

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO,

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

Fr. Jawdyńskiego.

ROK 1890.

Ogólnego Zbioru Tom LXXXVI.

WARSZAWA.

DRUK K. KOWALEWSKIEGO

ulica Królewska Nr. 29.

1890.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

	<i>Str.</i>
Przewoski. O zmianach w krtani przy tyfusie brzuszny	70
Przewoski. O woreczkowatych rozszerzeniach przełyku	253
Dyskusja w kwestyi badania drobnowidzow. małych kawałków tkanek	269
Przewoski. O torbielach zaotrzewnowych	297
Przewoski. Niezwykłe zejście wPOCHWIEŃ KISZKI CIEŃKIEJ	304
Jasiński. Wrodzony brak kości promieniowej i palca dużego	307
Uągłński. Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych	491
Przewoski. <i>Chylangiomata intestinorum</i>	555
Pruszyński. Ważniejsze produkty rozkładu białka pod wpływem bakteryj	584

Patologija ogólna i doświadczalna.

Groslik. Przyczynek do nauki o krwistości wodn cowej	355
Bruner Wł. O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w wypadkach prawidłowych i w cierpieniach przewodu pokarmowego	429
Zawadzki. O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania.	589

Medycyna wewnętrzna i Terapija.

Grundzach. Kamienie żółciowe w żołądku	75
Chełmoński. O wpływie przewlekłych chorób narządów oddechowych na trawienie żołądkowe	76
Goldflam. Przypadek tętniaka aorty	28
Hewelke. Przypadek <i>pseudoleukemii</i> z gorączką okresową	321
Sokołowski. Uwagi nad epidemią influenzy w Warszawie.	404
Dyskusja nad influenżą w Warszawie	408, 411
Szyszto. O przewlekłym niezycie oskrzeli i nowym środku lekarskim	431
Grundzach. O powstawaniu brunatno zabarwionych strzępów w zawartości żołądka	436
Reichman. Przypadek <i>oesophagitis exfoliativa</i>	438
Sokołowski. Uwagi nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznej do suchot płucnych	442

Neuropatologija.

Fabjan. O przymocie układu nerwowego ze stanowiska klinicznego	247 265
Bruner Mikołaj. O zwyrodnieniach następczych pęczków piramidalnych w mózgu i mleczu przy uszkodzeniu kory mózgowej	252
Cunin. O nerwicach traumatycznych	299
Fabjan. Przypadek zakażenia psychicznego	311
Bruner Mikołaj. Niezwykły przypadek cierpienia mózgowego po obrażeniu	416, 423
Goldflam. <i>Haemiatrophia facialis</i>	561

Laryngologija, Rhinologija i Otiatryja.

Heryng. O nowym sposobie badania krtani i nosa za pomocą przeświecania.	58
Meyerson. Rak błony śluzowej nosa	61
Sokołowski. Przypadek złamania krtani z zejściem pomyslném	67
Heiman. Kilka uwag o otwieraniu wyrostka sutkowego	201
Heryng i Jawdyński. Dwa przypadki wycięcia krtani	263, 396
Heiman. Śmierć po uderzeniu w twarz chorego z zapaleniem ucha średniego	308
Heryng. <i>Pharyngitis ulcerosa lateralis</i>	398
Heryng i Jawdyński. Przypadek cięcia gardzieli z powodu ciała obcego	429
Srebrny. Przypadek twardzieli krtani	432
Heiman. Przypadek niedorozwoju ucha	571
Heryng i Jawdyński. O laryngofisurze przy zwężeniach krtani.	577

Okulistyka.

Kamocki. O szklistém zwyrodnieniu łącznicy	273
---	-----

Chirurgija.

Borsuk. Przeszczepianie płatów skórnych sposobem Thierscha	49
Stankiewicz. O leczeniu zwężeń cewki moczowej i operacyjném ich leczeniu	50
Sawicki. Rana cięta przepony.	54
Sawicki. Wrzód modzelowaty goleni wyleczony za pomocą trauśplantacyi Maas'a	61, 400
Dunin i Krajewski. Przyczynek do chirurgii mózgu	278
Jawdyński. O ropniu podprzeponowym	287
Jasiński. O resekcyi częściowej gałęzi zewnętrznej nerwu dodatkowego Willis'a	310
Jawdyński. Przypadek wycięcia gardzieli	314
Jawdyński. Rana pęcherza moczowego.	315
Rosenthal Jakób. Przypadek wPOCHWlenia jelita uleczonego na drodze operacyjnej.	402
Stankiewicz. O trudnościach napotykaných przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza moczowego za pomocą cięcia.	419
Stankiewicz. Guz nerki.	421
Jawdyński. Przypadek wycięcia dolnej części gardzieli i górnej przełyku z powodu raka.	441
Matlakowski. Przypadek zapalenia ropnego otrzewny wyleczonego za pomocą laparotomii	558

	<i>Str.</i>
Podolski. Spostrzeżenia z dziedziny dentystyki	558
Leszczyński. Przypadek przewlekłego wpochwienia kiszki wyle- czonego za pomocą operacji	568
Jawdyński. Przypadek tętniaka tętnicy barkowej	581

Choroby weneryczne i skórne.

Heiman. Wrzód taszkiencki muszli usznej	51
Trzeciński. Niezwykły przebieg późnego przymiotu	589

Akuszeryja i Gynekologija.

Krysiński. O przyczynach niepomysłnego rokowania przy myomotomii	255
Bukowski. O wyłuszczeniu twardych guzów macicy za pomocą cię- cia w jej ścianach	259
Matlakowski. O ciąży zamacicznej	313
Krysiński. O ciąży zamacicznej	315
Krysiński. O <i>haematosalpinx</i>	561

Hygijena publiczna.

Bujwid. Wyniki badania bakteriologicznego wody wiślanej . . .	290
Bujwid. Sprawozdanie z rezultatów szczepień ochronnych przy wścieklicznie	293
Bujwid. Wyniki badań bakteriologicznych mleka warszawskiego .	295
Dyskusja nad kwestyją bakterij kwaśniejacego mleka	302
Protokoły posiedzeń komitetu higieny publicznej	82, 451

Historija medycyny.

Świeżawski i Wenda. Wojciech Oczko, syfilidolog polski w XVI wieku	21, 215
Szokański. O rozwoju medycyny w ostatnich 60 latach	582

Dodatek.

Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1888	1—164
---	-------

Sprawy, dotyczące Tow. Lek. Warsz.

Urzednicy i komitety Towarzystwa w r. 1890. Członkowie zmarli i wybrani w roku 1889. Spis członków czynnych . . .	I—VIII
Sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za r. 1889 a 69 istnienia Towarzystwa, ułożone przez sekretarza dorocznego, M. Jakowskiego	176
Budżet Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego r. 1890	185
Bilans funduszów i własności Tow. lek. Warsz. z końcem r. 1889. .	195

Czynności Towarz. Lek. Warsz.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w r. 1890	VIII
Protokoły posiedzeń Towarzystwa, odbytych w r. 1889.	
Posiedzenie doroczne wyborcze d. 8 Stycznia 1889 r.	47
„ kliniczne d. 15 Stycznia 1889 r.	49
„ administracyjne (dodatkowe) d. 29 Stycznia 1889 r. . . .	52
„ kliniczne d. 5 Lutego 1889 r.	54
„ „ 19 „ „	58
„ administracyjne (dodatkowe) d. 26 Lutego 1889 r. . . .	59
„ kliniczne d. 5 Marca 1889 r.	61
„ „ 19 „ „	66
„ „ (dodatkowe) d. 26 Marca 1889 r.	4
„ „ d. 2 Kwietnia 1889 r.	76
„ „ 16 „ „	246
„ „ (dodatkowe) d. 30 Kwietnia 1889 r.	251
„ „ d. 7 Maja 1889 r.	259
„ „ 21 „ „	262
„ „ (dodatkowe) d. 28 Maja 1889 r.	265
„ „ d. 4 Czerwca 1889 r.	272
„ „ 19 „ „	278
„ „ (dodatkowe) d. 25 Czerwca 1889 r.	286
„ „ d. 17 Września 1889 r.	288
„ „ 24 „ „	293
„ „ 1 Października 1889 r.	295
„ „ 15 „ „	299
„ „ (dodatkowe) d. 29 Października 1889 r. . . .	302
„ „ d. 5 Listopada 1889 r.	306
„ „ 19 „ „	309
„ „ (dodatkowe) d. 26 Listopada 1889 r.	311
„ „ d. 3 Grudnia 1889 r.	313
„ „ 10 „ „	315
„ „ administracyjne d. 17 Grudnia 1889 r.	322
Protokoły posiedzeń, odbytych w r. 1890.	
Posiedzenie wyborcze d. 7 Stycznia 1890 r.	392
„ administracyjne (dodatkowe) d. 14 Stycznia 1890 r. . .	393
„ kliniczne d. 21 Stycznia 1890 r.	395
„ „ (dodatkowe) 28 Stycznia 1890 r.	401
„ „ d. 4 Lutego 1890 r.	410
„ „ 18 „ „	415

	<i>Str.</i>
Posiedzenie kliniczne (dodatkowe) 25 Lutego 1890 r.	423
" " d. 4 Marca 1890 r.	428
" " 18 " "	430
" " (dodatkowe) d. 25 Marca 1890 r.	436
" " d. 1 Kwietnia 1890 r.	441
" " 15 " "	555
" " (dodatkowe) d. 29 Kwietnia 1890 r.	557
" " d. 6 Maja 1890 r.	561
" " 20 " "	566
" " (dodatkowe) d. 27 Maja 1890 r.	568
" " d. 3 Czerwca 1890 r.	573
" " 17 " "	576
" " 16 Września "	580
" " 30 " "	583
" " 7 Października 1890 r.	588
" " 21 " "	590

ROK 1890.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W R. 1890, CZŁONKOWIE, KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWOWYBRANI. LISTA CZŁONKÓW CZYNNYCH TOWARZYSTWA W ROKU 1890.

A) Urzędnicy.

Prezes: Brodowski Włodzimierz (Członek honorowy).

Wiceprezes: Przewoski Edward.

Sekretarz doroczny: Jakowski Maryjan.

Sekretarz stały: Szokalski Wiktor (Człon. honorowy).

Podskarbi: Braun Jan.

Bibliotekarz starszy: Peszke Józef.

Bibliotekarz młodszy: Puławski Arkadyjusz.

Redaktor Pamiętnika: Jawdyński Franciszek.

Zarządzający pracownią doświadczalną: Hoyer Henryk (Członek honorowy).

B) Komitety.

1. Komitet Gospodarczy Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy, oraz wybrani do Komitetu Gospodarczego na rok 1890:

1. Gepner Bolesław.
2. Rogowicz Jakób.

*

II. Komitet Redakcyi Pamiętnika.

1. Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.
2. Sekretarz doroczny: Jakowski Maryjan.
3. Redaktor Pamiętnika: Jawdyński Franciszek.
4. Jasiński Roman.
5. Dunin Teodor.
6. Rogowicz Jakób.

III. Komitet higieny publicznej.

1. Baranowski (Członek honorowy).
2. Bujwid.
3. Chełchowski.
4. Dobrzycki.
5. Fritsche.
6. Jakowski.
7. Kramsztyk Julian.
8. Lubelski.
9. Mayzel.
10. Natanson.
11. Polak.
12. Przewoski (Wice-Prezes).

IV. Komitet Kasy wsparcia, przy Towarzystwie istniejącój.

1. Prezes: Brodowski Włodzimierz.
2. Wice-Prezes: Przewoski Edward.
3. Zarządzaj. funduszami Kasy: Szokalski Wiktor.
4. Podskarbi: Braun Jan.

Członkowie z grona Towarzystwa Lekarskiego wybrani:

5. Gepner Bolesław.
6. Rogowicz Jakób.
7. Sokołowski Alfred.

III

Członkowie wybrani z grona lekarzy, nie należących do Towarzystwa Lekarskiego.

8. Lasocki Wacław.
9. Wolff Aleksander.

Z urzędu będący Członkami Komitetu:

Wszyscy PP. Inspektorowie Lekarscy lub ich zastępcy, w guberniach kraju tutejszego, oraz p. Inspektor Lekarski M-ta Warszawy.

Członkowie powołani przez Towarzystwo Lekarskie w charakterze Radców prawnych.

Thieme Karol, b. obrońca przy Warszawskich Departamentach Rządzącego Senatu.

Wydzga Stanisław, Notaryjusz przy Sądzie Okręgowym Warszawskim.

V. Komitet opieki funduszu stypendyjnego z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Prezes: Brodowski.
2. Wiceprezes: Przewoski.

Członkowie:

3. Gepner.
4. Rogowicz.
5. Szokalski.
6. Braun.

VI. Komitet do wybrania stypendysty z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie: Prezes i 5-ciu Członków).

VII. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowta (na lata 1889, 1890 i 1891).

1. Brodowski.
2. Hoyer.
3. Jasiński.
4. Kosiński.
5. Matlakowski.
6. Perkowski.
7. Przewoski (Wiceprezes).

VIII. Komitet do uregulowania funduszu konkursowego z ofiar b. studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z roku 1873/4.

1. Chrostowski.
2. Kramsztyk Julian.
3. Meyerson.
4. Pawiński.
5. Braun.
6. Jawdyński.
7. Przewoski (Wiceprezes).

IX. Komitet do przejrzenia regulaminu porządkowego i zebrania w jedną całość postanowień, dotyczących wewnętrznych spraw Towarzystwa.

1. Dobrski.
2. Jawdyński.
3. Kondratowicz.
4. Przewoski (Wiceprezes).

C) Członkowie nowo wybrani w r. 1889.

a) H o n o r o w i:

Chałubiński Tytus, dotychczasowy Członek czynny.

b) C z y n n i:

1. Guranowski Ludwik.
2. Kijewski Franciszek.
3. Koliński Józef.
4. Krysiński Stanisław.
5. Zawisza Konrad.

c) K o r e s p o n d e n c i:

Klikowicz Stanisław w St. Petersburgu.

**D) Członkowie nowo wybrani na posiedzeniach w dniach
7 i 21 Stycznia 1890 roku.**

a) H o n o r o w i:

Kosiński Julian, dotychczasowy członek czynny.
Przystański Aleksander, podobnież.

b) C z y n n i:

1. Borsuk Maryjan Stanisław.
2. Bukowski Ryszard.
3. Feilchenfeld Rafał.
4. Ficki Feliks.
5. Freidenson Władysław.
6. Karwowski Konstanty.
7. Pruszyński Jan.
8. Raum Jan.
9. Szumlański Witold.
10. Winawer Adolf.

c) K o r e s p o n d e n c i:

1. Finger Ernest.
2. Grellety Jan Lucyan.
3. Opęchowski Teodor.
4. Schiffers Ferdynand.

E. Członkowie zmarli:

1. Chałubiński Tytus.
2. Orłowski Władysław
3. Wilczkowski Witalis.

F. Członkowie, którzy z powodu wyjazdu z Warszawy przeszli na Członków korespondentów.

1. Hoene Jan.
2. Koliński Józef.
3. Ruppert Henryk.
4. Zagórski Karol.

G. Uwolniony na własną prośbę z grona członków czynnych.

Kinderfreund Józef.

H. Lista Członków czynnych.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Anders Ludwik. | 18. Ciągliński Adam. |
| 2. Apte Markus. | 19. Chwat Ludwik. |
| 3. Baranowski Ignacy (c. h.) | 20. Chrostowski Bronisław. |
| 4. Bartoszewicz Joachim. | 21. Dobrzycki Henryk. |
| 5. Bauerertz Adam. | 22. Dobrski Konrad. |
| 6. Belke Teofil. | 23. Dunin Teodor. |
| 7. Benni Karol. | 24. Elsenberg Antoni. |
| 8. Borsuk Maryjan Stanisł. | 25. Fabian Aleksander. |
| 9. Braun Jan. | 26. Feilchenfeld Rafał. |
| 10. Brodowski Włodzimierz | 27. Ficki Feliks. |
| (Czł. hon). | 28. Florkiewicz Władysław. |
| 11. Bruner Mikołaj. | 29. Freidenson Władysław. |
| 12. Bruner Władysław. | 30. Fritsche Gustaw. |
| 13. Brzeziński Jan. | 31. Funk Jakób. |
| 14. Bujwid Odo. | 32. Gabszewicz Antoni. |
| 15. Bukowski Ryszard. | 33. Gajkiewicz Władysław. |
| 16. Chełchowski Kazimierz. | 34. Garbowski Józef. |
| 17. Chełmoński Adam. | 35. Gepner Bolesław. |

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 36. Gliszczyński Adam. | 71. Mayzel Wacław. |
| 37. Goldflam Samuel. | 72. Matlakowski Władysław. |
| 38. Grosstern Wiktor. | 73. Markiewicz Stanisław. |
| 39. Grünbaum Adolf. | 74. Malinowski Alfons. |
| 40. Grundzach Ignacy. | 75. Meyerson Stanisław. |
| 41. Guliński Franciszek. | 76. Modrzejewski Edmund. |
| 42. Guranowski Ludwik. | 77. Natanson Ludwik. |
| 43. Halpern Jakób. | 78. Nencki Leon. |
| 44. Heiman Teodor. | 79. Neugebauer Ludwik. |
| 45. Heryng Teodor. | 80. Neugebauer Franciszek. |
| 46. Hewelke Otton. | 81. Nusbaum Henryk. |
| 47. Hoyer Henryk (czł. hon.) | 82. Ołtuszewski Władysław. |
| 48. Jakowski Maryjan. | 83. Pawiński Józef. |
| 49. Jasiński Roman. | 84. Pacanowski Henryk. |
| 50. Jawdyński Franciszek. | 85. Perkowski Seweryn. |
| 51. Kamocki Walenty. | 86. Peszke Józef. |
| 52. Karwowski Konstanty. | 87. Płaskowski Romuald |
| 53. Kijewski Franciszek. | (czł. hon.) |
| 54. Konitz Leon. | 88. Polak Józef. |
| 55. Kondratowicz Stanisław. | 89. Portner Szymon. |
| 56. Kornilowicz Edward. | 90. Pruszyński Jan. |
| 57. Kosiński Julian (c. hon.) | 91. Przewoski Edward. |
| 58. Kosmowski Wiktoryn. | 92. Przybylski Jan. |
| 59. Kossowski Cezary. | 93. Przysański Aleksander |
| 60. Kramsztyk Zygmunt. | (czł. hon.) |
| 61. Kramsztyk Julian. | 94. Puławski Arkadyjusz. |
| 62. Krauze Ludwik. | 95. Raum Jan. |
| 63. Krysiński Stańisław. | 96. Rejchman Mikołaj. |
| 64. Kulesza Karol. | 97. Rogowicz Jakób. |
| 65. Lambl Duszan. | 98. Rogoziński Józef. |
| 66. Libchen Jan. | 99. Rose Józef Konstanty. |
| 67. Libkind-Lubodziecki | 100. Rosenthal Jakób. |
| Arnold. | 101. Rosenthal Albert. |
| 68. Lubelski Wilhelm. | 102. Rothe Adolf. |
| 69. Mączewski Władysław. | 103. Sędziak Jan. |
| 70. Majkowski Julian. | 104. Sikorski Antoni. |

VIII

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 105. Śliwicki Franciszek. | 117. Taczanowski Bronisław. |
| 106. Sokołowski Alfred. | 118. Thieme Apolinary. |
| 107. Sommer Feliks. | 119. Tyrchowski Władysław |
| 108. Srebrny Zygmunt. | (czł. hor.) |
| 109. Stankiewicz Władysław. | 120. Trzeciński Tadeusz. |
| 110. Szteyner Władysław. | 121. Weinberg Julian. |
| 111. Stockman Aleksander. | 122. Winawer Adolf. |
| 112. Strzeszewski Józef. | 123. Wróblewski Władysław. |
| 113. Stummer Józef. | 124. Wszebor Józef. |
| 114. Szokalski Wiktor (c. h.) | 125. Zawisza Konrad. |
| 115. Szumlański Witold. | 126. Zweigbaum Maksymil. |
| 116. Szyszło Wincenty. | 127. Żłobikowski Tadeusz. |

**Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych,
odbyć się mających w roku 1890.**

		W d n i a c h	
		kliniczne	dodatkowe
Styczeń	7	21	28
Luty	4	18	25
Marzec	4	18	26
Kwiecień	1	15	29
Maj	6	20	27
Czerwiec	3	17	24
Lipiec	}	Feryje	
Sierpień			
Wrzesień	2	16	30
Październik	7	21	28
Listopad	4	18	25
Grudzień	2	16	30

HIPOTEZA

wybuchowego powstawania śladów pamięci (wzrekowej) i odruchów.

Podał

Dr. K. Noiszewski z Dynaburga.

..... „Fizjologija zaś, czyli obszerniej mówiąc, biologia zajmuje się materiją i energiją istot żywych, a gdy kiedykolwiek rozwój téj nauki dojdzie do najwyższego ideału, wówczas przez to samo wejdzie ona w obszar fizyki. Już dzisiaj widzimy, że skoro tylko badania fizjologiczne pokonywają niewiadomość, wówczas wszystko to, co im zapewnia powodzenie w jej objaśnieniu, wyrывa się z objęć fizjologii i stanowi zwykłą fizyczną lub, jak się to dziś jeszcze zdarzyć może, zwykłą chemiczną wiedzę.... Wedle wszelkiego bowiem prawdopodobieństwa chemija zakończy swe samodzielne istnienie, gdy, wskutek zupełnej i dokładnej znajomości wewnętrznego mechanizmu wszech chemicznych czynników, zostanie pochłoniętą przez obszerniejszą od niej naukę—fizyki cząsteczkowej“. Daniell Alfred, Zasady Fizyki, tłum. polskie J. Boguskiego. 1887 r. Warszawa str. 1—2.

Gdy nastanie chwila, o której myślał znakomity fizyk angielski, cała wiedza nasza rozpadnie się tylko na dwa olbrzymie działy: fizykę i psychologię, na naukę o przedmiocie i naukę o podmiocie.

Już i obecnie fizyka odrzuca stanowczo wszelkie przypuszczenia o woli lub psychicznych własnościach materii, jako wyobrażenia niegodne ścisłej nauki, chociaż tak niedawno jeszcze niemiecka zwłaszcza nauka z upodobaniem bawiła się w dusze atomów i duszę pierwoszczy.

Często błąd powstaje z niewłaściwie użytego wyrazu: jako przykład wybitny może posłużyć ciążenie ciał. Newton wykrył zależność pędu ciał ku sobie od przestrzeni pomiędzy nimi: jeżeli przestrzeń pomiędzy dwu ciałami stanie się dwa razy większą, to pęd ich ku sobie będzie dwa razy dwa mniejszy. Jeżeli przestrzeń między dwoma ciałami stanie się trzy razy większą, to pęd ciał ku sobie będzie trzy razy trzy mniejszy. Zwykle to się nazywa, że ciała się przyciągają odwrotnie równomiernie do kwadratów z przestrzeni. Jakkolwiek pozornie może się wydawać, że zbliżające się ku sobie ciała mają wolę lub chęć zbliżania się, to jednak powszechnie już rozumieją, że pęd ciał ku sobie ma jakąś przyczynę zewnętrzną, a dotąd nieznaną, która jednak wyrazem przyciąganie nie oznacza się. Wyraz ten zaznacza tylko sam wypadek przybliżania się dwóch ciał, gdyż sam pęd ciał i każda zmiana w ich pędzie zależec mogą tylko od przyczyn, zewnątrz ciał istniejących.

Przyczyny te nazywamy zwykle *siłami*.

Zasada zachowania energii tłumaczy nam, dziwną na pierwszy rzut oka, nieodpowiedność pomiędzy przyczyną a skutkiem. W przypadkach takiej nieodpowiedności to, co się uważa za przyczynę, nie jest nią w rzeczywistości. Prawdziwą zaś przyczyną jest ukryty zapas energii, który przejść może w stan jawny. Kto otworzy kran, może zatopić piętro, ale prawdziwa przyczyna zalania wodą będzie w zapasie wody w zbiorniku nad budynkiem. Odemknęcie kranu usuwa tylko przeszkodę do wyzwolenia ukrytej energii i dla tego nazywa się czynem wyzwalamym. Iskra czyni pożar, ale przyczyna pożaru leży w umiejscowieniu znacznej ilości ciał palnych i tlenu powietrza, iskra

jest tu tylko wyzwalającą. Czynność istot żywych polega stale na tém wyzwalaniu ukrytych zapasów energii. Wrażenia, odruchy i wola są tu czynnikami wyzwalającymi.

I. Pamięć, pojmowana w najobszerniejszém znaczeniu, jest materyjalnym śladem przedmiotu w podmiocie, tak jak światło i światłoślad na dnie ciemni zornój (*camera obscura*). Światłoślad powstanie tylko w przypadku wywołania zmian chemicznych; gdy zmiana taka nie nastąpi, śladu od wrażenia nie ostanie. Nasilenie w oświetleniu zależném jest od ilości odbitych promieni, a im większa ilość promieni odbije się od jakiegoś miejsca przedmiotu, tém w podmiocie w odpowiedniém miejscu obwrazu gęściej staną przy sobie cząsteczki działaniem światła chemicznie zmienione. Teraz, chcąc otrzymać obwraz, musimy usunąć albo cząsteczki działaniem światła zmienione, albo usunąć cząsteczki działaniem światła niezmiennione. W pierwszym przypadku będziemy mieli odjemny, w drugim dodatni ślad przedmiotu.

Gdy rysujemy jakiś przedmiot ołówkiem lub farbą, to ostatecznie obraz ten przedmiotu jest tylko nagromadzeniem okruchów ołówka lub farby na białym papierze, a gęstość tych okruchów jest odwrotną do nasilenia w oświetleniu różnych miejsc przedmiotu. Gdy rysujemy igłą na okopconém szkłe, wówczas postępujemy odwrotnie: usuwamy cząsteczki tém na większej przestrzeni, im mocniej jest oświetloną odpowiadająca temu miejscu część przedmiotu. Jest jaw, na dnie oka występujący w siatkówce pod zadziałaniem odbijania się na niej światłych przedmiotów, a niezmiernie przypominający rysowanie igłą na okopconém szkłe, wytłaczanie, fotografię. Chcę tu mówić o tak zw. światłośladach siatkówki (*optogrammata*).

Któż nie doświadczał, że gdy rano po przebudzeniu spojrzysz na okno, a następnie zamkniesz powieki, to znowu będzie miał przed oczami obraz okna, ramy którego będą

światło, a szyby ciemne ¹⁾. Przyczyną tego jawu jest chemiczne działanie promieni słonecznych na t. zw. „zrenną czerwień“ siatkówki (*Sehpurpur* ²⁾), a może także i na chromofony zrennych czopków, które, według MAYS'a ³⁾, są też czułości na światło.

Ostatnią warstwą siatkówki jest barwo-przybłonek, który w nieobecności światła wydziela zrenną czerwień do warstwy przed nim leżącój; nasiąkając do pręcików, do czopków zrenna czerwień nie nasiąka (KÜHN). Światło, części obwrazu, odbijając się na siatkówce, mniej lub więcej odbarwiają miejsca przez się zajęte (aż do białości), pozostawiając inne części siatkówki zabarwionemi jak i przed tém purpurowo.



Światłoślad części okna.

Rys. 1. (z Kühnego).

Jakimkolwiek byłby ostateczny nasz pogląd na istotę tej sprawy, w której jedni radzi widzą odczyn swoistego zrennego ciała ⁴⁾, gdy drudzy tylko wykluczanie długofalowych (czerwonych i ciepłowych) promieni, w każdym razie trzeba się zgodzić, że jest to widoczny i materalny ślad przedmiotu w naszym podmiocie. Postać śla-

du w zupełnej jest odpowiedniości z rzeczywistym przedmiotem, przedmiot 5 cent. szeroki daje w oku królika z odległości 25 cent. ostro zarysowany światłoślad, zajmujący 1,5 milimetrów siatkówki (KÜHNE). Jakkolwiek utrzymuje KÜHNE,

¹⁾ Właściwie z początku szyby będą światłe, a ramy ciemne, a już następnie ramy staną się światłemi a szyby ciemnymi.

²⁾ Po MELLANI'm pierwszy BALL F. zwrócił uwagę na zabarwienie pręcików siatkówki. Monatsber. d. Berliner. Acad. Nr. 12 1876.

³⁾ K. MAYS, Untersuchungen aus dem Physiolog. Instit. zu Heidelberg. II. 30.

⁴⁾ EXNER, Archiv für d. g. Physiologie XVI str. 409.

że żaby nawet po zupełném wybieleniu dna ocznego jeszcze z łatwością omijają przeszkody i łowią zdobycz, to jednak ktoś nie doświadczył na sobie, że dosyć jest dłużej patrzeć na płomień lampy, aby potem wciąż widzieć na białym papierze ciemną plamę, która dłużej lub krócej przeszkadza dokładnemu widzeniu. Przy wejściu w ciemnię, zrazu nic nie widzimy, po niejakiem dopiero czasie zaczynamy wcale nieźle rozpoznawać uprzednio niespostrzegane przedmioty. Fakt ten, a także fakty największego wydzielania się czerwieni zrennej w ciemni i najobfitszego jej nagromadzenia u zwierząt nocnych lub przebywających w miejscach zaciemnionych (sowa, kot, królik, żaba) dowodzić się zdają, że ilość czerwieni zrennej jest odwrotną do oświetlenia, mówiąc inaczej, że tém mniejsza jej ilość jest potrzebną dla otrzymania wrażenia, im większem jest nasilenie światła i odwrotnie: im większą jest ilość czerwieni zrennej, tém mniejszej ilości światła trzeba dla otrzymania wrażenia ¹⁾.

Obecnie, mówi A. FICK, jest już pewném, że fale promienistego ciała (eteru) albo zupełnie nie działają na obwodowe zakończenia nerwowe, albo tylko przy nasileniach, sprowadzających śmiertelne nacieplenie nerwowego utkania. Ponieważ oko zdolnem jest do odczuwania nawet bardzo słabych promieni świetlnych, musimy koniecznie przypuścić istnienie nerwowych przyrządów końcowych, w których są nagromadzone zapasy ciała uzdolnionego przy najslabszem nawet zadziałaniu ruchu falistego światła do rozkładu i za tém do ujawnienia bardzo znacznej już pracy.

Trzeba więc przyjąć, że praca promieni jest tu tylko wyzwalającą, wzbudza ona bowiem daleko większą od

¹⁾ KÜHNE utrzymuje, że tlen, kwas węglowy, wodór nie wywiera najmniejszego wpływu na czas wybielenia siatkówki, innego znowu jest zdania VALENTIN, Porówn. MOLESCHOTS' Untersuch., XII str. 30. Przeciwnie fuscyna wobec światła utlenia się.

siebie siłę ukrytą w przyrządzie końcowym nerwowego zakończenia. Odniesienie działania promienia do podrażnienia w zakończeniu nerwowym jest takim, jak iskry do wybuchu miny.

Świeże cięcie poprzeczne nerwu wzrokowego u żaby i królika daje wyraźny odczyn kwaśny ¹⁾). Jeżeli jednak przed śmiercią zwierzęta te trzymać przez 24—48 godzin w ciemności, to odczyn przecięcia nerwu będzie obojętny a nawet szczaw'ny. KÜHNE u żab trzymanyh w ciemni znajdował siatkówki zawsze z odczynem szczaw'nym ²⁾). CHODIN znajdował kwaśny odczyn w siatkówkach rozciśkanych lub wystawionych na działanie światła. Nawet siatkówka w ciemni trzymanego zwierzęcia, ale rozciśkana daje odczyn kwaśny (CHODIN).

A zatem wypada, że w siatkówce ze światłościadłem miejsca światłościadłem zajęte dają odczyn kwaśny, pozostałe zaś części siatkówki szczaw'ny. Średni odczyn siatkówki i nerwu powstawał przez połączenie szczaw'nych i kwaśnych części siatkówki, a raczej wydzielin ich. Jak wiadomo czerwień zrenna pod wpływem wszech prawie kwasów (z wyjątkiem węglowego i masłowego) odbarwia się. Pod zadziałaniem promieni świetlnych wytwarza się kwas jakiś, czy to z samój zrennej czerwieni, czy téż z innych części składowych treści słupków pręcików zrennych. Przyjąwszy to wszystko na uwagę i widząc, że barwoprzybłonek wydziela treść szczaw'ną do pręcików, a wzrokowy nerw daje odczyn kwaśny lub szczaw'ny zależnie od tego, czy siatkówka była lub nie wystawioną na działanie światła, musimy przyjąć, że ów kwas, ustępujący następnie

¹⁾ CHODIN A. Ueber die chemische Reaction der Netzhaut und des Sehnerven. Sitzber. der Wiener Academie 1877.

²⁾ Ueber die Reaction des nervösen Centralorgane. Archiv für die gesammte Physiologie.

z pręcików w czasie wypoczynku przenosić się musi przez włókna siatkówki do nerwu wzrokowego.

R. GSCHIEDLEN ¹⁾ znajdował w szarąj istocie mózgu i rdzenia zawsze odczyn kwaśny, a toż samo znajdowano, jakkolwiek mniej wyraźnie, i w białej istocie mózgu. SZCZERBAK na podstawie doświadczeń nad sobą podczas spokoju i nasiloniej pracy umysłowej przyszedł do wniosku, że w mózgu podczas umysłowej pracy rozkładają się wciąż jakieś związki w fosfor bogate, skąd wyzwala się kwas fosforowy i postępuje do krwi, a następnie do moczu. Jednak robi on uwagę, że tylko dzięki temu, że umysłowa praca była dłuższą ($\frac{3}{4}$ doby) i prawie bez przerwy, wynik wypadł bardzo wyraźny. MENDEL jednak znajdował w moczu zawsze mniej kwasu fosforowego we dnie, niż w nocy.

Chemiczny skład słupków pręcików zrennych był badany przez KÜHNE'go. Na oddzielonych od reszty pręcików osobno leżących słupkach spostrzegał on, że one nie jednakowo oddziałują na 1% kwas osmowy. Słupki takie mają najróżnorodniejsze zabarwienie, to zupełnie blade, to znowu w niektórych swych częściach oliwkowe. Częściowe oliwkowe zabarwienie spostrzeganem bywało zawsze na tym końcu słupka, którym słupek dotyka komórki barwoprzybłonka. W przypadkach, gdzie słupki rozpadły się na pojedyncze płytki, barwią się one kwasem osmowym bez względu na to, czy pochodzą z końca słupka, czy z jego środka. KÜHNE przypuszcza, że płytki bardzo są bogate w cerebrynę, gdyż trwają one jeszcze po wyciąganiu ich treści eterem, a znikają tylko (jednak otoczki neurokeratynowe zostają) we wrzącym alkoholu lub benzolu. KÜHNE nalewał siatkówki wołowe eterem i po następnym ostudzeniu nalewki otrzymywał nieznaczne męty, których mu nie udawało się zabarwić kwasem osmowym.

¹⁾ Dnawnik III-go Sjezda russ. wracej, Sekcija newrologii str. 252, 7 Stycznia st. st. 1889 r.

Osad ten przyjmuje KÜHNE za lecytynę. Z nalewki zaś wysokowej otrzymywał osad białej barwy. Ciało to dawało odczyn cerebryny i nie barwiło się kwasem osmowym. Wyciąg eterowy z włókien nerwowych daje lecytynę, a wyciąg wysokowy cerebrynę, ciała niezabarwiające się od kwasu osmowego.

Już samo powyższe zestawienie faktów dowodzi, że pod działaniem światła lub czynników chemicznych następuje w słupku częściowy lub całkowity rozkład jego chemicznej treści. W tych miejscach słupka, gdzie rozkład nastąpił, treść jego barwi się kwasem osmowym, nie zawiera już za tém ani lecytyny, ani cerebryny, ciał, jak wiadomo, kwasem osmowym niebarwiących się.

Zkąd inąd wiadomo, że kwas osmowy nie działa na części siatkówki zabarwiane zrenną czerwienią, ale czerni siatkówki lub ich miejsca światłem wybielone.

Oczywiście więc w pręcikach zabarwionych zniszczonemi zostały lecytyna i cerebryna, te się bowiem kwasem osmowym nie barwią.

Widzimy téż, że czerwień zrenna przeszkadza barwieniu się słupków, gdyż pojedyncze słupki barwiły się kwasem osmowym tylko u swych zakończeń, a dopiero po rozdzieleniu się słupka na płytki barwiły się kwasem osmowym i środkowe jego części; różne rodzaje lecytyny, jako wytwory rozkładu dają różne ilości kwasów: palmowego, stearynowego, masłowego, choliny i kw. gliceryno-fosforowy.

Wszyscy autorowie piszą o pęcznieniu słupków pręcików zrennych pod działaniem światła. Przy słabszym działaniu światła pęcznienie to ogranicza się do zakończeń słupkowych, gdzie zauważyć się dają napęcznienia w postaci główek od szpilek, po dłuższém jednak działaniu cały słupek pęcznieje, staje się grubszy a krótszy, wychyla się w stronę. DENISSENKO ¹⁾ podaje, że pręciki siatkówki

¹⁾ Wojenno-medicinskij żurnał, Luty 1886 r., str. 75.

thumus vulgaris, mające szerokość zaledwie 0,002 milim., po zadziałaniu światła miały na swych zakończeniach rozszerzenia szerokie do 0,004 milimetr., co czyniło słupki podobnemi do szpilek, jednak rozszerzenia te nie miały postaci kulistych. Owe pęcznienie słupków pręcików zrennych bardzo przypomina pęcznienie spostrzegane pod drobnowidzem przy działaniu na słupki żółcią. Działanie to opisuje KÜHNE podobnóm do wybuchu, kładąc jednak warunek, że siatkówka musi być dostatecznie świeża; powstaje przytém nawet pękanie powłoki słupków: „Na osobno pływających w polu drobnowidzowém pręcikach można oglądać te wybuchy ze szczególną dokładnością; najprzód w jednym miejscu zupełnie normalnego słupka daje się nie dająca się opisać zmiana w światło—załamaniu, następnie pojawiają się na słupku bardzo wyraźne kreski poprzeczne, występuje téż przewód osiowy z licznými wciśnieniami“.

Wielokrotnie téż spostrzeganiem było kreskowanie słupków pręcikowych i stożków czopkowych w siatkówkach. KÜHNE mówi, że wyglądają one jakby ponacinane ¹⁾. Po śmierci pręcików—słupki i czopków—stożki jeszcze wyraźniej są nakreskowane i wewnątrz rozpadają się na płytki albo pierścienie, środkiem zaś przechodzi przewód o niejednakowém świetle.

Słupki więc pręcików zrennych składają się z powłoki i treści. treść zaś z płytek i miedz (MAX SCHULTZE).



Słupek przed wybuchem.



Słupek po wybuchu.

Rys. 2.

Słupek więc wypełniony materją wybuchową przedstawia się nam jako rząd nabojów rozdzielonych od siebie

¹⁾ KÜHNE str. 363 2 B.

miedzami, a połączonych przewodem osiowym. Po wybuchu jednego naboju, powłoka słupka w tém miejscu się zapada, tworząc składkę obrączkową, która, coraz się bardziej następnie zaciskając, wygląda drobnowidzowo jako kreska.

MAX SCHULZE tłumaczył powstawanie kresiek włókni-
stą budową osiowych cewek, ale RUMPF otrzymywał też
same nakreskowania nawet po zniszczeniu osiowej cewki
azotanem srebra; tłumaczy się więc obecnie kreski jako
składki w rogowej powłoce włókna nerwowego. Kreski te
są niezmiernie rozpowszechnione w nerwo-układzie: zna-
lazł je REMACK na wyrostkach komórek zwojowych, BULL
w komórkach omózgu, gdzie kreski jako ciemne kręgi
układają się wzdłuż jąder komórek.

Powłoki słupków pręcików zrennych dają się wy-
dzielić i określić jako neurokeratyna ¹⁾. Gotowanie, tra-
wienie pepsyną, kwasem solnym nie niszczy neurokera-
tyny słupków. Opiera się też neurokeratyna niezmiernie
długo gniciu i drobnoustrojom (KÜHNE).

Widzieliśmy jednak, że siła naboju jest tak wielką,
że neurokeratyna słupków pęka i zapada się. Trudniejszą
do zrozumienia jest rzeczą, w jaki sposób barwikowe wy-
rostki barwo-przybłonka przenikać mogą pomiędzy pręciki,
gdy te w czasie bielenia nabrzmiewają tak znacznie, że
wypełniają prawie zupełnie przestrzenie międzypęcikowe.
HORNBOSTEL ²⁾, podaje ściśle wymiary pręcików przed
zadziałaniem światła i po zadziałaniu. Średnica pręcików
u żaby jest od 0,006—0,007 milim., średnica niezajętych
międzypęcikowych przestrzeni 0,0005 — 0,0008 milimetr.
Znajdując się pod działaniem słonecznych promieni, jeszcze

¹⁾ H. KÜHNE. Zur Architekthronik der Retina. Kl. Monatsbl. für
Augenheilkunde, XV str. 79.

²⁾ HORNBOSTEL, Untersuchungen aus dem Physiol. Inst. Heidel-
regu, str. 409 I.

przed upłynięciem godziny pręciki nabrzmiwały aż do przylegania do siebie, mając wówczas poprzeczną szerokość od 0,0068—do 0,0072 milimetra.

Ponieważ nawet po 7-iu i 9-iu godzinach działania promieni słonecznych średnica pręcika nie przechodzi nigdy 0,008 milim., muszą więc pręciki wysyłać od czasu do czasu część swęj zawartości ku przodowi, mówiąc inaczej, że po obrzmieniu i powiększeniu ciśnienia następuje w nich i pomiędzy niemi opróżnienie i zmniejszenie ciśnienia, a to ostatnie jest najbliższą przyczyną posuwania się ku przodowi barwikowych wyrostków barwoprzybłónka wraz z ich plazmą. I rzeczywiście ilość plazmy, posuwającej się ku przodowi t. j. wewnętrznym warstwom siatkówki, tak jest znaczną, że nap. DENISSENKO uważa całą sprawę jako fizjologiczny obrzęk siatkówki. Trzeba jednak pamiętać o tém, że przy normalnych warunkach nigdy oko nie bywa tak długo i bez przerwy wystawioném na olśniewające działanie promieni słonecznych, a więc i wsze objawy, dające się zauważyć w oku na siatkówce, sztucznie wystawionęj na działanie promieni słonecznych, są niezwyčajnego nasilenia.

II. Czémże więc jest ów ślad przedmiotu w naszym podmiocie, względnie oku? Jest on rozkładem cząsteczek wybuchowych z pozostawieniem znaków kresiek. Kreski zaś są składkami rogowych otoczek włókien nerwowych.

Zebrane powyżęj dane zdają się stanowczo przemawiać przeciwko hipotezie MENDEL'a, że tkanki nerwowe podobnie do mięśniowych powiększają się po akcie umysłowym, chociaż i MEYNERT przyłącza się do zdania MENDEL'a, „gdyż zjawisko zwane pamięcią ma charakter czynności dodatnięj, zachowawczęj“.

Przyjmując wybuch i kreskę po nim jako pojedynczy znak pamięciowy, musimy pojmować pamięć jako czynność zachowawczą, ale ujemną. Tém téż tłumaczymy jęj ograniczonosć i wyczerpanie się z wiekiem. Hipoteza MEY-

NERT'a ¹⁾, którą on zawsze przytacza w swym podręczniku Psychiatrii (1884 r.), jest następująca: „omózg czyli kora mózgowa zawiera w sobie więcej, niż miliard komórek nerwowych. Każde nowe wrażenie spotyka nową jeszcze nie zajętą wrażeniem komórkę. Wrażenia następujące po sobie zajmują komórki sąsiednie. W ten sposób kora różni się od siatkówki, gdzie każde następne wrażenie zajmuje całą powierzchnię, ścierając poprzednie. Doświadczenia MUNK'a, mówi MEYNERT, są nowym dowodem: ośrodki wzrokowe i słuchowe zwierząt są otoczone pasem jeszcze niezajętym wrażeniami. Gdy pas ten zostanie wyciętym, nie powstają żadne zmiany podobne do objawów ślepoty lub głuchoty duszy. I przeciwnie, gdy zostanie wyciętym krąg ośrodkowy czynnościowy, to istnienie niezajętych części obwodowych daje możność osadzenia nowych słuchowych i wzrokowych wrażen, co klinicznie wyraża się ustępowaniem objawów ślepoty i głuchoty duszy“.

Sądzę, że owo przeciwstawienie siatkówki i kory mózgowej nie było dobrze pomyślaném. Wszak czynność nawet drobnego członka siatkówki niczém się nie różni od czynności całej siatkówki, a nawet zniszczenie naośnego widzenia ślepoty zupełnej nie sprowadza. Jeżeli niepodobnem jest porównywać widzenia naośnego z widzeniem obwodowém, to przecież sam MUNK przyznaje, że t. zw. ślepotą duszy jest najprawdopodobniej ślepotą tych części ośrodka wzrokowego w korze mózgu, które odpowiadają plamce żółtej w siatkówce; czyli mówiąc wyraźniej, że zniesienie czynnościowego wzrok' ośrodka w omózgu sprowadza ślepotę plamki żółtej w siatkówce. Jeżeli ślepotą duszy została uleczoną, mówi MUNK, to jednak pies idzie ku położonemu przed nim kęsowi mięsa nie po linii osiowej zrenu, a uprzednio szczególnymi poruszeniami głowy stara się umiejscow-

¹⁾ MEYNERT. Ueber den Bau der Rinde und seine oertlichen Verschiedenheiten sp. 1867.

wić obraz tego kęsa w bardziej czułej z pozostałych części siatkówki. Zkąd sam już MUNK przypuszcza, że w siatkówce po wycięciu korowego wzrok' ośrodka występuje nowa plama ślepa i wnioskuje, że układ w czynnościowym wzrok'omózgu odpowiada układowi najbardziej nasilonego zrenienia w siatkówce. MEYNERT utrzymuje, że pole rzutu od naośnego zrenu odpowiada najbardziej ku wewnątrz położonemu odcinkowi wzrok'omózgu. Ponieważ wrażenia nabywane przy ślepotcie duszy nie padają już w okolicy narzutowej naośnego widzenia, nie mogą być nigdy równiej. tamtym ¹⁾ jasności.

Niezmienne wiele objawów przemawia za tём, że każdy obraz czy to na siatkówce, czy na omózgu tworzy się bardzo znaczną ilością pierwiastków nerwowych, zajętych współcześnie. Wychodząc z owego założenia niepodobna się zgodzić ze zdaniem MEYNERT'a, że każde wrażenie zajmuje osobną komórkę.

Podług WEBER'a najmniejszym kątem pomiędzy dwiema białymi kresami, który jeszcze pozwala je rozróżniać jako dwie, jest 73". HELMHOLTZ mógł jeszcze rozróżniać jako dwie, wtedy nawet, gdy przestrzeń rozdzielająca dwie białe kresy była 64".

Przestrzeń zajmowana na siatkówce pod kątem 64"—73" jest to 0,00464 do 0,00526 milimetra. Szerokość czopka według KÖLIKIER'a jest między 0,045, a 0,0055 milimetra. Widzimy tu zadziwiający dowód, mówi A. FICK, że każdy czopek plamki żółtej może dawać osobne wrażenie, dające się jeszcze jako takie odróżnić. W przypadkach, gdy białe kresy równoległe i rozdzielone od siebie czarnymi przestrzeniami rozpatrywane są z takiej odległości, że kąt, pod którym widzimy przestrzeń pomiędzy kresami, równa się owemu najmniejszemu kątowi (64"—73") pozwalają-

¹⁾ Padającym w okolicy narzutowej naośnego widzenia.

cemu nam jeszcze odróżniać dwie białe kresy jako dwie, to przy zmniejszaniu się tego kąta, wprzód nim dwie kresy zleją się w jedną, daje się spostrzegać szczególniejsza zmiana w ich postaci: kresy białe zaczynają miejscami występować jak na rysunku. Czasem cały obraz robi wrażenie szachownicy.



BERGMAN wytłumaczył to w ten sposób, że kresy tu zajmują to jeden, to dwa czopki, a więc tam, gdzie biała kresa zajmuje dwa czopki wygląda grubiej, gdzie jeden cieniiej.

Pojedyńczém więc wrażeniem, albo lepij Rys. 3. pojedynczym razem nazywamy takie wrażenie, które zajmuje tylko jeden pręcik, albo czopek zrenny, lub ogólnie mówiąc, pojedyncze zakończenie nerwowe; przeciwnie wrażeniem złożoném, albo obwrazem będzie takie wrażenie, które zajmuje współcześnie zakończenie więcej niż jednego włókna nerwowego.

Większa lub mniejsza głębokość pojedynczego wrazu zależy może od tego, czy wybuchowi uległa całość lub tylko część naboju, a stąd pozostała reszta nie dozwala zupełnie zagłębić się ścianom nerwowego zakończenia aż do utworzenia na niém kreski. Co do obwrazu, to słabszy jego ślad tłumaczy się i tém, że mniejsza ilość zakończeń nerwowych podlega współcześnie wybuchowi, a przez to ślad jest niedostatecznie gęstym. Ale nasilenie czy to pojedynczego wrazu, czy całego obwrazu jest zupełnie niezależném od iloczasu wrażenia ¹⁾.

Wyzwolony światłem ruch chemiczny w słupkach zrennych pręcików i stożkach czopków daje początek elektroprądom, które osiowými przewodami najprzód samych słupków i stożków, a następnie włókien nerwowych płyną

¹⁾ HELMHOLTZ. Physiologische Optik str. 339.

ku ośrodkom mózgowym, mając tworzącym się kwasem ułatwione tory.

Elektroprąd, dopłynąwszy do komórki, spowodować tu może taki sam lub podobny wybuch, jaki w końcowym przyrządzie spowodowany był światłem. Wybuch ten znaczy się i tu takimże śladem, kreską. Zauważono, że wiele osiowych cewek przechodzi tylko przez nerwowe komórki, wcale się w nich nie przerywając.

Znajdowano np. u ryb, że wsze nerwowe włókna tylnego rogu wstępującego w zwój przechodzą, nie przerywając się przez komórki zwojowe, (WAGNER ¹⁾, BIDDER ²⁾). Ów nieprzerwany w czuciowej komórce przewód osiowy wstępuje następnie do ruchowej, prowadzając w nią i w zależnym od niej końcowym przyrządzie mięśniowym wybuch i odruch mięśniowy. W ten sposób mielibyśmy przypadek, gdzie bez wszelkiego udziału psychicznego nastąpił pewny ruch w naszym przyrządzie zmysłowym i odruch na niego mięśniowy w naszym podmiocie, spowodowany zadziałaniem nań przedmiotu, w danym przypadku promieni świetlnych. Oczywiście, że w komórkach prądy mogą się przerywać, lub przechodzić na tory jedynie wolne chwilowem przerwaniem wszech innych.

Czas od początku wrażenia aż do spostrzeżenia dla wzroku jest równym 0,2—0,22 sekundy. Tyle więc czasu nerwowy prąd płynie od rozbitego światłem naboju w słupku zrennym aż do omózgowego zakończenia zmysłowego-toru.

M. KENDRICK i HALMGREN dowiedli, że przy przenikaniu światła do siatkówki oka, świeżo wyjętego, elektroprąd od rogówki (+) ku poprzecznemu cięciu nerwu wzrokowe-

¹⁾ Neue Untersuchungen über Bau und die Endigungen des Nerven und Struktur des Ganglien, Leipzig 1847.

²⁾ Zur Lehre von den Verhältnissen der Ganglien körper zu den Nervenfasern, Leipzig 1847.

go (—) zostaje wzmocnionym ¹⁾, prawdą jest jednak, że pozostaje niewytłomaczonym, dla czego prąd elektryczny tak znacznego doznaje opóźnienia (0,2''). Jeżeli nie jest to tajemnicą naszej świadomości, więc może dałoby się wytłumaczyć to opóźnienie długością przystanków w komórkach nerwowych i złem przewodnictwem włókien nerwowych. Że przyczyną opóźnienia jest może wyłącznie tylko świadomość, przemawia za tém porównanie czynności nerwowej z odruchem. Podług EXNER'a ²⁾ fizjologiczny czas dla odruchu jest 0,0062 według LANDOIS ³⁾, u żaby 0,008—0,015 sekundy, SPENCER HERBERT 10,000—15,000 poruszeń na sekundę skrzydła muchy ⁴⁾.

MEYNERT sądzi, że omózgowym komórkom przypisać należy tylko jedną transcendentalną własność — zdolność czucia. Widzieliśmy, jak samemi tylko fizycznymi prawami dają się tłumaczyć wrażenie, ślad i odruch. Komórki nerwowe byłyby więc tutaj tylko elektrokrobkami, każda taka elektrokrobka staje się czynną zarówno pod działaniem sił zewnętrznych jak i świadomej woli. W pierwszym przypadku działa ona odruchowo, w drugim przyruchowo. [Wyraz przyruchowy utworzonym został na wzór wyrazu przytomny (*znajdujący się przytém*)]. Czucie, świadomość i wola są czémś towarzyszącem sprawom życiowym ustroju, ale bez których one odbywają się z równą, a nawet lepszą dokładnością. Ruch świadomy tém się odróżnia od ruchu nieświadomego, że jest omylnym. Igła magnesowa zawsze i nieomylnie zwraca się ku północy, a ta jój nieomyślność jest najlepszym dowodem, że igła magnesowa jest nieświa-

¹⁾ LANDOIS. Lehrb. d. Physiol. d. Mensch. str. 678, 1884.

²⁾ Przykładu tego używa K. FORTLAGE. System der Psychologie Erst. Th. § 7 i 8.

³⁾ PFLÜGERS Archiv, VIII (1874) str. 526.

⁴⁾ LANDOIS Lehrb. d. Physiol. d. Mensch. str. 756.

domą ¹⁾. Świadomość charakteryzuje się niepewnością, wahaniami i wybieraniem.

Jednakże bez świadomości niepojętym jest żaden nowy ruch, krótko, żaden postęp. Człowiek dorosły, gdy się stara chodzić dobrze, chodzi gorzej, ale nie umiejący czytać, odruchowo czytania się nie nauczy. Żaden wynalazek, żadna myśl nowa nigdy odruchami nie były.

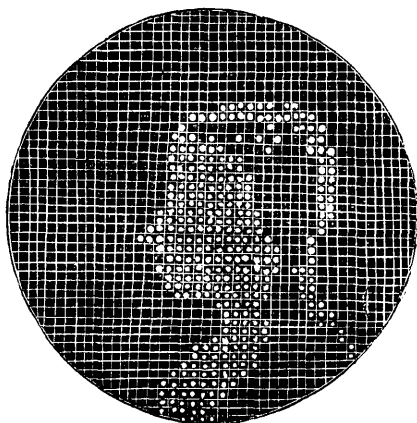
Wrażenie może nastąpić i ślad pozostawić w nieprzytomności duszy, a dusza już potem, stawszy się przytomną pozostawionemu śladowi, może po nim odczytać samo wrażenie i odnieść go na zewnątrz do przedmiotu, który pozostawił wrażenie. Nie raz, gdy utkwienie nasze spoczywa na jakimś przedmiocie, nie widzimy i nie słyszymy, co się w koło nas dzieje. Po chwili jednak przypominamy sobie owe poza uwagą zaszłe wrażenia, a przypominamy ze śladów, które owe wrażenia zostawiły w naszym podmiocie.

III. Każdy obwraz wzrokowy ma swój ośrodek, który się wraża w naosńnej części zrenu. Za najmniejszym poruszeniem głowy lub oka powstaje nowy obwraz, bo nowy mający ośrodek. Były zaś ośrodek znajduje się już w obwodowej części nowego obwrazu. Podobnie ma się rzecz i z całowrazami czucia. Całowrazem nazywam sumę wrazów zmysłowych i mięśniowych, otrzymanych przez oczas jednego utkwienia uwagi. Wraz z nowym utkwieniem uwagi powstaje i nowy całowraz. Przypomina to bardzo fotograficzny przyrząd, gdzie za najmniejszym jego poruszeniem zmienia się i obwraz ²⁾. Stąd obwrazem nazywa się to, co

¹⁾ Gdy oko trwa w unieruchomieniu, a jakaś część obwrazu sama się zmienia, mówimy wówczas nie o zmianie obwrazu, a o zmianie w obwrazie.

²⁾ K. NOISZEWSKI. Barwikowica i choroby pamięci. Pamiętnik Warsz. Tow. Lekarsk. 1887 r.

się odbija w ciemni zornój, albo na dnie oka podczas zupełnego ich unieruchomienia ¹⁾. Od dłuższego lub krótszego unieruchomienia oka lub ciemni zornój, zależy większa lub mniejsza znacność obwrazu. Obwrazy nie są równe co do czasu, daje tylko jeden obwraz tak samo najdłużej jak i najkrócej trwające utkwienie oka. Oczywiście, że ze zmianą kierunku utkwienia w oku zmienia się i odniesienie pomiędzy punktami przedmiotu i podmiotu.



Rys. 4.

śladnemi lub nawet bezśladnemi w podmiocie (rys. 4). Im która część przedmiotu jest swiatlejszą, tém gęściej usianym śladami będzie w podmiocie jój obwraz (rys. 4).

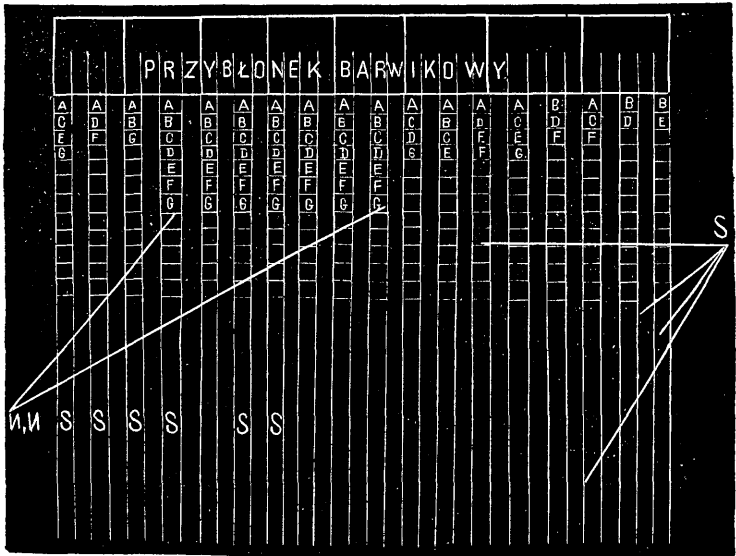
Ślady wrzów układają się współczesne przy sobie (jednak nie w jednym poziomie), różnoczesne po sobie (rysunek 5). (Patrz. rys. str. 19).

Im dłuższem jest utkwienie (czas) w jakimś obwrazie, tém ślad tego obwrazu jest gęstszym to jest tém większa ilość końcowych przyrządów podlega wybuchowi. Gdy jednak utkwienie obwrazu trwa zbyt długo, doznajemy znużenia.

Części ciemne przedmiotu będą rzadko

¹⁾ Widzimy więc, że tam, gdzie nie powstają lub nie tworzą się zjawiska świadomości, przypuszczenie zwykłych elektroprądów zupełnie wystarcza, podstawianie zaś jednéj niewiadoméj życiowych prądów zamiast drugiéj niewiadoméj świadomości prowadzi tylko do jeszcze większego rzeczy zagmatwania.

Mniejsze lub większe podobieństwo polega na mniej-szej lub większej ilościowej tożsamości zajętych włókien nerwowych, chociaż nowe wraży nawet w tych samych nerwowych włóknach układają się w coraz to nowych



Rys. 5.

(dalszych) przedziałkach. Więc nie tak, jak u MEYNERT'a, że nowe wrażenie zajmuje nową komórkę, a tylko nową część komórki czy zakończenia nerwowego włókna. Jeżeli w kilku po sobie następujących wrażeniach stale zwracamy utkwienie uwagi na pewną część wrażenia, wówczas owa część staje się ośrodkiem wielu obwrazów, a sam przedmiot stanowiący część owego wrażenia będzie się kolejno odbijał na tychże samych zakończeniach, wtedy gdy otaczające go części będą się umiejscawiały w coraz to innych zakończeniach nerwowych włókien. Nap. jeżeli przedmiotem kilku po sobie następujących wrażen będzie koń, to pierwsze wrażenie nie pozwoli nam odróżnić konia od reszty obwrazu, aż się koń

poruszy. Chcąc znowu przyjąć wrażenie od konia na te same końcowe przyrządy wzrokowego imania, musimy pod pewnym kątem poruszyć gałkę oczną, aby znowu obwraz konia padał tak samo jak i uprzednio. Jeżeli każdorazowe utkwienie całowrazu będzie trwało $\frac{1}{3}$ sekundy, to w ciągu 2-ch minut możemy otrzymać 600 obwrazów, inaczej 600 warstw, których jedyną częścią, stale na te same zakończenia nerwowe przyjmowaną, będzie tylko sam koń. W ten sposób powstają obwrazy osobnych przedmiotów¹⁾. Takowe rzeczy przedstawienie tłumaczy nam anatomicznie, dla czego najlepiej pamiętamy obrysy przedmiotów, i dla czego w kolei czasów przypominając same przedmioty, zupełnie nie myślimy o wszystkich tych okolicznościach, które im każdą razą towarzyszyły. Hipoteza nasza tłumaczy, dla czego tak się mocno wraża w naszą pamięć to, co się często powtarza: powtarzanie jest większą lub mniejszą ilością nakreskowań tegoż samego zakończenia nerwowego włókna, bądź to w przyrządzie zmysłowym, bądź w rdzeniu lub mózgu. Senne widziadła i omamy tłumaczą się téż hipotezą wybuchów: podrażnienia bowiem i nie swoiste dla danego zmysłu nap. grubo mechaniczne mogą tak samo rozkładać materje wybuchowe jak w ośrodkach mózgowych, tak i w zmysłowych końcowych przyrządach nap. w słupkach zrennych pręcików. Uderzenie w skroń i elektonapładnienie czoła lub oka dają nam wrażenia światłowe, a siatkówka rozciśnięta w ciemności daje tak samo odczyn kwaśny jak i siatkówka wystawiona na działanie silnych promieni słonecznych (CHODIN, KÜHNE).

¹⁾ Gdy mieszkańcy Meksyku poraz pierwszy zobaczyli konnych Hiszpanów, sądzili, że jeździec i koń są jedną istotą, aż nie otrzymali obwrazów, w których koń występował osobno.

WOJCIECH OCZKO

SYFILIDOLOG POLSKI XVI WIEKU.¹⁾

Przez

Ernesta Sulimczyka Swieżawskiego i Kazimierza Wendę.

PAMIĘCI ZASŁUŻONEGO WYDAWCY DZIEŁ OCZKA,

D-ra E. KLINKA.

WSTĘP.

Nieodżałowanej pamięci doktor KLINK zasłużył się wielce dziejom medycyny polskiej i powszechniej, wydawszy dzieła sławnego syfilidologa z XVI wieku, OCZKA, które poprzedził wstępem biograficznym, specjalnym i rozprawą pr. A. A. KRYŃSKIEGO treści filologicznej. Niniejszą pracę uważamy za uzupełnienie cennych rozpraw ś. p. wydawcy i jego współpracownika w tych punktach, gdzie brak materiału źródłowego nie pozwolił wyświetlić wszystkich zagadnień, tak w żywocie OCZKA, jak i jego działalności naukowej, następczających się do rozwiązania.

Nie jest to *deminutio capitis* poprzedników, lecz przyłożenie cegiełki własną pracą do gmachu, który tak świetnie oni rozpoczęli. Iść w czyjeś ślady, brać kogoś za wzór własnych usiłowań jest może wymowniejszym hołdem uznania, aniżeli jak najefektowniejsza pochwała słowna. Czyn bowiem wszędzie, a tém bardziej u nas, gdy jest

¹⁾ Praca ta, oznaczona godłem *Viribus unitis*, została nagrodzoną trzecią nagrodą konkursową im. D-ra HELBICHA przez Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu w dniu 25 Października 1887 r.

dobry, wart więcćj aniżeli chęć lub słowo. Ostatniemi piekło się mości, pierwszemi droga życia tu lub w przyszłości dodatnio się ścięle.

Tekst pisano przez Wrzesień 1881 r., i uzupełniono w Grudniu 1886. *Unitis viribus*.

ROZDZIAŁ I.

Oczko w gramatyce.

Rzecz rozpoczynamy od ustalenia formy nazwiska naszego syfilidologa oraz deklinacyi tegoż.

Doktorowie: GĄSIOROWSKI (Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej 1839 T.I. str. 270), OETTINGER (Rys dawnych dziejów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w „Rozprawach i sprawozdaniach z posiedzeń wydziału filologicznego Akademii Umiejętności w Krakowie 1878 roku, T. VI str. 370 § 156) twierdzą, że Oczko pisał się po łacinie *Ocellus*, czemu przeczą wszystkie dokumenty łacińskie, Oczków dotyczące, oraz własne d-ra WOJCIECHA OCZKA podpisy.

Bardzo słusznie dr. KLINK na źródłowych przykładach wywodzi rodzimość nazwiska „Oczków“, cytując kmiecia OCZKA w Kłobi Wielkiej, mieszczanina tegoż nazwiska w Radziejowie, szlachtę Oczków w Tarnawce wielkiej, w lubelskiem. Do tych przykładów możemy dodać Małgorzatę Oczkową, z Kaźmierza, znaną już 1423 r. (Pam. Towarz. lekarsk. Warszaw. 1877 str. 556, rozprawa E. S. SWIEŻAWSKIEGO). Dalej w mieście Lipnie 1425 roku występuje Janusz Oczko ¹⁾. Niedosć na tém. Oczka Jana znajdujemy proboszczem żarnowskim i przełożonym zakonu Bożogrobców w Miechowie ²⁾ 1432 r.

¹⁾ Rzyszczewski. *Codex diplom. Polon.* II str. 404.

²⁾ Maurycy Dzieduszycki. Zbigniew Oleśnicki I, stron. 401 i 107.

W Warszawie, 1545 we wtorek po niedzieli Kwietniój zostaje przyjęty w poczet obywateli miejskich (Starego Miasta) niejaki Franciszek syn Mikołaja Oczka z Wielkiego Rakowa ¹⁾. W 1589 r. znamy Andrzeja Oczka, który t. r. skwitowany z czynszu przez Bernarda Świetlika ²⁾, zamienia grunta na przedmieściu Warszawy, w uliczce Przecznej ³⁾, między domami „Ziburii“ z Jakóbem Kędziorem. Miał on przydomek „Żydek“, z profesyi był rzeźnikiem, był żonaty z Ewą, umarł zaś przed 1602 r.; niewiadomo nam dotąd, czy krewniak, czy tylko imiennik syfilidologa ⁴⁾.

Nie sądzimy jednak, by KLINK słusznie z racyi Oczkowicza, wójta krakowskiego z XVII wieku, i jego synów, uważał tychże za potomków rodziny warszawskiej ⁵⁾ i to gwoili tylko tożsamości nazwiska, a wbrew własnej źródłowej wiedzy o jego rozstrzeleniu topograficzném i społeczném (pomijając już chronologiczne). Książdz KORYTKOWSKI dowodzi przeciwnie ⁶⁾.

Obfitość Oczków polskich, pojawiających się niezależnie od związków genealogicznych, w różnych stronach dawniej Rzplitej, stanowczo obala wywody Janockiego ⁷⁾, i Siarczyńskiego ⁸⁾, którzy go za słowianina, ale nie polaka uznali. Pierwszy czyni go czechem, drugi z Moraw go sprowadza. Poniżej zobaczymy źródłowe dowody, że nasz Oczko jest warszawianinem.

¹⁾ Księga Wójtowska Warsz. 526 r.

²⁾ Księga Radziecka St. Warsz. 10 str. 265.

³⁾ Może ta sama co *platea stricta* na przedmieściu bernardyńskim (t. j. krakowskiem), kędy stał jego dom sprzedany 1589 znanemu powyżej Zyburze za 100 złp. (Ks. Radz. 10 str. 289). Miał sprawę o oblig dla szpitala Ś-go Ducha 1598 (Ks. Radz. 14 str. 381).

⁴⁾ Ks. Radz. 13 str. 355. Ks. 15 str. 295.

⁵⁾ Przedmowa str. XII i XIII.

⁶⁾ Prałaci i kanonicy kat. Gnieźn. III str. 114

⁷⁾ Janocki.

⁸⁾ Siarczyński Obraz wieku panowania Zygm. III r. 1828, II str. 24.

Tak obroniwszy nazwisko od zarzutu cudzoziemczyzny, przystępujemy do wskazania jego deklinacyi w wieku XVI, mogącój nie tylko sprostować fałszywe jego przypadkowanie u ostatnich badaczy, ale téż służyć za autentyczny wzór polskiej deklinacyi wyrazów zakończonych na *o*, za nazwisko służących, jak np. Fredro, Moniuszko, Sanguszko, i t. d.

Czytamy tedy w dokumentach spółczesnych: „przy bytności JMX. Wincentego OCZKA“ ¹⁾, „przeciw panu doktorowi OCZKOWI“, „p. doktorowi OCZKOWI“, „p. Simonowi OCZKOWI“, „OCZKOWI kołodziejowi“ ²⁾, „po OCZKA chodził“ ³⁾, „między panem WOJCIECHEM OCZKIEM doktorem, a między panem Baliczerem OCZKIEM“ ⁴⁾, „po nieboszczyku OCZKU doktorze“ ⁵⁾. Liczba mnoga brzmi: Stanisław i Szymon „OCZKOWIE“ ⁶⁾.

ROZDZIAŁ II.

Oczko w rodzinie.

Najdawniejszym, dotąd odkrytym, członkiem rodziny doktora WOJCIECHA jest „opatrny“ (*providus*) Maciej Oczko, stelmach z powołania. Znajomość tego faktu zawdzięczamy tak M. SOBIESZCZAŃSKIEMU (Encyklop. powsz. Orgelbr. T. 19 str. 703), jak i dr. KLINKOWI (Przymiot str. XIII). Śmierci jego data tylko domyślnie wywniosko-

¹⁾ Ks. Radziecka St. Warsz. 15 str. 243 v.

²⁾ Ks. Radziecka 9 str. 302, Ks. Stołu 293^a v. 1591 w listopadzie, Ks. Radz. 15 str. 243 v. Ks. 22 str. 20 v.

³⁾ Ks. Radziecka 22 str. 20 v.

⁴⁾ Ks. Metryczna 136 str. 174 v. Ks. Wójtowska 573, str. 145 v.

⁵⁾ Ks. Radz. 22 str. 20 v

⁶⁾ Ks. Metr. 144 str. 118 v. z r. 1600. Ks. Radz. 7 str. 372.

wywa się z daty sporów (1518—1520), jaki o spadek prowadzili jego synowie: Jan, Stanisław i ks. Wawrzyniec.

Stanisław, ojciec doktora, z kilku racyj szczegółówiś nas zajmie. Naprzód możemy dopisać imię i nazwisko jego żony, a matki Rosłana, Baltazara, Jadwigi, Wojciecha i Erazma, dotąd nieznane. Mianowicie Piotr Koczan, mieszczanin grojecki (? *civis grodzensis*), a burmistrz brodzki (*proconsulis* Brodzczy) poślubił Netę (Netha) siostrę „opatrznego“ (*providi*) Jana „Klekoth“, już wdowę 1534 roku ¹⁾. Z tego małżeństwa była Zofija „Oczkowa“ i Anna „Koczanowa“. Z aktu samój Zofii Oczkowej sporządzonego w wilię Św. Wojciecha 1534 r. dowiadujemy się, że taż Zofija plenipotentem swym uczyniła swego męża, Stanisława Oczka, a to celem sprzedania części domu, która do niój należała po ś. p. Piotrze „Koczaju“ z Brodnicy, a którą zbywała córce nieboszczyka, Annie ²⁾. Tu widzimy 1), że KOCZAN i KOCZAJ są jedną osobą, a „Brodzczy“ tamtego dokumentu rozwiązuje się przez Brodnicę, co wyjaśnia pochodzenie matki doktora, 2) wskazano wyraźnie jej małżeństwo ze Stanisławem Oczkiem.

Daliej co do Stanisława, musimy zaznaczyć, że z aktów miejskich warszawskich widoczną jest jego prosapija plebejska, wyrażona już w tytule „*providus*“ czyli „opatrny“, co nieraz błędnie ³⁾ dr. KLINK wyjaśnia „pracowity“ (*laboriosus*, tytuł kmiecia). Tymczasem w Cegłowie, stacyi kolei warszawsko-terespolskiej, jak nam donosi Wielebny Ks. Łukasz JANCZAK, prefekt seminarjum nauczycielskiego w Siennicy, o to uproszony, za co niniejszém

¹⁾ Ks. Radz. 2 str. 102 v. 103, nazajutrz po Św. Piotrze ad Cathedram.

²⁾ Ks. Wójtowski. 530.

³⁾ Str. XVII „pracowity“ Baltazar, str. XVIII „uczciwy“ Szymon, str. XXIII „pracowity“ St. Oczko kołodziej (*currifex*) stron. XXXI w. 1 „uczciwa“ Elżbieta (*honest* tyle co *famosa* por. Helcel Starod. Pom. Pr. Pol. II Nr. 3831 i 4015).

dziękujemy, „znajduje się na ścianie zewnętrznej kościoła za wielkim ołtarzem wmurowany pomnik Stanisława Oczka. Pomnik ten jest z piaskowca, wysokości około półtora łokcia, a szerokości nie więcej nad łokieć. Wyobraża on Chrystusa na krzyżu; poniżej z prawej strony klęczy postać mężczyzny, w bogatej odzieży, podbitej futrem, a z lewej strony niewiasta mdlejąca, podtrzymywana przez drugą. Czyby ów mężczyzna klęczący miał wyobrażać Wojciecha Oczka? czy ojca, któremu syn pomnik postawił?—trudno orzec. Możeby to były postacie Najśw. Maryi Panny, Jana Apostoła i Maryi Magdaleny, lubo ubiory na nich zupełnie światowe? Napis na pomniku jest takiój osnowy:“ „Stanislao Ocko viro nobili Łucko districtus Lublinensis oriundo, qui in *juventa vicinia* (?) ¹⁾, potentiorum vi pressus ad popularem statum se demiserat, et tandem ob saevitiem pestis, Varsavia, ubi domicilium devixerat, exulans hujus pagi ad primum lapidem, octogenarius, anno Christi M. D. LXXII mortuus. Albertus Ocko Stephani regis Poloniae, postea Sigismundi III regis medicus, parenti defuncto posuit“.

Co znaczyć ma popolsku: „Stanisławowi Oczkowi, mężowi szlachetnie urodzonemu w Łucku powiecie Lubelskim, który w młodości prześladowany przez możnych do plebejskiego stanu przeszedł, a nakoniec dla srożącój się zarazy morowój z Warszawy, gdzie zamieszkiwał, uchodząc, na pierwszój mili w 80 roku życia w 1572 roku, umarł: Wojciech Oczko, Stefana Króla Polskiego i Zygmunta III-go króla lekarz, ojcu zmarłemu ten pomnik położył“.

Naprzód zwraca tu uwagę *st a n s z l a c h e c k i* (*vir nobilis*) Stanisława, dotąd jako mieszczanina i kołodzieja znanego ²⁾. Związek między temi faktami ustala się

¹⁾ Zdaje się źle odczytane wyrazy.

²⁾ Referent A. G. (Dziennik dla Wszystkich 1885 str. 104) czytał za *juventa vicinia*—*index*. W każdym razie frazes osobliwy.

w ten sposób, że nagrobkowe przeciwności ze strony możnych (*potentiorum vi pressus*) brać trzeba za powód translokacji Stanisława do Warszawy z Łucki ¹⁾. Że w takich razach, gdy szlachcic w mieście osiadał i zubożały chwycił się miejskich zarobków, przechodził *eo ipso* w stan miejski i tracił szlachectwo, mamy na to dowód w dziejach Pawła Biertułtowskiego, renobilitowanego przez Stefana Batorego w 1580, Łukasza Sernego i Krysztofa Ilmanowskiego wróconych do szlachectwa przez tegoż króla w 1581 roku ²⁾. Podobna *deminutio capitis* mogła spotkać Stanisława Oczka, wedle nagrobka, ale w takim razie ciemnym się staje jego stosunek do plebejskiego Macieja Oczka, stelmacha! Jego małżeństwo z Netą plebejką (znaną z aktów warszawskich) mniej jest zagadkowym ze względów hierarchii społecznej i z powodu chronologii.

Wiek XV dosyć zna przykładów małżeństw zawartych między szlachtą a mieszczanami obojga płci. Znały powszechnie spór legitymacyjny dyplomaty z XVI wieku, Erazma Ciołka, biskupa płockiego, sięgający prawie lat Oczka, wiąże się także z pochodzeniem mieszczańskim jego matki ³⁾. Mogłaby tu być więc analogija do naszego Stanisława Oczka, któryby podobnie jak Stanisław Ciołek, z mieszczką się był ożenił, lubo sam był szlachcicem. Obok tego jednak należy pamiętać, że w Wielkiej Tarnawce, po Tomaszu Tarnawieckim 1583 roku, wyliczono w liczbie dziedziców: Wojciecha i Szymona, synów ś. p. szlachetnego Stanisława Oczka ⁴⁾, który to Stanisław

¹⁾ „Łuczka“ w 1531 wieś parafii Bystrzyca woj. pow. lubelskiego. (Pawiński Źródła dziej. XIV 350. W spłsie z 1676 téj wsi niema (tamże str. 11a).

²⁾ Źródła dziejowe Pawiński XI stron. 144; 210. Paprocki i Herby ryc. pol. (ed. Turow.) str. 272.

³⁾ St. Lukas. Erazm Ciołek 1878 str. 3.

⁴⁾ Wyroki lubelskie t. 17 str. 281, 1588 (t. 5 str. 514), Mikołaj, Wojciech, Feliks, Jan Oczkowie, Anna wdowa po Pawło Rudnickim, żona Feliksa Tarnowickiego są dziedzicami Rudnik.

Oczko mógłby być wyżej z nagrobka ceglowskiego znanym Stanisławem. Szlachectwo i pochodzenie z Łucka lubelskiego, ze względu na stanowcze synowskie pokrewieństwo stelmacha Stanisława Oczka z Maciejem stelmachem, plebejem warszawskim, bardzo jest ciemne. Może to jest *pia fraus* przez Oczka doktora, już nobilitowanego, lub podszywającego się pod szlachectwo, wymyślone dla ojca. Dalej trzeba zauważyć, że Stanisław Oczko, stelmach, biednym nie jest, od pierwszej chwili, kiedy go poznajemy, a okoliczności w ogóle, w jakich go widzimy, nie zdają się być zgodnemi z wyrażonemi na nagrobku. Już 1526 roku, z aktu sprzedaży uczynionego przez ostatnich książąt mazowieckich aptekarzowi warszawskiemu Andrzejowi, widać, że z polami książąt na przedmieściu Warszawy graniczył plac Stanisława Oczka, co potwierdza akt Zygmunta I z 1527, właściciela tych pól książęcych, odkąd Mazowsze osierociałe przez Piastów przeszło w ręce tego Jagielona ¹⁾. 1530 roku, na Św. Walenty nabywa Stan. Oczko część gruntu przy „Czegielka“ od Macieja Kopacza ²⁾. Ślub z Zofiją Koczanową niebył też złym interesem, jak wskazuje sprawa 1534 r., dowodząca posiadania nieruchomości miejskiej.

Pozew Stanisława o dług, przez Jana Figurę, rajcę ³⁾, mógłby uchodzić za dowód pogorszenia się interesów, z którym i akcja 1534 r. staćby mogła w związku. Nastąpiła sprzedaż sklepu (*promptuarium*), znajdującego się na ulicy Św. Jerzego, za 12 flor., z jednej strony wrót (*in postico*) domu „Krap“ a z drugiej domu Wojciecha „Czegielki“. Nabywcą sklepu staje się Andrzej „Vierczibiesch“ ⁴⁾.

¹⁾ Ks. Metr. 40 str. 669. Ks. 41 str. 350.

²⁾ Ks. Radz. 2 str. 234.

³⁾ Tamże str. 124.

⁴⁾ Tamże str. 206.

Wszystko to jednak o nędzy Stanisława stelmacha nie świadczy.

Promptuarium sprzedane 1538 r. jest częścią posesyi, oddanej 1555 roku przez Stanisława synowi Balcerowi, a zwaną „Czegielczyńska” ¹⁾, około której 1530 r. już Stanisław się sadowił, przykupując nowe części w czasie pośrednim, jak się domyślać wypada, jeśli chcemy rozsądnie pogodzić należenie „Czegielczyńskiej” 1555 do Oczka, a 1538 do Wojciecha Czegielki. Cesyja 1557 r. sumy 10 kóp groszy, prostym długiem na rzecz tegoż samego Balcera, dokonana przez Stanisława ²⁾, w dalszym ciągu zabiegów o zapewnienie sobie swobody w poślubieniu (1555), i w pożyciu z drugą żoną Anną, nie nosi też znamion finansowego kłopotu.

W 1554 r. Stanisław miał ogród na „Phreta”, jak to wiadać z zakupu ogrodu ³⁾, między ogrodem Stanisławowskim a ogrodem Wacława siedlarza położonego, którego dokonał Baltazar za 100 złp. od Wojciecha Woczal, złotnika (*aurifex*). Zdaje się ze sprawy działowej 1581 r., że ten ogród leżał przy (*penes*) domach „Krąpiowscy” (patrz pod r. 1538 dom „Krąp”) i „Zinazińscy”, ⁴⁾ a w r. 1573, przy takichże działach określono go, jako posesyję leżącą między domami „Krąpiowski” i Grzegorza „Zniga” kowala (*fabri*), z ogrodem za kościołem Św. Jerzego ⁵⁾; gdy zauważymy, że *promptuarium* od ulicy Św. Jerzego, leży między tymże domem „Krąp” a Czegielki, okaże się, że posiadłości Oczków stanowiły, bodaj, czy nie róg Święto-Jerskiej i Freta? Oprócz zaś tego był inny plac Oczków z domem na Frecie, między domami „Krispiński” i „Macziński” (pod r. 1573).

¹⁾ Ks. Radz. 4 str. 502, f. VI ante Mar. Magdal. 1555.

²⁾ Tamże str. 874, f. VI ante S, Thom. ap. 1557.

³⁾ Tamże str. 383. f. IV ante S. Andream.

⁴⁾ Ks. Wojtow. 573 str. 108 v.

⁵⁾ Ks. Radz. 7 str. 372, Sab. ante. Rogat.

Oto są okoliczności, odnoszące się do Stanisława Oczka, dziwnie niezgodne z okolicznościami, wyrażonými w napisie na pomniku, i zdaje się zupełnie zbijające rzekome ojcostwo doktora. Ojcostwo to zdaje się nie znajdować poparcia i w téj okoliczności, że podczas gdy Stanisław Oczko zmarły podczas ucieczki, zmuszony był opuścić Warszawę, Stanisław Oczko, stelmach, ciągle w niej bawi. Są zresztą dowody, że Stanisław Oczko, ojciec Wojciecha, zmarł w Warszawie, ale rzecz dziwna jak raz w roku śmierci swego sobowtóra ceglowskiego.

Drugą osobistością, wybitną w rodzinie Oczków, jest ksiądz Roslan, któremu Dr. KLINK znaczny wpływ przypisywał na edukację naszego syfilidologa.

Co do imienia brzmi ono najwyraźniej Roslan ¹⁾ i odpowiada etymologicznie formie „Rozesłaniec” (por. Rozesłanie Apostołów), mylnie więc dr. KLINK nazwał go Rościsławem.

W 1547 r. w Sobotę po Św. Marcinie rajcy Starój Warszawy obiecali pierwszy wakans w kolegiacie Św. Jana Chrz. w mieście, lub w innym kościele wielebnemu Roslanowi, synowi Stanisława Oczka, bakałarzowi nauk wyzwolonych ²⁾. W roku 1552 znajdujemy go istotnie wikaryjuszem u Św. Jana ³⁾. Z materiałów d-ra KLINKA dowiadujemy się, iż w r. 1560 był penitencyjaryjuszem, zaś

¹⁾ Por. Roslaniec Paprocki, brat autora *Herbów* (str. 173), 1581. *Korona Niesiecki* I str. 63 chełmska katedra pod tytułem SS. Rozesłańców załóż. por. str. 67. Rozesłańców albo Apostołów. Roslan szewc (k. s. R a d z.) 9 str. 260) 1588 nobilis Roslanus Sebastiani filius Wissokieński de Wissokino (K. s. R a d z. 10 str. 176). 1598 Roslau Słoneczewski ławnik przasnyski (K. s. R a d z. 13 str. 341 v). Wilhelm Gąsiorowski w skorowidzu do *Herbów* słusznie to imię od Rozesłańca wywiódł, co popiera się imionami Toussaint (W. W. ŚŚ.) Mercedes (Łaskawa M. B.) Dolores (Bolesna).

²⁾ K. s. R a d z. 3 str. 161.

³⁾ Tamże str. 521.

w 1571 r. poddziekanem warszawskim i proboszczem u Sw. Trójcy.

Tu godzi się sprostować kilka hipotez d-ra KLINKA.

Domysł o rzekomej opiece ks. Rosłana nad przyszłym doktorem wydaje się nieuzasadnionym, skoro ojciec żył do 1572 r., i niemamy żadnych powodów do mniemania, że rodzicielskiej opieki nie pełnił. Również nie zdaje się, by ks. Roslan mógł wpływać na naukę swego brata, Wojciecha, bo jako wikaryjusz ze szkołą nie mógł mieć nic wspólnego, tém więcej, iż wszystko wskazuje, że Wojciech chodził do szkoły u św. Jerzego. Co do reszty rodziny, najlepiej podobno postąpimy, gdy z posiadanego materiału ułożymy rodzaj drzewa genealogicznego, które wyjaśni zawikłany stosunek różnych doktorów OCZKÓW:

Ojciec rodu: MACIEJ OCZKO zm. 1518 najpóźniej ¹⁾.



¹⁾ K s. R a d z. 1 rok 1518—1520.

²⁾ K s. W o j t ó w s k a 573 str 194 wdowa po Stanisławie Oczku: zabezpiecza 800 złp. na części placu między swoim domem a Jakuba stelmacha na Frecie 1581 r.

K s. W ó j t ó w s k a, 536 str. 63 i 82 proces Baltazara i Jadwigi z macochą u ukrycie sum po zgonie ojca; umorzony.

K s. R a d z. 7 str. 1225 zakaz. 1575 sądu na protest stelmachów, prowadzenia rzemiosła męża jego wdowie Annie Oczkowej.

K s. R a d z, 11 str. 36 v. Testament wdowy Anny po Stanisławie Oczku (1594 Sabat ante Lactare).

Po Baltazarze są następujący synowcowie Wojciecha: ks. Wincenty „Ocsko“, kanonik łowicki, doktor arcybiskupa Karnkowskiego, Szymon Oczko (bracia między sobą rodzeni), Jakób rodzony brat Szymona), Stanisław (z Wincentym i Szymonem „*fratres germani*“) ¹⁾.

ROZDZIAŁ III.

Wojciech Oczko w szkole.

Obliczając według lat wieku (z nagrobka), datę jego urodzenia, przez odjęcie pierwszych od roku śmierci (1600—63=1537), lub też wedle aktu z 1552 roku, w którym wraz z Erazmem uznani są za małoletnich, to jest nie mających 15 lat wieku w tym roku (1552—15=1537), zawsze wypada, że lata nauki warszawskiej wypadały dla Wojciecha, przed objęciem wikaryjatu u Św. Jana 1552 roku przez Rosłana, księdza.

Naukę w wieku XVI zaczynano powszechnie w 4, 5, 7 lub 12 roku życia ²⁾ Mamy jednak przykłady na Kochanowskim, Kłodzińskim Macieju ³⁾, że do akademii wstępowano mając 13, 14 lat. Tak Kłodziński skończył nauki trywialne i akademickie w Warszawie, Łowiczu, Krakowie, mając lat 20, z czego 7 odchodzi na naukę akademicką ⁴⁾. W r. 1606 ze szkół kaliskich do Krakowa przyjechał Kwiatkowski w wieku lat 14, Piotr Socha Chome-

¹⁾ Ks. Radz. 15 stron. 243 v., Ks. Metr. 144 stron. 118 v., 120 v., 126 v).

²⁾ Glicznier Er. Książki o wychowaniu dzieci ed. Friedlejna 1876, str. 77—79.

³⁾ Paprocki Herby str. 422.

⁴⁾ Łukaszewicz Historyja szkół III str. 94.

towski, uczeń szkół jezuickich w Lublinie, mając lat 13, zabity 1667 ¹⁾).

Nie inaczej i z Wojciechem. Wszakże nie uczył się w szkole „katedralnej” u Św. Jana, choćby z tej przyczyny że w Warszawie do XVI w. był tylko archidyakoniat a potem kolegiata dyjecezyi poznańskiej. Wątpić również należy, czy uczył się w miejskiej „i” kolegijskiej szkole, ile że dowodu na stopniowanie między szkołami „miejskimi czyli farskimi” (parafigjalnymi) a katedralną (właściwie kolegijską) w zakresie nauki w Warszawie dotąd nie posiadamy. Wprawdzie 1534 r. poznajemy jakiegoś nauczyciela „szkoły warszawskiej” ²⁾, — *dominus Petrus*, atoli choćby to był kierownik szkoły akademickiej, jak później Piotr Skarga ³⁾, to wyższości hierarchicznej nie przesądza, gdyż kolonija akademiicka odznacza się tylko pochodzeniem wykładających w akademii krakowskiej, nie zaś stale wyższym stopniem nauk. Bywa ona nawet elementarną, z jednym nauczycielem i jednoznacznie z kolegijską lub katedralną ⁴⁾).

Przypuszczając w Piotrze nauczyciela szkoły akademickiej w Warszawie, możemy ją nazwać kolegijską, świętojańską, ale i elementarną, a nawet i miejską, gdyż

¹⁾ Niesiecki *K o r o n a* II str. 755, I str. 289 *Gareczyński w Anatomii* 1749, str. 111 § 62, dzieci trzyletnie posyła do szkoły.

²⁾ *K s. R a d z.* 2 str. 103 v. *Dominus Petrus Ludi magister* (czy *Ludi imię?*, czy *ludi magister?*) *scholae varsaviensis*.

³⁾ *Łukaszewicz* III str. 514.

⁴⁾ Por. w Choczcu (str. 427), Jarosławiu kolegijska (str. 429), w Krasnymstawie (str. 460), Kurzelowie (str. 461), we Lwowie (str. 464), Łęczycy (468—9), Piotrkowie (482). Przy sposobności musimy sprostować błąd *Łukaszewicza* (t. III stron. 514), polegający na hipotezie, że szkoła akademiicka w Warszawie po 1756 roku przestała istnieć (lub zesłała do elementarnych). 26 Lipca 1791 (*G a z. n a r o d. i o b c a z t. r.* Nr. 64 str. 258), odbył się popis w „szkołach akademickich warszawskich”, mających wówczas IV i V klasę.

w zakresie nauk wykładowych, nazwy te nie implikują stale różnic hierarchicznych; w nazwie są zależne od miejsca, gdzie się znajdują, oraz od tego, czy proboszcz sam, czy urząd miejski, czyli téż obie władze wpływają na nominację (ale tylko na nią) nauczyciela takiej szkoły.

Obok téj jednak szkoły świętojańskiej, było w Warszawie więcéj szkół parafijalnych w XVI wieku. W metrykach koronnych, na które się nieustannie w ciągu niniejszej pracy powołujemy, mamy księgę stołu Nr. 248 z 1574 r., w której podano trakt, przez wyliczenie kościołów i miast, kędy wieziono zwłoki Zygmunta Augusta z Warszawy do Krakowa. Dla uczczenia konduktu żałobnego, wychodzili rektorzy szkoły (*rector scholae*), czasem śpiewak (*cantor*). Ubocznie więc otrzymujemy wykaz szkół z roku 1574. I oto w saméj Warszawie witają ciało nieboszczyka „od Św. Ducha (*ad S. Spiritum*), od P. Maryi, od Św. Jerzego, od Św. Trójcy“; czyli, oprócz skąd inąd znanéj świętojańskiej, mamy cztery różne szkoły w Warszawie, każda ze swoimrektorem.

Jeśli teraz rozpatrzmy się w położeniu nieruchomości Stanisława Oczka, łatwo zauważymy, że one mieszczą się na „Frecie“, przedmieściu, nie zaś w obrębie Starego-Miasta. Już więc z tego tytułu wypadnie przypuszczać, że kościół Św. Jerzego, nie zaś Św. Jana nastrezczał się ze swoją szkołą mieszkańcom Frety, jako najbliższy zakład naukowy, bo położony w téj saméj parafii. Dodajmy i to, że wedle znanego już aktu z 1573 roku, regulującego sprawy majątkowe między dziećmi i spadkobiercami Stanisława Oczka, posesycja, będąca przedmiotem układów, należała do jurydyki kościoła Św. Jerzego, i dla tego w aktach téj jurydyki cesyja doktora OCZKA (czyli ów akt) została wpisana¹⁾. Zaczém powody lokalne, parafijalne, administracyjne i szkolne, skłaniają

¹⁾ Por. K s. R a d z. 7 str. 372.

nas do twierdzenia, że młody Wojciech uczęszczał do szkoły Ś-to Jerskiéj.

Trudno wnioskować *a priori* o ile szkoła była postępową lub zacofaną przez pozostawanie w ręku duchownych, lub o stanowieniu nauczyciela przez świeckich.

Nauczyciele, jak można wnioskować z dziełka Er. Glicznera, nie bywali świetni. „Nieuk albo prosty żak a pipa“, „lej“, „lada żak albo rybałt“, oto określenia ich naukowe¹⁾, czego dopełnia frazes: „głupi nic nie nauczy, gdy sam nic umieć nie może, jako ono mówią: „świnia świni nauczyć nie może“. Zwłaszcza nauka w miasteczkach, przy bakałarzu, razila Glicznera²⁾.

I faktem jest, że nauczyciel, utrzymujący się z wyszynku gorzałki (*cremati*) i piwa, gwoli czemu, zajeżdżający do kościoła na nabożeństwo, wprzód udawali się do szkoły, nietylko dla ogrzania się... przy piecu³⁾, mógł na nazwę „pipy“, „leja“ i „tnącego gorzałkę“ zasługiwać. Szkoła, będąca zarazem szynkownią i miejscem ogrzania się przyjezdnych, nie musiała świetnie wyglądać!

Zdaje się, że z własnego doświadczenia, Oczko mówi w jednym miejscu⁴⁾: „Człowieka, na poły skamieniałego a zapamiętywającego się z najczulszego, —udziała plugawe i smrodliwe mieszkanie, co więzienie głębokie, karczma smrodliwa, szpitale, albo szkoły ubogie (górkuszców nie wspominając) w Polsce poświadczyć mogą“. W drugim miejscu, mówiąc o dobrych pajęczynach, zaleca młynarską, szpitalną i szkolną⁵⁾. Dwa te szczegóły

¹⁾ Str. 96, 98 i 99.

²⁾ Str. 100. Co do rybałta, warto przypomnieć sobie o nim wiersz Kochowskiego W. z. XVII wieku: O rybałdzie de *Vagantiis*:

*Słusznie się rybałd mistrzem różnych nauk pisze,
Gorzałkę tnie, sieczkę rżnie i dzieci kołysze.*

³⁾ Cod. dipl. Pol. Bartoszewicz III str. 226 Nr. 102 z 1449 Helcel. Star. Pomn. Pr. Pols. II Nr. 3723.

⁴⁾ Przymiot str. 284.

⁵⁾ Tamże str. 407.

przypadają do wyżej skreślonego z innych źródeł, obrazu szkoły ubogięj, której wygląd fizyczny jest odbiciem ducha i umysłu nauczyciela.

Z Glicznera wiemy, że w szkole początkowej nauka języka polskiego i łaciny zasadzała się na pamięciowym nauczaniu wokabuł. Ze znanego Łukaszewicza ¹⁾ dowiadujemy się, że bakałarz *artium*, uczący po szkołach farnych i akademickich, kształcił jeno dzieci w *trivium* t. j. w gramatyce, dyalektyce i retoryce. Z pewnością niczego innego nie uczono w szkołach warszawskich. Jakkolwiek nawet czytamy ²⁾, iż Bartłomiej Kłodziński, urodzony 1551 roku, „z młodych lat bawił się nauką w Warszawie, w Łowiczu, gdzie pod mistrzami dobrymi wziął profekt *in trivialibus* (przed 1571), nie możemy na pewno stąd wniesć nic więcej nadto, że w owęj epoce byli dobrzy nauczyciele. Co do istnienia trivialiów i w Warszawie, czyni wątpliwym wniosek wymienienie Łowicza, jakby wyższego zakładu na drugiem miejscu.

Dodajemy do tego śpiewanie pieśni dla grosza po ulicach, w łaźni ³⁾, w czasie pochodu księdza z wiatykiem, służenie do mszy, a mieć będziemy zakres wiedzy, w tej szkółce pobieranęj przez Oczka.

Jako wspomnienie żakowskich czasów należy uważać pewne zwroty Oczka o muzyce. Tak np. wspomina (str. 82) owych muzyków, co piękną pieśń albo galarde, albo maskarny taniec uczyniwszy, a ludziom się raz z nim pokazawszy, powtórzyć go choć bardzo cudny i t. d. Obejścia się własnego z lutnią dowodzą jęj opisy „a jako na lutni strona pod palcem respondować albo

¹⁾ III str. 165.

²⁾ Paprocki Herby str. 422.

³⁾ We Lwowie. żaki dopuszczone do łaźni miejskiej śpiewały tam *De profundis clamavi Ave Maria stellis* (Łukaszewicz III stron. 465 nota). Porów. przytęm uwagę o wątpliwym wpływie nawet sławnych ludzi na wykład i poziom nauk.

wdzięczno brzmieć nie może, by była lutnia y na sążniu, jeśli tey strony lada co w progu dolega“ (str. 194) lub y nervus iako bardoni na lutni wyciągnęła“ (stron. 378). O zamiłowaniu świadczy zalecanie muzyki przy leczeniu (stron. 114, 264, 253, 522). W liczbie dzieł ludzkich, mających wyższość rozumu ludzkiego nad naturą wskazywać (str. 49), naprzód pomieścił „lutnię, organy“.

Co do zachowania się uczniów w szkole, mimo przestróg i żądań statutów i opinii (jak np. Górnickiego ¹⁾), by nauczyciel oddziaływał na obyczajność pupilów, to sam Oczko ze wspomnień osobistych najlepsze daje świadectwo w następnych słowach: „Pomniemy to w szkołach, kiedy żacy, śpiącym, koperwaseru, albo z bawełny dymu albo lada smrodu wdmuchnąwszy, długo kichać każą“ ²⁾.

Rys to równie ciekawy, jak inny zanotowany ubocznie przez Orzechowskiego w *Dyalogu* (1562), że „żacy w szkołach na Św. Gawęł miewają... króla“ przez się obieranego ³⁾, którego strój szczególnie wzmiankuje Paszkowski w tłumaczeniu Gwagnina: „Przystójny jak król żaków w dzień Św. Gawła upstrzony“. Syreniusz w *Zielniku* wspomina, iż żakowie w dzień Św. Gawła opuszczają na siebie koguty do boju ⁴⁾.

Do wspomnień szkolnych Oczka można jeszcze zaliczyć uwagę, ganiącą, iż w Jaworowskich cieplicach ⁵⁾, po godzin sto i półtorasta siedzą ciągiem, aby odsiedzieć kąpiel co najrychlej „jakoby owe dzieci, kiedy gruszki o zakład zjadają, które prędzej, aby wygrawało“.

Czy uwagi d-ra KLINKA o wpływie metod używanych w szkołach dysydenckich na metodę szko-

¹⁾ Dworzaniń ed. Turowski str. 246.

²⁾ Przymiot str. 201.

³⁾ Dyalog ed. Turowski str. 15.

⁴⁾ LINDE s. v. Gawęł.

⁵⁾ Przymiot str. 320.

ły, gdzie się uczył nasz Oczko (Przymiot str. XX—I) są słuszne, nie mamy żadnych na to dowodów faktycznych w jego pracy. Domysł nawet ten *a priori* może być po części zanegowanym z tych samych źródeł, które cytuje dr. KLINK, lub też z innych wskazówek źródłowych.

Naprzód Mazowsze jest ultra-prawowierne z urzędu i edykt ostatniego z jego książąt, Janusza, w 1525, który „szczególniej w Warszawie“ zakazał mieć, czytać albo wykładać... pod karą śmierci i konfiskaty mienia, najlepiej świadczy o niemożności: 1) istnienia szkół dysydenckich w Warszawie, 2) ich wpływu na szkoły parafijalne katolickie tamże. Przytém i Łukaszewicz zaznacza wyraźnie, że szkołom dysydenckim chodziło nie o naukę lecz o wyznanie, w czém szkoły katolickie, jak widać z poleceń synodu piotrkowskiego z 1542 r. konkurowały ¹⁾. Zupełnie też brak dowodów, by zalecenia HERBERTA, dotyczące reformy wykładów w szkole krakowskiej u P. Maryi (z r. 1559) weszły w życie bądź w tej szkole, bądź we Lwowie, kędy lat blisko trzy uczył w szkole miejscowej ²⁾. Błędnym jest również wniosek d-ra KLINKA o różnicy między duchem postępowym szkół w Warszawie i zacofanym Akademii. Ustawy synodalne (np. z 1513, 1542, 1561), domagające się to *magistros in artibus*, to przynajmniej *baccalaureos*, gdzie środków finansowych nie starczy przy szkołach metropolitalnych, katedralnych i kolegijskich, lub uposażenia lepszego i surowszego dozoru ze strony zwierzchników duchownych ³⁾, w istocie oddziaływały na szkoły warszawskie w dobie, kiedy Oczko mógł z nich korzystać (pomijając już okoliczność, że do akademickiej, kolegijskiej nie chodził). Widzimy bowiem, że 1534 w którejś ze szkół warszawskich *ludimagistrem* jest nie magister i nie *baccalaureus*, lecz jakiś

¹⁾ Histor. szkół. I str. 72, 70.

²⁾ Tamże str. 69 w 3, III str. 465 nota.

³⁾ Ks. Bukowiecki Dzieje Reformacji I str. 402—3 nota.

prosty *dominus*, czyli „ksiądz“ Piotr, zaś Skarga już jako bakałarz *artium* uczył w szkole kolegijackiej przez dwa lata, od roku 1555, jeszcze nie będąc duchownym. I Oczko także, jako wychowaniec akademicki był *magister Scholae* kolegijackiej między 1562 a 1565 (dr. KLINK str. XXIII — XXV). Jeśli jednak zważymy stan Akademii, kiedy tylko profesorów wysyłała do Warszawy, kiedy z ich nauki mógł korzystać Oczko tamże, i porównamy epokę Akademii, w której już Oczko był w Krakowie, to żadną miarą nie będziemy mogli zgodzić się na sąd d-ra KLINKA (str. XXI), przyznający pierwszej dobie świetny rozwój, a drugiej chylenie się do upadku lub też stan bardzo smutny (stron. XXII).

Tu tylko słówko powiemy o stanie Akademii za czasów kształcenia się Oczka.

ROZDZIAŁ IV.

Oczko w Krakowie.

Wspomniany rówieśnik Oczka, Skarga „miło wspomina“ (w żywocie Św. Jana Kantego) na te, które pamięć zaszcza i których ćwiczenia i towarzystwa z uciechą zażywał: na one:

Benedykty Kośminy (wychowaniec Kmity † 1359, klasyk biegły, autor epitalamiku na ślub Jadwigi ZygmuntoŹny 1535, profesor akademi 1548).

Szadki (Mikołaj Prokopowicz, astronom i rektor, przeciwnik Sztankara † 1564).

Leopolity (znany Jan Nicz, syn Kacpra, poprawiacz przekładu biblii 1561).

Sylwiusze (z Czarnolasu, profesor filozofii w klasztorze Sieciechowskim, senior *collegii minoris* w Krakowie, wedle ks. Gackiego nauczyciel Jana Kochanowskiego).

Pilzny (GLICKI MARCIN, ur. 1528 † 1591, doktor teologii, profesor i rektor wieloletni, głośny przeciwnik oddania Akademii Jezuitom).

Herbersty (urodz. 1531 † 1593 wychowanek Baszyla, filolog głośny ze sporu z Górskim, pedagog).

Dodajmy samego Skargę 1554, ukończył Akademię w 1555 r., rektora szkoły parafijalnej przy kol. Ś-go Jana w Warszawie i Grzebskiego z pod Mławy, autora pierwszej geometrii po polsku napisanej (ur. 1526 † 1572), obu ciągnionych przez Jezuitów do swego zakonu, jako ludzi uczonych ¹⁾, a będziemy mieli suty poczet słuchaczy niepowszednich, wychowanych w dobie Akademii, gdy do niej zapisał się Oczko 1559 lub 1560 roku.

Co do profesorów, to epokę tę reprezentują: Michał z Wrocławia, Jan z Głogowa, Grzegorz z Szamotół, Stanisław z Łowicza, Maciej z Miechowa, Michał z Bystrzykowa.

Następujące fakty uzupełniają dodatnio charakterystykę téjże saméj doby istnienia Akademii. W téj mierze, zasłaniamy się zdaniem doktora medycyny i historyka wydziału lekarskiego téjże Akademii, d-ra OETTINGERA. W r. 1527 poraz pierwszy, w téjże Akademii krakowskiej, trzech jój wychowawców doktoryzuje się z wydziału lekarskiego ²⁾. W roku 1536 uchwalono w Akademii przyjąć wykład nauk lekarskich wedle systemu Bononii i innych najslawniejszych uniwersytetów ³⁾, co wskazuje, że Włochy pod tym względem w owéj epoce, ze względu na stopień nauki, nie mogły stać wyżej od Krakowa. Nadto zalecono przy bakałarzowaniu się używać na poparcie swych wniosków nowéj kategorii powag t. j. filozoficznych, nie zaś

¹⁾ Popis publiczny uczniów na Zoliborzu 1829. str. 35 w 53 i Posiedz. publicz. Uniw. Warsz. 1822 str. 8 v. e.

²⁾ Rys dawnych dziejów. wyd. lek. Uniwer. Jagiel. Rozpr. i spraw. Ak. Um. z pos. wyd. filol. 1878, t. VI str. 291.

³⁾ Dr. OETTINGER str. 294. Łukaszewicz III str. 114.

teologicznych, jak to dotąd bywało ¹⁾, co świecki kierunek ducha określa. W ustawie zaś z 1548 oświadczono konieczność stosowania się do wymagań czasu, (*quod praesentia tempora postularent*), wychodząc z zasady, że co ludzie wymyśleli, tak długo godzi się to utrzymywać, pokąd lud (*populus* t. j. mieszczanie) na to się zgadza i tego nie potępia ²⁾. To też zgodnie z powyższą uchwałą, w 1562 STANISŁAW ZAWADZKI, na wzór uniwersytetów włoskich, bez uprzedniej cenzury kanclerza uniwersytetu i dziekana wydziału, ogłosił drukiem swe tezy lekarskie, a w nich ku straszmemu oburzeniu dziekana Feliksa Syeprskiego Łazarowicza zbija medyczną wartość astrologii, alchemii, pereł, klejnotów, amuletów, zażegnywań, i dowodzi, że o tém ani Galenowi, ani Hipokratesowi się nie marzyło ³⁾. Poglądy nowatora podzielił ku swój chwale wydział, wyparłszy się solidarności z tezami swego dziekana, na uroczystém posiedzeniu 1564 r. Dalszy zaś dowód postępowości złożył wydział, przyjmując za swego członka tego, któremu 1557 roku, gdy wyjeżdżał do Włoch, zapowiedział wyłączenie ze swego łona, jeśliby był... religijnym heretykiem ⁴⁾. W r. 1567 wymieniają go akta uniwersyteckie jako profesora zwyczaj. medycyny i podkanclerzego (do 1591), rektora 1581, 1588, dziekana swego wydziału w 1582. Urządził on i otworzył szkołę gimnazjalną 1588 pośrednią między elementarnemi a wszechnicą, jakiej dotąd nie było. Król Zygmunt August miał zaś tyle zasługi, że go 1572 za jego postępowość uszlacheił. Uczył do 1593 r.

Fakt ten należy połączyć z zasługami ⁵⁾ STRUSIA († 1568) i ZIMMERMANA († 1543), że przez tłumaczenie

¹⁾ Dr. OETINGER str. 284.

²⁾ Tamże str. 284 § 96.

³⁾ Tamże str. 286 nast. § 98, str. 309 nast. § 111—113.

⁴⁾ Tamże str. 366 nast. § 154.

⁵⁾ Tamże str. 347—354 §§ 141—145.

u nas greckiego, czystego tekstu Gallena na łacinę, przyczynili się do odrodzenia nauk w XVI wieku.

Zapoznavanie się (mówi dr. OETTINGER stron. 279) z rodzimými dziełami Hipokratesa i Galena rozbudza ducha badawczego; nauka lekarska zrzuca więzy zakamieniałego w scholastycznych igraszkach dogmatyzmu, a zwracając się do samodzielnego śledzenia zjawisk ustroju ludzkiego, wiekopomnými wzbogaca się odkryciami, będącými źródłem coraz bujniejszego i pełniejszego rozwoju. VESAL stwarzając anatomiją, odnawia jęj podstawę zmysłową, doświadczalną, kiedy Paracels w przestarzałą, dogmatyczną jęj skorupę uderza“.

Przełom podobny u nas medycyna w sprawie dogmatyzmu i postępu zawdzięcza tłumaczom owym i ZAWADZKIEMU, godnym uznania, choćby za to, że postawili zasadę krytyki, zasadę nowości i postępu. Dodać wypada, że poprzednikiem ZAWADZKIEGO, a nawet oponentem, był WOJCIECH OMAN albo BAZA z Poznania († 1563), posiadacz Galena „nowego wydania“ (STRUSIA?), AWICENY i gość 1527... PARACELSA, zwiastuna nowęj doby medycznęj, któręj jaką taką zorzą mógł być sam OMAN w Krakowie ¹⁾. Godziłoby się w liczbie śmiałych umysłów tęg doby pomieścić i doktora, matematyka i astrologa zarazem, JANA LATOSA, który 1584 był pierwszym profesorem na jednęj z d w u n o w y c h (z 4) katedr medycyny na uniwersytecie krakowskim, założonych przez Piotra z Poznania w 1569 i 1581 ²⁾. Pierwszy stopień zyskał 1563 roku i jedyny, na podstawie naukowej, krytykował niedostateczność reformy kalendarza Gregoryjańskiego, za co... 1602 r. wyparł go się uniwersytet, trwożliwy o swą... ortodoksyjność!

Jak dalece wreszcie duch nowy wiał we wszechnicy krakowskięj, świadczy wykład hebrajszczyzny przez Stau-

¹⁾ Dr. OETTINGER str. 335 nast. § 132—133.

²⁾ Tamże str. 304 § 109 por. str. 373 § 158.

kera i edykt Stefana Batorego z 1579, nakazujący do niej przyjmować bez różnicy stanu, zawodu lub wiary ¹⁾ Wyżej zrobiliśmy wzmiankę o powiększeniu liczby katedr lekarskich do czterech (między 1569 a 1581), co, jak zauważa Dr. OETTINGER, jest rzadkością, ile że „większa część innych uniwersytetów miewała na wydziale lekarskim po d w u tylko, niektóre nawet po j e d n y m profesorze“. Na wiedeńskim zaś od 1542 do 1560 w liczbie t r z e c h, wykładał słuchacz uniwersytetu krakowskiego: FRANCISZEK EMRICH z Opawy ²⁾.

Co do przykładów emigracji, to wiemy tylko o Noskowskim z 1512, który nie mógł się wkupić dla braku 20 złp., gdy drugi Mikołaj syn Wojciecha z Wieliczki 1513 doznał w tym względzie ulgi ³⁾. Wykładów STRUSIA w Padwie ⁴⁾, do kategorii skutków z przymusowych emigracji nie mamy prawa zaliczać. Wyjazd zresztą po naukę do Włoch musimy bardzo ostrożnie brać za normę upadku wszechnicy krakowskiej lub wysokości umysłów stamtąd po owęj nauce powracających. Współcześni o wychowawcu Włoch, Kosmidrze 1500 — 1513 mówili, że *ex Italia asinum rediisse* ⁵⁾, a smutnej pamięci oponent ZAWADZKIEGO SYEPRSKI, także był we Włoszech, słuchał FALLOPIEGO wraz z ZAWADZKIM ⁶⁾, KOLUMBA, czytał dzieła głośnego wynalazcy nauki o pulsie STRUSIA. Był... słuchał... i wrócił z Włoch... zaco-fańcem ⁷⁾.

W takich zatém warunkach, jeśli Akademia krakowska wydawała księży i nauczycieli jak np. Skarga i Oczko dla Warszawy, o u p a d e k j ą pomawiać niemożna, ow-

¹⁾ Dr. OETTINGER, str. 288 § 93.

²⁾ Tamże str. 306 § 110.

³⁾ Tamże str. 322, § 119 str. 329, § 127.

⁴⁾ Tamże str. 347 § 142.

⁵⁾ Tamże str. 321 § 116.

⁶⁾ Tamże str. 321 § 116.

⁷⁾ Tamże str. 362 nast. § 151.

szem kiedy Oczko przybył do Krakowa tchnienie ożywcze nowych prądów, energija własnej pracy i doświadczeń w przeciwieństwie do ślepej wiary w tradycję, byleby była tradycją—panowały we wszechnicy Jagiellońskiej, choć chwilowo nawracającej do pięknych ideałów doby Kaźmierza Wielkiego, do doby włoskiej autonomii świeckiej. Na prośby ojca opatrzного (*providi*) Stanisława Oczka, opatrznemu Wojciechowi (*discreto*), pilnemu około uniwersytetu (*circa universitatem crac. studioso*), przesyłają księża (*domini*) z pieniędzy kapitulnych pięć złotych na Święty Michał 1562 r.

W tym samym roku został bakałarzem nauk wyzwolonych, zapewne na ten cel (*ad promotionem*) udzielonego sobie zasiłku używszy.

Kiedy przybył na nauki, można tylko z téj daty wnioskować wstecz.

Przedewszystkiém zastanawia, w porównaniu ze znacznemi datami edukacyi innych uczonych, spóźniona promocyja Oczka, przypadająca na (1512—1537) dwudziesty piąty rok jego życia. Brak jednak danych na wytłomaczenie téj zagadki.

Powtóre, zastanawia blizki stosunek starego Oczka do kapituły, może wynikły z wikaryjatu ks. Rosłana, najstarszego syna, ale chyba i wzmocniony jakiemiś osobistemi zasługami kołodzieja Stanisława, które jego zabiegi o pomoc finansową uczyniły ważnemi i skutecznemi.

Po trzecie, zastanawia potrzeba uciekania się do téj pomocy, gdy wszystko zdaje się okazywać, że Stanisław był zamożnym mieszczaninem i rzemieślnikiem dwucechowym, więc korzystniój, niż inni pracującym. Jakkolwiek bądź, gdy Oczko przyjechał do Krakowa, na wydziale *artistarum*, na którym się bakałarzował, od 1506 (powt. 1536?) dzieła Perotta zastępują Donata, Franc. Nigra i Erazma z Roterdanu w zakresie gramatyki i sztuki pisanja listów, w czém téż uzupełnia Perrota retoryka Cyce-rona. Za cztery traktaty Piotra Hiszpana wstawiono

dydaktykę Cezaryjusza ¹⁾ W r. 1548 zawieszono „ćwiczenia“ z powodu zmniejszonego ich szacunku w opinii ludzi, zalecając natomiast dokładny wykład przedmiotów, aby „wątpliwości usunęły się, sprzeczności pogodziły, zdania porównywały, ukryte rzeczy wykryły się, ciemne wyjaśniły się, zawikłane rozwikłały się i w ogóle tak mają działać, tworzyć, wykładać, by prawda na jaw wyszła a korzyść uczniom urosła“ ²⁾. W r. 1555 ³⁾, dla bakałarza wskazano: gramatykę Perrota lub Linahra, lub Wojciecha ze Szczecbrzerzyna, składnia Despantera lub *elegantiae* Wawrzyńca Valli (koryfeusza humanizmu), dydaktykę Cezaryjusza, potem szedł cały Arystoteles, filozofia Wielkiego Alberta, retoryka ad Herennium.

Był to pewno i zasób wiedzy Oczka, wyniesiony z Akademii krakowskiej. Zdaje się jednakże, że i wyższe stopnie naukowe otrzymał dr. WOJCIECH w Krakowie a nie zagranicą. Wyjazd jego do Włoch jest udowodniony przez dwie uchwały kapituły warszawskiej. Pierwsza z dnia 8 Maja 1565 r. udziela „WOJCIECHOWI OCZKO, mistrzowi szkoły idącemu na nauki do Włoch talarów dziesięć“. Druga uchwała z 12-go Czerwca tego samego roku daje temuż Oczkowi, idącemu do Włoch na nauki, (jak tekst łaciński, dosłowny z poprzednim, jednakowo opiewa), a tytułowemu już nie *magister scholae*, lecz *magister artium*.

Jeden i ten sam rok, oraz jeden i ten sam frazes *eunti pro studio ad Italiam* okazuje, że dr. KLINK, uwiedziony własną omyłką dat (1568 za 1565), ostatnią uchwałę z 12 Czerwca 1565 odniósł do czasu pobytu OCZKA we Włoszech (str. XXVI) i stąd mylnie wywnioskował że Wojciech w połowie 1568 jest magistrem nauk wyzwolonych, prawdopodobnie w jednej z akademij włoskich; „nie mamy bowiem, powiada autor, najmniejszego dowodu na to, aby

¹⁾ Łukaszewicz III str. 219.

²⁾ Tamże III str. 221.

³⁾ Tamże str. 225.

stopień magistra otrzymał w akademii krakowskiej (str. XXVII).

Owszem frazes *pro studio ad Italiam eunti* łączy obie uchwały niewątpliwie z rokiem 1565. Różnicę frazeologii w sposobie tytułowania OCZKA: *magister scholae* i *magister artium*, objaśnić łatwo w ten sposób, że w Maju, kiedy nosi pierwszy tytuł może był jeszcze bakałarzem od 1562 roku, (ile że trzeba było upływu czterech semestrów do ubiegania się o wyższy stopień, po otrzymaniu pierwszego); w Czerwcu zaś już mógł się być wymagistrować w Krakowie, zapłaciwszy dwa dukaty za niesłuchanie kursów. Zważywszy jednak, że zwykle egzamin magistrowski odbywał się po nowym roku, nie zaś jak bakalarski cztery razy do roku być może, że tytuł majowy jest owocem trafu, i nie orzeka nic przeciw: a) posiadaniu już tytułu magistra, b) jak téż tytuł mistrza szkoły w Maju 1565 nic nie decyduje o dalszém kształceniu się OCZKA, po uzyskaniu stopnia bakałarza w 1562 w Krakowie, przez następne dwa lata, tak, że 1564 r. posiadałby już krakowski t y t u ł m a g i s t r a s z t u k, z k t ó r y m b y o b j ą ł szkołę kolegijacką i prowadził ją tylko rok jeden. Fakt, że w Czerwcu 1565 roku, udając się do Włoch, jest mistrzem sztuk, w każdym razie jest niewątpliwy. Należy wreszcie zauważyć, że 10 talarów w Maju, ma być danych nie inaczej, tylko wtedy, kiedy się OCZKO uda w drogę (*dum et quando in viam conferret et non alio modo dare*). W Czerwcu zaś 10 dukatów otrzymuje, istotnie wyjeżdżając, bo owego zastrzeżenia niema. Taka wyraźna stylizacja obu dokumentów prostuje hipotezę d-ra KLINKA.

Powołanie do stanu lekarskiego nie musiało się objawić w OCZKU od początku, skoro magistrował się w kolegium *artistarum*, nie myśląc nawet o uczęszczaniu na medycynę. Wyjechał do Włoch, jako filozof, i tam dopiero prawdopodobnie rozgorzał ochotą do medycyny.

(dok. nast.)

C Z Y N N O Ś C I

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA R O K 1889.

Posiedzenie doroczne wyborcze dnia 8 Stycznia 1889 r.

PREZES: Brodowski.

I. Protokół z posiedzenia administracyjnego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Od p. Jenerał-Gubernatora zapytanie, czy żądana przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych zmiana § 12 w projektowanej ustawie kasy pomocy dla lekarzów, była dyskutowaną na posiedzeniu Towarzystwa. Prezes komunikuje, że zmiana ta została zredagowaną przez Zarząd Towarzystwa i projektuje sprawę tę poruszyć i przedyskutować na mającém się w krótkce odbyć posiedzeniu administracyjném dodatkowém, na co obecni na posiedzeniu członkowie zgadzają się.

b) Podanie na członka czynnego Towarzystwa od d-ra SZUMLAŃSKIEGO WITOLDA z Warszawy, wraz z ogłoszonemi przez tegoż pracami. Popierają kandydaturę Vice-prezes PRZEWOSKI i koledzy KAMOCKI i SOKOŁOWSKI; sprawozdawca kol. STRZESZEWSKI.

III. Nastąpiły wybory urzędników Towarzystwa na rok 1889. Większością głosów wybrani zostali ponownie następujący koledzy:

Prezesem prof. BRODOWSKI WŁODZIMIERZ.

Vice-prezesem dr. PRZEWOSKI EDWARD.

Sekretarzem dorocznym dr. JAKOWSKI MARYJAN.

IV. Następnie dokonano wyboru bibliotekarza młodszego, na miejsce ustępującego kol. KAMOCKIEGO wybranym został kol. PUŁAWSKI ANTONI.

V. Przed wyborami do różnych komitetów Prezes BRODOWSKI zapytuje, na jakiej zasadzie wybór taki bywa obecnie dokonywany, skoro nie o tym niema w obowiązującym Towarzystwo regulaminie z roku 1879. Kol. GEPNER nadmienia na to, że wybór taki praktykuje się od lat kilku i że rzecz ta przeszła przez decyzję posiedzenia administracyjnego w jednym z lat ubiegłych, do regulaminu jednak wciągnięta być nie mogła, gdyż tenże od roku 1879 nie został na nowo ułożony, jakkolwiek nieraz miało to być dokonaniem.

Na wniosek kol. ROGOWICZA, wyznaczono komitet, mający się zająć zebraniem w jedną całość wszelkich postanowień, obowiązujących Towarzystwo a zapadłych po wydrukowaniu ostatniego regulaminu w roku 1879. Na propozycję Prezesa do komitetu tego weszli kol. KONDRATOWICZ, JAWDYŃSKI i DOBRSKI, oprócz tego z urzędu Vice-prezes PRZEWOSKI.

Następnie do komitetu gospodarczego wybrano ponownie kol. GEPNERA i ROGOWICZA.

Do komitetu redakcyjnego Pamiętnika ponownie wybrano kol. DUNINA i JASIŃSKIEGO.

Do komitetu higieny publicznej w miejsce ustępującego kol. Z. KRAMSZTYKA wybrano kol. BUJWIDA.

Do komitetu, mającego się zająć regulacją funduszu z ofiar od b. studentów z roku 1873/4 wybrano kol. CHROSTOWSKIEGO, PAWIŃSKIEGO, MEJERSONA, KRAMSZTYKA JULJANA, BRAUNA, JAWDYŃSKIEGO i PRZEWOSKIEGO.

Do komitetu kasy wsparcia ponownie wybrani: z grona Towarzystwa GEPNER, ROGOWICZ i SOKOŁOWSKI oraz kol. LASOCKI i WOLF z grona lekarzy, nienależących do Towarzystwa.

VI. Nastąpiły wybory na członków Towarzystwa; większością głosów wybrani zostali:

Członkami czynnymi kol. KRYSIŃSKI STANISŁAW, KIJEWSKI FRANCISZEK i KOLIŃSKI.

Członkiem korespondentem kol. KLIKOWICZ STANISŁAW z Petersburga.

VII. W końcu posiedzenia na wniosek kol. NATANSONA, aby Towarzystwo zgodziło się na przesłanie p. Prezydentowi miasta referatu komitetu higieny publicznej, zaznaczającego ważność dla stosunków zdrowotnych miasta budującej się kanalizacji i żądającego nieprzerwywania téjże budowy, o czém p. Prezydent wspomniał w liście swym drukowanym w jednym z pism codziennych. Kol. DOBRZYCKI odczytał tenże referat.

Po ożywionej dyskusji, w której przyjęli udział prezes BRODOWSKI i koledzy NATANSON, DOBRZYCKI, NUSBAUM, KONDRATOWICZ, KRAMSZTYK ZYGMUNT i POLAK, Towarzystwo nie zgodziło się na przesłanie p. Prezydentowi tego referatu, lecz postanowiło natomiast referat ten, jako wyraz opinii Towarzystwa w ważnej dla miasta sprawie.

wie kanalizacyi, wydrukować w najbliższych numerach pism lekarskich tutejszych i w czasopiśmie Zdrowie.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz doroczny, *M Jakowski*.

Posiedzenie kliniczne dnia 15 Stycznia 1889 roku.

PREZES: Brodowski.

I. Protokół z posiedzenia wyborczego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Odezwe od Warszawskiego Komitetu Wystawy Paryzkiej, którą postanowiono odesłać do Zarządu Towarzystwa.

b) Od kol. OBTUŁOWICZA odbitki p. t. „Kilka uwag o epidemijach duru plamistego“, „Wypadnięcie wielkiej pętli jelita cienkiego“, „Kilka uwag w sprawie szczepienia ospy za pomocą krowianki“ i „Kilka uwag o zapaleniu różycowem połyku“.

c) Od kol. MISIEWICZA „Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym“.

d) Protokoły z posiedzeń Tow. lek. Kazańskich Nr. 20 i 21 (1888) i Pskowskich Nr. 8, 9 i 10 (1888).

e) „Ob ospopriwianii“.

III. Prezes wita obecnych poraz pierwszy na posiedzeniu, nowowybranych członków czynnych Towarzystwa kol. KRYSIŃSKIEGO, KIJEWSKIEGO i KOLIŃSKIEGO i wręczając im dyplomy, zaprasza do czynnego udziału w pracach Towarzystwa.

IV. Kol. BORSUK (gość) przedstawił chorą z oddziału D-ra MATLAKOWSKIEGO, u której z powodu ogromnego owrzodzenia na goleni było wykonane przyszczerpienie płatów skórnych sposobem THIERSCH'a. Przytém kolega BORSUK zaznaczył, że podczas operacyi i później przy opatrunkach nie trzymano się ściśle przepisów, zalecanych przez THIERSCH'a, mianowicie nigdzie nie użyto roztworu soli kuchennej, a tylko jak zwykle roztwór kwasu karbolowego (2%) i sublimatu (1:1000). Mimo to jednak rezultat operacyj ze wszecch miar był zadawalniający. Nakoniec sama technika operacyjna tém się różniła od używanej przez THIERSCH'a, że ścinano płaty nożem amputacyjnym, starając się, żeby płąt ścięty pozostał na swém pierwotném miejscu; zaraz potém przykrywano go kawałkiem silku, do którego przylegał ściśle ścięty płąt, a wówczas łatwém było je oba przenieść na miejsce przeznaczenia. Nakoniec przytrzymując zgłębnikiem brzeg przeniesionego płatu do rany, po wyciętym wrzodzie, łatwo można było powoli ześlizgując, silk usunąć. Tym sposobem unikano zawijania się płatu, a szczególnie brzegów jego.

V. Kol. STANKIEWICZ mówił o leczeniu zwężenia cewki moczowej i operacyjnym ich leczeniu a następnie przytoczył szczegółowo 3 spostrzeżenia.

1. Urzędnik, lat 72, przed laty 6 miał robioną *Urethrotomiam internam*, później skutkiem zaniedbania zwężenie wróciło, utworzył się ropień urynowy w kroczu i z niego 4 przetoki w różne okolice. *Urethrotomia externa*, cewnik kauczukowy *à demeure*. Z powodu modzelowatego zniszczenia cewki na przestrzeni 2 ctm. dla zakrycia rany zrobił operację plastyczną, po której pozostał bardzo mały otworek w kroczu. Kateter był trzymany w pęcherzu przez 4 miesiące bez wywołania jakichkolwiek objawów szkodliwych. Pacjent po wyjściu ze szpitala przeszedł *Cystitis* skutkiem nieumiejętnego kateteryzowania się, ale obecnie jest zdrow i przeprowadza sobie kateter cienki.

2. Lekarz, lat 86, wskutek zadawnionego zwężenia, dostał ropnia moczowego w kroczu, z objawami gangreny, i gorączki bardzo silnej z upadkiem ogólnym. Cięcie głębokie w kroczu, wskutek czego gorączka ustała i rozpad ograniczył się. Po 2 miesiącach *urethrotomia interna* i cewnik przez miesiąc w pęcherzu. Po upływie tego czasu wyzdrowienie zupełne.

3. Owczarz, lat 39, po zwężeniu cewki trwającym od lat 13, porobiły się przetoki po bokach prącia w przedniej jego części, a cały napletek i tkanka łączna skutkiem przewlekłego nacieku moczowego utworzyły rodzaj guza wielkości małego jabłka, twardości chrząstkowatej, zasłaniającego zupełnie z przodu żołądź. Po przecięciu guza z przodu i odkryciu żołądźki znaleziono zwężenie na 3 ctm. od ujścia, przecięto je sposobem MARSONNENVE'a, ale skutkiem twardych i niepodatnych ścian nie można było przeprowadzić żadnego cewnika do pęcherza. W nocy objawy silnej gorączki z upadkiem sił i nacieczenia moczowego w mosznie i pachwinie. Cięcie całej moszny i *urethrotomia externa* z przodu worka mosznowego. Cewnik do pęcherza. Gorączka spadła i objawy zgorzeli wstrzymane. Po paru tygodniach przeprowadzenie cewnika przez zwężenie od tyłu i zupełne zagojenie rany w ciągu 6 tygodni. Wycięcie guza, który był przerostem włóknistym, niesłychanie twardym, napletka i tkanki łącznej. Wyleczenie zupełne w ciągu 3 miesięcy.

Kol. St. następnie przytoczył niektóre uwagi co do cięcia cewki zewnętrznego i przypadki *resectionis urethrae* i zeszycia tejże przy modzelowatych zwężeniach.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że trudno jest zgodzić się, aby operacja *urethrotomia interna* mogła być uważaną za operację radykalną; w wielu krajach stosują tylko *urethr. externa*, jakkolwiek co prawda i w jednej i w drugiej są jednakie szanse co do powrotu zwężenia; wycięcie kawałka cewki z nałożeniem szwu, trzeba uważać za radykalniejszy rękoczyn.

Kol. STANKIEWICZ odpowiada, że trzeba przyznać słuszność, iż obie *urethrotomiae* zasługują na nazwę operacyj względnie radykalnych, co zaś do oceniania ogólnego dobrych wyników *urethr. internae*, to musi być ono nie wszędzie jednostajnem, choćby z tego względu, że operacja ta nie wszędzie jest dokonywana.

Kol. TRZCIŃSKI nadmienia, że nie zawsze przy modelowatych zwężeniach cewki da się dokonać wycięcie kawałka cewki i założenie szwu, jak go poucza właśnie przypadek obserwowany obecnie, gdzie zwężenie modelowate obejmuje cewkę *in toto* na dużej przestrzeni od dołka łódkowatego; zdaniem jego pozostaje tu tylko do zrobienia albo rozszerzanie kanału, albo też *urethrothomia interna*.

VI. Następnie kol. STANKIEWICZ demonstrował 2 torbiele wydobyte z więzów szerokich jednej kobiety. Torbiel lewa skórzasta (*Cystis dermoidalis*) miała 2 litry zawartości gęstej, szaro-żółtawej a nadto w środku wielki zwój włosów i zęby wrosnięte w ścianę guza. Druga torbiel wielkości główki małego dziecka, miała zawartość płynną, kolloidalną a wewnątrz narośle brodawkowate.

Prócz tego kol. ST. okazał dwie nerki, pochodzące z jednego chorego, przedstawiające 10-krotnie zwiększoną normalną nerkę, przepełnione wewnątrz torbielami różnej wielkości, powstałymi z rozszerzenia kanalików moczowych. Chory przybył do szpitala z objawami krwawego moczu i upadkiem pulsu a nazajutrz umarł.

VII. Potém kol. HEIMAN przedstawił chorego z wrzodem taszkienckim muszli usznój. Dotyczy on oficera niedawno przybyłego ze Samarkandy, który już od roku 1883 cierpi na tę chorobę endemiczną, panującą w krajach gorących, przeważnie nad południowym brzegiem morza śródziemnego. U danego osobnika cierpienie pierwiastkowo wystąpiło pod lewą powieką dolną, po pewnym czasie pod wargą dolną, następnie na plecach, poczem znowu na prawym policzku, na wardze górnej pod nosem ze strony prawej i nareszcie na wiosnę r. z. na lewej muszli usznój, na której cierpienie trwa dotąd, jakkolwiek obecnie choroba jest już w okresie gojenia. Kol. H. miał sposobność już drugi raz spostrzegać przypadek chorobny tego rodzaju, pierwszy mianowicie w r. 1883 u żołnierza, który powrócił z Taszkientu; przypadek ten został opisany w Gazecie Lekarskiej. Po przedstawieniu chorego kol. II. w krótkości określił, co rozumieją pod wrzodem taszkienckim, jego objawy, anatomiję patologiczną i zależność od drobnoustrojów, dyagnozę różniczkową, rokowanie oraz sposoby leczenia. Badań bakteriologicznych w danym przypadku dotąd nie wykonano.

Prezes BRODOWSKI, ze względu na brak do téj pory pewnych danych co do etiologii tego cierpienia, gdyż *microc. Biskra* opisany przez HEIDENREICH'a, okazuje się całkiem identycznym ze *staphyloc. pyog. aureus*, zaznacza, że byłoby pożądaném, aby zająć się zbadaniem danego

przypadku pod względem bakteryjologicznym, a kol. JAKOWSKI nadmienia, że ostatnia praca RAPCZEWSKIEGO zbija wprawdzie wyniki HEIDENREICH'a, co do pochodzenia tego cierpienia od t. zw. *microccus Biskra*, nie podaje jednak dotąd żadnych pewnych danych co do istnienia jakiegoś swoistego drobnoustroju, wywołującego ten stan chorobowy.

VIII. W końcu posiedzenia kol. POLAK odczytał swoje uwagi nad instrukcją o kanalizacyi domów, które w całości zostały już wydrukowane w Styczniowym numerze z r. b. czasopisma „Zdrowie“.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski*.

Posiedzenie administracyjne dodatkowe dnia 29 Stycznia 1889 r.

PREZES: **Brodowski**.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

- a) Od p. Jenerał-Gubernatora zatwierdzenie urzędników Towarzystwa na rok 1889.
- b) Sprawozdanie z czynności zakładu narodowego imienia Ossolińskich we Lwowie za rok 1888.
- c) List od Towarzystwa ogrodniczego w Warszawie wraz z prospektami czynności tego Towarzystwa i ustawą, z prośbą o popieranie interesów téj instytucyi.
- d) Od Akademii Umiejętności w Krakowie: Pamiętnik wydziału matemat.-przyrodniczego, tom XV; Rozprawy wydz. matemat.-przyrodniczego, tom XVIII; Sprawozdania komisji fizyograficznej, tom XXII; Rocznik Zarządu Akademii Umiejętności za rok 1887; Zbiór wiadomości do Antropologii krajowej tom XII.
- e) Od kol. LUBELSKIEGO 6 zeszytów protokółów VI międzynarodowego kongresu higienicznego i demograficznego w Wiedniu (1887); 73-e sprawozdanie z działalności i obrotu funduszków W. Tow. dobr. za rok 1887; dalszy ciąg pisma „Revue internationale scientifique et populaire des falsifications“ i „Die Berliner Volkszählung 1880“.
- f) Opis obchodu jubileuszowego 25-lecia Tow. lekarzów irkuckich.

III. Kol. LUBELSKI odczytał pochlebne sprawozdanie z prac d-ra GRELLETY z Vichy, polecając jego kandydaturę na członka korespondenta naszego Towarzystwa.

IV. Kol. MAJKOWSKI odczytał sprawozdanie z czynności komisji rewizyjnej kassy Towarzystwa i kasy wsparcia.

V. Kol. JAWDYŃSKI komunikuje Towarzystwu prośbę Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu o nadesłanie duplikatów całego zbioru Pamiętni

Tow. lekarskiego, zapytując co do tego o decyzję Towarzystwo; Towarzystwo poleciło odnośne duplikaty wysłać do Poznania.

VI. Prezes, odwołując się do swego komunikatu, na posiedzeniu wyborczém, dotyczącego mającej się dokonać zmiany w § 12 proponowanej Ustawy „kasy zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla lekarzy“, zawiadamia, że Zarząd postanowił odpowiedzieć kancelaryi p. Jenerał-Gubernatora, iż decyzja ogólnego posiedzenia co do rzeczonej zmiany nastąpić nie mogła i nie miała wcale miejsca, albowiem proponowana kasa nie wspólnego z Towarzystwem lekarskiém nie ma i odnośna decyzja nastąpić może jedynie na ogólném posiedzeniu członków kasy wsparcia, przy której kasa zabezpieczenia kapitału pośmiertnego jest proponowaną. Jednocześnie prezes komunikuje Towarzystwu list Sekretarza stałego, który to list złożonym będzie w aktach Towarzystwa i w którym Sekretarz stały przy końcu pisze: „Protestuję więc przeciwko dalszemu popieraniu projektu ustawy kasy zabezpieczenia, bądź to ze strony Towarzystwa Lekarskiego, bądź téż w imieniu kasy wsparcia, która jest jaknajściślej z Towarzystwem związana i proszę o wyraźną uchwałę Towarzystwa, że sobie od całej téj sprawy nadal ręce umywa“.

Prezes po odczytaniu listu wzmiankowanego zapytuje Towarzystwo, czy zechce zupełnie usunąć się, czy téż i nadal pośredniczyć w korespondencji z władzami? Po ożywionej dyskusyi, w której wzięli udział kol. ROGOWICZ, DOBRSKI, KONDRATOWICZ, NUSSBAUM, GEPNER, JAWDYŃSKI, NATANSON, HOYER i prezes BRODOWSKI, postanowiono: poruczyć Zarządowi Towarzystwa ułożenie odpowiedzi w duchu przezeń proponowanym t. j. że decyzja co do zmiany § 12 proponowanej Ustawy kasy zabezpieczenia może być wydana jedynie przez ogólne posiedzenie kasy wsparcia, przy której projektowana kasa zabezpieczenia ma istnieć, z Towarzystwem zaś lekarskiém kasa zabezpieczenia żadnego związku nie ma.

VII. Prezes komunikuje propozycję kol. ROGOWICZA, aby Towarzystwo zechciało w Pamiętniku kontynuować, wydawane dotąd przez kol. R. referaty z prac lekarskich polskich, gdyż ze względu na napotymane trudności, tenże kol. ROGOWICZ prowadzenia nadal swego wydawnictwa zmuszony jest zaniechać.

Po dyskusyi, w której przyjęli udział kol. ROGOWICZ, NUSSBAUM, NATANSON i MATLAKOWSKI, Towarzystwo postanowiło przychylić się do propozycji powyższej i wydawać nadal referaty te w swym organie, przy czém postanowiło zwiększyć skład komitetu redakcyjnego Pamiętnika Tow. lekarskiego, powołując doń kol. ROGOWICZA.

VIII. W końcu Prezes zakomunikował, że na ostatniem posiedzeniu Zarządu postanowiono zaprowadzić bilety stałe dla wszystkich członków

Towarzystwa; goście zaś będą mieli wstęp na posiedzenia jedynie za biletami, wydawanymi każdorazowo przez wprowadzających ich członków Towarzystwa.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Lutego 1889 r.

PREZES: **Brodowski.**

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Od prof. HOYERA 146 broszur treści lekarskiej.

b) Protokoły posiedzeń Towarz. lek. Kazańskich, i „Medicinskiy sbornik“ tegoż Towarzystwa.

c) Okazowy numer nowego czasopisma lekarskiego polskiego „Nowin lekarskich“.

d) Zawiadomienie od Warszawskiego Komitetu Czerwonego krzyża, iż konkurs na projekt baraku przenośnego, podany przez Cesarzową niemiecką Augustę, został nadal przedłużony i że dodano większą jeszcze ilość nagród.

e) List od Redaktora „Wszecchwśiata“ z propozycją uczczenia pamięci IGNACEGO DOMEYKI, rektora Uniwersytetu w Chili, i odbycie w tym celu nabożeństwa żałobnego w dniu 14 Lutego r. b. Towarzystwo postanowiło przyjąć udział w obchodzie i przyczynić się do kosztów, rozpisując składkę na wszystkich członków.

III. Dr. FICKI z Warszawy składa podanie na członka czynnego Towarzystwa wraz z pracą p. t. „O operacyi Porro“. Popierają kandydaturę kol. PRZEWOSKI, MATLAKOWSKI i WRÓBLEWSKI; sprawozdawca kol. THIEME.

IV. Następnie kol. SAWICKI (gość) opisał przypadek, „rany ciętej przepony“.

Przypadek, opisany przez kol. S., dotyczył 20-letniego robotnika fabrycznego, który został czterokrotnie pchnięty nożem. Z pomiędzy otrzymanych ran jedna leżała w nadpępczu i drażyła do jamy otrzewnowej, druga zaś znajdowała się na *linea mammaria sinistra* w okolicy 8, 9 i 10 żeber i otwierała jamę brzuszną oraz opłucną. Przez ostatnią ranę wypadła nazewnątrz sieć i uwięzła pomiędzy odcinkami żeber. Autor operował w 15 godzin po wypadku. Gdy próby odprowadzenia sieci nie powiodły się, autor rozszerzył ranę i przekonał się, że nóż przeciął chrząstkę 8 żebra, kość 9 żebra i oderwał chrząstkę 10 żebra. Nadto 9 żebro zo-

stało złamane na miejscu połączenia kości z chrząstką. Ponieważ 10 żebro zostało przez mięśnie odciągnięte ku dołowi i zupełnie nie przeszkadzało, kol. S. wyrezekował tylko część chrząstek i kości 8 i 9 żebra; przyczem wypadło mu odłuszczyć odpowiednie przyczepy przepony. Teraz można było przekonać się, że nóż dostał się najprzód do jamy opłucnej, rozciął przeponę i wreszcie otworzył jamę otrzewnową. Otwór w przeponie przepuszczał zupełnie swobodnie dwa palce. Przez otwór ten wypadła część sieci do jamy opłucnej, inna zaś część przez ranę zewnętrzną dostała się nazewnątrz. Po wyciągnięciu sieci z jamy opłucnej i odcięciu części wypadniętej nazewnątrz, kol. S. przystąpił do zeszywania brzegów rany przeponowej. W tym celu pomocnik nałożył szczypczyki hemostatyczne na brzegi rany otrzewnowej, odłuszczonej od żeber i mocno ściągnął je ku dołowi. Gdy w ten sposób wyciągnięto przeponę razem z odłuszczoną otrzewną, z łatwością udało się nałożyć szew węzełkowy na brzegi rany przeponowej i otrzewnowej. Małego otworu w opłucnej nie zaszywano. Na przeponę nałożono ściągów 4 i tyleż na otrzewną. Następnie na części miękkie nałożono 2 piętra szwów. Ranę nadpępeza rozszerzono, przekonano się, że przyległe części były nieuszkodzone, poczem nałożono szew dwupiętrowy. W ciągu dwóch dni po operacji chory gorączkował, rany zagoiły się rychłozrostem. Odma piersiowa znikła po upływie dni kilku. W 2½ tygodni po operacji chory najadł się potajemnie zimnej pieczeni, chleba i gruszek, poczem dostał gwałtownych boleści w lewym podżebrzu, rozszerzających się stąd w górę do łopatki. Napady takie, charakteryzujące się gwałtownym bólem, przyspieszonym do 120 tętnem i pognębionym wyrazem twarzy przy ciepłocie prawidłowej, powtarzały się jeszcze dwukrotnie. Autor zaczął przypuszczać rozejście się szwów i wytworzenie przepukliny przeponowej, lecz brak objawów duszności, objawów fizykalnych na lewej stronie klatki piersiowej wreszcie dalszy przebieg zaprzeczyły temu. Boleści były widocznie spowodowane zwiększeniem ruchów robaczkowych, które wywołały podrażnienie na miejscu świeżych sklejeń i zrostów w okolicy rany. Drugie powikłanie stanowiło surowicze zapalenie lewej opłucnej, które szczęśliwie ustąpiło. Po sześciu tygodniach od początku choroby chory zaczął chodzić, a w 10 tygodni opuścił szpital. Obecnie (4 miesiące od czasu zranienia), chory znajduje się w stanie zupełnie dobrym, mogąc jeść, pracować, a nawet podnosić ciężary, chociaż zostało mu to na czas jakiś wzbronione.

W dalszym ciągu swęj pracy kol. S., opierając się na zebranych w literaturze 160 przypadkach ran przepony, opisuje ich anatomiję, symptomatologiję, a wreszcie terapię. Główną przyczynę, dla której wszelkie próby czynnego wmięszania się wobec przepuklin przeponowych pozostawały bez skutku, stanowi trudny dostęp do przepony. Dla pokonania téj trudności autor radzi odłuszczenie przednich przyczepów przepony oraz esekcyję żeber. Postępowanie, przez niego zalecane, ma być następujące:

cięcie dla laparotomii należy prowadzić wzdłuż dolnego brzegu łuku żebrowego; potem należy kolejno odłuszczać otrzewną i przyczepy przepony na 10, 9 i 8 żebrze, resekując na każdym z nich parę centymetrów chrząstki i kilka centymetrów kości; w razie potrzeby należy usunąć jeszcze część kości 7 żebra, oszczędzając przyczepu, by zbytnio nie osłabiać przepony. Tą drogą autor chce osiągnąć następujące dogodności: 1) powiększyć pole operacyjne i ułatwić ściągnięcie przepony, 2) zmniejszyć napięcie brzegów rany przeponowej, 3) dopomódz zbliżeniu się i zrośnięciu obu blaszek opłucnej, wreszcie 4) zmniejszyć pojemność odpowiedniej strony klatki piersiowej, a co zatem idzie, ujemne ciśnienie w opłucnej. Postępowaniu temu sam autor stawia zarzut, że odłuszczenie przyczepów przepony może sprzyjać późniejszemu wytworzeniu na tém miejscu przepukliny prawdziwej; zarzut ten jednakże osłabia względ, że w danym razie usposobienie do przepukliny powinna zmniejszyć resekcja żeber, zmniejszająca ciśnienie ujemne w opłucnej i sprzyjająca wytworzeniu zrostów ponad raną.

W dyskusji kol. MATLAKOWSKI zapytuje, co mogło spowodować wypadnięcie płuca do jamy otrzewnej w jednym z opisanych w literaturze przypadków, na co kol. SAWICKI zaznacza, że w opisie wzmiankowanego przypadku jest, iż przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej inkapsulowany ropień, spowodowany przez zmartwiałe płuco.

Prezes BRODOWSKI czyni na to uwagę, że wypadnięcie takie płuca może nastąpić jedynie wtedy, gdy część płuca jest w stanie bardzo znacznej rozedmy, gdy wytwarza się jakby jednostajny pęcherz, łączący się z resztą płuca za pomocą oskrzela i mostka z bezpowietrznego płuca.

Kol. MATLAKOWSKI co do strony operacyjnej proponuje zamiast odłuszczenia przyczepów i resekcji żeber, dokonać przecięcia żeber sposobem podokostnym, odciągnąć mocnymi hakami część ściany klatki piersiowej ku górze i przodowi i pracować na górnej powierzchni przepony.

Kol. SAWICKI odpowiada na to, że podany przez niego sposób, oprócz ułatwienia przystępu do przepony, ma za zadanie jeszcze zapobiedz rozejściu nałożonego szwu lub późniejszemu rozciąganiu się blizny; zadanie to wypełnia, sprzyjając zrostowi obu blaszek opłucnej ponad przeponą oraz zmniejszając pojemność odpowiedniej połowy klatki piersiowej.

V. Potem kol. MATLAKOWSKI okazał cystę dermoidalną, skręconą ($1\frac{1}{2}$ obrotu), zawierającą tłuszcz w dużych kulach. Powołując się na jeden już przez się obserwowany takiż przypadek, kol. M. sądzi, że gdy następuje przesiękanie do cysty, zawierającej płynny tłuszcz, płynów białkowych (np. przy zapaleniu lub skręceniu), to tłuszcz twardnieje i układać się może we wspomniane kule.

VI. W końcu p. Dmochowski, student uniwersytetu (gość), opisał swe badania nad migdałkami gardzielowymi, dotkniętymi gruźlicą.

Badane były migdały i gruczoły woreczkowe podstawy języka u 15 osobników zmarłych na suchoty (gruźlica płuc). We wszystkich przypadkach była znalezioną gruźlica, w większym lub mniejszym stopniu rozwinięta w migdałach, które przy badaniu makroskopowym nie przedstawiały żadnych zmian patologicznych. W jedenastu przypadkach gardziel i krtani były zdrowymi, u czterech w krtani były owrzodzenia gruźlicze. Co się tyczy gruczołów woreczkowatych języka to makroskopowo w czternastu przypadkach nie było zmian żadnych a w jednym było rozlane owrzodzenie błony śluzowej na podstawie. Badania drobnowidzowe doprowadziły do następujących wniosków:

1. Że wtórne zapalenie migdałków występuje niesłychanie często, gdyż u wszystkich badanych suchotników było ono najniezawodniej.

2. Że prawie równie często występuje zapalenie gruźlicze woreczkowatych gruczołków na podstawie języka.

3. Wszystko przemawia zatem, że zakażenie migdałków i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka występuje od strony jamy ust, gdyż w przypadkach w których pierwotna gruźlica nie zajmowała organów oddechowych ale np. organy płciowe, zakażenia gruźliczego migdałków wykazać nie można.

4. Laseczники gruźlicze dostawszy się do krypt migdałków i zagłębień gruczołów woreczkowatych na podstawie języka wywołują zmiany, początkowo powierzchowne a potem coraz głębsze. Zmiany początkowe objawiają się w nabłonku i w tkance leżącej bezpośrednio pod nabłonkiem. Dalsze zmiany występują w folikułach limfatycznych, i to najpierw w ich zatokach a potem w postaci gruzełków rozsianych po całych folikułach. Najpóźniej gruzełki pojawiają się w tkance łącznej pomiędzy folikułami wzdłuż naczyń limfatycznych, prowadzących do okolicowych gruczołów limfatycznych, leżących na szyi przy wielkich naczyniach krwionośnych.

5. W migdałkach i w gruczołkach woreczkowatych na podstawie języka, zapalenia gruźlicze prowadzą do owrzodzeń. Owrzodzenia w migdałkach otwierają się do jamy krypt i w badanych przypadkach nigdy nie ukazały się na swobodnej powierzchni migdałków. W gruczołach zaś woreczkowatych na podstawie języka te owrzodzenia z głębi woreczka łatwo docierają do jego wchodowego otworu i dalej rozwijają się jako więcej lub mniej obszerne owrzodzenia na błonie śluzowej języka. W migdałkach zserowacenie złanych gruzełków prowadzi niekiedy do wytworzenia się owrzodzeń lub obszernej jam (kawern), ale w ogóle ma to miejsce nie często.

Prezes BRODOWSKI po ukończonym odczycie zaznacza pilność autora i wina mu powodzenia w pracy, dodaje przytém, że BAUMGARTEN uważa, za FOX'em, gruczołki migdałów za narzędzia chłonne, podobnie jak gr. solitarne i blaszki PEYER'a w kiskach i podobnie jak w kiskach tylko na tych ostatnich tworach gruczołowych, tak w migda-

łach również tylko na gruczolkach rozwija się sprawa gruczlicza. BAUMGARTEN utrzymuje nawet, że zakażenie gruczlicze do gruczolów podszczękowych, tą mianowicie drogą przez migdały się dostaje.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Lutego 1889 r.

PREZES: **Brodowski.**

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

- a) Protokoły posiedzeń Towarz. lek. Kaukaskiego Nr. 11 (1888/9) i wileńskiego Nr. 6 i 9 (1889).
- b) Rocznik Towarzystwa ogrodniczego w Warszawie za rok 1888.
- c) List od p. Wydzgi notaryjusza, dziękujący za wezwanie go na radcę prawnego Towarzystwa.

III. Prezes Towarzystwa zawiadamia o śmierci ś. p. d-ra WŁADYSŁAWA ORŁOWSKIEGO, dawnego Prezesa i czynnego członka Towarzystwa, a podnosząc Jego zasługi dla naszego Towarzystwa, proponuje uczczenie pamięci zmarłego przez powstanie. Towarzystwo uczyniło zadość wezwaniu Prezesa.

IV. Następnie kol. HERYNG mówił o nowym sposobie badania krtani i nosa za pomocą przeświecania.

Metoda ta zaproponowana przez CZERMAK'a, a wznowiona w ostatnich czasach przez VOLTOLINI'ego polega na oświetleniu wnętrza nosa i krtani za pomocą małej lamki żarowej RDISSON'a. Do lampki doskonale da się zastosować zwykłą maszyną STÖHREHR'a o prądzie stałym, lub też inne używane do galwanokaustyki; istnieją prócz tego specyjalnie w tym celu budowane stopy elektryczne. Kol. H. objaśnił rzecz całą za pomocą odpowiedniej demonstracyi przyrządów i wykonania samego przeświecania na chorych.

Metoda przeświecania oddać może, według kol. H., usługi nie tylko przy badaniu nosa, a w krtani nie tylko przy cierpieniu brzegów strun głosowych, jak tego chce VOLTALINI, lecz pozwala na ocenienie stanu całych strun i innych części krtani; według kol. H. za pomocą niej można odróżnić w początkowych już okresach nowotwory niewinne w strunach głosowych od złośliwych, gdyż przy tych ostatnich dostrzedz można sięgające w głąb tkanki korzenie. Również znakomite usługi oddać ono może przy cierpieniach *antri Highmori*, zwłaszcza przy otoku ropnym tej jamy.

Kol. HERYNG mówił następnie o cierpieniach jamy *Highmor'a*, opierając się na zdaniach ZIEHM'a i ZUCKERKÄNDL'a, a także i własnych spostrzeżeniach, objaśniając wykład demonstracją okazów anatomicznych i okazaniem jednego przypadku otoku ropnego *antri Highmori*.

Rzecz ta w całości drukowaną będzie w Gazecie lekarskiej.

Prócz tego kol. HERYNG okazał 2 chorych z wyleczoną phtyzą krtaniową, jedną ze zwężeniem w nosie (natury przymiotowej) i jednego z torbielą *bursae pharyngeae*.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski*.

Posiedzenie administracyjne dodatkowe dnia 26 Lutego 1889 r.

Członków obecnych 45. Przewodniczący Prezes BRODOWSKI. Sekretarz JAKOWSKI nieobecny z powodu choroby, zastępuje go FABIAN.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia, przyjęty bez dyskusyi. Nadesłano: Medycynę Tom XVI z r. 1888.

2. FABIAN odczytuje pochlebną ocenę dwóch prac kol. KONRADA ZAWISZY i popiera jego kandydaturę na członka Towarzystwa.

3. MODRZEJEWSKI zdaje sprawę z dwóch prac kol. GURANOWSKIEGO, popierając go na ich zasadzie na członka Towarzystwa.

4. Przystąpiono do obrad nad regulaminem, wypracowanym przez komitet złożony z kolegów: DOBRSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, PRZEWOSKIEGO, ROGOWICZA i ZAGÓRSKIEGO, mającym nadal obowiązywać przy przyznawaniu nagród konkursowych imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, w rozwinieciu pierwotnej ustawy zatwierdzonej przez Ministerjum oraz w objaśnieniu poprzednich regulaminów i postanowień.

Kol. DOBRSKI, jako referent komitetu, odczytuje nowy regulamin paragraf za paragrafem, przedstawiając motyw zasadniczy, jakim się kierował komitet, t. j. charakter zaszczytowy nagrody CHAŁUBIŃSKIEGO, w przeciwstawieniu do poglądu, który chciałby lub mógł w niej widzieć rodzaj zapomogi pieniężnej.

Przyjęto bez dyskusyi § 1, § 2, § 3, § 4, § 5.

Nad paragrafem 6-ym, który w proponowanej przez komitet redakcyi brzmi: „przeszkodą w przyznaniu nagród nie będą: a) rozmiary pracy, b) otrzymanie zapomogi na dokonanie pracy, c) sposób pokrycia kosztów druku (autor, instytucja, księgarz, redakcyja i t. p.), d) uprzednie nagrodzenie pracy na innym konkursie, e) śmierć autora po przedstawieniu pracy na konkurs we właściwym terminie, wszczęła się dyskusya, w któ-

rój przyjmowali udział kol. NATANSON, DOBRSKI, KONDRATOWICZ, JAWDYŃSKI, broniący zaszczytnego charakteru nagrody, oraz kol. BRODOWSKI, HOYER i PRZEWOSKI, pragnący w myśl propozycji zarządu usunąć część d) paragrafu t. j. wykluczyć od nagrody prace już poprzednio premiiowane na innych konkursach. Po zarządzeniu przez Prezesa głosowania cały paragraf 6, w dosłowném brzmieniu przez komitet proponowaném, większością głosów przyjęty został.

§ 7. „W razie zrzeczenia się nagrody przez osobę, której przyznana została, nagroda udziela się za inną najlepszą z pozostałych prac danego okresu“. Cały ten paragraf został po krótkiej dyskusji odrzucony.

§ 8. Przelanie funduszu nagrodowego do kasy wsparcia w myśl § 5 ustawy nastąpić może jedynie w przypadku, gdyby w daném czterolecu żadna praca na konkurs złożoną nie została, lub gdyby autor jedynę na konkurs złożoną i nagrodzoną pracy zrzekł się przyznanej nagrody. Postanowiono wobec odrzucenia § 7 wykreślić i w § 8 część drugą od słów „gdyby autor zrzekł się przyznanej nagrody“.

§ 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, co do sposobu przyznawania nagród przyjęto jednomyślnie bez dyskusji.

Do § 17 na wniosek kol. GEPNERA, iż potrzeba, ażeby pozostawał ślad czynności komitetu dodano: „Sekretarz komitetu prowadzi protokół obrad komitetu i treściwy ich rezultat przedstawia na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego“

Redakcyję § 18 zmieniono przez dodanie słów „sprawozdawca komitetu konkursowego odczytuje spis prac do konkursu złożonych i treściwy protokół czynności komitetu“, a na końcu tegoż paragrafu dodano wyrazy: „Protokoły rzeczzone pozostają w Archiwach Towarzystwa“.

§ 19. Zarząd proponuje redakcyję „Sekretarz stały pilnuje ogłoszenia i t. p. Komitet zaś pragnie: „Przewodniczący w komitecie pilnuje aby prace nadsełane i t. d., a Sekretarz stały czyni stosowne ogłoszenie“. Posiedzenie przyjmuje redakcyję podaną przez komitet. Wreszcie w sześcioletnim ogłoszeniu postanowiono po wyrazach, prace składane być winny w ciągu powyższych lat czterech i w ciągu Stycznia roku 18...“, dodać „na ręce Sekretarza stałego (Niecała Nr. 7)“.

V. Obrady nad projektem zamiany komitetu higieny publicznej w Towarzystwie istniejącego na oddzielną sekcję z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia administracyjnego.

VI. Vice-prezes PRZEWOSKI składa podanie kol. WINAWERA ADOLFA, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa i przedstawia jego pracę: „O zastosowaniu elektryczności w Gyniekologii“ odbitka z Kroniki Lekarskiej 1888; „*Ueber die Thure-Brandtsche metode*“ odb. z Centralbl. für Gyniekologie i po polsku: O metodzie *Thure-Brandta* i jęj zastosowanie w Gyniekologii, odb. z Kron. Lek. 1889.

Kandydaturę popierają kol. BUJWID i MATLAKOWSKI. Sprawozdania z prac podjął się kol. MATLAKOWSKI.

Na tém posiedzenie zamknięto.

W zastępstwie Sekretarza, *Fabian*.

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Marca 1889 r.

PREZES: **Brodowski**.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

- a) Protokóły posiedzeń Towarz. lek. Omskiego, Nr. 12 (1888/9).
- b) *Astasia congenita* przez JASIŃSKIEGO (odb. z Gaz. lek. 1889).
- c) Wykład chemii farmaceutycznej, przez HAGERA 1889.
- d) *Revue d'hygiene et de police sanitaire* za rok 1888.
- e) *Etude sur la morgue*, par dr. BROUARDEL.
- f) *Revue internat. scientifique et populaire des falsifications*, Nr. 6 i 7 (1889).
- g) *La semaine medicale*, za rok 1888.
- h) *Die Berliner Volkszählung im Jahre 1880* (III zeszyt).

III. Prezes BRODOWSKI stawia kandydaturę dotychczasowego czynnego członka Towarzystwa profesora CHAŁUBIŃSKIEGO na członka honorowego.

IV. Kol. JAWDYŃSKI odczytuje ocenę I-go tomu „Chirurgii“ prof. RYDYGIERA, nadesłanej na konkurs imienia CHAŁUBIŃSKIEGO.

V. Następnie gość kol. SAWICKI okazał przypadek wrzodu modzelowatego wyleczonego za pomocą transplantacyi MAAS'a. Chora dziewczyna 18-letnia, przed 12 laty przechodziła *osteomyelitis* lewej goleni, poczem powstało skrzywienie łukowate obu kości ku wewnątrz i wrzód modzelowaty prawie kolisty. Po dokładnem wycięciu modzelowatych tkanek kol. S. przeszczepił sposobem MAAS'a płót z prawego uda. Z powodu trudności dokładnego przystawiania płatu do wklęsłego dna rany, szypułę przecięto i gips zdjęto dopiero po 4 tygodniach. Niedogodne położenie zgiętej lewej kończyny chora znosiła dość dobrze. Wynik operacyi był bardzo dobry, gdyż wrzód pokrył się grubym mięsistym płatem. Kol. S. zwraca uwagę na konieczność dokładnego unieruchomienia kończyn za pomocą gipsu, aby szypuła nie była naciągnięta. Dalej otaczające tkanki modzelowate należy o ile możności dokładnie powycinać, by brzegi płatu przylegały do tkanek prawidłowych.

VI. Kol. MEYERSON opisał przypadek raka błony śluzowej nosa.

„O ile polipy t. zw. śluzowe i przerosty stanowią często, bo nawet codziennie spotykane cierpienie, o tyle nowotwory złośliwe nosa należą do zmian rzadszych, a pomiędzy niemi rak pierwotny błony śluzowej nosa należy do rzeczywiście rzadkości. Na przeszło 3000 chorych, dotkniętych cierpieniami nosa, udało mi się widzieć jeden tylko odnośny przypadek i dla tego sędzę, że nie będzie on pozbawiony interesu dla szanownych członków Towarzystwa.

Jeżeli mówię o rzadkości nowotworów złośliwych w jamie nosowej, to mam na myśli wyłącznie nowotwory powstające w téjże jamie, polipy bowiem nosogardzielowe, biorące początek w jamie nosogardzielowej często bardzo przyjmują charakter mięsakowaty i wrastając do nosa i jam obocznych, stanowią chorobę ciężką, w późniejszych okresach często już niedostępną dla rękoczynów.

Spotykałem jednak i w jamach nosowych twory, których budowa drobnowidzowa dawała wiele do myślenia pod względem rokowania, będąc zbliżoną do mięsaków, przebieg jednak kliniczny okazał się zupełnie pomyślnym, potwierdzając sam fakt uznany już przez wielu, iż opieranie się li tylko na wyniku badania drobnowidzowego, bez uwzględnienia obrazu i przebiegu choroby może się stać źródłem niejednej pomyłki. Historia przypadku, jaki będę miał zaszczyt przedstawić Szanownym Panom, jest następująca:

A. H. woźny, w wieku lat 43, zgłosił się do mnie 15 Sierpnia r. z skarżąc się na katar, zatkanie i krwawienie z lewej strony nosa, trwające od roku. Powstanie choroby przypisuje przeziębieniu, mianowicie wyjściu z łóżka bosymi nogami. Pacjent w ogóle zawsze był zdrow, tylko przed 4 lata zachorował na przymiot, leczony był rtęcią, objawów jednak ze strony nosa nie było. Rodzice zmarli: ojciec na zapalenie płuc, matka na paraliż, o istnieniu u nich jakichbądź nowotworów nie słyszał.

St. praes. Mężczyzna nieco bladej i słabo odżywiany. Przy oglądaniu nosa kształt zewnętrzny nie przedstawia zboczeń widocznych. Lewa jama nosowa zatkana, z trudnością przepuszcza powietrze. Prawa wolna. Po założeniu wziernika nosowego przekonałem się, iż jama lewa wypełniona jest naroślami koloru szarego o zbitości kruchej, łatwo ustępującymi naciskowi zgłębnika, krwawiącymi przy dotykaniu. Powierzchnia ich jest nierówna pozbawiona połysku właściwego polipom śluzowym. Badanie zgłębnikiem wykazuje, że narośle nie są przytwierdzone do przegrody, ani też do dna jamy nosowej, początek zaś ich daje się wyśledzić w ścianie zewnętrznej nosa, mianowicie w przewodzie średnim i na muszli średniej, niektóre zaś części sięgają wyżej ku górnej ścianie nosa. Prawa jama nosowa wolna od narośli. Przegroda w górnej części nieco wypukłona ku stronie prawej. Badanie rynoskopowe okazuje otwory trąbek Eustachiusza i nozdrza tylne wolne od narośli. W krtani i gardzieli prócz lekkiego nieżyty zmian chorobliwych nie ma. Przy badaniu uszu widać, iż błony

bębenkowe nie są wciągnięte, w jamach bębenkowych wysięku nie ma. Gruczoły podszczękowe i szyjowe niepowiększone.

Rodzaj narośli, ich wygląd, nierówna powierzchnia, kruchość, skłonność do krwawienia, obszerne powierzchnie przyczepu, wszystko dawało wskazówki, iż mam do czynienia ze złośliwą formą nowotworów nosa, co do natury jednak tych ostatnich należało się przekonać za pomocą badania drobnowidzowego. Jakoż tegoż samego dnia usunąłem większą część narośli za pomocą pętli zimnej, przyczem przekonałem się, że tkanka ich kraje się zupełnie jak ser średnio miękki, tak że drut wszystko przecinał bez odrywania podstawy. Krwawienie było niewielkie. Kol. ELSENBERG, który dnia tego przypadkiem był u mnie, był tak łaskaw wziąć kawałek nowotworu do zbadania. Wynik jego, jaki mi po niejakiem czasie zakomunikował, był: *adenoma carcinomatodes*.

Chory jednak, doznawszy ulgi w oddechaniu, po zdjęciu głównej masy, zatykającej jamę nosową, pomimo zalecenia zgłosił się dopiero w połowie Grudnia r. z., t. j. wówczas, gdy znowu jama nosowa uległa zupełnemu zatkaniu. Ponieważ pacjent na proponowaną sobie bardziej radykalną operację się nie zgadzał, a zadowolony z poprzednio doznanej ulgi na czas kilku miesięcy, domagał się powtórzenia wykonanego w Sierpniu rękoczynu, ustąpiłem jego prośbom i znowu pętlą usunąłem na jednym posiedzeniu znaczną ilość narośli, mając zamiar w dalszych posiedzeniach, dotrzeć o ile można do punktu wyjścia narośli za pomocą żegadła galwanicznego. Choć słabą jedynie miałem nadzieję, że tą drogą nowotwór da się usunąć rdzennie, t. j. bez recydywy i nie obcą mi była znana skłonność nowotworów złośliwych do szybkiego odradzania się po częściowych rękoczynach, w obecnym jednak położeniu uważałem to za jedyny punkt wyjścia. Lecz chory i tą razą zniweczył me plany, doznawszy bowiem ulgi, zgłosił się dopiero 15 Lutego r. b., t. j. po 2 miesiącach.

Chcąc się przekonać o charakterze recydywy, narośle wyjęte dnia 15 Grudnia poddałem znów badaniu drobnowidzowemu. Badania tego dokonał łaskawie kol. PRZEWOSKI i oto jego wynik: „Nowotwór we wszystkich badanych częściach ma budowę jednakową. Wszędzie składa się z tkanki szarobiaławej, miękkiej, na powierzchni rozkroju ziarnistej. Pod drobnowidzem nowotwór składa się z dwóch tkanek, a mianowicie z tkanki łącznej i drugiej tkanki nabłonkowej. Tkanka łączna dosyć miękka, słabo włóknista i wszędzie mniej lub więcej nacieczona komórkami podobnymi do limfatycznych, zawiera niewiele naczyń krwionośnych. Tkanka nabłonkowa tworzy ogniska zupełnie ograniczone i bardzo gęsto rozrzucone po tkance łącznej. Ogniska tkanki nabłonkowej wszędzie mają ostrą granicę i są rozmaitej formy. Są one kuliste, wielościennie, wydłużone, owalne, sznurkowate, i t. d. Ze względu na powyższą budowę możliwą jest tylko jedna diagnoza, a mianowicie, iż nowotwór jest rakiem i to miękkim (*carcin. medullare*). Sądzę, że opis ten nie dowodzi zmiany charakteru w budowie

raka, kol. ELSENBERG bowiem, dając mi krótkie określenie ustne, *adenoma carcinomatodes*, miał zapewne na myśli owe ograniczone ogniska nabłonkowe, nadające tworowi wygląd gruczołowy. Wygląd chorego, gdy zgłosił się do mnie ostatnio dnia 15 Lutego okazał się już znacznie zmienionym. Pomijając już szybkie narośnięcie, bo już w przeciągu 2 miesięcy, przeciwko 4-em po pierwszym rękoczynie, okazało się łzawienie z lewego oka oraz przy dotknięciu lewój kości nosowej, która jest znacznie wygórowaną. Powieki oka lewego są obrzmiałe, chory skarży się na ból w oku, lewój połowie głowy i grzbiecie nosa. Jama nosowa lewa zupełnie zatkana. Badanie rynoskopowe okazuje, iż lewe nozdrze tylne zatkane jest naroślą miękką, krwawiącą, która wypełnia cały obwód, nie wychodząc jednak po za obręb otworu, tak iż wylot trąbki Eustachiusza jest wolny. Gruczoły jak dawniej niewyczuwalne.

Jeżeli się zastanowimy nad wskazaniem do operacji, to zdaniem mojem jedno jest tylko do zrobienia, to jest uprzystępnienie sobie jamy nosowej za pomocą jednej z operacji pomocniczych i usunięcie możliwie radykalne nowotworu. Operacje pomocnicze a raczej wstępne mają za cel odchylenie czasowe części kostnych lub chrzęstnych nosa dla odsłonięcia zupełnego jam nosowych. Metody ku temu celowi wiodące są liczne, a idea ich polega na odchyleniu nosa bądź ku górze, bądź ku dołowi, bądź też wreszcie na jedną ze stron twarzy. Wskazania do tych operacji wstępnych, które najczęściej bywały stosowane dla usunięcia polipów nosogardzielowych, są teraz co raz rzadsze, a to dzięki temu, iż w skutek udoskonalenia metod badania nosa przypadki zaniedbane mniej często się zdarzają, chorzy bowiem już we wczesnych okresach choroby udają się o pomoc t. j. wtedy, gdy jeszcze operowanie wewnątrznosowe jest możliwem; a i w wielu przypadkach, w których dawniej robiono t. zw. operację wstępną, udaje się obecnie skutecznie rękoczyn przy pomocy rynoskopii. W razach, gdy samo odchylenie nosa okazuje się niedostatecznem, przystęp do jam nosowej i nosogardzielowej uzyskuje się za pomocą cząstkowej lub całkowitej rezekcji szczęki górnej, lub też t. zw. czasowego usunięcia téjże, albo też przystęp do jam tych ułatwia się przez operację przygotowawczą na podniebieniu. O licznych metodach, jakie w tym celu wymyślone zostały, nie będę się rozszerzał, stanowią one bowiem przedmiot właściwy chirurgii; dodam tylko, iż w danym przypadku wskazaną byłaby metoda odchylenia nosa CHASSAIGNAC'a, to jest na jedną stronę twarzy, lub OLLIER'a, t. j. ku dołowi. Czy chory da się skłonić do téj operacji, nie wiem, w razie odmowy, nie pozostałoby mi nic innego, jak usunięcie nowotworu według pierwotnego planu, wobec jednak bolesności kości nosowej i łzawienia oka skutek pomyślny wydaje mi się nieprawdopodobnym.

W dyskusyi kol. HERYNG wspomniał o dwóch przypadkach raka przez się spostrzeganych, jeden w jamie nosa, drugi w jamie nosogardzielowej,

oba były złośliwe i oba były z początku zamaskowane przez inne łagodne nowotwory, w pierwszym przez polipy, w drugim narosty złożone z tkanki adenoidalnej; w obu przypadkach raki były miękkie, gąbczaste, koloru ciemno stalowego.

Kol. WRÓBLEWSKI dodaje do opisanego przez kol. MEYERSONA przypadku, że choremu temu na pół roku przed kol. M. operował polipa (śluzowego) w jamie nosowej.

Kol. MEYERSON zaznacza, że wzmianka kol. WRÓBLEWSKIEGO przemawiałaby za przemianą nowotworów dobrodliwych w złośliwe.

Prezes BRODOWSKI protestuje przeciw nazwie nowotwory dobrodliwe, gdyż istnieją tylko nowotwory łagodne i złośliwe. Nie może się również zgodzić z kol. M. na pogląd jego co do charakteru samego nowotworu, gdyż wyniki badań drobnowidzowych dokonane przez kol. ELSENBERGA i PRZEWOSKIEGO wykazały, że było to, według pierwszego *adenoma carcinomatodes*, a według drugiego czysty rak.

W końcu dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznaczając, że raki błony śluzowej nosa nie są częste, wspomina, iż miał sposobność obserwować jeden przypadek raka na skrzydle nosa i drugi na przegrodzie; ten ostatni był operowany przez ś. p. ORŁOWSKIEGO.

VII. Prof. KOSIŃSKI okazał wyciętą przez się torbiel wielokomorową, biorącą początek z więzu szerokiego przy nietkniętym jajniku i trąbkach. W torbieli tej znajdował się jeszcze drugi guz, barwy zielonawo-żółtawej, pokryty bardzo cienką błonką na powierzchni, po przecięciu której wypływał płyn surowiczo-włóknikowy; drugi ten guz uważa mówca *a fibroma mollusum*.

VIII. Wreszcie gość kol. OPĘCHOWSKI, privat.-docent. Uniwers. w Dorpacie, zakomunikował wyniki swych badań nad działaniem farmakologicznym środków z grupy naparstaicy na małe krążenie.

Mówca uważa małe krążenie za system całkiem w sobie zamknięty, unerwienie którego całkiem prawie jest nieznanem i czynniki farmakologiczne, wywierające znaczny wpływ na krążenie wielkie, wcale nie wpływają na małe, lub też o tyle tylko, że przypływ krwi do prawego serca może się zmniejszać lub powiększać. Tak zmniejszenie ciśnienia w dużym krążeniu pod wpływem *kurary*, *amylnitritu*, *chlorału* odbija się na małym krążeniu bardzo nieznacznie i to tylko po długim działaniu a polega jedynie na zmniejszeniu ilości dopływającej krwi.

Przy podniesieniu ciśnienia pod wpływem *helleboreiny* początkowo zdaje się spostrzegać zmniejszenie dopływu krwi do małego krwiobiegu, które wówczas dopiero bardzo nieznacznie się powiększa, gdy zwiększy się dopływ do prawego serca. *Helleboreina* nie działa wprost ani na naczynia płuc ani prawe serce; tak samo rzecz się ma i z *digitaleiną*. Kol. O. doszedł do wniosku, że środki grupy naparstnicy działają tylko na

lewe serce i jego układ naczyniowy. Ponieważ zaś z góry trudno przyjąć, aby środek jakiś działał trując na mięsień serca lewego, podczas gdy mięsień prawego nie podlega jego działaniu, a więc trzeba przyjąć, że działanie to ogranicza się do wpływu na tętnice wieńcowe, a mianowicie, że tętnica wieńcowa lewa rozszerza się, gdy prawa się kurczy. Obserwacyja na wyjętém sercu zwierząt ciepłokrwistych (kota) naocznie o tém przekonywa. Serce prawe uderza wówczas 2 razy szybciej niż lewe; lewa komórka jest w stanie kurczyć się dwa razy dłużej, niż prawidłowo, a ostatecznie po ustaniu zupełnem ruchów serca, lewe serce jest w stanie skurczu, prawe rozkurczu; ekchymozy znajdujemy tylko w sercu lewém.

Fakt, że działanie środków grupy *digitalis* polega tylko na wpływie na duże krążenie, zwiększając w niem ciśnienie, (a zmniejszając równocześnie w małym), jest dotąd jedyném możliwém tłumaczeniem ich działania terapeutycznego,

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI wypowiada zdanie, że trzeba być ostrożnym, dochodząc do wniosku o wpływie helleboreiny i digitaleiny na skurcz lewego i rozkurcz prawego serca po śmierci. SCHMIEDEBERG twierdzi, że pod wpływem helleboreiny śmierć następuje przy skurczu serca zarówno u żaby, jak i ciepłokrwistych. Kol. K. sam robiąc doświadczenia nad żabą, przekonał się, że przeciwnie serce staje w rozkurczu i że skurcz następuje już po śmierci pod wpływem powietrza i być może, że różne czynniki, działające przy operacyi, mogą powodować obraz podany przez kol. OPECHOWSKIEGO.

Kol. OPECHOWSKI nadmienia na to, że pracował nad tym przedmiotem przez lat 4, zachowując wszelkie potrzebne przy takich doświadczeniach ostrożności i zawsze dochodził do jednakich wyników.

Kol. DUNIN zaznacza, że istotnie wtedy tylko da się zrozumieć działanie lecznicze naparstnicy, gdy przyjmujemy niejednostajne jej działanie na serce lewe i prawe, jak to podaje kol. OPECHOWSKI.

W końcu prezes podziękował kol. OPECHOWSKIEMU za interesujący i ważny komunikat.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz *M. Jakowski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Marca 1889 r.

PREZES: **Brodzki.**

- I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.
- II. Nadesłano:

a) Protokoły z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Kaukaskiego Nr. 13 r. 1888/9.

b) „*Ein Fall von Myelitis transversa, Syringomyelitis, multipler Sclerose und sekundären Degenerationen*“, przez KIEWLICZA.

c) „*Ueberluetische Sclerose der Trachea und Bronchien*“ i *Ueber die Heilbarkeit und oertliche Behandlung der so genannten Kehlkopfschwind-sucht*“ przez SOKOŁOWSKIEGO.

d) Wezwanie od Towarz. lekar. Kaukaskiego do przyjęcia udziału w obchodzie 25-letniego istnienia tegoż Towarzystwa w dniu 24 Kwietnia r. b. Postanowiono wysłać telegram gratulacyjny.

e) List od p. Trepka z Jeżowa pod Piotrkowem w kwestyi podziękowania wydrukowanego w pismach codziennych jednemu z członków Towarzystwa bez wiedzy tegoż kolegi. Na wniosek Prezesa postanowiono odesłać list ten do Zarządu Towarzystwa z poleceniem przypomnienia corocznie redakcyjom pism codziennych, aby wzmiankowanych podziękowań bez zezwolenia osób interesowanych nie drukowały.

III. Kol. FABIAN składa podanie na członka korespondenta kol. OPECHOWSKIEGO z Dorpatu, popierają kandydaturę kol. JAKOWSKI i SOKOŁOWSKI. Ze względu, iż kandydat znanym jest Towarzystwu z prac swych i odczytów wygłoszonych na posiedzeniach Towarzystwa, postanowiono większością głosów oceny prac nie przedstawiać.

IV. Następnie kol. SOKOŁOWSKI okazał chorą i mówił o przypadku złamania krtani z zejściem pomyślném.

„Niezwykłe ciekawy przypadek złamania krtani, zakończony wyzdrowieniem, miałem sposobność spostrzegać ostatniemi czasy na moim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Przypadek powyższy podaję tu w streszczeniu, całość zaś wraz z odnośną literaturą pomieszczoną będzie w Gazecie lekarskiej.

Józefa Młot, lat 20 licząca, wiejska dziewczyna, będąc najzupełniej zdrową, została przypadkiem w Styczniu 1888 roku pochwyconą przez tryby sieczkarni za fartuch, wedle tamtejszego zwyczaju zarzucony na plecy, w przedniej zaś części szyi na supeł zawiązany. Zaraz poczuła silny ból w okolicy szyi, wystąpiła duszność i mocny kaszel z wykrztuszaniem obfitej ilości krwi.

Chorą wieczorem tegoż dnia przywieziono (6 mil od Warszawy) do szpitala, na drugi zaś dzień wraz z kol. BUKOWSKIM, ordynatorem kliniki chirurgicznej, szczegółowo ją zbadaliśmy:

Chora tego zbudowana, z sinicą na twarzy, stan bezgorączkowy, duszność i kaszel znaczny, płwocina nie zawiera krwi, okolica przednia szyi mocno obrzmiała, *crepitatio subcutanea*, w okolicy lewej części chrząstki tarczowej acz z trudnością wyczuwa się nieco skośne zagłębienie. Okolica ta bolesna na dotyk. Badanie krtani lusterkiem, acz trudne, wykazało: poniżej nagłośni (prawidłowej), widać dwa grube (prawy więcej)

czerwone wały, zakrywające światło krtani, innych części krtani nie można zobaczyć. Wobec nieulegającego wątpliwości złamania krtani, oraz znacznej duszności, kol. BUKOWSKI dokonał zaraz przecięcia tchawicy, przyczem jednak okazało się, że na miejscu, odpowiadającym średniej części chrząstki tarczowej w dolnej jej części znajduje się znaczny otwór, prowadzący do krtani. W otwór ten wprowadzono bezwzględnie kaniulę, dokonano więc z konieczności laryngotomii. Przy operacji wydzielili się części chrząstek. W ciągu następnych kilku tygodni powtarzano próby wyjmowania rurki, lecz bezskuteczne, duszność za każdym razem po kilku godzinach powracała, kaszel zaczął się zmniejszać, płwocina z początku cuchnąca, zawierająca od czasu do czasu cząstki chrząstek, przestała się wydzielać, łykanie z wyjątkiem kilku pierwszych dni swobodne. Głos mocno ochrypnięty. Badanie krtani lusterkiem wykazało: nagłośnia prawidłowa, poniżej jej z każdej strony gruby czerwony wał, odpowiadający strunie fałszywej.

Pod niemi, acz trudno, dostrzedz można (więcej z prawej strony) części strun prawdziwych nieco zgrubiałych, nierównych. Fałdy nagłośniolenawkowe idą więcej w kierunku prostopadłym t. j. od przodu ku tyłowi i od góry ku dołowi. Chrząstki SANTORINIEGO znajdują się w głębi i odsunięte są na podwójną zwykłą odległość (wynosi ona więc około 3 ctm.). tylna ścianka krtani zabarwiona jest mniej, niż części otaczające, leży ona bardzo nisko, jakby w dolnym piętrze. Otwór prowadzący do krtani przedstawia się w postaci romba, o średnicy około 1 ctm. Zarówno struny fałszywe, jako też chrząstki SANTORINIEGO, oraz tylna ścianka krtani przy fonacyi były ruchome, acz nie zupełnie.

Ponieważ obraz powyższy (rysunek w tekście zamieszczony) był wielce niejasnym, kol. BUKOWSKI w Kwietniu dokonał rozszczepu krtani (laryngofisury), przez którą tą operacyję między innemi chcieliśmy usunąć przypuszczalne jeszcze części zmartwiałych chrząstek oraz wyjaśnić istotną postać rzeczy.

Przy operacyi okazała się ciekawa rzecz, mianowicie brak tylniej ścianki krtani, *resp.* tylnej części chrząstki obrączkowej, wobec tego odkrycia nie pozostało nic innego, jak zaszyć miękkie części i pozostawić rurkę w jej poprzednim miejscu. Dopiero teraz jasną się stała cała sprawa: wały, widziane w obrazie, były strunami fałszywemi, chrząstki SANTORINIEGO odsunięte wskutek zwicnięcia chrząstek nalewkowych w stawie nalewko-obrączkowym. Tylna ścianka krtani, pozbawiona trwałej podpory (brak tylnej części chrząstki obrączkowej), została mocno zetrahowaną ku dołowi. Otwór, prowadzący do krtani, prowadził jednocześnie do gardzieli *resp.* do przełyku. Rozumić się, że wobec takiego stanu rzeczy o wyjęciu kaniuli mowy być nie mogło. Chorą wypuściliśmy do domu z rurką, którą miała ona nosić całe życie.

W Styczniu roku bieżącego (1889) chora przybyła znowu do szpitala, obraz krtaniowy w niczem nie różnił się od powyżej opisanego. Po wyjęciu rurki przy badaniu zewnętrznem szyi okazał się prawie zupełny brak chrząstki tarczowej, a zdaje się i przedniej części chrząstki obrączkowej. W otworze, odpowiadającym dolnej części chrząstki tarczowej, widać owe grube czerwone wały, które przy fonacyi ku sobie się zbliżają; w miejscu, odpowiadającym tylniej ścianie krtani, palec nie wyczuwa tylnej części chrząstki obrączkowej, natomiast łatwo wyczuć sondę, wprowadzoną przez usta do przełyku. Tym sposobem mechanizm złamania w danym przypadku da się mniej więcej tak przedstawić: skutkiem pochwycenia trybem sieczkarni za fartuch, węzeł znajdujący się prawdopodobnie w okolicy chrząstki tarczowej, (więcej z lewej strony) zmiażdżył ją, przytém jednak uległa zmiażdżeniu i tylna część chrząstki obrączkowej, chrząstki zaś nalewkowe zostały zwichnięte w stawie obrączko-nalewkowym, pozostała zaś błona śluzowa tylnej ścianki krtani, uległa w następstwie silnej retrakcyi, pociągając za sobą również może chrząstki nalewkowe, oraz siedzące na nich chrząstki SANTORINIEGO, ztąd i kierunek więzów nagłośnie nalewkowych uległ wyżej opisanym zmianom. Ztąd owe głębokie położenie chrząstek SANTORINIEGO, zwłaszcza zaś tylnej ścianki krtani. Wskutek tego utworzyła się do pewnego stopnia komunikacja krtani z gardzielą *resp.* z przełykiem, i dla tego pokarmy wpadały w ciągu pierwszych paru dni do krtani, w następstwie jednak wskutek prawdopodobnie retrakcyi całej krtani, objaw ten nie miał miejsca. Głos ochrypły pozostał, wskazuje on, że struny prawdziwe, acz nie zupełnie normalne, istnieją. Próby zatkania rurki uwiecznione zostały skutkiem pożądanym, w ciągu przeszło 3 tygodni chora zupełnie dobrze oddychała, tak że w końcu zdecydowałem się na wyjęcie rurki tracheotomijnej, (co i było dokonaniem na drugi dzień po demonstracyi chorój w Towarzystwie lekarskiem).

W dyskusyi prezes BRODOWSKI, zwracając się do literatury tego przedmiotu, podanej również przez kol. S., wyraża swe zdziwienie, że złamanie krtani uważają za przypadki częste, gdy on przez tyle lat zajęć w gabinecie anat.-patol. ani razu na sekcyi nie miał sposobności spostrzeżać złamania tego organu. Tém jest to dziwniejszém, że wobec etiologii (skostnienie chrząstek, spadnięcie z wysokości i t. d.), trzeba przypuścić, że jednak są wszędzie usposabiające do tego warunki.

Kol. ROTHE oponuje w téjże materyi, aby zakładanie kaftanów w domach obłąkanych miało być powodem złamań krtani; kaftan taki jest to miękka koszula, która około szyi wcale nie ciśnie i w literaturze tego-rocznej nigdzie wzmianki o czémś podobnem nie znalazł.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że kazuistyka LESZA z Londynu, opartą jest jedynie na materyjale prosektoryjnym i że wyznaczona była komisya, która sprawdzała wyniki, które ogłosił.

V. Potém kol. STANKIEWICZ okazał chorego, młodego człowieka, dotkniętego licznými guzami kostnými, z których jeden na prawej goleni dochodzi do wielkości bardzo znacznej, i które mówca przyjmuje za produkty *myositis ossificantis progressivae*.

W dyskusyi Prezes BRODOWSKI nie może się zgodzić, aby guzy te można uważać za *myositis ossificans progressiva*; są to *exostoses multiplices*, gdyż nie ma nigdzie ich swobodnych wśród mięśni a przeciwnie wszystkie biorą początek z kości i to z nierówności kostnych na miejscach przyczepu ścięgien istniejących i rosną wzdłuż tychże ścięgien. Tembardziej trzeba je uważać za pochodzące z układu kostnego, gdyż mamy i inny dowód wadliwości w ustroju kostnym tego chorego, a mianowicie duży złośliwy jakiś nowotwór na goleni (*osteo-sarcoma?*), również pochodzący z kości.

VI. W końcu Vice-prezes PRZEWOSKI mówił obszernie o zmianach w krtani przy tyfusie brzuszny, demonstrując odczyt licznými preparatami anatomo-patologicznými.

PRZEWOSKI zakomunikował swą pracę pod tytułem: „O zmianach anatomicznych w krtani przy 17 przypadkach tyfusu brzuszego i o niektórych szczególnych zmianach w kiszkiach przy téjże chorobie“. Ważniejsze zmiany przedstawiono na preparatach.

Cały materyjał obserwacyjny zebrano w ciągu 3 lat ostatnich w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Z badanych 17 osób było mężczyzn 9 i kobiet 8. Wszystko to były indiwidua młode, od 15 do 35 lat, przeważnie służące i wyrobniicy. U niektórych tylko z nich cierpienie krtani objawiało się więcej lub mniej mocną chrypką, słabą bolesnością i obrzmieniem krtani przy obmacywaniu zzewnątrz. U innych żadnych objawów ze strony krtani nie zanotowano. Nakoniec u jednego, u którego robiono tracheotomię, chrypka stopniowo wzrastała i wreszcie szybko dołączyły się objawy, dowodzące mocnego zwężenia krtani.

W krtani znalezione następujące zmiany:

1. Prawie stałą zmianę anatomiczną u badanych 17 indywiduów stanowił katar błony śluzowej krtani, jakkolwiek w niektórych przypadkach był on bardzo nieznaczny. Obok kataru występowały:

2. Wrzody brzeżne na nagłośni 8 razy i to: 3 razy jako wrzody dwustronne, 4 razy, jako owrzodzenie lewostronne i raz jeden jako owrzodzenie tylko prawostronne.

3. Wrzody przy podstawie chrząstek nalewkowych nad tylną częścią wyrostka głosowego sześć razy. We wszystkich przypadkach były one dwustronne. Pięć razy miały one po obu stronach wielkość i formę jednakową i jeden raz wrzód z jednej strony był daleko większy, niż ze strony drugiej.

4. Wrzody na brzegu strun prawdziwych 3 razy i to: raz jeden jako cierpienie dwustronne i dwa razy jako jeduostronne. Przy dwustronném cierpieniu wrzody nie przedstawiały się symetrycznie. Pewna część

z tych wrzodów, zajmując brzeg wolny struny prawdziwej, rozciągała się ku tyłowi na wewnętrzną powierzchnię wyrostka głosowego. Dno wszystkich wrzodów było pokryte rozpadającym się, żółto szarawym, strzępiasto włóknistym strupem.

5. Wrzody za tylną blaszką chrząstki obrączkowej, a więc właściwie już w dolnej części gardzieli, jako w każdym przypadku jednakowo wielka i zupełnie odpowiadająca sobie zmiana przedniej i tylnej ściany gardzieli, dwa razy. W każdym z tych przypadków wrzody były pokryte żółto-szarawym, rozpadającym się strupem.

6. Naloty dyfterytyczne przeważnie w górnej części krtani, ale także na strunach prawdziwych i pod nimi trzy razy. W każdym z tych przypadków krtan przedstawiała się jako główne siedlisko zmiany ze słabem rozszerzeniem się jej na przylegające części gardzieli.

Zmian specyficznych, analogicznych z mózgowatemi nacieczeniami tworów limfatycznych w kiszkacl, nie znaleziono w żadnym z tych przypadków. Toż samo nie znaleziono zapaleń ochrzęstnej, zaczynających się od zmian w tej błonie.

Przy badaniu bliższem wymienionych zmian znaleziono przy zapaleniu kataralnem zmiany zwykle opisywane przez innych. Przy nalotach dyfterytycznych nigdzie nie udało się znaleźć specyficznych laseczników tyfusowych, w myśl poszukiwań EPINGERA. Zmiany zaczynały się od powierzchownej nekrozy nabłonka, wywołanej głównie przez grzybki ropotwórcze (głównie przez *staphylococcus pyogenes aureus*), i szerząc się wgłąb, przedstawiały mniej więcej tak samo jak zmiany przy *angina diphtheritica deuteropathica*. W dwóch tylko przypadkach pod znekrozowaniami częściami in filtracja drobnokomórkowa była niezmiernie słabą. Wrzody brzeżne na nagłośni, wrzody przy podstawie chrząstek nalewkowych na wewnętrznej powierzchni tylnych części wyrostków głosowych i wrzody na wolnym brzegu strun prawdziwych uważa PRZEWOSKI za zmiany zależne od nekrozy błony śluzowej. Nekrozy te występują na gruncie przygotowanym przez bardzo osłabione krążenie krwi przy tyfusie, przez złe odżywianie tkanek i przez często obecne zapalenie kataralne. Decydującym zaś momentem, dla czego te nekrozy występują we wskazanych miejscach, są stosunki zależne od budowy anatomicznej. Na brzegu chrząstki nalewkowej spulchniona błona śluzowa, opierając się na ostrym brzegu chrząstki nalewkowej, ulega nekrozie skutkiem ucisku (*Drucknekrose*), czego dowodem jest obecność w niektórych przypadkach szaro-żółtawego strupa, łączącego brzegi wrzodu przy jego końcach. Na brzegach wolnych strun i na wewnętrznej powierzchni wyrostków głosowych, miejscową przyczynę nekrozy stanowi utrudnienie krążenia w zbitej tkance sprężystej, lub w zbitej tkance włóknistej. Nekroza za tylną blaszką chrząstki obrączkowej jest znowu wynikiem uciśnienia naczyń krwio-

nośnych przez ciężar krtani, przyciskającej cienką warstwę miękkich tkanek do przedniej powierzchni kręgosłupa.

Wrzody powstałe skutkiem wymienionych zmartwień początkowo nie są wielkie, ale z powodu dołączenia się następnie zmian gnilnych w strupie i szerzenia się tej sprawy na otaczające bardzo osłabione, a stąd mało-oporne tkanki, mogą przybierać wielkie rozmiary. Mogą stopniowo ulegać zniszczeniu mięśnie, chrząstka, chrząstki, stawy i t. d. W przypadkach, kończących się źle, przy szerzeniu się spraw rozpadowych nigdzie nie widać wyraźnej reakcyi ze strony tkanek. Powstające przy zgorzeli strupy i produkty ich rozpadu są przepełnione masą przeważnie pręcikowatych mikroorganizmów.

Jeżeli sprawa kończy się dobrze, to wrzody się zablizniają, dając następne zmiany zależne od kurczenia się blizn.

Zmiany dyfterytyczne i nekrotyczne w krtani oprócz miejscowego znaczenia stają się jeszcze powodem zmian w płucach. Więcej, niż w połowie tego rodzaju przypadków w tylnych i dolnych częściach płuc rozwija się więcej lub mniej obszerne zrazikowe zapalenie płuc, skutkiem wciągnięcia z prądem powietrza produktów rozpadu z krtani (*Pneumonia lobularis ex aspiratione*). W niektórych takich przypadkach wiele ognisk zapalnych w płucach ulega w środku gnilnemu rozpadowi (*Pneumonia lobularis septica*).

W dwóch z 17 badanych przez PRZEWOSKIEGO i wymienionych powyżej przypadków tyfusu brzuszno-obojistego zmian tyfusowych w kiszce istniało jeszcze rozległe i znaczne zapalenie krupowe. Występowało ono tak jak zmiany tyfusowe w dolnej części kiszki cienkiej i w górnej części kiszki grubej. W jednym przypadku pod świeżym nalotem krupowym były starsze, już oczyszczone wrzody tyfusowe w kiszce a w drugim bardzo grube, szaro-białawe i obfite błony krupowe pokrywały błonę śluzową z poczynającymi się nacieczeniami mózgowatymi blaszek PEYER'a i gruczołów odosobnionych. Podobnych do ostatniego przypadków PRZEWOSKI widział jeszcze dwa u indywiduów, u których nie było zmian w krtani. Także mózgowate nacieczenia w gruczołach PEYER'a i gruczołach odosobnionych były bardzo świeże i błona śluzowa była pokryta grubym krupowym nalotem w dolnej części kiszki cienkiej i w górnej części kiszki grubej. Nalot krupowy zajmował z każdej strony zastawki BAUHIN'a trochę większą przestrzeń, niż zmiany specyficzne, tyfusowe. We wszystkich tych trzech ostatnich przypadkach choroba przebiegała niezmiernie gwałtownie z wielką gorączką, z wielkim osłabieniem sił, z ogromnie powiększoną śledzioną i z wielkim zajęciem ośrodków nerwowych (ciągłe majaczenie i nieprzytomność). We wszystkich trzech ostatnich przypadkach można było bardzo łatwo stwierdzić obecność laseczników tyfusowych w nacieczeniach mózgowatych w ściankach kiszek, w gruczołach krezkowych i w śledzionie. Wobec wykaza-

nych zmian nie ulega wątpliwości, że zmiany tyfusowe w kiszkiach mogą ulegać powikłaniu przez zapalenie krupowe błony śluzowej. Gdy to zapalenie krupowe występuje wraz z poczynającymi się zmianami tyfusowymi w kiszkiach to można myśleć, że ono zależy od téjże saméj przyczyny. Zakażenie tyfusowe w kiszkiach zwykle wywołuje w pierwszej chwili zmiany kataralne w błonie śluzowej, do którego zaraz potem dołączają się nacieczenia mózgowate tworów limfatycznych. Otóż w niektórych przypadkach bardzo silnego zakażenia w miejsce zapalenia kataralnego może przyjść zapalenie krupowe z dołączeniem się dalej nacieczeń mózgowatych. Gdy zapalenie krupowe świeże dołącza się do starszych zmian tyfusowych w kiszkiach, jak to było w jednym z przytoczonych przypadków, to trzeba myśleć, że ma ono takie znaczenie, jak wtórne zapalenia krupowo-dyfterytyczne przy cholera-tyfoidzie, przy szkarlatynie i t. d.

W dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI wspomina jeszcze o jednéj zmianie w krtani, jaką spostrzegał po tyfusie i stawia z nim w związku. U chorej, której przed pół rokiem robiono tracheotomię, przy tyfusie spostrzegł lejkowatą poprzeczną błonę z otworem centralnym w tchawicy tuż za krtanią; leczenie endolaryngealne nie dało efektu żadnego, dopiero po dokonaniu *laryngofissury* wypalono ją żegadłem PAQUELIN'a; z wyciętego przy tém kawałka błony okazało się, że był rozrost całej błony śluzowej.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że objaśnienia kol. PRZEWOSKIEGO są dla nas tém cenniejsze, iż klinicyści ze względu trudności badania mało przyczynić się mogą do wyjaśnienia tych spraw, a głównie jest to zadanie anatomo-patologów; z dwu przypadków opisanych przez kol. P. w jednym nie podejrzewano najmniejszych zmian w krtani, w drugim zdołano dojrzeć tylko obrzęk krtani. Co do pochodzenia owrzodzeń i zniszczeń w krtani przy tyfusach, to mówca sądzi, że zależć one muszą od innych, niż tyfusowe bakteryj i są wyrazem zakażenia wtórnego.

Kol. PRZEWOSKI, zwracając się do przemówienia kol. SOKOŁOWSKIEGO, nie sądzi, aby błonę, o której była mowa, i którą sam badał pod drobnowidzem, można było stawić w jakimbądź związku z tyfusem, najprawdopodobniej sama byłaby się wytworzyła z czasem; był to prosty rozrost tkanki łącznej, a w téj rozrosłe również gruczoły śluzowe. Co do trudności badania zmian tyfusowych w krtani za życia, przytacza zdanie SCHRÖTTER'a, który uważa, że w każdym przypadku, gdy jest chrypka i utrudnienie połykania badać trzeba i że badanie to jest rzeczą dostępną. Wreszcie dodaje, że zapalenie płuc przy tyfusie, jeśli istnieją równocześnie owrzodzenia, mają charakter *Schluck-pneumonie*, gdy zaś ich niema to *pneum. cruposae*.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, M. Jakowski.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 26 Marca 1889 r.

PREZES: Brodowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) „Gazetę lekarską“ za rok 1888.

b) Protokoły z posiedzeń Towarz. lek. Podolskich.

c) „O wartości i sposobach wypłukiwania komórek ocznych“ przez WICHERKIEWICZA.

d) *Divonne les Bains, par VIDORT.*

III. Prezes BRODOWSKI komunikuje, że nowotwór demonstrowany na zeszłym posiedzeniu przez kol. STANKIEWICZA, po bliższem zbadaniu drobnowidzowem okazał się *enchondroma ossificans* w znacznej swęj części już uległy skostnieniu.

IV. Kol. Z. KRAMSZTYK odczytał protokoły z posiedzeń komitetu higieny publicznej za czas od 1 Czerwca 1888 po koniec tegoż roku.

V. Następnie kol. BUJWID opisał swe wrażenia z wycieczki naukowej, odbytej w roku zeszłym na koszt kasy imienia MIANOWSKIEGO; podczas podróży kol. BUJWID zwiedził pracownie bakteriologiczne we Wrocławiu, Berlinie, Paryżu i Londynie.

Potem kol. B. okazał robione przez się fotografie bakterij chorobotwórczych i hodowlę aktinomykozy, otrzymaną w tych dniach z przypadku tego cierpienia w szpitalu Św. Ducha. Kol. B. zaznacza, że hodowle te udały się tylko w atmosferze beztlenowej (według metody BUCHNER'a), i że zawierają koki, prawdopodobnie ropne, które zanieczyściły hodowlę i uwolnił jej od nich dotąd nie zdołał.

W dyskusyi prezes BRODOWSKI nie sądzi, aby ziarnistość (koki), o których mówił kol. BUJWID można uważać za zanieczyszczenie; stanowi ona nieodłączną część samej *actinomyces*, tak wyhodował ją BOSTROEM, który zalicza *actinomyces* do t. z. *Spaltalgen*; dziwne jednak, że BOSTROEM wyhodował grzybek promienicy właśnie w atmosferze tlenu, lecz do hodowli używał nie części kolbkowatych grzybka, lecz tych, gdzie do wytworzenia kolbek jeszcze nie doszło. Prezes BR. dodaje, że obecnie bada przypadek pierwotnej *actinomykozy* trzustki, (gdzie rozwinęły się także ogniska i na otrzewnej i w nerkach) i znajduje właśnie nitki wraz z takimi ziarnistymi masami; ponieważ prof. BR. w tworach tych znajduje cienkie nitki promieniste obok szerszych zakończonych kolbkowato, sądzi więc, że zdanie CROUNGSIIANK'a, iż cienka promienista *actinomyces* jest odmianą oddzielną tego grzybka nie ma podstawy uzasadnionej.

Kol. JAKOWSKI przypomina przypadek komunikowany na jednym z posiedzeń w roku zeszłym przez kol. DUNINA, który przypadkowo w przypadku tym widział w podejrzanych o promienicę tworach tylko

wzmiankowaną ziarnistość a potem dopiero natrafił na typowe okazy gwiazdziste. Następnie kol. J. komunikuje, że także obrazy miał sposobność spostrzegać świeżo w jednym przypadku, dostarczonym mu do zbadania przez kol. JAWDYŃSKIEGO. W grudkach, pływających wśród surowiezo krwawego płynu, gdyż do ropienia jeszcze nie doszło, po wytrawieniu słabym roztworem ługu widział ziarnistość imitującą najzupełniej koki, a z niej rozchodzące się promienisto, rozgałęziające się cienkie niteczki bez zakończeń kolbkowatych.

Kol. KIJEWSKI dodaje, że obecność ziarnistości w środku guzów aktinomykotycznych jest faktem znanym jeszcze od czasu pracy BOLINGER'a. Kol. K., szczepiąc myszom promienicę, znajdował zawsze takie właśnie twory u zwierząt zaszczepionych.

Kol. BUJWID odpowiada, że dopóki nie wyhoduje oddzielnie obok nitek staphylokoków lub streptokoków ropnych, nie może być pewnym, czy ziarnistość w jego hodowlach nie jest tylko zanieczyszczeniem. Atmosfera beztlenowa, zdaniem kol. B. ułatwia hodowlę, sądzi więc, że *actinomyces* winien być zaliczony do *anaëbies*. Prezes BRODOWSKI zwraca uwagę, że skoro grzybek jakiś został wyhodowany i wśród atmosfery tlenu i w atmosferze beztlenowej, musi być uważany i za *aërobies* i za *anaërobies*.

VI. W końcu kol. GRUNDZACH opisuje przypadek znalezienia 4 kamieni żółciowych przy przepłukiwaniu żołądka. W przypadku tym rozpoznawano znaczną rozstrzeń żołądka. Zwężenie odźwiernika wobec zalegania znacznej ilości pokarmów w czczym żołądku i istnienia t. zw. „niepokoju robaczkowego“ (*peristaltische Unruhe*) (KUSSMAUL), nie ulegało wątpliwości; wątpliwą była jedynie natura tego zwężenia, guza bowiem żadnego nie wymacywano, a wydzielanie kwasu solnego i pepsyny było zachowane. Fakt znalezienia w żołądku kamieni żółciowych, charakter których został stwierdzony przez badanie chemiczne i drobuowidzowe, rozjaśnia właśnie przyczynę cierpienia. Mamy tu niewątpliwie do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, powstałym wskutek wytworzenia się w okolicy odźwiernika przetoki, prowadzącej do pęcherzyka *resp.* przewodu żółciowego i ściągania się następnego tkanki, tworzącej ściany owęj przetoki lub licznych przetok, jak to miało miejsce w przypadku SOKOŁOWSKIEGO, demonstrowanym w Towarzystwie przez Prezesa w Styczniu roku zeszłego. Gł. mówi następnie o tém, w jaki sposób wogóle kamienie żółciowe do żołądka dostawać się mogą i uważa, że mogą być trzy sposoby takiego przechodzenia kamieni do żołądka: 1) proste przedostawanie się kamieni żółciowych do żołądka, kamienie zamiast iść drogą zwykłą, zostają przepychane w odwrotnym kierunku; zdarzyć się to może przy pewnych warunkach jedynie wobec normalnego odźwiernika lub też osłabionego; 2) przechodzeniu kamieni sprzyja przetoka, istniejąca pomiędzy pęcherzykiem *resp.* przewodem żółciowym a żołądkiem; 3) sprzyja mu

również wytworzenie się jamy dwunastnico-żołądkowej, powstałej skutkiem zwężenia dwunastnicy poniżej (fizjologicznie biorąc) „*diverticulum Vateri*“. Ostatnia możliwość nie daje się w przypadku opisywanym wyłączyć, jakkolwiek należeć ona musi do nadzwyczajnych rzadkości.

W dyskusyi Prezes BRODOWSKI przypuszcza, że przetoki istnieć tu musiały nie między pęcherzykiem, lecz między przewodem pęcherzyka i żołądkiem. Protestuje również przeciw nazwie rozpowszechniającej się „rozstrzeń żołądka“, wobec tego, że mamy doskonały termin, oddawna używany „rozszerzenie“.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski*.

Posiedzenie kliniczne dnia 2 Kwietnia 1889 r.

PREZES: Brodowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes komunikuje o śmierci członka honorowego naszego Towarzystwa, ś. p. profes. ALFREDA BIESIADECKIEGO, proto-medyka Galicji; podnosząc zasługi zmarłego jako uczonego, profesora, administratora, wreszcie jako przewodniczącego międzynarodowej komisji naukowej, wysłanej do Wietlanki dla zbadania dżumy w roku 1879, wnosi uczczenie Jego pamięci przez powstanie.

Towarzystwo uczyniło zadość wezwaniu przewodniczącego.

Następnie Prezes komunikuje, iż Towarzystwo nasze otrzymało telegraficzne zaproszenie do udziału w pogrzebie, odbyć się mającym jutro (3. IV. 89). Ponieważ ze względu na krótkość czasu wysłanie delegata z Warszawy jest niemożliwem, postanowiono uprosić członków korespondentów Towarzystwa, zamieszkających we Lwowie Dr. Dr. SEIFMANA, KRÓWCZYŃSKIEGO i WIDMANA o reprezentowanie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego na pogrzebie ś. p. BIESIADECKIEGO.

III. Nadesłano:

Protokoły posiedzeń Towarzystw lekarskich: Omskiego (1887/8 r.); Kaukaskiego Nr. 14 (1888/9) i Tauryckiego (1887/8) r.).

IV. Kol. MAYZEL składa podanie na członka korespondenta D-ra FINGER'a z Wiednia, wraz z pracami tegoż. Popierają kandydaturę kol. HERYNG i TRZCIŃSKI; sprawozdawca kol. ELSENBERG.

V. Następnie kol. CHEŁMOŃSKI mówił: „O wpływie przewlekłych chorób narządów oddechowych na trawienie żołądkowe“.

Znajomość stanu przewodu pokarmowego w przewlekłych chorobach dróg oddechowych odgrywa w leczeniu tych chorób poważną rolę. Autor rozpatruje trawienie żołądkowe chorych dotkniętych gruźlicą przewlekłą, rozedmą płucną i przewlekłym nieżytem oskrzeli. Zawartość otrzymywaną była po próbnym obiedzie RIGEL'a pierwszy raz po 3 godz., drugi raz po 4-ch, trzeci raz po 5-ciu. W ten sposób każdy chory był badany minimum trzykrotnie; niektórzy po 5—8 razy. Wolny HCl określano zwyczajnie odczynnikami GÜNZBURG'a, mechaniczną sprawność badano według LEUBE'go; zresztą trzymało się metod powszechnie używanych. Rozporządzając często małą ilością zawartości, autor zmuszony był pominąć próby na ferment mleczny i stopień kwaśności.

Gruźlica przewlekła. Zbadano 11 suchotników nie gorączkujących w różnym wieku, we wszystkich okresach choroby, z objawami niestrawności i bez tychże. Z tych u 8-miu w zawartości żołądka stale nie znajdowano wolnego HCl. Sok pozbawiony wolnego HCl tylko w 2 przyp. połączonych z niestrawnością dawał odczyn na śluz; peptonu zwyczajnie nie zawierał, dostatecznie zakwaszony trawił słabo, przy ciepłocie 38°, zaledwie po 1—3 dni. Sok, zawierający wolny HCl trawił nieco po 12 godz. Mechanizm trawienia niezależnie od obecności lub braku wolnego HCl w 2 przyp., połączonych z objawami niestrawności, okazał się niedostatecznym, zresztą był prawidłowy. Chłonięcie we wszystkich przyp. okazało się niedostatecznym.

Przechodząc do objaśnienia wzmiankowanych zmian w składzie soku żołądkowego, autor nie może przyjąć tłumaczenia EDINGER'a (*degeneratio amyloidea arteriarum membranae mucosae ventriculi*) za wystarczające we wszystkich przypadkach; gdyby tłumaczenie to było słusznym, na zwłokach suchotników powinniśmy często spotykać się ze zwyrodnieniem takiej samej natury w nerkach, wątrobie i śledzionie, tymczasem tak nie jest: na 162 zwłokach znaleziono wszystkiego 8 razy zwyrodnienie skrobiowate nerek, w 6 przyp. połączone z takimże zwyrodnieniem śledziony a w 2 i wątroby. Przyczyny wzmiankowanego nieprawidłowego składu soku żołądka, autor upatruje po części w niedokrewności błony śluzowej, zależnej od ogólnej niedokrewności a może i od *endoarteriitis fibrosa chronica*, niekiedy od *degeneratio amyloidea arteriarum*, po części od zastojów żylnych w błonie śluzowej żołądka, który to zastój spotyka się w gruźlicy bardzo często i łatwo zrozumianym być może, zważywszy, że w tej chorobie występują przeszkody w małym krążeniu, zmniejsza się siła ssąca klatki piersiowej, mięsień sercowy często ulega zanikowi lub zwyrodnieniu.

Przewlekły nieżyt oskrzeli. Zbadano trawienie żołądkowe 4 chorych niegorączkujących w różnym wieku i różnie odżywianych i we wszystkich 4 przypadkach znaleziono skład soku i mechanizm trawienia prawidłowy.

Rozedma płucna. W 15 przyp. niegorączkujących badanych wtedy, kiedy istniała duża duszność, obrzęk płuc i nieżyt oskrzeli, stale nie występował odczyn na wolny HCl.; znajdowano zaledwie ślady peptonu, siła trawienia okazała się niedostateczną. Mechanizm trawienia w przypadkach bez towarzyszenia niestrawności, prawidłowy. U 2-ch chorych, których trawienie udało się autorowi zbadać wtedy, kiedy duszność znacznie się zmniejszyła, obrzęki płuc i nieżyt oskrzeli ustąpiły, sok żołądkowy okazał się prawidłowym. Fakt ten dowodzi, że w tej chorobie mamy do czynienia z przemijającym niedowładem wydzielniczym. Dla objaśnienia takich zmian w składzie soku żołądkowego u chorych dotkniętych rozedmą, autor przejrzał protokoły sekcyjne i przekonał się, że w rozedmie płucnej niezmiernie często mamy do czynienia z nieżytem błony śluzowej żołądka. Nieżyt ten, wnosząc ze stanu wątroby, będącej w tej chorobie we wszystkich prawie przypadkach w stanie zastój żylnej, zawdzięcza swe pochodzenie niedostatecznemu odpływowi krwi żylnej z żołądka. Zastój ten w wątrobie *resp.* w żołądku za życia chorego może się powiększać i zmniejszać zależnie od czynności kiszek, serca, nasilenia nieżyty oskrzeli i t. p. Ztąd w 2 przypadkach rozedmy wtedy, gdy istniała znaczna duszność, obrzęk płuc i nieżyt oskrzeli, sok żołądkowy wydzieliał się w zmniejszonej ilości, po zmniejszeniu się duszności, po ustąpieniu obrzęku płuc i nieżyty oskrzeli, okazał się prawidłowym. Że istotnie zastój żylny może zmniejszyć wydzielanie się wydzielin widać to z doświadczeń PANETH'a i MUNK'a i SENATOR'a, którzy wykazali, że pod wpływem zastój żylnej zmniejsza się ilość moczu i mocznika. Czy taka zmiana soku żołądkowego wpływa na stan ogólny? Wiadomo, że w tych razach, w których niedowład wydzielniczy żołądka zależy od miejscowej żołądkowej przyczyny, przy dostatecznej mechanicznej sprawności żołądka, chemiczną czynność pełni zastępczo trzustka i ustrój nie wiele na tym traci. Rzecz ta jednak przedstawia się inaczej, jeżeli przyczyna, spowodzająca wzmiankowany niedowład, jest ogólna, jak np. gorączka, pod wpływem której zmniejsza się wydzielanie wszystkich soków trawiennych. Zdaje się słusznym przypuszczenie, że to samo zachodzić powinno, jeżeli przyczyną niedowład będzie ogólne wyniszczenie lub zastój żylny w całej jamie brzusznej. Wtedy nie ma co liczyć na czynność zastępczą trzustki, lecz spodziewać się należy zmniejszonego wydzielania soków trawiennych całej jamy brzusznej. Rzecz oczywista, że o ile taki niedowład będzie stałym, to z konieczności odbić się musi na stanie ogólnym. W gruźlicy przewlekłej wśród wielu czynników składających się na to, że dany ustrój ubożeje, złe trawienie odgrywa zapewne poważną rolę. Dobre odżywianie chorych dotkniętych rozedmą objaśnione być może przemijającym niedowładem wydzielniczym soków trawiennych.

W dyskusyi kol. FABIAN zaznaczył, że trudno jest się opierać na zaznaczonych w protokołach sekcyjnych wzmiankach o zwyrodnieniu skro-

biowatém tętnie żołądka; sprawa ta może być nieraz wyrażoną bardzo nieznacznie i wymaga ścisłego zbadania drobnowidzowego w tym kierunku, co przecież nie w każdym przypadku sekcyi się robi. Zwraca następnie uwagę na jeden jeszcze moment, mogący usposabiać do zaburzeń w trawieniu u suchotników, a mianowicie, że może tu mieć miejsce zakażenie ptomainami, a wiemy z ostatnich badań HAMMERSCHLAG'a, że one istnieją w lasecznikach gruźliczych.

Kol. PACANOWSKI nadmienił, że KLEMPERER doszedł do tychże wniosków, co kol. CHEŁMOŃSKI, z tą różnicą, że przypisuje przyczynę zaburzeń jedynie nieżytności żołądka. Kol. P. przychyliła się do poglądów, wygłoszonych przez kol. CHEŁMOŃSKIEGO. Kol. CHEŁMOŃSKI dodaje w tém miejscu, że obserwacje jego już były dokonane, zanim pojawiła się praca KLEMPERER'a.

Prezes BRODOWSKI zgadza się najzupełniej z kol. FABIANEM co do ostrożności w rozpoznawaniu zwyrodnienia skrobiowatego bez szczegółowego badania drobnowidzowego, które przecież nie zawsze bywa robioném; nie można wnosić nic pewnego z istnienia zwyrodnienia skrobiowatego w nerkach, wątrobie i t. d., gdyż cierpienie to może wcześniej wystąpić w innych narządach np. kiszki, żołądka i tu bez dyagnozy drobnowidzowej nic pewnego powiedzieć nie można. Toż samo można powiedzieć i o rozpoznaniu *endoarteriitis fibrosae*, występującej przeważnie w ogniskach zapalnych, bez badania drobnowidzowego rozpoznać się nie daje.

Kol. CHEŁMOŃSKI powołuje się na dysertację petersburską IPPY, który w 17 przypadkach sekcyj trupów suchotniczych badał tętnice duże i znajdował w ich ścianach *endoarteriitis fibrosa*.

VI. Potém kol. HERYNG okazał chorą, demonstrowaną już na jednym z uprzednich posiedzeń tegorocznych, a dotkniętą otokiem ropnym jamy HIGHMOR'a. Wszelkie zamierzone próby dokonania operacji jaką nową metodą nie doprowadziły do rezultatu i trzeba było, według dawniej metody HUBER'a po wyrwaniu zęba, zrobić otwór przez zębodół i tym sposobem opróżnić dopiero wypełnioną ropą jamę, co i wykonał ambulatoryjnie kol. JAWDYŃSKI. Chora jest obecnie zupełnie zdrową.

VII. Przystąpiono do wyborów nowych członków Towarzystwa.

Członkiem honorowym wybrano dotychczasowego członka czynnego, prof. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO.

Członkami czynnymi wybrano kolegów ZAWISZĘ KONRADA i GURANOWSKIEGO ADOLFA.

VIII. W końcu posiedzenia kol. KRYSIŃSKI, po krótkim przedstawieniu historii rozwoju mikrotomów i ich rozmaitych typów:

1. Cylindryczny, w którym preparat unoszony jest przez śrubę mikrometryczną, nóż zaś prowadzi się z wolnej ręki: mikrotomy RANVIER'a, GUDDEN'a.

2. Sankowy, w którym preparat unoszony jest przez przesuwanie unoszącej go klamry po równi pochyłej, nóż zaś posuwa się w ślizgających się po szynach sankach: mikrotomy RIVET'a (drewniany), LEISER'a, SPEN-GEL'a, LONG'a, a w końcu najbardziej udoskonalony THOM'a JUNG'a.

3. Sankowo-śrubowy, w którym klamra z preparatem unoszona jest jak w mikrotomie RANVIER'a przez śrubę mikrometryczną, nóż zaś ślizga się w sankach jak w mikrotomie RIVET'a: mikrotomy SCHANZE'go (nóż osadzony na suporcie), ZEISS'a, (szyft, przechodzący przez część dolną klamry z nożem, powstrzymujący unoszenie się jej przy krajanu twardych preparatów), DEMBOWSKIEGO.

i rozebraniu krytycznym ich rozmaitych wad i zalet przedstawia mikrotom własnego pomysłu, wykonany przez mechanika P. Schulze, w Dorpacie, różniący się od mikrotomu DEMBOWSKIEGO w następujących punktach:

1. Nóż jest umocowany w kuli (*Kugelgelenk*).
2. Sama kula na obracającej się około osi pionowej tarczy.
3. Zastosowanie aparatu umieszczonego w sankach i poruszanego za pomocą dyszla, służącego do unoszenia sanek podczas powrotnego ruchu noża.
4. Zastosowanie eliptycznej klamry preparatowej i w końcu
5. Dodanie do 2-ch śrub SCHANZE'go, umożliwiających ruchy klamry preparatowej naokoło dwóch osi do siebie prostopadłych (sagitalnej i frontalnej), trzeciego ruchu naokoło osi pionowej za pomocą dwóch tarcz, unoszących klamrę preparatową.

W rozbiórce tych modyfikacji Kr. twierdzi, że możliwość zupełnie dowolnego ustawienia płaszczyzny noża do płaszczyzny preparatu, którą on osiągnął przez zastosowanie stawu kulowego (*Kugelgelenk*) jest nader pożądana, gdyż przez stosowne pochylenie tych dwóch płaszczyzn osiągnąć można, że z preparatu, z którego przy najostrożniejszym nożu, ledwie względnie znośne skrawki otrzymać się dają, przy innym stosowniejszym z łatwością najcieńsze skrawki otrzymać można. Temu kardynalnemu warunkowi jeden tylko mikrotom DEMBOWSKIEGO choć w części odpowiada, a i ten przez nieszczęśliwą i zupełnie zbyteczną komplikację (3 osi, równa ilość wskazówek i łuków, dane pochylenie mierzyć mających) a przede wszystkim przez ograniczoność samych ruchów ledwie wyrażonemu warunkowi czyni zadość. Przez zastosowanie stawu kulowego (*Kugelgelenk*) cała trudność w zupełności i o ile się zdaje w najprostszy sposób w mikrotomie Kr. pokonaną została.

Nadzwyczajna obfitość i wielkość ruchów klamry preparatowej pozwala z łatwością jakkolwiek na korku naklejony preparat do położeniażądanego doprowadzić, a też obfitość ruchów klamry i noża dozwala w sposób najprostszy i zupełnie dokładny przyprowadzić płaszczyznę

preparatu do zupełnej równoległości od płaszczyzny przez ostrze poruszającego noża zakreślanej.

Kr. przedstawia dalej nader dowcipnie pomyślane mikrotomy amerykańskie, w których preparat unoszony jest przez śrubę mikrometryczną, nóż zaś będący zwykłym, w drzewo oprawnym, żelazem od hebla stolarskiego, poruszał się ręką, jak hebel po dwóch dobrze oszlifowanych tafelkach szklanych. Kr. chwali szczególnie mikrotom przeznaczony do krajania zamrożonych preparatów i twierdzi, że zapomocą tego narzędzia otrzymywał z całą łatwością nieprzerwane seryje skrawków na 0,01 mm. grubych. Narzędzie to z powodu swojej prostoty, dokładności i trwałości zasługuje zupełnie na polecenie i powinno by w razie jakiegokolwiek wątpliwości przy sekcjach patologicznych korzystne znaleźć zastosowanie.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

PROTOKÓŁY

POSIEDZEŃ KOMITETU HYGIENY PUBLICZNEJ.

Posiedzenie dnia 16 Marca 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni: CHEŁCHOWSKI, JAKOWSKI, LUBELSKI, NATANSON, ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, MAYZEL, PRZEWOSKI i POLAK.

Z powodu nieobecności członków komitetu, których prace są umieszczone na porządku dziennym, tenże według programu nie mógł być wypełnionym.

PREZYDUJĄCY zaznacza, że z powodu nieregularnego uczęszczania niektórych członków komitetu na posiedzenia, ani sprawa dezynfekcyi, ani inne kwestyje, wchodzące w zakres czynności komitetu, nie mogą być należycie wykonane i zużywa się na nie zbyt długi przeciąg czasu; niektórzy zaś z członków nie zawiadamiają o nieobecności, co wymagalnem jest według regulaminu. Dla tego też pożądanem jest, aby członkowie komitetu zechcieli regularnie bywać na posiedzeniach a w razie niemożności przybycia zawiadamiać o tém przed posiedzeniem.

W końcu prezydujący zakomunikował, że bywa wzywany od czasu do czasu na posiedzenia komisji sanitarno-policyjnej przy urzędzie p. Ober-policmajstra m. Warszawy. Na ostatniem takim posiedzeniu, gdzie panowała różnica zdań co do możności dozwalania na urządzenie składów kompostu z torfu otwockiego, NATANSON przechylił się do zdania komisji

złożonej z p. MILICERA i D-ra NENCKIEGO, która orzekła, że urządzenie rzeczonych składów w obrębie miasta nie jest szkodliwem dla zdrowia mieszkańców i może być dozwolonem.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 30 Marca 1887 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: CHEŁCHOWSKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, MARKIEWICZ, MAYZEL i ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: BARANOWSKI, DOBRZYCKI i PRZEWOSKI.

VICE-PREZES Towarzystwa lekarskiego komunikuje, że na posiedzeniu tegoż w dniu 29. III. r. b. po odczytaniu przez Sekretarza komitetu higieny publicznej referatu, opracowanego przez komitet a dotyczącego dezynfekcyi podczas choroby, postanowiono, aby w Pamiętniku Towarzystwa wydrukować cały elaborat (przepisy wraz z motywami), ułożyć zaś oddzielnie krótkie i zwięzłe przepisy dezynfekcyjne, ujęte w paragrafy, i też odbić w licznych egzemplarzach w oddzielnej odbitce. Ze względu na to, iż mają być ułożone także przepisy o dezynfekcyi po chorobie, Vice-prezes proponuje, aby po opracowaniu tych ostatnich razem z gotowemi już przepisami je ogłosić. Po poparciu tego wniosku przez Prezydującego, postanowiono postąpić zgodnie z wnioskiem Vice-prezesa Towarzystwa.

MAYZEL odczytuje przepisy policyjno-sanitarne berlińskie o dezynfekcyi podczas i po chorobie, ujęte w 20 oddzielnych paragrafów, ogłoszone w dniu 7. II. 87.

Po odczytaniu tych przepisów, PREZYDUJĄCY zaznacza, że są one opracowane mniej szczegółowo niżli w elaboracie naszego komitetu, i że niema w nich wcale wzmianki o używaniu przy dezynfekcyi sublimatu, który w naszych przepisach dość się często się używa. Proponuje, aby referentowi kol. PRZEWOSKIEMU przesłać do obrobienia referat komitetu wraz z przepisami berlińskimi, dla ułożenia ogólnych przepisów dezynfekcyjnych (podczas i po chorobie), analogicznych z przepisami berlińskimi policyi.

CHEŁCHOWSKI zapytuje, czyby nie było dobrém, aby ułożyć podwójne przepisy dezynfekcyjne, t. j. oprócz obszernego i szczegółowego elaboratu komitetu ułożyć jeszcze inne przepisy, któreby obejmowały przepisy najniezbędniejsze, co do użycia środków, które i przez ludność najbiedniejszą mogłyby być stosowane. Proponuje dalej, aby w przepisach

naszych podzielić, podobnie jak to ma miejsce w przepisach berlińskich, choroby zakaźne na dwie kategorie, t. j. takie, w których dezynfekcja jest zawsze konieczną (A) i takie, w których dezynfekcja ma być dokonywaną koniecznie tylko na żądanie odnośne władzy.

MARKIEWICZ proponuje, aby kol. PRZEWOSKI przy układaniu referatu umieścić: 1) wstęp, obejmujący między innemi podział chorób zakaźnych na 2 kategorie, 2) wszystkie płyny dezynfekcyjne (skład i sposób przygotowań), o których jest mowa w przepisach i 3, same przepisy, ujęte w zwężle i krótkie paragrafy.

Postanowiono zaliczyć do pierwszej kategorii chorób zakaźnych: (A) szkarlatynę, dyfteryt, cholere, tyf. brzuszny, ospę, odrę, czarną króstę, egipskie zap. oczów, tyf. powrotny i nosaciznę, do kategorii zaś (B) dysenterję, koklusz, zapalenie epid. opon mózg. rdzeniowych, epidemiczne krupowe zapal. płuc i gruźlicę i posłać kol. PRZEWOSKIEMU referat jego wraz z przepisami berlińskiemi, prosząc o ułożenie przepisów zgodnie z propozycją kol. MARKIEWICZA.

Wkońcu PREZYDUJĄCY zakomunikował, że na ostatniem posiedzeniu komitetu policyjno-sanitarnego debatowano nad urządzeniem w Warszawie krowiarni, sprawa ta jednak jeszcze rozstrzygniętą nie została.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 20 Kwietnia 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: **BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, FRITSCHÉ, JAKOWSKI, MARKIEWICZ, NATANSON i PRZEWOSKI.**

O nieobecności zawiadomili: **KRAMSZTYK, LUBELSKI, MAYZEL i POLAK.**

Po odczytaniu protokołu z uprzedniego posiedzenia **BARANOWSKI** proponuje, aby do kategorii chorób, w których dezynfekcja jest konieczną zaliczyć: czarną króstę, nosaciznę i egipskie zapalenie oczów, co postanowiono skutecznić.

DOBZYCKI opisał urządzenie do odprowadzania gazów, wydających swąd w kuchniach, pralniach i t. p. pomysłu p. Świecianowskiego. Proste to urządzenie składa się z dużej kapy, umieszczonej nad kuchnią; od kapy téj odchodzi w górę rura, która następnie skierowaną jest ku dołowi i kończy się pod paleniskiem, tak iż wszystkie gazy za pomocą niéj do tegoż pale-

niska się dostają. Kapa ta i rura służą również do odprowadzania wilgoci; w celu jeszcze lepszego usuwania wilgoci, powstającej przy gotowaniu, praniu i t. p. istnieją jeszcze 4 rury, które wprowadzają powietrze ogrzane zzewnątrz, rozpuszczają powietrze wilgotne, powiększają jeszcze ciągi, odprowadzają przez tęż kapę pod palenisko. Praktyka w wielu domach prywatnych, a z gmachów publicznych w pralni szpitala Ewangelickiego, wykazała, że urządzenie to pana Świecianowskiego działa bardzo skutecznie.

BARANOWSKI zaznacza, że urządzenie to działać może skutecznie tylko wtedy, gdy idzie o wydalanie gazów i pary; nie da się ono wcale zastosować tam, gdzie idzie o usunięcie cząsteczek pyłu roślinnego lub metalicznego i mineralnego, zanieczyszczających powietrze w fabrykach. Sprawa dotąd, o ile mu wiadomo, nie jest zdecydowaną i odnośnych przyrządów brak dotąd. W kwestyi tej PREZYDUJĄCY nadmienia, że w fabryce wyrobów z mosiądzu p. Bourdon w Paryżu, widział urządzenie, usuwające bardzo skutecznie pył metaliczny; przy każdym warsztacie, gdzie odbywa się piłowanie lub toczenie mosiądzu znajduje się dość szeroki otwór rury, wyprowadzonej przez ścianę wzdłuż téjże aż na dach; wewnątrz rury, niedaleko wewnętrznego jój otworu znajduje się rodzaj aspiratora, który, wywołując silny prąd powietrza w rurze, i wyrzuca aż na dach opiłki i kawałki mosiądzu. MARKIEWICZ zaznacza, że ważniejszém niżli usuwanie pyłu metalicznego w fabrykach, jest zabezpieczanie robotników od pyłu roślinnego w takich np. przędzalniach; statystyka wykazuje, że największy prawie procent suchotników napotyka się między robotnikami, pracującymi w przędzalniach. Rzuca przy tém myśl, czyby nie dobrze było, aby niektórzy członkowie komitetu zapoznali się na miejscu z urządzeniami tego rodzaju i w innych fabrykach, aby następnie módz zaproponować odpowiednie środki zabezpieczające. Uznano myśl tę w zasadzie za bardzo pożyteczną, lecz w chwili obecnej za niewykonalną.

PREZYDUJĄCY zaznaczył, iż jedną z przyczyn, że prace komitetu idą powolnie, jest zbyt mała liczba członków. Dla tego téż rzuca myśl, czyby nie dobrze było, aby postarać się o urządzenie sekcji higienicznej Towarz. lekarskiego. Do sekcji takiej mogliby zapisywać się wszyscy członkowie Towarzystwa, chcący zająć się sprawami higieny, a rozszerzając zakres swych prac, sekcja mogłaby postarać się o urządzenie stosownych pracowników higienicznych, w których mogliby pracować chętni młodzi lekarze i wyniki prac komunikować następnie sekcji.

MARKIEWICZ zwraca uwagę, że prace eksperymentalne mogłyby być dokonywanymi w pracowniach, któremi rozporządzają niektórzy z obecnych członków komitetu. Jakkolwiek utworzenie sekcji higienicznej mogłoby być pożyteczném, to jednak byłaby ona zbyt czerzną wobec zakładanego obecnie w Warszawie Towarzystwa Przyjaciół Zdrowia, w którym na mocy projektowanej ustawy mogą się zbierać i naradzać wspólnie lekarze wraz

z technikami, nauczycielami, obywatelami miasta i t. d. i w ten sposób skuteczniej zaznajamiać się z potrzebami higienicznymi miasta i inni, o ile możliwości, czynić zadość. Komitet higieny publicznej przy Towarz. lekarskiem przez czas swego istnienia był wzywany kilkakrotnie przez Zarząd miasta do rozstrzygania i opracowywania wielu kwestyj z zakresu higieny, rola ta pozostanie mu najprawdopodobniej i nadal bez zmiany. Z drugiej znów strony znaczne powiększenie liczby członków komitetu mogłoby powiększyć ilość rozpraw, lecz ośmiela się wątpić, czyby powiększyło ilość pracy wśród niego się skuteczniającej. **BARAŃOWSKI** zaznacza, że komitet zawsze może, jak to uprzednio czynił, zapraszać do pomocy w pracy techników, nauczycieli i t. p., licząc że współudziału swego mu nie odmówią. **PREZYDUJĄCY** zwraca uwagę, że nie miał wcale na myśli wniosku zwinięcia komitetu i stworzenia na jego miejsce innej instytucji, lecz że według niego ilość członków jest bezwarunkowo za małą, i że trzeba zaproponować, żeby członkowie Towarzystwa, chcący się sprawami higieny zająć, podawali się na członków, aby liczba tychże powiększoną została.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 4 Maja 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni: **BARAŃOWSKI, DOBRZYCKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, NATANSON, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.**

O nieobecności zawiadomili: **CHEŁCHOWSKI, LUBELSKI i MAYZEL.**

PRZEWOSKI odczytał przepisy o dezynfekcyi podczas choroby, ujęte w krótkie paragrafy, które według decyzji Towarzystwa po odczytaniu na posiedzeniu, mają być wydrukowane w Pamiętniku Towarzystwa i w większej ilości odbitek; prócz tego przepisy w pierwotnej swój formie mają być również w Pamiętniku umieszczone.

Z powodu małej ilości obecnych na posiedzeniu członków komitetu postanowiono dalsze rozstrząsanie wniosku prezydującego, co do powiększenia ilości członków komitetu, odłożyć do jednego z najbliższych posiedzeń.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 18 Maja 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI i NATANSON.

O nieobecności zawiadomili: Sekretarz JAKOWSKI i MAYZEL.

LUBELSKI z powodu artykułu jednego z majstrów krawieckich zamieszczonego w jedném z pism codziennych i poruszającego kwestyję higieny warsztatów, wnosi projekt zajęcia się kwestyją terminowania, a mianowicie ułożenia ogólnych przepisów higienicznych, odpowiednio do różnych warsztatów. PRZEWODNICZĄCY sądzi, że jest to kwestyja mająca znaczenie ogólniejsze, kwalifikująca się raczej pod opiekę państwa i policyi i wchodzi więcéj w zakres spraw socyalnych, niżli higienicznych.

BARANOWSKI twierdzi, że tylko na drodze prawodawczéj, w szczególności co do wieku terminatorów, urządzeń koniecznych w warsztatach i t. p., dałoby się zabronić nadużyć w tym względzie.

PREZYDUJĄCY proponuje, aby wobec zbliżającego się otwarcia wystawy higienicznój, komitet gremialnie wybrał się na zwiedzenie téjże. Postanowiono przyszłe posiedzenie odbyć na placu wystawy, dnia 28 Maja o godzinie 6-éj wieczorem.

Na tém posiedzenie ukończono.

W zastępstwie Sekretarza, *J. Kramsztyk.*

W dniach 28 Maja i 8 Czerwca r. b. Członkowie komitetu higieny publicznej zwiedzali zbiorowo wystawę higieniczną oprowadzani przez członków różnych sekcij wystawy.

Posiedzenie dnia 19 Października 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, MAYZEL, NATANSON, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

Stosownie do regulaminu dopełniono wyborów na rok 1887/8. Większością głosów wybrani zostali na Prezydującego NATANSON, na Sekretarza JAKOWSKI.

MAYZEL odczytał rzecz o sposobie dezynfekcyi ścian: podanym w II tomie *Zeitschrift für Hygiene* przez ESMARCH'a. Sposób ten polega na skrupulatném oczyszczaniu ścian świeżym, dobrze wypieczonym żytnim chlebem, który następnie musi być spalonym. Porównawcze badania z dezynfekcyją za pomocą kwasu karbolowego i sublimatu wykazały wyższość sposobu

ESMARCH'a, jako usuwającego na drodze mechanicznej drobnoustroje ze ścian, a zarazem niewpływającego niszcząco na obicia.

Następnie Prezydujący opisał najnowsze urządzenia szpitalne, jakie widział w lecie r. b. w Paryżu i Wiedniu.

Postanowiono, aby na przyszłym posiedzeniu komitetu odczytać ostateczny referat o dezynfekcyi podczas choroby i projekt przygotowany przez kol. PRZEWOSKIEGO, dotyczący dezynfekcyi po chorobie.

Prezydujący złożył dla biblioteki Towarzystwa:

- a) *Die Wiener-Neustädter Tiefquellen-Wasserleitungen.*
- b) *Erklärung eines Stadtreinigungs-Systems* przez D-ra SANDERS'a.
- c) *Memoire explicatif du systeme de vidous pneumatique par pression* przez tegoż.

d) Program VI kongresu higienicznego międzynarodowego w Wiedniu 1887 r.

e) Pierwszy zeszyt pisma p. t. „*Revue internationale des falsifications des denrées alimentaires*“.

f) Również pierwszy zeszyt pisma p. t. „*Die Humanität*“.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 9 Listopada 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, FRITSCHÉ, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, NATANSON, POLAK, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności uwiadomili: CHEŁCHOWSKI, LUBELSKI i MAYZEL.

PRZEWOSKI odczytał obszerny referat o umiejscowieniu się i ilości drobnoustrojów w mieszkaniach, oparty głównie na pracach PETTENKOFER'a i ESMARCH'a; referat ten obejmował również różne praktykowane obecnie sposoby dezynfekcyi przestrzeni mieszkalnych, a mianowicie: 1) za pomocą środków chemicznych w stanie gazowym i płynnym (kw. siarkowy, chlor, brom, sublimat, kw. karbolowy, mydło szare, wapno, aseptol), 2) silne przewietrzanie, 3) mechaniczne oddzielenie tapetów i podłogi, 4) mechaniczne obcieranie ciałami lepkiemi (chlebem) i 5) dezynfekcyja gorącym powietrzem, podając przy tém ocenę wszystkich metod.

Po odczytaniu referatu POLAK komunikuje, że na ostatnim kongresie higienicznym w Wiedniu po długiej dyskusyi przeważało zdanie, oparte głównie na wynikach badań bakteriologicznych, że wszelkie okadzania środkami chemicznymi, w stanie gazowym, jako środek dezynfekcyjny, nie ma żadnego znaczenia. NATANSON dodaje do szeregu sposobów, opisanych w referacie, jeszcze sposób zastosowany w sali operacyj-

nój zakładu dla chorych D-ra EDER'a w Wiedniu. Sposób ten polega na wypełnianiu, przez specjalnie urządzoną rurę, gorącą parą, całego pokoju i pozostawieniu w nim téjże pary na godzinę. Para, skraplając się mechanicznie zmywa drobnoustroje ze ścian, sufitu, wszelkich przedmiotów i z powietrza na podłogę, płyn z której usuwa się szmatami zmoczonymi w roztworze kwasu karbolowego.

Następnie PRZEWOSKI odczytał projekt dezynfekcyi po chorobie, dotyczący dezynfekowania ścian, podłogi i mebli.

Postanowiono na najbliższém posiedzeniu odczytać ostateczną redakcyę podanego przez komitet projektu „O dezynfekcyi podczas i po chorobie“.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 23 Listopada 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, NATANSON, POLAK, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności uwiadomił: MAYZEL.

PRZEWOSKI odczytuje ostateczny referat „O dezynfekcyi podczas i po chorobie“, który został przez komitet przyjęty.

PRZEWODNICZĄCY składa podziękowanie PRZEWOSKIEMU za podjęcie i uskutecznienie tego elaboratu.

Po dyskusyi nad sposobami rozpowszechnienia i zaznaczenia ważności, dla ogółu opracowanych przez kol. PRZEWOSKIEGO przepisów, w której przyjęli udział BARANOWSKI, POLAK, ROGOWICZ i KRAMSZTYK, postanowiono: wystąpić z wnioskiem do Zarządu Towarzystwa, o wyznaczenie oddzielnego posiedzenia Towarzystwa dla odczytania referatu i poruszenia omawianej sprawy z wystosowaniem prośby do członków Towarzystwa o liczne zgromadzenie się na témże posiedzeniu.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 7 Grudnia 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni: BARANOWSKI, CHWAT, GROSTERN, KINDERFREUND, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT, LUBELSKI, MAJKOWSKI, MAYZEL, POLAK, ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: DOBRZYCKI, FRITSCHÉ i JAKOWSKI.

1. Po odczytaniu protokołu kol. POLAK odczytał rzecz o postępie higieny publicznej we Włoszech. Praca będzie drukowana w numerze Grudniowym „Zdrowia“.

2. PRZEWODNICZĄCY, z powodu będącej na porządku dziennym kwestyi budowy szpitala dla starozakonnych, prosi kolegów o przedstawienie uwag swoich w tym przedmiocie.

Z. KRAMSZTYK proponuje, ażeby rozłożyć tę kwestyję na szereg pytań, dotyczących ogólnego planu szpitala, oddzielnych pawilonów, urządzenia kuchni i t. p. POLAK życzyłby sobie, aby przewodniczący poinformował obecnych co do historyi téj kwestyi, podał dane, jakie komitet budowy posiada, a dyskusya odbędzie się na podstawie faktycznego materiału.

PRZEWODNICZĄCY odpowiada, że z powodu zniszczenia i niedostatecznego pomieszczenia dzisiejszego szpitala starozakonnych, jako téż głównie z powodu, że sam plac, na którym szpital ten jest wzniesionym, znajduje się w obrębie zajętym na cytadelę, Gmina Starozakonnych postanowiła zbudować nowy szpital. Podstawą dyskusyi winno być, który system budowy szpitali wybrać, jakie każdy system ma wygody i niedogodności. Od lat kilkunastu, mianowicie od wojny amerykańskiej, budowa baraków w całej Europie miała najwięcej zwolenników. Niekosztowne, łatwe do wystawienia i zniszczenia, budynki zdawały się mieć pierwszeństwo nad stałemi, drogiemi budowlami. W następstwie jednak okazało się, że szpitale tych nie niszczone, jakkolwiek mniej dogodne, mniej pozorne, jednak przez czas dłuższy istnieją. Inny system budynków stałych, przewiewnych, pawilonowych bez sufitów, np. szpital w Montpellier systemu Tolleta, przy dobrej bardzo wentylacyi posiada tę ważną niedogodność, że wymaga dużo bardzo opału i budynek może być tylko o jednéj kondygnacyi, przez co zachodzi potrzeba wielkiego placu. Nowsze szpitale, w ostatnich czasach wzniesione, stawiane są po większej części solidnie z kilku kondygnacyjami. Szpital Ś-go Tomasza posiada oprócz suteryny, parteru i poddasza, trzy piętra. Przewodniczący chciałby przede wszystkim rozstrzygnąć kwestyję, czy budynki mają być piętrowe, czy o kilku kondygnacyjach, czy sale przeznaczone być mają na znaczną liczbę chorych, 18—28 jednocześnie, czy téż: według systemu, przyjętego w Anglii i Ameryce, na kilka łóżek.

BARANOWSKI radzi, aby przyjąć pewien system dyskusji t. j. albo na podstawie danych co do wielkości szpitala, sum, jakie są do rozporządzenia, danego placu i t. p. zastosować do tego żądania higieny szpitalnej albo też określiwszy najprzód postulaty naukowe, jakie wogóle co do szpitala postawić możemy, zastosować do nich zasady budowy danego szpitala.

ROGOWICZ i Z. KRAMSZTYK uważają za stosowniejsze, aby przeprowadzić dyskusję akademicką, gdzie ogólne żądania co do budowy szpitala ze stanowiska naukowego rozebrane będą. „Jak zbudować wzorowy szpital powszechny na 400 chorych w Warszawie”? Tak komitet budowy szpitala Starozakonnych, jak i inne szpitale, korzystać będą mogły z wyników naszej pracy.

Po dłuższej dyskusji zgodzono się na takie postawienie kwestyi, przedstawiając do rozstrzygnięcia na najbliższym posiedzeniu pytania: 1) gdzie, w jakiej okolicy miasta szpital taki zbudować, 2) jakiego rodzaju i układu mają być budynki i 3) jaka minimalna przestrzeń na taki szpital jest potrzebna.

Na tém posiedzenie ukończono.

Za Sekretarza, *Juljan Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 21 Grudnia 1887 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni członkowie: BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, JAKOWSKI, J. KRAMSZTYK, LUBELSKI, MAYZEL, NATANSON, POLAK i ROGOWICZ; goście: DUNIN, GROSTERN, CHWAT, Z. KRAMSZTYK i KINDERFREUND.

O nieobecności uwiadomił: FRITSCHÉ.

I. Przewodniczący zawiadamia, że istnieją propozycje ustąpienia placów na budowę szpitala w różnych częściach miasta, a mianowicie: a) w okolicy ulicy Smoczéj, b) między Krochmalną i Grzybowem, c) w okolicy rogatki Mokotowskiej, d) około rogu Jerozolimskiej, e) między Czeraniakowską i Solcem, f) na Pradze, g) za rogat. Wolską i h) za rogat. Belwederską.

LUBELSKI nadmienia, że z liczby wymienionych miejscowości nie wydaje mu się odpowiednią okolica ulicy Smoczéj, gdyż miejscowość to niska, a nawet na dawnych planach Warszawy zaznaczoną jest w tém miejscu przepływająca rzeczka. Natomiast sądzi, że bardzo odpowiednią jest okolica około rog. Mokotowskiéj.

GROSTERN i POLAK również są zdania, iż ta ostatnia miejscowość jest bardzo odpowiednią, jako położona na południe, zadrzewiona i wysoko położona.

PRZEWODNICZĄCY zaznacza, że na plastycznej mapie Warszawy wiadać, iż najwyższe miejscowości od rogu Jerozolimskiej znajdują się ku północy, że najwyższy punkt jest na rogu Białej i Ogrodowej, a zniżając się nieco ku Lesznu, od Nowolipek znowu grunt wznosi się wyżej ku Smoczej, dalej zaś ku Powązkom następują znowu miejsca niższe. Również wysoko położoną jest miejscowość około rogat. Wolskiej. Co do wody zaskórnej, to najmniej posiadają jej miejscowości między Pańską i Nowolipkami, przeciwnie okolice rogat. Mokotowskiej posiadają jej dużo. Trzeba przy tym z góry wykluczyć z liczby proponowanych miejscowości zbyt daleko położone, lub okolice nad Wisłą, jako leżące na gruncie nasypowym; przypuszcza, że najodpowiedniejszą jest okolica ulicy Smoczej.

GROSTERN, DUNIN, BARANOWSKI i Z. KRAMSZTYK sądzą, że szpital koniecznie musi być budowanym na skraju miasta, biorąc przy tym pod uwagę miejsca zamieszkiwane przez ludność, dla której jest przeznaczony. BARANOWSKI nadmienia, że powinna być koniecznie wzięta pod uwagę i odległość od Cmentarza, czemu okolica Smoczej nie zupełnie odpowiada.

LUBELSKI dodaje, że szpital zbyt odległy wymagać będzie urządzenia w środku miasta oddzielnego ambulatoryjum. Z. KRAMSZTYK sądzi, że urządzenie oddzielnego ambulatoryjum jest bardzo pożądanem ze względu na chorych, leczących się stale w szpitalu.

POLAK wobec trudności zdecydowania co do wyższości jednej miejscowości nad drugą, uważa za stosowne zasiągnięcie odpowiednich wiadomości ludzi fachowych i z tego względu proponuje uproszenie pp. Grotowskiego i Siemiradzkiego o łaskawe udzielenie odpowiednich wskazówek. Komitet postanowił prosić piśmiennie pp. Gr. i S. o przybycie na następne posiedzenie i udzielenie odpowiednich objaśnień.

II. Przechodząc do drugiej kwestyi, a mianowicie do rodzaju i układu budynków szpit., PRZEWODNICZĄCY zaznacza, że komitet budowy szpitala dotąd nie powziął pod tym względem żadnej decyzji; projektowany szpital ma obejmować oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, okulistyczny, weneryczny, położniczy, zakaźny a prawdopodobnie i chorób umysłowych.

BARANOWSKI jest zdania, że wobec tylu zamierzonych oddziałów nie może być mowy o innym systemacie budowy, jak tylko o pawilonowym, a przy tym dla każdego działu muszą być obmyślane odpowiednie warunki budowy.

Z. KRAMSZTYK stawia pytanie, czy budynek ma być murowany lub drewniany i czy każdy pawilon ma tworzyć jedną salę, czy też ma być podzielony na oddzielne mniejsze pokoje, a DUNIN, czy ma być światło z jednej tylko strony, czy istnieć korytarz i t. p.

PRZEWODNICZĄCY zaznacza na to, że obecnie idzie tylko o zdecydowanie, czy wszystkie te oddziały mogłyby się mieścić w jednym budynku, czy też każdy z nich ma być oddzielną budowlą. Wobec postępów znako-

mitych techniki w kwestyi urządzeń wentylacyi i t. p. sądzi, że możebua byłoby rzeczą, że dostateczna ilość świeżego powietrza i wody może być dostarczoną dla wszystkich chorych umieszczonych w tym jednym gmachu.

Z. KRAMSZTYK nadmienia, że w ostatnich czasach we Francyi w Societé d'hygiene publique zdecydowano się zupełnie odstąpić od zbyt skomplikowanych urządzeń wentylacyjnych. BARANOWSKI jest zdania, że utrzymanie ładu i porządku higienicznego na tak dużym budynku, któryby pomieścił 400 chorych jest rzeczą prawie niemożliwą, a szczególności techniczne urządzeń i budowy byłyby mocno skomplikowane.

Po dyskusyi, w której przyjęli udział PRZEWODNICZĄCY, BARANOWSKI, DUNIN, Z. KRAMSZTYK, POLAK i CHEŁCHOWSKI, na żądanie BARANOWSKIEGO, CHWATA i JAKOWSKIEGO postanowiono dojść do ostatecznego wniosku, według którego zdaniem komitetu zaleca się jako najodpowiedniejszy system budowy—układ pawilonowy.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 18 Stycznia 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu członkowie komitetu: BARANOWSKI, JAKOWSKI, J. KRAMSZTYK, Z. KRAMSZTYK, NATANSON, POLAK, PRZEWOSKI i ROGOWICZ. Goście: starszy inżynier miasta GROTOWSKI, CHWAT, KINDERFREUND i ROSENTHAL ALBERT.

O nieobecności uwiadomili: DOBRZYCKI i MAYZEL.

PRZEWODNICZĄCY odczytuje list DOBRZYCKIEGO, przy którymtenże załącza list p. Schreibera, inżyniera kanalizacyi. Pan Schreiber zaprasza komitet na obejrzenie zbiorowych ustępów, urządzonych przezeń w domu p. Górskiej, róg Miodowej i Długiej. Zgodzono się przyjąć propozycję p. Schreibera i zebrać się na miejscu wskazaném w Niedzielę dnia 19 Stycznia r. b. o godz. 2-ój po południu.

P. inżynier GROTOWSKI co do konfiguracyi gruntu Warszawy objaśnia, że istnieje pochyłość gruntu dość znaczna w kierunku od rog. Mokotowskiej do końca ulicy Zakroczymskiej, tak, iż gdy przy pierwszej wysokości gruntu wynosi 120 stóp nad 0 Wisły, przy ostatniej tylko 60 a nawet mniej. Najwyższy punkt Warszawy leży na rogu Białej i Ogrodowej i wzniesionym jest na 133 stopy. Wzdłuż ulic Twardej, Żelaznej, Smoczej i Stawek ciągnie się grzbiet wzniesiony mniej więcej o 12 stóp wyżej nad wysokość gruntu przy rog. Mokotowskiej. Wzniesienie gruntu za rog.

Wolską wynosi 114—115 stóp. Co do wody zaskórnój, to w nią najwięcej obfitują okolice rog. Mokotowskiéj i Belwederskiéj, lecz woda ta jest zupełnie powierzchną i łatwo bardzo przy osuszeniu, jakie osiąga się kanalizacją miasta, ginie.

POLAK zaznacza, że w razie wyboru placu potrzebném będzie zbádanie na gruncie własności geologicznych gruntu i wody zaskórnój.

Pan GROTOWSKI, co do placu proponowanego przy zbiegu ulic Dzielnéj i Smoczéj zaznacza, że miejsce to ma być skanalizowane przy zamierzonéj seryi robót kanalizacyjnych a p. GROTOWSKI i BARANOWSKI i większość członków komitetu sądzą, że jednak najodpowiedniejszą miejscowością byłaby okolica rog. Wolskiéj; a pan GROTOWSKI objaśnia przy tém, że na prawo od szosy Wolskiéj wszystkie miejsca są położone wysoko, na lewo zaś miejsca wyższe leżą tylko do ulicy Młynarskiéj. Obiecuje przy tém przysłać komitetowi plan regulacyjny téj części miasta, aby z czasem szpital nie znalazł się na przebiegu którój z projektowanych ulic i plany przekrojów gruntu, jakie już istnieją.

Z powodu, iż obecny Sekretarz komitetu JAKOWSKI, w skutek zajęć sekretarskich w Towarzystwie lekarskiém, prosił o zwolnienie go z obowiązków Sekretarza Komitetu, na jego miejsce na Sekretarza wybrano ZYGMUNTA KRAMSZTYKA.

Ponieważ dnie (Środy), w które odbywają się posiedzenia Komitetu, nie są dogodne dla wszystkich członków, postanowiono przenieść posiedzenia na Czwartki, przyszłe zaś posiedzenie odbyć wyjątkowo w Piątek dnia 3 Lutego r. b.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *M. Jakowski.*

Posiedzenie dnia 3 Lutego 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Nalanson.**

Obecni członkowie: BARANOWSKI, JAKOWSKI, POLAK, PRZEWOSKI, KRAMSZTYK ZYGMUNT. Goście: CHWAT i DUNIN.

O nieobecności zawiadomili: LUBELSKI i MAYZEL.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. PRZEWODNICZĄCY. Przedewszystkiém chcę w kilku słowach zdać Panom sprawę z obejrzenia ustępów publicznych na ulicy Miodowéj N. 21. Widocznie z powodu nieporozumienia co do daty, zebrało się tylko 4 członków, a i pana inżyniera na miejscu nie zastaliśmy. Ustępy mieszczą się w małym budynku, w lewéj oficynie; budynek jest zamknięty, a klucz znajduje się u stróża; wzdłuż ciasnego korytarzyka znajduje się pięć wychod-

ków, z których 4 zamknięte, a jeden otwarty i opatrzone pisoiem. Pisoir ma postać rynienki, nie łyżki, długości około łokcia i zrobiony jest z żelaza emaliowanego. Co kilka, czy też co kilkanaście minut ma spadać na rynienkę prąd wody; nie mieliśmy wszakże sposobności widzieć tego; siedzenie ma postać krążka owalnego i otwór ma za mały, ten wychodek otwarty nie zupełnie był czystym. Z zamkniętych obejrzelśmy jeden wychodek, który się w ogóle lepiej przedstawiał; utrzymany jest czysto, a krążek ma też postać należytą, owalną. Za pociągnięciem sznurka, jakby dzwonka, spada dwukrotnie obfity prąd wody i dostatecznie wychodek obmywa. Na piętrze ponad ustępami znajdują się 3 zbiorniki wody, z powodu nieobecności inżyniera nie mogliśmy się dowiedzieć o bliższych szczegółach technicznych. Są to skrzynie żelazne, czarno pomalowane. Zapewne z powodu bliskości kuchni osiada bezustannie na nich para wodna i kapie, możnaby temu łatwo zapobiedz, okrywшы skrzynie jakim złym przewodnikiem ciepła, na przykład filcem czy drzewem.

Wadą zasadniczą wychodków jest to, że są zbiorowe. W domu skanalizowanym każde mieszkanie powinno być opatrzone w waterklozet ogrzewany, a przynajmniej nie zimny. Tu lokatorowie zmuszeni są i podczas zimy schodzić i szukać stróża. Pomieszczenie zbiorowe, dogodne może pod względem technicznym, pod względem wygody dla lokatorów odbiega od celu, bo widocznie te wychodki przeznaczone są dla lokatorów; dla publiczności miejskiej zamknięty budynek jest niedostępny bez stróża, a dla służby domowej przeznaczonym jest zapewne pierwszy wychodek otwarty. Koszt zaprowadzenia kanalizacji i urządzenia wychodków wynosił do 7000 rubli, co jak na dom niewielki stanowi sumę znaczną.

BARANOWSKI. Muszę zwrócić uwagę na jeden szczegół. Dom ma tylko parę niewielkich mieszkań, a zresztą same sklepy. W każdym mieszkaniu znajduje się oddzielny waterklozet, a nawet jeden z waterklozetów, który oglądaliśmy, mianowicie umieszczony na piętrze, należy do prywatnego mieszkania. Wychodki dolne, zamknięte na klucz, przeznaczone są tylko dla sklepów. Tak znaczne w istocie koszty urządzenia zależały od przypadkowego załania robót wodą zaskórna, co zmusiło do osuszenia i domów sąsiednich. Ale w każdym razie koszty kanalizacji zdają się być w ogóle znaczne; dowiedzieliśmy się, że kosztorys urządzeń kanalizacyjnych w dużym sąsiednim domu obliczono na 15000 rubli. Sądzę wszakże, że kosztów tych nie należy uważać za obciążające majątek, podnoszą one jego wartość, jak na przykład uregulowanie serwitutów i powiększają dochody. Bardzo pożądaną byłaby wiadomość, ile domów w Warszawie zostało dotychczas włączonych do sieci kanalizacyjnej.

POLAK. Mogę zaspokoić zupełnie ciekawość pod tym względem, bom uprosił jednego z członków redakcyi „Zdrowia“ o spis domów skanalizowanych. Oto ich lista:

1. Dom Scheiblerowej, Trębacka.
2. " " Nowy-Świat.
3. " " Smolna.
4. " Jungowej, Krakowskie-Przedmieście.
5. " Łysakowskiej "
6. " Skiby "
7. Skład Żyrardowski, Hielle i Dietrich, Krakow.-Przedm.
8. Temler i Szwede, fabryka, Przyokopowa.
9. Umiastowski, Wilcza róg Mokotowskiej.
10. Bernstein, " "
11. Norblin, Krakowskie-Przedmieście.
12. Górska, Miodowa.
13. Izba obrachunkowa, Nowy-Świat.
14. Steinert i Jantzen, Nowo-Senatorska.

Tych 14 domów posiada prawidłową kanalizację podług nowego systemu. Roboty w powyższych domach prowadziły firmy: Matecki i Obrębowicz, Kuksz i Liedtke, Steinert i Jantzen, Kamiński i Spółka.

PRZEWODNICZĄCY. Czyby nie można dostać kosztorysów tych robót; ceny mogą albo zachęcić, albo odstraszyć właścicieli od połączenia swych domów z siecią kanalizacyjną. Zdaje mi się, że w ogóle kosztów urządzeń kanalizacyjnych w Warszawie są wygórowane.

POLAK. W najbliższym numerze Przeglądu Technicznego będzie podany dokładny opis dotychczas podjętych robót w tym kierunku, ze szczegółowem obliczeniem kosztów.

BARANOWSKI. Może najwłaściwszém byłoby stowarzyszenie właścicieli domów. Przy pomocy biegłych mogliby właściciele obliczyć koszty przedsięwzięcia i za wspólnem porozumieniem roboty przeprowadzić.

PRZEWODNICZĄCY. Wszędzie, a mianowicie w Paryżu, magistrat oznacza ceny normalne wszystkich materiałów i robót szczegółowych; przedsiębiorcy muszą do tych cen się stosować. W razie sporu rada miejska sprawę ocenia i rozstrzyga ostatecznie; właściciel jest w ten sposób zabezpieczonym od eksploatacyi.

POLAK. I u nas też plany robót podawane być muszą do biura kanalizacyjnego.

PRZEWODNICZĄCY. Prawda, ale biuro tylko techniczną stronę ocenia, a koszty go nie obchodzą. Wreszcie są i specjalne powody wysokich cen tych robót u nas. Ceny rur żelaznych naprzykład poszły ogromnie w górę; są one prawie dwa razy droższymi, niż w Berlinie.

BARANOWSKI. Umyślnie odbiłem od przedmiotu i nad tą sprawą się rozszerzam. O kanalizacji lekarze mówić powinni i powinni ją popierać; skanalizowanie miasta jest sprawą pierwszej wagi pod względem sanitarnym; czekaliśmy na nią tak długo, a obecnie gdy się urzeczywistnia,

słyszeć tylko krytyki. Może magistrat powinien rozciągnąć opiekę nad robotami; może stowarzyszenie właścicieli domów byłoby najwłaściwszym; może stowarzyszenie jakie prowadzić będzie roboty sposobem amortyzacyjnym, aby ułatwić wydatek właścicielom; są zapewne jakieś sposoby, wszakże Warszawa nie jest pierwszą w tym względzie. Ale sposoby potrzeba znaleźć, potrzeba, aby sprawa nareszcie weszła w życie.

II. PRZEWODNICZĄCY. Przechodzimy obecnie do kwestyi, znajdując się na porządku dziennym, a mianowicie, mamy rozstrzygnąć pytanie: jakiej potrzeba przestrzeni dla zbudowania szpitala powszechnego na 400 chorych? Sądzę wszakże, że dyskusya nad tym przedmiotem, jeżeli ją przeprowadzimy, będzie bez wartości. Kwestya przestrzeni potrzebnej zależy od tylu warunków, że normy podać nie podobna. Barakowa postać szpitala daleko większej wymaga przestrzeni, aniżeli, gdy szpital z piętrowych budynków się składa; obszar potrzebny zależy niezmiernie od postaci placu; skoro postać dogodna, nierównie mniejsza przestrzeń na postawienie szpitala wystarczy; może być plac kątowaty, kwadratowy, może mieć postać wydłużonego prostokąta i t. d. A ponieważ formy placu, jaki się znajdzie, określić nie można, więc niepodobna z góry oznaczyć przestrzeni potrzebnej. Budowniczy, sprytnie nadając budynkom odpowiednią postać i umieszczając je należycie, może je rozłożyć jednostajnie, dostatecznie otoczyć powietrzem i pozostawić swobodną komunikację.

KRAMSZYK ZYGMUNT. Zupełnie słuszném wydaje mi się zdanie, że potrzebnej na szpital przestrzeni dokładnie określić niepodobna. Wprawdzie hygieniści, zajmujący się tą sprawą, podają zwykle bardzo ścisłe i bardzo wysokie miary, ale te żądania nie wiadomo na jakiej zasadzie powstały. Pomimo to nie sądę wcale, aby pewnego minimum z góry określić nie należało i abyśmy to ważne pytanie z rozpraw naszych mieli zupełnie usunąć. Przystępując do szukania placu, musimy naprzód wiedzieć dobrze, czego mamy szukać. Mówiliśmy o okolicy najzdrowszej i o innych warunkach, jakim plac zadosyć powinien czynić; a rozmiary placu stanowią wszakże jeden z najważniejszych warunków. Każdy z nas wie dobrze, że na 10000 łokci szpitala, o jakim mówimy, pomieścić w żaden sposób nie można, a więc granice, a mianowicie minimum żadanego placu da się określić. Możemy z góry powiedzieć, że potrzeba na szpital dużo miejsca. Budynki powinny być otoczone szeroką pustą przestrzenią, aby z domami sąsiedniemi nie były w zbyt blizkiem sąsiedztwie, jeden pawilon od drugiego powinien być dosyć odległym, a budynki gospodarskie i grabarnia muszą być bardzo oddalone. Potrzeba pozostawić pewną przestrzeń na ogród, gdzieby chorzy swobodnie odpoczywać mogli, zdala od ruchu. A wreszcie, potrzeba na przyszłe, nieprzewidziane potrzeby być przygotowanym. Żadne dzieło ludzkie nie jest wolném od błędów; nie będzie od nich wolnym i nasz szpital. Jeżeli pozostanie jakaś przestrzeń

swobodna, braki dadzą się poprawić i usunąć. Chociaż wiem dobrze, że szpital zmieści się i na mniejszej przestrzeni, proponują wszakże, ażebyśmy jako minimum żądane uznali 100000 łokci kwadratowych. Różnica w koszcie takiego placu, a jeszcze trochę mniejszego będzie stosunkowo niewielką, a ze względu na pierwszorzędne znaczenie przestrzeni dla szpitala nie należy zbyt skąpić na tym punkcie.

PRZEWODNICZĄCY. A jeżeli placu takiego nie znajdziemy, czy lepiej nie budować szpitala? Rozejrzałem się dokładnie w placu, mającym 60000 łokci kwadratowych i przekonałem się, że na nim szpital wygodnie mógłby się pomieścić, choćby może przyszło dwa oddziały w jednym budynku połączyć. Nie widzę potrzeby oddzielnego ogrodu dla chorych, skoro wszystkie budynki właściwie w ogrodzie będą się znajdowały. Mamy wiadomość o wszystkich prawie placach, jakie są do nabycia; nie ma pomiędzy nimi placu na sto tysięcy łokci, a gdybyśmy chcieli, kupować posesyje sąsiednie, musielibyśmy ogromne włożyć fundusze. Trzeba się rachować z rzeczywistością; są granice w tém, co może gmina dać na szpital; sądzę, że 60000 łokci kwadratowych wystarczy zupełnie na postawienie szpitala.

BARANOWSKI. Przy rozpoczęciu naszych rozpraw przyjęliśmy jako podstawę, aby ustanowić pewne normy zasadnicze; obecnie trudności konkretne mają tę zasadę usunąć. Sądzę, że to niesłuszne. Zapewne że w praktyce od tej normy nie raz trzeba będzie odstąpić, boć lepiej mieć szpital niedoskonały, niż nie mieć go wcale, ale idzie mi obecnie o tor dyskusyi. Może lepiej zastanowić się nad sprawą teoretycznie. Sądzę, że żądania higienistów co do przestrzeni potrzebnej na szpital są uzasadnione. Uznana jest przestrzeń pokoju potrzebna dla chorego t. zw. kubik i postać, a raczej wysokość budynku; przyjęte są ogólnie zasady, co do odległości pomiędzy pawilonami i to różne dla różnych chorych, dla rannych, położnic, zakaźnych i t. d. Wymagania te higieniczne normują i rozmiary placu, na jakim szpital stanąć powinien. Ponieważ mówimy o szpitalu bardzo złożonym, więc i wymagania muszą być szerokie, skoro się o niemożność rozbijemy, to odstąpimy, ale nie możemy z góry zgodzić się na nieodpowiedni teren.

POLAK. Nie podzielam przekonania profesora **BARANOWSKIEGO**, jakoby zdania higienistów w tym względzie były dostatecznie uzasadnioné. Już samo określenie kubicznej przestrzeni jest ściśle niemożliwe. Tak, co do szpitali, jedni żądają 2400 stóp, inni 6000 metrów sześciennych na godzinę i na chorego. Ta sama sprzeczność powtarza się, gdy idzie o obliczenie przestrzeni w szkołach na jednego ucznia; ilu autorów—tyle liczb. Co do rozmiarów placu na szpital przeznaczonego, to najpowszechniej przyjętą jest norma 500 stóp kwadratowych na łóżko, a więc dwa razy więcej, aniżeli kol. **KRAMSZTYK** wymaga. Działalność nasza ogra-

niczyć się musi na określeniu postulatów w zakresie praktycznej możliwości. Gdyby nam szło o ideał, dość byłoby sięgnąć do pierwszego lepszego podręcznika. Skoro istnieje plac na 60000 łokci, a suma rozporządzalna niewielka, to musimy rozwiązać łamigłówkę, jak w tych warunkach względnie najlepszy szpital postawić. Będziemy napotykali w rozprawach naszych bezustanku na podobne trudności, których z powodu braku kompetencji zwalczyć nie potrafimy. Proponuję, i to już nie po raz pierwszy, rozszerzenie naszego komitetu przez zaproszenie kilku budowniczych.

PRZEWODNICZĄCY. Usłyszemy znowu też same teoretyczne wywody. Przeglądam obecnie bardzo wiele planów szpitalnych i widzę, że każdy szpital inną ma normę pod względem przestrzeni. Widzę owszem nieraz że szpitale, w których śmiertelność jest bardzo małą, są zbudowane na przestrzeni ograniczonej i odwrotnie. Oznaczenie granic jest prawie czysto iluzoryjnym zarówno co do ilości potrzebnego powietrza, jak i rozległości.

JAKOWSKI. Ponieważ plac ostatecznie jeszcze nie jest wybrany, a i tak, co powiemy, nie będzie obowiązującym, więc dla czegoż nie mielibyśmy dojść do jakiejś stanowczej konkluzji?

PRZEWODNICZĄCY. Na jakiej zasadzie będziemy dyskutowali?

POLAK. Chociażby na zasadzie przekonania autorów. Zwracam jeszcze uwagę na pewną chaotyczność naszych rozpraw. Zdecydowaliśmy budynki parterowe, zanim mówiono o placu; gdy obecnie słyszymy, że potrzeba się pomieścić na 60000 łokci, potrzeba będzie zwrócić się do piętr. Powinniśmy się ograniczyć do postawienia zasadniczych postulatów; ich zastosowanie bez technicznej pomocy nie da się uskutecznić.

PRZEWOSKI. Było zwyczajem dotychczas w Komitecie sanitarnym, żeśmy dyskutowali na zasadzie referatu; gdyby taki referat odnośnie do budowy szpitala był zrobionym, to by dyskusja miała podstawę; obecnie musi być luzną.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Sprawa budowy szpitala jest tak zawiła i posiada tak bogatą literaturę, że referat musiałby przybrać rozmiary obszernego dzieła. A w każdym razie wszystkie szczegóły, jak wentylacja, rozmiary sal, przestrzeń placu i tak dalej, tak są z sobą splecione, że niepodobna uniknąć ciągłych powrotów i pewnej chaotyczności w rozprawach.

BARANOWSKI. Proponuję konkluzję następującą: postulaty higieniczne nie mogły być z powodu trudności konkretnych należycie rozstrzygniętymi. Trzeba właściwie zmienić postawione pytanie i zapytać: w jaki sposób na 60000 łokci kwadratowych zbudować dobry szpital?

PRZEWODNICZĄCY. Sądzę, że możemy zakończyć rozprawy inną konkluzją; możemy powiedzieć, że nie ma podstaw dostatecznie uzasadnionych dla określenia rozmiarów placu potrzebnego na szpital.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 16 Lutego 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: BARANOWSKI, FRITSCHÉ, KRAMSZTYK JUL-JAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT, ROGOWICZ i MAYZEL. Goście: CHWAT, GRUNDZACH, KINDERFREUND.

O nieobecności zawiadomili: DOBRZYCKI i LUBELSKI.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. BARANOWSKI. Otrzymałem list od p. Schreibera, inżyniera, który skanalizował dom przy ulicy Miodowej Nr. 21 i urządził ustępy zbiorowe. Żałuje on bardzo, że nie był zawiadomionym o naszej wizycie, bo umyślnie nawet w tym celu przygotował plany w większej podziale i gotówby chętnie udzielić nam wszelkich objaśnień, czy to na miejscu, czy też na jedném z naszych posiedzeń. Przedstawiając ten list, łączę zarazem propozycję, abyśmy z gotowości p. Schreibera skorzystali.

PRZEWODNICZĄCY. Zgadzaemy się bardzo chętnie na tę propozycję i poprosimy p. Schreibera zaraz na najbliższe nasze posiedzenie.

III. PRZEWODNICZĄCY. Przechodzimy do kwestyi rozległości sal szpitalnych, a ściślej mówiąc, rozstrzygnąć mamy pytanie: ilu chorych powinno się na sali znajdować? Jest to sprawa bardzo ważna. Ogromna większość szpitalów, budowanych obecnie, posiada sale obszerne, na kilkunastu aż do 40 chorych obliczone. Mniejsze pokoje, tak zwane separacyjne, znajdują się głównie w oddziałach dla zakaźnych, niespokojnych i dla operowanych, a przedewszystkiem dla położnic. Przekonałem się, że wszystkie prawie nowe zakłady położnicze mają pokoiki tylko o jedném łóżku; tak jest naprzykład zbudowanym pawilon TARNIER w Paryżu i oddział dla położnic w Dreźnie. Klinika oftalmologiczna w Insbruku składa się także z małych pokoiów. Podług planu téj kliniki zrobiłem projekt, który, naturalnie tylko jako ideę, na jedném z następnych posiedzeń Szanownym Panom przedstawię. Kol. KRAMSZTYK przygotował obszerniejszy referat co do kwestyi będącej w téj chwili na porządku dziennym i proszę go o odczytanie.

ZYGMUNT KRAMSZTYK. Zdarzało mi się nieraz w ostatnich czasach rozmawiać z nielekarzami o szpitalu, a mianowicie o obszerności sa-

szpitalnych. Przekonałem się, że w tych sferach wielkie sale wcale nie mają sympaty; publiczność bardzo niechętnie patrzy na takie sale. Nie potrzeba zapewne kierować się poglądami profanów, ale wziąć je pod uwagę możemy i musimy; wszakże ta publiczność właśnie dostarcza szpitalom lokatorów i szpitale dla publiczności są budowane. Ta niechęć do wielkich sal musi mieć swoje przyczyny, a nietrudno je odgadnąć. Ludzie niechętnie w ogóle udają się do szpitalów i każdyby wołał, gdyby mógł tylko, leczyć się w domu. W szpitalu znajduje inne warunki, innych ludzi, nie czuje się u siebie. Należy, o ile można, oszczędzać chorym tego przykrego uczucia i szpital urządzić w ten sposób, aby w nim chorzy bardziej po domowemu. się czuli. Wielka liczba chorych obcych sobie, ludzi, z których każdy cierpi, a każdy inaczej, stanowi dla chorego najprzykrejszą może stronę szpitala. Kiedy chory w szpitalu napotyka kilku tylko współtowarzyszów, wtedy łatwo może się z nimi oswoić i zawrzeć nawet pewien rodzaj czasowej przyjaźni; niewątpliwie w takich warunkach pobyt w szpitalu mniej jest przykrym.

Gorszym niż obecność większej liczby chorych, jest ich zachowanie się. Jakże często chory jest przykrym dla swego otoczenia, a coś dopiero, gdy to otoczenie bez ustanku, przez cały dzień i całą noc, razem z nim przebywa. Chory niespokojny, kaszlący, krzyczący, musi niezmiernie dokuczać swoim towarzyszom, drażni ich, spać im nie pozwala; jest dla nich po prostu nieznośnym. Kiedyś w Meranie miałem sąsiada, który przez całą noc kaszlał i umiem odczuć przykrość takiego sąsiedztwa. Toż samo zupełnie odnosi się do chorych, którzy nie na zmysł słuchu, lecz na powonienie przykry wpływ wywierają, albo których choroba oszpeciła mocno. Kol. DUNIN, tak zdeklarowany stronnik sal wielkich, żąda dla zakaźnych chorych pokojów oddzielnych. Między motywami takiego żądania i ten przytacza, „aby oszczędzić chorym np. na dyfteryt, wstrętnego widoku chorych, których twarz pokryta jest strupami ospowemi“¹⁾. Nie widzę powodu, dla czego mniej uwzględniać mamy większość chorych innych oddziałów, gdzie także spotykają się oszpecenia z powodu ran, nowotworów, oparzeń rozległych twarzy i t. d.

Ileż razy znowu pobyt w szpitalu wystawia chorego na istotne moralne tortury. Można sobie wyobrazić, jakie wrażenie robi śmierć na niejednym, który jej się lęka, przeczuwa i w męczarniach sąsiada widzi obraz swoich przyszłych męczarni. Na sali szpitalnej kol. DUNINA, leżał przed rokiem młody, a sławny już, rzeźbiarz Mularski, który wkrótce potem umarł; cierpiał on na suchoty. Kiedyś go odwiedził w szpitalu, najbardziej na to się skarżył, że często patrzeć musi na konających i właśnie

¹⁾ Gazeta Lekarska 1887. Z powodu zamierzonej budowy nowego Szpitala Żydowskiego.

na konających suchotników. Znalazł on w szpitalu takie warunki i taką opiekę, jakich w domu mieć nie mógł; ale i to widoczne, że pobyt jego był zatruty. Prawda, nawet w niewielkich salach, jeżeli tylko kilku będzie chorych, już na te same przykrości będą oni narażeni, ale daleko rzadziej. I stronnicy sal wielkich rozumieją dobrze tę przykrą stronę szpitala, gdy idzie mianowicie o trupiarnię i o pogrzeby. Nie tylko usuwa się trupiarnię na najbardziej odległy kraniec szpitala, czego już wreszcie i warunki sanitarne wymagają, ale otacza się budynek drzewami, aby go ukryć przed oczyma chorych, a w każdym szpitalu znajdziemy troskliwą pamięć o tém, aby pogrzebów chorzy nie widzieli i nie słyszeli. A o ileż mniejsze wrażenie musi sprawiać pogrzeb, aniżeli zgon w całej naturalnej swój grozie. Potrzeba się starać, aby chory zapomniał, o ile można, że w szpitalu ludzie umierają.

Prawie toż samo powtórzyć można ze względu na operacje. W obszerniej dyskusyi, jaka się rozwinęła w Towarzystwie medycyny publicznej w Paryżu nad konstrukcją szpitalów, postawiono kwestyję, czy ma być wspólna sala operacyjna dla oddziału męskiego i żeńskiego, czy też należy dwie takie sale urządzić. Najmocniejszym argumentem, który za dwiema salami przemawiał, był wzgląd na wrażliwość chorych. Do wspólnej sali należałoby chorych przenosić z pawilonu oddalonego; chory, który może wkrótce sam temu losowi podlegnie, maż widzieć poprzedników swoich, gdy ich niosą do sali operacyjnej i gdy ich zbladłych, osłabionych, odnoszą z powrotem? Uwaga zupełnie słuszna, ale z jeszcze większą słusnością da się zastosować do towarzyszy z jednej sali, dobrych znajomych, których los wzajemny blisko obchodzi.

Choroby, śmierci, operacje, są to wrażenia przykre dla każdego człowieka, ale wszakże chorzy są najbardziej wrażliwi i tę nadmierną wrażliwość uwzględnić trzeba koniecznie. Jest rzeczą dla mnie prawie niezrozumiałą, gdy stronnicy sal wielkich nawet i ciężko chorych, gorączkujących i tych, którzy wielkim operacjom podlegli, na wspólnych, obszernych salach chcą pomieścić. Wszak każdy choć raz w życiu przebywał jakąś ciężką chorobę i wie dobrze, jak go raził, gniewał i niecierpliwił każdy szepć, każde skrzypnięcie drzwi. Czyż to pragnienie spokoju nie dowodzi zarazem jego potrzeby i czyż „*quies absoluta*“, pierwszy warunek leczenia chorób ostrych, gorączkowych i ran podług dawnych zasad terapeutycznych, już zupełnie stracił całe swe znaczenie? Dla operowanych spokój już ze względów czysto mechanicznych jest koniecznym; wszakże każdy ruch gwałtowniejszy, każdy głośny wyraz, może rozdzielić brzegi spajającej się rany; a chcąc chorego w spokoju utrzymać, potrzeba go koniecznie ciszą otoczyć; na sali wspólnej, gdzie wielu ludzi bezustanku chodzi i rozmawia, w spokoju pozostać niepodobna.

Kiedy w mieszkaniu prywatnem ktoś ciężko choruje, poznany to odrazu. Dla człowieka zamożnego połowę ulicy pokrywają słomą, dzwo-

nek u drzwi zdjęto, a na drzwiach czytamy ostrzeżenie, ażeby nie pukać głośno; wszyscy chodzą na palcach, szepcą zaledwie; drzwi od pokoju chorego otwiera się ostrożnie i prócz jednej, czy dwóch osób nikt tam prawie nie wchodzi. Wszystko to zarządzono z polecenia lekarza. Dla czegoż taka różnica pomiędzy tymi, co się leczą w domu, a chorymi w szpitalu?

Czasem stopień wykształcenia człowieka i warunki, w jakich żył zawsze, czynią mu przykrym pobyt w licznym i nie zawsze dobranym gronie. Nie chcę na tę okoliczność zbytniego kłaść nacisku i wywoływać długich dyskusyj, ale wszakże chorzy podobni znajdują się w każdym oddziale szpitalnym i każdy ordynator odczuwał nieraz pewną przykrość z tego powodu.

Leczenie chorych wymaga rozmaitych nieraz warunków, których we wspólnej sali dostarczyć im nie można bez wielkiej dla wszystkich innych przykrości. Jeżeli chcemy chorego, albo kilku chorych trzymać w ciemności, to musimy ich pomieścić w oddzielnym małym pokoju; a w takim przypadku znaleźć się mogą nie tylko chorzy na oczy, ale i gorączkujący i syfilityczni i dotknięci sprawami chorobowymi ośrodków nerwowych, słowem, gdy do chorób ogólnych ciężkie cierpienia oczu się przyłączają. Często dziś stosuje się metodę leczniczą, polegającą na umieszczeniu chorego na czas dłuższy w atmosferze, jakimś lotnym lekiem napojonej; czyż podobna dokładnie i bez wielkiej dla innych chorych przykrości, a może i szkody, leczenie takie na sali ogólnej przeprowadzić? Nie sądzę też, aby wszyscy chorzy, jakkolwiek dotknięci chorobą, potrzebowali takiego samego stopnia temperatury. Wreszcie nie wiadomo, jakie warunki dla leczenia przyniesie przyszłość, a oczywiście mniejsze sale dają bezporównania większą możność nagięcia się do tych rozmaitych warunków, niż sale obszerne, dla wielu chorych przeznaczone.

Na te wszystkie zarzuty, jakie można zrobić wielkim salom, ich zwolennicy mają łatwą odpowiedź. Pierwszém i najgłówniejszém zadaniem szpitala jest wyleczyć chorych. Dobrze jest zapewne osłodzić ich dołę, ale tylko o tyle, o ile byśmy przez to nie zmniejszyli prawdopodobieństwa wyzdrowienia. A że w salach wielkich bezporównania lepsze są warunki higieniczne i daleko pewniej i prędzej chorzy do zdrowia przychodzą, więc wszystkie względy, na korzyść mniejszych pokojów przemawiające, muszą na dalszy plan ustąpić. Gdyby to zdanie można było oprzeć na dowodach przekonywających, gdyby ono istotnie było prawdziwem, nikt by naturalnie odmiennego poglądu nie wygłaszał. Ale wszystkie argumenty, którem czytał i słyszał, nie zdają mi się dosyć przekonującymi.

Stronnicy sal wielkich wypowiadają nieraz swe przekonanie bezwzględnie, stanowczo; wierzą, że poza salami wielkimi niema zbawienia; na pochwałę sal wielkich i na oczernienie małych używają wyrażen dosa-

dnych. A że mocna wiara przekonywa i bez argumentów, więc nie podobna zaprzeczyć, że ich mowy i rozprawy wpływ wywierają. Ale nie należy się wszakże poddawać samą formie wypowiedzania myśli, trybom rozkazującym i kodeksowemu sposobowi przedstawiania rzeczy.

Obok tej stanowczości powołują się jeszcze na inne szpitale: „wszyscy“ obecnie przemawiają za salami większemi i żaden nowy szpital z małych pokojów się nie składa. I ten wzgląd jeszcze nie stanowi dowodu; jest wyraźnem niebezpieczeństwem dla każdego postępu, nie chcieć robić inaczej, niż wszyscy; ale ten wzgląd bardzo pilnie należy wziąć pod uwagę. Jeżeli istotnie „wszyscy“ w pewien sposób postępują, to muszą mieć dobre do tego powody i jeżeli taki powszechny zwyczaj chce zmienić, to wolno mi tylko po długim namyśle i przy bardzo dostatecznych powodach.

To przekonanie o powszechności sal wielkich i piętr pojedynczych jest bardzo przesadzonem. Zdawałoby się, czytając podobne zdania, że stare szpitale na małe dzieliły się pokoje, a obecnie panuje dążenie do powiększania sal, do pomieszczania wspólnego coraz większej liczby łóżek. Tymczasem rzecz ma się wcale odwrotnie. Dawniejsze szpitale miały najczęściej sale olbrzymie, obecnie właśnie znacznie je zmniejszono. Przemawiając za pokojami o kilku łózkach, nie występujemy przeciwko dzisiejszemu kierunkowi, ale w tym kierunku dalej idziemy. Prawda, że przeważna ilość nowych szpitalów posiada sale przeznaczone mniej więcej na 20 łóżek; ale powszechnym i wyłącznym nie jest ten zwyczaj. Od Szanownego PREZESA naszego komitetu dowiaduję się, że najnowszy szpital, jaki obecnie budują w Paryżu, szpital Świętego Józefa, posiada sale przeznaczone na 6 łóżek; szpital dla gorączkowych w Londynie posiada sale jeszcze daleko mniejsze; a można być pewnym, że, zbierając pilnie wiadomości, więcej by się takich zakładów znalazło. Istnieją pewne kategorie szpitalów, czy oddziałów szpitalnych, które zawsze i wyłącznie z małych sal się składają. Przedewszystkiem wymienię domy zdrowia dla chorych płacących, gdzie w każdym pokoju jedno, a najwyżej 2 łóżka się znajdują. Pojmuję w zupełności przyczyny, które do tego skłaniają, ale gdyby naprawdę warunki sanitarne w salach wspólnych były o tyle lepszemi, toby i chorzy płacących na wspólnych tylko salach leczyć się chcieli i domy zdrowia urządzano by w ten sposób. Prześliczny mały szpital w Döbling pod Wiedniem, urządzony podług wskazówek BILLROTH'a, składa się z baraku dla biedniejszych i pawilonu dla zamożnych. W pawilonie znajdują się jedynie małe pokoje, a nikt nie sądzi, aby bogatsi chorzy w tym szpitalu pod względem wyników leczenia gorszą stanowili rubrykę.

Pojmuję, że ten przykład łatwo będzie osłabić i mam też daleko mocniejsze. Oddziały dla chorych zaraźliwych, o ile przekonać się mogłem, są zawsze, albo prawie zawsze podzielone na małe pokoje. Sam

kol. DUNIN żąda, aby barak dla zaraźliwych rozdzielono na kilka części. Bardzo słusznie jednocześnie powiada kol. DUNIN, że chorzy tego rodzaju jeszcze więcej powietrza, niż inni, potrzebują. Dla mnie w tych zdaniach znajduje się sprzeczność najwyraźniejsza. Jak to? powietrze może być świeżem i czystem jedynie w salach wielkich, na wszystkie strony otwartych, chorzy zaraźliwi tego dobrego powietrza najbardziej potrzebują, a ich właśnie kol. DUNIN radzi pomieszczać w pokojach mniejszych, w rozdzielonych na części barakach.

Idźmy dalej. Chyba ze wszystkich kategorii lokatorów szpitalnych położnice najbardziej są narażone na wpływ szkodliwy niedość higienicznych warunków pomieszczenia. I rozumowanie i doświadczenie aż nadto przekonywują o tej prawdzie. Tymczasem nawet w szpitalach, które z wielkich sal się składają, oddziały dla położnic są podzielone na małe pokoje, przeważnie o jednym łóżku; tak się rzeczy mają na przykład w szpitalu Tenona w Paryżu.

Nie mówię o szpitalach ocznych, które może istotnie mniej wybrednemi być mogą, ale specjalne szpitale akuszerskie i ginekologiczne mają najczęściej małe pokoje. Heidelberg otrzymał nowe wspaniałe zakłady szpitalne i kliniczne. Dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych zbudowano baraki i pawilony o salach wielkich, gdy oddział ginekologiczny z położniczym pomieszczono razem w osobnym, 3 piętrowym gmachu, a pokoje, dla chorych przeznaczone, zawierają tylko po 2 łóżka. Dyrektor kliniki jest zupełnie z rezultatów leczenia zadowolonym; od czasu postawienia nowego gmachu nie było ani jednego przypadku gorączki polegowej, pomimo połączenia, które mogłoby się wydać niewłaściwem, pomimo wielopiętrowego budynku i małych pokoi. A skoro warunki podobne nie szkodzą położnicom i tym chorym, które najcięższym operacjom chirurgicznym uległy, chorym po owaryjotomii, to można też śmiało przypuścić, że warunki te będą odpowiedniami i dla leczenia innych chorych.

Więc z tej strony możemy być spokojni; nie wszystkie nowsze szpitale z wielkich sal się składają i szpital o mniejszych pokojach nie będzie stanowił wyjątku.

Hygieniści powołują się często na swoje wrażenia. Tak TOLLET, gorący zwolennik sklepień gotyckich w salach szpitalnych, powiada, że sale wielkie, a tylko na 5 metrów wysokie, wywierają na niego wrażenie przygniatające, że suity zdają się go cisnąć i dusić; tak DUNIN mówi gorąco o rozkosznem wrażeniu, jakiemu uległ w szpitalach barakowych, z ich domkami rozproszonemi wśród ogrodu, z ich obszernemi, widnemi salami. Trzeba ostrożnie podawać takie dowody, bo każdy ulega pewnym wrażeniom i na dowód słuszności swych poglądów może je przytaczać. Co do mnie, nie wielkie sale, ale wielka liczba łóżek w sali nagromadzonych, jest mi nieprzyjemną. Człowiek nie może spędzać życia w licznój,

obcój sobie gromadzie, a przedewszystki $\acute$ em człowiek chory; wielkie sale szpitalne robią w $\acute$ łaśnie wrażenie takiego niemiłego gromadnego życia i przypominają koszary.

Ale jest jeden, bo s $\acute$ dzę, że tylko jeden, istotny argument, na którym stronnicy sal wielkich opierają się przedewszystki $\acute$ em. Człowiek, aby być zdrowym, potrzebuje du $\acute$ żo powietrza i światła, a w $\acute$ łaśnie chory potrzebuje ich najbardziej. Okna, z obu stron wielkiej sali umieszczone, dają największy dostę $\acute$ p światła, a gdy będą na przestrzał otwarte, najlepiej oczyszczają powietrze. Ściany, kąpiąc się w powietrzu ze wszystkich stron, umo $\acute$ żebniają ciągły przewiew i ciągłe odświe $\acute$ żanie powietrza, w pokoju zamkniętego. Tymczasem w sali niewielkiej światło tylko z jednej strony dochodzi; choć okna będą otwarte, powietrze zew $\acute$ nętrzne nie łatwo wejdzie, bo nie czuje się nawet w tych warunkach przewiewu; ściany środkowe, między jedną a drugą salą le $\acute$ żące, powietrza odświe $\acute$ żać nie mogą; a samo to mnóstwo ścian, kątów, załamek $\acute$ ów, utrudnia swobodny ruch powietrza, który za najwa $\acute$ żniejszy warunek leczenia podają.

Z tego poglądu można przedewszystki $\acute$ em usunąć to, co się odnosi do światła. Prawda, że człowiek nie może być zdrowym w ciemnej piwnicy, a skoro raz zachorował, z trudnością w tych warunkach może powrócić do zdrowia. Ale te $\acute$ ż człowiek nie jest rośliną zwrotnikową, która żyć może tylko pod prostopadłymi promieniami słońca. Nie znam, a s $\acute$ dzę, że i nie ma prac $\acute$ żadnych, któreby dowiodły, że światło, przez obszerne okna z jednej strony padające, nie wystareza. Ze światła dwustronnego mniej mamy korzyści, ani $\acute$ żeli kłopotu, aby się od zbytecznego blasku uchronić.

Co do powietrza i jego odświe $\acute$ żania, spraw kapitałnych dla wszystkich miejsc zamkniętych, w których ludzie przebywają, a ju $\acute$ ż najbardziej kapitałnych dla szpital $\acute$ ów, to nie chcę rozbiorem tych pytań uprzedzać trudnych i długich niewątpliwie rozpraw, jakie z kolei nam się nasuną. Czy mamy się starać, aby ściany sal były przewiewne, czy te $\acute$ ż od ich przewiewności się bronić? czy po $\acute$ żądane są wszelkie prądy świe $\acute$ żego powietrza, czy dbać musimy o pewien stały kierunek tych prąd $\acute$ ów? te wszystkie pytania dopiero na następnych posiedzeniach mamy rozstrzygnąć. Dziś chcę poddać rozbirowi najwa $\acute$ żniejszą wentylacyjną korzyść sal wielkich: łatwość oczyszczania powietrza przez otwarcie okien na przestrzał. Jest rzeczą oczywistą, że w ten sposób dokładniej i prę $\acute$ ędziej daleko odmieni się powietrze w sali. Ale czy codziennie, czy często, będzie można korzystać z tego sposobu wentylacji? zdaje mi się, że bardzo rzadko, że prawie nigdy. Jedno z dwojga: albo będziemy musieli okno z jednej strony zasłonić, aby się bronić przed słońcem, albo zrobimy to samo z powodu wiatru, deszczu i zimna. U nas niewiele takich dni naliczymy, gdzieby temperatura dosyć była ciepłą, aby można przebywać w tak otwartym pokoju. Można, zadawalając się teorią pasorzytniczą, odmawiać zimnu

wszelkiego wpływu na powstawanie chorób, ale sędzę, że jest jeszcze za-
wcześnie, abyśmy to przekonanie praktycznie i do tego w szpitalu chcieli
urzeczywistnić. Powiem więc, że ze względu na wrażliwość chorych,
nie zawsze, nawet stosunkowo rzadko, będziemy mogli przez czas dłuższy
mieć w sali szpitalnej okna otwarte tylko z jednej strony. I pod tym
nawet względem widzę w małych pokojach szpitalnych przewagę nad
wielkimi. Ażeby okna mogły być systematycznie i na czas dłuższy
otwierane, potrzeba, aby chorych w sali nie było. Pod tym warunkiem
i w dnie słotne i w zimie można trzymać okna otwarte. Choć warunek
ten nigdy nie będzie bezwzględnie możliwym do osiągnięcia, ale urzeczy-
wistni się bezporównania częściej przy małych właśnie pokojach.

Po większej części chorzy nie potrzebują, a nawet nie powinni,
bezustannie leżeć na łóżkach; będą mogli czas jakiś spędzać w pokojach
bawialnych, czy stołowych. Na śniadania, obiady, wszyscy tacy chorzy
z sal wyjdą; będzie to pora właśnie na otwarcie okien. Obłożnie chorego
będzie można usunąć wraz z łóżkiem na piękny, obszerny, ciepły korytarz,
czy werendę, albo od czasu do czasu przenieść do innego, sąsiedniego
pokoju. Prawda, że zdarzają się i nieraz przypadki, że to uskutecznić się
nie da, a w ten sposób nie wszystkie pokoje dadzą się codziennie dokła-
dnie przewietrzyć; ale w sali wielkiej przynajmniej jeden taki chory
zawsze się znajdzie i przeszkodę będziemy mieć wiecznie.

Jest pewna chwila, najszkodliwsza w sali pod względem sanitarnym:
czas zamykania i oczyszczania sal. Zawsze przy tém kurz wzbija się i cho-
rych otacza; a dla dokładnego oczyszczenia pokoju potrzeba sprzęty
usunąć i okna pootwierać. I znowu potrzeba na tę chwilę chorych wszy-
stkich oddalić, a w sali, na 30 czy 20 chorych przeznaczonej, nie dojdziemy
nigdy do tego.

Każda sala szpitalna powinna być od czasu do czasu dokładnie
oczyszczona. Ściany i sufit należy wtedy wytrzeć i obmyć, podłogi od-
świeżyć i okna przez parę dni pozostawić otworem. Potrzeba w tym celu
mieć salę próżną, już nie na parę godzin, ale na kilka dni, a właściwie na
parę tygodni. Jeżeli mamy tylko wielkie sale, jak na przykład w obecnym
szpitalu Starozakonnych w Warszawie, potrzeba na ten czas zamknąć
oddział dla chorych; a powtarzać się to powinno, choć się nie powtarza,
przynajmniej raz na rok. Wiemy dobrze, jak trudno dojść do tego, jak
rzadko skutkiem tego oddziały nasze szpitalne podlegają gruntownemu
odświeżaniu i jak niewłaściwem jest zarazem i to rzadkie oczyszczanie sal
i ta zupełna na czas pewien przerwa w działalności oddziału. Przy małych
salach sprawa będzie bez porównania łatwiejszą, będzie można znaleźć od
czasu do czasu okres swobodniejszy, gdzie się pewna część oddziału oczy-
ści, a w najgorszym razie oddział zmniejszy liczbę swych chorych, ale nie
będzie zupełnie zamkniętym.

Staralem się przedstawić wszystkie powody, które, po dokładnej rozwadze, skłoniły mnie do tego, że pokojom, na kilku chorych obliczonym, daję stanowcze pierwszeństwo przed salami wielkimi, gdzie kilkudziesięciu chorych się mieści. I spokój chorych i ich uczucia i różnorodność warunków, jakich potrzebują i możność łatwiejszego utrzymania czystości, wszystko na korzyść małych sal przemawia. Nie dotknąłem jeszcze tylko jednej strony, usługi. Utrzymują, że usługa w salach mniejszych jest daleko trudniejszą, a ztąd liczba służących, koszty i trudność administracyi wzrastają nadmiernie. Zdaje mi się, że pogląd taki jest przesadzonym, że różnica w usłudze nie będzie tak wielką. Ale chociażby w istocie więcej służby potrzeba było, to wcale na nasze postanowienie wpłynąć nie może. Szpital nie istnieje dla wygody administracyi, tylko dla chorych; stawiając nowy gmach, musimy myśleć tylko o tém, aby chorzy zdrowieli i aby pobyt w szpitalu był dla nich możliwie dogodnym i przyjemnym; wszystkie inne względy i cała usługa, musi się do tych warunków zastosować.

PRZEWODNICZĄCY. Są to poglądy, które nie raz powtarzałem i które w zupełności dzielię. Nawet na kilku punktach, które przemawiają na korzyść sal mniejszych, można większy nacisk położyć. Przedewszystkiem odświeżanie powietrza w małych pokojach jest stanowczo łatwiejszem, o czém przy rozprawach nad wentylacją będę miał sposobność mówić jeszcze obszerniej. Odświeżyć powietrze, to nie znaczy usunąć tylko nadmiar kwasu węglanego, ale usunąć w zupełności rozmaite wyziewy, jakie z powietrzem wydechaném, z potem chorzy wydzielają. Te wyziewy rozpuszczają się w całym powietrzu sali, również, jak i w nadpływającym powietrzu świeżem i dla tego dokładne oczyszczenie powietrza sali nie jest rzeczą łatwą. Możemy zrobić proste doświadczenie, rozlać w pokoju trochę siarkowodoru, a przekonamy się, że kilkakrotnie potrzeba całkowicie odmienić powietrze, ażeby się pozbyć przykrego zapachu. W małej sali da się to naturalnie daleko łatwiej uskutecznić.

Pogląd, jakoby przewietrzanie sal wielkich uskuteczniało się przez otwieranie okien na przestrzał, jest błędnym zupełnie. W szpitalach, które mają sale urządzone w podobny sposób, nie zdarza się prawie nigdy, aby można było okna z obu stron pootwierać. Przekonałem się o tém na przykład w szpitalu Friedrichshain w Berlinie. Jeżeli powietrze nie jest zupełnie spokojne, powstają przeciągi, które nie tylko są przykre dla chorych, ale mogą być i szkodliwymi. Nie nie przeszkadza wreszcie w salach małych mieć podobne urządzenie. Prawda, że tylko jedna ściana będzie miała okna, prowadzące na dziedziniec, ale i na przeciwną ścianę, od korytarza, znajdować się mogą otwory, czy to w postaci drzwi, czy okien. Mamy wtedy jeszcze tę korzyść, że przy oknach ściennych unika się bezpośredniego ciągu. Wreszcie przy udoskonalonej wentylacji nie

ma potrzeby kłaść takiego nacisku na otwieranie okien w celu przewietrzania pokoiów.

Co do odnawiania sal, zrobię poprawkę, że oczyszczanie ich raz na rok zupełnie odbiega od celu; trzeba oczyszczać sale dokładnie przynajmniej raz na tydzień, a czasami nawet codziennie. Nie potrzeba na to kilku tygodni, ani kilku dni; można dobrze oczyścić salę w ciągu doby, a nawet w przeciągu kilku godzin. Potrzeba wszakże tylko tyle czasu, aby pył przez otwarte okna z sali się wydostał, a w części się osadził, a tём samém mniej się stał szkodliwym. Naturalnie, że tylko w małych pokojach da się to uskutecznić, a będzie niemożliwém w salach, gdzie dużo chorych się mieści, z powodu trudności usunięcia wszystkich chorych.

Małe sale przedstawiają jeszcze jedną wielką dogodność, a mianowicie możność rozdzielania, segregowania chorych; pomijając już przypadki chorób bardzo zaraźliwych, jak ospy albo szkarlatyny, często wołałbym chorych rozdzielać na pewne kategorie. Nie wiem na przykład, czy byłoby zupełnie bezpiecznem pomieścić chorego na zapalenie płuc w jednym pokoju z dotkniętym gruźlicą.

Jestem tak przekonany o dobrodziejstwach, jakie wynikają dla chorych z sal małych, że nie pojmuję poprostu innego szpitala. Niedawno rozmawiałem z jednym kolegą, który jest stanowczym zwolennikiem sal wielkich; po długich rozprawach, zapytałem go wreszcie, w jakiej sali sam wołałby leżeć, gdyby musiał leżeć w szpitalu? Odpowiedział bez wahania, że dla siebie wybrałby salę małą.

Stronnicy sal wielkich utrzymują, że koszty budowy znacznie się powiększają, jeżeli szpital ma z mniejszych pokoiów się składać, bo przybywają ściany rozdzielające, potrzeba więcej drzwi i t. d. Jest to prawda, ale nie należy tych kosztów przeceniać; różnica nie będzie wielką, a w obec ogólnych kosztów szpitala ta różnica prawie znika.

Przechodzę do kwestyi usługi. Na pierwszy rzut oka zdaje się, że każdy pokój wymaga oddzielnego posługacza, że trudno, aby mógł jeden na kilka pokoiów wystarczyć. Ale tak nie jest. Przedewszystkiém można urządzić drzwi oszklone, a w ten sposób posługacz, znajdujący się na korytarzu, może doskonale widzieć, co się w sali dzieje. Prócz tego przy każdym łóżku znajdować się może dzwonek i w razie potrzeby chory posługacza wzywa. W ten sposób sędzę, że na 30 chorych dwóch posługaczów wystarczy zupełnie; na wezwanie dzwonka jeden się udaje, a drugi może mieć jeszcze nadzór ogólny. Wynagradzając lepiej właściwą usługę dla chorych, możemy być mniej wybrednymi i taniej płacić służbę niższą, przeznaczoną do dźwigania ciężarów, sprzątania sal i tym podobnych zajęć.

BARANOWSKI. W referacie kol. **KRAMSZTYKA** wszystkie względy moralne przemawiają istotnie na korzyść sal małych, a ostatecznie rozstrzyga kwestyję przytoczony przez **PRZEWODNICZĄCEGO** przykład

owego antagonisty sal małych, który jednak dla siebie chciałby zrobić wyjątek. Motywy higieniczne, któreby na korzyść sal wielkich przemawiały, są pokonane tym jednym argumentem przewodniczącego, że sale małe mogą być daleko częściej odświeżane. Istotnie, najlepszym sposobem utrzymania w czystości sal szpitalnych, jest codziennie dokładnie je oczyszczać. Z czasem może się wyrobić pewien rodzaj specjalisty, który ciągle będzie tylko obchodził sale kolejno, obmywał ściany, zamiatał, sprzątał i t. d. Człowiek taki nabędzie biegłości odpowiedzi, będzie daleko prędszy i dokładniejszy spełniał swoje czynności; tak ważne dla szpitala sprawy, jak oczyszczanie sal, będą miały niejako swego urzędnika, a nie będą spełniane przygodnie przez byle Magdusię lub Kasię. Gdybyśmy się więc tylko moralnymi i higienicznymi względami mieli kierować, to musielibyśmy przyjść do przekonania, że należy zbudować szpital wyłącznie z małych pokojów. Ale są inne względy, wykonanie takiego szpitala utrudniające. A naprzód trudności konstrukcyjne. Jeżeli postanowimy urządzić sale po 6 łóżek, to dla 400 chorych będziemy mieli prawie 70 małych pokojów; a jeżeli szpital rozdzielimy na 12 małych budynków, to w każdym budynku takich 6 pokojów musimy pomieścić. Bardzo poważnie zapatruję się na tę trudność; bo choć wiem, że łatwo jest na papierze rozstrzygnąć wszelkie trudności architektoniczne, ale wcale nie łatwo z papieru na grunt przenieść to rozwiązanie, témbardziej, że nie zawsze na genialnego architekta można liczyć. Druga trudność leży w posłudze, a nie sądzę, aby dzwonek mógł tę trudność rozwiązać. Dzwonek jest dobry dla zdrowego, dobry dla chorego przytomnego, który rozumie swoje potrzeby i wie kiedy zadzwonić. Dzwonek to przyrząd ucywilizowany, potrzeba mieć wprawę w jego użyciu. Nasza publika szpitalna nie przywykła wcale do dzwonka i bardzo często może go nadużywać. Skoro 6 dzwonek odezwie się odrazu, jak sobie biedny posługacz poradzi? Kiedy posługacz znajduje się w wielkiej sali i wszystkich chorych widzi odrazu, to wie, czego komu potrzeba i gdzie jego obecność jest najpilniejszą. A co robi chory, dotknięty ciężkim tyfusem, czy w ogóle chory nieprzytomny? taki człowiek swoich potrzeb nie pojmuje i nie zadzwoni z pewnością; posługacz musi potrzeby jego odgadywać bezustanku i zaspakajać. Wreszcie posługacz nie tylko wtedy jest potrzebnym, kiedy go chory zawezwie; obecność jego na sali jest ciągle potrzebna: musi on rozdawać pokarmy, napoje, lekarstwa, musi pilnować porządku, musi uważać, aby chory nie popełnił jakiego nadużycia w jedzeniu i na mnóstwo innych szczegółów.

Biorąc pod uwagę te różne względy, sądzę, że należy rozmiary sal do ich przeznaczenia, do gatunku chorych zastosować, aby i moralnym względem zadosyć uczynić i koszty konstrukcji i usługi możliwie ograniczyć.

CHWAT. Dzielę przekonania kol. BARANOWSKIEGO co do wielkości sal, i chorzy chirurgiczni są najczęściej w tém samém położeniu, co wewnętrzni; bardzo często potrzebują obsługi, a trudno ję wzywać bezustanku; znajdują się między chorymi chirurgicznymi i tacy, którzy dzwonka dotknąć nie mogą, dla tego służba powinna być bardzo pilna i ciągle znajdować się na miejscu. Takie oddziały szpitalne, jak oczny, położniczy znajdują się w innych warunkach i nieraz powinny rzeczywiście posiadać małe pokoje, ale dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych, oprócz koniecznych pokoiów separacyjnych, musimy mieć sale wielkie, przynajmniej po 16 łózek.

FRITSCHÉ. Na ile łózek właśnie mają być urządzone owe małe sale, o jakich PRZEWODNICZĄCY myśli.

PRZEWODNICZĄCY. Na 4, 6, a najwyżej na 8.

FRITSCHÉ. W takim razie, podług mojego przekonania, zbyt nisko ocenia PRZEWODNICZĄCY koszty podobnej budowy. Zbudować 20 a 70 sal, to różnica ogromna. Trzeba się liczyć z pieniędzmi; jeżeli ich będzie dosyć, to można małe sale urządzić, w przeciwnym razie potrzeba ich się wyrzec.

BARANOWSKI. Postanowiliśmy, o ile można, kosztów nie uwzględniać, a tylko obmyśleć warunki dla budowy szpitala z naszego stanowiska najodpowiedniejsze. Wykonawcy budowy już dostatecznie koszty uwzględnią i nasze rady okroją.

PRZEWODNICZĄCY. Chcę w paru słowach odpowiedzieć kol. BARANOWSKIEMU. Mówimy z jednej strony o wielkich salach szpitalnych, z drugiej strony o pokojach, albo nawet pokoikach. Największa sala szpitalna podług moich poglądów będzie miała rozmiary nie większe, aniżeli zwykłe sale naszych mieszkań. Otóż konstrukcja takich zwykłych pokoiów jest bezporównania łatwiejszą i tańszą. Sala wielka musi już być odpowiednio szeroką i wysoką, aby posiadała dostateczną ilość powietrza. Skoro pokój w jednym tylko wymiarze przenosi 12 łokci, już koszty jego budowy ogromnie wzrastają, bo belki takiej długości są bezporównania droższe i muszą być podparte, aby się nie wyginały. Rozumiem, że sale szpitalne powinny być sklepiene i zaokrąglone; łatwo jest urządzić w ten sposób pokój nie wielki, a bardzo trudno, gdy idzie o salę wielką, w tym ostatnim razie potrzeba albo sklepienie ze środka podeprzeć, albo też środek sklepienia bardzo wysoko w górę podnieść. Wiązanie takich sklepień, konieczność belek żelaznych ogromnie podnoszą cenę budowy. W muzeum przemysłu i rolnictwa jedna wielka sala kosztowała tyle, co cała reszta budynku, nie licząc w to wcale ję zbytłownych ozdób.

Zarzut co do trudności obsługi uwzględniam zupełnie. Są chorzy, którzy posługi potrzebują bezustanku; taki chory powinien mieć albo oddzielnego posługacza, albo posługacz przy nim stale się znajduje i w razie potrzeby do innej sali zostaje wezwany. Wreszcie to samo będzie

i w wielkich salach; i tu ciężko chory absorbuje posługacza ze szkoda innych.

CHWAT. Nie tylko koszty budowy, ale i koszty urządzenia wewnętrznego będą daleko większe przy małych pokojach; będzie potrzeba daleko więcej sprzętów, jak umywalni, stołów i t. d.

PRZEWODNICZĄCY. Nie widzę powodu, dla czego ma być potrzebną większa ilość sprzętów, skoro liczba łóżek pozostaje też sama. Umywalnia żadną miarą na sali znajdować się nie powinna, czy to będzie sala wielka czy mała. Umywalnia będzie wspólną dla całego oddziału i chorzy ze wszystkich sal będą do niej musieli chodzić, na sali powinny być tylko sprzęty niezbędne dla chorych, zresztą wszystkie potrzeby oddziału powinny się znajdować w oddzielnych pomieszczeniach, zarówno umywalnie, jak kąpiele, wychodki, kuchenki, zlewy i t. d.

CHWAT. Chciałbym widzieć plan podobny urzeczywistnionym, ale nie zdaje on mi się łatwym do przeprowadzenia. W każdym razie najtrudniejszą będzie sprawa z usługą. Za granicą, gdzie wogóle służba szpitalna składa się z ludzi inteligentnych i fachowych, największym zawsze kłopotem administracji jest służba; słyszałem podobne skargi w bardzo wielu i to wzorowych szpitalach. Cóż dopiero u nas, gdzie dobrej służby nie ma i nie prędko będzie; tego wszystkiego, czego **PRZEWODNICZĄCY** wymaga przy naszej służbie z pewnością nie osiągniemy.

FRITSCHÉ. Znany dyrektor szpitala powszechnego w Wiedniu bezustannie skarży się na służbę.

PRZEWODNICZĄCY. A więc te niedostatki usługi wcale nie zależą od wielkości sal.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Zdaje się, że za daleko od kwestyi sal szpitalnych zeszliśmy na kwestyję usługi; jeżeli naprawdę małe sale szpitalne zmuszają administracyję do powiększenia liczby posługaczy, to i lepiej bo szpital ich dużo potrzebuje. Nie podobna wszakże nie zgodzić się z profes. **BARANOWSKIM**, że w pewnych przypadkach można bez żadnej szkody mieć sale większe. Są chorzy, którzy cały dzień spędzać będą czy w ogrodzie, czy w pokoju bawialnym, a sala będzie miała dla nich to samo znaczenie, jak pokój sypialny w naszych mieszkaniach; tam będą noc spędzali, albo w ciągu dnia położą się na krótki czas dla odpoczynku. Do takich należy pewna liczba np. chorych na oczy i wogóle konwalescenci.

CHWAT. A więc kol. przyznajesz, że w szpitalu powinny być sale większe i mniejsze? nie jesteś bezwzględny zwolennikiem sal małych?

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Zgadzam się, ale będą to sale przeznaczone dla tych, którzy już właściwie nie są chorymi; zasadą powinny być pokoje małe, a dla wyjątkowych przypadków, które wreszcie ściśle należy określić, będzie można urządzić sale większe.

KRAMSZTYK JULJAN. W szpitalu dla dzieci imienia Baumanów i Ber-sohnów bardzo wiele mieliśmy niewygodny z powodu zbyt wielkich sal. Z początku było tam tylko 5 sal, po 6 łózek; skutkiem tego w oddziale wewnętrznym nieraz było dosyć miejsc wolnych, a dzieci, potrzebujących operacyi, już nie można było przyjmować; w pokoju dla szkarlatyny przeznaczonym, było tylko jedno łóżko zajęte, a chorym na ospę musieliśmy odmawiać przyjęcia; dzieci, którym dokonano tracheotomii, nie można było pomieszczać w oddzielnym pokoju, jakby właściwie należało. Tych wszystkich, bardzo niewygodnych stosunków można by uniknąć zupełnie, gdybyśmy mieli mniejsze pokoje.

BARANOWSKI. Kol. CHWAT uważa mnie za zdeklarowanego stronnika sal wielkich. Jabym w tej chwili ostatecznie jeszcze swojego poglądu nie sformułował. Musimy przejść kolejno potrzeby wszystkich oddziałów, a wtedy dopiero będziemy mogli określić, ilu i jakich sal każdy oddział wymaga. Weźmy dla przykładu oddział położniczy. Jedna sala ogólna może mieścić kobiety ciężarne, czekające na poród. Z chwilą, kiedy się sprawa porodowa rozpoczyna, przenoszą kobietę do zupełnie oddzielnego pokoju, a skoro minie dla położnicy wszelkie niebezpieczeństwo, można ją znowu, wraz z innemi, w jakiej większej sali umieścić. Podobne stosunki powtarzają się i w oddziale chirurgicznym i innych.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 12 Marca 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT, LUBELSKI i PRZEWOSKI.

Goście: CHWAT i SZRAJBER, inżynier kanalizacyi.

O nieobecności zawiadomił: JAKOWSKI.

SZRAJBER. Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, muszę sprostować zamieszczoną w protokole poprzednim wiadomość o kosztach skanalizowania domu przy zbiegu ulic Miodowej i Długiej. Koszty wyniosły daleko mniej aniżeli 7000 rubli, pomimo wyjątkowych okoliczności, które roboty utrudniały i podniosły koszty. Dom nie był wcale do kanalizacyi przygotowanym, nie zastałem ani waterklozetów, ani rur pionowych. Posesycja miała wielką obfitość wody, tak że w piwnicach woda stała nad powierzchnią podłogi; piwnice były zupełnie nieużyteczne, co też głównie do skanalizowania domu skłoniło właścicielkę; potrzeba było całą posesyję zdrenować; już w czasie robót napotkano niespodzianie

wodę tuż pod podłogą, w najwyższym punkcie w końcu trasy i potrzeba było rury o cały metr pogłębić; znalazłem duże zapomniane studnie, które musiałem zasypać. Wychodki urządzone były do torfu otwockiego i należało cały dół wypełnić. Wreszcie z powodu pewnych przeszkód specjalnych musiałem rurze, łączącej kanały domu z ulicznymi, nadać nieprawidłowe łukowate wygięcie. Posesya została skanalizowana zupełnie. Prócz ogólnych wychodków w dwóch mieszkaniach urządzono waterklozety, w jednym wannę; zlewów jest pięć, prócz dwóch w pralniach, 3 wodopusty podwórzowe oprócz piwnicznych. Rury pionowe przedłużono ku górze dla wentylacji i sięgają nawet ponad szczyt wysokiego domu sąsiedniego. Koszty tak rozległych i wyjątkowo powikłanych robót wyniosły tylko 5800 rs., licząc w to roboty kanalizacyjne, wodociągowe, zdrenowanie i powiększenie oświetlenia gazowego dla potrzeb kanalizacji.

Urządzenie wychodków wspólnych, przemywanych wodą.

Celem normalnego rozwiązania sprawy wychodków wspólnych, przemywanych wodą, baczyć musimy przede wszystkim na to, w jakim miejscu umieszczony jest tenże wychodek, czy na otwartym miejscu, wystawionym na wpływy powietrza, czy też w miejscu zacisznym wewnątrz budowli, gdzie mamy dostateczną ochronę od wpływów powietrza. Warunki te uwzględnić jest koniecznością ze względu na nasz klimat i wodę, którą się posługujemy celem peryodycznego oczyszczania wychodka. Pierwszą więc kategorię wychodków budować musimy o konstrukcji pogłębionej. Wodostan zbiornika i wszelkie dopływy winny się kryć pod terenem danej miejscowości najmniej na 1,50 metra czyli stóp angielskich 5, aby się dostatecznie zabezpieczyć od mrozu. Dół wspólny dla wszystkich otworów okazał się najpraktyczniejszym o profilu półajkowym, z dnem nachylenym, w którego najniższym punkcie wmurowywa się rura odpływowa, zaopatrzona szluzą, szczelnie zamykającą. Względnie do frekwencji daje się ilość sedesów w oddzielnych zamykanych kłatkach. Ilość tychże sedesów warunkuje konstrukcję zbiornika i wysokość w nim wodostanu. Zbiornik sam wykonywa się albo z cegły na cement spajaną, albo też z betonu cementowego. W wyborze materiału ma wyższą zaletę beton cementowy dla ścisłości swój i możności nadania bokom zbiornika powierzchni gładkiej, śliskiej. Jest to czynnik bardzo ważny, gdyż nie dozwalać na czepianie się fekalii po bokach zbiornika, usuwamy lub do minimum redukujemy możność gnicia i ulatniania wytwarzających się z tychże fekalii gazów, wstrętnych dla zmysłu powonienia i szkodliwych dla organizmu ludzkiego. Sedes winien być umieszczonym na cylindrze z grubiej blachy żelaznej, asfaltowanej zewnątrz i wewnątrz, o wysokości praktycznej, a więc 30—45 cm., czyli 1 do 1½' angielski. Sam sedes winien mieć kształt eliptyczny, w kształcie podkowy, o brzegach zaokrąglonych,

aby utrudnić stawanie na sedesie i zniewolić do siadania na nim; do tyłu nieco spadający, aby siedzącemu utworzyć naturalną pozycję a tém samém skierować wyrzut więcej ku środkowi cylindra i uchronić sedes w tylnéj części od zanieczyszczenia. Aby tém więcej umożliwić czystość sedesu z tylnéj jego części, dobrze będzie sedes tam przerwać. Przerwa ta, która nastąpi w całej grubości drewnianego sedesu (wynoszącej 50—70 mm.=2—3" ang.) dodaje odwagi do siadania, gdyż usuwa obawę zawalania się siadającemu. Fekaljom, spadającym z wysokości 6' na zwierciadło wody w zbiorniku, dajemy możność rozbijania się i zanurzania w wodzie, a nizkość temperatury wody i głębokość umieszczonego tam kału tamują w wysokim stopniu proces gnicia i ulatniania się szkodliwych miazmatów i wstrętnych gazów. W zbiorniku samym normujemy wysokość wody za pomocą przelewu, opatrzonego w syfon, wykluczający dostawanie się gazów kanałowych do wychodka. Celem uchylenia wyparu gazów kanałowych, wentylujemy trasę, odprowadzającą ścieki wychodkowe, za pomocą chwytania rur deszczowych, łącząc je z trasą. Pisoary oddają tu odpływy swe wprost do zbiornika. Woda w zbiorniku odnawia się w razie potrzeby, skoro jest zanieczyszczoną na tyle, że daje się czuć powonieniem. Budynek winien mieć dach łamany i być oświetlonym możliwie, a więc z boków i z góry.

Wychodek drugiej kategorii, jeżeli jest zupełnie zabezpieczonym przeciw sile mrozu, może być konstrukcyi płytkiej i składać się z pojedynczych waterklozetów pokojowych, albo téż, jeżeli chodzi o konstrukcyję tańszą, również niezawodną, z systemu, który przedstawiam na obok dołączonym rysunku, systemu Doulton'a. Zbiornik ten z kamionki (szteingutu) składa się z pojedynczych rur mufowych o 30-ci średnicy, w których na środku ich długości znajdują się (flansze) kołnierze, do których przymocowuje się krażki sedesowe, drewniane, półokrągłe, pozwalające na wygodne siadanie a utrudniające stawanie na nich. Jedną więc rurę zbiornikową wkładamy w mufę poprzedniej i tak formujemy cały rząd sedesów w miarę potrzeby. Dwie krańcowe rury są oddzielnéj konstrukcyi i to jedna dla przypływu wody, druga dla odpływu fekalii do rury odprowadzającej. Zbiornik tak uformowany, cementem ściśle spojony, stawiamy na podłodze lub téż podmurowaniu poziomo, a odpływ odbywa się przez syfon celem niedopuszczania gazów kanałowych do wnętrza wychodka. Z rezerwoaru, automatycznie działającego, o wymiarach odpowiadających ilości sedesów, skuteczniamy peryjodyczne przemywanie zbiornika. Ilość wody w zbiorniku (rezerwoarze) ograniczamy w następujący sposób. Na jednorazowe przemycie misy waterklozetu, jak wykazuje praktyka, dostateczną jest ilość dwóch galonów czyli 9 litrów=9 kwart polskich w rezerwoarze umieszczonym nad misą najmniej 6' ang. Taki rezerwoar łączymy z misą za pomocą 1 1/3" rury i wypróżniamy go za pociągnięciem sznurka lub łańcuszka. Aby więc mieć dostateczną ilość wody w rezerwoarze,

który się naraz wypróżnia, przyjąc nam należy przy czterosedesowym klozecie, (licząc że przez trzy godziny najmniej 5 osób się załatwia) $5 \times 9 \times 4 = 180$ litrów. Rezerwoar taki umieszczamy na ścianie najniżej o 6' nad wylotem do zbiornika i łączymy go ze zbiornikiem rurą o 4" czyli 10 cm. średnicy i wydostajemy dostateczny impet wody, który zdoła wypchnąć wszelkie ekskrementy wraz z papierami przez syfon o 15-ctm. średnicy do rury odpływowej, również o 15 ctm. średnicy. W wypadku, który tutaj przedstawiam, zachodzi różnica tak co do ustawiania zbiornika, jak i rezerwoarn. W miejscowości, w której umieściłem wychodek, jako niezupełnie zabezpieczonej przeciw mrozom, zagłębiłem zbiornik na 80 ctm. niżej posadzki, tak iż zwierciadło wody stojącej zawsze i przyjmującej kał, jest oddalonem od podłogi o 66 ctm. z obawy zaś, aby podczas silnych mrozów nie zamarzła woda w rurach wodociagowych lub rezerwoarach, przeniósłem rezerwoary na I-sze piętro w miejsce ogrzane, jako przytykające do mieszkania lokatora, a zyskując na wysokości (mam bowiem około 19'), dałem rurę przelewową o połowę mniejszą, bo tylko 2" czyli 5 cm. Wskutek pogłębienia zbiornika koniecznem było dać na otworach nadstawki z grubej blachy żelaznej, nitowane i asfaltowane zewnątrz i wewnątrz, aby wytworzyć wygodny sedes dla korzystających z wychodka. Aby cylindry sedesowe zabezpieczyć w tylnych częściach przeciw chwytaniu ekskrementowych wyrzutów, dałem im oddzielne płukanie za pomocą rury dziurkowanej, obiegającej cały zewnętrzny obwód cylindra. Dla przemywania tych sedesów umieściłem oddzielny aparacik automatyczny, działający co pół godziny, obsługujący jednorazowo wszystkie 4 sedesy. Ażeby mieć dostęp do syfonu, w razie, gdyby tenże zapchanym został przez substancyje, do klozetu nie należące, a przez złośliwego człowieka wrzucone, co się praktykuje, umieszczonym jest nad syfonem otwór rewizyjny z żelazną klapą. W klozecie tym znajduje się także i pisoar na ścianie i podmurowaniu, który połączony jest ze zbiornikiem wprost. Pisoar ten jest również obsługiwany przez osobny aparacik automatyczny, działający co pół godziny.

Wychodek, który przedstawiam, urządziłem na miejscu dawnego z kloaką, którą dezynfekcyjonowano proszkiem otwockim. Znajdującą się pod nim kloakę wyrwałem z gruntu, nasiąknięty dawny tynk został odbitym i zastąpionym świeżą cementową zaprawą tynku. Kloakę zasypano gruzem i piaskiem i urządzoną została posadzka asfaltowa na rolszychcie ceglanej, której fugi starannie wapnem wylano. Ściany w wychodku uległy również odbiciu tynku dawnego i zastąpiono odbity tynk świeżym cementowym do wysokości forszowania, po wyschnięciu tynku pomalowano go olejną farbą. Sufit dawniejszy obitym był blachą, którą rdza przejadła, blacha wraz z trzeiniowaniem usuniętą została i zastąpiono je świeżem trzeiniowaniem i świeżą zaprawą. Dawna podłoga i ścianka drewniana w połowie wysokości wychodka obecnego zostały zerwane,

podłoga obecna jest na wysokości bruku podwórza, ściankę posunąłem do schodów i dałem ją murowaną. Podłoga asfaltowa otrzymała spadek do środka, gdzie umieszczono wodowpust piwniczny z kubelkiem do chwytania piasku i tych zanieczyszczeń, jakim podlega posadzka w wychodkach. Rura wodociągowa z kranikiem, do którego przykręca się kieszka gumowa z kranem i łyżką do spłukiwania podłogi, została umieszczoną w narożniku wychodka. Oddawszy zawartość zbiornika przez syfon rurze opadkowej, odpływowej, zabezpieczony jest wychodek przeciw napływowi gazów kanałowych, rura opadkowa idzie bowiem przez całą wysokość domu i wychodzi jako wentylator ponad dachem. Przez okres trzygodzinny używania zbiornika wytwarzają się w wychodku gazy, a nie mając dostatecznego odpływu, mogłyby się dać odczuć, z tego to powodu umieściłem w narożniku wychodka, w przekątnej od drzwi wchodowych, oddzielną wentylację. Tuż pod sufitem wmurowaną została kratka wentylacyjna a przed nią umieszczono płomień gazowy, dla ułatwienia ruchu powietrza w cugu. Temu ostatniemu urządzeniu zawdzięczać można dobry stan powietrza, jaki Szanowna Komisja znalazła, będąc na miejscu. Dla oświetlenia wieczorem urządzono drugi płomień.

Powierzając najgłówniejszą pracę aparatom samodzielnym, pozostawia się dla stróża minimum pracy. On baczyć ma tylko na czystość podłogi i sedesów, skoro zanieczyszczone zostaną przez bezmyślnych lub psotnych niechłujów, na których technika nie znajdzie nigdy konstrukcji zapobiegawczej.

Instrukcja. Celem prawidłowego obsługiwanian urzadzania kanalizacyjno-wodociagowego, wykonanego przy ulicy Miodowej 489d./21, aby dzieło to nalezyście funkcjonowało.

§ 1.

Ustęp zbiorowy ma funkcję swą spełniać w dzień, to jest od godziny 6-jej z rana do 11-jej w nocy, należy więc wentyl wodociagowy, znajdujący się w piwnicy oficyny środkowej, rano o 6-jej otworzyć i wodę puścić, następnie w ustępie zbiorowym płomień gazu mały przed wentylatorem zapalić i posadzkę w całym ustępie i we wszystkich klatkach starannie zamieść i kubelek szlamowy z wodowpustu wypróżnić z zawartości w nim nagromadzonej. Skoro nastąpi zmrok po południu należy drugi płomień gazowy celem oświetlenia ustępu zapalić. Wieczorem o 11-jej godzinie należy założyć kieszkę gumową do hydranta i spłukać wszystkie sedesy i całą podłogę tak, aby żadnego zanieczyszczenia nie było i śladu, w sedesach jeśliby były jeszcze jakie niesplukane zawartości również spłukać, iżby się do nich nie nie czepiało, poczem należy obadwa płomienie zgasić, ustęp zamknąć i w piwnicy wentyl wodociagowy zamknąć.

W razie zbyt silnego mrozu t. j. skoro w podwórzu obniży się termometr na 15° niżej zera (Réaumur), należy tak przez noc jak i podczas

dnia palić dwa płomienie gazowe, znajdujące się w ustępie zbiorowym, jak i trzeci znajdujący się w klozecie na piętrze, oraz nie zamykać na noc wentyla wodociagowego w piwnicy. Wszystkie trzy płomienie gazowe mają się palić tak długo, dopóki termometr nie będzie pokazywał niżej, jak 10° na podwórzu.

Wrazie, gdyby w skutek niezastosowania się stróża do instrukcyi niniejszej, lub też jakiegobądź uszkodzenia rury wodociagowej nastąpiło jej pęknięcie, a w skutku tego woda wystąpiła, należy natychmiast szluzę, znajdującą się w piwnicy przy ulicy, poza pralnią zamknąć i dać znać firmie „Warszawskie biuro techniczne“, aby przystąpiła do naprawy rury uszkodzonej. Wylew wody nigdy groźniejszych rozmiarów nie przybierze, bo znajdujące się we wszystkich piwnicach dreny odbiorą ją i do kanału oddadzą. Z zawiadomieniem wszakże W. B. nigdy zwłóczyć nie należy po zamknięciu szluzu.

Wogóle obsłużenie ustępu zbiorowego należy z naciskiem powierzyć stróżowi, którego obowiązkiem jest raz po raz w ciągu dnia w nim być i co zauważy nieprawidłowego, czy to pod względem czystości, czy funkcjonowania usunąć. Będzie to dlań pracą bardzo małą, gdyż automatycznie działające aparaty całą niemal służbę wypełniają, chodzi tylko o to, aby on miał baczny dozór i nie dopuścił, aby z niedozoru jego jaka nieprawidłowość nie nastąpiła.

§ 2.

Wodowpusty podwórzowe i piwniczne należy co najmniej raz na tydzień zrewidować t. j. ruszty podnieść, kubełki ze szlamem wyciągnąć i wypróżnić, szlam nagromadzony obok kubełków wydobyć, kubełki wstawić i ruszty nałożyć. Taką samą rewizyję wodowpustów należy zrobić po każdej wielkiej ulewie deszczu, ona bowiem spławia piasek bruku w obfitszej ilości, i łatwo mogłoby nastąpić przepełnienie kubełków szlamowych i zatkanie syfonów, umożliwiających odpływ do kanału, a tamujących wyziewy gazów kanałowych. Wrazie niezrewidowania i niedostatecznego oczyszczenia wodowpustów woda zamuli syfony szlamami i wyleje się na podwórze; w takich razach należy otworzyć klapy rur rewizyjnych i z syfonu szlam wydobyć, poczem natychmiast woda spłynie do kanału i normalnie funkcjonować będzie wodowpust.

§ 3.

Zlewy tak w kuchniach jak i piwnicach należy utrzymywać zawsze w czystości t. j. nie dozwalać służbie, aby na siatce gęste pozostałości z wypróżnionych naczyń zgromadzały się. Do zlewu nie należy oddawać: piasku, popiołu, skorup, strużyn, kości i t. p. substancyj stałych. Wrazie zapchania się syfonu należy śrubę w syfonie będącą odkręcić, szczoteczkę na drucie przeprowadzić i ściśle śrubę napowrót zakręcić.

Zlew w pralni nie ma wentylacyi, należy więc baczenie dać, aby w syfonie zawsze woda była i najmniej raz na tydzień kran czerpalny na kilka minut otworzyć, aby woda w syfonie stanęła, inaczej, skoroby się tego nie uczyniło, woda, która w syfonie ma stać zawsze, wyschła, lub wyparowała, wentylował by zlew do pralni t. j. wprowadziłyby do niej zepsute kanałowe powietrze. Puszczenie wody przynajmniej raz na tydzień dostatecznie temu zapobiegnie.

§ 4.

Kłozety pokojowe. Należy po użyciu ich pociągnąć za sznurek przez małą chwileczkę tak, iżby woda dwoma pełnięciami misę obmyła.

PRZEWODNICZĄCY. Sedesy powinny mieć otwór owalny i to bardzo wydrażony, wązki, aby guzy siedzeniowe opierały się tylko na brzegach a nie wchodziły w głąb otworu; sedesy, jakie widzieliśmy w ustępach, o których mowa, mają otwory zbyt szerokie. Co się tyczy samych cylindrów sedesowych, nie powinny one mieć postaci walcowej, ale przynajmniej tylną ich stronę należy zrobić ku tyłowi wygiętą, aby od zanieczyszczenia chronić.

SZRAJBER. Takićj rury woda nie obleje i nie obmyje, bo swoją ciężkością spada prosto na dół.

PRZEWODNICZĄCY. W Anglii istnieją właśnie takie wygięte wateklozety; strumień wody napływa z boku, przybiera ruch wirowaty, doskonale rurę opłukuje.

SZRAJBER. Wir może oblać tylko płytką miskę, nie duży cylinder. Waterklozety w mieszkaniach prywatnych opatrzyłem w takie właśnie miski, ale to urządzenie daleko jest droższe, a koszt i bez tego był znaczny z powodu przeróbki starych ustępów; jedynie z tych względów ekonomicznych dałem w ustępach wspólnych rury cylindryczne.

PRZEWODNICZĄCY. Sedesy pochylone ku tyłowi są do siedzenia dość niewygodne. Przedstawiają może one i pewną korzyść, bo przy pochyleniu siedzącej osoby ku przodowi, zbliża się bardziej ściana brzuszna ku udom i tłocznią brzuszna lepiej działa; ale nie sądzę wcale, aby ekskrementy na skutek takiego kierunku sedesu miały się ku środkowi walca kierować.

Czy krążki na sedesach są tylko swobodnie położone, czy też przy-mocowane?

SZRAJBER. Krążki są przyskrubowane.

PRZEWODNICZĄCY. Uważam takie urządzenie za bardzo wadliwe.

SZRAJBER. Gdyby pozostawić krążek zupełnie swobodnym, to ktokolwiek mógłby go zabrać; stróż dla oczyszczania szruby powykręca, ale nie mogą upoważnić każdego do zdejmowania krążka.

PRZEWODNICZĄCY. Mam w domu moim ustępy zbiorowe ze swobodnemi krażkami od lat 20; stróż, płatny oddzielnie za to, bardzo często ustępy ogląda, w razie zwilżenia krażek zdejmuje i kładzie zapasowy; w ten sposób służba, zastając zawsze krażek czysty, przywyka do siadania.

SZRAJBER. Dobrze to dla domu zamkniętego, ale w domu przemnie skanalizowanym znajduje się cukiernia i ustępy przez obcych ludzi są bardzo często używane, a w ten sposób łatwo się można narazić na zabranie krażka.

PRZEWODNICZĄCY. Krażka drewnianego z sedesu nikt nie zabierze; wolałbym wreszcie narazić się na taką stratę, niż na nieczystość, a i samo częste wyciąganie szrub niszczy krażki.

SZRAJBER. Sedesy można urządzić w postaci podkowy, krażki od tyłu są wykrojone, w ten sposób ciało nie zbliża się do części zanieczyszczonych.

PRZEWODNICZĄCY. Krażki zanieczyszczają się najczęściej od przodu; przekonałem się o tém, oglądając często wychodki, gdyż ta sprawa bardzo mnie obchodzi.

PRZEWOSKI. Miałbym zawsze wstręt do siadania w ustępach publicznych, bo wszak oczyszczanie ich jest tylko pozorném, a imaginacja wyobraża sobie zawsze zarażonych poprzedników, czy nie lepsze byłoby takie sedesy, na których wcale usiąść nie można?

DOBRZYCKI. Sądzę, że pod względem fizjologicznym taki sposób defekacji jest najwłaściwszym; najłatwiej i najdokładniej kiszek się opróżniają, kiedy się staje nogami na sedesie.

PRZEWODNICZĄCY. Otwór taki jest niebezpiecznym, bo łatwo wpaść można; chyba że będzie miał postać wązkiej szczeliny, a wtedy w około niego nigdy nie będzie czysto.

CHWAT. Czyby nie można obmyśleć jakiegoś mechanizmu dla wspólnych dołów, o których mówi p. Szrajber, aby jednocześnie z otwarciem szluzu kran wodociagowy się otwierał i czysta woda napływała; przy dzisiejszem urządzeniu łatwo można narazić się na to, że wody nie npuszczą wcale.

SZRAJBER. Urządzenie takie byłoby chyba bardzo trudne i niedogodne, bo przedewszystkiém woda czysta mieszałaby się z brudną, a powtóre potrzebaby mechanizmu nadzwyczaj skomplikowanego, a dążyć musimy do prostoty, aby w razie potrzeby naprawa była łatwą i taną.

PRZEWODNICZĄCY. Przy urządzaniu pisoirow trzeba zważać, aby powierzchnia zmoczona była jaknajmniejszą, bo urna się rozkłada i osad zostawia. Niepraktyczną z tego powodu jest forma rynienkowata, jaką przy oglądaniu ustępów znaleźliśmy, bo choć woda co pół godziny zmywa rynienkę, osad zdoła się utworzyć.

Przy urynowaniu ze względu na położenie ciała, najlepszą jest postać łyżki, która najbardziej gwarantuje czystość; skoro takie zbliżenie jest niemożliwem, zawsze podłoga się zaleje.

SZRAJBER. Zrobiłem to jedynie z powodów ekonomicznych; oblewanie podłogi przewidziałem i podłoga jest przedziurawioną. Mając urządzić ustępy dla bardzo wielu osób, starałem się, aby kilka mogło jednocześnie korzystać z pisoiru.

PRZEWODNICZĄCY. W takim razie jest tylko jeden sposób wyjścia: zrobić kilka łyżek, jak w domu przedpogrzebowym na cmentarzu starożytnych. Jeżeli tylko podłoga jest wilgotną, ludzie oddalają się od naczyń i podłoga coraz bardziej się zalewa. Dobrze jest więc na podłodze położyć kratkę, na której zawsze stanąć można bez obawy zamoczenia.

Jeszcze chcę na to zwrócić uwagę, że otwór wentylacyjny w ustępach zbiorowych niewłaściwie u góry został umieszczonym. Na miejsce wychodzącego powietrza wejść musi powietrze z sedesów nieczyste, musi przebiec całą przestrzeń pokoju, zanim się dostanie do otworu z gazem; w ten sposób siedzący całkowicie jest otoczonym atmosferą powietrza nieczystego. Gdyby otwór umieszczonym był na dole w rezerwuarze, a powietrze do góry wychodziło przez rurę, w środku której za szybą umieszczonoby płomień gazowy, wewnątrz pokoiku powietrze byłoby wolnem od wyziewów.

SZRAJBER. Dr. BRUNER żądał, abym zajął się skanalizowaniem szpitala Ewangelickiego i radził mi w tym celu obejrzeć urządzenia w szpitalu Dzieciątka Jezus; są tam właśnie rury w ten sposób urządzone, jak żąda Dr. NATANSON, a powietrze zastałem nieczyste.

PRZEWOSKI. Wychodki w uniwersytecie składają się ze wspólnego dołu kloacznego, nad którym urządzono kilka sedesów; od czasu do czasu zawartość dołu wywożą. Z dołu kloacznego wychodzi ku górze rura wentylacyjna z płomieniem gazowym. Otóż pomimo tak pierwotnego urządzenia wychodków, nie czuć tam nigdy żadnych wyziewów.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 11 Kwietnia 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni członkowie: BARANOWSKI, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT i ROGOWICZ.

Goście: CHWAT i SZRAJBER.

O nieobecności zawiadomił: MAYZEL.

II. Pan SZRAJBER składa w darze dla Towarzystwa w ramę oprawny plan barwiony ustępów wspólnych, jako ilustrację swojego wykładu.

PRZEWODNICZĄCY dziękuję za dar tak piękny. Postanowiono złożyć ten plan na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego.

II. Protokoły dwu poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

III. SZRAJBER. W tych dniach udałem się umyślnie do gmachu uniwersytetu, aby obejrzeć wychodki; zastałem istotnie dobre powietrze, ale dowiedziałem się, że płomienie gazowe kosztują 300 rubli na rok; znam dobrze poglądy właścicieli domów na koszty urządzenia kanalizacji; ciągle skarżą się na opłatę za wodę i na tak znaczny wydatek na gaz nie zgodzą się z pewnością.

PRZEWODNICZĄCY. Sądzę, że jest to po prostu niepotrzebne marnowanie gazu i że bezporównania mniejszy płomień wystarczy. W zimie w ogóle wcale palić nie potrzeba, bo różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej jest dostateczną. Zauważyłem w swoim domu, że tylko w lecie, pomimo że gazy kloaczne są pochłaniane przez wojłok roślinny, pewien odór czuć się dawał w ustępach; wstawia się wtedy tylko na godziny najgorętsze zwyczajną lampę naftową w kanał wentylacyjny i ta najzupełniej wystarcza dla utrzymania powietrza w czystości.

BARANOWSKI. Sposób, w jaki pan SZRAJBER urządził wentylację ustępów, nie jest zapewne najdoskonalszym, ale daje rezultaty; ponieważ istnieje wentylacja, więc gazy się nie zagęszczają, i choć w około osoby siedzącej przepływa powietrze nieczyste, ale jest ono daleko czystsze, niż bez wszelkiej wentylacji. Sądzę wreszcie, że możnaby bez wielkich trudności ulepszyć tę wentylację, przedłużając rury ku dołowi, chociażby na zewnątrz, bez prucia murów.

SZRAJBER. Gdyby się nawet to urządzenie przeprowadziło, zawsze płomień wewnątrz rury musiałby być daleko mocniejszym, aby silny ruch powietrza wywołać i aby zwrócić prąd powietrza w komórce ku dołowi.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Sądzę, że idzie tu nie tyle o aspirację powietrza z komórki ku dołowi, ile raczej o niedopuszczanie powietrza zepsutego ze zbiorników do przestrzeni komórki.

IV. CHWAT przedstawia projekt oddziału chirurgicznego, złożony z dwóch sal większych i kilku mniejszych pokojów o rozmaitem przeznaczeniu. Z jednej strony budynku w pewnym oddaleniu umieszczoną jest sala operacyjna, po drugiej stronie symetrycznie poczekalnia.

PRZEWODNICZĄCY. Projekt kol. CHWATA przedstawia dużo stron wadliwych pod względem architektonicznym, a mianowicie: korytarze są ciemne, schody nieoznaczone i t. d.; nie widzę wreszcie potrzeby krytykowania tych niedostatków, bo jest to typ bardzo pospolity a bardzo łatwo znaleźć wzory gotowe i doskonałe.

CHWAT. Nie miałem wcale zamiaru przedstawiać tego projektu, jako pomysł oryginalny, bez wzorów; nie tylko liczne istnieją przykłady podobnych budowli, ale prawie wszystkie nowe szpitale mniej więcej w podobny sposób są zbudowane i ten sposób zupełnie przemawia do

mojego przekonania. Kreśląc swój projekt, miałem przedewszystkiém na pamięci nowy szpital Peszteński.

PRZEWODNICZĄCY. Na przedstawionym projekcie znajduję sale wielkie, na 16 chorych obliczone. Jakkolwiek jedno posiedzenie téj ważnej sprawie poświęciliśmy, nie mogę wszakże nie dotknąć jej raz jeszcze. Jeżeli jeden z tych 16 chorych dostanie róży, potrzeba będzie wszystkich usunąć ze sali, a będzie to bardzo niewygodnem dla oddziału.

CHWAT. W razie wystąpienia róży usunie się z sali tylko tego chorego, którego róża dotknęła; nie widzę powodu, dla czegoby wszystkich usunąć należało.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Podług mojego przekonania należy w takim przypadku całą salę opróżnić i doskonale oczyścić. Przed kilku laty w oddziale moim u 3 chorych po operacji katarakty wystąpiły ciężkie cierpienia zapalne. Nie miałem odwagi operować dalej; oddział zamknąłem na czas pewien i odtąd tego rodzaju powikłania już się nie zdarzają. W Instytucie położniczym panowały nieraz prawdziwe endemie gorączek połogowych, które trwały dopóty, póki na czas dłuższy nie przerwano całej działalności Instytutu.

BARANOWSKI. Dyskusja, powtarzająca wciąż te same argumenty, nie wyjdzie z błędnego koła, jeżeli nie zmienimy punktu wyjścia. Nie podobna pomyśleć urządzenia ryczałtowego, gdzieby wszystkie oddziały składały się z małych celek, bo budowa i utrzymanie takiego szpitala jest najtrudniejsze i najbardziej kosztowne. Najlepiej by było z pewnością urządzić dla 400 chorych 400 oddzielnych pałacyków, ale szpitale nasze mają bardzo skąpe subsydyja i nawet dla dużych sal usługa jest bardzo niedostateczną. W oddziale moim szpitalnym muszę przyuczać chorych do mierzenia temperatury, urządzania kąpeli i do tym podobnych czynności, ażeby oddział jako tako mógł być obsłużonym.

PRZEWODNICZĄCY. Jestem tego przekonania, że w każdym bez wyjątku oddziale daleko racjonalniejszym, wygodniejszym i lepszym jest podział chorych na małe kategorie, po 4 albo 6; wszak wszędzie potrzeba sale oczyszczać i chorych w tym celu usuwać; wszędzie trzeba być przygotowanym na wystąpienie chorób zaraźliwych. Sale małe posiadają wszystkie dodatnie strony wielkich, a są wolne od ich stron ciemnych i szkodliwych nigdy nie mogą. Przekonanie, jakoby koszty miały się powiększyć znacznie, jest stanowczo przesadzoném; tylko koszty posługi nieco się powiększą; przyuczanie chorych do pewnych posług znajduję bardzo właściwém. Chciałbym słyszeć zarzuty, odnoszące się do małych pokojów, ze względów nie finansowych, lecz higienicznych, ze względu na dobro chorych, a takich argumentów nie znajduję. Uważam tę sprawę za najbardziej zasadniczą, za ideę, którą potrzeba w całym szpitalu przeprowadzić systematycznie, za najważniejszy punkt do dyskusyi, który nas słusznie tak długo zajmował.

V. Przechodzimy obecnie do innych warunków, jakie potrzeba mieć na względzie przy budowie sal szpitalnych. Przedewszystkiém chcę wspomnieć o zaokrągleniu wszystkich rogów i kątów. Ogólnie już przyznano, że sale szpitalne w ten sposób powinny być zbudowanemi; a łatwo stwierdzić prostém doświadczeniem szkodliwość kątów ściennych. Jeżeli róg pokoju posmarujemy jaką substancją woniejącą, to po pewnym czasie, gdy już w przestrzeni pokoju zapach zupełnie zniknie, jeszcze czuć go będziemy, gdy się zbliżymy do kąta. Wszak znają koledzy obraz krążenia krwi w naczyniach. Krew krąży tylko środkiem światła, przy ścianach stoi; coś podobnego dzieje się i z powietrzem w pokoju; prąd środkiem pokoju przechodzi, w bliskości ścian ruch jest najpowolniejszy.

SZRAJBER. Tak samo i dym w kominie się zachowuje; porusza się właściwie tylko słup jego środkowy.

PRZEWODNICZĄCY. Z tego samego powodu lepiej jest mieć w salach sklepienia, niż suity i ten wzgląd też przemawia na korzyść sal małych. Tak samo nie powinno być w salach parapetów, ani żadnych wklęsłości i załomów przy drzwiach i oknach. Wszystkie otwory powinny się znajdować wprost na powierzchni ścian.

Co do téj kwestyi zaokrąglenia sali nie ma żadnego sporu, wszyscy zgadzają się na jedno; ale istnieje spór co do budowy ścian samych. Jedni mianowicie są za tém, ażeby porowatość ścian zachować, ażeby ściany zostawić przewiewnemi dla wentylacyi; inni radziby wszystkie pory zalepić farbą olejną, lub innemi sposobami. Ten ostatni pogląd jest oczywiście słusznym. Powietrze, przechodząc na zewnątrz, pozostawia w porach zarodniki i wytwarza prawdziwe gniazda, trwałe źródła zarazy. Musimy wszystkiemi sposobami starać się usunąć te zbiorniki. Co do wentylacyi przez ściany, to niepodobna obliczyć, ile powietrza wejdzie tą drogą; a skoro przy sztucznej wentylacyi mamy możność wprowadzenia i usunięcia takich ilości powietrza, jakie za potrzebne uznajemy, to co nam po téj ilości nieokreślonej, która przez ściany przechodzi? Ściany więc sal szpitalnych najlepiej jest pokryć warstwą gipsu (stiukiem) i posmarować farbą olejną.

Rozmaicie także rozstrzyganém bywa pytanie, jak wielkie powinny być okna w stosunku do rozmiarów sal szpitalnych. W klimatach umiarkowanych i ciepłych przemawiają hygieniści za wielkimi powierzchniami oświetlającymi— i zapewne sale powinny być widne. Ale u nas klimat zakreśla dla okien pewne granice, bo, przy zbyt wielkich oknach, sali nie podobna ogrzać dostatecznie.

Posadzka powinna być jeszcze bardziej nieprzenikliwą, niż ściany. Posadzkę potrzeba myć często, a wraz z wodą, wsiąkają zalążki szkodliwych istot organicznych. Dowiodły tego i badania bezpośrednie i wyraźna, szybka poprawa stanu sanitarnego w koszarach po zerwaniu posadzki. Idzie o materyjał na taką posadzkę nieprzenikliwą. W szpitalu Friedrichs-

hain użyto t. zw. cegiełek mettlachowskich, z dobrze wypalonej glinki urobionych; jest to materyjał dobry, ale u nas zbyt kosztowny. Niektóre wyroby pana Grancowa zdają się być bardzo odpowiedniemi, ale próby jeszcze nie przebyły. Cement, gęsto nabijany kamykami, t. zw. mozaika, byłby może niezłym, ale nie jest trwałym i rozpryskuje się łatwo. Ideałem byłaby posadzka szklana, z grubych i ściśle ułożonych tafelek. Taką posadzkę najłatwiej zmyć wodą albo roztworem sublimatu i utrzymywać ciągle w czystości. Posadzka tego rodzaju nie powinna być droga, bo tafelki będą lane, a szkło nie potrzebuje być ani przezroczystem, ani w najpierwszym gatunku. Obliczyłem, że na tafelkę, mającą $\frac{1}{4}$ łokcia kwadratowego powierzchni, a cał grubości, tyle wyjdzie materyjału, co na zwyczajną butelkę od piwa, a wyrób byłby prostszy i tańszy. Przypuściwszy, że tafelka każda kosztowałaby 10 groszy, toby za łokieć kwadratowy posadzki zapłacić potrzeba 5 złotych i groszy 10. Brzegi tafelki powinny być zaokrąglone w odwrotnym kierunku—z jednej strony wypukłe, z drugiej wklęsłe; gdyby te tafelki jeszcze spoić jakim kitem, to posadzka byłaby zupełnie nieprzenikliwą; tafelki możnaby układać na gipsowym podkładzie. Gdyby taka szklana posadzka okazała się praktyczną, to mogłaby być nie tylko do szpitalów zastosowaną; szkło bardzo jest łatwo nadawać rozliczne i piękne zabarwienie, a w ten sposób ozdobne i urozmaicone układać posadzki.

SZRAJBER. Należałoby mojem zdaniem odstąpić od gipsu, jako podkładu pod tafelki, bo jest on bardzo wrażliwym na wszelkie zmiany temperatury; lepiej dać prostą posadzkę drewnianą i na cemencie osadzić tafelki.

PRZEWODNICZĄCY. Z murów szpitalnych drzewo powinno bezwarunkowo być usuniętym. Wreszcie tę kwestyję, czysto techniczną, możemy zupełnie pozostawić budowniczemu.

ROGOWICZ. Zasięgnę wiadomości w jednej z największych fabryk szkła, czyby się podjęła wyrobu podobnych tafelek i jaka byłaby ich cena.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 26 Kwietnia 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson**.

Obecni członkowie: **BARAŃOWSKI, DOBRZYCKI, PRZEWOSKI, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT i POLAK**.

Gość: **CHWAT**.

O nieobecności zawiadomił: **LUBELSKI**.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PRZEWODNICZĄCY. O wentylacji przestrzeni zamkniętych. Kwestyja, o której mówić zamierzam, jest stosunkowo nową. Przed laty zaledwie 50 rozpoczęto w sposób naukowy badać sprawę odnawiania powietrza w przestrzeniach zamkniętych, jak koszary, więzienia, szpitale i t. p. Dawniej głównie nieprzyjemne zapachy zmuszały do odświeżania powietrza, a dokonywano tego przez otwieranie lufcika, albo co najwyżej, prze umieszczanie w oknie wiatraczka. Było to przeczcucie wentylacji, bez żadnych podstaw naukowych. Przed pół wiekiem dopiero zaczęto się zastanawiać nad tém, jakie właściwie szkodliwości wytwarzają się w zamkniętych przestrzeniach, jaka ilość powietrza potrzebną jest dla człowieka w jednostce czasu i w jaki sposób jęj dostarczyć. Kwestyja rozwija się, ale nie jest jeszcze zupełnie dojrzałą; istnieją i punkty sporne i bardzo rozmaite metody. W szkołach technicznych mają miejsce wykłady o wentylacji, ale nie stanowią przedmiotu obowiązującego i niewielu uczniów na te wykłady uczęszcza. Tak się dzieje w Petersburgskiej Akademii Budowlanej i w Szkole Technicznej, gdzie bardzo racjonalnie i wyczerpująco przedmiot ten wykłada inżynier Wojnicki.

Dawniejsi badacze zwracali uwagę tylko na kwas węglany i na parę wodną, sądzili, że jedynie te dwa gazy są szkodliwe gdy w zbyt wielkiej ilości w powietrzu się znajdują, powodując jego zepsucie w zamkniętych przestrzeniach i do przewietrzania zmuszają. Pierwsze poważne badania, o ile mi wiadomo, przeprowadzał DUMAS; starał się oznaczyć ilość tych gazów w przestrzeniach zamkniętych i wytrzymałość organizmu wobec tych szkodliwości. Powietrze czyste zawiera kwasu węglanego 5 do 6 na 10000 na objętość, a 3 do 4 na wagę. Gdy stosunek ten dojdzie do 8 albo 10 jeszcze nie jest przykrym ani szkodliwym; dopiero, gdy kwas węglany w większej ilości nagromadzi się w powietrzu, powoduje trudność w oddychaniu, ból głowy i t. p. niemiłe objawy; 25 na 10000 jest ilością najwyższą, przy jakiej człowiek żyć może. Na zasadzie tego obliczono, jaką ilość powietrza domięszać potrzeba, aby wrócić do stosunków prawidłowych. Podług DUMAS'a na godzinę i osobę potrzeba doprowadzać 20 metrów świeżego powietrza. W dalszym ciągu badania w tym kierunku prowadzili: ANDRAL, GAVARRET, generał MONIN; bardzo ściśle doświadczenie przeprowadzał PEULET; ci uczeni żądają nieco więcej powietrza, niż DUMAS, bo 25, albo 25,6; LEWI i PETTENKOFFER podają 30 metrów na godzinę, jako ilość konieczną. Jednakże dla szpitalów żądają badacze daleko większych ilości powietrza, dla oddalenia innych wyziewów; żądają mianowicie 60 do 100, a niektórzy nawet do 200 metrów sześciennych na godzinę i osobę.

Wielkość przestrzeni zamkniętej, w jakiej znajdują się ludzie, nie gra żadnej roli wobec tych zmian; ma ona znaczenie tylko wtedy, kiedy powietrze się nie odmienia, bo im większa przestrzeń, tém później naturalnie nastąpi nasycenie jęj kwasem węglanym. Gdybyśmy doprowadzali

tylko powietrze świeże, nie usuwając zużytego, tobyśmy się zbliżali, ale nie doszli nigdy do normy. Trzeba więc, o ile możności, jednocześnie usuwać i doprowadzać; wprawdzie powietrze świeże zawsze mieszać się będzie z zamkniętym w pokoju, ale że granice nieszkodliwych ilości kwasu węglanego są dosyć szerokie, bo podwoić się może jego ilość normalna bez poważnych następstw, więc ta okoliczność nie ma wielkiego znaczenia; wskazuje ona tylko na potrzebę ciągłego działania wentylacji.

Badacze dawniejsi przeczuwali, że obok kwasu węglanego istnieją jeszcze inne substancje lotne, wydzielające się z żywych organizmów i psujące powietrze; powonienie przedewszystkiem wykrywa obecność tych substancji, a pod względem chemicznym nie zostały one jeszcze dokładnie zbadanymi. Przed kilku miesiącami dopiero jeden z lekarzy francuzkich przedsięwziął badania nad temi lotnemi, szkodliwemi substancjami: Powietrze wydechane przez zdrowych ludzi zgęszczał w oziębianych zbiornikach i płyn otrzymany wstrzykiwał w żyły zwierząt; zwierzęta zdychały szybko; przypuszcza więc, że w powietrzu wydechanem znajdują się substancje silnie trujące, zapewne jakieś ptomainy.

Ilości tych nieznanych szkodliwych gazów obliczyć nie podobna, więc badacze dla uproszczenia przyjmowali, że te ilości są proporcjonalne do ilości kwasu węglanego; jest to przypuszczenie dość dowolne; indywidualność osób, znajdujących się w pokoju, bardzo ważną gra rolę w tym względzie. Jeżeli między temi osobami cierpią niektóre na ozenę, próchnienie zębów, pocenie się nóg i t. p., to ilość gazów, których obecność zdradza powonienie, będzie oczywiście daleko większą.

Zupełnie nową stronę sprawy zanieczyszczenia powietrza ukazała wreszcie bakteriologia. Badania TYNDALL'a nad istotami, zawieszonemi w powietrzu, wykryły w zamkniętym pokoju całe ich miljarady, widoczne w słońcu, albo niewidoczne. Ścisłe badania ostatnich czasów odkryły w powietrzu mnóstwo bakterij i zarodników, zdolnych do życia, które, podług dzisiejszych naszych poglądów, szkodzą więcej, niż cały kwas węglany, para wodna, niż lotne kwasy organiczne, i w ogóle niż wszystkie związki chemiczne. Te badania stawiają wentylację, jako sprawę pierwszjej wagi dla zdrowia.

Co do warunków i sposobów przeprowadzenia wentylacji, bardzo rozmaite panowały poglądy. Pierwszym warunkiem odnawiania powietrza jest różnica ciśnienia pomiędzy powietrzem doprowadzanym i wyprowadzanym, a ta różnica ciśnienia zależy przedewszystkiem od temperatury. Powietrze ogrzane jest lżejszem od zimniejszego, więc dąży ku górze. Wreszcie trzeba zwrócić uwagę, że powietrze posiada pewną lepkość, że jego cząsteczki nie przesuwają się swobodnie, ale między temi cząstkami, równie, jak między powietrzem i przedmiotami, zewnętrznymi istnieje tarcie. Na tych trzech warunkach opierają się wszystkie konsyderacje, co do odmiany powietrza.

W przestrzeni zamkniętej na dole zbiera się powietrze zimniejsze i gęstsze, u góry cieplejsze i lżejsze; gdybyśmy powietrza zewnętrznego nie doprowadzali, toby się te warstwy ułożyły odpowiednio do swęj ciepłoty. Jeżeli w jednej ze ścian téj zamkniętej przestrzeni zrobimy otwór pojedynczy, to powietrze zamknięte będzie wychodziło, zewnętrzne wchodziło do pokoju; jeżeli wszakże otwór jest mały, to utworzy się wir ciągły i nie będziemy mieli warunków dla dokładnej odmiany powietrza. Tak się dzieje, gdy otwieramy naprzykład lufcik, albo podobny otwór, który ma wentylator zastąpić. Jeżeli niema różnicy temperatury pomiędzy powietrzem zewnętrzném, a wewnętrzném, to i duży otwór nie zmusi powietrza do ruchu. Jeżeli drugi otwór zrobimy z drugiej strony, to równowaga zostanie zerwaną i prąd się utworzy; musimy teraz rozważyć, w jakim stosunku do siebie dwa te otwory znajdować się mają. Ich znaczenie zależeć będzie przedewszystkiém od tego, czy doprowadzić chcemy powietrze zimniejsze od zamkniętego, czy téż cieplejsze. Biorę to ostatnie przypuszczenie; mamy zamiar ogrzać salę oziębioną przez doprowadzenie powietrza świeżego i ogrzanego. Gdyby oba otwory, dla wprowadzania i dla wyprowadzania powietrza służące, znajdowały się od góry, jeden naprzeciw drugiego, toby prąd powietrza przechodził poziomo, pod sufitem i dla odmiany powietrza w pokoju nie miałyby znaczenia.

Jeżeli jeden otwór umieścimy u dołu, drugi u góry ze strony przeciwległej, a powietrze ciepłe przez dolny otwór doprowadzać będziemy, to podnosi się ono ku górze, linią łukowatą zmierza ku otworowi górnemu i natychmiast wychodzi.

Po za ową łukowatą linią prądu powietrze się prawie nie porusza. Można by wprowadzić powietrze ogrzane wprowadzić przez liczne otwory w podłodze; prąd grzałby całe powietrze w sali zamkniętej, podnosiłby się stopniowo ku górze i górnym otworem wychodził. Taki system jest bardzo kłopotliwym i ma liczne strony ujemne; przedewszystkiém wieje prąd niemiły, który ciągle uczuwać się daje. Powtórę gazy, w powietrzu zawarte, ulegają ciągłemu mieszanu. Gazy przenikają się wzajemnie i rozchodzą się, jak w próżni, ale wtedy tylko, gdy istnieje ruch jaki; gdy powietrze spokojne, to kwas węglany i amoniak trzymają się warstw dolnych; za dowód tego podać można psią grotę i grotę amoniakalną. Powietrze, doprowadzane z dołu ku górze, nietylko ułatwia mieszanie się gazów, ale podnosi i pył, który sam przez się na dół by opadał, a tém samém stałby się mniej szkodliwym. Takie są ujemne strony systemu, który ciepłe powietrze dołem wprowadza, a przez otwór górny usuwa.

Gdybyśmy oba otwory umieścili na jednym poziomie, lecz nie w górnej części pokoju, tylko w dolnej, blisko podłogi, toby się już nie utworzył prąd poziomy. Powietrze ciepłe, doprowadzane, przybierze przedewszystkiém kierunek pionowy ku górze, rozleje się pod sufitem, a następnie, stygnąc, spadnie ku dołowi i drugim otworem wydostanie się na

zewnątrz. Taki system, najlepszy dla zachowania ciepła, ma wszakże te wszystkie ujemne strony, jak i system poprzedni: wszystkie szkodliwe gazy i pyły, opadające ku podłodze, prąd doprowadzanego powietrza znowu unosi ku górze. A przytém powietrze w środku pokoju najmniej się odmienia.

Jeżeli ciepłe powietrze doprowadzać będziemy przez otwór górny, to oszczędzamy przedewszystkiem pierwszą drogę ku górze, unikamy wiru, powietrze spada warstwami poziomemi, a przynajmniej zbliżonemi do poziomych i sprzyja naturalnemu kierunkowi wszystkich szkodliwych, zawartych w powietrzu, substancyj w dążeniu ich ku dołowi. Jest to oczywiście system najlepszy; powietrze ogrzane należy więc górnym otworem wprowadzać, zepsute wyprowadzać dolnym. Jest to zadanie, jakie wentylacja ma do rozwiązania.

Co do środków wykonania wentylacji, zdania są bardzo podzielone; zdaje się, że więcej tu idzie o kwestyję warunków, niż zasady. Mówi się często o wentylacji naturalnej i sztucznej; otóż każda wentylacja jest sztuczną, otwieranie okien i tym podobnych przyrządów wentylacyjnych; jest też sztuczne, bo trzeba wywołać różnicę ciśnienia. Jeżeli przestrzeń jest niezbyt wielką, jeżeli idzie np. o pokój średniej wielkości, to otwarcie okien wystarczy dla odświeżenia powietrza; jeżeli sala jest większa, to występują przestrzenie oddalone od okien, gdzie powietrze daleko trudniej się odmienia. Taka wentylacja jest też zwykle niedostateczną i nieoznaczoną, bo dozować jej nie możemy. Gdzie idzie nam o daną ilość i o jakość, zarówno wprowadzić, jak i wyprowadzić się mającego, powietrza, tam uciec się potrzeba do przyrządów bardziej zawiłych.

Najprostszym sposobem wentylacyjnym jest ogrzanie pewnej ilości powietrza i jego usunięcie—po prostu napalenie w piecu. W rurze piecowej powietrze się ogrzewa, unosi ku górze i wychodzi na zewnątrz, a powietrze w pokoju następnym porządkiem przez ten sam otwór stopniowo się wydostaje (appel). Świeże powietrze przychodzi, zkad może: przez szczeliny we drzwiach i oknach i t. p. otwory. Gdzie idzie o to, żeby wiedzieć, jakie powietrze dostaje się do pokoju, potrzeba zrobić otwór oddzielny i powietrze z wybranego miejsca wprowadzać. Gdy idzie o większe przestrzenie, o większą ilość pokoi, gdzie ciągłe palenie byłoby zbyt kosztownem, to rury, wychodzące z pojedynczych pokoi, łączy się z wielkim kominem (wentylator), w którym przez ciągłe palenie wytwarza się silny prąd powietrza. Techniczne strony tego sposobu wentylacji: otwór, wysokość rury, potrzebna różnica temperatury, są ściśle zbadane; przewidziano i usunięto możliwość powracania powietrza zepsutego do innych przestrzeni; uwzględniono i tę okoliczność, że powietrze, ogrzewając się, zyskuje na objętości, a więc otwór powinno mieć większy. Ma ten sposób, dla szpitali mianowicie, i tę jeszcze stronę dodatnią, że powietrze, z sal wychodzące, zostaje spalonem i nie może działać szkodliwie na przestrzeń sąsiedzą.

dnia. Takie wyciąganie powietrza kominem; czy piecami wystarcza dla gmachów niewielkich, gdzie nie idzie o ścisłe obliczanie i o zupełną pewność. Siłę wyciągającą stanowi tu właściwie ciepło, wywiązujące się przy paleniu, na ruszcie. Dla pewnej ilości powietrza, mającego się wyciągnąć, potrzeba spalić pewną ilość węgla; gdzie idzie o ciągle wyciąganie powietrza, potrzeba też ciągle palić. W mieszkaniu palimy raz na dobę; wystarcza to zwykle i dla ogrzania i dla odświeżenia powietrza; ale w szpitalach, koszarach, więzieniach, gdzie wentylacja ciągła jest potrzebna, w wentylatorze ciągle palić się powinno. Koszt takiej wentylacji dorównywa, albo i przenosi koszty utrzymania maszyn.

Największą ścisłość i zupełną pewność odmiany powietrza mamy przy zastosowaniu sposobów mechanicznych. Można za pomocą maszyn powietrze wyciągać, albo wpychać. Ale wyciąganie ma pewne niedostatki. Przedewszystkiem panuje wtedy stałe, choć nieznaczne obniżenie ciśnienia atmosferycznego, które przy dostatecznym otworze może wreszcie być prawie pominięciem. Przypuszczają jednak niektórzy, że w pewnych chorobach, na przykład przy skłonności do krwotoków, nawet tak nieznaczne obniżenie ciśnienia może być szkodliwem. Przy zatkaniu przypadkowym otworu, przez który powietrze ma wchodzić, dostać się może powietrze z tych miejsc, z kądbyśmy najmniej tego sobie życzyli, na przykład z kloak. Gdy powietrze wpychamy mechanicznie, nie podobnego zdarzyć się nie może i ciśnienie barometryczne jest nieco podniesionem, bo wyrównanie ciśnienia nie następuje natychmiastowo i od wielu zależy warunków.

Sposoby mechanicznego wpychania powietrza przez pompy obrotowe, propulsory, pozwalają najściślej z ilości obrotów obliczyć, ile się wprowadza powietrza i umożliwiają czerpanie powietrza z miejsca dowolnego. Koszt takiego urządzenia na wielką skalę nie przenosi kosztów ciągłego palenia. W lecie możemy tym sposobem wprowadzać powietrze ochłodzone, w zimie ogrzane. Ilekroć wprowadzamy powietrze ogrzane, potrzeba je do pewnego stopnia parą nasycić, co łatwem jest do przeprowadzenia.

Taka jest esencja dzisiejszych poglądów na wentylację. Niektóre gmachy publiczne, jak opera Wiedeńska i inne, niektóre szpitale, mianowicie w Paryżu, a i w innych miejscach, mają już propulsory. Gdzie, jak w szpitalach, para wodna jest potrzebną w kuchni i w pralni, tam koszt wentylacji jest bardzo mały, bo ten sam kocioł, który dostarcza pary, może poruszać i maszyny.

U nas sprawa wentylacji w zupełnem znajduje się zaniedbanu. W domach prywatnych zaledwie gdzieindziej porobione są jakieś otwory. Dopiero w ostatnich czasach wprowadzono do kilku domów i zakładów piece wentylacyjne, które wszakże nie wszędzie dobrze funkcjonują, bo wymagają uwagi od posługi i nadzoru. Piec taki wyciąga, jak każdy inny, powietrze zepsute, a jednocześnie ogrzewa rury, które z jednej strony, ku

górze, otwierają się na pokój, a z drugiej strony komunikują z powietrzem zewnętrznym; powietrze skutkiem tego porusza się ku górze i napełnia pokój, przemagając wszystkie inne dopływy; powietrze wchodzi do pokoju już ogrzane.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. PRZEWODNICZĄCY, przedstawiając historycznie sprawę wentylacji, doprowadził do tej chwili, gdzie wentylacja mechaniczna, mianowicie przez użycie propulsorów, zupełny tryumf odniosła. Wytrzymała ona już nawet najważniejszą próbę praktyczną, bo od dosyć dawnego czasu zastosowaną jest w kilku szpitalach, przedewszystkiem w Paryżu; zdawałoby się, że rozpowszechnienie tej metody jest już tylko kwestją czasu, że wszechwładne jej panowanie jest zapewnionem w niedalekiej przyszłości. Mam pewne uzasadnione wątpliwości pod tym względem. Będąc przed kilkoma miesiącami w Paryżu, głównie w tym celu, aby się ze szpitalami zapoznać, starałem się mówić z ludźmi, którzy za powagi pod tym względem uchodzą. Udało mi się to do pewnego stopnia, dzięki przedewszystkiem koledze Landowskiemu. I przekonałem się, że sprawa wentylacji w szpitalach paryzkich nie tylko doszła do tego stanowiska, jak nam **PRZEWODNICZĄCY** przedstawił, ale już nawet to stanowisko opuściła. Wszyscy lekarze i inżynierowie, z którymi miałem sposobność o szpitalach rozmawiać, wyrażają się stanowczo przeciwko wentylacji mechanicznej. Zupełnie taki sam pogląd wyraziło Towarzystwo Hygieny Publicznej w swoich rozprawach nad budową szpitali. To samo wreszcie widzimy i w praktycznym zastowaniu. Szpitale, posiadające taką wentylację, Hôtel Dieu, Lariboisière, Tenon, nie są to wprawdzie szpitale stare, ale też nie należą do najnowszych. Szpital Bichat, zupełnie nowy, obchodzi się bez żadnej wentylacji maszynowej. A przedewszystkiem do wielkich szpitali nowych po za Paryżem, jak w Hawrze, w Montpellier, które we Francyi uważane są za wzorowe, wentylacji takiej nie wprowadzono.

Korzyści z zastosowania propulsorów, jak je **PRZEWODNICZĄCY** przedstawił, są tak widoczne, że ze stanowiska teoretycznego zgodzić się na nie potrzeba. Pojmuję, że zmiana poglądów we Francyi jeszcze wcale ostatecznie sprawy nierozstrzyga, ale w każdym razie porzucenie tak pożątej metody po długich i rozlicznych próbach, budzi podejrzenie, że może praktyka nie daje tych wszystkich korzyści, jakie obiecywała teoria.

PRZEWODNICZĄCY. W ostatnich czasach we Francyi na porządek dzienny weszły szpitale o salach gotyckich. **TOLLET** ma gorących, fanatycznych zwolenników, którzy ganią z zasady wszystko, co dotąd zrobiono. Ale system **TOLLET**'a ma wielkie wady. Zapewne w lecie, gdy otwory szczytowe są stale otwarte, a jeszcze do tego i okna można otwierać, przewiew jest doskonały; wszakże to ostatecznie jest ten sam system wentylacji, jaki zastosowano w tak zwanych barakach. Może to praktyczne dla Włoch, albo dla Francyi, ale w Europie środkowej, u nas, gdzie trudno

Jest ogrzać pokój dobrze zamknięty, cóż będzie, gdy wypuścimy z pokoju całe ciepłe powietrze? Wreszcie i we Francyi skarżą się, że wydatek na ogrzewanie szpitali, budowanych podług tego systemu jest bardzo znaczny. Systemu TOLLET'a żadną miarą u nas zastosować nie możemy, a właśnie wszystkie narzekania na wentylację mechaniczną pochodzą od zwolenników tego systemu. Nowe szpitale w Dreźnie i w Lipsku wprowadziły mechaniczną wymianę powietrza i są z niej zadowolone.

DOBRYZCKI. System TOLLET'a jest to właściwie mało zmieniony system barakowy, a w Lipsku nie długo czekano, aby się przekonać o wielkich trudnościach ogrzewania i w środku baraków umieszczono po 2 olbrzymie piece. Chciałem jeszcze do wykładu PRZEWODNICZĄCEGO dodać wzmiankę: że w Anglii w niektórych szpitalach zastosowano podwójną wentylację; jednocześnie maszynami wypycha się i wyciąga powietrze, ale taki sposób wentylacji powoduje prąd bardzo silny.

BARANOWSKI. W szpitalu Monachijskim, zbudowanym pod nadzorem PETTENKOFFER'a, zastosowano mechaniczne wypychanie powietrza ze wszystkimi ostrożnościami, z nakładem wielkich kosztów i wielkich sił fachowych. Ostatecznie zdaje się, że i tu z rezultatów nie są zadowoleni. Nie podejmuję się rozstrzygać téj kwestyi, której nie znam i o której wielu szczegółów dowiedziałem się z zajmującego wykładu naszego PRZEWODNICZĄCEGO; ale jest to fakt dziwny, że o ile w teorii wentylacja mechaniczna wygląda świetnie, o tyle w praktyce rozczarowuje. Słyszymy, że w Paryżu odzywają się bardzo poważne krytyki, toż samo powtarza się i w Monachium; to wszystko dowodzi, że między teorią a praktyką nastąpiła niezgoda. Jest bardzo do życzenia, aby sprawa ostatecznie została rozstrzygniętą, ale mam to przekonanie, że jeszcze dotychczas nie jest rozwiązana. Dla tego w całej dyskusyi, jaką prowadzimy nad budową szpitali, nie sądziłem, aby, wobec mechanicznej wentylacji, sprawa oddzielenia pawilonów, rozległości placu, oddalenia budynków, była już zupełnie obojętną. Lękam się, że budowa tego rodzaju, pomimo ogromnego kosztu, mogłaby się okazać niepraktyczną. Nie chcę odmawiać wartości wszystkim sztucznym sposobom, ale pragnę, aby przy budowie szpitala, obok tych wszystkich sposobów nowéj techniki, uwzględniono przedewszystkiem warunki, które i przy niedostatecznym działaniu wentylacji zrobiłbyby szpital możliwym.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Zajęliśmy się sprawą pierwszej wagi, której jednak ani w zasadzie, ani témbardziej w szczegółach rozstrzygnąć nie będziemy mogli z powodu braku fachowych wiadomości; a widocznie i dla specjalistów kwestyja jest bardzo sporną. Potrzeba, aby jakiś specjalista zajął się sprawą, poznał urządzenie oddzielnych zakładów i powiedział nam wreszcie, czy rozmaite wady zależą od saméj metody, czy téż od szczegółów wykonania, które usunąć się dadzą. Towarzystwo Lekarskie ogłasza corocznie kilka konkursów na rozprawy naukowe; możeby nasz komitet

zapropomował Towarzystwu ogłoszenie konkursu na rozprawę, któraby tak ważną dla medycyny publicznej, a tak zaniedbaną w naszej literaturze, sprawę rozjaśnić nieco mogła.

PRZEWODNICZĄCY. Gdyby się znalazł technik, któryby napisał porządną monografię o wentylacji, gotów jestemłożyć na nakład takiej rozprawy. Co się tyczy skarg na działanie wentylacji w rozmaitych szpitalach, to skargi te nie są powszechne; w szpitalu Drezdeńskim wentylacja dobrze funkcjonuje. Wreszcie mogę uspokoić kolegę **BARANOWSKIEGO**, że przy budowie nowego szpitala starozakonnych nikt eksperymentów robić nie myśli i że ci, co szpital budować będą, uwzględnią te wszystkie warunki, których pominięcia kolega się obawia.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 17 Maja 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: **BARANOWSKI**, **KRAMSZTYK JULJAN**, **KRAMSZTYK ZYGMUNT**, **POLAK** i **PRZEWOSKI**.

Gość: **CHWAT**.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. **POLAK**. Chciałem potwierdzić zdanie, wypowiedziane na poprzedniém posiedzeniu przez kol. **KRAMSZTYKA**. Przed kilku laty byłem w Paryżu i zwiedzałem między innemi szpitale, posiadające wentylację mechaniczną: z opowiadania kierowników szpitali przekonałem się, że wcale nie są tém urządzeniem zachwyceni, a dosyć wreszcie przejść przez sale, aby ocenić, że powietrze wcale tam nie jest doskonałe. Zwiedzałem parę najnowszych szpitali angielskich, a mianowicie: St. Marylsbon Infirmary, Chelsen Hospital for Women, Brompton; we wszystkich tych szpitalach zastosowano jedynie wentylację cugową, nie mechaniczną. Tak samo i w Niemczech: Klinika **BERGMAN**'a i zakład **SCHRÖDER**'a, urządzone wielkim kosztem obchodzą się bez mechanicznej wentylacji i z powietrza w salach lekarze są zadowoleni. Nie można więc powiedzieć, aby ten system wentylacji był najnowszym i najlepszym. Co się tyczy dostarczania powietrza ogrzanego lub oziębionego, to mechaniczna wentylacja nie jest dla tego celu niezbędną; powietrze, nagromadzone w odpowiednim zbiorniku, w dostatecznie ochronionej komórce, może być ochłodzonem lub ogrzanem i przez otwory dostawać się do sal. Mamy w Warszawie podobne urządzenie w Teatrze Rozmaitości. Jakkolwiek przytaczam te wszystkie fakty, przyłączam się w zupełności do zdania profes. **BARANOWSKIEGO** i wyznaję swoją niekompetencyję pod tym względem. Niestety,

nie tylko my, nie tylko lekarze, ale i budowniczowie w Warszawie nie są na punkcie wentylacji dostatecznie kompetentnymi. Sądzę, że propozycję wywołania odpowiedniej książki, popartą materyjalnie przez PRZEWODNICZĄCEGO, możnaby powierzyć Redakcyi Przeglądu Technicznego, która jednego z techników wysłałaby za granicę dla odpowiednich studiów.

PRZEWODNICZĄCY. Podobne wydawnictwo można otrzymać albo drogą konkursu, albo przez wydelegowanie wybranego autora za granicę. Konkurs wszakże wymaga grona sędzących, obznajmionych z przedmiotem, a o tego rodzaju osoby nie łatwo. W budownictwie wreszcie indywidualne poglądy jeszcze ważniejsze mają znaczenie, niż w medycynie; nie ma prawie modły stałej, na zasadzie której możnaby dane dzieło ocenić; przeważne znaczenie ma indywidualność sędziego; na każdą myśl można znaleźć mnóstwo zarzutów i pochwał. Konkurs w takich warunkach byłby chybionym. Dla wysłania za granicę możnaby zapewne kogoś znaleźć, ale nie ma pewności, że ściśle i bezstronną ocenę systemów możnaby w ten sposób pozyskać. Kto ma z góry pewne uprzedzenie, ten na wszystko ze swojego stanowiska będzie się zapatrywał. **PECLET** w swoim dziele przedstawia walkę różnych stronnictw na polu wentylacji i ogrzewania; znakomici bardzo inżynierowie wypowiadali proste fałsze logiczne dla obrony swojego systemu. Więc ani droga konkursu, ani delegacyi do niczego nie doprowadzi. Gdyby kto napisał dzieło, w którémby wyłuszczył chociażby tylko zasady wentylacji, to już wielki przyniosłbyżytytek.

Chciałem powiedzieć jeszcze parę słów o wiatraczkach, jakie się umieszcza często w oknach albo luftach. Właściwie te wiatraczki znaczenia dla wentylacji, dla ruchu powietrza, nie mają. Miałyby podobne znaczenie, znaczenie propulsorów, tylko wtedy, gdyby je obca siła obracała. Nie wiatraczki poruszają powietrze, ale naodwrot ruch powietrza powoduje obrót wiatraczków. A jednak wiatraczki pewną korzyść przynoszą, bo nadają pewien stały kierunek prądowi powietrza wychodzącego i przeszkadzają tworzeniu się wiru.

CHWAT. Jakikolwiek system wentylacji będzie zastosowanym w szpitalu, należałoby żądać, aby w każdej sali urządzonej był kominek. Kominek rozmaite i ważne oddaje przysługi, bo odświeża powietrze, rozwesela salę i wszystkie zużyte, nieczyste, opatrunki pozwala spalić na miejscu.

PRZEWODNICZĄCY. Taki kominek ma pewne znaczenie wentylacyjne tylko wtedy, kiedy na nim się pali; w przeciwnym razie jest szkodliwym, bo powietrze zewnętrzne wchodzi przez komin do pokoju i powoduje czad. Dodatkowe wentylacje są rozmaite, jak przedewszystkiém płomień gazowy, który jednocześnie salę oświetla. Takie wzmocnienie wentylacji jest bardzo pożądaném, przedewszystkiém w nocy. W tej samej prze-

strzeni ta sama liczba osób nie zepsuje nigdy powietrza we dnie do tego stopnia, jak w nocy. Można się o tém przekonać na salach szpitalnych nad ranem, albo nocą w wagonach sypialnych.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 7 Czerwca 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni członkowie: FRITSCHÉ, JAKOWSKI, KBAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT i PRZEWOSKI.

Goście: CIWAT, GROSTERN, KINDERFREUND, ROSENTHAL JAKÓB.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. KRAMSZTYK ZYGMUNT. Sale chorych stanowią najważniejszą wprawdzie, ale wcale nie jedyną część składową oddziału. Dla potrzeby samych chorych, dla rozmaitych celów badania i leczenia, wreszcie dla obsługi, potrzebne są jeszcze inne i to liczne pokoje. Potrzeba uwzględnić stosunek wzajemny tych pokoi, aby jedne drugim nie szkodziły, ażeby wreszcie jak największą wygodę zapewnić chorym i ułatwić czynności lekarza i posługi. Oddział szpitalny powinien stanowić skończoną, zamkniętą w sobie, całość.

Każdy oddział szpitalny powinien być pomieszczony w oddzielnym budynku, a przynajmniej we wspólnym budynku powinien oddzielnie mieć wejście i z innemi oddziałami niema się łączyć. Jest to warunek bardzo ważny. Nie podobna ustrzedz, aby przy połączonych oddziałach chorzy po wszystkich nie wędrowali, przyczem łatwo uleść mogą zarażeniu. Prócz tego, jedynie wtedy, gdy oddział jest w sobie zamkniętym, może zwierzchność oddziałowa wejrzeć w każdy kącik, a służba tylko wtedy może istotnie być za wszystko odpowiedzialną.

Oprócz odpowiedniej ilości sal dla chorych, potrzeba przedewszystkiem urządzić pokoje stołowe. Bardzo ujemną stroną sal szpitalnych jest ich wszechstronne przeznaczenie. W tym samym pokoju, owszem na tém samym łóżku, chorzy i śpią i cały dzień przepędzają i jedzą; w tych warunkach utrzymanie tak koniecznej czystości jest niemożliwe; zawsze na stolikach i obok łóżka i pod poduszką znajdują się będą resztki pokarmów. Kiedy chory łóżka opuszczać nie może, wtedy, zarówno w mieszkaniu prywatnem, jak i w szpitalu, w łóżku jeść musi. W takich warunkach znajdują się ciężko chorzy, gorączkujący i świeżo operowani. Ale wszyscy konwalescenci, albo dotknięci jakąś miejscową chorobą, zdrowi zresztą ludzie, w ogóle wszyscy, którzy chodzić mogą, stanowczo na

łóżkach jadać nie powinni, jest to niepotrzebne, nieprzyzwoite i bardzo niewłaściwe. Prócz téj zasadniczej potrzeby sale stołowe jeszcze wiele innych zapewniają korzyści. Kiedy chorzy udadzą się na śniadanie, zabawić tam mogą nieco dłużej, a w tym czasie najwłaściwiej będzie sale uporządkować; podczas obiadu i wieczery będzie można okna otworzyć i sale przewietrzyć. Te korzyści tak są widoczne, że po prostu pojąć trudno oddział szpitalny bez pokoiów stołowych, témbardziej, że koszt urządzenia i umeblowania tych pokoiów byłby bardzo niewielki. A zatrzymałem się może zbyt długo nad motywami téj tak widocznej potrzeby oddziałów, bo żaden z warszawskich szpitali niema takich pokoiów. Jeżeli pokój stołowy połączony będzie z werendą, jeżeli do tego dodamy ogródek na dziedzińcu szpitalnym, to dla każdej pory roku i dla wszelkich kategorii chorych będziemy mieli zapewnione miejsce dla jakiegoś zajęcia, czy przechadzki.

Najważniejszym oddzielnym pokojem, jakiego leczenie wymaga, jest sala operacyjna, która musi mieć jeszcze pokoje dodatkowe i rozmaite będzie w różnych oddziałach, jak chirurgicznym, ginekologicznym, ocznym i wenerycznym.

Prawie każdy oddział potrzebuje oddzielnego pokoju dla badania, a to ze względu na przyrządy do badania służące i na warunki, w jakich badanie odbywać się powinno. W oddziale ocznym np. wszystkich chorych, z nielicznymi wyjątkami, najlepiej jest oglądać i leczyć nie na salach, lecz w odpowiednio urządzonej gabinecie; a badanie czynności oka, tak niezbędne przy leczeniu, tylko w takim specjalnie urządzonej gabinecie może mieć miejsce. Taki sam gabinet potrzebny jest w oddziale wenerycznym, ginekologicznym, dla chorych nerwowych, dla badania laryngoskopem.

W każdym oddziale powinien się znajdować mały pokój, przeznaczony na prywatny gabinet lekarza. Tam lekarz zmieni ubranie, tam ma pewną liczbę książek, drobnowidz, albo inne przyrządy naukowe, tam wreszcie przez jakiś czas może odpoczywać, albo w razie dłużej trwającej wizyty zjeść śniadanie. Jest to niewątpliwie wielką dla chorych korzyścią, jeżeli lekarz dłużej w szpitalu przebywa. Nie można zapewne nikogo zmuszać do tego, ale potrzeba każdemu to zrobić możliwem, jak również należy dać możność pracy naukowej w szpitalu.

Jeżeli dodamy jeszcze pokój dla nadzorczyń, podręczny skład bielizny, podręczną kuchenkę, kąpiel i wychodki, to mieć będziemy wszystkie potrzeby oddziału zaspokojone; potrzeba tylko tym wszystkim przestrzeniom odpowiednio i wygodnie dać rozmieszczenie.

PRZEWODNICZĄCY. Nie ulega wątpliwości, że pokój stołowy jest niezbędnym w szpitalu; powinien on być zarazem uważany za pokój bawialny. Kto nie musi leżeć w łóżku, ten przez cały dzień powinien przebywać w pokoju bawialnym, nie w sypialni; z tego względu bawialnia

powinna być dosyć obszerną, zawierać przedmioty, służące do zajęcia chorych i do zabawy, jak szachy, warcaby, książki, gazety; jest to niezmiernie ważna i integralna część oddziału.

Co się tyczy owych prywatnych gabinetów lekarzy, byłyby one zapewne bardzo pożądanymi, ale te pokoje powiększają wydatki na budowę. Gdzie fundusze są dostateczne, tam istotnie takie gabinety należałoby urządzić, choć ich w żadnym szpitalu nie widziałem.

PRZEWOSKI. Nie wiem, czy lekarz w szpitalu miałby czas odpoczywać w gabinecie, albo jeść śniadanie; ale takie pokoje są rzeczywiście potrzebne, jako pracownie. Nie pojmuję zupełnie oddziału szpitalnego bez takiej pracowni podręcznej; gdyby lekarz nie miał czasu na zajęcia naukowe, zajmowałby się jego asystent.

PRZEWODNICZĄCY. Nie chciałem wcale przeczyć, że lekarz potrzebuje w szpitalu miejsca do pracy naukowej, ale można odpowiednie przyrządy umieścić w pokoju dla badania, który jest niezbędnym. Przyrządy dla wszystkich oddziałów potrzebne, jak pracownia chemiczna, drobnowidz, znajdować się mogą w ogólnej pracowni szpitalnej.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Położyłem pewien nacisk na tę korzyść gabinetu, jaką koledzy najmniej uwzględniają, to jest na wygodę dla lekarza ordynującego. Zapewne, kto godzinę, albo tylko pół godziny w szpitalu przebywa, ten odpoczywać nie potrzebuje. Ale zwłaszcza w oddziałach, w których odbywają się operacje i bardzo liczne ambulatoryja, wizyty trwać nieraz musi po 3 i po 4 godziny, a praca jest bardzo męcząca; wtedy miejsce dla swobodnego, choć krótkiego, odpoczynku bardzoby się przydało. Wszakże uznaję w zupełności, że taki gabinet jest najmniej niezbędną z tych części oddziału szpitalnego, jakie wyliczyłem.

FRITSCHÉ. Zgadzam się, że małe gabinet byłby bardzo na miejscu; co zaś do sal stołowych, chciałbym wiedzieć, jak sobie koledzy takie pokoje wyobrażają.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. W pokoju stołowym znajdować się musi przedewszystkiem duży stół, obstawiony krzesłami, a prócz tego bo bokach trochę miejsca, parę stolików i krzeseł, gdzieby chorzy swobodniej rozmaitym zajęciom mogli się oddawać.

FRITSCHÉ. Toby powiększyło nadmiernie obszerność oddziału. O ile sobie przypominam, oprócz domów dla obłąkanych, w żadnym szpitalu podobnych pokoiów nie widziałem. W szpitalu Ś-go Tomasza w Londynie w środku sali chorych znajduje się stół wielki, przy którym chorzy jadają. W szpitalu Brompton znajdują się ogromne, pięknie urządzone korytarze, w których chorzy spędzają cały dzień.

KRAMSZTYK JULJAN. W obu warszawskich szpitalach dla dzieci znajdują się pokoje bawialne i nie pojmuję wcale, jakby się szpital dla dzieci obejść mógł bez takich pokoiów. Są to właściwie obszerne kory-

tarze, w których wszystkie dzieci prawie cały czas spędzają: tam się bawia, gonia, jedzą, tam mają zabawki i obrazki.

KINDERFREUND. Życzyłbym sobie, abyśmy wiedzieli, jak wielkim ma być oddział, bo od tego zależy wielkość sal stołowych; jeżeli oddział obejmować będzie 100 chorych, to pokój stołowy musiałby być tak wielkim, że wcale go urządzić nie podobna.

PRZEWODNICZĄCY. Na jednym z poprzednich posiedzeń przedstawiłem Szanownym Kolegom projekt szpitala, gdzie pokój bawialny nie tylko byłby możliwym, ale byłby bardzo dogodnym dla oddziału. Ta sala grałaby rolę obszernego korytarza, do którego wszystkie drzwi się otwierają. Jest tu wejście do sal sypialnych, do wychodków, do kąpieli i kuchenki, słowem jest to miejsce centralne całego oddziału; pokój jest dobrze oświetlony i połączony z werendą. Ponieważ proponowałem oddziały na 30 chorych obliczone, więc bardzo łatwo taką ilość osób przy jednym stole można pomieścić; gdyby w oddziale znajdowało się 100 chorych, to potrzeba dla nich urządzić 3 pokoje stołowe. Pokoje takie znajdują się wreszcie w bardzo wielu angielskich i niemieckich szpitalach i mają nawet swoje nazwy (Dayroom i Tagraum).

GROSTERN. Najlepiej dotychczasowa praktyka wskaże, o ile i w jakiej liczbie potrzebne są gabinety. Oddział wewnętrzny szpitala Starozakonnych posiada kilku ordynatorów, którzy w ogóle o jednej godzinie odbywają wizytę. Każdy ordynator dla badania swoich chorych potrzebuje innych przyrządów, jak przyrządy elektryczne, laryngoskop, zgłębnik żołądkowy, badanie moczu i t. d. Tymczasem mamy jeden tylko wspólny gabinet i to bardzo mały. Kiedy chcę na przykład choremu włożyć sondę żołądkową, co z wielu względów nie powinno się odbywać na sali, muszę albo długo bardzo czekać, albo wcale wykonać nie mogę tego, com zamierzał, albo takie czynności, jak sondowanie żołądka, a nawet badanie moczu uskuteczniać muszę na sali chorych. Dla tego moim zdaniem koniecznym jest mały gabinet, mała pracownia, nie dla wygody lekarza, bo ten wzgląd, choć ważny, nie jest pierwszorzędnym, ale przedewszystkiem dla badania chorych. Nie każdy oddział, ale każdy ordynator powinien mieć podobny gabinet.

Co do sal stołowych, istnieją one i w Warszawie, w baraku Czerwonego Krzyża; tylko ci chorzy, którzy zmuszeni są ciągle leżeć, jadają tam na łóżku. Nie pojmuję, jak szpital, porządnie urządzony, mógłby istnieć bez tych pokoi; uważałbym je wraz z gabinetami za kardynalne potrzeby oddziału.

PRZEWODNICZĄCY. Nie podobna przewidzieć, ilu ordynatorów będzie w szpitalu, a więc i gabinety nie do liczby ordynatorów lecz do liczby łóżek zastosować potrzeba. Jeżeli oddziały będą niewielkie, mniej więcej po 30 łóżek, to jeden gabinet powinien na oddział wystarczyć. Od dobrych koleżeńskich stosunków pomiędzy ordynatorami zależeć będzie

wreszcie, aby sobie wzajemne czynili ustępstwa. I w tém, co kol. GROSTERN mówił, nie widzę potrzeby jakichś prywatnych gabinetów dla lekarzy; można doskonale taki gabinet połączyć z pokojem do badania.

GROSTERN. Nie myślałem o innych.

KINDERFREUND. Ponieważ mówiliśmy dotychczas w ogólności o oddziałach, może więc dobrze będzie przystąpić do specjalnych kwestyj i pomówić o potrzebach każdego oddziału pojedynczego.

PRZEWODNICZĄCY. Dzielę to zdanie; koledzy specjaliści raczą na następne posiedzenie przygotować odpowiednie referaty z pominięciem naturalnie tych części oddziałów, któreśmy wszyscy za niezbędne uznali, jak pokoiów stołowych, gabinetów do badania i takich urządzeń, jak kąpiele, kuchenka, wychodki, które w każdym oddziale znajdować się muszą.

III. FRITSCH. Czy w projektowanym gmachu szpitala Starozakonnych ma być urządzonym i oddział położniczy?

PRZEWODNICZĄCY. Nie chcę przesądzać kwestyi, ale wobec istniejących obecnie, wygodnych i po całym mieście rozrzuconych przytułków dla rodzących, sędzę, że można ulżyć szpitalowi z korzyścią dla chorych i oddział położniczy pominąć.

ROSENTHAL. Od pewnego czasu mamy już przytułki, a w szpitalu Starozakonnych liczba porodów, zamiast się zmniejszać, ciągle wzrasta; najczęściej przybywają z ciężkimi porodami, bo trzecia część jest przypadków operacyjnych; pomimo fatalnego urządzenia oddziału, wszystkie rodzące szczęśliwie poród przebywają i przypadków śmiertelnych od pewnego czasu wcale nie ma. Ludność ma widocznie zaufanie do szpitala, bo w przytułku 5-ym, dla żydówek przeznaczonym, zaledwie połowę miejsc one zajmują. Z tych względów sędzę, że gdyby w nowym szpitalu oddział położniczy odpowiednio był urządzonym, to mógłby bardzo dobrze funkcjonować.

PRZEWODNICZĄCY. Nie idzie oto, czy pewna liczba łóżek byłaby zajęta, ale czy te chore w szpitalu koniecznie powinny leżeć. Nie tylko dla położnic, ale we wszystkich oddziałach potrzeba liczbę chorych ograniczyć i nie przyjmować do szpitala tych, którzy w domu leczyć się mogą. Oddział na przykład wenerycznych i skórnych wobec dzisiejszych postępów leczenia powinien być znacząco zredukowanym. Zaledwie może dziesiątą część dotkniętych odpowiedniami chorobami w szpitalu leczyć potrzeba. Leczenie świerzby dawniej trwało kilka tygodni, a ta okoliczność, wobec zaraźliwości choroby, zmuszała do przyjmowania chorych do szpitala. Obecnie ze świerzby wyleczyć można chorego w ciągu kilku godzin i trzymać takich chorych w szpitalu nie ma żadnej potrzeby; tylko szpital powinien i przychodzącym chorym udzielać kąpieli i odzież ich zdezynfekować. Nie rozumiem także, jak można trzymać w szpitalu chorego dotkniętego psoryjazą. Syfilitycznych, oprócz tych, którzy się znajdują w okresie zaraźliwości, takżeby w szpitalu nie trzymał. Można wszakże,

wstrzykując raz na tydzień odpowiednie przetwory, z łatwością ambulatoryjnie chorego uleczyć. A w ten sposób i dużo miejsca i dużo kosztów zaoszczędzi się szpitalowi.

FRITSCHÉ. Trudno chorych syfilitycznych leczyć ambulatoryjnie, bo po pierwszym wstrzyknięciu już więcej się nie zjawiają.

ROSENTHAL. Zgadzam się z kol. **FRITSCHÉM.** Chorych na upławy nie przyjmuję do szpitala, każe im przychodzić 2 razy na tydzień do ambulatoryjum; otóż przekonałem się, że nieraz i przez cztery tygodnie wcale się nie zjawiają.

PRZEWODNICZĄCY. Zadaniem Szpitala jest leczyć tych, którzy chcą się leczyć; zmuszać do leczenia się można ludzi tylko o tyle, o ile roznoszą zarazę; w przeciwnym razie niech robią, co chcą, nie należy uszczęśliwiać ludzi wbrew ich woli.

KINDERFREUND. W oddziale dla wenerycznych idzie nie tylko o zaraźliwość choroby, ale i o rozmaite warunki, jakich szpital dostarcza; chorzy np. dotknięci próchnieniem kości syfilitycznego pochodzenia, zapaleniem jąder albo bubonem, muszą się leczyć w szpitalu, choćby dla tego, że często z łóżka wychodzić im nie wolno.

CHWAT. Prawda, że niejednego chorego możnaby wyleczyć ambulatoryjnie, a jednak dobrze jest przyjąć go do szpitala, bo poza szpitalem leczyć się nie będzie.

FRITSCHÉ. Kwestyja ostatecznie w ten sposób się przedstawia: jeżeli mamy ograniczoną liczbę miejsc, to kogo mamy przyjąć do szpitala: czy dotkniętego świerzbą, czy zapaleniem płuc? Wybór chorych do szpitala zależy od wielkości gmachu i od przepełnienia.

PRZEWODNICZĄCY. Nie, pewna liczba miejsc swobodnych jeszcze wcale sprawy nie rozstrzyga. Szpital utrzymuje się z pewnych stałych funduszków; o ile można je zaoszczędzić, dla czegoż tego nie zrobić? czyż dla tego, że mam miejsce swobodne w szpitalu, mam przyjąć chorego, który i w domu wyleczyć się może? lepiej oszczędzić kosztów. Społeczeństwo, gmina, ma obowiązek leczyć takich, którzy leczyć się w domu nie mogą, zwłaszcza, gdy choroba rozszerzy się może.

KRAMSZYK ZYGMUNT. Weszliśmy na kwestyję zupełnie oddzielną, ważną i niełatwą do rozstrzygnięcia. Zeszłego roku przy otwarciu nowego szpitala w Vichy, **MONOD**, dyrektor „assistance publique“, w mowie swojej wygłosił pogląd zupełnie podobny do poglądu naszego **PRZEWODNICZĄCEGO**; przemawiał mianowicie za możliwem ograniczeniem przyjmowania chorych, a w zamian zalecał szpitalowi, aby ułatwiał chorym kuracyję domową. W wielu razach z tym poglądem bym się nie godził. Są chorzy, których wyleczyć łatwo, a którzy albo nie chcą przychodzić do ambulatoryjum, albo żyją w takich warunkach, że w domu zdrowia nie odzyskają łatwo. Takich, nawet gdy nie ciężką dotknięci są chorobą, namawiałbym gorąco, żeby zostali w szpitalu, i ze względu na ich własne zdrowie i ze

względów ekonomicznych, bo skoro wyzdrowieją, lepiej będą mogli pracować.

FRITSCHÉ. We Francyi chorzy ndają się do szpitali, aby najlepsze dla zdrowia znaleźć warunki, u nas w szpitalu szukają byle jakich, bo w domu często mają warunki najfatalniejsze.

PRZEWODNICZĄCY. Często przybywają do szpitala dla oszczędzenia kosztów kuracyjnych, których oszczędzać nieraz nie potrzebują.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Prawda, zwłaszcza gdy idzie o operacje; ale na to jest rada w urządzeniu pokoiów oddzielnych, dosyć drogich, aby szpital nie dokładał do tych chorych, lecz zyskiwał na nich.

PRZEWODNICZĄCY. Jeżeli policzymy dokładnie wszystkie wydatki, jakie szpital ponosi, to żaden chory, nawet w pokoiku oddzielnym, wydatków szpitalowi nie zwróci.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk.*

Posiedzenie dnia 21 Czerwca 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: **KRAMSZTYK JULJAŃ, KRAMSZTYK ZYGMUNT, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.**

Goście: **KINDERFREUND, KRAUZE i ROSENTHAL.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz odczytuje nadesłany przez kol. **CHWATA** referat: O urządzeniu sali operacyjnej i o innych potrzebach oddziału chirurgicznego. Główną zasadą budowy i urządzenia sali operacyjnej, jak i sal do pomieszczenia chorych, w obecnym czasie jest systematyczne i konsekwentne zachowanie w każdym punkcie najwyższej czystości: czystém ma być powietrze, czystými mają być ściany, sufity i posadzki, czystém całe urządzenie w salach i w sali operacyjnej: łóżka, pościel i bielizna; czystém wszystko, co otacza chorych, czystą posługa i na koniec sami chorzy przed wejściem do sali i podczas pobytu utrzymać być winni w największej czystości; słowem, sale powinny być urządzone aseptycznie i w warunkach zabezpieczających je przed zakażeniem, a w razie tegoż pozwalających na łatwe oczyszczenie. Nadto sala operacyjna ma mieć dobre oświetlenie, jeżeli można z góry i z boków (z dwóch lub trzech stron).

Sala operacyjna powinna stanowić oddzielny budynek, a przynajmniej nie powinna być umieszczona w sąsiedztwie sal dla chorych.

Ściany sali, jak również i sufit, powinny być gładkie, najmniej dogodnie do osiadania na nich kurzu i łatwo dające się oczyszczać środkami antyseptycznemi.

Wszelkie połączenia ścian między sobą i z sufitem powinny być zaokrąglone; okna i drzwi tak osadzone, aby żadnych rowków, ani wgłębień i wypukleń nie było. Ogrzewanie sali operacyjnej odbywać się powinno w ścianach téjże sali, w taki sposób, aby bądź to piec, bądź rury, ogrzewające salę, do wnętrza sali nie sterczały. O wentylacji sali operacyjnej zapominać nie należy. Podłoga powinna być z materiału twardego, gładka, bez szczelin i winna mieć pochylenie do samego środka, lub do jednego z kątów sali; w tym najniższym punkcie pochylenia ma być otwór, komunikujący z rurą, odprowadzającą wszelkie płyny na zewnątrz.

Wielka ilość wody gorącej i zimnej, za pomocą rur, opatrzonych odpowiedniemi kranami, jest dla sali operacyjnej nieodzownie potrzebną. Pod temi rurami winny być miski fajansowe lub sztajngutowe, bądź to ruchome na osi, bądź téż opatrzone otworem dla ścieku zużytej wody.

W sali operacyjnej pomieszczony ma być stół operacyjny, żelazny, odpowiednio urządzony na kółkach, stałe irygatory szklane z płynami antyseptycznemi, oraz dwie szafeczki żelazne, otwarte (w rodzaju etażerek) także na kółkach, z odpowiedniemi płaskiemi naczyniami, szklanemi lub fajansowemi; jedna z szafek do narzędzi chirurgicznych, a druga do opatrunków, potrzebnych dla danych operacji.

Reszta, wszystko, co należy do sali operacyjnej, a mianowicie: szafy z narzędziami, szafy z materiałami opatrunkowemi, stoły opatrunkowe i podręczne z blatami marmurowemi lub szklanemi, znajdować się winny w sali przedoperacyjnej. Tamże powinny być kubły, miseczki, słoje i t. p. rzeczy.

Prócz tego oddział chirurgiczny powinien mieć także pracownię lekarską, służącą zarazem jako pokój konsultacyjny i oddziałowy.

PRZEWOSKI. Urządzenie sali operacyjnej przedstawia tyle ważnych kwestyj szczegółowych, że nie zdaje mi się, abyśmy mogli przeprowadzić dyskusję bez obecności większej liczby chirurgów.

PRZEWODNICZĄCY. Istotnie, sala operacyjna powinna stanowić przedmiot oddzielnego posiedzenia, pierwsze posiedzenie po feryjach poświęcimy téj kwestyi, poprosimy na nie kolegów chirurgów.

III. ROSENTHAL. Oddziały ginekologiczny i akuszeryczny mieścić się powinny zupełnie odosobnione. Stosownie do planu mających się stawiać pawilonów, trzeba by było pomieścić na pierwszym piętrze, jeden oddział po jednej, drugi po drugiej stronie.

Oddział ginekologiczny na chorych 20 do 30 powinien posiadać pokoje oddzielne na 2 do 4 łóżek, a także i pokoje dla pojedynczych chorych. Sala operacyjna oddziału powinna być w narożniku pawilonu

oświetlona ze wszystkich stron oknami wysokimi, pod pułap sięgającymi; kątów i w ogóle zagięć mieć nie powinna; posadzka kamienna, nieco pochyła dla ułatwienia spływu płynów do rury, odprowadzającej je na zewnątrz. Przed salą operacyjną salka przedoperacyjna, czyli tak zw. opatrunkowa, gdzieby wszelkie opatrunki i badanie chorych odbywać można było.

Oddział akuszerski na 10 łóżek zajmować powinien przestrzeń taką, jak oddział na łóżek 30; jest to warunek konieczny, gdyż pokoje w oddziale tym powinny być często dla położnic zmieniane.

Oprócz salki porodowej i przylegającej do niej małej salki operacyjnej, żadnego gabinetu lekarskiego w oddziale tym nie potrzeba. Przy oddziale powinno być mieszkanie akuszerki z jednego obszernego lub dwóch mniejszych pokoiów złożone.

Oddział ten powinien stanowić odrębną całość i z żadnym oddziałem nie być w komunikacji, co przy projektowanym planie budowy pawilonów jest rzeczą możliwą. Sala operacyjna i porodowa również żadnych kątów i zagięć nie powinna posiadać.

PRZEWODNICZĄCY. Kol. ROSENTHAL żąda, aby oddziały położniczy i ginekologiczny umieszczone były na piętrze, widocznie ze względu na oświetlenie sali operacyjnej, mianowicie na oświetlenie górne. Ale u nas o oświetleniu z góry nie może być mowy, bo w zimie śnieg okno zasypie; równie dobrze oświetlenie boczne można mieć na parterze, jak na piętrze.

ROSENTHAL. Bardzo jest rzeczą nieprzyjemną mieć salę operacyjną na parterze, bo przechodnie przez jej okna do wnętrza zagląday.

PRZEWODNICZĄCY. Parter w każdym razie będzie o tyle wyniesionym, że ludzie do sali nie będą mogli zaglądać.

ROSENTHAL. Nie kładę wcale nacisku na to żądanie, aby sala operacyjna koniecznie na piętrze miała być umieszczoną.

PRZEWOSKI. Nowy amfiteatr anatomiczny ma oświetlenie górne, które bardzo dobrze funkcjonuje. Grad raz wytłukł okna, obecnie dano szyby grube, aby się na przyszłość od podobnego przypadku uchronić; śnieg zmiata służący, a chociaż okna zasypane są śniegiem, w sali jest dosyć widno.

PRZEWODNICZĄCY. Wielka sala musi być z góry oświetloną, bo boczne okna nie oświetlą jej dostatecznie.

PRZEWOSKI. Pracownie malarskie, choć to w ogóle pokoje małe, mają jednak górne oświetlenie.

PRZEWODNICZĄCY. Oświetlenie górne koniecznym jest w amfiteatrach; dla sal operacyjnych tej konieczności nie widzę; sądzę, że oświetlenie pokoju z dwóch, albo 3 stron zupełnie wystarczy.

ROGOWICZ. Jakkolwiek dyskusje miały tu od początku charakter akademicki, to w szczegółach jednak mamy na myśli szpital Starozakonnych w Warszawie. Przystępując do takich szczegółów, jak pojedyncze

oddziały, tém bardziej o tém zapominać nie można. Nastręcza mi się obecnie pytanie, co zmusza do budowania oddziału położniczego? O ile wiem liczba porodów nie przenosi od dawnego czasu 50 albo 60 na rok.

ROSENTHAL. W zeszłym roku odbyło się porodów 80 w szpitalu.

ROGOWICZ. Przypominam kol. ROSENTHALOWI, co napisał w Gazecie Lekarskiej, że nie pamięta, aby od lat wielu było kiedy 70 porodów, przypuśćmy więc, że w przecięciu rocznie odbywa się 60; nie przenosi to średniej liczby, jaką miewają przytułki, gdzie wreszcie rodzić może do 150 kobiet rocznie. Te przytułki mają po 3 łóżka etatowe; więc w szpitalu Starozakonnych potrzeba ich będzie mniej o połowę: 2 łóżka wystarczą. I prawdopodobnie tak będzie rzeczywiście. Trudnoż 2 albo i 3 łóżka nazywać oddziałem. 2 albo 3 pokoje powinny być w szpitalu ogólnym zarezerwowane dla rodzących, bo kobieta do szpitala z powodu jakiegokolwiek choroby przybyła, może być zmuszoną tam rodzić. Szpital Dzieciątka Jezus ma swój Instytut Położniczy, dokąd i inne szpitale odsyłają rodzące. Szpital Starozakonnych do pewnego stopnia zrobiłby tego nie mógł, więc 1 czy 2, czy wreszcie 3 łóżka rezerwowe są potrzebne. Radbym wiedzieć, ile tego rodzaju przypadkowych porodów zdarza się rocznie w szpitalu?

ROSENTHAL. I te przypadki często się zdarzają; zeszłego roku w szpitalu odbyło się porodów 80; w obecnym roku już ich liczba doszła do 48. Muszę koledze powiedzieć, że nie tylko żydówki szukają pomocy w szpitalu, ale jak obecnie, liczba chrześcijanek stanowi $\frac{1}{3}$ wszystkich rodzących. Nie wiem dla czego, ale przytułek dla żydówek nie umiał sobie zjednać zaufania. Po większej części rodzą u nas kobiety zamężne, któreby nie udały się do Instytutu ze względu na studentów.

ROGOWICZ. Mówiłem tylko o tych chorych innych oddziałów, które przypadkiem rodzą w szpitalu.

ROSENTHAL. W téj chwili znajduje się w szpitalu 7 rodzących, cóżby znaczyły 3 łóżka?

PRZEWODNICZĄCY. Nie przyjmie ich kolega do szpitala, tylko do przytułku odeszle. Uważam, że przytułek jest odpowiedniejszym dla rodzących, niż szpital.

ROGOWICZ. Szpital, obejmujący 400 chorych, musi mieć łóżka rezerwowe dla rodzących. Ponieważ w przytułku rodzi rocznie 40 żydówek, a w szpitalu około 60, więc jest razem tylko 100 takich żydówek, które potrzebują rodzić poza domem; rozmaite składają się na to przyczyny. Takich chorych innych oddziałów, którym poród wypada w szpitalu, może być—bo cyfr dokładnych dowiedzieć się nie mogę—około 20. Szpital, który dla innych może nie mieć miejsca, stosunkowo szczupły, ma sobie pozwalać na zbytek budowania oddziału dla 20 położnic na rok. Nie widzę żadnej potrzeby. Chore, u których ciąża przebiega nieprawidłowo, kwalifikują się do oddziału ginekologicznego; gdy poród się zaczyna, przechodzi chora do pokoju rezerwowego. Z czystym sumieniem

może szpital rzec się tych ciężarnych i rodzących, które dla porodu tylko przybywają.

PRZEWODNICZĄCY. Oddział ginekologiczny składać się powinien z dwóch oddziałów: wewnętrznego i zewnętrznego, operacyjnego. Jestem tego zdania, aby dla rozstrzygnięcia kwestyj, odnoszących się do tego oddziału, zaprosić na posiedzenie kolegów specjalistów; jednym z pierwszych postulatów jest ustanowienie cyfr statystycznych, których kolega **ROSENTHAL** zechce dostarczyć.

PRZEWOSKI. Nie stoimy na stanowisku rozpraw akademickich; komitet sanitarny wziął się do sprawy bardzo konkretniej. Nie jestem specjalistą, ale obracam się w kole chorych, którzy pod mój nóż się dostają. Otóż przekonałem się, że niemożna przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy materiałem oddziału ginekologicznego a chirurgicznego. W oddziale chirurgicznym robi się bardzo często takie operacje, któreby właściwie do oddziału ginekologicznego należeć powinny.

IV. KRAMSZTYK ZYGMUNT. Potrzeby oddziału ocznego.

1. Salę operacyjną oddziału ocznego stanowić powinien pokój obszerny, 400 a przynajmniej 300 stóp kwadratowych zajmujący, dużemi, pod sufit sięgającymi, oknami dobrze oświetlony i odpowiadający pod względem ścian, posadzek i t. p., tym samym warunkom, jakie dla sal operacyjnych oddziału chirurgicznego będą przyjęte. Przed salą operacyjną znajdować się musi przedpokój, chociażby nie wielki, gdzieby można umyć ręce i zmienić ubranie. Jeżeli bowiem zgodzić się na to można, aby narzędzia, a nawet i materiały opatrunkowe znajdowały się na sali operacyjnej, to w każdym razie do tej sali wprost z korytarza wchodzić nie można i przed wejściem jakiś kitel płócienny należy włożyć.

Obok sali operacyjnej, z obu jej stron, będą się znajdowały dwie sale dla chorych, mające po 6 łóżek. Sale te będą przeznaczone dla świeżo operowanych, jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet. Dla licznych powodów operowani powinni leżeć tuż przy sali operacyjnej. Wprawdzie po największej części dzieje się inaczej. W dzisiejszym szpitalu Starozakonnych chorzy po operacji przejść muszą kilka pokoiów, zanim się dostaną do swoich łóżek. W innych szpitalach chorzy po operacji wchodzić muszą na piętra, albo ich windą na wyższe piętra wciągają (Quinze-Vingt w Paryżu). W Instytucie Oftalmicznym w Warszawie wcale niema sali operacyjnej i operacje odbywa się na salach ogólnych. Jest to wada, jaką Instytut Warszawski dzieli z wielu podobnemi zakładami.

Wszystkie tego rodzaju niewygody potrzeba znosić w gmachach starych, ale stawiając nowy gmach szpitalny, należy wszystko przewidzieć i udogodnić.

Przeprowadzanie chorego z zawiązanemi oczyma, drżącego z obawy, przez pokoje, sienie i wschody, jest bardzo dla niego męczącym,

służbę absorbuje i nie zupełnie jest rzeczą bezpieczną. Po operacji katarakty podwójne grozi choremu niebezpieczeństwo: zakażenie i uszkodzenie mechaniczne. Od zarażenia uchronić się można; owszem, można twierdzić słusznie, że tego rodzaju powikłania z porządnie utrzymanych zakładów zostały już usuniętymi; obecnie częściej się zdarzają, a stąd i większą na siebie zwracają uwagę, mechaniczne uszkodzenia operowanych oczu. Mianowicie przy coraz częstszym obecnie wydobywaniu zaćmy bez wycięcia tęczówki, nieraz po najlepiej dokonanej operacji przy pierwszym opatrunku znajduje się wypadnięcie tęczy. Przyczyną tego bardzo nie miłego powikłania jest z pewnością niepokój chorego, wytężenie mięśni; a piesza, dość odległa wędrówka po operacji, daje może najwięcej ku temu sposobności.

Jeżeli chorych operowanych potrzeba będzie przenieść tylko do sąsiedniego pokoju, tego rodzaju niebezpieczeństwo będzie prawie usuniętym, a zmniejszyć je będzie można jeszcze bardziej, urządziwszy łóżka, przesuwające się łatwo na kółkach, a może i na szynach.

Drugą wielką wygodą z urządzenia oddzielnych pokojików dla operowanych jest usunięcie ich od wszystkich innych. Chorzy w ten sposób są mniej wystawieni na zakażenie; jedynie wtedy można ich trzymać w ciemnym pokoju i tylko wtedy będą mieli spokój zupełny, tak im niezbędny. W wyjątkowych razach inni chorzy, tych samych warunków wymagający, jako to chorzy z głębokimi cierpieniami oka, albo z rozległymi ranami, będą w tych samych pokojach leżeli.

Wszystkie te pokoje razem wzięte: sala operacyjna, jej przedpokój i sale dla operowanych stanowić będą oddział operacyjny, jako zamkniętą w sobie całość, która z innymi pokojami nie powinna mieć komunikacji bezpośredniej. Wyobrażam sobie, że oddział oczny zajmować będzie 2 piętra; w takim razie oddział operacyjny umieścićby należało na piętrze drugim. Resztę miejsca na tym piętrze obok oddziału operacyjnego możnaby poświęcić na pokoiki oddzielne, pokój dla nadzorczyń, w ogóle dać im takie przeznaczenie, aby spokój możliwy zachować.

2. W końcach korytarza należy umieścić 2 małe pokoje, na jednego, a najwyżej na dwóch chorych obliczone; pokoje te przeznaczone będą dla cierpiących na zaraźliwe choroby oczu, przedewszystkiem na dyfteryt; tego rodzaju chorzy muszą się koniecznie znajdować w oddzielnym pokoju, o ile można zdaleka od sal dla chorych. Gdyby nie było takich pokojików oddzielnych, należałoby dotkniętemu dyfterytem oddać całą salę, a więc zmniejszyć działalność oddziału. Jeżeli zostaną urządzone pokoiki oddzielne dla chorych, to te pokoiki dla zaraźliwych będą może zbyt liczne.

3. W gabinecie oddziału będzie się odbywało wizytę chorych. Dla dokładnego obejrzenia chorego oka potrzeba mieć doskonałe oświetlenie blisko okna. Ponieważ sam lekarz środki lekarskie stosuje i wykonywa potrzebne manipulacje, więc musi mieć pod ręką apteczkę i zbiór przy-

rządów. Z tych względów wizytę w oddziale ocznym daleko jest wygodniej odbywać w gabinecie, niż w sali dla chorych. Więc przynajmniej kilkunastu chorych powinno jednocześnie znaleźć w gabinecie swobodne pomieszczenie.

W gabinecie będzie się odbywało badanie refrakcyi oczu i siły wzroku, do czego potrzeba 20 stóp odległości. Prócz tego rozmieszczone być muszą przyrządy do badania pola widzenia, mięśni ocznych i ciemny, albo łatwo zasłonić się dający, kącik do badania wziernikiem. Wszystkie te przyrządy powinny być ciągle ustawione, bo ustawianie ich za każdym razem byłoby zbyt znużającym. Dążę do tego, że gabinet powinien mieć dosyć znaczne rozmiary, przynajmniej 400 stóp kwadratowych.

PRZEWODNICZĄCY. Rozprawy nad tym przedmiotem odłożyć musimy także do oddzielnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 25 Października 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: **BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, DOBRZYCKI, KRAMSZTYK ZYGMUNT, LUBELSKI, MAYZEL, POLAK i PRZEWOSKI.**

Goście: **CHWAT, JASIŃSKI i MATLAKOWSKI.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Przystąpiono do wyborów Prezesa i Sekretarza Komitetu sanitarnego. Większością głosów wybrano: Prezesem **NATANSONA**, Sekretarzem **ZYGMUNTA KRAMSZTYKA**.

III. LUBELSKI. Jeden z panów inżynierów, który nie życzy sobie, aby nazwisko jego wiadomém było, nadesłał na moje ręce list z prośbą o odczytanie na posiedzeniu.

„Kwestyja kanalizacyjna budzi powszechne zainteresowanie publiczności, i nie w tém dziwnego, gdyż oprócz milionów, wyłożonych na kanały uliczne, pozostaje jeszcze wydatek, i to prawie natychmiastowy, z dziesiątka milionów na kanalizację domów. Że kanalizacja jest rzeczą niezbędną zapewne nikt nie wątpi, zachodzi jednak poważna kwestyja, czy wszystkie żądania warunków kanalizacyjnych dla domów są niezbędne i racjonalne, i czy pewne moderacyje w tym względzie osiągnęłyby się nie dały. Co do warunków sanitarnych, które w tym względzie bardzo ważną grają rolę, tak sprzeczne są zdania, a nie raz tak oryginalne, iż nawet i nie specjaliście uśmiech na usta wywołują.

10*

Mam niewątpliwą nadzieję, iż tak Szanowna Instytucja, jak Towarzystwo Lekarskie, żywo interesować się musi kwestyją tak doniosłą dla miasta... i proszę o łaskawe udzielenie opinii na pytania, które przy niniejszém załączam.

1. Czy w rozgałęzieniach kanałowych, tak ulicznych, jako też i domowych, wytwarzać się będą szkodliwe dla zdrowia gazy i lotne zarazki?

2. Czy ilość tych gazów i zarazków będzie tak znaczną, iż za pośrednictwem wentylacji usuniętą być powinna?

3. Czy wydobywanie się tych gazów przez otwory, pozostające pod oknami mieszkań, za szkodliwe zdrowiu uważać należy?

4. Czy w kanałach kanalizacyjnych znajdować się może gaz siarkowodorowy w tak znacznej ilości, aby oddziaływał niszcząco na cynk?

5. Jeżeli w kanałach głównych i rozgałęzieniach domowych nie ma szkodliwych dla zdrowia wyziewów, czy niezbędną jest wentylacja tychże kanałów i z jakiego punktu widzenia sanitarnego?

6. Jakie mogą być potrzeby sanitarne, zmuszające do podziemnego odprowadzania wody deszczowej do kanałów i czy woda deszczowa odprowadzana bezpośrednio do otworów zlewowych podwórzowych, (kanałowych), pod względem sanitarnym przedstawia warunki ujemne?

7. Czy wentylowanie kanałów ulicznych i rozgałęzień domowych rurami rynnowymi pod względem sanitarnym jest najodpowiedniejsze (choćaby dokonane kosztem paru milionów rubli)?

8. Czy urządzenia kanalizacyjne w innych miastach Europy, funkcjonujące więcej niż 5 lat, a pod względem sanitarnym za wzorowe uznane, nie zaprowadziły innego sposobu wentylacji, jak za pośrednictwem rynien deszczowych?

NB. Jakkolwiek pytanie 3-cie można uchylić ze względu na połączenie syfonowe, gdy jednak woda w syfonie w czasie upałów bezwzględnie wyparuje, rury deszczowe syfonowe działać będą, jak zwykle wentylatory.

PRZEWODNICZĄCY. Pytania są ważne, ale doraźnie rozstrzygnąć ich nie można. Nie wiem, jakie są warunki dla kanalizowania domów, nie ogłoszono ich jeszcze. Cała dyskusja byłaby wreszcie zapewne jałową, bo kwestycja będzie ostatecznie rozstrzygniętą w Petersburgu; jest to w każdym razie sprawa bardzo doniosła.

LUBELSKI. Autor listu powiedział mi, że idzie tu prawie o cały byt właścicieli domów i bardzo wielką przywiązuje wagę do zdania komitetu sanitarnego w pytaniach, jakie postawił.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Pytań tego rodzaju same rozprawy nie rozstrzygną. Potrzeba przedsiębrać liczne badania w kanałach warszawskich, zbierać wiadomości z innych miast i zapewne nie jedno zrobić doświadczenie, zanimby można na postawione pytania dać odpowiedzi

zasadne. Taką pracę można by tylko powierzyć specjalnej komisji, która by miała zadanie nie łatwe.

MAYZEL. Kwestyja ta przeszła obecnie do pism ogólnych, gdzie ciągle czytamy: kanalizacja domów pochłonie miliony, a przedewszystkiem pogłębienie rynien do kanałów, przez magistrat polecane, ma być bardzo kosztowném, a co do konieczności tego szczegółu najrozmaitsze występują zdania.

PRZEWODNICZĄCY. Nie mamy dowodów, aby te miliony były policzone, a jeszcze mniej jest pewném, aby kwestyja pogłębienia rynien tak wielką rolę grała w tym budżecie. Więcej daleko kosztuje usuwanie odchodów z dołów kloacznych. Pisma chętnie, dla swojej poczytności, wywołują polemikę w sprawach interesujących ogół; na drodze takiej polemiki sprawa się nie rozstrzygnie, a my się nie poczuwamy do dostatecznej kompetencji.

BARANOWSKI. Przedewszystkiem nie mamy danych faktycznych, nie wiemy, jakie są wymagania magistratu, a bez tego byłaby to dyskusyja *de lana caprina*.

LUBELSKI. Sądzę, że będę w zgodzie ze zdaniem komitetu, jeżeli w tym duchu dam odpowiedź autorowi listu.

PRZEWODNICZĄCY. Odór siarkowodorowy w kanałach zależy od ilości wody, a prawdopodobnie nawet w najgorszym razie kanały będą mniej śmierdziały, niż nasze kloaki podwórzowe. Co się tyczy ryuien, jeżeli z nich wyziewy będą się wydobywały, to można je wyżej wyprowadzić.

POLAK. Dotychczas jeszcze nowe kanały łączą się ze starémi i w tém jest główna przyczyna smrodu.

IV. PRZEWODNICZĄCY. Przechodzimy do kwestyi, będącej na porządku dziennym. W prywatnym szpitalu pana EDER'a w Wiedniu, widziałem przyrząd do dezynfekcyi sali operacyjnej, który mi się zdaje bardzo odpowiednim. Jest to rura, za pomocą której napuszcza się do sali wielką ilość pary przegrzanej. Dokonywa się téj dezynfekcyi po uprzedniem usunięciu z sali operacyjnej wszystkiego, co ściśle do niej nie należy. Po napełnieniu parą, pozostawia się salę przez czas jakiś w spokoju, a skoro para się skropi, ściera się wodę ze ścian, podłóg i stołu. Właściciel szpitala utrzymuje, że powietrze po takiem oczyszczeniu jest prawie zupełnie wolném od bakteryj.

MATLAKOWSKI. Chciałem zrobić parę uwag i dodać kilka szczegółów do tego, co na poprzedniém posiedzeniu było powiedzianém o sali operacyjnej. Ta kwestyja bardzo mnie zajmuje; pisałem o niej w Gazecie Lekarskiej (N. 41 z r. 1887), a zwiedzając szpitale zagraniczne, ten wzgląd miałem głównie na celu. Zwiedziłem wiele sal w Londynie, Wiedniu, Berlinie i Peszcie, a przedewszystkiem wzorowe urządzenia w nowych budynkach: w klinicznych zakładach Berlińskich na Ziegel-Strasse, w Brom-

pton Hospital, w prawdziwie wspaniałym szpitalu Peszteńskim i w prywatnym zakładzie EDER'a w Wiedniu. Ztąd sędzę, że uwagi moje, nie tylko na pomysły oparte, mogą mieć pewną wartość. W projekcie, odczytanym na poprzedniem posiedzeniu, żąda kol. CHWAT, aby sala operacyjna zajmowała zupełnie oddzielny budynek, który nie ma się wcale łączyć z pawilonami dla chorych. Nigdzie nie widział podobnego urządzenia i zupełnie z tém żądaniem nie mogę się zgodzić. Chorzy, idący do sali operacyjnej, albo powracający z niej po operacyi, w pierwszym razie rozgrzani kąpielą, spoceni i owinięci w kołdrę, w drugim razie osłabieni i zwymiotowani, nie mogą przechodzić przez pustą przestrzeń, tylko przez korytarz. W szpitalu na Ziegelstrasse taki korytarz łączy klinikę z salą, w szpitalu Peszteńskim oddzielny budynek, mieszczący salę operacyjną, łączy się z oddziałem za pośrednictwem długiej szyi. Na ten wzgląd potrzeba nacisk położyć; za pośrednictwem takiego wydłużenia musi się sala operacyjna łączyć z gmachem głównym. I tak jeszcze pozostałyby trzy ściany, otoczone powietrzem, a po nad salą operacyjną może być tylko dach. Jednakże ponieważ idzie o nasze nędzne stosunki, gdzie z groszem liczyć się trzeba, to sędzę, że możliwem jest urządzenie sali w samym pawilonie i zupełnie dobrze. Tak jest urządzoną sala operacyjna w szpitalu EDER'a, o ile się zdaje, najlepsza ze wszystkich. Oświetlona jest tylko z jednej strony, jednem wielkiem oknem; rzecz to ważna, bo bardzo jest trudno ogrzać salę, stanowiącą odosobniony budynek; byłem w téj sali w dniu ponurym, dżdżystym, a oświetlenie było zupełnie dostateczne. Sala ma ściany murowane, wytynkowane i napojone siarczanem barytu, ażeby para ich nie zwilżała. Rurka doprowadza parę do stoliczka, który po napuszczeniu pary do jego wnętrza, rozgrzewa się w téj chwili; na tym stoliku ogrzewa się kołdry, kompresy i t. p.; stolik jest bardzo mały. Pomysł dezynfekcyi sali za pomocą pary jest amerykański; jest to jeden z najszcześliwszych pomysłów. Sprea zatruwa niepotrzebnie krew kwasem karbolowym, a dla antyseptyki jest niepotrzebną. Przy zastosowaniu pary oczyszcza się gorącym parą i wszystkie jęj zakątki. Para, skraplając się, tworzy deszcz i w ten sposób jeszcze raz powietrze oczyszcza. Nie dziwnego, że w powietrzu potem niezmiernie mało znajduje się bakteryj i to nie chorobotwórczych. Takie urządzenie w projektowanym szpitalu potrzeba przygotować.

Co do innych względów, rzecz się upraszcza, ponieważ nie ma to być sala kliniczna. Sal klinicznych, prócz jednej, nie widziałem dobrych, ze względu na ławki dla studentów, na których i pod którymi co się znajduje, wiedzieć nie można. W niektórych szpitalach angielskich, gdzie dużo lekarzy bywa przy operacyach, widziałem urządzenie godne naśladowania. Mianowicie w beton wbitych jest kilka słupków metalowych połączonych baryerą, poza którą goście wchodzić nie mogą.

Sądzę, że niektóre jeszcze dezyderata będą poruszone przy budowie, na przykład co do okien. U EDER'a, w szpitalu zbudowanym z wielkim nakładem, okna są oprawione, bardzo niesłusznie, w drzewo; szafy są również drewniane.

PRZEWODNICZĄCY. Okna potrzeba myć od czasu do czasu, zwłaszcza dubeltowe, jakie muszą być w naszych szpitalach; ramy więc powinny być w ten sposób urządzone, aby się dały łatwo otwierać i zamykać.

MATLAKOWSKI. Trzeba w tym celu zmienić nasz system, przy którym niemożliwa ilość szyb się tłucze, a wprowadzić okna gilotynowe, jakie są przyjęte w Anglii. Skoro tylko istnieje lufcik, to już szyby w bardzo rozmaity sposób się tłuką.

DOBRZYCKI. Pod względem wentylacji okna gilotynowe są doskonałe, bo mogą zostawić otwór dowolny; na przykład bardzo wązka szczelina może być otwartą przez całą noc.

MATLAKOWSKI. U nas, gdzie są oberlichty, najczęściej nie działają, bo zawiasy są wiecznie zardzewiałe.

CHWAT. Kol **MATLAKOWSKI** zwrócił uwagę, że sala operacyjna musi być połączona z pawilonem, a wypowiedział tę uwagę, jakoby przeciw moim wymaganiom. Jest to nieporozumienie. Konieczność takiego połączenia jest widoczną. Chciałem tylko, aby sala operacyjna nie łączyła się bezpośrednio z salami chorych, lecz za pośrednictwem korytarza długiego i oddzielnego.

JASIŃSKI. Idzie tu nam nie tylko o salę operacyjną, ale o całe urządzenie oddziału chirurgicznego. Trzeba więc pomyśleć o tych wszystkich ubikacjach, które do sali operacyjnej koniecznie należą i razem z nią stanowią całą miejscowość operacyjną. Korytarz, od sali do pawilonu idący, powinien z obu stron mieć okna—dla oświetlenia i wentylacji. Na końcu korytarza powinna się znajdować tylko sala operacyjna, a przy początku nieodzowne dodatki; a więc z jednej strony sala opatrunkowa, w którejby zarazem mieściły się narzędzia; z drugiej strony pokój dla przygotowania materyjałów opatrunkowych i ich przechowania. Tam się przygotowuje gaza jodoformowa i inne materyjały opatrunkowe, tam sterylizuje się opatrunki, oczyszcza gąbki i tym podobnych dokonywa się czynności; pokój musi być idealnie czystym, a więc do innych czynności służyć nie może; narzędziom szkodliwby musiały unosić się w powietrzu pary rozmaitych substancyj. Trzeci konieczny pokój jest to gabinet lekarski, który może być zarazem i pracownią naukową, ale ani opatrunków tam się nie przygotowuje, ani żadnych nie dokonywa się operacyj.

PRZEWODNICZĄCY. Czy materyjałów opatrunkowych nie możnaby przygotowywać przy aptece?

JASIŃSKI. W aptece różne rzeczy się robią, a więc opatrunków przygotowywać tam nie można; wreszcie pracownia opatrunkowa musi być

pod ręką. Obecnie Francuzi za przykładem BERGMAN'a sterylizują tuż przed operacją narzędzia, opatrunki i ubrania lekarzy.

Co do urządzenia ścian, sufitów i podłóg, nie wiem, czy można mieć w Warszawie ten doskonały beton, jaki mają w Wiedniu. Dzisiejsze betony są nie dobre. Najlepszym materyjałem byłby stiuk polerowany, bo jest niezmiernie twardy i gładki. Radziłem się w tym względzie techników i specjalistów; w ogóle uważają stiuk polerowany za najwłaściwszy do tego celu.

PRZEWODNICZĄCY. Nie wiem, czy robiono już posadzki z tego materyjału i czy nie byłoby ślizkie? trzeba by spróbować. Gdzieś widział stiuk taki, przekonywałem się zawsze, że po pewnym czasie tworzą się w nim szczeliny. Szkło byłoby moim zdaniem najlepsze, o czym już mówiliśmy na jednym z poprzednich posiedzeń.

MATLAKOWSKI. Nasze asfalty i betony są niemożliwe, przesiąkliwe i kruche.

JASIŃSKI. Jestem zadowolony z posadzki, jaką mam w swojej sali operacyjnej; składa się ona z kawałków marmuru osadzonych w cemencie, i jest polerowaną. Najidealniejszym materyjałem byłoby szkło przynajmniej dla ścian i sufitów, jeżeli tylko jaka fabryka podejmie się obstalunku.

Chcę jeszcze wspomnieć o kilku innych szczegółach, dotyczących urządzenia sal. Okna muszą być podwójne, już choć dla samych rolet, bo w sali roleta znajdować się nie może, a na ulicy prędkoby się niszczyła. Pierwsze okno powinno być umieszczone na tej samej płaszczyźnie co ściany. Składać się powinny okna z jednej, a najwyżej z dwu szyb, bo złożone ramy tworzą szkodliwe kąty i zasłaniają część światła. Okna mogą się na zawiasach ku górze podnosić. Drzwi od strony sali operacyjnej powinny być koniecznie gładkie, powleczone tym samym, co i ściany materyjałem, bez klucza i dziurki. Ogrzewanie zapewne będzie centralne. Oprócz tego wszakże potrzeba mieć w sali jeszcze oddzielne źródło ciepła. Dla ogrzewania serwet, podkładów, płynów wystarczy stolik, o jakim była mowa, ale dobrze jest mieć pod ręką i piec, czy to dla zagotowania płynów, czy dla sterylizacji. Najpraktyczniejszym może byłby piec gazowy. Sala musi jednak mieć oświetlenie sztuczne, ażeby można herniotomije i trachetomije dokonywać w nocy. Jeżeli oświetlenie będzie gazowe, to już bardzo łatwo o piec.

W sali znajdować się może jedynie stół operacyjny żelazny i stolik podręczny do narzędzi, również żelazny i poruszany na kółkach.

Sala nie powinna się znajdować na piętrze, aby pod nią, oprócz czystej piwnicy, nic nie było. Obecna moja sala operacyjna znajduje się nad apteką, a choć podłoga jest nieprzepuszczalną, bardzo często w sali czuć się daje jod, albo inne substancyje woniejące.

MATLAKOWSKI. Co się tyczy oświetlenia sali operacyjnej, to jedno wielkie weneckie okno w zupełności wystarczy. Nie wszystkie operacje wymagają dużego oświetlenia, przedewszystkiem są to operacje w tchawicy, w krtani, na dnie miednicy u kobiety i w pęcherzu. Oświetlenie górne, czy oświetlenie z 3 stron, nie w tych przypadkach światła nie doda. Sala operacyjna w szpitalu Ś-go Ducha jest jedyną w Warszawie, która posiada oświetlenie górne. To górne okno jest często śniegiem zasypane, a między dachem i szklanym sufitem znajduje się wieczne skład nieczystości. A za to wielka ilość okien przeszkadza dobremu ogrzaniu sali. Najgorszą salą operacyjną jest sala zimna. Dziś, gdy się chorego przy operacji obnaża i zlewa, gdy się otwiera otrzewną i wyciąga kiszki, potrzeba mieć sale gorące. Radzimy dziś sobie w rozmaity sposób, palimy spirytus, gaz, stawiamy miski z gorącą wodą. Sala powinna być w ten sposób urządzona, aby tych pomocniczych sposobów nie było potrzeba. A przystępnie sale, zimne w zimie, są zawsze latem za gorące, bo słońce ze wszystkich stron piecze.

JASIŃSKI. Zlewy powinny być urządzone w ten sposób, aby podłoga miała spadek ku ścianie, wychodzącej na podwórze, gdzie powinno się znajdować kilka szczelnie zamkniętych otworów. W razie potrzeby odmyka się te otwory, a płyn dostaje się do rynny. Rynna nie może stać ciągle otworem, aby wyziewy z podwórza nie przedostawały się do sali.

PRZEWODNICZĄCY. Zamiast zamykania, można rurę odpływową zaopatrzyć w syfon, albo kilka syfonów. Służba już może pamiętać, ażeby w tych syfonach zawsze znajdowała się woda.

JASIŃSKI. Rury powinny być ukryte. Co do irygatorów, jestem ich przeciwnikiem, bo psują one prostotę sali, a płyny za długo w nich się trzymają.

MATLAKOWSKI. Bardzo ważne są przyrządy, służące do mycia rąk, gąbek i tamponów. Najlepsze pod tym względem urządzenia widziałem w szpitalu Ś-go Tomasza. Do mycia rąk służą misy, ustawione wzdłuż ściany i osadzone ruchomo na osi poziomej. Woda doprowadza się z rur i odpływa przez pochylenie misek. Przy myciu gąbek idzie o to, aby płyn nieczysty ciągle odpływał. W tym celu urządzony jest rodzaj wąskiego pochyłego korytka; z kranu wypuszcza się płyn odpowiedni, w strumieniu ciągle wyżymają gąbki, a płyn następnie przez rurę odpływa. Urządzenie to jest najprostsze i najodpowiedniejsze.

JASIŃSKI. W ostatnich czasach zwrócono uwagę, że naczynia, mające służyć do przechowania sublimatu, powinny być ze szkła ciemno-żółtego, bo we wszystkich innych sublimat łatwo się rozkłada. Kwas karbolowy należy przechowywać w naczyniach niebieskich.

Na tém pogiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk.*

Posiedzenie dnia 8 Listopada 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: Natanson.

Obecni członkowie: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, FRITSCHÉ, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT, MAYZEL, PRZEWOSKI, ROGOWICZ i JAKOWSKI.

Goście: CHWAT, GULIŃSKI i KINDERFREUND.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Rozprawy nad specjalnymi potrzebami oddziałów położniczego i ginekologicznego rozpoczęto odczytaniem odpowiednich ustępów protokołu posiedzenia z dnia 21 Czerwca.

GULIŃSKI. Jako zarządzający V-ym przytułkiem położniczym, przeznaczonym dla izraelitek, muszę poprawić błędy w cyfrach, podanych przez kol. ROSENTHALA. Okaże się też dowodnie, że zupełnie błędnem jest zdanie kol. ROSENTHALA, jakoby przytułek nie umiał sobie wyrobić zaufania pomiędzy izraelitkami. Przytułek posiada 3 łóżka etatowe, ale wyjątkowo przyjąć można i 4 rodzącą. Prawie zawsze znajdują się istotnie 4 rodzące, bo przychodzą nieraz w takim okresie, że przyjąć je jestem zmuszony. Pierwszeństwo w przyjęciu mają żydówki, bo przytułek specjalnie dla nich został utworzonym i jedyny ze wszystkich posiada kuchnię koszerną. Ogólna liczba porodów w przytułku w roku zeszłym dosięgała 194; w roku bieżącym do dnia dzisiejszego przyjęto ciężarnych 158; pomiędzy niemi Izraelitek w roku zeszłym było 140, w bieżącym już około 130; była więc liczba ich daleko większą, niż 40 na rok, jak podaje kol. ROSENTHAL. Oprócz tego, bardzo wielu zgłaszającym się odmówić musiałem z powodu braku miejsca. Jakkolwiek notuję ściśle ilu ciężarnym przyjęcia odmówiono i ilu pomiędzy niemi żydówkom, nie mam wszakże liczb w téj chwili pod ręką; mogę tylko powiedzieć, że ilość tych, którym odmówiono, bardzo znacznie przenosi liczbę przyjętych. Widocznem jest dla mnie, że, gdyby przytułek dla żydówek rozporządzał 3 razy większą liczbą łóżek, byłby zawsze pełnym; przybywają do niego z całego prawie kraju niezamężne kobiety, a i zamężnych jest nie mało. Ile razy zgłaszające się ciężarne odsyłam do szpitala, udają się tam bardzo niechętnie. Ta niechęć jest łatwo zrozumiała. Przytułek dla rodzących pod wielu względami jest bardziej pożądanym dla rodzących, niż oddział w szpitalu; przytułek jest bezpłatny, nie wymaga żadnych legitymacyj; pożywienie jest dobre, bo 2 złote dziennie kosztuje na osobę, to jest zapewne więcej, niż w szpitalu; przytułek jest niejako mieszkaniem prywatnem i nie ma przykrego charakteru szpitalnego; wreszcie daleko mniej naraża rodzące na niebezpieczeństwo, bo nie wolno jest przyjmować chorych, a przedewszystkiem chorych na gorączkę połogową. Wogóle obecnie starają się wszędzie usunąć oddziały położnicze ze szpitalów ogólnych. Kiedym niedawno,

podczas zjazdu Lwowskiego, odwiedzał szpital tamtejszy, skarżył się Dr. CZYŻEWICZ, dyrektor oddziału położniczego, że wszystkie szkody, jakim ulegają rodzące, zależą od sąsiedztwa szpitala.

ROGOWICZ. Jesteśmy wdzięczni koledze GULIŃSKIEMU za te dane statystyczne, których nie mogliśmy zebrać, bo nie były drukowane. Za czasów kierownictwa RUBINSTEINA w przytułku, prawie przez przeciąg 3 lat (1882—1884) rodziło ogółem 148 żydówek.

GULIŃSKI. Rozmaite złożyły się na to przyczyny; instytucja była zupełnie świeżą, a stąd mało znaną; miejsce na przytułek było widocznie niewłaściwie obrane i parę razy do roku zakład bywał zamknięty przez parę tygodni.

ROGOWICZ. Przytułek Nr. 5, od samego początku przeznaczonym był wyłącznie dla izraelitek. Dowodzi tego, że i lekarz był izraelitką i akuszerka i kuchnię urządzono koszerłą. Może się w tym przytułku znaleźć czasem chrześcijanka, tak samo, jak izraelitka zabłąka się nieraz do innego szpitala. Przytułek specjalny był potrzebnym ze względu na wielką śmiertelność w szpitalu Starozakonych i celem tego przytułku było właśnie zmniejszenie oddziału położniczego w Szpitalu.

BARANOWSKI. Na porządku dziennym postawiliśmy kwestyję urządzenia oddziału położniczego; tymczasem dyskusja wykazała wątpliwość co do potrzeby, a nawet i odpowiedniości oddziału. Pomijając w tej chwili kwestyję odpowiedniości, należałoby się przekonać, czy, i o ile, zachodzi potrzeba zwiększenia liczby łóżek dla rodzących Izraelitek? Do tej chwili byłem przekonany, że prawie nie ma Izraelitek, rodzących po za domem. Zdawało się przede wszystkim, że bardzo małą jest stosunkowo liczba niezamężnych pomiędzy rodzącymi, że wielkim jest wogóle wstręt do szpitalów i t. p. zakładów, a wreszcie żywa solidarność społeczna i gorąca opieka rodzinna, te tak dodatnie strony w życiu żydów: że to wszystko razem czyni instytucję publiczną dla rodzących żydówek mniej konieczną. I to zdanie bardzo często słyszałem z rozmaitych stron powtarzane. Tymczasem dziś dostarczono nam faktów, które zupełnie czego innego dowodzą i kwestyja inaczej się stawia. Czy więc obecnie, wobec budowy konfesyjnego zakładu dla chorych, ci, co go budują, nie powinni się zająć zbadaniem tej potrzeby i jeżeli się okaże rzeczą niewłaściwą połączyć ten oddział ze szpitalem, czyby nie pomyśleć o nowym przytułku, albo o oddaniu dzisiejszego wyłącznie tym, dla których był przeznaczonym? Przede wszystkim jednak musimy mieć dokładną liczbę żydówek, rodzących po za domem.

GULIŃSKI. Możeby najlepiej było powiększyć istniejący przytułek.

BARANOWSKI. Nie. Wartość przytułku polega w znacznej części na małej liczbie rodzących; skoro łóżek będzie więcej, będzie to już szpital; lepiej daleko urządzić przytułki w różnych miejscach. Wszakże żydzi w Warszawie mieszkają nie tylko w okolicy ulicy Pańskiej.

PRZEWODNICZĄCY. Ma ta kwestycja jeszcze jedną stronę, na którą chciałem zwrócić uwagę. W szpitalu Starozakonnych w Warszawie leczy się daleko więcej mieszkańców niestałych Warszawy i przyjezdnych, aniżeli stałych; tymczasem ciężar kosztów gminnych, a więc i utrzymanie szpitala głównie polega na mieszkańcach stałych. Prawdopodobnie i pomiędzy rodzącymi w przytułku taki sam istnieje stosunek, a liczby byłyby ważne.

GULIŃSKI. Będę mógł dostarczyć tych liczb, bo i miejsce urodzenia i stałego zamieszkania zawsze notuję.

PRZEWODNICZĄCY. Prosimy więc kolegę GULIŃSKIEGO, jako najbliższego stykającego się z tą kwestyją, aby nam dostarczył dokładnych danych, ile w przytułkach wszystkich wogóle rodzi żydówek i ile pomiędzy niemi zamieszkowych.

BARANOWSKI. Nie możemy się zadowolnić statystyką przytułków, ale potrzeba mieć dane i ze szpitala, a tych nam kolega KINDERFREUND łaskawie dostarczy.

PRZEWODNICZĄCY. Co się tyczy oddziału położniczego w nowym gmachu szpitala Starozakonnych, to zdaje się, że wszyscy koledzy zgadzają się, aby go usunąć i tylko dla wyjątków zostawić, jako *malum necessarium*, gdzie i pokój porodowy należy urządzić i potrzebną będzie akuszerka, która wreszcie i niezależnie od oddziału położniczego potrzebną będzie w szpitalu.

FRITSCHIE. Możeby zaznaczyć wyraźnie, że takie jest zdanie komitetu sanitarnego; proponuję głosowanie w tej kwestyi.

PRZEWODNICZĄCY. Stawiam więc pytanie: czy jest odpowiedniem i właściwem urządzenie w szpitalu większego oddziału położniczego, czy też poprzestać należy na małym oddziale rezerwowym dla chorych z innych oddziałów i dla przypadków nagłych?

Wszyscy obecni jednogłośnie oświadczyli się za urządzeniem jedynie oddziału rezerwowego.

III. ROGOWICZ. Doszliśmy więc do przekonania, że oddział położniczy jest niepotrzebny, że przynosiłby szkodę innym oddziałom i sam w gorszych znajdowałby się warunkach, niż przytułek położniczy. A więc i kwestyją, jak ten oddział urządzić, upada. Przechodzę więc do oddziału ginekologicznego. PRZEWODNICZĄCY na poprzedniem posiedzeniu wyraził, że potrzeba ten oddział podzielić na wewnętrzny i zewnętrzny. Mówiąc o wewnętrznych chorobach ginekologicznych, miał PRZEWODNICZĄCY na myśli zapewne choroby położowe; drugi dział, zewnętrzny, składać się będzie z właściwych chorób ginekologicznych. I pod tym względem, ażeby zdecydować, o ile oddział ginekologiczny potrzebnym jest w szpitalu, musimy przedewszystkiem mieć dane, ile jest rocznie w szpitalu chorych z chorobami położowymi.

CHWAT. Nie ulega wątpliwości, że oddział ginekologiczny jest potrzebnym.

ROGOWICZ. Ale idzie o to, na ile łóżek, może kilka wystarczy. Ale kilku łóżek nie można uważać za oddział, potrzebujący osobnego ordynatora. Gdyby chodziło o oddział ginekologiczny zewnętrzny, to nie widzę potrzeby urządzenia takiego oddziału w szpitalu, gdzie ma być łóżek 400. Wielkie operacje ginekologiczne należą do prawdziwej, wielkiej chirurgii. Urządzić oddział dla takich operacji, znaczyłoby to utworzyć drugi, zupełnie równy oddział chirurgiczny z taką samą salą operacyjną i jej przynależnościami. A skoro taki oddział chirurgiczny ma istnieć w szpitalu, to nie widzę powodu, dla którego w tym oddziale wielkich operacji ginekologicznych dokonywaćby nie można. Sądzę wreszcie, że tych operacji coraz mniej będzie się dokonywało. Guzy jajnika nie znajdują się w takiej obfitości i nie wyrastają tak prędko, aby ciągle bogatego materiału operacyjnego dostarczać mogły. Przed dwudziestu kilku laty było w modzie obcinanie szyjki macicznej i w końcu zabrakło tego rodzaju egzemplarzy do operowania; może dla tego, że powycinano całe macice, a może dla tego, że chore staranniej się leczą. Poza temi i tym podobnemi operacjami pozostaje mała chirurgija ginekologiczna. Ale dla tych przypadków nie ma racji budować oddziału. Są to przeważnie cierpienia maciczne, jak katary, owrzodzenia i t. p., wogóle te choroby, które popularnie nazywają się upławami. Przypadki te są bardzo obfite i mogą ogromny oddział zapełnić. Ale byłoby to to samo, co budować oddział dla wrzodów atonicznych. Te przypadki kwalifikują się do ambulatoryjum i ze względów ekonomicznych nie powinny być do szpitala przyjmowane. Jeżeli więc te wszystkie przypadki, które wyliczyłem, odetniemy, to z oddziału ginekologicznego nic nie zostanie i nie widzę potrzeby, aby oddział taki należało urządzić. Szpital Dzieciątka Jezus jest w każdym razie większym od projektowanego szpitala, nad którym radzimy. Przez krótki czas istniał tam oddział ginekologiczny, który następnie zniesiono i dziś nominalnie go nie ma. A jednak jest oddział w szpitalu, który na nazwę ginekologicznego zupełnie zasługuje, jest to oddział chirurgiczny kobiecy. Dzięki ordynatorowi, wykonywa się tam większe i mniejsze operacje ginekologiczne; a jakkolwiek oddział znajduje się w złych warunkach higienicznych, można rezultaty operacji nazwać doskonałemi. Tak samo i w nowym szpitalu można te chore, któreby się do oddziału ginekologicznego kwalifikowały, pomieszczać w chirurgicznym.

KINDERFREUND. Oddział ginekologiczny w dzisiejszym szpitalu Starozakonych ma łóżek 20 i prawie zawsze jest zapełniony; więc dosyć dużo jest kobiet chorych na części rodne. Nie pojmuję, jakabyśmy korzyść odnieśli, pomieszczając te chore w oddziale chirurgicznym; co za różnica dla chorób i dla szpitala, gdzie chora leży? A jednak lekarz, zajmujący się chorobami kobiecemi, ma więcej w tym względzie wiadomości. Bo

rozumując w ten sposób, możnaby znieść wszystkie oddziały specjalne; chorzy na oczy także mogą leżeć i leczyć się w innym oddziale. Lekarz specjalista zna dokładniej te choroby, któremi się zajmuje, ma większą biegłość w badaniu i wykonywaniu rozmaitych manipulacji, a więc i większą korzyść może przynieść chorym. W oddziale ginekologicznym spotykają się takie przypadki, jak rozdarcie krocza, zajęcie cewki moczowej, polipy, przetoki, których leczenia potrzeba się uczyć specjalnie. Wielkie operacje ginekologiczne mogą być istotnie dokonywane w oddziale chirurgicznym.

GULIŃSKI. Nie mogę się zgodzić zupełnie na zapatrywania kolegi ROGOWICZA. Chcąc na wszystkie punkty dowodzenia jego odpowiedzieć, potrzebaby mówić bardzo długo; odpowiem więc tylko na punkty najważniejsze. Pogląd kol. ROGOWICZA różni się stanowczo od tego, który dziś panuje we wszystkich krajach Europy. Zacznę od Moskwy, którą znam najlepiej, bo tam mieszkam długo. Każdy nieco większy szpital, posiada tam oddział ginekologiczny. Tak samo dzieje się w Anglii, we Francji i w Niemczech. Tylko Warszawa, biedna i—przepraszam za wyrażenie—zacfana, oddziałów tych nie posiada. Bo co do tego, że materyjału zbraknie do operacji ginekologicznych, to obawa próżna. Ginekologija, zamiast ciągłego smarowania, wzięła się do zabiegów, które mogą uratować kobietę. Nie wycina się jajników dla jakiegoś widzi mi się, tylko z konieczności, po długich daremnych zabiegach. Amputację szyjki macicznej wykonywa się w Warszawie od niedawna, a trudno to modą nazywać, bo z *metritis chronica* leczy się chora często przez całe życie i innym sposobem nieraz nie może być uleczoną. Co do szpitala Dzieciątka Jezus, bywam od półtora roku w oddziale kolegi MATLAKOWSKIEGO i przez jakiś czas częściowo go zastępowałem; znam więc dobrze materyjał ginekologiczny tego szpitala. Chore ginekologiczne są tam rozrzucone po wszystkich oddziałach i tylko te, które wymagają operacji, przenoszą się do oddziału chirurgicznego. Ale przypadki operacyjne w leczeniu chorób kobiecych obejmują kilka procentów, a wszystkie inne, jak *para* i *perimetritis*, *metrorrhagia*, *oophoritis* i t. d., wymagają umiejętnego leczenia przez specjalistę. Ani terapeuta, ani chirurg, do takiego leczenia się nie weźmie. Często lekarz, na którego oddziale leży chora ginekologiczna, bardzo chętnie wzywa do porady specjalistę. Większe operacje ginekologiczne powinny być właściwie także przez ginekologów dokonywane; a choć chirurg w tych operacjach do świetnej może dojść biegłości, będzie musiał nieraz dla rozpoznania uciec się do pomocy specjalisty. Mam to przekonanie, że na 100 kobiet wogóle jest 25 chorych; między nimi zdarzają się często przypadki ostre, gorączkowe; jak można żądać, aby te wszystkie chore leczyły się ambulatoryjnie? Jest to nielitościwie odmawiać takiej ogromnej ilości chorych koniecznego dla nich oddziału specjalnego. Sądziłbym owszem, że powinniśmy pracować nad tem, aby w każdym szpi-

talu oddział ginekologiczny utworzono; a lekarze specjaliści nawet ofiary powinni by ponosić, aby powstawały szpitale, czy oddziały specjalne, w którychby zajmować się i potrzebnej biegłości nabywać mogli.

ROGOWICZ. Kolega **GULIŃSKI** zanadto uogólnił moje poglądy; nie mówiłem, jak jest w całym świecie, ani nawet, jak powinno być w Warszawie; obradujemy nad tē, jak powinno być w szpitalu urządzonym na 400 łózek dla Starozakonnych w Warszawie. I nie mówiłem jeszcze o tych wewnętrznych chorych ginekologicznych, które ambulatoryjnie leczyć się nie dadzą, bo naturalnie, że chorzy gorączkujący w ambulatoryjum nie powinni się leczyć. Mówiłem tylko o dziale operacyjnym, którego w takim szpitalu urządzać nie potrzeba. Mówiąc o pomieszczaniu chorych ginekologicznych w oddziale chirurgicznym, nie dotknąłem jeszcze kwestyi, jak ten oddział ma być urządzony, czy ma w nim ordynować tylko jeden chirurg, który się boi dotknąć chorych ginekologicznych, czy też ma być dwóch ordynatorów. Jest to kwestyja ekonomii i innych warunków miejscowych. Co się tyczy małej ginekologii, szpital powinien dążyć do tego, aby jak najmniej podobnych przypadków przyjmować; a gdy będzie oddział o 20 łózkach, to już naturalnie będą przyjmowane.

PRZEWODNICZĄCY. Pod względem potrzeby oddziału kwestyja jest dość rozjaśnioną, a kwestyję urządzenia jego odłożyć musimy do przyszłego posiedzenia. Zrobię tylko jeszcze uwagę, że wielką liczbę chorych ginekologicznych można istotnie leczyć ambulatoryjnie.

BARANOWSKI. Idzie nam więc o oddział ginekologiczny, w którym nie będzie się robić laparotomii, ale gdzie potrzeba mieć możność chorą zbadać, przemyć i dokonywać mniejszych operacyj. I dla tych czynności potrzeba pewnych warunków, pewnych urządzeń specjalnych.

Na tē posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie d. 23 Listopada 1888 r.

PREZYDUJĄCY: w zastępstwie **Lubelski**.

Obecni członkowie: **DOBRZYCKI**, **KRAMSZTYK JULJAN**, **KRAMSZTYK ZYGMUNT**, **PRZEWOSKI**, **ROGOWICZ** i **JAKOWSKI**.

O nieobecności zawiadomił: **BARANOWSKI**, **MAYZEL** i **NATANSON**.

Goście: **CHWAT**, **GULIŃSKI**, **NEUGEBAUER FRANCISZEK**, **ROSENTHAL JAKÓB** i **THIEME**.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. **ROSENTHAL**. Chcę usprawiedliwić się z zarzutu nieściśłości, jaki na ostatniem posiedzeniu uczynił mi kol. **GULIŃSKI**. Jeżeli mówię,

że przytułek nie wyrobił sobie zaufania u żydówek, mówiłem to na zasadzie cyfr, ogłoszonych przed 4 laty, bo z następnych lat sprawozdania nie były ogłoszone. Muszę jeszcze sprostować podanie kol. KINDERFREUNDA, co do liczby łóżek w oddziale ginekologicznym. Mam obecnie w oddziale nie 20 łóżek, lecz 12, a właściwie tylko 10. Chorych ambulatoryjnych przyjmuję 2 razy na tydzień; w roku zeszłym leczyło się kobiet 1575, gdy w oddziale leżało 233. Łatwo więc pojąć, że nie przyjmowałem do oddziału tych, które mogły się leczyć ambulatoryjnie.

ROGOWICZ. Jeżeli zgodzimy się w zasadzie, że nie potrzeba urządzać oddziału ginekologicznego w szerokiemi znaczenia, jak go rozumie kol. GULIŃSKI, bo, wobec wzorowo zapewne urządzonego oddziału chirurgicznego, byłoby zbytciem urządzać drugą salę operacyjną, to potrzeba jednak pomieszczenia dla chorych ginekologicznych, wewnętrznych i zewnętrznych. Do wewnętrznych będą należały chore, dotknięte chorobami gorączkowymi organów rodnych, położowego i niepołożowego pochodzenia. Dla tych chorych najodpowiedniejszym będzie pomieszczenie przy oddziale, choć może nie w samym oddziale, chorób wewnętrznych. Do drugiej kategorii należeć będą chore z przetokami, z opadnięciem macicy, rozdarcie kroczu i t. p., które mogą się pomieścić w oddziale chirurgicznym. Mówiąc poprzednio o oddziałach szpitalnych dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych i t. d., myśleliśmy naturalnie zawsze o oddziałach podwójnych, męzkim i żeńskim. Ponieważ szpital ma być urządzonym na 400 łóżek i ma 5 zawierać oddziałów, więc w przybliżeniu każdy oddział obejmować będzie łóżek 80, a jego połowa 40. Dla 80 łóżek warto już i oddzielny pawilon zbudować i urządzić go odpowiednio. Oddział ginekologiczny, biorąc nawet, jako połowiczny, na łóżek 40, byłby z pewnością zbytciem. Sądziłem zawsze, że 10 łóżek wystarczy, a prócz tego istniałyby oddzielnie łóżka rezerwowe dla rodzących. Z tych 10 łóżek połowa znajdowałaby się w oddziale wewnętrznym, połowa w chirurgicznym; łóżka te mieściłyby się naturalnie w dwóch oddzielnych, specjalnych pokojach. Przy sali dla zewnętrznych chorych ginekologicznych musi znajdować się pokój dla załatwiania drobniejszych manipulacji. Lekarz, który będzie miał pod swoim zawiadywaniem 10 łóżek ze specjalnem przeznaczeniem i 2 rezerwowe dla rodzących, musi być naturalnie odpowiednio przygotowanym; potrzebną będzie także stała akuszerka. A więc osobny i duży oddział ginekologiczny jest zbyttecznym. Chore, którym potrzeba będzie dokonać ciężkich operacji ginekologicznych, znajdą pomoc odpowiednią w oddziale chirurgicznym.

NEUGEBAUER. Rozbieramy więc kwestyję podwójną: o ile potrzebnym jest oddział ginekologiczny w szpitalu powszechnym i jak go urządzić? Jakkolwiek szpital, który ma być zbudowanym, nie obchodzi mnie bezpośrednio, uważam za potrzebne powiedzieć słów kilka, mianowicie co do potrzeby oddziału ginekologicznego. Skoro wolno każdemu

człowiekowi przemawiać *pro domo sua*, to i ginekologom wolno we własnej sprawie wystąpić. Jest to wstydem po prostu, że ginekologija w Warszawie tak podrzędne zajmuje stanowisko i że dziś mogła powstać kwestyja co do potrzeby oddziału ginekologicznego. Kiedy MARION SIMS w Nowym Jorku zażądał oddzielnego szpitala dla chorób kobiecych, taki sam spór gorący powstał; a skoro nareszcie szpital żądany stanął, przy otwarciu jego powiedziano SIMSOWI: oto masz budynek, masz pieniądze na utrzymanie, ale zkad weźmiesz chore? Wnet się pokazało, że nie było obawy; po roku szpital okazał się zbyt szczupłym. I prawdziwe łóżysko, zkad wyrosła nowoczesna ginekologija, to nie stara, zacofana Europa, ale młoda Ameryka. Dziś już cała Europa przyjęła naukę z Ameryki, wszędzie rozwija się specyjalność, budują dla niej osobne szpitale i oddziały. A u nas cóż się dzieje? Skoro na oddział zasłużonego ginekologa przybywa chora dla owariotomii, musi ją odesłać do chirurga. Laparotomije zostały wprowadzone do ginekologii, jak o nowa metoda leczenia chorób ginekologicznych, a więc specyjaliści muszą sobie tę metodę przyswoić. O ile śmiesznem by dziś było zabronić okulistom operowania katarakty, irydektomii, a ograniczyć ich tylko do leczenia katarów łącznicy, nieprawidłowości optycznych i t. d., o tyle niewłaściwym i anachronicznym byłby oddział ginekologiczny bez operacyj. Ale chcę uwydatnić potrzebę oddziału specjalnego z bardziej ogólnego stanowiska. Kręciłem się po wewnętrznych oddziałach rozmaitych szpitalów Warszawskich i twierdzę stanowczo, że dużo na tych oddziałach leży chorych ginekologicznych, które niewłaściwie są leczone. Często chora przez czas długi leczy się bez pożytku rozmaitemi środkami wewnętrznemi; skoro ginekolog zostanie wezwany, zbada dopiero chorą i wyleczy. Ordynatorowie oddziałów wewnętrznych nie mają dostatecznej wprawy w badaniu ginekologicznem i rzecz dziwna, badanie takie uważa się na tych oddziałach prawie za rzecz nieprzyzwoitą. Gdyby te chore pomieścić w osobnym oddziale i powierzyć specyjaliście, zyskałyby na tém niezmiernie i chore i lekarz. Każdy młody lekarz ginekolog w podobnych warunkach starałby się wydoskonalić i oddział na odpowiedniej stopie postawić, do czego pechać go musi i zapał do nauki i chęć wyrobienia sobie imienia. Co do obawy, że torbieli jajnika nie starczy na operatorów, łatwo okazać, że jest nieuzasadnioną. Na 100 kobiet 5 choruje na torbiel, więc materiału nigdy nie zbraknie. Drugą po za torbielami chorobą, która wymaga dobrze urządzonego oddziału ginekologicznego, jest rak macicy, choroba bardzo rozpowszechniona. Czyż mało kobiet leczy się na „nerwy“, czy na co innego, a po długim dopiero leczeniu, pokazuje się, że cierpią na raka. Chirurg nie zawsze dobrze rozpoznaje choroby maciczne. Czyż mało dokonano owariotomij, gdzie się okazała ciąża zewnątrzmaciczna, a nawet maciczna? Więc oddział ginekologiczny jest potrzebnym i operować na nim potrzeba. Gdyby mi

dano oddział, w którym nie można dokonywać operacji, tobym go nie przyjął. I jeżeli ma być oddział niech będzie urządzonym nie na 5 łóżek. Pomiędzy pacjentkami szpitala Starozakonnych dużo jest z przetokami; chore takie leżąc muszą w szpitalu przynajmniej przez 6 tygodni, często po parę miesięcy, albo nawet i przez cały rok; a więc 5 chorych z przetokami zamyka oddział. Jeżeli szpital ma być urządzonym na 400 chorych, to ginekologiczny oddział powinien obejmować przynajmniej 20 i należy urządzić go należyte, postawić na stopie odpowiedniej. O brak materyjału nie ma się co lękać. CIVIAL urządził oddział bardzo specjalny, bo dla kamieni pęcherzowych; wywołało to taką samą walkę i pokazało się, że CIVIAL miał słuszość. Cóż zrobił GUYON z tej specjalności?

THIEME. Podzielać w zupełności zdanie kolegów GULIŃSKIEGO i NEUGEBAUERA. Mówimy o budowie szpitala powszechnego i dosyć dużego, bo na 400 chorych; chorobom ginekologicznym potrzeba w tym szpitalu wyznaczyć odpowiednie i nieszczupłe miejsce, bo materyjał operacyjny ginekologiczny jest bardzo bogaty w Warszawie. Kiedym rozpoczął praktykę w Warszawie, rzadko który lekarz podejmował się operacji ginekologicznych; obecnie ginekologija staje się coraz bardziej specjalnością operacyjną; operacje krwawe, wyskrobywanie, wypalanie Paquelinem wykonywamy coraz częściej, coraz śmielej i z coraz większym pożytkiem dla chorych. Kiedym przez 3 lata pełnił obowiązki asystenta w klinice położniczej, nie było tygodnia, abym przez ordynatorów szpitala Dzieciątka Jezus nie był wzywany o poradę do chorób ginekologicznych. I widziałem przy tej sposobności nieraz dziwne kuracje. Chora z długotrwałym krwotokiem macicznym dostawała się na oddział wewnętrzny i przez czas długi leczoną była eliksirem HALLER'a, sporyszem, bez skutku; przy badaniu znajdowałem polipa, nierozpoznanego naturalnie, bo ordynator nie był specjalistą. Resztki łożyska ogniłego, albo jaja płodowego nieraz w tych przypadkach wydobywałem. Nie ulega więc chyba dyskusji, że oddział ginekologiczny jest potrzebnym.

ROGOWICZ. Wszakże mówimy tylko o tém, jak go urządzić.

THIEME. Dla czegoż np. *parametritis* i inne choroby, które kolega ROGOWICZ zaliczył do „wewnętrznych“ nie mają być pomieszczone we właściwym oddziale ginekologicznym i dla czego ten oddział nie ma być przygotowanym do wielkich operacji? Potrzeba ostatecznie postawić ginekologię w Warszawie na przynależnym jej stanowisku, bo coś będzie znaczył ginekolog akuszer, który najważniejszych operacji nie będzie umiał i których nie będzie mu wolno wykonywać. Ograniczenie specjalistów do jakiejś „małej ginekologii“ i sama ta nazwa jest po prostu ubliżającą. Potrzeba więc oddać ginekologii 20 łóżek; wszystkie sale powinny być razem i jeden stanowić oddział, a oddział musi być urządzony zupełnie i posiadać salę operacyjną. Nie przeczę, że chirurgowie mają wielką biegłość w wykonywaniu operacji ginekologicznych, ale nie dokonywają

operacyj bez zwołania na naradę ginekologów. Wreszcie, w Pradze Czeskiej na przykład, w szpitalu powszechnym istnieją dwa oddziały: chirurgiczny i ginekologiczny; i na jednym i na drugim dokonywa się owaryotomij.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Kol. NEUGEBAUER stawia kwestyję w ten sposób, że ginekolog leczy choroby kobiece; skoro nowa metoda do leczenia tych chorób została wprowadzona, wykonywanie jej należy słusznie do ginekologa. Taka zasada nie da się przeprowadzić konsekwentnie. Nie anatomiczne położenie przyrządów stanowi właściwą podstawę specjalności, tylko manipulacje, potrzebne dla badania i leczenia; bo patologia różnych przyrządów jest w gruncie tą samą. A najtrudniejsze niewątpliwie, jako manipulacje, są wielkie operacje, bo chirurg potrzebuje najwięcej przytomności umysłu, zimnej krwi, biegłości ręcznej, wiadomości, przygotowanych odpowiednio pomocników. Gdyby tę zasadę, jaką kol. NEUGEBAUER wygłosił, wszędzie stosować, to operacje na żołądku i kiszki wykonywaliby tylko specjaliści dla chorób żołądkowych. Chirurg zapewne mniej dobrze zoperuje polipa krtani, albo wyskrobie wrzody grzlicze, niż laryngolog, ale tracheotomije i wyluszczenia krtani wykonywają chirurdowie. Dla operacji katarakty potrzeba zapewne specjalnej wprawy i może ręki nieprzywykłej do ciężkich narzędzi, ale większych operacyj plastycznych na powiekach, albo wyluszczenia nowotworów z oczodołu nie robię nigdy bez pomocy chirurga, a jeszcze chętniej takich chorych do oddziału chirurgicznego przenoszę. Tak samo i z ginekologią. Zapewne, ginekolog może być uzdolnionym w wykonywaniu tych operacyj, ale chirurg musi umieć je robić. Jeżeli więc chirurgiczny oddział w szpitalu się znajduje, to, chociaż w oddziale ginekologicznym nie będzie można dokonywać laparotomij, każda chora znajdzie pomoc odpowiednią. Prawda, że ważnem zadaniem szpitala jest dać możność wyrobienia się największej liczbie lekarzy, ale jest to zadanie w każdym razie drugorzędne, i kol. ROGOWICZ ze względów ekonomicznych tego zadania nie uwzględnił. Tylko w rozdzieleniu i rozproszeniu oddziału na 3 części widzę wielką niedogodność, a żadnej korzyści.

GULIŃSKI. Kol. THIEME potwierdza to, com powiedział o szpitalu Dzieciątka Jezus. Dodam do dyskusyi to tylko, że jeżeli nie urządzimy oddziału ginekologicznego i nie damy specjalistom możności należytego wyrobienia się, to wszystkie chore będą zmuszone wyjeżdżać za granicę, jak dziś wyjeżdżają bogatsze.

Na zeszłym posiedzeniu zobowiązałem się dostarczyć cyfr statystycznych z przytułków. Otóż co do innych przytułków nie udało mi się jeszcze zebrać danych, ale żydówek rodziło tam zaledwie po kilka na rok. Składał tutaj

**Wyciąg z dziennika porców przytułku położniczego miejskiego
Nr. 5 (dla izraelitek).**

Przyjęto ciężarnych.	Żydówek.	Chrześc- janek.	Wogóle.	Nieprzyjętych z powodu bra- ku miejsca.	Uwagi.
W roku 1882	4	2	6	140	Pomiędzy té- mi żydówek mniej więcej połowa.
„ 1883	60	41	101		
„ 1884	60	55	115		
„ 1885	81	90	171	60	
„ 1886	70	73	143	120	
„ 1887	85	100	185	147	
do d. 22/XI r. 1888	74	81	155	204	
Wogóle . .	434	442	876	671	

ROGOWICZ. Jeżeli oddział ginekologiczny urządzony będzie w ten sposób, jakim zaproponował, to już to największe zło, o jakim koledzy mówili, to jest niewłaściwe pomieszczanie chorych w innych oddziałach i błędne rozpoznania i leczenia przez niespecyjalistów, nie będzie miało miejsca. Skoro będzie 10 łózek dla tych chorych i ginekolog w szpitalu, to już lekarz dyżurny, czy miejscowy, będzie wiedział, gdzie chore pomieścić. A więc wszystkie chore ginekologiczne znajdą pomoc odpowiednią, czy w specjalnym, czy w chirurgicznym oddziale. Gdybyśmy mówili o szpitalu na tysiące chorych, to możnaby się zgodzić na duży i we wszystko uposażony oddział ginekologiczny.

THIEME. Chciałbym się dowiedzieć od kol. ROSENTHALA, czy w dzisiejszym szpitalu Starozakonnych oddział ginekologiczny, który ma łózek 10, jest ciągle zapełniony?

ROSENTHAL. Prawie ciągle zajętych jest łózek 17, bo zawsze kilka chorych z chorobami ginekologicznymi znajduje się w oddziale wewnętrznym, gdzie mam też salę. Nie będę rozbierał poglądu kol. ROGOWICZA, bo powtórzyłbym tylko głosy poprzednie. Zwrócę tylko na to uwagę, że podział chorych ginekologicznych na wewnętrzne i zewnętrzne nie da się

ściśle przeprowadzić. Chora naprzykład z *parametritis* przyjętą będzie do oddziału wewnętrznego, a w czasie leczenia może zajść potrzeba zrobienia operacji, a więc i przeniesienia chorą do oddziału zewnętrznego. Sądę też, że 20 łóżek nie byłoby wcale za wiele w oddziale ginekologicznym, jeżeli zważywszy, jak bardzo te choroby są rozpowszechnione między żydówkami i jak starannie pacjentki się leczą. Nie należy też odmawiać oddziałowi sali operacyjnej, a tém samém zabraniać ordynatorom robienia większych operacji; nie można wogóle rozdzielać operacji pomiędzy chirurga i ginekologa; każdy ma prawo robić te operacje, do jakich zdolnym się czuje.

ROGOWICZ. Ginekolog ma mieć 5 łóżek przy oddziale chirurgicznym; może więc robić wszelkie operacje, tylko będzie korzystał ze wspólnej sali operacyjnej.

ROSENTHAL. Jest to stosunek bardzo niedogodny; a jeszcze większa niewygodą, gdy ordynator ma łóżka w 3 miejscach rozrzucone i nigdzie nie jest panem u siebie. Jeżeli oddział ma istnieć, powinien mieć wszystko, co do niego należy i sale muszą być w jednym miejscu połączone; słowem, powinien być to oddział odrębny i zupełny.

CHWAT. Wobec dzisiejszych wymagań nie można pojąć oddziału, w którym mają być dokonywane operacje, bez odpowiedniej sali, narzędzi i wszelkich potrzebnych urządzeń. Jeżeli ginekolog ma korzystać ze wspólnej sali z chirurgiem, to bardzo często muszą wynikać niedogodności, bo jeden na drugiego będzie czekał z operacją. I czy można naprzykład po herniotomii, połączonej z zeszcyciem kiszek, wziąć się bezpośrednio i w tej samej sali do laparotomii? Dziwię się tej oszczędności w urządzaniu sal operacyjnych, skoro gdzieindziej jeden oddział ma często po kilka, aż do 5 sal.

PRZEWOSKI. Zdaje się, że dyskusja dostatecznie sprawę rozjaśniła. Jeżeli była mowa o niekompletnym urządzeniu oddziału ginekologicznego, to tylko ze względów ekonomicznych. Ale kiedy słyszymy, że inne szpitale mają tych sal daleko więcej, to 2 w szpitalu nie będą zbytkiem. Wreszcie w każdym razie ginekolog często będzie musiał operować, a wobec antyseptyki nie wolno brać noża do ręki bez wielu przygotowań i urządzeń, które trudno mieć po za salą operacyjną. Idzie teraz tylko oto, czy oddział ginekologiczny nie ma jakich wymagań specjalnych, różnych, niż dla oddziału chirurgicznego.

ROSENTHAL. Różnice istnieją tylko w urządzeniu wewnętrznym, w budowie żadnych odmiennych żądań nie ma.

LUBELSKI. Nie zupełnie podzielam zdanie kol. ROSENTHALA. Sądziłbym, że w oddziale ginekologicznym potrzeba na każde łóżko większej przestrzeni kubicznej ze względu na wyziewy, jakie z tych chorych często się wydzielają.

NEUGEBAUER. Tak bywało; ale dziś, jeżeli czuć jaki zapach w oddziale ginekologicznym, to chyba jodoformu, albo kwasu karbolowego.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk*.

Posiedzenie dnia 29 Listopada 1888 roku.

PREZYDUJĄCY: **Natanson**.

Obecni członkowie: BARANOWSKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK JULJAN, KRAMSZTYK ZYGMUNT, LUBELSKI, MARKIEWICZ, MAYZEL, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

Goście: CHWAT, KAMOCKI, NEUGEBAUER, PRZYBYLSKI i ROSENTHAL.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęte.

II. Rozprawy nad specjalnemi potrzebami oddziału ocznego rozpoczęto od odczytania odpowiedniej części protokołu posiedzenia z dnia 21-go Czerwca r. b.

KAMOCKI. Możeby praktyczniej było gabinet, o jakim mówi referat, rozdzielić na 2 części; w jednym pokoju odbywałoby się przyjęcie chorych, w drugim rozstawione byłyby przyrządy do badania. Są to przyrządy kosztowne, a przy wielkiej liczbie chorych ambulatoryjnych łatwo o szkodę.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Będzie to wewnętrzny gabinet oddziału i chorzy ambulatoryjni nie będą tu przyjmowani; ale w każdym razie byłoby wygodniej mieć dwa pomieszczenia; w jednym odbywałoby się zwykłe przyjmowanie chorych, w drugim specjalne badanie czynności oczu.

PRZEWODNICZĄCY. Jakie mają być rozmiary oddziału ocznego w projektowanym szpitalu?

KRAMSZTYK ZYGMUNT. W oddziale ocznym dzisiejszego szpitala Starozakonnych leżało w roku 1885—233 chorych, w 1886—242, w 1887—254, w 1888—291. Dla tych chorych oddział ma łóżek 22. Bywają okresy, mianowicie świąteczne, gdzie pozostaje parę łóżek niezajętych, zresztą oddział zawsze bywa przepełniony, a bardzo często brak jest miejsca dla chorego, który koniecznie musi leżeć w szpitalu. Jest to więc liczba łóżek zbyt mała, ale sędzę, że 30 albo trzydzieści i parę wystarczy.

KAMOCKI. I oddział z 40 łóżek byłby zawsze zapełnionym.

PRZEWODNICZĄCY. Zapełnić by można i 100 łóżek, bo chorzy na oczy woleliby bardzo często leżeć w szpitalu, ale musimy ograniczyć się tylko do koniecznego minimum. Gmina Warszawska Starozakonnych

ponosi ciężar cały utrzymania szpitala, a większość chorych stanowią t. z. niestali mieszkańcy i przyjezdni. Pomimo podniesienia opłaty szpitalnej, chory więcej kosztuje, niż płaci, a bardzo często należnych kosztów za leczenie obcych chorych od gmin ściągnąć nie można. Utrzymanie nowego szpitala będzie w każdym razie kosztowniejsze, a zbyt wielka liczba łóżek byłaby ciężarem nie do wytrzymania.

CHWAT. Od czasu zwłaszcza rozwoju sieci kolejowej coraz więcej chorych obcych przyjeżdża do Warszawy, a nie przyjmować ich niepodobna. Wynika ztąd z jednej strony brak miejsca często dla chorych miejscowych, dla których gmina przedewszystkiem swój szpital utrzymuje, a z drugiej strony coraz bardziej powiększa się niedobór finansowy.

NEUGEBAUER. W niektórych miastach niemieckich, w szkołach utrzymywanych przez miasta, uczniowie obcy płacą 3 razy więcej, aniżeli dzieci obywateli miejskich; jest to zupełnie sprawiedliwy stosunek, bo obywatele miejscy na utrzymanie szkoły płacą podatek; można by w ten sam sposób za leczenie w szpitalu chorych obcych żądać większej zapłaty.

PRZYBYLSKI. W projekcie oddziału, jaki nam odczytano, jest mowa o pokojach oddzielnych dla chorych zamożniejszych. Zajmując się przez jakiś czas prywatnie w Instytucie Oftalmicznym, przekonałem się, że pokoiki są zupełnie nieodpowiednie; wątpię, czy zakład jakiś zysk ma na tych pokojach; zdają mi się, że chyba bardzo mały. Chorzy zamożni, leczący się w pokojach, wyzyskują tylko instytucję i pracę lekarza. Za granicą istnieje bardzo wiele klinik prywatnych; u nas, z powodu konkurencji z pokojami szpitalnemi, klinika prywatna nie może się utrzymać.

KAMOCKI. W Instytucie Oftalmicznym chorzy w pokojach oddzielnych płacą dziennie rs. 1 kop. 20. Ponieważ chorzy na salach ogólnych płacą tylko po 30 kop., więc mały zysk z pokojów obraca się na wyrównanie kosztów.

ROSENTHAL. W szpitalu Ś-go Ducha chorzy w pokojach oddzielnych płacą 1 rs. 50 kop., w Baraku Czerwonego Krzyża po 3 ruble, a w Warszawskim domu Zdrowia płacą po 3 do 5 rubli, nie licząc najczęściej kosztów kuracji.

DOBRZYCKI. Z naszego osobistego stanowiska te wszystkie udogodnienia musimy uważać za ułatwienie wyzysku. Gdyby chory płacił po 10 złotych, gdyby szpital coś przy tém zyskiwał, to lekarz zawsze będzie wyzyskanym. Bardzo znaczny procent swojej pracy łożą lekarze bezinteresownie na biednych. Urządzając pokoiki oddzielne w szpitalach, jeszcze bardziej wyzysk ułatwiamy i już nie biednym, ale zamożniejszym. Dziwna rzecz, że w Warszawie domy Zdrowia nie mogą się utrzymać, choć wielu chorych daleko więcej płaci, lecząc się po hotelach. Nie głosowałbym za urządzeniem pokojów oddzielnych.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Gdyby istniała w Warszawie klinika prywatna dla chorych na oczy, to można by usunąć pokoiki oddzielne ze

szpitalów; ale potrzeba wszakże miejsca, w którymby i zamożni, potrzebujący operacji ocznych, znaleźli odpowiednie wygody. Co do wyzysku pracy lekarskiej, to lekarz mógłby od zamożnych w pokoikach żądać zapłaty oddzielnej.

KAMOCKI. Ale ta kwestyja powinna być raz jasno i otwarcie postawioną. Bo w Instytucie często w pokoikach leżą bardzo zamożni ludzie i, przebywszy czas dla operacyi potrzebny, płacą kilkanaście rubli, przekonani, że uregulowali w ten sposób wszystkie rachunki z Instytutem i lekarzem.

PRZYBYLSKI. Gdyby zapłatę za leczenie w pokoikach postawił jako zasadę, znaczyłoby to urządzać prywatną klinikę w publicznym zakładzie, czego zrobić nie można.

KAMOCKI. Szpital ma pewne obowiązki względem swoich ordynatorów, którym nic, albo prawie nic, nie płaci. Taki mały zakład prywatny w szpitalu byłby słusznym dla lekarza wynagrodzeniem za jego pracę bezpłatną.

NEUGEBAUER. Za granicą taki stosunek oddzielnych pokoików do lekarza jest wszędzie przeprowadzony.

PRZEWODNICZĄCY. Zdaje mi się, że zasada taka nie dałaby się pogodzić z naszą ustawą szpitalną.

KAMOCKI. W takim razie potrzeba przynajmniej wysoką cenę naznaczyć za leczenie w pokoikach oddzielnych, aby lekarz wiedział, że ofiarę ze swjej pracy przynosi szpitalowi, a nie bogatemu choremu.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Potrzeba na tę sprawę spojrzeć i z innego stanowiska. Jest pewna liczba chorych, zarówno miejscowych, jak przybyłych, którym trudno leżeć na salach ogólnych i którzy dużych kosztów ponosić nie mogą; w znacznej części do klasy téj należy inteligencyja, dla której pokoiki zrobić już warto. Usuwając pokoiki i zmniejszając liczbę łóżek dla przyjezdnych na salach ogólnych, utrudniamy obcym leczenie się w Warszawie, co nie może być naszym zamiarem. Warszawa ma dziś jeszcze pod względem lekarskim znaczenie ważnego punktu centralnego na szeroką przestrzeń kraju. Znaczenie to zawdzięcza nasze miasto przede wszystkim osobistej sławie profesorów i znakomitych lekarzy, ale i szpital Starozakonnych do pewnego stopnia posiada siłę przyciągającą. Skoro przyjmowanie obcych zbyt w szpitalu utrudnimy, zmusimy zamożnych, a nawet i biednych, do wyjazdu za granicę, gdzie daleko łatwiej dostać się można do szpitala. A przyznaję, że stokroć wolę, aby nas chorzy wyzyskiwali w Warszawie, niżby mieli leczyć się za granicą, nawet nie wyzyskując lekarzy.

PRZEWODNICZĄCY. W projekcie oddziału wyrażono żądanie, aby sale dla operowanych były pomieszczone tuż obok sali operacyjnej. To żądanie może napotkać na pewne trudności architektoniczne. Jeżeli cho-

regu przesuwac będą na fotelu z kółkami, to można go już trochę dalej przesunąć bez szkody.

PRZYBYLSKI. Nawet ze względów antyseptycznych nie jest właściwem, aby sala operacyjna bezpośrednio komunikowała z salami dla chorych.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Słusznie; byłoby już błędem w sali operacyjnej umieścić troje drzwi. W projekcie szło mi więcej o to, aby operowani oddzielnie byli pomieszczeni.

PRZYBYLSKI. W referacie jest mowa tylko o niektórych częściach składowych oddziału, a obraz całości nie został przedstawiony. Tymczasem zbudowanie oddziału ocznego jest trudnem ze względu na potrzebę wielkiej segregacji. Do szpitala przyjmowani są chorzy, wymagający operacji, chorzy dotknięci chorobami zaraźliwymi i niezaraźliwymi. Pomiedzy operowanymi mogą się zdarzyć przypadki zakażenia: *panophthalmitis*, róża i t. p.; takich chorych potrzeba umieścić osobno. Prócz tego chorzy operowani nie wszyscy ciemnego pokoju wymagają, a więc, niezależnie od przypadków zakaźnych, potrzeba 2 pokoiów dla operowanych. Pomiedzy chorymi na zaraźliwe cierpienia łącznicy, potrzeba koniecznie oddzielić dyfteryt i śluzotok od jaglicy. Mamy już w ten sposób 5 pokoiów. Szósty będzie dla chorych z chorobami zaraźliwymi nie łącznicy, lecz rogówki, mianowicie *ulcus serpens*. Wreszcie chorzy z chorobami niezaraźliwymi i niepotrzebujący operacji, którzy jednak leczyć się powinni w szpitalu, mianowicie dotknięci zapaleniem tęczy, siatkówki i t. p., muszą być pomieszczeni w pokoju oddzielnym. Ponieważ te sale muszą być podwójne, męskie i żeńskie, więc wraz z salą operacyjną i gabinetem, przynajmniej 16 oddzielnych pokoiów potrzebować będzie oddział oczny.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Przed paru laty na żądanie p. Inspektora szpitalów Warszawskich opisałem stan mojego oddziału, a poprzedziłem go dla porównania opisem oddziału wzorowego. Wówczas uwzględniłem zdanie kol. PRZYBYLSKIEGO, a mianowicie potrzebę oddzielnego pokoju dla tych chorych, którzy po operacji ulegli zakażeniu. Ponieważ jednak w ciągu dwóch lat ostatnich nie widziałem ani razu tego rodzaju powikłań, czy to po operacjach na gałce, czy też na powiekach, dla tego o oddzielnym dla tych powikłań pokoju nie wspominałem. Pojmuję zupełnie, że *panophthalmitis* zdarzyć się może, ale będzie to rzadki wypadek i przeniesieć będzie można chorego do pokoju oddzielnego dla zaraźliwych, mianowicie dla dyfterytycznych, przeznaczonego, bo wszakże dyfteryt nie często się zdarza. Co się tyczy wrzodu pełzającego rogówki, nie sędzę, aby to cierpienie mogło się udzielić sąsiadom, zwłaszcza, że oko zawsze jest zabandażowane. Nie zdaje mi się nawet, aby chory na jaglicę dla sąsiadów swoich bardzo był niebezpiecznym. W moim oddziale znajdują się tylko 2 sale: jedna dla kobiet, druga dla mężczyzn. Przypominam sobie w ciągu lat 9 zaledwie dwóch chorych, którzy przybyli do szpitala bez jaglicy i tu

zachorowali. Nie przeczę wszakże, że chorych z jaglicą potrzeba umieścić oddzielnie, ale, ponieważ postanowiliśmy urządzić w szpitalu tylko niewielkie sale, po 2, 4 albo 6 łóżek, więc można swobodnie segregować chorych, stosownie do chwilowego materiału, nie nadając już z góry salom pewnego, ściśle określonego, przeznaczenia. Po najbardziej zaraźliwej chorobie można salę oczyścić zupełnie.

KAMOCKI. Nie sędzę, aby potrzeba było dla operowanych dwóch sal oddzielnych, ciemnej i jasnej. Nie wszyscy są przekonani o tém, aby ciemność była koniecznym warunkiem dla chorych, którym większej operacyi na oczach dokonano; w klinice **JAEGER'a** ciemnych pokojów nie było wcale. Wreszcie i ci operowani, dla których kol. **PRZYBYLSKI** żąda pokoju niezasłoniętego, muszą leżeć w łóżku i czytać im nie wolno; niewielką więc im krzywdę wyrządzimy, umieszczając ich w pokoju ciemnym, témbardziej, że nie idzie tu o ciemność zupełną; półcień w każdym razie wystarczy.

PRZEWODNICZĄCY. Czy nie możnaby robić operacyj ocznych na sali operacyjnej chirurgicznej? Według zasad dzisiejszych salę operacyjną dezynfekuje się po każdej operacyi, a skoro po takiem oczyszczeniu można się wziąć znowu do operacyi chirurgicznej, to można tak samo i do ocznej. Kobię to zastrzeżenie z tego względu, że oddział na 30 chorych w osobnym budynku byłby zbyt kosztownym; można więc chorych na oczy pomieścić oddzielnie, ale we wspólnym pawilonie; korzystać oni mogą z téj samej, co i chirurgiczni, sali operacyjnej. Sale takie są bardzo kosztowne i lepiej mniejszą liczbę ich przygotować, byle wszystkim warunkom zadosyć czyniły. Lekarze mogą się porozumieć i każdy o innej godzinie może mieć salę do rozporządzenia; operacyja katarakty nie jest wreszcie nagłącą i można ją w danym razie bez szkody na inny dzień odłożyć.

PRZYBYLSKI. Nie wiem, o ile dezynfekcyja zdolna jest usunąć z sali operacyjnej zarazki, powodujące ropienie; zdaje mi się, że nie może. W najlepiej urządzonych szpitalach doraźne zagojenie ran nie zawsze się udaje. Możemy przypuścić, że w wielu podobnych przypadkach szkodliwa infekcyja udzieliła się ranie podczas samego aktu operacyi w sali operacyjnej. Dla chirurga małe ropienie z rany nie będzie miało wpływu szkodliwego i nie będzie prawie uważanem za powikłanie; ale w naszych operacyjach, jeżeli *prima intentio* się nie udała, to oko przepadło. W sali, gdzie operacyje ze sprawami ropnemi mają do czynienia, oczu operować nie można.

PRZEWODNICZĄCY. Słyszeliśmy przed chwilą, że w dzisiejszym szpitalu Starozakonnych, przy najgorszych warunkach, operacyje oczne przebiegają pomyślnie.

CHWAT. Warunki dla operacyi w dzisiejszym szpitalu nie są jeszcze najgorszemi, bo istnieje oddzielna, choć niewielka, sala operacyjna; sędzę, że na wspólnę z chirurgiem sali, gdzie często ze sprawami ropnemi ma się

do czynienia, warunki i wyniki operacji byłyby gorsze. Prócz tego wszakże połączenie takie jest niemożliwem ze względów praktycznych. W dzisiejszym szpitalu Starozakonnych oddział chirurgiczny ma dwóch ordynatorów, a tylko jedną salę operacyjną. Jakkolwiek wizyty lekarskie powinny się odbywać o jednej godzinie, zmieniliśmy te godziny w dni operacyjne; pomimo to ciągle i wielkie mamy niewygody. Czasu operacji nigdy ściśle ograniczyć nie można; czasem operacja, która powinna trwać pół godziny, z powodu powikłań do dwóch godzin się przeciąga. I naprawdę nieraz czekać trzeba długo z tracheotomią, wśród objawów, które na czekanie nie pozwalają. Więc jeżeli oddział ma dwóch ordynatorów, to każdy z nich powinien mieć salę oddzielną, a coś dopiero ordynatorowie różnych oddziałów?

BARANOWSKI. Dodam jeszcze, że dezynfekcja, która jedną operację od drugiej oddziela, także pewnego czasu wymaga. Ponieważ w szpitalu, o którym mówimy, dużo operacji będzie się odbywało, a więc i na dezynfekcję dużo czasu upłynie. Już te względy wobec krótkości dnia u nas, czynią projekt PRZEWODNICZĄCEGO niewykonalnym.

PRZEWOSKI. Słusznem jest, aby każdy chirurg miał swoją oddzielną salę operacyjną, bo na tym punkcie chirurgowie są najbardziej drażliwi. Każdy ma swój sposób dezynfekcji i jeżeli jest pedantem, to nikogo obcego do sali nie wpuści. Sala operacyjna jest do pewnego stopnia właściwością chirurga i powinna się znajdować pod jego wyłącznym zarządem.

NEUGEBAUER. SCHRÖDER miał 3 sale operacyjne: dla rakowatych, dla mniejszych operacji i dla laparotomij. Sala ostatnia była zamknięta; jeden klucz znajdował się w rękach SCHRÖDER'a, drugi u posługaczki; bez profesora albo posługaczki nikt nie mógł wejść do sali. Kto był przypuszczonym do operacji, musiał się tego dnia wykapać i nie wolno mu się było dotknąć niczego. Świetne rezultaty dowiodły, że ta pedanterya była uzasadnioną.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Operacje oczne potrzebują odmiennego stołu, niż chirurgiczne; gdybyśmy więc za zasadę przyjęli wspólną salę, to musiałyby tam znajdować się 2 stoły, co się sprzeciwia zasadzie, aby jaknajmniej przedmiotów znajdowało się na sali operacyjnej. Ale daleko ważniejszym jest wzgląd na czas. W oddziale ocznym robi się więcej operacji, niż w chirurgicznym; a odkładać ich w razie, gdy sala operacyjna będzie zajęta, nie można, bo by się tyle nagromadzało zaległości, żeby je trudno było załatwić. Gdyby lekarz całą dobę spędzał w szpitalu, to mógłby zapewne uchwycić odpowiednią chwilę; ale jeżeli wizyta trwa 3 godziny, to już lekarz dużo swego czasu szpitalowi poświęca; tracić godziny na czekanie byłoby niepodobieństwem. Gdyby mi naprawdę postawiono ten warunek wspólnej sali, tobym się nie mógł podjąć prowadzenia oddziału. W rezultacie okulista musiałby się obejść bez sali

operacyjnej i operować na sali chorych. Nie ulega wątpliwości, że na to by zeszło. I projekt pośrednio doprowadziłby do tego, że oddział oczny wcale by nie miał sali operacyjnej. A sędzę, że gdybyśmy projekt odrazu tak postawili, toby się nie utrzymał.

PRZYBYLSKI. W szpitalu wojskowym i dzieciennym, gdzie jestem ordynatorem, nie mam oddzielną sali operacyjnej i korzystam ze wspólnej. I nieraz muszę albo bardzo długo czekać, albo odkładać operacje, co jest bardzo niewygodnie. Ratuje do pewnego stopnia sytuację ta okoliczność, że w obu tych oddziałach materiały operacyjny jest skąpy. Gdyby mi jednak w szpitalu ogólnym dano oddział oczny w takich warunkach, to bym go nie przyjął.

KAMOCKI. Jeżeli byłoby nawet możliwem uniknięcie zakażenia, to wspólna sala byłaby szkodliwą dla chorych ze względu na potrzebny im spokój po operacji. Chory po wydobyciu katarakty, zwłaszcza gdy tęczy nie wycinamy, powinien zachowywać spokój zupełny i najlepiej byłoby właściwie operować na łóżku. Jeżeli operujemy na specjalnym stole i chorych przenosimy następnie, to dla tego, że w ten sposób łatwiej zachować czystość podczas operacji, i że operować możemy stojący, a nie w jakiejś pozie zgiętej i nienaturalnej. Ale potrzeba w każdym razie, aby łóżko chorego znajdowało się blisko sali operacyjnej, aby chory nie potrzebował po operacji odbywać dalekiej wędrówki.

KRAMSZYK ZYGMUNT. Chciałem dotknąć jeszcze jednej właściwości sali, do operacji ocznych przeznaczoną, mianowicie pewnej niedogodności, której kol. **KAMOCKI** nie czuje, bo daleko większe ma niewygodny. Instytut Oftalmiczny nie ma sali operacyjnej i ciężki fotel operacyjny przenosi się ciągle z pokoju do pokoju i z piętra na piętro. Jeżeli w stałej sali operacyjnej fotel będzie ustawiony przy oknie, to potrzeba go będzie w jedną albo drugą stronę odwracać, stosownie do tego, które oko mamy operować. Myślałem o sposobach usunięcia tej niedogodności. W szpitalu Quinze-Vingt w Paryżu, sala operacyjna jest bardzo dużą i posiada dwa fotele w przeciwnych kierunkach do okna umieszczone. Ten zbytek jest jednak usprawiedliwiony olbrzymim istotnie materiałem operacyjnym. Możnaby urządzić na obu przeciwnych a blizkich ścianach, okna, a w ten sposób mieć oświetlenie obustronne, ale nie da się to przeprowadzić ze względów architektonicznych. Sędzę, że możnaby usunąć tę niedogodność, przez odpowiednią zmianę w fotelu operacyjnym, jakiego prawie wszyscy okuliści używają; mianowicie w środku fotelu urządzićby można śrubę, około której cały fotel łatwo by się obracał. Trzebaby tylko poświęcić przyrząd, który pozwala średnią poduszkę unosić ku górze, ale bez tego przyrządu doskonale można się obejść.

KAMOCKI. Fabrykant Fischer obmyślił żelazny stół dla operacji ocznych, który można łatwo zwracać w obie strony.

PRZEWODNICZĄCY. Na tém kończymy rozprawy nasze nad budową szpitala; potrzeba obecnie z rezultatów naszych rozpraw zrobić referat, któryby całość szpitala obejmował.

KRAMSZTYK ZYGMUNT. Referat taki musi być zrobionym i w innym celu. Projekt nowego gmachu dla szpitala Starozakonnych, jaki komitetowi budowy ma być złożonym, będzie właśnie praktycznym rezultatem naszych rozpraw. Sądzę więc, że będzie najsluszniej odczytać ten projekt na posiedzeniu naszego komitetu, którego w znacznej części będzie dziełem.

III. PRZEWODNICZĄCY. Kol. **BARANOWSKI** zaproponował, abyśmy obecnie wzięli pod obrady sprawę kanalizacji. Jest to istotnie pod względem higienicznym sprawa pierwszej wagi; przekonaliśmy się w ciągu roku, że kwestyje kanalizacyjne z różnych stron do naszego komitetu napływają, komitet zając się niemi powinien. Idzie tylko o to, w jakim rozmiarze mamy ująć tę kwestyje i w jaki sposób przeprowadzić obrady.

BARANOWSKI. Pragnąłbym, aby dyskusya nasza miała pewien cel praktyczny, a nie uważałbym wcale za rzecz właściwą rozpocząć rozprawy nad higieniczném znaczeniem kanalizacji wogóle, albo choćby tylko nad kanalizacyją Warszawy. Główny powód, dla którego pragnąłem widzieć te sprawy na porządku dziennym naszych posiedzeń, stanowi dla mnie zaniepokojenie umysłów i wynikające ztąd liczne zarzuty przeciw kanalizacji. Otóż, mojem zdaniem powinniśmy rozpocząć od tych pojedynczych zarzutów, rozebrać je szczegółowo, i rozważyć, co uczynić należy dla wprowadzenia umysłów na właściwe tory.

MARKIEWICZ. Zapytajmy przedewszystkiém, skąd się wzięła ta agitacyja? Wystąpiła ona nie w chwili, kiedy zaczęto budować kanały, ale dopiero wtedy, kiedy mieszkańcy miasta zapoznali się z regulaminem kanalizacji domowój. Polemika prowadzoną była przez ludzi niepowołanych, nieobeznanych z przedmiotem, choć między nimi byli i lekarze. Więc z całej ogromnej kwestyi kanalizacji wziąć musimy pod obrady tylko jedną część, najważniejszą ze stanowiska lekarskiego, a mianowicie higieniczne znaczenie kanalizacji domowój we wszystkich jej modulacyjach. Proponuję, abyśmy za watek dalszej dyskusyi przyjęli następujące dokumenty: projekt regulaminu dla kanalizacji domów, wypracowany przez magistrat, uwagi ministeryjum nad tym projektem i ostateczną rezolucyję komitetu kanalizacyjnego. W tych trzech pracach znajdują się liczne punkty czysto techniczne i finansowe, które nas nie obchodzą, ale też i najważniejsze kwestyje sanitarne. Możemy wybrać te punkty i abstrahując zupełnie od poglądów komitetu kanalizacyjnego, rozebrać je zupełnie bezstronnie, aby dojść do wniosków pozytywnych, któreby mogły być wskazówką dla lekarzy i publiczności, jak się na te sprawy należy zapatrywać. Możliwość poprzedzić dyskusyję jakimś ogólnym szkicem o kanalizacji, ale uważałbym to za zbyteczne.

BARANOWSKI. Zdaje mi się, że nawet ten program ścieśniony jest dla nas nieco za szeroki. Musielibyśmy wejrzeć w system kanalizacji domów, która jest tylko uzupełnieniem ogólnej kanalizacji miejskiej i z całym jej planem ściśle jest związana; doszlibyśmy koniecznie do tematów, nie obchodzących nas bezpośrednio. Kanalizacja nie jest wszakże nowym wynalazkiem, a kanalizacja Warszawy wzorowała się na praktyce wielu miast, przedewszystkiem Frankfurtu i Hamburga, z którymi nie tylko wspólny ma system, ale i wspólnego inżyniera. Więc nie sądzę, abyśmy nad systemem kanalizacji domów potrzebowali się zastanawiać. Regulamin zaś nie powstał z żadnej teorii ogólnej, ale jest zebraniem faktów, przez doświadczenie wskazanych i jest ostatecznie także tylko powtórzeniem regulaminów, obowiązujących gdzieindziej. Wracam do swojego projektu. Wśród przepisów, obowiązujących właścicieli domów są niektóre trudniejsze do wykonania, a przedewszystkiem kosztowniejsze i właśnie dla tego zaatakowane. Opozycja nie dotyczy samej kanalizacji w zasadzie, idzie jej tylko o to, aby przeprowadzić szczegółowe urządzenia jak najoszczędniej, choćby kosztem bezpieczeństwa zdrowia publicznego. Przedmiotem naszej dyskusji mogą być właśnie tylko te punkty zakwestyjonowane, które musimy rozebrać, a wnioski, do jakich dojdziemy, podać do wiadomości chociażby tylko lekarzy. Znam dwa takie punkty od których chciałbym rozpocząć nasze rozprawy: pierwszym jest kwestya rynien i bezpośredniego połączenia ich z kanałami; drugim, myśl częściowej kanalizacji domów. Sądziłem, że w toku dyskusji napotkamy na inne punkty, a ci z pomiędzy nas, którzy są członkami komitetu kanalizacyjnego, ułatwią nam ich odnalezienie. W ten sposób może się ostatecznie złożyć jakąś całość.

PRZEWODNICZĄCY. Nie możemy zapewne za program naszych rozpraw uznać systemu kanalizacji domowej, ale też kol. MARKIEWICZ programu takiego nie postawił. Część techniczną tej sprawy musimy pominąć, ale wszystkie punkty sanitarne powinny stanąć przed forum naszego komitetu. Dwa punkty, o których wspomniał kol. BARANOWSKI są ważne, ale jest wiele innych, które przy rozważaniu regulaminu na jaw wystąpiły. Dostarczymy tych danych, a przekonają się koledzy, jak różne panują zdania w tym względzie, jak różne nawet wymagania sanitarne panują w różnych miastach. Zwrócę tylko uwagę na jedną kwestyję: magistrat postawił żądanie, aby rury wentylacyjne od klozetów, kanałów i t. d., nie były łączone z rurami kominowymi, a ministerjum zakwestyjonowało te wymagania, tak, zdaje się, konieczne. Nie powinniśmy ścieśniać naszego zadania, ale stronę sanitarną kanalizacji domowej jak najszczegółowiej rozebrać. Jeszcze jedno. Dla czego sprawy kanalizacji domowej przeszły do pism codziennych i stały się przedmiotem obszerniej polemiki? Przeciwnicy regulaminu nie dla tego protestują, że jego żądania za niepotrzebne uważają, ale, że są one kosztowne. Jest to objaw tej

ciągłej walki kieszeni z higieną. Naszą jest rzeczą wskazać, że w sprawach tej wagi koszty grają rolę podrzędną. Rzecz dziwna, są biedni stosunkowo właściciele domów, dla których te koszty będą prawdziwym ciężarem, ale z ich strony protestów nie słychać. Najgłośniej oponują bogaci, którzy są w stanie koszty te ponieść, ale którzy, wiele mając w mieście posesyj, musieliby duże sumy wyłożyć; dla nich osobiście sanitarna strona mniejszą ma wagę, bo nie mogą mieszkać we wszystkich swoich domach. Powinniśmy z tego źródła płynącą opozycję postawić pod pręgierz opinii publicznej, jako czyu nieobywatelski.

MARKIEWICZ. Nie sędzę, aby temat, jaki rozprawom naszym postawiłem, był zbyt szerokim. Kwestyje, odnoszące się do kanalizacji domowej, są do pewnego stopnia od kanalizacji miejskiej niezależne. Powstały te kwestyje wtedy, kiedy już wiele miast, jak Londyn, Paryż, Hamburg, posiadały kanalizację miejską zupełną; właściwie dopiero Frankfurt i Berlin poruszyły te kwestyje. Kanalizacja domowa i jej regulamin muszą być w każdym mieście odmienne. Zależą one od ilości wody, różnej w różnych miastach i od bardzo wielu innych względów; nawet nasi technicy nie znają tych szczegółów, a cóż dopiero właściciele domów. Uważałbym, że niezbędnem jest rozebrać te kwestyje obszernie i szczegółowo z uwzględnieniem nawet stosunków zachodzących w innych miastach. Proponuję tylko dla tego, abyśmy regulaminy wzięli za punkt wyjścia, bo tam znajdziemy już gotowe, zebrane liczne kwestyje, a nawet i rozmaite co do nich opinie. Ale bynajmniej nie szło mi o to, abyśmy mieli regulamin krytykować, zmieniać, albo jeszcze nowy, własny postawić.

BARANOWSKI. Program kol. MARKIEWICZA jest dla mnie teraz zupełnie jasny i godzę się, że musimy dotknąć wszystkich punktów najważniejszych pod względem sanitarnym, a jednak zacząć powinniśmy od pojedynczych konkretnych szczegółów, od najgłówniejszych, a więc najważniejszych zarzutów. Jak daleko dyskusja nas zaprowadzi, tego napród obliczyć nie można.

MARKIEWICZ. Jeżeli zaczniemy np. od rynien, to zaraz na wierzch wypłynie kwestycja wentylacji klozetów, kanałów, kwestycja gazów kanałowych i dyskusja się cofnie. Wszystkich punktów, które nas obchodzić muszą, będzie może około 20; a lekarz te sprawy znać musi gruntownie, bo w swojej codziennnej praktyce, w stosunkach z chorymi, będzie je musiał uwzględniać. Zdaje mi się, że ułatwimy sobie cały tok dyskusji, jeżeli obejrzymy sprawę w szerszym zakresie.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, *Zygmunt Kramsztyk.*

SPRAWOZDANIE Z CZYNNOŚCI NAUKOWYCH.
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

za rok 1889,

a 69-ty istnienia Towarzystwa

(odczytane na posiedzeniu Towarz. w dniu 7 Stycznia 1890 r.).

Szanowni Panowie!

Sprawozdanie z czynności naukowych naszego Towarzystwa, w roku ubiegłym 1889 dokonanych, jest trzeciém z kolei, jaki mam zaszczyt Szanownym Panom odczytać. Ważności takich sprawozdań, sędzę, nikt nie zaprzeczy. Rzucają one światło na to, czy Towarzystwo nasze kroczy po powolnej drodze stopniowego rozwijania się, jakie działy nauk lekarskich były najczęściej poruszane i jakie obrady wywołały najwięcej zajęć, wreszcie w krótkim zestawieniu starają się wykazać ogólny zakres pracy i dobytku naukowego naszej instytucji i jej urzędów pomocniczych.

Z początkiem roku 1889 Towarzystwo nasze liczyło członków honorowych 29, czynnych 121 i korespondentów 146.

W roku sprawozdawczym ponownie powołani zostali: na Prezesa Towarzystwa BRODOWSKI WŁODZIMIERZ (człon. honor.), na Vice-prezesa PRZEWOSKI EDWARD i na Sekretarza dorocznego JAKOWSKI MARYJAN.

Prócz wyżej wymienionych urzędnikami Towarzystwa w roku 1889 byli: Sekretarzem stałym SZOKALSKI WIKTOR (czł. honor.), podskarbin BRAUN JAN, bibliotekarzem starszym PESZKE JÓZEF, bibliotekarzem młodszym PUŁAWSKI ARKADYJUSZ, redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego” JAWDYŃSKI FRANCISZEK, zarządzającym pracownią doświad-

czalną Towarzystwa HOYER HENRYK (czł. honor.), wreszcie dwaj członkowie Zarządu z grona Towarzystwa: GEPNER BOLESŁAW i ROGOWICZ JAKÓB.

Nowych członków przybyło Towarzystwu 7, a mianowicie: na członka honorowego wybrano dotychczasowego członka czynnego CHAŁUBIŃSKIEGO TYTUSA; na członków czynnych 5 lekarzy zamieszkałych w Warszawie: KRYSIŃSKIEGO STANISŁAWA, KIJEWSKIEGO FRANCISZKA, KOLIŃSKIEGO JÓZEFA, ZAWISZĘ KONRADA i GURANOWSKIEGO ADOLFA, wreszcie na członka korespondenta KLIKOWICZA STANISŁAWA z Petersburga. Jeden członek czynny RUPERT HENRYK, z powodu wyjazdu z Warszawy, przeszedł do liczby członków korespondentów.

Towarzystwo nasze poniosło trzy bardzo bolesne straty przez śmierć 3 swych członków, a mianowicie: członków honorowych BIESIADCKIEGO ALFREDA we Lwowie i CHAŁUBIŃSKIEGO TYTUSA w Zakopanem, oraz ORŁOWSKIEGO WŁADYSŁAWA, członka czynnego, którzy już to pracami swými na polu nauki, blaskiem swojego imienia, lub wreszcie czynną i długoletnią pracą w gronie Towarzystwa, lub wreszcie, jak ś. p. ORŁOWSKI, kilkoletniem kierownictwem sprawami Towarzystwa, byli jego ozdobą i położyli dlań niespożyte zasługi.

Liczebny skład Towarzystwa z początkiem roku 1890 przedstawił się więc jak następuje: członków honorowych 28, czynnych 125, korespondentów 147.

Posiedzeń w ciągu roku sprawozdawczego ogółem odbyło Towarzystwo 29, z czego jednak wypada jedno na posiedzenie wyborcze i trzy na posiedzenia administracyjne (w Styczniu, Lutym i Grudniu), na pracę więc naukową wypadło zaledwo 25 posiedzeń t. zw. klinicznych zwyczajnych i dodatkowych.

Jeśli wziąć pod uwagę ogólną liczbę posiedzeń, to średnio bywało na nich po 32 członków Towarzystwa i po 3 gości, jeżeli zaś odrzucić posiedzenia wyborcze i administracyjne, to wypadnie przeciętna liczba obecnych na każdym posiedzeniu klinicznym członków 37, gości zaś tak samo trzech. Liczba jednak obecnych na każdym posiedzeniu oddzielnie bywała rozmaita i wahała się dla członków czynnych od 60 do 18, a dla gości od 8 do 1.

Ilość wygłoszonych w tym roku odczytów na posiedzeniach była znacznie większą niżli w roku 1888, gdyż większych przemówień było 56, a krótkich komunikatów i demonstracyj 11, ogólna więc 67, a więc o 10 więcej, mimo to, że posiedzeń klinicznych było o 2 mniej. Przeważna część tych przemówień jak zwykle przypadła w udziale członkom Towarzystwa, gości przemawiało 9 (dziesięć razy). Z gości zamieszkałych poza

granicami kraju mamy do zaznaczenia jeden tylko odczyt D-ra OPECHOWSKIEGO, docenta wszechnicy dorpackiej.

Treść przemówień i wywołanych przez nie dyskusyj przytaczam poniżej w ogólnie przyjętym porządku działów nauk lekarskich, chociaż gdybyśmy chcieli działały te uporządkować względnie do tego, który najczęściej był przedmiotem obrad i przemówień, to i tu, podobnie jak w dwóch ubiegłych latach, trzeba by na pierwszym miejscu postawić chirurgię.

Dział anatomii, fizjologii i chemii fizjologicznej cokolwiek liczniej był w roku sprawozdawczym reprezentowany, niżli w roku poprzednim. Dr. OPECHOWSKI (z Dorpatu), komunikował „Wyniki badań swych nad działaniem farmakologicznym środków grupy naparstnicy na małe krążenie“, kol. PRUSZYŃSKI mówił „O zachowaniu się kwasów amydo-salicylowych w organizmie“, kol. KRYSIŃSKI przemawiał „O sporyszu“, a kol. BIRENĆWAJG (z Łodzi) miał krótki komunikat „O nowej reakcyi na cukier za pomocą fenilhydracyny i octanu sodu. „Wreszcie do tegoż działu zaliczyć można przemówienie kol. KRYSIŃSKIEGO „O mikrotomach“, połączone z demonstracją mikrotomów różnego systemu, a między innymi mikrotomu swego pomysłu.

Anatomija patologiczna, patologija ogólna i bakteryjologia równie jak lat ubiegłych dość często bywały przedmiotem przemówień i bardzo ożywionych dyskusyj. Vice-prezes PRZEWOSKI wygłosił cztery obszernie odczyty, przedmiotem których były: „Zmiany w krtani przy tyfusie brzuszny“, „Woreczkowate rozszerzenie przełyku“, opisane dopiero poraz pierwszy przez prelegenta, a następnie „Cysty zaotrzewnowe“ i „Przypadek niezwykłego zejścia wPOCHWlenia kiszek“. Kol. KRYSIŃSKI mówił „O ciąży zamacicznej“ z okazji zbadania szczegółowego łożyska i worka płodowego w jednym przypadku ciąży jajowodowej. Pan DMOCHOWSKI, student uniwersytetu, komunikował ciekawe wyniki badań drobnowidzowych przy „Gruźlicy migdałków“. Z krótszych komunikatów mamy do zaznaczenia bardzo ciekawy przypadek „Wrodzonego braku kości promieniowej“ komunikowany przez kol. JASIŃSKIEGO. Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego, cierpiącego na „*exostoses multiplices*“, oraz nerkę 10 krotnie powiększoną i wypełnioną torbielami powstałymi z rozszerzenia kanalików moczowych. Z rzeczy bakteryjologicznych kol. BUJWID komunikował rezultaty leczenia wścieklizny według metody PASTEUR'a w Warszawie, w roku 1888 i na jednym z posiedzeń okazał otrzymane przez się hodowle promienicy. Do działu tego wypadu zaliczyć dwie bardzo ożywione dyskusyje, jedną z okazji komunikatu kol. BUJWIDA o bakteryjach w mleku kwaśnym, przyczém mówiono o bakteryjach w mleku wogóle i przyczynach *resp.* bakteryjach wywołujących kwaśnienie mleka; druga dyskusycja wywołana została przez kol. ELSENBERGA

z powodu ścisłości badań dyjagnostyczno drobnowidzowych wytworów chorobowych.

Dział medycyny wewnętrznej niezbyt licznie był reprezentowany, co powtarza się od lat trzech, mimo iż największa część członków Towarzystwa jemu się właśnie poświęca: nie mamy również w roku ubiegłym do zanotowania dłuższych i więcej ożywionych dyskusyj nad poruszonymi kwestyjami, jak to było w latach ubiegłych. Najwięcej stosunkowo ożywioną dyskusyję wywołało przemówienie kolegi DUNINA: „O nerwicach traumatycznych“, oraz obszerny odczyt kol. FABIANA, wygłoszony na dwóch posiedzeniach „O syfilisie mózgu i rdzenia“, głównie traktowanym ze stanowiska klinicznego. Kol. DUNIN zakomunikował również przypadek „Przypadku mózgu, w którym dokonano usunięcia ogniska na drodze operacyjnej“, kol. HEWELKE opisał ciekawe również bardzo spostrzeżenie rzadkiego przypadku „Pseudoleukemii z gorączką okresową“, a kol. GOLDFLAM „Przypadek tętniaka aorty“. Przemawiał jeszcze obszerniej kol. MIKOŁAJ BRUNNER komunikując przypadek „Zwyrodnienia następczego pęczków piramidalnych w mózgu i mleczu przy uszkodzeniach kory mózgowej“, odczyt ten był objaśniony za pomocą całego szeregu bardzo ładnych preparatów drobnowidzowych i rysunków. Kol. FABIAN opisał przypadek „T. zw. zakażenia psychicznego“, a kol. GRUNDZACH przypadek „Znalezienia 4 kamieni żółciowych przy przepłukiwaniu żołądka“. Wreszcie kol. CHEŁMOŃSKI wygłosił obszerniejszą rzecz p. t. „O wpływie przewlekłych chorób narządów oddechowych na trawienie żołądkowe“.

Dział Chirurgii, do którego obecnie przechodzę, zajmuje jak już wspomniałem, poczesne miejsce ze względu na ilość komunikatów, a jest przytém ściśle związany z działem ginekologii operacyjnej i dla tego razem je przytoczę. Kol. STANKIEWICZ mówił „O leczeniu operacyjnem przy zwężeniach cewki moczowej“, oraz demonstrował chorych „z przetoką pęcherzowo-krocową“ i z „*Anus praeternaturalis*“, wyleczonych zupełnie na drodze operacyjnej, a także okazał usunięte przez się dwie „torbiele więzów szerokich“ i chorego dotkniętego „guzem kostnym stawu barkowego“ Prof. KOŚCIŃSKI, okazał „torbiel wielokomórkową więzu szerokiego, zawierającą w swém wnętrzu liczne *fibromata mollusca*“. Kol. JAWDYŃSKI dokonał w roku ubiegłym kilku interesujących komunikatów, które zaraz, przytoczę, a mówił obszerniej „O wyłuszczeniu częściowem krtani“ „O wyłuszczeniu częściowem gardzieli z powodu raka“ i „O ranach ciętych pęcherza moczowego“, demonstrował zaś chorych: po operacji złośliwych limfomatów na szyi, po usunięciu nowotworu powieki i oczodołu, po urethrotomii zewnętrznej, wreszcie opisał 2 przypadki ropni podprzeponowego i opłucno-podprzeponowego. Kol. MATŁAKOWSKI mówił obszernie „O bąblowcu sieci“. Kol. KRAJEWSKI demonstrował chorego, któremu przy pierwotnym syfilisie mózgu dokonał usunięcia ogniska z lewej półkuli; o przypadku

tym już nadmienilem w poprzednim dziale, mówiąc o komunikatach kol. DUNINA. Kol. BUKOWSKI mówił „O wyluszczeniu twardych guzów maciey za pomocą cięcia w jęj ścianach“. Kol. SAWICKI mówił obszerniej „O ranach ciętych przepony“, a także okazał chorego, po usunięciu wrzodu modzelowatego goleni, za pomocą transplantacji MAAS'a. Kol. JASIŃSKI przemawiał „O resekcji częściowej gałęzi zewnętrznej nerwu dodatkowego WILLIS'a“. Kol. BORSUK demonstrował chorego, któremu dokonał na dużej przestrzeni transplantacji skóry sposobem THIERSCH'a.

Wreszcie kol. MATLAKOWSKI mówił obszerniej „O ciąży zamacicznej“ rozbierając rzecz głównie z punktu klinicznego, a przemówienie kol. KRYSIŃSKIEGO, umieszczone już w dziale anatomii patologicznej, było uzupełnieniem tego odczytu pod względem anatomo-patologicznym. Tenże kol. MATLAKOWSKI okazywał cystę dermoidalną jajnika, zawierającą liczne kulki tłuszczowe. Do tegoż wreszcie działu trzeba zaliczyć po części przemówienie kol. KRYSIŃSKIEGO „O sporyszu“ ze względu na to, iż mówca uważa długie stosowanie tegoż za jedną z przyczyn złego rokowania przy myomatach maciey. Bardzo wiele z tych odczytów, a nawet i z krótszych komunikatów dało powód do bardzo ożywionych dyskusyj, tak iż raz jeszcze wypada mi zaznaczyć, że dział ten przodował i w roku ubiegłym w szeregu prac naukowych naszego Towarzystwa.

Dział chorób nosa, gardła i krtani nieco mniej, niż dawniej, był ożywiony. Kol. HERYNG mówił w nim obszerniej „O nowym sposobie badania krtani i nosa za pomocą przeświecania“, opisał przypadek „Raka krtani“, w którym kol. JAWDYŃSKI dokonał częściowego wyluszczenia tego narządu, wreszcie okazał w różnym czasie 3 chorych, jako przyczynek do dobrych wyników stosowanej przez się metody miejscowego leczenia suchot krtaniowych, a także chorego z cystą *bursae pharyngeae*. Kol. SOKOŁOWSKI mówił „O przypadku złamania krtani, z zejściem pomyślném“, kol. MEYERSON okazał chorego z „Rakiem błony śluzowej nosa“, a kol. OŁTUSZEWSKI chorego, któremu dokonał usunięcia na drodze endolaryngealnej papillomatów krtani.

W dziale Otiatryi mamy do zaznaczenia przemówienie kol. HEIMANA, który opisał przypadek śmierci z posocznicy, po uderzeniu w twarz chorego, cierpiącego na przewlekły proces ropny w uchu średnim. Kol. HEIMAN okazał również ciekawy okaz chorego dotkniętego „Wrzodem taszkiennym (wrzodem Sartów)“ na muszli usznej.

W dziale Oftalmologii przemawiał tylko kol. KAMOCKI, komunikując bardzo interesujące szczegóły swych badań nad „Szklistém zwyrodnieniem łącznicy“.

Do działu Dermatologii można odnieść przemówienie kol. HEIMANA (o wrzodzie taszkiennym); zresztą innych przemówień i komunikatów w dziale tym nie było.

Na końcu w dziale higieny mamy do zaznaczenia przemówienia kol. POLAKA, który czytał uwagi swe nad „Instrukcją o kanalizacji domów“, oraz komunikował wyniki swych badań nad „Pożywnością trzykopiętkowych śniadań w tanich kuchniach Warszawskich“. Kol. BUJWID wreszcie komunikował badania swe nad bakteryjami znajdującymi się w wodzie wiślanej i w mleku, sprzedawanem w Warszawie. Ten ostatni odczyt dał powód do bardzo ożywionej dyskusyi, o czém nadmienilem już w dziale anatomii patologicznej i bakteriologii. Kol. BUJWID na jednym z posiedzeń mówił o wycieczce za granicę, odbytej na koszt kasy imienia MIANOWSKIEGO.

Wiele zapowiedzianych w roku ubiegłym odczytów, musi oczekiwać swęj kolei dopiero w roku bieżącym, mimo to, że porządek dzienny zawsze był bardzo obficie wypełniony, a same posiedzenia przeciągały się dość długo.

Powiemy jeszcze słów parę o instytucjach pomocniczych naszego Towarzystwa.

a) Komitet higieny publicznej.

W roku sprawozdawczym komitet ten składali: Kol. NATANSON, jako Przewodniczący, kol. BUJWID jako Sekretarz i koledzy BARANOWSKI, CHEŁCHOWSKI, DOBRZYCKI, FRITSCHÉ, JAKOWSKI, JULJAN KRAMSZ TYK, LUBELSKI, MAYZEL, POLAK, ROGOWICZ i Vice-prezes Towarzystwa PRZEWOSKI. Oprócz członków komitetu bywali na posiedzeniach i inni członkowie Towarzystwa, do komitetu nienależący, oraz goście zaproszeni na posiedzenia.

Głównym przedmiotem obrad komitetu była sanitarna strona kanalizacji domów, z powodu dokonywanych i w roku ubiegłym połączeń skanalizowanych domów z kanałami ulicznymi. Z innych zaś przedmiotów poruszono między innemi kwestyję szczepienia ospy ochronnej.

Kwestyja zamiany komitetu higieny publicznej na sekcję higieniczną Towarzystwa, o czém wniesionem zostało podanie przez pewną liczbę członków Towarzystwa, dotąd rozstrzygniętą nie została.

b) Komitet konkursowy.

W roku ubiegłym komitet konkursowy ogólny przyznał dwie nagrody imienia KOCZOROWSKIEGO, za pracę p. t. „Jakie grzybki zdrowiu szkodliwe znajdują się w powietrzu miasta Warszawy“ i „Obecny stan wiedzy o wściekliznie u ludzi w ogólności i leczenie zapobiegawcze téjże metodą PASTEUR'a w szczególności“. Obie te prace na tematy zadane przez Komitet napisał kol. BUJWID.

Konkurs imienia CHAŁUBIŃSKIEGO został również rozstrzygnięty przez komitet specjalnie *ad hoc* wybrany. Z liczby 3 prac nadesłanych, dwie zostały usunięte od konkursu, jako nie odpowiadające warunkom, wyłuszczone w ogłoszeniu o konkursie, przyznano zaś nagrodę profes. RYDYGIEROWI z Krakowa za I-szy tom „Podręcznika chirurgii“. Ponieważ przytém okazało się, że tekst, ogłoszeń nie był zgodnym z pierwotną ustawą konkursową, na skutek decyzji Towarzystwa została wybrana specjalna komisja, która zajęła się ułożeniem nowego regulaminu konkursu imienia profes. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, który to regulamin został na jednym z posiedzeń w Październiku 1889 roku przyjęty i zatwierdzony przez Towarzystwo, tak iż nadal w przyznaniu nagrody komitet konkursowy ściśle będzie się trzymał warunków wymienionych w rzeczonym nowoopracowanym regulaminie.

c) Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego.

Organ Towarzystwa w roku 1889 w 4 zeszytach zawarł przeszło 40 arkuszy druku samego Pamiętnika i 19 arkuszy pracy D-ra BIELIŃSKIEGO z Wilna, p. t. „Stan nauk lekarskich za czasów akademii medyko-chirurgicznej wileńskiej, bibliograficznie przedstawiony“, nagrodzony w roku 1887, na konkursie imienia HELBICHA przez nasze Towarzystwo i dodawaną, na mocy decyzji Towarzystwa, jako dodatek bezpłatny dla członków i prenumeratorów. Redaktorem, jak i lat ubiegłych był kol. JAWDYŃSKI.

Pamiętnik zamieszczał prócz urzędowej swęj części, zawierającej postanowienia i ogłoszenia oraz protokoły posiedzeń Towarzystwa, i prace naukowe nadsyłane z Warszawy, z za granicy i z pracowni prof. DOGIELA z Kazania. Z członków Towarzystwa umieścili swe prace: Kol. FUNK „Studya kliniczne nad mięsakami skóry“ i kol. BIELIŃSKI, członek honorowy z Wilna, pracę tylko co wymienioną, nagrodzoną przez Towarzystwo, wreszcie kol. KOLIŃSKI pracę p. t. „Przyczynę do nauki o odżywianiu oka, na zasadzie badań nad działaniem naftaliny na oko“.

Z liczby nieczłonków znajdujemy prace: kol. DROBNIKA, z Królewca, p. t. „O charłactwie śluzowo-opuchliuowém“, p. SIERGIEJENKO, z Kazania, pracę p. t. „Materyjały do badań nad działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt“, p. BIERNACKIEGO p. t. „Wpływ na krew i wydzielanie moczu roztworów solnych, wprowadzonych pod skórę w wielkiej ilości“, p. ZAWADZKIEGO p. t. „Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7% roztworów soli kuchennęj na krew i moczu (po zęszczeniu krwi)“: wszystkie te trzy prace były dalszemi ciągami rozpoczętych jeszcze w druku w r. 1888. Następnie Pamiętnik wydrukował prace: p. JANOWSKIEGO p. t. „O przyczynach ostrego zapalenia ropnego“, p. FA-

JERSTEINA, p. t. „O zakończeniach nerwów smakowych w języku żaby“. Wreszcie w IV zeszytzie Pamiętnika znajduje się cały „Rocznik medycyny polskiej za rok 1887“ wydawany niegdyś przez kol. ROGOWICZA, a zamieszczony z decyzji Towarzystwa w Pamiętniku. Rocznik zawiera streszczenia wszystkich prac lekarskich polskich, drukowanych w roku 1887, a w opracowaniu jego przyjęli udział koledzy: JAKOWSKI, PUŁAWSKI, CHEŁCHOWSKI, SZTEYNER, ROGOWICZ, ZAWADZKI WŁADYSŁAW i inni.

Pamiętnik dodał w roku bieżącym tablice litografowane do prac oryginalnych KOLIŃSKIEGO i ZAWADZKIEGO; tablice te zostały bardzo dobrze wykonane w zakładzie litograficznym p. Główniczewskiego w Warszawie.

d) Biblioteka i Czytelnia.

Zestawiając cyfrę dzieł posiadanych przez Towarzystwo z końcem roku sprawozdawczego z cyfrą podaną w sprawozdaniu zeszłorocznym, wypadnie, iż liczba książek, należących do naszej biblioteki, bardzo znacznie wzrosła, gdyż z 14130 podskoczyła do 14954, a dodawszy do tego kilkadziesiąt dzieł i broszur dotąd nieskatalogowanych wypadnie, iż biblioteka posiada prawie okrągłe 15000 numerów.

Tak znaczny podrost polegał głównie na ofiarach: a głównie D-ra LEWANDOWSKIEGO z Wilna a następnie jak zwykle kolegów Warszawskich prof. SZOKOLSKIEGO, HOYERA, NEUGEBAUERA, kol. LUBELSKIEGO, GAJKIEWICZA, FRITSCHEGO, ANDERSA i innych. Zakupiono dzieł 12, a prócz tego pewną ilość dzieł chirurgicznych, pozostałych po ś. p. kol. ORŁOWSKIM, za ogólną sumę 300 rsr. W ogóle w roku 1889 przyrost biblioteki był znacznie większy, aniżeli w roku poprzednim.

W kwestyi biblioteki mamy do zaznaczenia jeszcze, że komitet rewizyjny biblioteki, wybrany od roku, dotąd czynności jeszcze nie rozpoczął, chociaż zaległości w spisywaniu inwentarza bibliotecznego, które stały poniekąd na przeszkodzie rewizyi, zostały już odrobione.

Bibliotekarzem podobnie jak lat ubiegłych był kol. PESZKE, a młodszym bibliotekarzem został wybrany kol. PUŁAWSKI.

Czytelnia Towarzystwa rozporządzała 22-ma pismami niemieckimi, francuskimi i angielskimi, które Towarzystwo prenumerowało za sumę 368 rs. 80 kop. W ogóle, podobnie jak lat ubiegłych, czytelnia mało była uczęszczaną przez członków.

e) Pracownia doświadczalna Towarzystwa.

Prócz drobnych nabytków, stanowiących zwykle uzupełnienie braków, pracownia nabyła mikrotom Berendta za sumę 150 rs., tak iż obecnie wartość instrumentów pracowni wynosi 1866 rubli.

W ciągu roku sprawozdawczego pracowało w niej samodzielnie dwóch przyrodników, którzy i dotąd pracują, a prócz tego, jak co rocznie, w pierwszym półroczu pod kierunkiem kol. JAKOWSKIEGO pracowało 14-tu lekarzy, chcących się praktycznie obeznać z bakteriologiją. Zajęcia połączone były z wykładami i odbywały się w godzinach wieczornych.

Jak w latach poprzednich, zarządzającym pracownią był profesor HOYER, kustoszem zaś kol. MAYZEL.

Na tém zakończę sprawozdanie z czynności naukowej naszego Towarzystwa za rok ubiegły.

Składając w dniu dzisiejszym swe obowiązki Sekretarza dorocznego i dziękując za zaufanie, jakiem mnie Towarzystwo przez trzykrotny wybór darzyło, śmiem wypowiedzieć przekonanie, że i następca mój będzie mógł również corocznie zaznaczać ożywiony ruch i ciągły rozwój w pracach naukowych Towarzystwa naszego. Że tak będzie, nikt z nas chyba nie wątpi, biorąc miarę z lat ubiegłych i wiedząc, że rozwój naszego Towarzystwa lekarskiego wszystkim nam leży na sercu.

Sekretarz doroczny, *M. Jakowski.*

Warszawa, *d. 1 Stycznia 1890 r.*

BUDŻET

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

na rok 1890.

W zastosowaniu się do postanowienia Towarzystwa Lekarskiego, na posiedzeniu w dniu 20 Grudnia 1881 roku zapadłego, ażeby corocznie w Pamiętniku Towarzystwa ogłaszany był budżet, oraz wiadomości o funduszach, pod zarządem Towarzystwa zostających, mamy honor podać następujące cyfry z budżetu na rok 1890, zatwierdzonego przez Towarzystwo na posiedzeniu administracyjném w d. 17 Grudnia 1889 roku.

Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.

PRZYCHÓD.

Remanent z roku 1889	Rs. 1203 k. 83
Składka za rok 1890 od 118 członków	
czynnych po rs. 16	„ 1888 „ —
Wstępne od 6-ciu członków w przybliżeniu po rs. 6	„ 36 „ —
Wpływy z prenumeraty Pamiętnika Towarzystwa w przybliżeniu	„ 400 „ —
Przelew z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 614L	„ 1400 „ —
Ogół przychodu.	Rs. 4927 k. 83

ROZCHÓD.

Na płace urzędników kancelaryi Towarzystwa	Rs. 700 k. —
Wóznemu płaca roczna	" 240 " —
Temuż dodatek za obsłużenie czytelní	" 60 " —
Ópał	" 120 " —
Światło (gaz, nafta, świece).	" 120 " —
Druki, materyjały piśmienne, opłaty portoryjne	" 60 " —
Koszta utrzymania porządku w lokalach Towarzystwa, w przybliżeniu	" 100 " —
Na sprawienie 8 szaf bibliotecznych	" 300 " —
Na kupno dzieł do biblioteki oraz inne potrzeby nieprzewidziane.	" 300 " —
Na prenumeratę dzienników i pism peryjodycznych	" 350 " —
Na oprawę dzieł i dzienników	" 70 " —
Nakład wydawnictwa Pamiętnika, łącznie z honoraryjum Redaktora	" 1200 " —
Na ubezpieczenie od ognia ruchomości Towarzystwa i biblioteki	" 72 " 81
Portret olejny ś. p. D ra Chałubińskiego	" 200 " —
Na wydatki nieprzewidziane	" 150 " —
Ogół rozchodu.	Rs. 4042 k. 81

PORÓWNANIE.

Przychód wynosić ma	Rs. 4927 k. 83
Rozchód	" 4042 " 81

Remanent spodziewany: Rs. 885 k. 02

Fundusze pod administracyą Towarzystwa zostające.

1. *Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bęcewicza, na utrzymanie jego grobu na cmentarzu powązkowskim.*

Fundusz stały rs. 150 (hypotecznie lokowany)

Procent od tegoż funduszu	Rs. 9 k. —
Rozchód na dozorowanie grobu.	" 6 " —

Remanent spodziewany. Rs. 3 k. —

Uwaga. Nadto z remanentów lat ubiegłych uzbierała się kwota Rs. 69 k. 3, przeznaczona na fundusz reparacyjny grobu, stosownie do osnowy testamentu.

II. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bącewicza na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach polakach.

Fundusz stały hipotecznie lokowany	. Rs. 7500
Procent roczny cd tegoż kapitału	. . „ 450

Uwaga. Procent ten przekazuje się corocznie do Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej, która go w dniu imienin testatora, t. j. dnia 24 Czerwca, między 5 wdów rozdziela.

III. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Fundusz stały.	 Rs. 12600
----------------	---------------------

Fundusz ten umieszczony jest w części na dobrach Brzeźno w Powiecie Ostrołęckim, z wieczystą lokacją (rs. 4500), w części złożony w papierach procentowych (rs. 5000), a w części (rs. 3000) ulokowany na domu Towarzystwa Lekarskiego, oraz rs. 100 w gotowiźnie w Kasie Towarzystwa.

PRZYCHÓD

Procenty pozostałe z końcem roku 1889	. . Rs. 307 k. 19½
Procenty w roku 1890 odebrać się mające	
od całego powyższego kapitału	. . „ 642 „ 50
Łącznie	 Rs. 949 k. 69½

ROZCHÓD.

Stosownie do woli testatora, procenty roczne rozdzielane być mają przez Towarzystwo w sposób następujący:

- a) Ubogiemu majstrowi kunsztu kra-
wieckiego, religii rzymsko-katolic-
kiej, przez kalectwo lub starość

pozbawionemu środków do życia, wsparcie roczne	Rs. 150 k. —
b) Ubogiemu majstrowi kunsztu pie- karskiego, religii rzymsko-katolic- kiej, przez kalectwo lub starość pozbawionemu środków do życia	„ 150 „ —
c) Na odprawienie nabożeństwa za ca- łą familię testatora	„ 3 „ 75
oraz na reperacyję i utrzymanie w porządku grobu testatora na cmentarzu powązkowskim.	„ 11 „ 25
d) Lekarzowi rodem z Warsz., religii rzymsko-katolickiej, przez nieszcze- ście lub przypadek bez pomocy zo- stającemu; jeżeliby zaś takiego kan- dydata nie było, rzeczone wsparcie rozdzielane ma być pomiędzy wdo- wy i sieroty po lekarzach, dopóty, dopóki kandydat się nie znajdzie	„ 300 „ —
Ogół rozchodu	Rs. 615 k. —
Remanent spodziewany.	Rs. 334 k. 69½

IV. Fundusz nagród konkursowych imienia ś. p. D-ra Adama Helbicha.

Fundusz stały rs. 1000 (w Liście likwidacyjnym).

Fundusz uzbierany z procentów, z powodu niezgłaszania
się do konkursu na podawane
tematy Rs. 789 k. 35½

(w téj sumie Rs. 500 w papierach 5‰).

Procenty za rok 1890 od sumy Rs.

1500 w papierach procentowych. „ 61 „ 75

Razem będzie do dyspozycyi w r. 1890 Rs. 851 k. 10½

Uwaga. Nagroda konkursowa w ustawie oznaczona
wynosić ma rs. 150.

Towarzystwo ogłosiło cztery tematy konkursowe z wyznaczeniem za każdą pracę nagrody po rs. 150.

V. Fundusz nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Fundusz stały rs. 1200 (hypotecznie lokowany).

Pozostałość z procentów po koniec roku 1889. Rs. 45

Procent za rok 1890 „ 60

Łącznie . . . Rs. 105

Uwaga. Nagroda w kwocie rs. 240 przyznawaną jest za najlepsze dzieło treści lekarskiej, w języku polskim, ogłoszone drukiem w ciągu 4-ro letniego okresu.

VI. Ofiary wychowanców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1873/4, przeznaczone na utworzenie funduszu nagród konkursowych za najlepsze prace treści kliniczno-lekarskiej.

Z ofiar dotąd otrzymanych i procentów od zakupionych za nie papierów publicznych, uzbierało się po koniec r. 1889 w papierach publicznych rs. 2400 i w gotowiznie rs. 250 k. 21½. W r. 1890 wpłynęło za kupony rs. 114.

Uwaga. Z liczby 62 wychowanców Wydziału Lekarskiego z r. 1873/74, złożyło dotąd zadeklarowane ofiary 18-tu; od pozostałych zaś 44 należą się ofiary po rs. 50, czyli łącznie rs. 2200.

Ponieważ zaś D-r Rybiński Ignacy z Wielkich Łuk złożył do kasy Towarzystwa w r. 1881 sumę rs. 500, za 10-ciu zmarłych lub niemogących się uścić z zadeklarowanej ofiary kolegów, oraz kwotę rs. 100 za pośrednictwem pana Ungra b. wydawcy Tygodnika Ilustrowanego, za 2-ch zmarłych kolegów, która to summa rs. 600 już się mieści

w powyżej wykazanych papierach procentowych rs. 2400, przeto przypada jeszcze do odzyskania składka od 32 deklarantów, po rs. 50, czyli summa rs. 1600.

VII. Fundusz pracowni doświadczalnej Towarzystwa.

PRZYCHÓD.

Fundusz stały pracowni, zapisany Towarzystwu Lekarskiemu przez ś. p. D-ra Władysława Wilczyńskiego i splecony Towarzystwu w końcu roku 1888 przez dożywotniczkę legatu Panią Aleksandrę z Sędzimirów Bąkowską, właścicielkę dóbr Gołotczyzna, w powiecie Ciechanowskim, wynosi w papierach procentowych . Rs. 3100 k. —

Uwaga. Od funduszu tego procenty przeznaczone są na ulepszenie pracowni.

Nadto pracownia posiada fundusz pozostały z ofiar wniesionych na urządzenie pracowni, w papierach procentowych rs. 750 i w gotówiznie rs. 202 kop. 2, łącznie . . Rs. 952 k. 2

W roku 1890 otrzymane będą:

a) wpływy za kupony od papierów procentowych. . . Rs. 182 k. 87

b) zasiłek z funduszków do mu Towarzystwa na potrzeby pracowni przeznaczony. . . „ 200 „ — Rs. 382 k. 87

Ogół przychodu z remanentem. . . . Rs. 4434 k. 89

ROZCHÓD.

a) na płace Kustosza i służącego pracowni Rs. 330 k. —

b) na potrzeby gospodarcze. „ 75 „ — Rs. 405 k. —

Remanent z końcem roku 1890 wyniesie . . Rs. 4029 k. 89

A mianowicie:

a) fundusz stały . . . Rs. 3100 k. —

b) remanent funduszu na

urządzenie pracowni. . . „ 929 „ 89

*VIII. Fundusz rezerwowy budowlany domu Towarzystwa pod
Nr. 614L przy ulicy Niecałej.*

Pozostało z końcem roku 1889 w remanencie:

a) w papierach procentowych. . . Rs. 3300 k. —

b) w gotowiznie. . . „ 125 „ 11

Razem . . Rs. 3425 k. 11

W roku 1890:

a) przelane będzie z dochodów domu . . . Rs. 400 k. —

b) wpłynie za kupony . „ 156 „ 75 Rs. 556 k. 75

Ogół funduszu w roku 1890 wyniesie Rs. 3981 k. 86

Uwaga. Z funduszu tego, stosownie do decyzji Towarzystwa, pokryte będą koszty skanalizowania posesyi Nr. 614L i urządzenia wodociągów w lokalach domu.

IX. Fundusz z zapisu wdowy po lekarzu Teofili Koczorowskiéj, przeznaczony na wsparcie dla 4-ch wdów lub sierot po lekarzach.

Fundusz ten, wynoszący rs. 1000, lokowany jest hipotecznie na domu Towarzystwa Lekarskiego pod Nr. 614 L.

W roku 1890 wpłynie procent w kwocie rs. 60, który przelany będzie do kasy wsparcia, dla rozdzielenia pomiędzy wdowy lub sieroty po lekarzach.

X. Fundusz nagród konkursowych z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z końcem roku 1889 fundusz ten wynosił Rs. 3000 k. —

W roku 1890 z dochodów domu Nr. 12/13

w Piotrkowie przelaną ma być kwota, według oznaczenia w testamencie

uczynionego . . . Rs. 600 k. —

Łącznie . . . Rs. 3600 k. —

Uwaga. Fundusz ten, stosownie do ogłoszenia, przez Towarzystwo w pismach peryjodycznych lekarskich zamieszczonego, przeznaczony jest na nagrody konkursowe za najlepsze prace z nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny, oraz na wydawnictwo uwieńczonych rozpraw.

XI. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych uwieńczonych nagrodą z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z końcem roku 1889 fundusz ten wynosił . Rs. 600 k. —

Uwaga. W miarę przyznawania nagród konkursowych fundusz wydawniczy powiększać się będzie.

XII. Fundusz na wypłatę stypendyjów z zapisu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z końcem roku 1889 pozostało na wypłatę reszty stypendyjów za rok 1889/90. . Rs. 300 k. —

W roku 1890 przelaną będzie na wypłatę 6-ciu stypendyjów dla studentów medycyny, za rok 1890/91 po rs. 300
 suma Rs. 1800.k. —

Łącznie . . . Rs. 2100 k. —

Z sumy tej wypłacone będą w ciągu roku 1890:

a) stypendyja 2-m studentom medycyny za kwartały III i IV roku akademickiego 1889/90. Rs. 300 k. —

b) stypendyja 6-ciu studentom medycyny za kw. I r. akad. 1890/91 . . . „ 450 „ —

Razem Rs. 750 k. —

Zatem remanent z końcem r. 1890 wyniesie na dalszą wypłatę stypendyjów za rok 1890/91. Rs. 1350 k. —

XIII. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Ignacego Gołębiowskiego, na stypendyjum dla studenta medycyny Uuiwersytetu Warszawskiego.

Z końcem r. 1889 fundusz ten wynosił w pa-	
pierach procentowych, jako fundusz	
stały	Rs. 5250 k. —
W roku 1890 wpłynię procent	„ 250 „ —
Za tenże rok wypłacone będzie stypen-	
dyjum studentowi medycyny.	„ 250 „ —
Remanent z końcem roku 1890 wyniesie .	Rs. 5250 k. —

Oprócz powyższych funduszków, objętych budżetem Towarzystwa Lekarskiego, zostają nadto pod głównym zarządem Towarzystwa, a pod bezpośrednim Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, następujące fundusze téjże kasy.

1) Fundusz nieruchomy czyli żelazny, wynoszący z końcem r. 1889, tak w lokacyjach hipotecznych, jako też w papierach publicznych i gotowiznie Rs. 32175 k. 95.

2) Fundusz stały ofiarowany przez prof. D-ra JULJANA KOSIŃSKIEGO, wynoszący pierwotnie w papierach publicznych rs. 8000, obecnie mieści się:

- a) w lokacyi hipotecznej na domu z zapisu D-ra Koczowskiiego w Piotrkowie. Rs. 7500 k. —
- b) w papierach publicznych „ 700 „ —
- c) w gotowiznie „ 22 „ 10

3) Fundusz stały z legatu ś. p. D-ra JÓZEFA TORAŃSKIEGO, wynoszący tak w lokacyi hipotecznej, jako też w papierach publicznych i gotowiznie Rs. 2507 k. 7.

4) Fundusz stały z legatu D-ra LEONA LANDE, w papierach publicznych Rs. 2000.

5) Fundusz ruchomy, tworzący się corocznie ze składek stałych od lekarzy, z ofiar jednorazowych, nie przenoszących pojedynczo kwoty rs. 50, oraz z procentów od kapitału nieruchomego. Z funduszu tego, wynoszącego około rs. 5000 rocznie, udzielane są przez Komitet wsparcia niezamożnym lekarzom, oraz wdowom i sierotom biednym, po lekarzach pozostałym, odpowiednio do przepisów obowiązującej dla kasy wsparcia ustawy.

w Warszawie d. 1 Kwietnia 1890 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa

Dr. Szokalski.

Podskarbi Towarzystwa

Dr. Braun.

BILANS

FUNDUSZÓW I WŁASNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z końcem roku 1889.

A. Activa pewne:

1. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej Nr. 614 L
w Warszawie, wartości Rs. 99124 k. —
2. Remanent z dochodów domu w gotowiżnie. „ 414 „ 18
3. Fundusz rezerwowy domu:
w gotowiżnie Rs. 125 k. 11
w papierach procentowych „ 3300 „ — „ 3425 „ 11
4. Remanent z funduszu na wydatki bieżące Towarzystwa w gotowiżnie . . „ 1143 „ 92
5. Fundusz pracowni doświadczalnej:
w gotowiżnie Rs. 202 k. 2
w papierach procentowych „ 3850 „ — „ 4052 „ 2

Rs. 108159 k. 23

B. Passiva (zabezpieczone hypotecznie na domu Towarzystwa).

1. Towarzystwu Kredytowemu M. Warszawy Rs. 25000
 2. Funduszowi z legatu D-ra JANNA BĄCEWICZA na utrzymanie grobu testatora . . . „ 150
- do przeniesienia Rs. 25150 Rs. 108159 k. 23

z przeniesienia Rs. 25150 Rs. 108159 k. 22

- | | | | |
|----|---|------|------------------------|
| 3. | Funduszowi zlegatu D-ra JA-
NA BĄCEWICZA na wsparcie
5-iu wdów po lekarzach . . . „ | 7500 | |
| 4. | Funduszowi zlegatu D-ra FE-
LIKSA JABŁONOWSKIEGO. . . „ | 3000 | |
| 5. | Funduszowi nagród konkur-
sowych imienia D-ra CHA-
ŁUBIŃSKIEGO „ | 1200 | |
| 6. | Funduszowi z legatu TEOFILI
KOCZOŃOWSKIEJ na wspar-
cie wdów po lekarzach . . . „ | 1000 | |
| 7) | Kasie Wsparcia Lekarskiej . . . „ | 8400 | Rs. 46250 k. — |
| | | | <u>Rs. 61909 k. 23</u> |

C. Activa niepewne.

- | | | |
|----|--|--------|
| 1. | Składki zaległe od członków Towarzy-
stwa „ | 56 „ — |
|----|--|--------|

Dodając do tego:

- | | | |
|----|--|--------------------|
| a) | Wartość biblioteki Towarzystwa, we-
dług polisy Warszawskiego Towarzy-
stwa ubezpieczeń od ognia . Rs. 16500 | |
| b) | Wartość ruchomości Towa-
rzystwa, według tejże polisy „ | 4000 |
| c) | Wartość inwentarza praco-
wni, według polisy tegoż
Towarzystwa ubezpieczeń . „ | 1560 |
| | | <u>„ 22060 „ —</u> |

Ogół stanu majątkowego Rs. 84025 k. 23

Warszawa, dnia 21 Marca 1890 r.

Podskarbi Towarzystwa

Dr. J. Braun.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie 240 rs., imienia **TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO**, przyznana zostanie przez Towarzystwo w r. 1893, za najlepszą pracę oryginalną, z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych, w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 Kwietnia 1888 roku do 31 Grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1889, 1890, 1891, 1892 i w ciągu Stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7), przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały,
D-r Szokalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1890/91 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. **D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia **KOCZOROWSKICH**, b) **CHILEWSKICH**, synowie i ich następcy z linii prostej **STANISŁAWA CHILEWSKIEGO**, w Galicyi zamieszkali, c) **STROJECCY**, synowie po **ADOLFIE STROJECKIM** i ich następcy, d) **LECHOWSCY**, synowie i ich następcy po **KACPRZE LECHOWSKIM**, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczne stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ul. Niecała № 7] najpóźniej do dnia 15 Września r. b., z załączeniem następujących dowodów:

1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się;

2) metryki urodzenia;

3) świadectwa ubóstwa;

4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*);

5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swém pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały,
D-r Szokalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1890/91 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO, Doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczne stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów:

1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się;

2) metryki urodzenia;

3) świadectwa ubóstwa;

4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*).

Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały,
D-r Szokalski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijném i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b.. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ul. Niecała № 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych [w gubernijach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami
D-r Szokałski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu ś. p. D-ra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rs. 300, za rok 1890 przyznać się mające, według, dosłownej woli testatora „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek. lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu [ulica Niecała № 7], oznacza się termin do dnia 15 Czerwca r. b.. Przy prośbie złożyć należy: metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza, poświadczenie 3-ch lekarzy oraz Inspektora Lekarskiego właściwej guberni o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za przyznaniem tego wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami,
D-r Szokałski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra LEONA LANDE udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1891 r. jako w rocznicę zgonu testatora, wspar-

cie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15 Grudnia 1890 r.. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijném i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w gubernijach Królestwa Polskiego], przesyłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej guberni kraju.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami,

D-r Szokałski.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Wł. (Marszałkowska 115).
Wydawca Dr. Kondratowicz St. (Marszałkowska 119).

Cena Gazety Lekarskiej w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2
kop. 50., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rs. 6, pół-
rocznie rs. 3.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Wyszły z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbacha**

Cena dzieła wynosi Rsr. 6
z przesyłką Rsr. 6 kop. 50

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA.

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście, zaw. 24 ark. druku
Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 36.

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50, a zatem jest tańszą od
oryginału niemieckiego.

PSYCHIJATRYJA

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów, prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

NAUKA O CHOROBACH NARZĄDU TRAWIENIA

(*Semijotyka*).

przez **D-ra Mikołaja Rejchmana.**

Dzieło opatrzone pięcioma drzeworytami. Cena rs. 1 (z przes. rs. 1 k. 20).

Wszystkie powyższe dzieła nabywać można u wy-
dawcy **Gazety Lekarskiej,**

MARSZAŁKOWSKA N. 119.

oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism
lekarskich i we wszystkich księgarniach.

ROK XVIII—1890.

MEDYCyna

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH

REDAGOWANE I WYDAWANE PRZEZ

D-RA G. FRITSCHEGO.

Wychodzi w każdą sobotę, treść jego stanowią:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych, praktyki prywatnej. 2) Kazuistyka lekarska. 3) Medycyna publiczna. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. 7) Korespondencje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich polskich i cudzoziemskich. 9) Wiadomości z medycyny publicznej i statystyki lekarskiej. 10) Kronika zagraniczna, krajowa, miejscowa i wiadomości osobowe. 11) Przegląd biblijograficzny. 12) Wspomnienia pośmiertne i t. p. Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesłaniem pocztą 6 rs. rocznie, półrocznie 3 rs. Biuro redakcyi Medycyny w Warszawie Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

KRONIKA LEKARSKA

Miesięcznik poświęcony przeglądowi postępów

umiejętności lekarskich.

Wychodzić będzie i w następnym r. 1890, a 10 swego istnienia według tegoż samego programu jak dotychczas i w tej samej formie zeszytami objętości od 4 do 5 arkuszy druku.

Każdy zeszyt zawiera: Obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedyncze z najcenniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich i wiadomości bibliograficzne.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2,50. Na prowincyi zaś, w Cesarstwie i za granicą rocznie rs. 6, półrocz. rs. 3. Redaktor D-r Otton Hewelke Święto-Krzyszka № 25 Wydawca D-r K. Sierpiński Marszałkowska № 116.

PRZEGLĄD WETERYNARSKI

organ galicyjskiego Towarzystwa weterynarskiego,

czasopismo poświęcone weterynaryi i hodowli,

wychodzi we Lwowie pod redakcją D-ra I. Szpilmana raz
na miesiąc w objętości 1—1½ arkusza.

Warunki przedpłaty: w Cesarstwie Rosyjskiem i Król.
Polskiem rocznie 3 rs. 50 kop. półrocznie 1 rs. 80 kop.

Adres Redakcyi i Administracyi: we Lwowie ulica
Kochanowskiego l. 33 w c. k. Szkole weterynaryi.

„AKUSZERKA”

Cena za rok 3 rub., za pół roku
2 ruble, za 3 miesiące 1 rub.

Nowe pismo dla akuszerok,
felczerek i felczyków.

Pismo poświęcone akuszeryi, chorobom kobiet, dzieci i ogólnym,
i wszystkim przedmiotom wchodzącym w zakres działalności **akuszerok,**
felczerek i felczyków. Wychodzić będzie dwa razy na miesiąc, po-
cząwszy od 1-go Stycznia 1890 r.

Redakcyja zapewniła sobie współpracownictwo pp. wykładają-
cych i lekarzy Petersburgskiego (Nadieżdyńskiego) i Moskiewskiego
zakładu Położniczego oraz instytutu Położniczego w Petersburgu oraz
innych lekarzy specjalistów.

Prenumeratę przyjmuje Redakcyja pisma „Akuszerka” w Briansku
(gub. Orłowska).

Redaktor Wydawca Akuszer: **Ambrożewicz.**

ZDROWIE

miesięcznik poświęcony higienie publicznej
i prywatnej.

Wychodzi w Warszawie (25 Śt-Krzyska) pod redakcją J. Polaka. Każdy numer zawiera od trzydziestu kilku do czterdziestu stron dwuszpaltowych druku, formatu wielkiej ósenki. Wmiarę potrzeby dołącza się drzeworyty i litografie.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 4. półrocznie rs. 2, na prowincyi rocznie rs. 5. półrocznie 2 rs. kop. 50.

WOJCIECH OCZKO

PRZYMIOT I CIEPLICE

opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez D-ra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieła przez Ad. An. Kryńskiego. Wydanie jubileuszowe.

Warszawa. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Druk K. Kowalewskiego, 1881 r. w 8-ce większej, k. nieliczb. 2. stron CXXXV i 554. Do dzieła przypisanego Majerowi J. dołączono podobiznę własnoręcznego listu Oczki, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

Cena egzemplarza na pięknym grubym papierze rubli 4 z przesyłką; w Austrii 5 złr.; w Cesarstwie niemieckim 9 marek.

Pieniądze przyjmują redakcyje wszystkich pism lekarskich polskich, w Warszawie wychodzących i wszystkie księgarnie. W Austrii przedpłatę przyjmuje administracyja Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

**Skład główny w redakcyi
Pamiętnika Towarz. Lekarskiego
Warszawskiego.**
