph.—Die Behandlung d. eng. Beck. Ctrbl. f. Geb. 1912.
11. K o c k s. — Der Suboccipito-frontale Kopfumfang, Ctrbl. f. Geb. 1905, str. 35.
12. K r z y w i c k i—Rasy fizyczne, Warszawa 1893.
13. t e n ż e — Ludy. Warszawa 1897.
14. K o ś m i ń s k i—Niezwyczajny przypadek położniczy. Przegl. Lek. 1901, str. 103.
15. L e h l e — Zur Behandlung der Vorderhauptslagen Ctrbl. f. Geb. 1913.
16. L i p s k i K. — Sprawnenje rezultatow profilaktyczeskawo oborota i t. d. Żurn. akusz. 1913.
17. M e t z l e r — Geburtsverlauf und Therapie bei eng. Beck. Ctrbl. f. Geb. 1911.
18. M u n r o k e r r—Neue Methode zur Messung. Ctrbl. f. Geb. 1903, str. 740.
19. M ü l l e r P.—Ueber das Einpressen d. Kopfes. — Volkm. Votr. № 264.
20. M ü l l e r A. — Ueber die Formveraenderung, des Kindl. Schaedels, Monatschr. f. Geb. 1898, str. 179.

21. Müller A.—Die fünf typisch. profilkurven des Schaedels Ctbl. 1910 str. 1178.
22. Müller II.—Ueber den Einfluss wiederholter Schwang. u. s. w. Mahrburg 1871.
23. Skałkowski—Ueber das Verhaeltniss gewissen Durchmesser u. s. w. Arch. f. Gyn. 1890 Bd. 38, str. 501.
24. S o ł o w i j — Zapobiegawczy obrót na nóżki. Lwow. Tyg. Lek. 1907.
25. S c h a u t a — Vortraege ueber Geburtshilfe. Wien. Med. Woch. 1911.
26. W i n t e r — Zur Therapie d. platten Beckens. Zeitschr. f. Geb. Bd. XIII.
27. W i n k e l—Klinische Beobacht. zur Distokie der Beckenge, Leipzig 1882.
28. W a l c h e r—Weitere Erfahrungen in der Beeinflussung der Form u. s. w. Münch. Med. Woch. 1911, str. 134.
29. Y a m a s a k i K u m a m o t o — Ueber Geburten bei engem Becken, Ctrbl. f. Geb. 1911.

CZYNNOŚCI

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1917.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 września 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 48, gości 5.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

- Treść: 1) St. Mutermilch i O. Grauberg.
Badania porównawcze nad metodą ultramikroskopową (z demonstracją) i odczynem Wassermana w syfilisie.
2) K. Szokałski. W sprawie dyetetyki chorób zakaźnych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto z poprawkami A. Sokołowskiego i K. Zielińskiego.

II. Prezes powitał gości: kol. Niewińskiego, Grauberg, Goldberg, Koskowskiego i Majewską.

III. Prezes zawiadomił, że otrzymano od Tymczasowego komitetu obchodu Kościuszkowskiego list z prośbą o delegowanie przedstawiciela Tow-a do Komitetu, i że przedstawicielem tym będzie Sekretarz stały.

IV. Prezes zawiadomił, że otrzymano zaproszenie od Komitetu organizacyjnego Zjazdu kobiet polskich do wzięcia udziału w pracach Zjazdu, i że przedstawicielem Tow. będzie Wiceprezes.

V. Prezes zawiadomił, że otrzymano podziękowanie od Komitetu organizacyjnego II Zjazdu higienistów polskich za wzięcie udziału w pracach zjazdowych.

VI. Prezes zawiadomił, że otrzymano podziękowanie od d-ra L a s o c k i e g o z Nałęczowa za wybór na członka honorowego Tow.

VII. Do księgozbioru przybyły prace następujące: 1) Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce, wydawn. W. Tow. Hyg., Warsz., 1907; 2) „Pamiętnik kliniczny szpitala Dz. Jezus“, zeszyt I-y, Warsz., 1917; 3) „Polski miesięcznik lekarski“, Kijów, styczeń-luty, 1917; 4) „Działalność Rady Opiekuńczej powiatu warszawskiego w r. 1916“, wydawn. R. G. O., Warsz., 1917; 5) „Festschrift zum 40-jährigen Doktorjubiläum des dr. med. A. Sokołowski“, odbitka z „Beitraege zur Klinik d. Tuberk.“, Würzburg, B. 37, H. 3, 1917; 6) „Organizacya i działalność sekcji sanitarnej w 1915 r.“, wydawn. Kom. Obywatel. gub. Warsz., 1917; 7) Sprawozdanie Kom. Obyw. m. Warszawy za r. 1916; 8) D-ra M. B o r n s z t a j n a: „Z anatomii patologicznej psychoz przedstarczych“, wydawn. Tow. Nauk. Warsz., 1917; 9) tegoż: „O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (*schizothymia reactiva*)“ Warsz., 1917; 10) tegoż: „Ueber einen eigenartigen Typus d. psychischen Spaltung (*schizothymia reactiva*)“, odbitka z Zeit. für d. ges. Neur. u. Psych., Berlin, 1917, B. XXXVI, H. 1 i 2; 11) D-ki W. S z c z a w i Ń s k i e j „Życie ogniska“, wydawn. Tow. „Kropla mleka“, Warsz., 1917 i 12) D-ra O. H e w e l k e g o „Zwrot w zapatrywaniach na metodę sanatoryjną zwalczania gruźlicy, jako choroby ludowej“, Warsz., 1917.

VIII. St. M u t e r m i l c h i O. G r a u b e r g (wygłosił St. M u t e r m i l c h): „Badania porównawcze nad metodą ultramikroskopową i odczynem W a s s e r m a n n a w syfilisie“.

Odczyn odchylenia dopełniacza B o r d e t - G e n g o u polega, jak wiadomo, na tem, że antygen w połączeniu z odpowiadającym mu niwecznikiem wywołuje wiązanie, odchylenie dopełniacza, co stwierdzamy przy pomocy układu hemolitycznego: odchylenie komplementu przejawia się przez brak hemolizy, przez jej, jak się wyrażamy, zahamowanie. W a s s e r m a n n w braku hodowli krętków białych posiłkował się, jako antygenem, wodnym wyciągiem z wątroby płodów syfilitycznych i sądził, że dodatni wynik odczynu jest dowodem istnienia w surowicy krwi syfilityka swoistych niweczników. Jednakże obecnie nie może być mowy o tem, abyśmy tu mieli do czynienia ze swoistym odczynem odpornościowym w sensie B o r d e t - G e n g o u. Również odrzucić należy przypuszczenie, aby obok odczynu nieswoistego zachodziło równolegle swoiste zjawisko odchylenia

nia komplementu; przeciwko temu przemawiają choćby doświadczenia autorów amerykańskich (K o l m e r, W i l l i a m s, L a u b a g h), którzy dokonywali badań nad surowicami z dodatnim odczynem W a s s e r m a n n a z jednej strony z antygenem nieswoistym, z drugiej z wodnym wyciągiem z hodowli krętków białych, otrzymanej metodą N o g u c h i ' e g o: stwierdzili oni, że surowice takie tylko w 50% dawały wynik dodatni bardzo słaby z wodnym wyciągiem hodowli krętków, wyciąg zaś alkoholowy takiej hodowli stale dawał wynik ujemny. Należy obecnie uważać za rzecz pewną, że surowice syfilityczne mogą dawać odczyn odchylenia dopełniacza nie tylko z wyciągiem z narządów syfilitycznych, lecz również z alkoholowymi wyciągami narządów prawidłowych, jak serca świnki morskiej, serca ludzkiego, a wreszcie i z czystymi ciałami chemicznymi, jak lecytyną, cholesteryną i in., słowem, ze związkami o charakterze ciał t. z. lipoidalnych. Niemal powszechnie przyjęty został pogląd, że w odczynie W a s s e r m a n n a mamy do czynienia ze zjawiskiem natury fizyko-chemicznej, zachodzącym pomiędzy ciałami o własnościach koloidalnych, mianowicie, pomiędzy lipoidami, zawartymi w antygenie, a globulinami surowicy krwi syfilityka; globuliny te w porównaniu z normalucmi są bardziej labilne, o grubszej dyspersyi. Naskutek tego odczynu koloidalnego zachodzi precypitacja, wywołująca wtórnie adsorbację, znikanie komplementu. Pewną rolę, zdaje się, odgrywają tu również zjawiska natury elektrycznej. Precypitację tę uwioczyć można, jak to pierwszy ogłosił J a c o b s t a h l, pod ultramikroskopem; na demonstrowanym preparacie z przypadku surowicy dodatniej widzimy prócz mnóstwa drobnuciuchnych błyszczących na czarnem tle ultramikroskopowych cząstek lipoidalnych liczne mniejsze i większe ich skupienia.

Technika, jaką posilkowali się mówcy w swych badaniach, polegała na tem, że w próbówce mieszano surowicę krwi unieczynnioną w ilości 0,1 cent. sz. z 0,2 c. sz. antygenu w rozcieńczeniu takim, jakiego używamy do odczynu W a s s e r m a n n a i z 0,2 c. sz. fiz. roztworu soli kuchennej; mieszaninę tę wstawiano do ciepłarki przy 37° na dwie godziny, następnie pozostawiano w ciepłocie pokojowej do następnego dnia. Do badania ultramikroskopowego brano kroplę z dna próbówki po odlaniu płynu. W przypadkach, gdzie odczyn W a s s e r m a n n a wypadł silnie dodatnio, znajdowano pod ultramikroskopem bardzo liczne mniejsze i większe charakterystyczne skupienia (demonstracja); w przypadkach zaś surowic z ujemnym odczynem W a s s e r m a n n a widzimy liczne żywo poruszające się ziarenka lipoidalne (demonstracja), skupień zaś (precypitacji) niema albo wcale, lub też są one bardzo słabo wyrażone. Surowice dodatnie dają niekiedy precypitację tak silną, że widzimy ją wyraźnie gołem okiem przy rozpatrywaniu próbówki z mieszaniną (demonstracja). Do chwili zgłoszenia (maj 1917 r.) niniejszego odczytu zbadano 300 surowic, z tych 90 z dodatnim odczynem W a s s e r m a n n a. Naogół stwierdzono zgodność w wynikach obu metod (odczyn W a s s e r

m a n n a, metoda ultramikroskopowa). W 5 tylko przypadkach znaleziono niezgodność pomiędzy obydwoma metodami: pomimo ujemnego odczynu W a s s e r m a n n a otrzymano wybitną reakcję ultramikroskopową. 4 przypadki dotyczyły pewnych syfilityków; u 2 z nich dawniej odczyn W a s s e r m a n n a wypadł silnie dodatnio. Co się tyczy piątego przypadku, to dotyczył on tabetyka, u którego odczyn W a s s e r m a n n a klasyczny wypadł ujemnie, B a u e r - H e c h t dodatnio, płyn zaś mózgowo-rdzeniowy tego chorego dał silny odczyn W a s s e r m a n n a. Już po zgłoszeniu niniejszego odczytu dokonano przy łaskawej pomocy kol. J. G o l d b e r g a n k i jeszcze około 100 badań porównawczych; w kilku przypadkach stwierdzono silny odczyn ultramikroskopowy pomimo ujemnego wyniku odczynu W a s s e r m a n n a. I tu wywiady stwierdziły zakażenie syfilityczne, bądź podejrzenie w kierunku syfilisu (tętniak aorty, prostytutka i t. d.). Co się tyczy płynów mózgowo-rdzeniowych, to zbadano porównawczo 20, z tych 5 z dodatnim odczynem W a s s e r m a n n a. Płyny mózgowo-rdzeniowe dodatnie dawały niekiedy wyraźną precypitację ultramikroskopową dopiero po użyciu większej ilości płynu, np. 0,2 c. sz. płynu i 0,2 antygenu lub nawet 0,4 c. sz. płynu i 0,2 c. sz. antygenu. Z punktu widzenia praktycznego metoda ultramikroskopowa nie może jednakże zastąpić w zupełności odczynu W a s s e r m a n n a; w większości bowiem takich przypadków, gdy W a s s e r m a n n a klasyczny wypadł słabo dodatnio (+ lub ++), lub też ujemnie, a B a u e r - H e c h t dodatnio, — przy badaniu ultramikroskopem skupienia ziarenek były tak nieliczne i drobne, jakie spostrzegano niekiedy przy badaniu surowic normalnych. Mówca zdaje sprawę z badań dokonanych nad globulinami surowicy krwi, mających na celu wykazanie, czy zachowują się one odmiennie w przypadkach syfilisu Zbadano 10 surowic dodatnich i 28 ujemnych. Globuliny otrzymywano za pomocą przepuszczania CO₂ przez surowicę czynną pięciokrotnie rozcieńczoną; globuliny strącone odwirowywano i rozpuszczano w odpowiedniej ilości fiz. roztworu soli kuchennej. Z otrzymanymi globulinami (po uprzednim ich unieczynnieniu) dokonywano odczynu W a s s e r m a n n a oraz przeprowadzano badania ultramikroskopowe według podanej wyżej techniki. Okazało się, zgodnie z innymi badaczami, że odczyn W a s s e r m a n n a najczęściej wyniku żadnego nie daje, ponieważ globuliny zarówno normalne, jak i syfilityczne już same przez się bez antygenu mogą dawać odchylenie komplementu. W surowicy krwi prawidłowej białko (albumina), jak przyjmują niektórzy autorowie, działa antagonistycznie względem globulin normalnych, pozostaje zaś bez wpływu na zmienione globuliny syfilityczne. Co się tyczy badań ultramikroskopowych nad globulinami, otrzymywanymi w powyżej opisany sposób, to mówcy znaleźli, że globuliny surowic prawidłowych nie dają precypitacji wcale lub też bardzo nieznaczną, surowice zaś dodatnie dają wybitnie silne i liczne skupienia, występujące niekiedy pod ultramikroskopem już po kilku minutach. Badania te potwierdzają

pogląd, że w zakażeniu syfilitycznem globuliny surowicy krwi ulegają pewnym zmianom natury fizyko-chemicznej. Na korzyść przypuszczenia (S c h m i d t), że globuliny syfilityczne są koloidami o dyspersyi grubszej, niż normalne, przemawiają badania nad przesączaniem surowic syfilitycznych przez woreczki kolodyonowe (S t e f a n M u t e r m i l c h) i t. p.; okazało się, że surowice dodatnie po przesączeniu stają się ujemnymi, t. j. odczyn W a s s e r m a n n a dodatni zamienia się na ujemny, gdyż cząstki globulinowe o grubszej dyspersyi ulegają zatrzymaniu w woreczku,—podczas gdy w przypadkach z istotnym odczynem B o r d e t - G e n g o u (antygen-niwecznik) przesączanie pozostaje bez żadnego zgoła wpływu na wynik odczynu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi: a) A. Ż u r a k o w s k i zauważył, że w ultramikroskopie nie oglądamy przedmiotu, lecz tylko promień światła, od przedmiotu odbity, skutkiem czego mierzenie obrazów ultramikroskopowych nie da zapewne wyników ścisłych. Co do odczynu W a s s e r m a n n a, to nie jest on specyficzny, wypada bowiem dodatnio nawet w surowicach zwierzęcych. U ludzi dodatni odczyn W a s s e r m a n n a wypada szczególnie często w przypadkach przewlekłego rozrostu tkanki łącznej, np. w marskości wątroby i tętniakach aorty.

b) T r z e c i ń s k i zauważył niezgodność pomiędzy jednym twierdzeniem prelegenta, że odczyn W. właściwy jest czulszy, niż ultramikroskopowy, a twierdzeniem drugim, że odczyn ultramikr. wypada dodatnio nieraz w tych przypadkach, w których odczyn właściwy wypada ujemnie.

c) M. J a k o w s k i zapytał, czy były badane metodą ultramikroskopową surowice dodatnie niesyfilityczne, i jakie w tych razach otrzymano wyniki.

d) S t. O r ł o w s k i zapytał, czy były badane metodą ultramikroskopową płyny mózgowo-rdzeniowe i czy wyniki otrzymane były analogiczne z wynikami odczynu klasycznego.

e) M u t e r m i l c h odpowiedział Ż u r a k o w s k i e m u, że wprawdzie w ultramikroskopie przedmiotu samego nie widzimy, lecz promienie odbite od przedmiotu układają się oczywiście w kształt przedmiotu. Co do swoistości odczynu, to nie ulega wątpliwości, że odczyn W. nie jest swoisty, gdyż w niektórych stanach chorobowych wypada stale dodatnio (lepra, framböesia), a w innych—często (płonica, zimnica, eklampsja). Można więc przypuścić, że i w tych cierpieniach zachodzą te same zmiany w globulinach, co i w syfilisie.—Co do uwagi T r z e c i ń s k i e g o, to prelegent, uznając jej słuszość, stwierdził, że jednak odczyn klasyczny, wzgl. modyfikacja B a u e r - H e c h t a muszą być dlatego uważane za bardziej czułe, że dają wyniki słabo dodatnie (jeden +) w wielu przypadkach, w których metoda ultramikroskopowa daje wynik ujemny. Trudno jest natomiast wytłumaczyć, dlaczego niektóre surowice dają ujemny odczyn W a s s e r m a n n a, pomimo wybitnych skupień ultramikroskopowych.

Być może, że precypitacya zaczyna tworzyć się dopiero po upływie dłuższego czasu, być może również, że nie każda precypitacya powoduje adsorbcyę dopełniacza. Badań, o które zapytywał J a k o w s k i, prelegent nie przeprowadzał, przypuszcza jednak, że surowice niesyfilityczne będą również dawały dodatni wynik metodą ultramikroskopową.

Odpowiedź O r ł o w s k i e m u została zamieszczona w auto-referacie.

f) W o j c i e c h o w s k i dodał, że płyn mózgowo-rdzeniowy wogóle zachowuje się inaczej, niż surowica, nie zawiera np. hemolizyn, skutkiem czego modyfikacye odczynu klasycznego z płynem nieinaktywowanym dają wynik stale dodatni.

IX. K. S z o k a l s k i wypowiedział rzecz p. t.: „W sprawie dyetetyki chorób zakaźnych“.

Prelegent omawiał dane, dotyczące przemiany materii u chorych gorączkujących. Stwierdzono, że podczas odżywiania dużemi ilościami białka organizm traci o 20%, mniej białka, niż wówczas, gdy ilość białka w pokarmach jest nieznaczna. Podnoszenie się ciepłoty po obfitych pokarmach u gorączkujących nie jest absolutnym pewnikiem. Białko i węglowodany wprowadzone w chorobach gorączkowych oszczędzają białko organizowane. Tłuszcze są gorzej znoszone przez chorych gorączkujących, gdyż wskutek zaburzeń trawienia gorzej ulegają wessaniu i wytwarzają cuchnące kwasy tłuszczowe, drażniące upośledzone przez sam proces chorobowy organy trawienne. Co do wprowadzania stałych pokarmów, poglądy są rozbieżne. Wielu autorów z E w a l d e m na czele usuwa je z diety gorączkujących, szczególnie w chorobach dróg pokarmowych, gdzie wybitna hyperestezya śluzówki kanału pokarmowego może wzmacniać perystaltykę. Dla zobrazowania poglądów obecnych na dyetetykę chorób gorączkowych S z o k a l s k i zatrzymuje się na dyetetyce duru brzuszego. Po omówieniu poglądów obozu umiarkowanego, niedopuszczającego odżywiania mięsem i wogóle stałymi pokarmami, przytacza poglądy obozu przeciwnego. S c h o t t m ü l l e r od kilkunastu lat stosuje mięsną dyetę, wprowadzając codziennie 130—150 gr. białka, 200 gr. węglowodanów i 150 gr. tłuszczu, co stanowi ok. 3000 ciepłostek. Poglądy S c h o t t m ü l l e r a popierają H i r s c h i R o h m e r na podstawie obserwacyi, zebranych na materyale żołnierskim z czasów obecnej wojny. Co się tyczy dyzenteryi, to większość autorów zajmuje stanowisko więcej powściągliwe co do odżywiania stałymi pokarmami, chociaż i tu poglądy są bardzo rozbieżne. Brak danych o dyetetyce duru plamistego u nas i w literaturze obcej skłonił prelegenta do przedsięwzięcia badań w tym kierunku. S z o k a l s k i doszedł do wniosku, że chorzy na dur plamisty w większości przypadków dobrze znoszą dyetę mięsną, jakkolwiek mechanizm trawienia podczas nasilenia gorączki mają nieco upośledzony. Autor dotychczas badał u 3 chorych treść żołądkową naczeczo i po próbnem śniadaniu. We

wszystkich trzech przypadkach nie znalazł wolnego kwasu solnego zarówno w zawartości czczego żołądka, jak i po próbnem śniadaniu: ogólna kwaśność też okazała się niższą od normalnej. Normalnego pożywienia szpitalnego nie znoszą chorzy na dur plamisty z objawami gstralgii, wymiotami i t. p.; poza tymi wyjątkami S z o k a l s k i stosował na oddziale duru plamistego dyetę mieszaną, nie wyłączając kapusty, grochu i t. p. (Streszczenie własne).

Dyskusję nad tym odczytem odłożono do posiedzenia następnego i posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski*.

Sekretarz doroczny *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 września 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 51, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

- Treść: 1) *H. Higier*: „Przypadek z dziedziny t. zw. częstych drobnych napadów, przypominających padaczkę”.
2) *E. L o t h*: „Pokaz i objaśnienie rzadszych odmian (anomalii) anatomicznych z okresu 1915/1917, oraz kilka słów o robieniu i montowaniu preparatów muzealnych”.
3) Dyskusya nad odczytem *K. S z o k a l s k i e g o*: „W sprawie dyetytyki chorób zakaźnych”.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: prof *K o n o p a c k i e g o*, *S t e f a n o w s k i e g o*, *G u t o w s k i e g o* i *O r ł o w s k i e g o*.

III. Prezes zawiadomił, że otrzymano od hr. Walewskiej zaproszenie do wzięcia udziału w posiedzeniu Komitetu wydawnictwa pamiątkowego p. n. „Po stu latach”. Zaproszenie to wpłynęło w dniu dzisiejszym, a posiedzenie ma się odbyć również w dniu dzisiejszym.

IV. Do księgozbioru wpłynęły prace następujące: 1) w darze od sekr. stałego *A. Sokołowskiego* — *A. F. W o l f f a* „Rys sztuki leczenia”, Warszawa, 1816 (rzadkość bibliograficzna); 2) w darze od

kol. L. Zembrzuskiego—E d w. G r a b o w s k i e g o „Podręcznik statystyki“, Warsz., 1917; 3) „Dziesięciolecie Wolnej Wszechnicy Polskiej“. Sprawozdanie z działalności Tow. Kursów Nauk. 1906—1916 pod redakcją d-ra Stan. O r ł o w s k i e g o, oraz w darze od autorów: 4) d-ra Stan. O r ł o w s k i e g o „Przyczynek do oceny materiału psychopatologicznego z wojny obecnej“, odbitka z „Medycyny“, 1916; 5) tegoż „W sprawie psychoz urazowych“, odbitka z „Medyc.“, 1916; 6) tegoż „W sprawie t. zw. anozognozy“, odbitka z „Medyc.“, 1917; 7) tegoż „Projekt prawodawstwa szpitalnego“, odbitka z „Medyc.“, 1917; 8) tegoż „O urządzeniu ochronnem w psychice ludzkiej“, odbitka ze sprawozdań Tow. Nauk. Warsz., 1916; 9) tegoż „Prądy obiektywizmu w psychologii współczesnej“, odbitka ze spraw. Tow. Nauk. Warsz., 10) tegoż „W sprawie instytutów wydziału lekarskiego uniwers. warsz.“, Warszawa, 1915; 11) tegoż „Z psychopatologii i psychologii czasu wojennego“, odbitka z „Pamiętnika Lazaretu Miejskiego“, 1917; 12) d-ra St. K o p c z y ń s k i e g o „W sprawie tężyczki“, odbitka z „Medyc.“, 1917 i 13) tegoż „W sprawie umiejscowienia anatomicznego aleksyi“, odbitka ze sprawozdań Tow. Nauk. Warsz., 1916.

V. H. H i g i e r pokazał „P r z y p a d e k z d z i e d z i n y t. z w. c z ę s t y c h d r o b n y c h n a p a d ó w, p r z y p o m i n a j ą c y c h p a d a c z k ę“.

13-letnia dziewczyna w 6-ym roku życia wskutek przestachu dostała pierwszego napadu nerwowego, który się od tej chwili powtarza stereotypowo w ciągu lat 7-iu. Czasem zdarzały się przerwy kilkotygodniowe bez powodu, w innych znów okresach napady bywają niezwykle częste. Naogół napady powtarzają się po kilkanaście razy dziennie, trwają po kilka do kilkunastu sekund, wyjątkowo kilka minut, zjawiając się nagle, bez zwiastunów, zwłaszcza bez zawrotów głowy. Zdarzają się w domu i na ulicy, niezależnie od pory dnia, wyjątkowo we śnie i nie poddają się żadnemu leczeniu. Przez chwilę chora traci przytomność, oczy stają w ślup, przedmioty wypadają z rąk, głowa przechyla się na piersi, chora czasem pada, nie kalecząc się. Nigdy nie obserwowano drgawek typowych, parestezyi, piany z ust, moczenia bezwiednego, ani braku reakcyi żrenic. Inteligencya absolutnie nie ucierpiała. Obudzić chorą z napadu nie udaje się. Wobec braku w wywiadach spraw zapalnych mózgu i opon, chorób zakaźnych, przymiotu i dziedziczności, H i g i e r wyłącza zwykłą padaczkę samoistną i jej odmiany: *absence*, *vertige*, *petit mal*, choćby i ze względu na nieupośledzoną inteligencyę, zupełny brak drgawek, częstość napadów, początek po przestachu i absolutny brak wpływu soli bromowych. Brak momentów dziedziczno-rodzinnych, zmienności w usposobieniu, znamion ustrojowych, wreszcie zupełne zrównoważenie duchowe młodego osobnika—pozwalają też wyłączyć histeryę. Więcej już przypomina choroba ta t. zw. Affektepilepsie (B r a t z, O p p e n h e i m), różniąc się jednak i od niej dość poważnie. Bliższe badanie pobudliwości mechanicznej i galwanicznej mięśni i ner-

wów wyłącza też ukrytą tężyczkę i na jej tle powstałą padaczkę spazmofilową, opisaną ostatnio przez licznych i wiarogodnych autorów (M a n n, P e r i t z, G r a e t z). Pewne cechy wspólne posiada cierpienie z narkolepsyą G é l i n e a u, która wprawdzie występuje zwykle u starszych osobników po afektach lub wybitnem zmęczeniu ogólnem i daje się dowolnie przerwać przez budzenie. H i g i e r skłonny jest zaliczyć demonstrowane napady do tej rzadkiej grupy nerwic ruchowych, które w ostatnim dziesięcioleciu zyskały wiele na aktualności, od czasu jak je F r i e d m a n n, H e i l b r o n n e r i S a u e r w monografiach swoich opisywali jako *morbis sui generis* pod nazwą „gehaüfte kleine Anfälle“ czyli „pyknolepsya“. Z tych kilkunastu przypadków, które prelegent w ciągu ostatnich lat kilkunastu obserwował—2 razy u osób dorosłych,—wnioskuje, że cechują je: młody wiek, wielka częstość napadów (do kilkudziesięciu na dobę), krótkotrwałość paroksyzmów, zahamowanie dowolnych ruchów i czynności myślowej, stereotypowość i monotonność napadów, normalny rozwój psychiki, niewytłumaczona dłuższa przerwa, bezcelowość wszelkiej terapii i samoistne znikanie napadów w wieku młodzięcym. Pewna część tych przypadków niewątpliwie demaskuje się po latach jako padaczka, rzadziej jako narkolepsya lub tężyczka, wyjątkowo jako histerya. Tło anatomiczne i etyologia tej postaci chorobowej są nam dotychczas zupełnie nieznane.

(Streszczenie własne).

VI. E. L o t h: „P o k a z i o b j a ś n i e n i e r z a d s z y c h o d m i a n (a n o m a l i i) a n a t o m i c z n y c h z o k r e s u 1915/1917, o r a z k i l k a s ł ó w o r o b i e n i u i m o n t o w a n i u p r e p a r a t ó w m u z e a l n y c h“. Zwyczajem, przyjętym przez wielu profesorów anatomii wszechnic zachodnioeuropejskich, prelegent demonstruje radsze okazy anatomiczne, które udało mu się spostrzegać w ciągu 2-letniej pracy na Wszechnicy warszawskiej. — Prelegent demonstruje 2 przypadki *foramen transversarium* w kręgach lędźwiowych; przypadki te dowodzą, że otwór poprzeczny nie powstaje z połączenia kręgu ze szczytkowym żebrem szyjnym; 2 przypadki rzadkich kościorostów: dwóch kręgów szyjnych razem i kręgu z żebrem; przypadek kolczastego wyrostka pod główką kości biodrowej; rzadko spotykane mięśnie, jak *musc. cervico-brachialis*, *musc. psoas accessorius*, *musc. tensor caps. articul. genu posterior*; rzadki okaz *valvulae bicuspidalis aortae* (zamiast *tricuspidalis*); tętnicę ramieniową, rozdzielającą się na promieniową i łokciową wysoko na ramieniu; dodatkowy przewód żółciowy, *ductus hepatocysticus*, prowadzący z tkanki wątroby do ujścia *ductus cysticus* do woreczka; liczne zmiany w położeniu esicy i poprzecznicy w postaci większych i mniejszych zgięć — oraz wiele innych. Nadto prelegent pokazał, jak dodatnie znaczenie ma wprowadzone przez prof. K a d y i a użycie formaliny do konserwowania preparatów anatomicznych. Między innymi prelegent pokazywał szympansa, który przed laty 10-ciu został nastrzyknięty formaliną i do-

tychczas pozostaje w stanie niezmienionym. Przez dodawanie do formaliny mieszaniny thiacyny brunatnej z czerwoną udaje się nadawanie barwy tkankom miękkim, np. skórze i mięśniom, które dzięki temu wyraziście odcinają się na przekrojach od innych tkanek. Wreszcie prelegent wspomniał o całej kolecey przekrojów zwłok, które montuje się w naczyniach szklanych i które mają duże znaczenie zwłaszcza dla studyowania anatomii topograficznej.

Prezes w imieniu obecnych podziękował prelegentowi za ciekawe i liczne pokazy i prosił o pokazy podobne w latach następnych.

VII. Dyskusya nad odczytem K. Szokałskiego p. t. „W sprawie dyetetyki chorób zakaźnych“.

a) Kędzierzki nie godzi się na podawanie choremu większymi ilościami białka, które tylko obarcza organizm, a jest potencjałem najniższego rzędu. Mówca zwalcza ogólnie przyjęte stanowisko fizyczno-chemiczne w dyetetyce chorych i zdrowych i zaleca stanowisko biochemiczne w myśl zasad Lohmana i innych. Wobec tego mówca proponuje podawanie diety jarskiej w chorobach zakaźnych.

b) Kazimierz Zieliński, na zasadzie swego doświadczenia, jest zwolennikiem diety ścisłej w chorobach infekcyjnych wogóle, a zwłaszcza w tyfusie brzuszny. Chory gorączkujący, osobiście tyfuszem brzuszny dotknięty, nie jest w stanie strawić obfitej ilości pokarmów stałych.—Zaraz po ukazaniu się pracy Górnickiego w Gazecie Lekarskiej (1899 r.) mówca na oddziale swym zastosował obfite podawanie pokarmów stałych, lecz nie widział rezultatów lepszych, niż dawniej od stosowania diety ścisłej; natomiast widział częste recydywy i krwotoki kiszczkowe po przedwczesnem podawaniu pokarmów stałych. Nieraz z karty ciepłoty wyczytać się daje, że chory dnia poprzedniego zjadł coś niestosownego. Po dniach wizytowych dawniej mówca widywał często pogorszenia. Nawet podawanie „par force“, wbrew woli chorego obfitej ilości płynów i mleka dobrych wyników nie daje i sprowadza nieraz objawy przykre, jak nudzenia, zwracania, wymioty, wzdęcie brzucha i t. d. Dobrze jest pod względem rokowania, jeżeli chory sam chętnie pije i dobrze trawi mleko. Do mleka trzeba być wdrożonym od dzieciństwa, wtedy dobrze się je trawi i w razie choroby infekcyjnej u takiego osobnika mleko jest nieocenionym pokarmem. Wbrew twierdzeniu Edwarda Zielińskiego niema obawy powstawania gruźlicy z mleka. Fakty tak częstej gruźlicy wśród dzieci proletaryatu, w dobie obecnej, raczej brakowi mleka przypisać należy, a lżejszy przebieg i mniejszy procent śmiertelności z tyfusu wysypkowego u żydów należałoby przypisać wdrożeniu ich w spożywanie mleka od dzieciństwa i obfitemu spożywaniu go w czasie choroby.

(Streszczenie własne).

c) A. Sokółowski zauważył, że prelegent niedostatecznie uwzględnił piśmiennictwo polskie w dziedzinie omawianej i przypo-

niał, że w r. 1868 *P r z y s t a ń s k i* wypowiedział w Tow-ie odczyt p. t. „O karmieniu chorych w tyfusie“. W odczycie tym prelegent ówczesny również zalecał karmienie chorych, a w dyskusyi podnoszono, że pożywienie chorego winno być dostosowane do jego gustów i przyzwyczajęń i że chorzy znoszą pożywienie stałe, jeżeli nie mają objawów gastralgicznych. W znacznej mierze ogólna linia wytyczna ówczesnego odczytu i dyskusyi przypomina odczyt i dyskusyę dzisiejszą. Osobiście mówca nie stosował w tyfusie brzuszny pokarmów stałych, lecz zalecał dyetę przeważnie mleczną.

d) *S z o k a l s k i* odpowiedział *K ę d z i e r s k i e m u*, że nie zalecał diety specjalnie białkowej, węglowodany bowiem wpływać mogą równie dodatnio, zachodzi tylko ta trudność, że nie wszystkie są łatwostrawne i że trzeba podawać je w większych ilościach. *S o k o ł o w s k i e m u*, — że z piśmiennictwa polskiego cytował *G ó r n i c k i e g o* i *B i e g a ń s k i e g o*, choć ostatni mało poświęca miejsca żywieniu chorych zakaźnych, odczyt natomiast *P r z y s t a ń s k i e g o* nie był prelegentowi znany. Wreszcie prelegent zaznacza, że ostatecznych wniosków jeszcze nie wypowiada z racyi zbyt skąpego doświadczenia, głównem zaś zadaniem referatu było zwrócenie uwagi na znaczną rozbieżność poglądów w sprawie omawianej oraz na możność ustalenia pewnych wytycznych w dobie obecnej.

e) *M. J a k o w s k i* dodał, że w tyfusie brzuszny w okresie owrzdzeń pokarmy stałe uważa za szkodliwe i że zgadza się z *K. Z i e l i ń s k i m* co do konieczności indywidualizowania diety w chorobach zakaźnych. Mleko słodkie może być w przypadkach właściwych podawane w większych ilościach, zważywszy jednak, że wytwarza on kał twardy, mogący owrzdzenia w jelitach uszkadzać, należy dyetę mleczną stosować z całą ostrożnością.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski*.

Sekretarz doroczny *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 października 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 46, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

Treść: 1) Wiceprezes *St. Orłowski*: Zawiadomienie o wyniku konkursu im. Konica. 2) *A. Leśniowski*: W sprawie badania czynnościowego nerek za pomocą fenolsulfoftaleiny.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: *Niewińskiego*, *Kuniga*, *Trenknera* i *Stefanowskiego*.

III. Prezes zawiadomił, że otrzymano od Komitetu, zajmującego się rozpowszechnianiem wydawnictwa pamiątkowego dla uczczenia bohatera narodowego Tadeusza Kościuszki p. t. „Po stu latach“, zaproszenie o wyznaczenie ilości egzemplarzy do wzięcia dla członków na własność lub w komis.

IV. Do księżnicy Tow. nadesłano: *Antonia Cholewickiego* „Duch dziejów Polski“ — Kraków 1917 r. i *dra med. Szczęsnego Bronowskiego* „Choroby wewnętrzne. Podstawowe sposoby badania klinicznego“. Część I (ogłędanie i opukiwanie). Warszawa 1917 r.

V. W zastępstwie nieobecnego wiceprezesa prezes zawiadomił, że na posiedzeniu Komitetu konkursowego imienia *dra Leona Konitz* a w dniu 26/IX r. b. przyznano nagrodę pracy z gołem: „*ars longa—vita brevis*“ pod tytułem „Główka noworodka, jej właściwości i rola podczas porodu“. Po rozpieczętowaniu koperty okazało się, że autorem jest kol. *Włodzimierz Popiel*.

Następnie z prac, ogłoszonych drukiem w terminie od 19 kwietnia 1911 r. do 31 marca 1917 r. z zakresu chorób kobiecych lub położnictwa, przyznano nagrodę podręcznikowi, wydanemu w 1912 roku, p. t.: „Akuszerya do użytku lekarzy i uczniów szkół położniczych“ kol. *Stefana Gaszyńskiego*.

VI. *A. Leśniowski* wygłosił rzecz p. t. „W sprawie badania czynnościowego nerek za pomocą fenolsulfoftaleiny“. *Leśniowski* wychodzi z założenia, że w obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie może dziś zadowolili lekarza samo tylko badanie chemiczne i mikroskopowe moczu, skoro chce sobie zdać sprawę ze stanu nerek pacjenta; musi ono być uzupełnione badaniem sprawności czynnościowej już to całego miąższu nerkowego, już to pojedynczych nerek. Przed dwoma laty *L.* przedstawił na posiedzeniu przyrząd *Bromberga*, służący

do tego celu. Obecnie przedstawia wyniki, otrzymane za pomocą metody fenolsulfoftaleinowej, którą stosuje od listopada r. 1915. Metoda ta polega na wstrzyknięciu w mięśnie okolicy lędźwiowej 6 mlgr. fenolsulfoftaleiny i na określaniu ilości preparatu wydzielonego z moczem w ciągu pierwszej i drugiej godziny po wstrzyknięciu. Nerki w czynności prawidłowej wydzielają w ciągu pierwszej godziny 40% do 60%, w ciągu dwóch godzin 70% do 90%. Uchybienia w wydzielaniu barwnika wskazują na zaburzenia czynności nerek i nawet na stopień zaburzenia. Na mocy doświadczenia swego L. dochodzi do wniosku, że metoda ta posiada b. dużą wartość rozpoznawczą, a to tem bardziej, że, jak wykazały badania W i d a l a i jego współpracowników, za pomocą tej metody otrzymujemy wskazówki co do całkowitej działalności miąższu nerkowego. Metoda nadaje się głównie do badania sprawności czynnościowej całego miąższu nerkowego, a więc za pomocą moczu pęcherzowego, mniej do badania pojedynczych nerek, i dlatego, uwzględniając, że jest b. łatwa, winna znaleźć jak najszersze zastosowanie w oddziałach terapeutycznych.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi: K. S z o k a l s k i przerabiał też próbę fenolsulfoftaleinową w oddziale dr. C h e ł m o ņ s k i e g o wraz z innymi metodami funkcyjnalnej dyagnostyki i uważa ją za niepozbowioną wartości w rokowaniu. W jednym przypadku na kilka dni przed atakiem uremicznym zdolność wydzielnicza nerek była bardzo upośledzona; po 15 minutach nerki nie wydzielaly barwnika, po godzinie 6%, po dwóch godzinach—8%, po trzech godzinach—5%, po pięciu godzinach—8%, po siedmiu godzinach—15%. Chora w kilka dni potem dostała ataku uremicznego. We krwi znaleziono 1.2 gr. ‰ mocznika. W drugim przypadku, zakończonym również mocznicą, badanie krwi w okresie drgawek wykazało tylko 0 15‰ gr. mocznika, gdy nerki wykazały znaczne upośledzenie w zdolności wydzielania fenolsulfoftaleiny: po 15 min. wydzielaly 8%, po godzinie—13%, po 2 g.—17%, po 4 g.—20%. Trzecia chora na 24 g. przed śmiercią (przed atakiem uremicznym) wydzielala barwnika: po 15 minutach—8%, po godzinie—10%, po dwóch godzinach—17%, po trzech—10%.

(Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski.*

Zastępca sekretarza *F. Podkóliński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 października 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 45, gości 3.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

T r e ś ć: 1) Wiceprezes: Wynik konkursu im. *A. Helbicha*. 2) *T. Koźniewski*: W sprawie farmakopei polskiej.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: *Grzywo-Dąbrowskie*o, *gTrenkner*a i *Niewińskiego*o.

III. Prezes zawiadomił, że od Komitetu obchodu Kościuszkowskiego otrzymano listę składek oraz kwitaryusz z prośbą o zajęcie się zebraniem składek na wyżej wskazany cel wśród członków Tow.

IV. Prezes zawiadomił, że od Komitetu dla uczczenia ś. p. *M. Arjana Raciborskiego*o, badacza przyrody ojczystej, otrzymano odezwę i listę z prośbą o zajęcie się zbieraniem składek dobrowlnych na rzeczony cel wśród członków Tow.

V. Wiceprezes zawiadomił, że na posiedzeniu Komitetu konkursowego im. *Adama Helbicha*a, odbytem w dniu 10 października r. b., omówiwszy prace, specjalnie na ten konkurs nadesłane, a także wszystkie prace naukowo-lekarskie, które się ukazały w okresie 1915 — 1916 r., członkowie rzeczonego Komitetu przyznali nagrodę pracom kol. *J. Pruszyńskiego*o — mianowicie: a) O działaniu anafilaktycznem endotoksyn cholery i czerwoni (Gaz. Lekarska 1916 r.), b) O działaniu jadu tężcowego na układ krwionośny (Gaz. Lekarska 1916 r.), c) Anafilaksya (Odczyty kliniczne 1916 r.).

Rzętkowski stwierdził z powodu odczytanego sprawozdania Komitetu konkursowego, że ostatnia praca kol. *Pruszyńskiego*o (O anafilaksyi), na którą się powołuje Komitet, jest referatem zbiorowym. Wydaje się wielce wątpliwem, aby w intencjach twórcy konkursu im. *Helbicha*a leżało udzielanie nagród za referaty zbiorowe.

Prezes zaznaczył, że decyzya Komitetu konkursowego jest ostateczna, na dowód czego przytoczył § 5 regulaminu przyznawania nagród z funduszu wieczystego im. *Helbicha*a, który głosi: „Komitet sądzący i ostatecznie o przyznaniu nagrody decydujący, składać się będzie... i t. d.”

VI. *T. Koźniewski* wygłosił rzecz p. t. „W sprawie farmakopei polskiej”.

Koźniewski rozpoczyna swój odczyt od stwierdzenia

faktu, że Polska, podobnie zresztą jak i inne kraje, zalana jest mnóstwem bezwartościowych lub też wogóle niezbadanych bliżej fabrykatów, reklamowanych jako środki lekarskie. Brak własnej farmakopei sprzyja rozpowszechnianiu tych rzekomych środków leczniczych. Autor omawia akcyę, wszczętą przez profesorów Uniwers. Jagiell. J a w o r s k i e g o i M i ę s o w i c z a na zjeździe internistów polskich w r. 1909, i podkreśla ważność tej akcyi i celowość środków, obmyślonych i zaproponowanych przez naszych uczonych dla zapobieżenia złemu. (O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek w fabrykach chemicznych i aptekach, Prof. W. J a w o r s k i i doc. E. M i ę s o w i c z, Kraków 1909, w drukarni Uniw. Jagiell.; także w Przegl. Lekar.).—Obecnie Polska może przystąpić do ułożenia i wydania własnej polskiej farmakopei. Po krótkiem omówieniu historyi dwóch farmakopej polskich — farmakopei z r. 1817 i farmakopei, ułożonej w latach 1857—1867 przez grono fachowców z prof. T e o f i l e m L e s i ń s k i m na czele, lecz nie zatwierdzonej przez rząd rosyjski—prelegent zastanawia się nad zasadami, na których powinno opierać się wydanie nowej polskiej farmakopei: farmakopea ta powinna być nawskroś nowoczesną, wzorowaną na najlepszych farmakopeach — szwajcarskiej, niemieckiej, Stanów Zjednoczonych, ale nie powinna być ślepym naśladownictwem ani tłómaczeniem żadnej z nich; farmakopea ta powinna liczyć się z florą kraju i z potrzebami szerokich sfer lekarskich, aptekarskich, a także lek.-wetrynarskich z całej Polski. Należy odnaleźć w archiwach rękopis niewydanej farmakopei z lat sześćdziesiątych, gdyż są dane, że dzieło to stało na bardzo wysokim stopniu naukowym. Do opracowania nowej farmakopei Departament Spraw Wewnętrznych przy Tymczasowej Radzie Stanu Król. Polskiego powołał na wniosek Rady Lekarskiej delegacyę złożoną z 12 osób. Z lekarzy w skład tej delegacyi wchodzić kol.: M a z u r k i e w i c z (przewodniczący), K o ń n i e w s k i, R z ę t k o w s k i, C z u b a l s k i, K a r ł o w s k i, K o w a l s k i. W drugiej części odczytu prelegent podkreśla rozmaite charakterystyczne różnice pomiędzy farmakopeami: szwajc., rosyjską, niemiecką i austriacką — a także francuską i angielską, i kończy apelem do lekarzy o wzięcie żywego udziału w opracowaniu nowej polskiej farmakopei, ażeby stała się ona nie martwym kodeksem, lecz książką potrzebną i pożyteczną dla ogółu lekarzy.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi: a) R z ę t k o w s k i w dłuższem przemówieniu uzasadnia konieczność nadania przyszłej farmakopei polskiej żywej postaci, tak iżby była ona dziełem podręcznem, codziennej potrzeby, nietylko dla aptekarzy, lecz i lekarzy naszych. Ściśle biorąc, farmakopea powinna być międzynarodową, charakter zaś narodowy w niej winienby mieć dział środków, przechodzących do lecznictwa z pośród leków ludowych. Koniecznem jest regularne wydawanie dopełnień do farmakopei, w którychby lekarze i aptekarze mogli informować się w sposób naukowy i bezstronny o nowych środkach i wartości tych-

ze. Wreszcie R. z. zwraca się do kolegów z prośbą o popieranie delegacji tymczasowej Rady Lekarskiej w jej pracach nad wydaniem farmakopei polskiej. (Streszczenie własne).

b) C z u b a l s k i zaznacza, że świat lekarski polski do tej pory mało interesował się farmakopeą, ponieważ na ziemiach Polski obowiązywały trzy farmakopee, a jeszcze i dlatego, że lekarze często korzystali z gotowych preparatów. Jeżeli jednak do plenum delegacji do spraw farmakopei byli powołani lekarze i na żądanie delegacji prelegent wystąpił do apelu o poparcie jej pracy, byłoby bardzo pożądanem, aby świat lekarski wypowiedział się co do wielu kwestyi ich obchodzących, a mianowicie—co do formy środków, ich czystości, ich działalności fizyologicznej i leczniczej.

c) M. J a k o w s k i, dziękując prelegentowi za poruszenie sprawy farmakopei polskiej w Towarzystwie, wyraża nadzieję, że kwestya ta żywo zainteresuje ogół lekarzy, i zapytuje prelegenta, jak sobie wyobraża udział Tow. Lekarskiego w pracy delegacji.

d) K o ź n i e w s k i odpowiada, że według ułożonego regulaminu delegacya ma prawo w razie potrzeby powoływać różne komitety doradcze, wyłonione przez Towarzystwa. W niedawno powołanej delegacji mechanizm tej pracy nie został jeszcze ustalony. W miarę postępu pracy w delegacji sprawa ta przyjmie więcej konkretny obrót.

e) M. J a k o w s k i przypomina, że podczas opracowania Słownika lekarskiego polskiego współdziałała komisya stała przy Tow. Lek. Warsz., która komunikowała się z redakcją w Krakowie. Proponuje, czyby nie utworzyć komisji stałej, któraby współdziałała w pracy delegacji.

f) S t. O r ł o w s k i sądzi, że w tej kwestyi dobrze byłoby porozumieć się z sekcjami Tow-a, ponieważ są grupy środków, które szczególnie interesują pewnych specjalistów. W farmakopei nie mogą być uwzględnione pewne specjalne grupy środków, są jednak działy, jak farmakopea *nosocomialis*, które powinny być opracowane oddzielnie. Potworzenie poszczególnych komisji ułatwiłoby pracę delegacji.

g) A. S o k o ł o w s k i wątpi, ażeby duży dobór uczestników był pożyteczny dla sprawy. Tworzenie specjalnych komisji utrudnia pracę zbiorową. Wielu członków delegacji są członkami Tow-a, znają dobrze kolegów, których współudział w ich pracy, mógłby być pożytecznym, i w razie potrzeby zwrócą się do tych kolegów lub do Tow-a o pomoc. Następnie mówca zwraca uwagę, że w dziale tem powinny być uwzględnione takie działy, jak *pharmacopoea nosocomialis*, *pharmacopoea pauperum*, ażeby dać lekarzowi podręcznik do przepisywania środków tanich, co szczególnie w dzisiejszych czasach nadzwyczajnej drożyzny środków jest niezbędne. Ze względu na to, że farmakopea jest rzeczą jednolitą, działy te powinny być opracowane w dodatku.

h) J. J a w o r s k i nasamprzód, wyraża zdanie, iż dla ujedno-

stajnienia i uzgodnienia zasad farmakopei polskiej należałoby zaprosić do współpracownictwa nad nią i przedstawicieli wydziałów lekarskich uniwersytetów w Krakowie i Lwowie. Następnie J. J a w o r s k i twierdzi, że w dążeniu do wyodrębnienia istotnego farmakopei polskiej, należałoby między innymi: 1) ograniczać bez szkody dla chorych i nauki sprowadzanie zagranicznych przetworów i środków leczniczych, farmaceutycznych, odżywczych, dyetetycznych i wód mineralnych, 2) ułożyć plan i wskazać sposoby popierania już istniejącej wytwórczości środków leczniczych, 3) podejmować starania, aby powstały w kraju przynajmniej pewne działy wytwórczości przemysłowej lekarskiej. Naturalnie, że wszystkie te cele i zadania ściśle się łączą i kojarzą, oraz pozostają we wzajemnej od siebie zależności. Samo jednak układanie wykazów środków, niejako ich katalogowanie, nie jest wystarczające. O ile dany nowy środek leczniczy ma wejść do farmakopei polskiej, zdaniem mówcy, podany być powinien tutaj, u nas, w Polsce, ściślej ocenie naukowej i praktycznej. Wypadałoby zawsze określać: czystość takiego preparatu, jego trwałość, jego działanie fizjologiczne i lecznicze. Słowem, przedsięwziąć badania na zwierzętach, badania kliniczne, przeprowadzać rozbiór chemiczny. Do tych rozległych i odpowiedzialnych zadań, według mówcy, wypadnie stworzyć Zakład chemiczno-farmakologiczny i techniczny. W końcu J. J a w o r s k i przypomina, że za jego inicjatywą i podług jego projektu powstała w r. 1908 przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie Komisja przemysłowo-lekarska, która w pewnej mierze wszystkie zadania powyższe, w miarę okoliczności, podejmowała do chwili wybuchu wojny obecnej. (Streszczenie własne).

z) K o Ź n i e w s k i odpowiada J a k o w s k i e m u, że wobec zapoczątkowania pracy jeszcze nie może powiedzieć, czy komisja doradcza przy Tow. Lek. powinna być stała. R z ę t k o w s k i e m u, że dopełnienia do farmakopei z nowymi środkami nie mogą ukazywać się zbyt prędko, ponieważ w dopełnieniach tych mogą być wymienione tylko środki dostatecznie wypróbowane. Lepiej nie przyjąć, aniżeli umieszczać środki zbyt pochopnie, jak to zrobili Niemcy z atoksylem. J a w o r s k i e m u, że delegacja będzie porozumiewała się i z lekarzami galicyjskimi i że środki krajowe szczególnie będą uwzględnione. Dodaje, że sprawę tę będzie jeszcze omawiał w Tow. Farmaceutycznym, gdzie prelegent szczególnie zwróci uwagę na to, ażeby z ziół, u nas wyrosłych, wyrabiać preparaty i rozpowszechniać środki krajowe.

k) Prezes uważa dzisiejsze posiedzenie za informacyjne i sądzi, że sprawa farmakopei polskiej jeszcze nieraz będzie tematem obrad w Tow.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski.*

Zastępca sekretarza *F. Podkóliński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 listopada 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 42, gości 6.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

Treść: K. Zieliński: O zastosowaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w leczeniu duru plamistego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: Dąbrowskiego, Wiatowskiego, F. Zalewskiego, Szczawińską, Jędrzejewskiego i Niewińskiego.

III. Do księżnicy Tow. nadesłano prace; 1) „Przyczynki do walki z gruźlicą“, Zygmunta Feinkinda, Warszawa 1917 r.; 2) „Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy“, kartka z dziejów Warszawy, K. Wendy, Warszawa 1917 r.; 3) „Rys rozwoju chemii w Polsce do roku 1830“, Władysława Lepperta, Warszawa 1918 r.; 4) „Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem“, d-ra L. Wernica, Warszawa 1917 r.

IV. Prezes oznajmił, że następujący kol. złożyli podania o przyjęcie w poczet członków czynnych Tow-a Lek.: 1) M. Konopacki, przedstawiają W. Czubałski i Loth, referować będzie Loth, 2) Jan Mossakowski, przedstawiają Horodyński i Leon Kryński, referować będzie K. Dąbrowski, 3) M. Sawicki, przedstawiają Kopytowski i Wojciechowski, referować będzie Wojciechowski.

V. Prezes wspomniął o śmierci ś. p. Juliana Majkowskiego, jednego z najstarszych lekarzy, członka honorowego Tow. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

VI. Prezes wspomniął o zgonie ofiar zawodu lekarskiego: ś. p. Kazimierzu Niedzielskim, który na stanowisku lekarza sanitarnego zaraził się dudem osutkowym, i ś. p. Włodzie Rechniewskiej, która na stanowisku lekarza miejscowego szpitala Dzieciątka Jezus również zmarła na tyfus plamisty. Zmarli nie byli członkami Tow-a. Na wniosek Prezesa pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

VII. Sekretarz Stały A. Sokołowski odczytał następujące wspomnienie pośmiertne o członku honorowym Tow-a ś. p. Julianie Majkowskim:

„W połowie października r. b. zmarł w wiejskim zaciszu jeden z najstarszych lekarzy, członek honorowy naszego Towarzystwa ś. p. Julian Majkowski, wybitny w pierwszych okresach

swojej działalności lekarskiej praktyk prowincjonalny, a w okresie następnym w ciągu lat przeszło trzydziestu również nie mniej wybitny dermatolog i syfilidolog. Człowiek wysoko wykształcony, zacnego serca i charakteru, umiał w ciągu długoletniej swojej działalności praktycznej wśród naszego społeczeństwa odczuć i brać udział we wszystkich dążeniach i szlachetnych porywach naszego narodu. Nie więc dziwnego, że doczekawszy się w r. 1908 rzadkiego jubileuszu pięćdziesięciolotniego swego zawodu, widział, jak całe nasze społeczeństwo lekarskie uczciło godnie zacnego lekarza-jubilata. W piśmach naszych lekarskich pomieszczone zostały szczegółowe jego życiorysy. Czasopismo „Medycyna“, którego był stałym współpracownikiem, ogłosiło konkurs na pracę dla uczczenia jego imienia, a Towarzystwo nasze, po odpowiednim zaznaczeniu jego zasług, wybrało go w r. 1908 jednogłośnie na członka honorowego. Rozbiór jego działalności został, jak to już wzmiankowałem, omawiany w naszej prasie lekarskiej w roku jubileuszowym, dziś pragnę tylko przypomnieć szanownym kolegom niektóre daty, odnoszące się do życia zmarłego jubilata. Urodził on się w roku 1883 w ziemi Łowickiej, gimnazjum ukończył w Piotrkowie w 1851, a medycynę w Dorpacie w 1858. Praktykę lekarską rozpoczął w Pabianicach, w 1860 osiedlił w Grójcu, gdzie pełnił przez lat 15 obowiązki lekarza szpitala św. Piotra. W ciągu tego czasu cieszył się ogromnem powodzeniem i zaufaniem ludności okolicznej, jako niepospolity lekarz praktyk i zacny człowiek. W roku 1875 przeniósł się na stałe do Warszawy, w której przebywał do samej niemal śmierci, w sezonie zaś letnim przez lat przeszło 30 cieszył się wielką reputacją i praktyką, jako lekarz zdrojowy w Busku. Mimo niezwykłej pracy jako lekarz praktyk, potrafił jednakże s. p. M a j k o w s k i znaleźć czas i na pracę literacko-lekarską. W ciągu niemal całej swojej działalności lekarskiej ogłosił w czasopismach naszych lekarskich pięćdziesiąt kilka prac kazuistycznych z dziedziny medycyny wewnętrznej, chirurgii, balneologii, przeważnie zaś dermatologii i syfilidologii. Aczkolwiek prace te nie miały wybitniejszej i trwalszej wartości, dały jednakże dowód, że M a j k o w s k i był lekarzem bystrym i spostrzegawczym, gruntownie wykształconym, stale śledzącym postępy naszej wiedzy, stąd też i prace jego były czytane chętnie i z pożytkiem przez ogół lekarski. Dlatego też M a j k o w s k i obok pożytku, jaki przyniósł cierpiącej ludności swoją gruntowną wiedzą w ciągu długoletniej swojej działalności, pozostawił jednocześnie i ślad wybitny w naszym piśmiennictwie lekarskiem. Cześć Jego pamięci!

M a j k o w s k i ogłosił drukiem następujące prace: 1) „Tylczak i nosacizna“. Tygodnik lekarski 1860, Nr. 52. 2) „Ropień pod czepcem ścięgnistym głowy“. Tyg. lek. 1861. Nr. 2. 3) „O impotencji i jej leczeniu zapomocą elektryczności“. Wolny przekład artykułu D-ra B. S c h u l z a, umieszczonego w „Wiener med. Woch.“ Nr. 3 i następne r. 1861. Tyg. Lek., 1861. Nr. 17, 18, 19. 4) „Sprawozdanie lekarskie ze szpitala Ś-go Piotra w Grójcu za

1860 r.“ Tyg. Lekarski Nr. 51 i 52. 5) „Sprawozdanie lekarskie z 2 ostatnich lat (1873 i 1874) swojej działalności w szpitalu Ś-go Piotra w Grójcu. 1816. Pam. Tow. Lek. Warsz. 6) „Otrucie atropiną“. P. T. L. W. 1876. 7) „Sprawozdanie lek. ze szpitala św. Piotra w Grójcu za r. 1861“. 8) „Pięć przypadków tyfusu“. Tyg. Lek. 1861. 9) „Febris intermittens“. Tyg. Lek. 1862. 10) Febris malarica remittens et continua“. P. T. L. W. 1876. 11) „Dwa przypadki bronchitis zakończone śmiercią“. Tyg. Lek. 1862. 12) „Zgorzel policzka (noma) u 46-letniego mężczyzny“. Tyg. Lek. 1862. 13) „Zamknięcie kiszki wskutek zatkania kałem“. Tyg. Lek. 1862. 14) „Carcinoma omenti majoris“. P. T. L. W. 1876. 15) „Trzy przypadki puchliny (hydrops)“. Tyg. Lek. 1861. 16) „Pierwotne zapalenie tkanki tłuszczowolącznej otaczającej nerkę (Perinephritis)“. P. T. L. W. 1876. 17) „Tetanus rheumaticus“. Tyg. Lek. 1861. 18) „Bezwład prawostronny z niewysłownością (aphasia)“. P. T. L. W. 1876. 19) „Porażenie obustronne wskutek chronicznego zapalenia opony naczyniowej rdzenia pacierzowego“. Tyg. Lek. 1862. 20) Porażenie odruchowe kończyn dolnych“. P. T. L. W. 1876. 21) „Podskórne wstrzykiwanie siarczanu atropiny przy ischias postica“. P. T. L. W. 1876. 22) „Polip, wypełniający całą jamę nosogardzielową“. P. T. L. W. 1864. 23) Rany poszarpane ze zmiążdżeniem kości“. P. T. L. W. 1876. 24) „Złamanie kości“. Tyg. Lek. 1862. 25) „Rana cięta stopy; wytworzenie się aneuryzmu fałszywego“. Tyg. Lek. 1861. 26) „Anteversio uteri gravidi“. P. T. L. W. 1876. 27) „Azotan amylu przy eklampsji u ciężarnych“. P. T. L. W. 1876. 28) „O zasadach i środkach leczenia chorób skórnych i wenerycznych“. Med. 1886. 29) „Pokrzywka barwnikowa. (Urticaria pigmentosa)“. Med. 1888. 30) „Środki zapobiegające obrażeniom od maszyn rolniczych“. P. T. L. W. 1876. 31) „Sprawozdanie z praktyki lekarskiej przy zdrojowisku w Busku w r. 1887“. Med. 1888. 32) „Sprawozdanie z zakładu kąpielowego Buska“. Med. 1885. 33) „Sprawozdanie z praktyki lekarskiej przy zdrojowisku w Busku podczas pory kąpielowej 1886 r.“. Med. 1887. 34) „Sprawozdanie z praktyki lekarskiej u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowej w r. 1888“. Med. 1889. 35) „Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w Busku“. Med. 1890. 36) „Busko, wody siarczano-słono-wapienne. 1890. Warsz. 37) Sprawozdanie lekarskie z r. 1891“. 38) „Nowe źródło wody mienaralnej w Busku“. Med. 1893. 39. „Wykaz chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w r. 1892“. 40) „Sprawozdanie lekarskie z chorych leczonych w zakładzie wód miner. w r. 1893“. 41) toż samo w r. 1894. 42) toż samo w r. 1895. 43) „Ś. p. K a r o l K a c z k o w s k i“. Med. 1896. 44) Ś. p. M i c h a ł Z i e l e n i e w s k i“. Med. 1896. 45) „W sprawie nierządu publicznego (prostytucji) i zapobieganiu chorobom wenerycznym“. Med. 1896. 46) „Wykaz chorych leczonych w letnim szp. w Busku w r. 1896“. 47) toż samo w r. 1898. 48) toż samo w r. 1899. 49) „Wyniki

badania nowych źródeł wody mineralnej dopełnionego przez inżyniera górniczego Gerwais w r. 1896". r. 1900. 50) „O wysypkach skórnych śwędzących wieku dziecięcego”. Med. 1903. 51) „W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych i możliwości zastąpienia wód zagranicznych krajowymi”. Med. 1904 i Czas. lek. 52) „O Busku”. Przegl. chor. skór. i wene-rycznych 1906.

VIII. K. Zieliński wygłosił rzecz p. t.: „O stosowaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w leczeniu duru plamistego”. W dalszym ciągu swej pracy, wspólnie z kol. J. Rostkowskim dokonywanej, nad nowym zabiegiem leczniczym w tyfusie wysypkowym (patrz protok. pos. Tow. z dnia 19 czerwca r. b.), Z. przedstawił wynik leczenia nowych 48 chorych na tyfus wysypkowy, co łącznie z już ogłoszonymi wynosi 68 przypadków. Leczenie to przeprowadzone zostało w ciągu 4-ch miesięcy od końca kwietnia do 1 września 1917 r. wyłącznie u najcięższych chorych, gdy występowały u nich groźne dla życia objawy. Wypuszczano 20 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego i z tego zastrzykiwano podskórnie bezpośrednio po wypuszczeniu od 5 do 15 ctm.³. Na zasadzie zestawień danych przypadków, przedstawionych na tablicy graficznej, Z. doszedł do następujących wniosków: 1) do punkcji przystępuje się najlepiej po 8-u dniach choroby, 2) wypuszcza się nie więcej, niż 20 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego i 3) zastrzykuje się podskórnie nie więcej niż 10 ctm.³. W razie stanu groźnego do punkcji i zastrzykiwania należy przystępować i wcześniej. Zabieg ten jest stanowczo nieszkodliwy, wywiera wpływ dodatni na ciepłotę, tętno, oddech, skraca przebieg choroby. Na 48 chorych, którzy wyzdrowieli po dokonaniu tego zabiegu, w 18 przypadkach spadek ciepłoty wraz z poprawą tętna nastąpił przed 12—13 dniem choroby, to jest w 87,50%, w 10 przed 14—15 i w 20 przed 16—18. W ogłoszonej przedtem statystyce wszystkich przypadków, łącznie z najlżejszymi, przed 12—13 dniem skończył się okres gorączkowy tyfusu wysypkowego w 28—20% (w 66 na 234). Poprawa wybitna dawała się zauważyć i u tych chorych, którzy później zmarli. Na 20 śmierci miał prelegent w 13 przypadkach kilkodniową, nieraz b. znaczną poprawę,—w 6-iu jedno-lub dwudniową; w jednym tylko poprawy nie było. Reakcy na miejscu zastrzykiwania płynu niebywa. Diureza po zabiegu większa się wybitnie. Procent śmiertelności wynosił w pomienionym okresie czasu (2-i terecyal r. 1917) 4,42% (23 zmarłych na 520 przypadków tyfusu wysypkowego). Oddzielnie dla kobiet 5,08% i oddzielnie dla mężczyzn 3,55%. Procent śmiertelności w ogłoszonej dawniej statystyce wynosił 11% dla mężczyzn i 7% dla kobiet. W tym samym terecyale roku zeszłego było 9,63% śmiertelności (dla mężczyzn 12,90%, dla kobiet 7,20%). Powyższy procent śmiertelności jest mały bardzo w porównaniu z procentem zeszłorocznym oraz z % ogłoszonej statystyki niemieckiej—9,31% w roku zeszłym i 7,18% w r. b. W wieku starszym, po latach 40, należało-

by dokonywać ten zabieg, nie czekając pogorszenia się choroby. Że działa tutaj płyn mózgoworodzeniowy zastrzyknięty, a nie dokonywanie samej punkcji lędźwiowej, prelegent ndowadnia danymi następującymi: 1) Dawniejsze punkcje bez iniekcji nie dawały tak dobrych rezultatów. 2) Lepsze rokowanie jest w tych przypadkach, gdzie płynu jest mniej, niż w tych, gdzie go jest dużo. 3) Próba z zastrzyknięciem płynu od chorej na tyfus plamisty innej chorej z tyfusem plamistym w 5-ym dniu choroby—sprowadziła po 24 godzinach obniżkę ciepłoty o 1 stopień, poprawę tętna, zniknięcie szybkie wysypki. Przebieg choroby u tej chorej był lekki i szybki. 4) Reiniekcje płynu, pozostawionego w warunkach aseptycznych, w dwa dni po punkcji dawały wybitną poprawę i szybkie zdrowienie. Konieczną jest rzeczą zachowanie przy tem absolutnej czystości. 5) Przypadki, w których dokonanie samej tylko punkcji polepszenia w stanie chorobowym nie spowodowało, gdy w kilka dni zastrzyknięcie płynu wywołało wybitny efekt w kierunku dodatnim: spadek ciepłoty, poprawę tętna co do jakości i t. d. Na poparcie wszystkich powyższych faktów prelegent przedstawił przeszło 90 różnych krzywych ciepłoty, tętna i oddechu, ilustrujących odpowiednie przypadki. Prelegent przytacza literaturę, dotyczącą autoterapii i autoseroterapii, która obecnie pobudziła go do zastosowania płynu mózgowo-rdzeniowego w leczeniu tyfusu plamistego. Prelegent wskazał na prace Gilberta, Landolfiego, Carlettiego, Koenigera, Eisnera, Schnütgena, Szurka, Boineta i Murela, J. W. Zawadzkiego, Atamanowa, Fedego, którzy posiłkowali się płynem z wysięków opłucnej, w celu leczenia zapalení wysiękowych opłucnej; na pracę Arnspέργera, który kombinuje metodę Gilberta, Mougés'a z Marsylli, oraz Roque'a i Cardera z Lyonu, którzy stosowali to samo przy *ascites*, zarówno jak i na rozprawę doktoryzacyjną w tej treści Jean Galup'a; na prace Bertholona i Cafario, którzy stosowali taką samą terapię przy *hydrocoele*. Wspominał również o Krokiewicz u, który próbował leczyć raka zastrzykiwaniami krwi. Wreszcie wskazał na Esclusé'a, który leczył tyfus wysypkowy krwią rekonwalescentów na tyfus, oraz na Röslera, który leczył tę chorobę upustami krwi z następującą iniekcją surowicy, z tejże krwi otrzymanej,—Gilbert i inni posiłkowali się płynem patologicznym. Prelegent posiłkował się płynem istniejącym w warunkach normalnych, a więc płynem fizyologicznym, nieco tylko chorobowo zmienionym. Zastanawiając się nad rolą płynu mózgowo-rdzeniowego, prelegent dochodzi do wniosku, że płyn ten jest płynem ochronnym dla mózgowia, płynem wielce ważnym, o zmiennym fizyologicznie i patologicznie składzie, konserwującym mózgowie. Zmianami ochroniającymi objaśnia prelegent względną rzadkość zapaleń gruczliczych opon mózgowych u gruczliczych z grzulić płuc, trzonów kręgowych i t. d.; rzadkość zapaleń opon mózgowych w zapaleniu

płuc krupowem, chociaż dwoinki *F r a e n k l a* są zdolne same przez się wywoływać zapalenie opon mózgowych samoistne. Tem też objaśnia prelegent, że nie każdy syfilytyk podlega syfilisowi systemu nerwowego lub chorobom meta- czy parasyfilytycznym. Odpowiednio do tego zachowuje się płyn mózgowo-rdzeniowy względem odczynu *W a s s e r m a n a*: we wczesnych okresach, gdy krew daje odczyn *W a s s.* dodatni, płyn mózgowo-rdzeniowy daje odczyn ujemny; później, gdy pod wpływem leczenia krew daje odczyn ujemny—płyn mózgowo-rdzeniowy oddziałuje dodatnio. Surowica antimeningokokowa działa dobrze, gdy jest zastrzyknięta do kanału kręgowego, nie działa zaś wcale, albo słabo, gdy jest zastrzyknięta podskórnie lub nawet śródżylnie,—bo jako obca danemu ustrojowi tą drogą dostać się tam nie może. W tyfusie wysypkowyym płynu mózgowo-rdzeniowego jest więcej niż normalnie. Według *K a r w a c k i e g o* większość płynów mózgowo-rdzeniowych jest jałowa. Zarazek, wykryty przez *K a r w a c k i e g o*, wyhodować się daje z płynu mózgowo-rdzeniowego w ciągu pierwszych 5-iu dni, gdy potem zarazka tego tam niema:—prawdopodobnie więc zginął on pod wpływem jakichś uiweczników. *S i e r a k o w s k i* wykazał na przypadkach, ze szpitala z Brzeskiej 12 pochodzących, iż reakcyja *W e i l - F e l i x ' a* w krwi jest dodatnia, gdy u tych samych osobników w płynie mózgowo-rdzeniowym jest ujemna. Na 20 przypadków I seryi, tylko w jednym, zakończonym śmiercią przypadku reakcyja *W e i l - F e l i x ' a* w płynie mózgowo-rdzeniowym była dodatnia. Mniej więcej to samo stwierdza *W e i l* w pracy swej, ogłoszonej w lipcu r. b. Na zasadzie tych danych prelegent przypuszcza, że istnieją w płynie mózgowo-rdzeniowym jakieś ciała ochronne i że dzięki nim, działającym jako bodziec do dalszego tworzenia się tych ciał we krwi, następują tak wybitne poprawy leczonych tym zabiegiem chorych. Prelegent stwierdził, że i w innych pokrewnych chorobach infekcyjnych, zwłaszcza krótkotrwałych, można przypuszczać obecność takich samych ciał. Dotyczy to ciężkich szkarlatyn, ospy, róży. Stwierdził to w jednym przypadku prawdopodobnej szkarlatyny oraz widział znaczne, aczkolwiek nie tak wybitne polepszenia w tyfusie brzuszny. Terapia ogólna w przypadkach tyfusu wysypkowego zasadzała się na dokładnem pielęgnowaniu chorego, dbaniu o czystość ciała, jamy ustnej, wycieraniu skóry spirytusem, podawaniu kamfory i t. d. Chorzy poddani leczeniu iniekcjami płynu mózgowo-rdzeniowego stanowczo potrzebowali mniejszej ilości kamfory. Wina i alkoholu nie dawano. Podawano obficie płyny i wodę, mleko,—o ile chorzy je znosili. Prelegent przytoczył na zakończenie wnioski następujące:

1) Punkcyja lędźwiowa wraz z zastrzykiwaniami podskórnymi płynu mózgowo-rdzeniowego, z następczą w razie potrzeby reiniekcją przechowanego w warunkach aseptycznych płynu, powinna być dokonywana w każdym ciężkim przypadku tyfusu wysypkowego, gdy się zjawiają groźne dla życia objawy ze strony systemu nerwowego

lub naczyniowego. 2) Ilość płynu wypuszczonego nie powinna przewyższać 20 ctm.⁸, ilość płynu zastrzykniętego nie powinna przewyższać 10 ctm.⁸. Do reiniekcji w razie potrzeby, we dwie lub 3 doby później, należy zużyć resztę pozostawionego w warunkach aseptycznych płynu. 3) Czas dokonania tego zabiegu najdogodniejszym byłby po 7—8 dniu choroby; w razie ciężkich objawów i wcześniej. 4) U osobników po latach 40—50, zwłaszcza wyniszczonych—należałoby w dniach 9, 10 lub 11-ym choroby dokonać tego zabiegu, bez względu na stan chorego, bo w wieku tym najlepsze dzisiaj przypadki mogą przejść nagle w bardzo ciężkie, beznadziejne stany. 5) Należałoby wypróbować ten zabieg w stanach b. ciężkich pokrewnych chorób infekcyjnych (szkarlatyna, ospa, róża i t. d.).

(Streszczenie własne).

W dyskusji: a) A. S o k o ł o w s k i zapytuje, czy w statystyce swej prelegent uwzględnił odsetek zejść śmiertelnych i wyzdowień w zależności od wieku chorych, wiadomo bowiem, że śmiertelność z chorób infekcyjnych u młodych osobników, szczególnie u dzieci, jest mniejsza, aniżeli u starców. W tak doniosłej pracy ta korekta musi być dokonana.

b) K a r w a c k i: Próby leczenia tyfusu plamistego prowadzone są w szpitalu na Pokornej od 1½ roku. Wybierani są chorzy ciężsi, i jedna serya leczona jest zastrzykami domięśniowymi: złota, druga srebra koloidalnego, dalej rtęci koloidalnej, siarczanu arsenu koloidalnego, selenu koloidalnego, błękitu metylenowego, złota koloidalnego z błękitem. Stosowana była także autochemoterapia. Z wyjątkiem selenu, który—zdaje się—działał niekorzystnie, wszystkie te zabiegi zdawały się wpływać korzystnie. Jednak żaden ze środków nie skrócił trwania choroby, ani—tem mniej—nie przerwał. Po pierwszym komunikacie Z i e l i Ń s k i e g o zaczęto zastrzykiwać płyn mózgowo-rdzeniowy własny chorego. Liczba obserwacji jest jeszcze niewielka, działanie, raczej korzystne, nie różni się w wyniku od innych naszych prób. Nie zgodzę się z prelegentem, aby zastrzykiwania płynu mózgowo-rdzeniowego wprowadzały ciała ochronne. Już z cytata samego prelegenta wynika, że w płynie tym przeciwiał brak, zawierają się raczej pewne jady. Z badań mówcy wynika, że płyn zawiera różne ilości białka i zmienną ilość azotu bezbiałkowego (od 0‰ do 4,6‰), pewna część płynów zawiera bakterie zakażenia wtórnego, część znowu—pasorzyty, spotykane we wszach, hodowanych na chorych z tyfusem plamistym. Płyn ten może działać raczej jako typ szczepionki, lub też dzięki związkom azotowym bezbiałkowymi wywoływać pewne zmiany w równowadze koloidalnej osocza. Możliwa jest także ewentualność, że działanie zbliża się do seroterapii opłucnowej G i l b e r t a.

(Streszczenie własne).

c) K o e l i c h e n wyjaśnia w sprawie uzasadnienia teoretycznego dla metody leczniczej prelegenta, że badania nowsze, między innymi ogłoszone przez K a f k ę w r. 1914 stwierdzają, iż płyn m.-r., jest cieczą odosobnioną od krwi i innych cieczy tkankowych ciała.

Badania te wykazały, że niweczniki i ciała ochronne, krążące we krwi nie przechodzą do płynu mózgowo-rdzeniowego lub przechodzą w ilości bardzo nieznacznej. Podobne zjawisko co do ciał chemicznych, wprowadzanych do krwi lub podskórnie, wykazały badania L e w a n d o w s k y'ego i G o l d m a n a. Okazało się bowiem, że strychnina, żelazocyjanek potasu, wreszcie barwniki zabarwiające żywe tkanki i komórki nie przenikają z krwi do cieczy mózgowo-rdzeniowej lub przenikają tylko w znikomą małą ilość. Wobec tego przypuszczenie prelegenta co do obecności w płynie mózgowo-rdzeniowym ciał ochronnych, które mają powodować względną odporność opon mózgowych wobec zakażeń, np. wobec gruźlicy, wydaje się niedość uzasadnionem, raczej należałoby sądzić, że odporność ta zależy od wzmiankowanego wyżej odosobnienia płynu m.-r. Również mało prawdopodobnem wydaje się uzależnienie przez prelegenta od obecności ciał ochronnych w płynie m.-r. tego zjawiska, że gruźlica kręgów tak rzadko przechodzi na opony mózgowe i rdzeń. Zjawisko to znajduje prostsze wyjaśnienie w znanej odporności opony twardej, która, jak wiadomo, przedstawia przegrodę trudną do przebycia nawet dla nowotworów złośliwych. (Streszczenie własne).

d) K o w a l s k i stosował zastrzykiwania płynu mózgowo-rdzeniowego w 3 przypadkach zapalenia opon o charakterze gruźliczym i zauważył dodatnie wyniki tego zabiegu, przyczem odniósł wrażenie, że nie samo wypuszczenie cieczy, lecz zastrzyknięcie płynu m.-r. dawało efekt skuteczny. Miejscowej reakcyi po zastrzyknięciu nie zauważył. Spostrzeżenia te będą szczegółowo ogłoszone.

e) P u ł a w s k i w dwukrotnem przemówieniu zwraca uwagę, że oceniając wyniki terapeutyczne rozmaitych zabiegów, należy zachować nadzwyczajną ostrożność. W związku z tem, co powiedział prelegent, P., opierając się na autoseroterapii G i l b e r t a, stosował wielokrotnie u chorych z wysiękami (w rozmaitych formach puchliny brzusznej, zapaleniach opłucnej, szczególnie gruźliczych) zastrzykiwanie wysięku (około 10 cm.³ płynu) pod skórą i nigdy nie widział dodatnich rezultatów tego zabiegu. Wobec aktualnej i nadzwyczajnie problematycznej walki z tyfusem plamistym, mówca przypomina jeszcze o pewnej obserwacyi, ogłoszonej przez kol. C h e ł m o ņ s k i e g o, a mianowicie o wstrzykiwaniu wyciągu, otrzymanego ze zgniłego mięsa, co wywoływało pomyślny wpływ na przebieg tyfusu plamistego. Kol. C h e ł m o ņ s k i sam leczył się tą metodą. Dozowanie tego soku mięsnego jest b. trudne, szczególnie, że nie wiemy z czem mamy do czynienia. P. poddaje myśl, czy nie należałoby przejrzeć tej metody i zastosować ją w walce z tyfusem plamistym.

f) S z z w a j c e r nadmienia, że spostrzeżenia Z i e l i Ń s k i e g o zachęcają do prób. W szpitalu na Czystem próby te są w biegu. W prywatnej praktyce S. odniósł wrażenie, że zastrzyknięcia płynu mózgowo-rdzeniowego chorym na tyfus plamisty wpływają pomyślnie na przebieg choroby. Dla ściślejszej obserwacyi należałoby jeszcze rozsegregować materiały prelegenta co do wieku i wyznania, wiadomo

bowiem, że u żydów śmiertelność z tyfusu plamistego jest mniejsza, aniżeli u chrześcijan.

g) A. Sokołowski dodaje w sprawie poruszonej przez Puławskiego, że b. często zastrzykiwał płyn wysiękowy chorym pod skórę bez żadnego rezultatu.

h) Rzętkowski zaznacza, że stoimy wobec b. doniosłego komunikatu, jeżeli chodzi o leczenie tyfusu plamistego. Nie wdając się w teoretyczną ocenę tego zabiegu, ponieważ dociekania, co to jest płyn mózgowo-rdzeniowy, zbyt daleko zaprowadziłyby nas, Rz. zwraca uwagę, że prelegent wnioskował o poprawie stanu chorego po zastrzyknięciu płynu mózgowo-rdzeniowego na zasadzie ogólnej poprawy, spadku ciepłoty, ilości tętna, nie uwzględnił jednak w swoich obserwacjach mierzenia ciśnienia krwi przed zabiegiem i po zabiegu oraz określenia różnicy pomiędzy ciepłotą w odbytnicy a pod pachą, co jest dobrym, naszym sprawdzianem krążenia krwi. Według mówcy leczenie tyfusu plamistego pyramidonem pomyślnego rezultatu nie daje. Co się tyczy autoseroterapii w chorobach wysiękowych, to Rz. stosował tę metodę b. często i żadnego wpływu na wysięki gruźlicze nie widział.

i) E. Osieński zaznacza, że sprawa leczenia duru plamistego dla nas w chwili obecnej jest wyjątkowo aktualna, gdyż, jak dotychczas, wszelkie zabiegi zapobiegawcze, przedsiębrane przez Urząd Zdrowia w celu stłumienia groźnej epidemii duru, zawiodły wobec żywiołowej klęski brudu, nędzy i głodu. Badania nad działaniem nakłuć lędźwiowych na przebieg duru wysypkowego oraz nad stosowaniem tegoż płynu w celach leczniczych mówca prowadził wspólnie z kol. Hewelke od lipca r. b.; aczkolwiek badania te nie są jeszcze całkowicie ukończone, wszakże z nagromadzonego materiału należy w dyskusji przytoczyć te dane, które albo się nieco różnią od poglądów już wypowiedzianych, albo też uzupełniają je. Punktem wyjścia dla stosowania nakłuć lędźwiowych w durze wysypkowym jest znany fakt kliniczny, że zaburzenia mózgowe w durze wysypkowym są wyrażone prawie zawsze w mniejszym lub większym stopniu i to zarówno ze strony mózgu (objawy zapalenia mózgu), jak i ze strony opon mózgowych. Równocześnie ogłoszone w ostatnim czasie badania anatomo-patologiczne tak obcych, jak i naszych autorów (O. Hewelke, Dunin-Karwieka, Grzywo-Dąbrowski), istotnie wykazują obecność zmian makro- i mikroskopowych, świadczących o sprawie zapalnej w mózgu i w oponach mózgowych, dalej stwierdzają znaczne nagromadzenie się płynu mózgowo-rdzeniowego, rzadziej wylewy krwawe podooponowe. Otóż powstaje pytanie, czy usuwanie nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego drogą nakłucia lędźwiowego, a więc czy normowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego zadziałałoby leczniczo na sprawę w oponach mózgowych przedewszystkiem, a pośrednio może i na sprawę w samym mózgu. Jeżeli nakłucie lędźwiowe znajduje zastosowanie lecznicze w zapaleniu opon mózgowych wogóle, to tembardziej zasługuje na wypróbowanie w du-

rze wysypkowym, w którym objawy oponowe są stałym zjawiskiem chorobnym. Nakłucia lędźwiowe, wykonywane systematycznie, częstokroć po parę razy w przebiegu choroby w poszczególnych przypadkach, stwierdziły: 1) że ilość płynu mózgowo-rdzeniowego jest stale zwiększona w okresie gorączkowym duru wysypkowego (wypuszczano od 12—4 sz. ctm.) i że zmniejsza się znacznie w okresie spadku gorączki; 2) że ciśnienie w jamie czaszkowej jest znacznie wzmożone, płyn bowiem wypływa silnym strumieniem. Pod względem jakości, płyn mózgowo-rdzeniowy przedstawia się jako ciecz przezroczysta; ilość białka rzadko przekracza 0.5‰ , z morfologicznych składników w okresie największego nasilenia choroby notowano znaczną ilość limfocytów i niewielką polinuklearów; miano zlepne (odczyn Weil-Felixa) wypadła dodatnio w rozcieńczeniu 1 : 1; 1 : 5; 1 : 10 i 1 : 20 (*maximum*), gdy równocześnie miano zlepne surowicy krwi sięga 1 : 2000 i wyżej. Podnoszenie się ilości białka, wzmagania się miana zlepnego oraz wyraźny wzór limfocytozy odpowiadają stopniowemu nasileniu objawów oponowych i wszystkich objawów chorobnych wogóle, skąd wniossek, że nakłucie lędźwiowe w durze wysypkowym uzyskuje także wartość rozpoznawczą dla oceny sprawy zapalnej, zachodzącej w oponach (*meningitis serosa*). Według naszych spostrzeżeń nakłucie lędźwiowe nie wywiera doraźnego wpływu na przebieg duru wysypkowego; niejednokrotnie zauważono wkrótce po zabiegu występowanie snu, trwającego od paru do kilku godzin, i zanotowano nieco łagodniejszy przebieg choroby. Nakłucia lędźwiowe nie mogą być uważane jako *ultimum refugium*, *ultimum remedium*, a więc nie powinny być stosowane tylko podczas największego natężenia objawów mózgowych, lecz przeciwnie, są one one wskazane już we wczesnym okresie choroby, nawet przy nieznacznych objawach, jak bezsenność, ból głowy i t. d. i w celu otrzymania należytego działania leczniczego powinny być powtarzane, stosownie do nasilania się objawów. Niektóre sprawy chorobowe, jako to: niemoc nerwowa, miażdżyca tętnic, przewlekłe śródmiaższowe zapalenie nerek, niedomoga mięśnia sercowego, występująca jeszcze przed zapadnięciem na dur wysypkowy, tembardziej uprawniają do stosowania nakłuć lędźwiowych. W 2-jej seryi przypadków otrzymano od chorych na dur wysypkowy płyn mózgowo-rdzeniowy zastrzykiwano podskórnie bądź tym samym chorem (autoseroterapia), bądź też innym chorem w możliwie wczesnym okresie choroby, w pierwszych dniach wysypki (heteroseroterapia). Doraźnego działania leczniczego nie widziano; na miejscu zastrzykiwania żadnego odczynu nie zauważono. Co do autoseroterapii Gilberta należy zaznaczyć: 1) że wobec możliwości wykrycia w wysięku opłucnowym żywych prątków Kocha metoda ta powinna nosić miano autoserowakcyoterapii; jednakże według współczesnych wymagań wakcyoterapii stosowanie szczepionek żywych jest przeciwwskazane; to też z teoretycznych względów metoda ta powinna być zarzucona; 2) że leczniczego dzia-

łania metoda ta nie posiada (na miejscu zastrzykiwania mówca spostrzegł raz jeden ropień po upływie paru miesięcy).

(Streszczenie własne).

k) Czubałski z całej dyskusji odniósł wrażenie, że działanie płynu mózgowo-rdzeniowego jest czynnikiem dobroczynnym, leczniczym. Wobec tego wyraża zdanie, że należałoby bliżej zapoznać się z własnościami fizyologicznymi i patologicznymi tego płynu za pomocą badań chemiczno-farmakologicznych.

l) K. Zieliński w odpowiedzi A. Sokołowskiemu przybiecał odnośną procentowość wyzdrowień w wieku starszym przy tym zabiegu i bez zabiegu obliczyć, uważa jednak, że cyfry te dla ostatecznych wniosków będą za małe; na 48 chorych 2-ej seryi było powyżej 50 lat osób 14, z czego wyzdrowiało 8. — Karwackiemu i Koelichonowi komunikuje, że działania iniekcji płynu mózgowo-rdzeniowego nie podejmuje się uzasadnić na drodze ścisłych serologicznych danych, konstatuje tylko fakty, zaczerpnięte z obserwacji szpitalnej, oraz z ostatnich badań serologicznych Karwackiego i Sierakowskiego, a które to fakty potwierdza i Weil w swym komunikacie z lipca r. b., a mianowicie, że krew danego chorego inaczej zachowuje się co do reakcji Weil-Felixa, Wassermana, hemolizynowej, i innych, niż ciecz mózgowo-rdzeniowa, inaczej w początkach choroby, inaczej później, że więc w tej cieczy muszą zachodzić jakieś zmiany, polegające na powstawaniu w niej ciał, działających później po zastrzykiwaniu podskórnem danej ilości płynu. — Puławskiemu zwraca uwagę, że zabieg w tyfusie wysypkowym pozornie tylko jest analogiczny do metody Gilberta, o czem wyraźnie w swym komunikacie mówi. I Zieliński nie jest entuzjastycznym tej metody zwolennikiem, jednakże, stosując ją systematycznie co dni kilka, przy zwiększaniu dozy zastrzykiwanego płynu, miewał często wyniki dodatnie. I przy innych metodach leczenia wysięków opłucnej nie zawsze osiąga się rezultaty dodatnie. Zabieg Zielińskiego z metodą Chełmońskiego nie ma nic wspólnego. — Sz wajcero wi komunikuje, że wśród 48 chorych seryi 2-ej jest 28 chrześcijan i 20 żydów; z tego zmarło 10 chrześcijan, a 5 tylko żydów. Z. skłonny jest wierzyć, iż w tej większej tolerancji żydów względem tyfusu, większą rolę gra istniejące u żydów od dzieciństwa przyzwyczajenie do mleka i obfite jego spożywanie w czasie choroby, niż właściwości rasowe. — W odpowiedzi Rzętkowskiemu Z. stwierdza, iż świadom jest aż nadto braków w swej pracy, miał zamiar uwzględnić badania nad ciśnieniem krwi przed i po zabiegu, lecz brak czasu nie pozwolił mu tego uczynić. Na zakończenie Z. raz jeszcze powtarza, że w płynie mózgowo-rdzeniowym są jakieś ciała, które z jednej strony ochraniają w czasie choroby infekcyjnej system nerwowy centralny, zastrzyknięte zaś pod skórę z tym płynem mózgowo-rdzeniowym są bodźcem, pobudzającym do tworzenia się niweczników we krwi i do zwalczania danej choroby. Obecność tych ciał w płynie mózgowo-rdzeniowym dowodzi

właściwości nabytych przez ten płyn,—nabytych w ciągu całych tysiącleci, w celu ochrony centralnego systemu nerwowego, którego należyta sprawność w walce organizmu z daną chorobą infekcyjną jest konieczna. (Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski.*

Zastępca sekretarza dorocznego *F. Podkóliński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 listopada 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 62, gości 5.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski.*

Treść: 1) *H. Higier*: „Dwa przypadki nerwobólu n-
trójdzielnego, wyleczone za pomocą metody *Härtla* (alkoholizacji zwoju *Gassera*)”.
2) *E. Osiński*: „Zmiany anatomo-patologiczne w durze brzusz-
nym oraz wpływ ich na zejście śmiertelne”.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol.: *W. Szczawińską*, *Al. Zawadzkiego*, *Stef. Szymańskiego*, *W. Grzywo-
Dąbrowskiego* i *B. Stępnia*.

III. Prezes zawiadomił, że następujący koledzy złożyli swe kandydatury na członków czynnych Tow.: 1) *Wiktor Grzywo-
Dąbrowski* (wprowadzają *Chodźko* i *Bornsztajn*, refer. prace kandydata *Bornsztajna*), 2) *Aleksander Ambrożewicz* (wprowadzają *Leśniowski* i *Gromadzki*, refer. *Otto*), 3) *Edward Jakimowicz* (wprow. *Jakowski* i *Horodyński*, refer. *T. Borzęcki*), 4) *Bronisław Karpiński* (wprow. *Jakowski*, *Korzon* i *Horodyński*, refer. *Babski*), 5) *Władysław Mazurkiewicz* (wprow. *St. Orłowski* i *Ko-*

ż niewsski, refer. Koźniewski), 6) Stef. Szymański (wpraw. Sokołowski i Dębiński, refer. K. Dąbrowski) i 7) Henryk Trenkner (wpraw. Rzętkowski i Męczkowski).

IV. Do księgozbioru wpłynęły prace następujące: 1) K. Zielińskiego „Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci”. Odb. z Przegl. Ped., 1917, t. VII; 2) K. Stołyhwy „Klasyfikacja cech antropologicznych”. Odb. ze spraw. z pos. T. Nauk. W., 1917; 3) Tegoż „Sprawozdanie ze stanu i działalności pracowni antropologicznej Tow. Nauk. Warsz. za r. 1916”; 4) K. Szokałskiego „Żółtaczki hemolityczne w świetle badań ostatnich”. Odb. z Gaz. lek., 1916, Nr. 25—26; 5) Tegoż „Ze studyów nad funkcjami śledziony”. Odb. ze spr. z pos. T. N. W., 1916 i 6) H. Plossa „Das Weib in der Natur.—u. Völkerrunde”, 2 tomy, Lipsk, 1897 r.

V. H. Higier pokazał „Dwa przypadki uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego, wyleczone za pomocą metody Härtla (alkoholizacji zwoju Gassera). 2 kobiety, od lat kilkunastu dotknięte nerwobólem twarzy i leczone bezskutecznie, pozbyły się swojej dolegliwości po alkoholizacji zwoju Gassera. U jednej chorej poprawa trwa już z górą rok, u drugiej tydzień. Z powyższych zasługuje na uwagę u starszej pacjentki niedowład jednej z gałązek n. okoruchowego (dwojenie podczas patrzenia w dół), u młodszej—uszkodzenie włókien współczulnych przebiegających w zwoju Gassera (zespół sympatyczny Hornera w postaci zaburzeń potowydzielniczych i naczyńioruchowych twarzy oraz jednoczesnego zwężenia szczeliny ocznej i źrenicy). Nadwrażliwość twarzy i błon śluzowych na ciepło i zimno obok zupełnej anestezji (*hyperaesthesia dolorosa*) u drugiej chorej H. uważa za objaw, który zniknie z czasem bez śladu. *Areflexia corneae* pozostaje na stałe, jako objaw, dowodzący zupełnego zniszczenia zwoju, czyli skuteczności rękoczynu. (Streszczenie własne).

VI. E. Osiński wypowiedział rzecz p. t.: „Zmiany anatomicopatologiczne w durze brzuszny oraz wpływ ich na zejście śmiertelne”. Materiał dotyczy 66 przyp. sekcyjnych duru brzusznego i pochodzi z prosektoryum przy b. szpitalu stałym w Modlinie za czas od IX. 1914 do IV. 1915. Odsetka śmiertelności 10%. Wiek zmarłych: od 21—30 r. 60 przyp., od 31—40 r. 6 przyp. Największa liczba zejść śmiertelnych 42% przypada na 3 tyd., 21% na 4 tyd., 15% na 5 tyd., 11% na 2-ą połowę 2-go tyd., 11% na 7, 8 i 9 tyd. razem wzięte. Przyp. sekcyjnych z 1 tyd. i 1-iej połowy 2 tyd. nie spostrzegano. Prelegent szczegółowo omawia zmiany swoiste dla duru brzusznego pod względem wyglądu, wielkości umiejscowienia, podkreśla rzadkość zmian w jelitach grubych oraz wygląd zmian w późnych okresach choroby i w przyp. z nawrotami; zaznacza niezbędnosć badania bakteriologicznego w przyp. duru brzusznego

w 1 tyg. choroby w razie brak zmian w kiszkiach, dalej w durze rzekomym przebiegającym pod postacią nieżytu żołądkowo-jelitowego i dla rozgraniczenia duru brzusznego od schorzeń rzekomo-durowych. Obrzmienie gruczołów chłonnych krezkowych i zaotrzewnowych, istniejące równocześnie ze zmianami w jelitach, nie może być uważane za objaw swoisty dla duru brzusznego, gdyż zdarza się—lubo w mniejszym zazwyczaj stopniu—i w innych sprawach zakaźnych, zwłaszcza umiejscowionych w jelitach. Po uwzględnieniu zagadnienia co do wpływu rozległości i jakości zmian durowych w jelitach na zejście śmiertelne oraz po zaznaczeniu współczesnych poglądów patogenetycznych na istotę duru brzusznego, mówca rozważa zmiany w sercu (zwyrodnienie białkowe, ostre mięaszowe zapalenie mięśnia sercowego) tudzież ich stosunek do objawów klinicznych ostrej niedomogi m. sercowego, wreszcie rozpatruje zmiany w śledzionie, w wątrobie, w nerkach, w mózgu, które to zmiany, jako przejaw toksycznego działania na ustrój czynnika chorobotwórczego, są zależne już to od prątków durowych, już to od endotoksyn durowych. W 3-ej grupie zmian wylicza cały szereg cierpień wtórnych, najczęściej wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze, rzadziej przez laseczniki durowe i pneumokoki, a wywierających na zejście śmiertelne wpływ rozmaitego stopnia. Wreszcie z pomiędzy spraw chorobowych, niezależnych od zasadniczej choroby i istniejących przed zapadnięciem na dur brzuszny, ocenia wpływ na zejście śmiertelne gruźlicy płuc oraz obszernych zrostów opłucnej, odnoszących się do całych płatów, albo do całego płuca. Wnioski: 1. Obraz zmian anatomo-patologicznych w okresie pełnego rozwoju choroby jest swoisty dla duru brzusznego. Późniejszym okresom choroby odpowiada retrospektywny obraz przebytego duru. Dla rozpoznania wczesnego okresu duru, schorzeń rzekomodurowych o charakterze ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkiowego i dla odróżnienia duru brzusznego od schorzeń rzekomodurowych niezbędne jest badanie bakteryologiczne. 2. Na zejście śmiertelne w durze brzuszny nie wpływa rozległość zmian w jelitach; rzadko ma tu znaczenie jakość tych zmian (krwotoki kiszkiowe, zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia kiszki), najczęściej zaś (40% przyp.) śmierć następuje skutkiem zatrucia ustroju jadami drobnoustrojów, którego wykładnikiem są zmiany w narządach wewnętrznych ustroju. Każda z tych zmian poszczególnie—prócz ostrego mięaszowego zapalenia mięśnia sercowego i zapalenia mózgu, zwłaszcza z siedliskiem na dnie komory IV—nie może być uważana za przyczynę śmierci w durze brzuszny; zespół jednak tych zmian musi dostatecznie tłumaczyć przyczynę śmierci, przyczem na 1-em bodaj miejscu należy umieścić zmiany w sercu (zwyrodnienie białkowe mięśnia sercowego), jako w narządzie bardzo ważnym dla życia ustroju. Zwyrodnienie białkowe mięśnia sercowego powinno wystarczająco tłumaczyć przyżyciowe zaburzenia ze strony serca (objawy niedomogi). 3. W 30% przyp. przyczyną śmierci w durze brzuszny są cierpienia wtórne ze strony płuc, opłucnej, otrzewnej, opon miękkich,

mózgu i t. d. 4. W części przyp. sekcyjnych duru brzusznege (według materyału prelegenta w 30%) czynnikiem przyspieszającym zejście śmiertelne jest gruźlica oraz rozległe zrostowe zapalenie opłucnej. 5. Śmierć w durze brzusznyu najczęściej występuje w 3 tyg. choroby. (Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski*.

Sekretarz doroczny *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 grudnia 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 67, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

- Treść: 1) Sekretarz stały: W sprawie budżetu Tow-a na r. 1918.
 2) Wiceprezes: W sprawie wykładów przyrodniczych w Tow-ie.
 3) Jan Tur: „O asymetrii w świecie zwierzęcym”.
 4) W. Grzywo-Dąbrowski: „Obecny stan badań nad zmianami anatomo-patologicznymi w durze osutkowym”.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości: prof. J. Tura i kol. Szczawińską, Przypkowskię i W. Grzywo-Dąbrowskiego.

III. Prezes zawiadomił, że do księgozbioru przybyły prace następujące: 1) J. A. Tura „Nauka i uczone”, Warszawa, 1917; 2) A. A. Puławskiego „Pogadanka o picciu trunków i pijaństwie”, odczyt popularny, Warszawa, 1917; 3) A. Potockiego „O Krzysztofie Kolumbie i odkryciu Ameryki”, odczyt popularny, Warsz., 1916—w 2 egz. i 4) Sprawozdanie z roku szkolnego 1916/17 gimnazjum Tow. szkoły M. hr. Zamoyskiego. Warszawa, 1917 r.

IV. Prezes zawiadomił, że następujący koledzy zgłosili kandydatury swe na członków Towarzystwa: 1) Rudzki Stefan (wprowadzają Józef Jaworski i Edward Loth, referuje prace kandydata K. Rzętkowski); 2) Sierakowski Stanisław (wprow. Henryk Rouppert i Witosław Dąbrowski, referuje L. Karwacki); 3) Gliński Jerzy (wprow. Ludwik Zembrzusi, Józef Czarkowski i Czesław Stankiewicz, ref. A. Leśniowski); 4) Bukowska Jadwiga (wprow. Władysław Bruner, Wacław Łapiński i Wład. Szenajch, referuje Remigiusz Stankiewicz) i 5) Brochocki Aleksander z Nowego Dworu (wprow. prof. E. Przewóski i Maksymilian Zwejbaum, referuje F. Podóliński).

V. Prezes wspomniał o zmarłych członkach Tow-a Teodorze Heimanie i Władysławie Świąteckim, z których ostatni padł ofiarą zawodu, zarażając się od chorych tyfusem plamistym. Pamięć zmarłych na wniosek prezesa uczczono przez powstanie.

VI. Sekretarz stały A. Sokółowski odczytał następujące wspomnienia pośmiertne o zmarłych członkach Tow. Władysławie Świąteckim i Teodorze Heimanie. „Bezspornie lekarze, szczególnie szpitalni, jak to wykazuje statystyka wszystkich prawie krajów, padają niezwykle często ofiarą tej tak bardzo zaraźliwej choroby, jaką jest dur plamisty; i, rzecz szczególniejsza, o ile na ogół śmiertelność w tej chorobie nie jest zbyt wielka, to lekarze, zapadający na nią, kończą fatalnie w ogromnej liczbie przypadków. Jest to fakt godny uwagi, dowołający, że lekarze przy łóżu chorego, zajęci obowiązkami swego powołania, zapominają o własnej osobie i z samowiedzą niebezpieczeństwa spełniają swój zawód. Warto, aby ogół społeczeństwa, szczególnie naszego, posądzający nas, lekarzy, o dążenia egoistyczne, dowiedział się o powyższych faktach i o tem także, iż nasza praca zawodowa, skierowana ku dobremu społeczeństwa, tak często przynosi lekarzom w ofierze śmierć jedynie, a pozostałej rodzinie smutny stan materyalny. Warto, by się dowiedział, że lekarze umierają na choroby zakaźne trzy razy częściej, niż inne wolne stany, że podług statystyki Oslera umarło w Irlandyi w ciągu lat 25 z liczby 1230 lekarzy na dur wysypkowy 550, t. j. przeszło 40%, i że w czasie ostatniej wojny serbskiej z 350 lekarzy zmarło na tęż chorobę aż 120. U nas nie dzieje się pod tym względem lepiej, według bowiem sprawozdań naszych pism lekarskich zmarło na ziemiach polskich przeszło 40 lekarzy na tę straszną zarazę, a w samej Warszawie 10 dzielnych i w pełni życia kolegów. Do grona ich przybywa obecnie zmarły w dn. 22 listopada ś. p. Władysław Świątecki, członek naszego Towarzystwa, który zaraził się durem w szpitalu przy ulicy Pokornej, gdzie był ordynatorem. Był to lekarz gruntownie wykształcony, cichy i skromny pracownik, który

mimo ciężkich warunków, w jakich musiał pracować na chleb powszedni, znajdował jednak czas i na prace naukowe. Pozostawił w naszej literaturze kilkanaście prac z dziedziny medycyny wewnętrznej, laryngologii i epidemiologii. Pośród znających go bliżej kolegów pozostawił dobre wspomnienie, jako dobrego kolega, a wśród pacjentów—jako sumienny lekarz i człowiek. Cześć jego pamięci!

Ś. p. W ł a d y s ł a w Ś w i a t e c k i urodził się 1857 roku w ziemi lubelskiej, szkoły ukończył w Warszawie w 1878 r. Początkowo słuchał wykładów na politechnice ryskiej, a w roku 1883 zapisał się na wydział lekarski w Warszawie. Wydalony z uniwersytetu za czasów Apuchtinowskich, ukończył studia w Krakowie w 1887 r. przez rok był lekarzem asystentem w szpitalu Powszechnym we Lwowie. W roku 1889 powrócił do Warszawy, zdał powtórnie egzamin i osiedlił się na stałe w naszym mieście, zajmując kolejno posady: lekarza miejscowego w szpitalu Dz. Jezus, lekarza domu schronienia P. Maryi, a wreszcie ordynatora szpitala tyfusowego.

Ogłosił drukiem następujące prace: 1. Rzadki przypadek bardzo rozległej rozedmy podskórnej, powstałej na tle gruźlicy płuc. G. L. 1890. 2. O stosunku gorączki zwanej „dengue“ do grypy. Kr. L. 1890. 3. Przypadek tężyczki czyli tetanii. Gazeta Lek. 1891. 4. O trujących własnościach badyanu gwiazdkowatego wrzekomego. Kr. L. 1893. 5. Kilka słów o przebiegu cholery azyatyckiej w r. b. w Warszawie i pobliskich okolicach. Tamże 1894. 6. Nowotwór jamy nosowogardzielowej. P. T. L. W. 1895. 7. Przypadek zwężenia gardzieli w wysokim stopniu pochodzenia nieprzymiotowego. Kr. Lek. 1899. 8. Przypadek zatrzymania moczu wskutek uwężnięcia kamyka w cewce. Kr. L. 1898. 9. Praktyczny sposób barwienia preparatów mikroskopowych. G. L. 1902. (To samo w Centrbl. f. Bakterirol.). 10. Przypadek torbieli dołka języko-nagłośniowego. Med. 1904. 11. Ciało obce (kość) usunięte z przełyku. Tamże. 1904. 12. Kilkanaście przypadków owróżdzeń jamy ustnej. G. L. 1901. 13. The estimation of sugar in urine by means of caustic kali. The Lancet. 1907. 14. Anatomia i inne gałęzie morfologii organicznej. Porad. dla samouków. 1901.

Zmarły dnia 25 listopada, czynny od lat 37 członek naszego Towarzystwa, d r T e o d o r H e i m a n, jeden z wybitnych współczesnych lekarzy, umiłowaną przez siebie otyatrię uprawiał nie tylko, jako niezwykle biegły znawca tej dziedziny, lecz w ciągu całego swojego pracowitego okresu praktyki zajmował się stale i naukową jej stroną i pozostawił w spuściźnie polskiej nauce ślad trwały. Od roku bowiem 1876 niemal aż do śmierci był niezwykle czynnym pracownikiem na polu skąpo u nas uprawianej otyatrii i zbogacił nasze piśmiennictwo lekarskie przeszło 50 pracami z różnorodnych dziedzin chorób usznych. Prace H e i m a n a, stanowiące mniej lub więcej ważne przyczynki naukowe, podzielić można na 3 główne grupy: 1. Prace kazuistyczne, w których poruszał szereg najżywotniejszych

kwestyi, popartych przypadkami klinicznymi, jakoteż badaniami anatomo-patologicznymi, a więc: O ropnicy pochodzenia usznego. O egzostozach przewodu słuchowego. O otwieraniu wyrostka sutkowego. O ropniach mózgu pochodzenia usznego. O chorobie Ménière'a i t. d. Materiał do tych prac czerpał Heima n z obszernego oddziału szpitala Ujazdowskiego, w którym był bardzo pracowitym ordynatorem przez lat prawie 20. Ztąd też i kazuistyka jego była wysoce pouczająca, gdyż oparta na materiale, długo i dobrze spostrzeżanym, a w wielu przypadkach rozpoznania były uzupełnione odpowiedniami badaniami anatomo-patologicznymi. To bogate doświadczenie kliniczne wyrobiło Heima n a nie tylko na bystrego dyagnostę, lecz jednocześnie i na wytrawnego chirurga-otyatrę w tej nowej gałęzi chirurgii praktycznej, o której słusznie sam zaznaczył w swoim ostatnim odczycie, wypowiedzianym w maju r. b. w naszym Towarzystwie, że: „Otologia stanęła na właściwym gruncie dopiero wtedy, gdy stała się działem chirurgii, a przeto ratuje życie wielu ludzi, skazanych dawniej na śmierć niechybną (ropnie mózgowe pochodzenia usznego)“. II. Wielkie doświadczenie kliniczne Heima n a było podstawą do prac drugiej kategorii, t. j. do działu pedagogicznego, w którym na głównym miejscu stoi wydany w r. 1902 obszerny podręcznik chorób narządu słuchowego, przeznaczony do użytku lekarzy praktyków i studentów medycyny. Podręcznik ten, jak zwykle prace tej kategorii, musiał być z natury rzeczy charakteru eklektycznego, musiał się opierać na pracach innych autorów współczesnych, oświeślał je jednakże stale duch krytyczny, zdobyty szerokiem, obszernem i wieloletniem doświadczeniem klinicznem autora. Podręcznik więc spełnił swoje zadanie i jest po dziś dzień jedynym polskim podręcznikiem chorób uszu, opartym na najnowszych zdobyczach wiedzy. W lat 12 później praca, znacznie rozszerzona i uzupełniona, wyszła w języku francuskim i zyskała wielce pochlebne oceny fachowej prasy francuskiej. Do prac tej kategorii należy praca O higienie ucha, dalej Zarys historii otyatrii, jakoteż Szkic historyczny chirurgii ucha. Odnosnie prac tych ostatnich zaznaczyć wypada, jako wielką zasługę Heima n a, że zebrał w nich skrzętnie i przekazał literaturze wszechświatowej wszystkie przyczynki, jakich dokonali w dziedzinie otyatrii autorowie polscy. III. Wreszcie do działu trzeciego należą prace, nie będące w ścisłym związku z otyatrią, wśród których zasługuje na bliższą uwagę rozprawa doktorska z dziedziny farmakologii: „O wpływie chlorku pilokarpiny na krążenie krwi i wydzielanie potu“, „O chloroformie“, „O wrzodzie Taszkienckim“ i in., a wreszcie wydana w r. 1916 obszerna praca pod tytułem: „Etyka lekarska i obowiązki lekarza“. Ta ostatnia praca bardzo mozolna i również charakteru pedagogicznego, a więc eklektyczna, wykazała, że autor pod koniec żywota, mimo starganego zdrowia wieloletnią chorobą, zajmował się ogólnemi kwestyami, odnoszącemi się do stanu i bytu lekarskiego. Taki to obszerny dorobek literacki pozostawia Heima n po sobie, oprócz bardzo licznych demonstracyi

w naszym Towarzystwie, którego był jednym z najstarszych członków, i w sekcji otolaryngologicznej, której przez kilka lat z rządu był przewodniczącym, i potrafił zawsze na podstawie swojego obszernego doświadczenia klinicznego oświecić krytycznie dyskusję, toczącą się nad demonstrowanymi przypadkami. H e i m a n miłował nad wyraz kraj swój rodzinny, był dobrym polakiem i wiernym synem ojczyzny i, mimo widoków większej kariery na Wschodzie, nie opuścił Warszawy, gdy prześladowano wszystko, co nie było rdzennie rosyjskie, rugowano resztę polaków ze szpitala Ujazdowskiego, tranzlokując ich niby z awansem na Wschód daleki. 45 lat swojej pracy zawodowej wypełnił H e i m a n gorliwie i pracowicie ku pożytkowi cierpiącej ludzkości i dobru polskiej nauki lekarskiej. W życiu zażył wielu goryczy, niechaj mu więc będzie lekką ta ziemia, którą tak bardzo ukochał i w której spoczął. Cześć jego pamięci!

T e o d o r H e i m a n urodził się 29 stycznia 1848 r. w Wieluniu, gimnazjum ukończył w Warszawie w 1867 r. W tymże roku wstąpił do uniwersytetu warszawskiego, który ukończył w r. 1872, następnie kształcił się w Wiedniu, w 1878 r. uzyskał w Warszawie stopień doktora medycyny. W r. 1874 wstąpił do służby wojskowej we Włocławku, potem pracował w Płocku jako lekarz wojskowy, od roku 1876 do 1898 był ordynatorem oddziału otyatrycznego w szpitalu Ujazdowskim. Był członkiem korespondentem wielu towarzystw zagranicznych. Ogłosił drukiem następujące prace: 1. Posocznica i ropnica chirurgiczna (septicaemia et pyaemia) Gaz. Lek. 1875. 2. Kilka uwag o chloroformie. Tamże 1876. 3. O wpływie chlorku pilokarpiny na krążenie krwi i wydzielanie potu. Pam. Tow. Lek. 1880 (tłumaczenie skrócone z rozprawy na stopień doktora medycyny). 4. Sprawozdanie z czynności chirurgicznej szpitalnej za r. 1879. Medycyna 1880. 5. Przypadek choroby Sartów (wrzód taszkencei, jaman dżaragan). Gaz. Lek. 1882. 6. O głuchocie udanej i sposobach rozpoznawania takowej. Gaz. Lek. 1883. 7. Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowej z zejściem śmiertelnym. Gaz. Lek. 1885. 8. O przedziurawieniu błony bębenkowej. Tamże 1886. 9. Przypadek egzostozy przewodu słuchowego zewnętrznego, usunięty na drodze operacyjnej Medycyna 1888. 10. Przypadek niedostatecznego rozwoju obydwóch narządów słuchowych. Medycyna 1890. 11. Śmierć po uderzeniu w twarz. Pam. T. L. W. 1890. 12. Kilka uwag o otwieraniu wyrostka sutkowego Pam. T. L. W. 1890. 13. Zapalenie przewlekłe ropne ucha średniego lewego. Ropień mózdzku i jego robaka, śmierć. Medycyna 1893. 14. O chorobach ucha, sztucznie wywołanych. Tamże 1893. 15. Śmiertelne uderzenie ręką w twarz. Pam. Tow. Lek. 1893. 16. Liszki z ucha. Tamże 1894. 17. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha. Medycyna 1894. 18. O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Tamże 1894. 19. Ropień mózdzku pochodzenia usznego. Medycyna 1896. 20. Przypadek zapalenia ropnego jamy Highmora i zatok czołowych. Ropień

mózgu, śmierć. Tamże 1897. 21. Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w uarządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Tamże 1897. 22. O utracie słuchu postępującej. Gaz. Lek. 1898. 23. Przypadek ropnia w zrazie potylicowym mózgu pochodzenia usznego. Pam. Tow. Lek. 1898. 24. O chorobie Ménière. Gaz. Lek. 1899. 25. O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego. Pam. T. L. 1899. 26. Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny. Medycyna 1899. 27. O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha średniego. Dzień. IX zj. lek. i prz. polskich 1900 i Gaz. Lek. 1901. 28. O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego. Medycyna 1900. 29. O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha. Tamże 1901. 30. Choroby narządu słuchowego. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa 1902. 31. Przyczynek do wartości ćwiczenia słuchu metodą Urbantschitscha. Medycyna 1902. 32. Ciało obce w uchu, podtrzymujące ropienie. Tamże 1903. 33. Przyczynki do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego. Pam. Tow. Lek. 1903. 34. Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Tamże 1904. 35. Przypadek ropnia nadoponowego. Tamże 1904. 36. Przypadek szumu przedmiotowego w uchu. Tamże 1904. 37. Przypadek ostrego ropnia mózgowego zrazą skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego. Nieco ze statystyki ropni mózgu pochodzenia usznego. Tamże 1906. 38. Wody z kwasem węglowym w Royat (Francya). Tamże 1907. 39. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego. Gaz. Lek. 1907, spraw. z X-go Zjazdu lek. i przyr. polskich. 1907. 40. O wartości leczniczej przekrwienia zastoinowego (metoda Biera w otyatrii). Medycyna 1908. 41. Hygiena ucha. Medycyna 1891. 42. O otosklerozie. Tamże 1909. 43. Słuch, ucho i higiena ucha. Warszawa 1909. 44. Leczenie zapalenia ucha. Pam. Tow. Lek. 1911. Medycyna 1912. 45. Przypadek zapalenia zakrzepowego zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, operacya, wyzdrowienie. Medycyna 1912. 46. Obrzezanie w świetle nauki. Zdrowie 1912. 47. Krótki rys historii otyatrii. Warszawa 1912. 48. Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego. Med. i Kr. Lek. 1915. 49. Szkic historyczny chirurgii ucha. Pam. Tow. Lek. 1917.—Większość prac wyszła jednocześnie w języku francuskim, niemieckim i rosyjskim.—Do powyższego Sekr. Stały dodał, że zmarły kolega H e i m a n nie zapomniał o naszym Towarzystwie i przed śmiercią, zapisując na rzecz Tow. pewną sumę pieniężną.

VII. Sekretarz stały A. S o k o ł o w s k i zawiadomił, że wzorem 3 lat ubiegłych Zarząd i obecnie nie zamierza formułować dokładnego budżetu na rok 1918-ty. Dochody Tow. opierają się na wpływach z komornego i na składkach członków, oba zaś te źródła w czasie obecnym nie dadzą się ściśle określić, wobec czego drukowanie bardzo problematycznych pozycji pociągałoby tylko zbyteczne koszta. Zarząd postanowił i w roku bieżącym budżetu nie drukować,

provizoryum zaś budżetowe złożone zostało w kancelaryi Tow. i dla każdego z członków jest dostępne. Sekretarz stały zwraca się do członków z zapytaniem, czy upoważniają oni Zarząd do prowadzenia w roku 1918-ym możliwie oszczędnej gospodarki finansowej bez przedstawiania budżetu.—Zebrani zgadzają się jednomyślnie.

VIII. Wiceprezes Stan. Orłowski: W sprawie wykładów przyrodniczych w Towarzystwie Lekarskiem. Z coraz większym rozwojem poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej uwydatnia się coraz bardziej rozluźnienie związku między medycyną a naukami przyrodniczymi w ścisłym słowem znaczeniu. T. zw. specjaliści zamykają się w ciasnym zakresie obserwacji i eksperymentu w danej niewielkiej dziedzinie, a głębsze poznanie związku wewnętrznego postrzeganych zjawisk, t. j. ujęcie przedmiotu filozoficzne, bywa najczęściej pomijane. Pomijane przez jednych ponieważ uważają oni uogólnienia wszelkie w nauce ścisłej za rzecz zbędną,—przez innych zaś (a takich wśród naukowo pracujących lekarzy jest większość) ów głębszy związek nowych faktów pomijany jest dla tego, że doń dotrzeć nie mogą: na przeszkodzie staje nieznajomość zasad współczesnej fizyki, chemii, biologii. W tych podstawowych naukach przyrodniczych ostatnie dziesiątki lat przyniosły zmiany przełomowe,—nowe odkrycie zmieniły ducha tych nauk, wstrząsnęły ich posadami. Zaznajomienie się lekarzy choć w ogólnych zarysach z całokształtem tych nowych zasad i prądów jest niezbędnym warunkiem rozwoju wiedzy lekarskiej. W tym celu O. zaprojektował urządzenie szeregu wykładów z tych nauk,—projekt znalazł poparcie w Zarządzie Towarz. Lekarskiego i odźwięk wśród przyrodników polskich, co pozwoliło na zorganizowanie już w najbliższej przyszłości cyklu wykładów. Odbywać się one będą 2 razy na miesiąc, na posiedzeniach nadzwyczajnych w piątki. Wykładów z fizyki pod ogólnym tytułem „Pojęcia i metody fizyki nowoczesnej” podjął się prof. Józef Wierusz Kowalski (18 stycznia 1918 r., następnie 1 i 15 lutego, 1 i 15 marca). Po świętach Wielkiej Nocy proponowane są wykłady z chemii: prof. Jan Zawidzki: „Szybkość reakcyi chemicznych”, prof. Tadeusz Miłobędzki: „O biegunowości pierwiastków” i prof. Ludwik Szperl: „Z dziedziny chemii organicznej”.

W następnym roku akademickim projektowane są wykłady z dziedziny nauk biologicznych i chemii fizyologicznej, fizjologii, psychofizjologii, biologii w znaczeniu ściślejszym, antropologii i t. p. O. nie wątpi, że ustali się z czasem ścisły organiczny kontakt między lekarzami a przyrodnikami, do którego kiedyś tak wytrwale dążył pierwszy nasz Sekretarz stały Wiktor Szokalski,—że zginie linia demarkacyjna między obu temi kategoriami wiedzy.

(Streszczenie własne).

IX. Prof. Jan Tur (gość) wypowiedział rzecz p. t. „O asymetrii w świecie zwierzęcym”.—W ostatnich czasach

próbowano kwestyonować cechę praworęczności człowieka i nawet wprowadzono w niektórych szkołach na Zachodzie specjalne ćwiczenia ręki lewej, mające na celu zrównanie jej sprawności z ręką prawą. Prelegent postawił sobie za zadanie przeprowadzenie dowodu, że zamierzenia tego rodzaju nie tylko są zbędne, lecz nawet przeciwnie przyrodzie. Cecha praworęczności człowieka nie jest bowiem cechą przypadkową, ale jest wyrazem ogólnym prawostronności, spostrzeganej w całym świecie zwierzęcym, poczynając od pierwotniaków. Twierdzenie to prelegent uzasadnia przytaczaniem cech morfologicznych całego szeregu istot zwierzęcych, stojących na rozmaitych stopniach drabiny zoologicznej. Już u niektórych orzęsków (*infusoria*) skręt spiralny ogłębia kieruje się w prawo. U niektórych robaków, mających jeden zwój nerwowy w przewodzie pokarmowym, zwój ten znajduje się po stronie prawej. Bardzo znaczną asymetrię prawostronną spotykamy u mięczaków; u mięczaków brzuchonogich (zwłaszcza przodoskrzelnych) wszystkie narządy wewnętrzne znajdują się po stronie prawej, a pierwotnie znajdujące się po stronie lewej ulegają zanikowi; u larw mięczaków sposterzgać się daje zawiązek t. zw. „oka odbytowego“ po stronie prawej, a nawet kule przewężne (blastomery) tych stworzeń dzielą się w sposób, wykazujący predylekcję dla strony prawej; u mięczaków głowonogich obserwować można nawet swoistą praworęczność. Z pośród kręgowców wybitną asymetrię wykazują flądry, w których, z chwilą gdy zaczynają prowadzić osiadły tryb życia na dnie morza, oko lewe przesuwają na stronę prawą i umiejscawiają nad okiem prawym; prawa strona ich ciała zawiera barwik, a lewa traci go, upodabniając się do dna morskiego. U wielu jaszczurek płuco prawe jest silniej rozwinięte, niż lewe, u niektórych węzów jest ono 3-krotnie od lewego większe, a pospolita u nas żmija wcale lewego płuca nie posiada. U jeżowierza płuco lewe ma 2 płaty, a prawe—6, u człowieka—lewe 2, a prawe 3 płaty.

Pracując nad embryologią gadów, prelegent miał sposobność stwierdzić, że prawe jajniki gadów pracują intensywniej, niż lewe, i znajdował np. (u jaszczurek) 76 jaj w prawym jajowodzie wobec 40 w lewym, a nawet 480 wobec 120. Niektóre gatunki gadów, między nimi i nasza zwinka (*lacerta agilis*), wykazują jednakową funkcję jajników. U bardzo wielu ptaków spotykamy się z odchyleniem od zasady prawostronności, nie posiadają one bowiem prawych jajników wcale.

Jak widać z powyższego, uprzywilejowanie strony prawej — z nielicznymi tylko wyjątkami — jest w przyrodzie powszechne. Uzasadnienie tego zjawiska napotyka jednak na poważne trudności. Pewne światło rzuca na sprawę tę rozwój embryonalny kręgowców wyższych, których zarodki powszechnie skręcają się na żółtku w lewo, wskutek czego prawa strona ciała rozwija się intensywniej. W związku z tem znajduje swój wyraz tendencja prawostronności, drzeмиąca w całej przyrodzie i budząca się również i u człowieka. Zwalczanie tej tendencji prelegent uważa za gwałcenie praw przyrody.

W dyskusyi: S t. O r ł o w s k i zaznaczył, że sprawa praworęczności jest wielce doniosła i w ostatnich latach wywoływała wiele sporów wśród neuropatologów. Co się tyczy świata zwierzęcego, to badania B a r d e l e b e n a wykazały, że z wyższych małp — gibbon i orangutang są przeważnie praworęczne, natomiast goryl i szympanś — leworęczne. Dla lekarzy, rzecz prosta, ważniejsze są dane, dotyczące człowieka. Otóż tutaj my stoimy na innem stanowisku, niż prelegent: uważamy, że w ustroju nie jest bardziej wyrobiona prawa strona, lecz że fizyologicznie i ontogenetycznie lepiej rozwinięta jest lewa półkula mózgowa, z jej ośrodkami ruchowymi, zajmującymi szersze terytoryum, przedewszystkiem zaś z jej ośrodkami mowy i pisma. Wiele istniało teoryi, mających fakt ten wyjaśnić. Najdłużej trzymała się teorya anatomiczna O g l e ' a, że lewa półkula lepiej jest zaopatrywana w krew, ponieważ lewa tętnica szyjna odchodzi wprost z aorty, tymczasem prawa wychodzi z tętnicy bezimiennej. Przeciwnik tej teoryi przemawia fakt, że ludzie z odwrotnem położeniem trzew (*situs viscerum inversus*) nie są leworęczni. Ten sam fakt przemawia również przeciw teoryi prelegenta, że lewoskrętność zarodka jest przyczyną praworęczności. U noworodków obie półkule mózgowe są pod względem funkcyjnym równoznaczne; dopiero w drugiej połowie pierwszego roku dziecko wykazuje skłonność do praworęczności i stopniowo wyrabia się w lewej półkuli ośrodek mowy. Znane są fakty, że gdy u dziecka, które już nauczyło się mówić, sprawa chorobowa zniszczy korę lewej półkuli mózgowej w okolicy ośrodka mowy, następuje afazya; z czasem jednak dziecko zaczyna szczebiotać i odzyskuje mowę, — ośrodek mowy, jak twierdzi M o n a k o w, uformował się w prawej półkuli; gdy cierpienie przechodzi i na tę półkulę mowa ginie bezpowrotnie. Przypadki takie były potwierdzone i przez badanie sekcyjne. — W każdym razie niewątpliwie praworęczność jest przejawem pewnego dążenia fizyologicznego w ustroju pewnego prawa biologicznego, i gwałcenie tego prawa drogą wyrabiania lewej ręki (t. zw. Linkskultur) lub osiągnięcia oburęczności (ambidekstryi) nie może wyjść ustrojowi na korzyść. Rzecz inna, gdy człowiek wskutek choroby lub urazu zostaje pozbawiony prawej ręki, — kształcenie lewej ręki jest wówczas wskazane i często osiąga wyniki zadziwiające. Podczas wojny obecnej założono w Wiedniu szkołę dla jednoręcznych inwalidów, — prowadzi ją z pożytkiem wielkim architekt Grosselfinger, sam mający tylko lewą rękę.

(Autoreferat).

X. W. G r z y w o - D ą b r o w s k i (gość) wypowiedział rzecz p. t. „O b e c n y s t a n b a d a ń n a d z m i a n a m i a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e m i w d u r z e o s u t k o w y m“. Do wojny obecnej anatomia patologiczna duru osutkowego nie była znana. Znany podręcznik J o c h m a n n ' a z r. 1914 ograniczał się do twierdzenia, że sekcyja zmarłych na dur osutkowy zmian swoistych nie wykrywa. Pierwszy F r a e n k e l z Hamburga wykrył, że osutka durowa polega na bujaniu błony zewnętrznej

naczyń. P r o v a z e k pierwszy stwierdził obecność w mózgu ognisk ziarnistych pochodzenia naczyniowego. Prace obu tych badaczy i innych zdołały ustalić obraz anatomiczny duru plamistego, który prelegent na podstawie własnych 55-iu spostrzeżeń opisuje w sposób następujący: Zmiany makroskopowe: przewód pokarmowy, oprócz częstego rozdęcia jelit i przekrwienia, wzgl. wybroczyn w śluzówce, zmian swoistych nie przedstawia; wątroba nieraz bywa zmniejszona i wykazuje ogniskowe zwyrodnienia tłuszczowe; w śluzówce narządów oddechowych—przekrwienie i wybroczyny; w płucach—zmiany nieżytowe i często zapalenie płatowe; w mięśniu sercowym—zwyrodnienie i wybroczyny; w aorcie—często spotyka się na błonie wewnętrznej zgrubienia barwy żółtawej, zależne od bujania śródbłonna z następczem zwyrodnieniem tłuszczowem; śledziona w 90% przypadków okazuje się powiększoną (wagi do 700 gr., przeciętnie 300 gr., zamiast normalnych 120—150 gr.), konsystencję ma bardzo miękką, często rozplywa się w palcach; w nerkach—zapalenie miąższowe i śródmiąższowe; w oponie twardej—wylewy; w oponie miękkiej—przekrwienie i zmnętnienia ogniskowe; pod oponami—zwiększona ilość płynu (*hydrocephalus externus*), w komorach bocznych—również płynu znajduje się więcej, w istocie mózgowej—wybroczyny (rzadko); waga mózgu bez zmiany. Reasumując zmiany makroskopowe, prelegent dochodzi do wniosku, że wprawdzie cech swoistych niema, nieraz jednak pozwalają one co najmniej na przypuszczenie duru plamistego (zespół zmian w oponach, śledzionie, aorcie i innych narządach wewnętrznych wobec braku zmian charakterystycznych dla innych chorób). Osutkę na stole sekcyjnym widuje się rzadko. Zmiany mikroskopowe: w oponach prawie zawsze nacieczenia komórek plazmatycznych i limfocytów; w mózgu—ogniska ziarniste, składające się z komórek naczyniowych z domieszką limfocytów; ognisk tych, znajdujących się tylko w istocie szarej, najwięcej bywa na dnie komory IV-ej i wogóle w rdzeniu przedłużonym; nieznanie ich w rdzeniu przedłużonym wyłącza obecność ich w innych częściach mózgu; nadto—również prawie stale—nacieczenia okołonaczyniowe z komórek plazmatycznych (mniej—z limfocytów), pozornie podobne do nacieczeń, spostrzeganych w porażeniu postępującem i wodowstręcie (gdzie są pochodzenia glejowego); wokoło wielu naczyń powstaje wybitny nieraz odczyn rozrostowy, niektóre naczynia otoczone są tkanką łączną, niektóre nawet zarośnięte. W komórkach swoistych mózgu—zwyrodnienia, w gleju—ostre bujanie komórkowe. Obraz zmian w mózgu sprowadza się do ostrego zapalenia miąższowego w postaci ogniskowej, nieznaney w innych schorzeniach i pozwala na histopatologiczne rozpoznanie duru plamistego.

Zmiany drobnowidzowe w innych narządach przypominają zmiany mózgowe i również przeważnie umiejscawiają się wokół i w pobliżu naczyń krwionośnych. Również spotykamy nacieczenia komórek plazmatycznych i bujanie komórek wokoło i wewnątrz naczyń, a w komórkach miąższowych—objawy zwyrodnień.

Prelegent próbował wywoływać eksperymentalnie dur plamisty u zwierząt, zastrzykując im krew, pochodzącą od chorych ludzi. Świnki morskie po takim zabiegu gorączkowały i ginęły. U jednej z nich udało się prelegentowi stwierdzić zmiany swoiste identyczne ze zmianami drobnowidzowymi, spostrzeganymi u ludzi.—Odczyt był obficie ilustrowany pokazem przezroczy i preparatów mikroskopowych.

W dyskusyi: a) H. H i g i e r uznał za niedostatecznie swoiste zmiany, przez prelegenta opisane, podkreślając, że zmiany podobne znajdują w opisanym przez siebie przypadku wodowstrętu, który przebiegał pod postacią porażenia L a n d r y—w formie t. zw. *nodules rabiques*. Podobne również zmiany naczyniowe i okołonaczyniowe widuje się w porażeniu postępującem, które anatomicznie przedstawia *meningo-encephalitidem chronicam*. Zmiany podobne stwierdzano i w śpiączce afrykańskiej. Mówca wyraża przypuszczenie, że gdyby i w innych chorobach zakaźnych robiono tak dokładne badania, jak i w tyfusie wysypkowym, to znajdowanoby zapewne zmiany identyczne, a co najmniej podobne. Tembardziej mówca nie zgadza się z prelegentem, jakoby na podstawie obrazu makroskopowego można było poważnie przypuszczać obecność duru plamistego, identyczne bowiem obrazy spostrzegać możemy i w innych zakażeniach (płonicy, posocznicy etc.).

b) H e w e l k e zgodził się z prelegentem, że nawet obraz anatomiczny (makroskopowy) pozwala na powzięcie przypuszczenia—oczywiście nie pewności,—że w danym przypadku sekcyjnym ma się do czynienia z tyfusem plamistym, o czym mówca przekonał się niejednokrotnie na podstawie badań własnych. Co do zmian drobnowidzowych, to wobec ograniczonej zdolności organizmu do reagowania na bodźce infekcyjne, być może że i w innych cierpieniach zakaźnych zmiany przynajmniej podobne znajdować się mogą. Dla mówcy szczególnie ciekawą jest—nieporuszona przez prelegenta—kwestya trwałości owych zmian drobnowidzowych, uznawanych za swoiste. Mówca wyraża przekonanie, że nie muszą one być trwałe, skoro w etyologii chorób umysłowych i nerwowych dur wysypkowy nie zajmuje określonego stanowiska.

c) O t t o, zapytując, czy to komórki zewnętrznej błony naczyniowej wytwarzają nacieczenia okołonaczyniowe, zwrócił uwagę na niezrozumiałość tego zjawiska, zdawałoby się bowiem, że najsilniejszej reakcyi można się spodziewać ze strony śródbłonek błony wewnętrznej, które wszak bardziej narażone są na działanie czynnika zakaźnego, niż komórki bł. zewnętrznej.

d) W. G r z y w o-D ą b r o w s k i odpowiedział H i g i e r o w i, że ogniska ziarniste w istocie mózgowej, nie są znane w żadnej innej chorobie, wobec czego decydują o obecności duru plamistego. Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to jednak badań dokładnych nie brakuje, lecz zmiany swoiste dla duru plamistego, dotąd nie zostały w innych stanach chorobowych opisane. H e w e l k e

m u,—że trwałość zmian nie jest zapewne zbyt długa, ale że ogniska ziarniste w mózgu znaleźć można jeszcze w okresie bezgorączkowym. Co zaś do kol. Otto, to ten źle był przez niego zrozumiany, wyraźnie bowiem zaznaczał, że komórki wszystkich trzech błon naczyniowych, a nie tylko błony zewnętrznej, ulegają rozrostowi, a więc reagują na bodziec zakaźny, oraz, że śródbłonki *intimae* często ulegają martwicy, co prelegent demonstrował na przezroczach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski*.

Sekretarz doroczny *K. Oczesalski*.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 grudnia 1917 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 28.

Przewodniczący: Prezes *M. Jakowski*.

I Protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego odczytano i przyjęto.

II. Prezes w gorących słowach złożył hołd pamięci zmarłego członka rzeczywistego naszego Towarzystwa, b. rektora uniwersytetu, ś. p. Józefa Brudzińskiego, poczem wezwał zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie z miejsc, co też uczyniono. Imieniem Tow. Lek. przemawiać będzie na pogrzebie wiceprezes St. Orłowski.

III. Sekretarz stały A. Sokołowski wygłosił następujące wspomnienie pozgonne o ś. p. Józefie Brudzińskim: „W dniu dzisiejszym zmarł niepospolity lekarz i działacz społeczny ś. p. Józef Brudziński, członek i chluba naszego Towarzystwa. Zmarł on w sile wieku, w okresie najlepszej swej twórczości i szerokiej działalności społecznej w dziedzinie wychowania publicznego, w chwili, w której społeczeństwo nasze, organizując swój kraj, potrzebuje wytrwałych, gruntownie wykształconych, o szerokim światopoglądzie pracowników. Stąd też wiadomość o śmierci Brudzińskiego wzbudziła żal powszechny

w społeczeństwie, ubył bowiem jeden z nielicznych, a tak rzadkich u nas pracowników, człowiek, posiadający obok gruntownej wiedzy niepospolity talent organizacyjny i niezwykłą pracowitość. Ta to jego praca wyteżona, szczególnie w ciągu kilku lat ostatnich, podkopała zdrowy uprzednio organizm. O Brudzińskim słusznie powiedzieć można, że ostatni rok swej działalności żył, w dosłownym tego wyrazu znaczeniu, tylko nerwami. Wielka siła woli pokonywała rozwijające się cierpienie. Ta siła woli już nawet przy wzmagającej się chorobie pchała go do dalszej pracy, do nowych projektów, planów, a wszystko to skierowane było jedynie ku dobru ukochanego przezeń kraju, a głównie polskiej młodzieży, o której dobro zabiegał i która zawsze leżało mu na sercu. I słusznie z poetą powiedzieć o nim można, że „Był jednym z nielicznych, co zawsze i wszędzie dobro młodzieży miał na względzie”. Działalność społeczna Br. w ciągu 3 lat ostatnich w dziedzinie organizacji wyższego szkolnictwa polskiego, a następnie czynna praca jako rektora w tworzeniu warszawskiego uniwersytetu wykazały dobitnie jego talent organizacyjny. Zasługi Br. dla warszawskiego uniwersytetu są bezspornie niepospolite, zważywszy, w jakich ciężkich warunkach kraju musiał podejmować tę pracę. Stąd też w historii wskrzeszonej wszechnicy polskiej pozostawił po sobie ślad stały i wybitny. Nie mniej wielkie zasługi położył Br. w rozwoju polskiej pediatrii, a prace jego twórcze w tym kierunku pozostaną związane na zawsze z jego imieniem. Do prac tej kategorii zaliczyć należy samodzielne jego odkrycia z dziedziny rozpoznawania wczesnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci (tak zwany objaw karkowy, policzkowy). Rozpoznawcza ważność tego objawu zyskała szybkie uznanie w zagranicznym świecie naukowym, a nazwisko Br. ściśle zostało złączone z odkrytym przez niego objawem (Signe de Brudziński, Brudziński — Phaenomen). Obok tych prac podstawowych ogłosił Brudziński całe szeregi (przeszło 55) różnych prac niemniej ważnych z dziedziny pediatrii; z nich wspomnieć należy wybitną i nawskroś oryginalną pracę: „O występowaniu *bac. proteus vulgaris* w stolcach niemowląt”, oraz „O próbie leczenia przez podawanie hodowli *bact. lactis aerogenes*“, dalej „O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt”, „O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci”, „O prosówce potnej” i w. i. Te różnorodne prace z dziedziny pediatrii, w których na każdym kroku ujawniał się niezwykły talent spostrzegawczy i krytycyzm, wystarczają same przez się, aby zaliczyć Br. do pierwszych pedyatrów polskich. Niemalą również zasługę w tej dziedzinie wiedzy ma jego praca i zabiegi około organizacji szpitalnictwa dla dzieci; kierując bowiem budowę 2 wzorowych szpitali dla dzieci (szpitala Anny Maryi w Łodzi i Karola i Maryi w Warszawie), nie tylko dał krajowi zorganizowane niespospolicie dziecięce szpitale, nie ustępujące w niczem najlepszym zagranicznemu, ale włąwszy w prowadzenie ich całą

swoją duszę, zapal młodzieńczy i wiedzę, zorganizował dwie wysoce humanitarne i naukowe placówki, w których po dziś dzień idzie praca jego uczniów w kierunku, zorganizowanym doskonale przez mistrza. I pedyatryczne piśmiennictwo polskie ma mu niejedno do zawdzięczenia, on bowiem pierwszy zorganizował związek pedyatrów i pierwsze pismo specjalne, poświęcone chorobom dzieci. W ostatnich latach, jak już wspominałem, pochłaniała Brudzińskiego w wysokim stopniu sprawa organizacyi wyższego szkolnictwa, a praca jego wydana w r. 1914 pod tytułem: „W sprawie organizacyi uniwersytetu a wydziału lekarskiego w szczególności” stanowi ważny przyczynek w tej kwestyi. Oparta ona jest na gruntownych studiach, poczynionych podczas zwiedzania różnych wszechnic Europy, oświetlonych krytycznie przez autora. Ujawnia w niej przedewszystkiem Br. swoje pragnienie, jakim chciałby widzieć typ polskiej wszechnicy, pisząc: „Szkolnictwo wyższe należy organizować w ten sposób, aby wszechnica i wogóle wyższe szkoły nasze nietylko z języka wykładowego, ale i z charakteru swej działalności, z opracowanych tematów naukowych świadczyły o tem, że są polskie z ducha, i do skarbcza wiedzy wkładają to, czego wszechnice obce włożyć nie mogą”. Oby te piękne słowa Brudzińskiego ziściły się w niedalekiej przyszłości; będzie to najlepsze spełnienie marzeń człowieka, miłującego głęboko swój kraj ojczysty. Brudziński odznaczał się prawością charakteru: był to szlachetny entuzyasta, zapalny do wszystkiego, co piękne i wzniosłe, przejęty wysokim humanitaryzmem dla maluczkich. Stąd też nie dziwnego, że pozostawia po sobie żal powszechny. Cześć jego pamięci!

Dr. Józef Brudziński urodził się w roku 1874 w ziemi Płockiej; gimnazjum ukończył w Warszawie w r. 1891, medycynę studiował w Dorpacie i Moskwie, gdzie w r. 1897, uzyskał stopień lekarski. Po 2-letnich gruntownych studiach zagranicą, poświęconych pedyatrii i anatomii patologicznej, osiedlił się w r. 1900 w Warszawie, gdzie pracował w Domu wychowawczym imienia Boduena. W roku 1903 powołany został do Łodzi dla zorganizowania szpitala dla dzieci, którego był wzorowym kierownikiem do r. 1913, t. j. do chwili powołania go do organizacyi i kierownictwa szpitala Karola i Maryi w Warszawie, na którym to stanowisku pozostawał do samej śmierci. W końcu roku 1915 został wybrany na rektora Warszawskiego uniwersytetu, na którym jednocześnie prowadził wykłady propedeutyki lekarskiej. Członkiem naszego Tow. był od r. 1901. Zmarł po krótkich cierpieniach dnia 18 grudnia 1917 r.—Ogłosił drukiem następujące prace: 1. O zatruciu rezorcynowem w wieku niemowlęcym. *Gazeta Lekarska* 1899. To samo po niemiecku w *Wien. Klin. Rundschau* 1899. 2. Epidemia różyczki. *Gaz. Lek.* 1899. 3. Ueber Fettemulsionszustand in der Gaertnerschen Fettmilch — Therapie der Gegenwart 1899, — autoreferat w *Gaz. Lek.* 1899. 4. O występowaniu bac. proteus vulgaris

w stolcach niemowląt oraz o próbie leczenia przez podawanie hodowli *bact. lactis aërogenes*. Prz. Lek. 1899; to samo po niemiecku w *Jahrb. f. Kinderheilkunde* 1900. 5. Przyczynek do etyologii czerwonki. Przegląd Lek. 1899. 6. Przypadek zapalenia płuc ogniskowego zstępującego, wywołanego przez *bac. Friedlaenderi*. Gaz. Lek. 1899. 7. O objawie Smitha w rozpoznawaniu cierpień gruczołów oskrzelowych u dzieci. Gaz. Lek. 1900; to samo po franc. w *Bulletin Médical*. 1900. 8. *Dermatitis papulosa posterosiva* u niemowląt. Gaz. Lek. 1900. 9. O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego u niemowląt. Gaz. Lek. 1901. Odczyt na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900. 10. Przyczynek do badań nad enteritis streptococcica u niemowląt. Gaz. Lek. 1900; po franc. w *Archives polonaises de sciences biologiques*. 1902. 11. O szpitalnictwie dziecięcym w Paryżu. *Medycyna* 1900. 12. O szpitalnictwie w Londynie. *Medyc.* 1900. 13. O odczynie Umikowa w mleku kobiecym. *Zdrowie* 1901. 14. O ciepłarkach do pielęgnowania niemowląt przedwczesnych. *Zdrowie* 1901. 15. O najnowszych teoriach krzywicy i najnowszych próbach jej leczenia. Gaz. Lek. 1901. 16. Z psychologii dziecka. Dwa odczyty publiczne: I. Brak kontroli moralnej u dzieci. II. O samobójstwach u dzieci. *Przegląd Pedag.* 1902. 17. O stosunku wzajemnym zółżów i gruźlicy u dzieci. *Medycyna* 1902. 18. O objawie trojaka w zapaleniu wysiękowem opłucnej u dzieci. *Medycyna* 1902. 19. O nerce wędrującej u dzieci z powodu przypadku rzekomego nerki wędrującej u chłopca. Gaz. Lek. 1903. 20. O wielolicznych kostniakach u dzieci (występowanie rodzinne). Gaz. Lek. 1903. 21. Badanie mikroskopowe stolców niemowląt. Gaz. Lek. 1903. 22. Przypadek ułożenia serca na prawo (*dextrocardia*) u dziecka, bez jednoczesnego odwrotnego ułożenia trzew. Gaz. Lek. 1903. 23. Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą d-ra Palmirskiego. Gaz. Lek. 1904. 24. O najnowszych postęпах szpitalnictwa dziecięcego. *Czasop. lek.* 1905. 25. O nowych postaciach ostrych chorób wysypkowych u dzieci. (choroba czwarta Dukesa i *erythema infectiosum*). *Czasop. lek.* 1906. 26. Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą (wspólnie z d-rem H. Trenknerem). *Czasop. lek.* 1906. 27. Przyczynek dalszy do znaczenia objawu trojaka w rozpoznawaniu zapaleń wysiękowych opłucnej u dzieci. *Czasop. lek.* 1906; po franc. w *Archives de médecine des enfants*. 1907. 28. Szpital im. Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi (opis, urządzenia wewnętrzne, organizacja pod względem administracyjnym, pielęgniarским i lekarskim). *Czasopismo lek.* 1906. To samo po francusku w *Arch. de méd. des enfants* 1907. 29. Przepisy dla matek chorych dzieci. Książka wydana przez Łódzki oddział Warsz. Tow. Hygienicznego. 1906. 30. Pierwsze sprawozdanie z działalności szpitala im. Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. *Czasop. lek.* 1907. 31. O *Myxoedema*, *mongolismus* i *mikromelii* u dzieci. *Czasop. lek.* 1907; po franc. w *Archives de médecine des enfants*. 1908. 32. O objawie *Grocco-*

Rauchfuss - Hamburgera w zapaleniu wysiękowym opłucnej u dzieci. Tygodnik lek. Lwowski 1908; po franc. w Archives de médecine des enfants 1908. 33. O metodzie kolorymetrycznej oznaczania ilości wysięgu opłucnej. Nowiny lek. 1908. 34. Drugie sprawozdanie roczne ze szpitala im. Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Czasop. lek. 1908. 35. O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci. Przegląd pediatr. 1908; po franc. w Archives de médecine des enfants 1909. 36. O odruchu drugostronnym na kończynach dolnych u dzieci. Przegląd lek. 1909; po niemiecku w Wien. Klin. Woch. 1909. 37. O nowych objawach w zapaleniu opon mózgowych u dzieci. Przegląd pediatr. 1909; po franc. w Archives de médecine des enfants 1909. 38. O zapobieganiu i leczeniu gruźlicy u dzieci. Referat główny na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie 1909. Dziennik Zjazdu. 39. Trzecie i czwarte sprawozdanie roczne (1908—1909) z działalności szpitala im. Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Przegląd pediatr. 1910. 40. Badania doświadczalne nad odruchem drugostronnym i odruchem obustronnym (objaw karkowy) na kończynach dolnych. Gaz. Lek. 1910; po niem. w Wiener Klin. Woch. 1911. 41. Prof. d-r M. Z. Jakubowski (z powodu ustąpienia z katedry). Gaz. Lek. 1911. 42. Ś. p. Teodor Escherich. Życiorys i charakterystyka naukowa słynnego pediatry. Gaz. Lek. 1911. 43. Ś. p. Stanisław Kamieński. Wspomnienie pośmiertne z charakterystyką działalności naukowej. Gaz. Lek. 1913. 44. Ś. p. Antoni Sikorski, twórca szpitala dla dzieci w Warszawie; działalność szpitalna. Gaz. Lek. 1913. 45. Przyczynek dalszy do leczenia płonicy surowicą przeciwpacior-kowcą. Gaz. Lek. 1914. 46. Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci (urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym). Przegląd pediatr. 1914. 47. O organizacji pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Przegląd lek. 1914. 48. Szpital dla dzieci w Radomiu. Projekt urządzeń, szczególnie związany z zapobieganiem chorobom zakaźnym. Gaz. Lek. 1914. 49. O prosówce potnej (Suette miliare) u dzieci. Przegląd pediatr. 1914. 50. W sprawie organizacji Uniwersytetu a Wydziału lekarskiego w szczególności. Wydawnictwo „Gaz. Lek.” str. 79. 1914. 51. Mowa Rektora. Wydawnictwo ilustracji polskiej „Wieś i Dwór” 1916. 52. Die Universität zu Warschau. Berl. Kl. Woch. 1915. 53. Wykłady propedeutyki lekarskiej w Uniwersytecie Warszawskim w przeszłości i zadanie ich w chwili obecnej. Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej. Gaz. Lek. 1916. 54. O nowych objawach podrażnienia i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, szczególnie gruźliczych: a) o objawie policzkowym, b) o objawie spojenia łonowego. Gaz. Lek. 1916; po niem. w Berl. Klin. Woch. 1916. 55. O nowej postaci objawu karkowego w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci: objaw karkowy na kończynach górnych. Gaz. Lek. 1916. 56. D-r Ludwik Anders (z powodu 40-lecia pracy lekarskiej). Przegląd pediatr. 1916”.

IV. 1) Sekretarz stały A. S o k o ł o w s k i, referując sprawę budżetu na rok 1918, zaznacza, że po raz czwarty występuje w imieniu Zarządu z wnioskiem, ażeby Towarzystwo ze względu na stan wojenny nie żądało ścisłego sformułowania budżetu na rok następny, wobec niemożliwości określenia dochodu z dwóch źródeł naszej instytucji: z nieruchomości przy ul. Niecałej i ze składek członkowskich. W r. b. z wynajmu lokali i sklepów zamiast 15000 rubli wpłynęło 9000 rb., ze składek członkowskich zamiast 3680 rb. osiągnięto zaledwie 2200 rb. Jest to smutne, że koledzy zaniedbują wpłacać regularnie składki, tembardziej, że wydatki znacznie wzrastają: remonty kosztują drożej i płace urzędników kancelaryi i służby stale trzeba uzupełniać dodatkami drożynianymi. Przypuszczalny deficyt za rok 1917 wyniesie około 2000 rb., względnie bardzo mało w porównaniu z innemi instytucjami. Taki sam deficyt w roku 1916 pokryto z zysku, jaki przypadł Tow-u w udziale za wylosowane listy zastawne. W r. przyszłym spodziewany deficyt trzeba będzie pokryć z funduszu rezerwowego, który wynosi około 4000 rb. Streszczając się, Sekretarz stały proponuje, ażeby zebrani uchwalili na rok przyszły gospodarkę budżetową Zarządu w granicach budżetu zeszłorocznego przy zachowaniu możliwych oszczędności, co i w roku 1917 miało miejsce.

W dyskusyi: a) K a r w a c k i zapytuje, czy będzie wydane sprawozdanie budżetowe.

b) R z ę t k o w s k i stwierdza z zadowoleniem, że istnieje fundusz rezerwowy, za co należy się uznanie tym, którzy starali się go utworzyć, i zgadza się z Sekretarzem stałym, że spodziewany niedobór w roku 1917 należy pokryć z tego funduszu. R z. wyraża oburzenie z powodu niedbalstwa kolegów, którzy nie wpłacają regularnie składek i w ten sposób podkopują byt tak poważnej instytucji, istniejącej już około 100 lat. Wobec tego mówca proponuje wytworzyć jak największy rygor względem opieszłych kolegów. W końcu dodaje, że nie wyobraża sobie, ażeby wydatki można było zmniejszyć przez obcinanie pensyi urzędników i służby, których należy przywiązywać do instytucji dobrem wynagrodzeniem.

c) B o n d y proponuje, ażeby składki rozłożyć na miesięczne i co miesiąc posyłać inkasenta do kolegów.

d) P i e n i ą ż e k proponuje, aby żądać od kolegów, zalegających od dłuższego czasu w opłacie składek członkowskich, podania powodów takiej opieszałości i tylko w wypadkach uznanej niedbałości stosować środki przymusowe, jak: podanie do wiadomości i t. p., aż do wykreślenia z listy członków.

e) W o j c i e c h o w s k i wyraża zdanie, ażeby do kolegów, zalegających w płaceniu składek, posyłać wprost zapytania, czy chcą płacić i należeć do Tow-a, czy też nie.

f) Sekretarz Stały odpowiada, że sprawozdanie z obrotu funduszu Tow-a bywa ogłaszane co rok w Roczniku Zarządu, że służbie od 3 lat przyznawane są dodatki drożyniane, że kol. R z ę t-

k o w s k i e m u należy się wdzięczność za poruszenie drażliwej sprawy regularnego płacenia składek, że wszelkie możliwe ulgi w płaceniu składek są stosowane, jak również rozsyłane napomnienia.

Zebrani wniosek Zarządu w sprawie budżetu na rok 1918 przyjmują, oraz uchwalają poprzeć Zarząd w zaprowadzeniu surowego rygoru względem kolegów, zaniedbujących regularnego opłacania składek.

2) Sekretarz stały w sprawie opłaty składek — w walucie markowej zaznacza, że na zasadzie rozporządzenia władz okupacyjnych wprowadzono obecnie walutę markową, wskutek czego przy opłacie składek przez wielu kolegów wynikły nieporozumienia, w jakim stosunku do waluty rosyjskiej ma być obliczona marka: urzędowym, czy też ogólnie przyjętym. Wobec tego Sekretarz stały w imieniu Zarządu wnosi, ażeby zebrani uchwalili na rok przyszły składkę członkowską na 10 mk., zamiast 4 rb., kwartalnie, ze względu, że wszelkie wypłaty (służbie i t. d.) są obliczane w stosunku 1 marka = 40 kop.

W dyskusyi: a) M u t e r m i l c h proponuje, ażeby składki członkowskie na rok przyszły wynosiły 40 mk. rocznie, czyli 10 mk. kwartalnie bez dodatku: zamiast tylu to rubli.

b) R z ę t k o w s k i zapytuje, w jakiej walucie Tow. wypłaca stypendya i zapomogi.

c) Sekretarz Stały odpowiada, że stypendya i zapomogi wypłacane są, o ile to możliwe, w markach. Wprawdzie z fundacyi im K o c z o r o w s k i e h w Piotrkowie dochody wpływają w rublach, pieniądze te jednak wpłaca się Tow. Kred. m. Warszawy na raty.

Zebrani przyjmują wniosek Zarządu, określający składkę roczną członków na 40 mk., czyli 10 mk. kwartalnie.

3) Sekretarz Stały w sprawie stypendyów im. K o c z o r o w s k i e g o dodaje, że, zawdzięczając ś. p. d-rowskiemu, interesy tej fundacyi dobrze stoją, a w ostatnich czasach dzięki podniesieniu się komornego w Piotrkowie znacznie się poprawiły, wobec czego można było nie tylko wypłacać 6 stypendyów, lecz także dać 10-iu studentom zapomogi na czesne po 80 rb. Przytem Sekretarz Stały zaznacza, że przed przyznaniem stypendyów i zapomóg osobiście porozumiewa się z kandydatami oraz zwraca się po opinię co do nich do delegata Bratniej Pomocy Studentów.

V. Bibliotekarz Z w e j g b a u m odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki w roku 1917.

Prezes w imieniu Tow-a wyraził podziękowanie kol. Z w e j g b a u m o w i za gorliwe zajmowanie się biblioteką.

VI. Wiceprezes O r ł o w s k i odczytał sprawozdanie Komitetu bibliotecznego za r. 1917.

Prezes w imieniu Tow. podziękował Komitetowi za jego pracę.

VII. Wiceprezes zawiadomił, że na posiedzeniu Komitetu konkursowego im. J a n a W i l h e l m a K n o l l a w dniu 15 grudnia 1917 r. za najlepszą pracę monograficzną z dziedziny higieny

przyznano nagrodę kol. St. Serkowskiemu za dzieło p. t. „Epidemiologia i profilaktyka cholery”.

VIII. Wiceprezes zawiadomił, że na posiedzeniu Komitetu konkursowego im. Jana Wilhelma Knolla w dniu 16 grudnia 1917 r. nie przyznano nagrody żadnej pracy z dziedziny chirurgii, wobec czego członkowie Komitetu konkursowego proponują, aby przyznanie nagrody, na nasze stosunki względnie wysokiej, odłożyć do końca r. 1919.

Na wniosek Prezesa, poparty przez Sekretarza stałego, postanowiono rozstrzygnięcie wspomnianego konkursu odłożyć w myśl regulaminu do końca r. 1918.

IX. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych i członka korespondenta Tow-a odczytali: 1) Babski — z prac Br. Karpińskiego, 2) Borzęcki — z prac Ed. Jakimowicza, 3) Bornstein — z prac W. Grzywo-Dąbrowskiego, 4) K. Dąbrowski — z prac Jana Mossakowskiego i Stefana Szymańskiego, 5) Karwacki — z prac Stan. Sierakowskiego, 6) Koźniewski (odczytał wiceprezes Orłowski) — z prac Wł. Mazurkiewicza, 7) Leśniowski — z prac Al. Ambrożewicza i Jerzego Glińskiego, 8) Loth (odczytał wiceprezes Orłowski) — z prac M. Konopackiego, 9) Męczkowski — z prac Henryka Trenknera, 10) Podkóliński — z prac Al. Brochockiego, 11) Rzętkowski — z prac St. Rudzkiego, 12) Rem. Stankiewicz — z prac Jadwigi Bukowskiej 13) Wojciechowski — z prac M. Sawickiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *M. Jakowski.*

Zastępca sekretarza *F. Podkóliński.*

BIBLIOTEKA

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W IV kwartale 1917 r. dla Biblioteki nabyto:

- R o c z n i k L e k a r s k i, wydawany przez Wydział Lek. Uniw. Jagiell. T. III, Z. III.
- K r a u s i B r u g s c h. Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten. Zeszytów 4 (81, 82, 83, 84).

W darze między innymi otrzymano:

- T r o e t z e r i R a d e c k i (red.). Działalność Rady Opiekuńczej powiatu Warszawskiego w r. 1916. Warszawa. 1917.
- G r a b o w s k i E. Podręcznik statystyki. Warszawa. 1917.
- A. L a n d e (red.). Pamiętnik kliniczny Szpitala Dzieciątka Jezus. Zeszyt I. Warszawa. 1917.
- O r ł o w s k i S t. (red.). Dziesięciolecie Wolnej Wszechnicy Polskiej. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Kursów Naukowych 1906—1916. Warszawa. 1917.
- G i m n a z y u m Towarzystwa Szkoły Maurycego Hr. Zamoyskiego. Sprawozdanie z roku szkolnego 1916/17. Warszawa. 1917.
- R z ę t k o w s k i K. Odbudowa kraju a szpitalnictwo. Warszawa. 1917.
- B r o n o w s k i S. Choroby wewnętrzne. Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część I. Warszawa. 1917.
- C h o ł o n i e w s k i A. Duch dziejów Polski. Kraków. 1917.
- S t a n k i e w i c z R. Miejskie bezpłatne Ambulatoryum dla Dzieci na Pradze. Pierwsze sprawozdanie roczne za r. 1916. Warszawa. 1917.

- W e r n i e L. Próba syntezy działalności lekarza szkolnego. Odb.
 W e r n i e L. Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem.
 Warszawa. 1917.
- W e n d a K. Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze kró-
 lewscy. Warszawa. 1917.
- L e p p e r t W. Rys rozwoju chemii w Polsce do roku 1830.
 Warszawa. 1917.
- T u r J. Nauka i uczoney. Warszawa. 1917.
- S z e n a j c h W. Zasady organizacyi opieki nad dziećmi. War-
 szawa. 1917.
- K a r p' R o t t e r m u n d. Program wychowania fizycznego w
 szkole polskiej. Warszawa. 1917.
- S t e r l i n g - O k u n i e w s k i S t e f a n. Dur wysypkowy (ty-
 fus plamisty). Warszawa. 1917. Wydawnictwo Gaz. Lek.
- K l e c z k o w s k i F. Fiziologia i patologia adaptacyi oka do
 ciemności na podstawie dotychczasowych i własnych badań.
 Odb. z Rocznika Lekarskiego. T. III. Z. III.
- M e d y c y n a s p o ł e c z n a. Prace Polskiego Towarzystwa Medy-
 cyny Społecznej. Tom I. Rok 1916. Warszawa. 1917. Z za-
 pomogi kasy im. Mianowskiego.
- B r e n n e i s e n L. Kurs zębolecznictwa (Dentiatria). Warsza-
 wa. 1917 (pismo maszynowe). Wyd. Bratniej pomocy szkół
 Lek. Dent.
- Z e i t s c h r i f t f ü r K l i n i s c h e M e d i c i n , roczników 29.

Bibliotekarz, *M. Zwejgbaum.*

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z funduszków specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda pieniężna w kwocie rb 300, — z funduszu imienia D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, za najlepszą pracę, złożyć się mającą Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie, w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach, z zakresu nauk przyrodniczych, w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganem jest, aby prace konkursowe były pisane na maszynie, albo też pismem wyraźnem, a w każdym razie nie ręką autora. Prace nadsyłane być mają w ostatecznym terminie do dn. 31 marca 1918 r. pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) z dołączeniem godła oraz nazwiska autora w kopercie zapieczętowanej. Praca nagrodzona może być wydrukowana w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

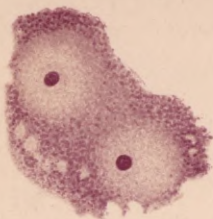
2) Dwie nagrody pieniężne, każda w kwocie około rub. 250, z funduszu imienia D-ra JÓZEFA WSZEBORA za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim napisane i w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu złożone, na dowolne tematy z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mające w terminie od dnia 1 stycznia 1914 do dnia 31 grudnia 1917 roku. Termin prekluzyjny 31 stycznia 1918 roku.

3) W końcu roku 1917 i 1922 przyznane będą dwie nagrody imienia D-ra HENRYKA DOBRZYCKIEGO; pierwsza z nich wyniesie 600 rubli, druga — 700 rubli. Nagrody będą przyznane za prace oryginalne, pisane w języku polskim, już to nadesłane na konkurs w rękopisie, już to ogłoszone drukiem między r. 1911—1917 (włącznie) i między rokiem 1917—1922 (włącznie) z dziedziny balneologii, balneoterapii i klimatologii; prace te powinny przede wszystkim uwzględniać potrzeby kraju naszego (t. j. Polski w jej dawnych z przed 1772 roku granicach).

Gdyby żadna z prac, nadesłanych w rękopisie lub ogłoszonych drukiem z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii, nie zasługiwała na nagrodę, nagrodę tę otrzyma praca, ogłoszona po polsku drukiem w odnośnym okresie konkursowym, z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wnosić do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny przyczynek.

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

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



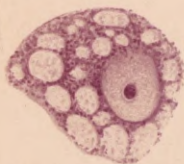
40



41



42



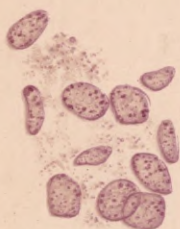
43



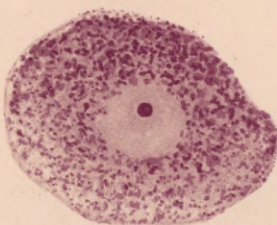
44



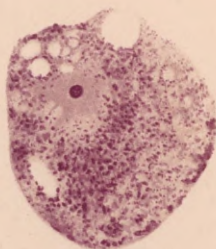
45



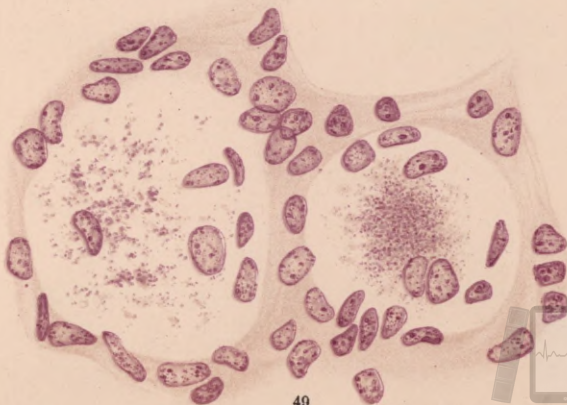
46



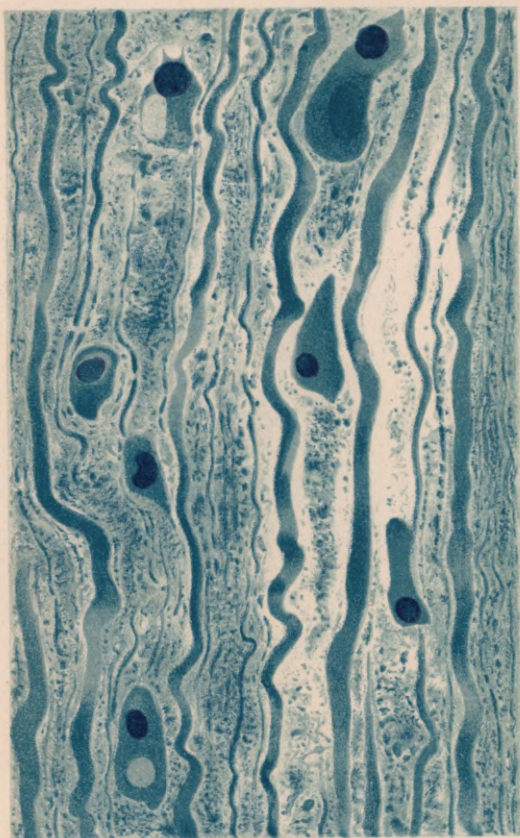
47



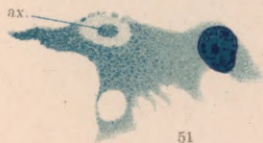
48



49



50



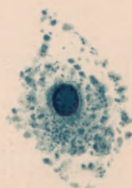
51



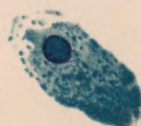
52



53



54



55

