

03897/
1927

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

MIESIĘCZNIK

ROK III — 1927

ZESZYT IV — V



LIPIEC — PAŹDZIERNIK.

T R E Ś Ć

SOMMAIRE

1. Władysław Zahorski.

L. Czarkowski.

1. Władysław Zahorski.

str. I p.

C. Szabad.

2. Rodzenie się i umieralność Żydów w Wilnie 1921 — 1925.

2. Natalität und Mortalität des Juden in Wilno, 1921 — 1925.

str. 167 p.

E. Czarnecki.

3. Odczyn gorączkowy zwierząt pozbawionych tarczycy pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego.

3. Réaction fébrile der animaux éthyroidés sous l'influence des injections intraveineuses du bleu de méthylène.

str. 177 p.

4. Protokoły posiedzeń Wil. Tow. Lekarsk.

4. Société de Médecine de Wilno.

str. 189 p.

5. Nowe książki.

5. Livres nouveaux.

str. 206 p.

6. Wiadomości bieżące.

6. Chronique.

str. 209 p.

7. Résumé des travaux contenus dans les N-o 4 — 5 du III vol.

W I L N O,

NAKLAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Adres redakcji Pamiętnika Wil. Tow. Lek.:

Wilno — Zamkowa 24 — Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

KOMITET REDAKCYJNY.

WYDZIAŁ:

Redaktorowie: Prof. S. Trzebiński i Prof. K. Opoczyński.

Redaktor administracyjny: Dr. M. Minkiewicz.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. L. Czarkowski

Prof. A. Januskiewicz

Dr. C. Szabad

Dr. W. Jabłonowski

Prof. W. Jasiński

Prof. J. Szmurło

Dr. Z. Jakubowski

Dr. A. Safarewicz

Dr. A. Wirszubski

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką:

Rocznie—15 zł. Półrocznie—8 zł. Zeszyt pojedynczy 2 zł. 50 gr.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka trzecia strona 40 zł. Ogłoszenia za tekstem 1 strona 40 zł.

„ czwarta strona 50 zł. „ „ „ ^{1/2} „ 20 zł.

Cwierć strony 10 zł.

Ósma część strony 5 zł.

Wszelkie wkładki według umowy.

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO NIEPRZYJĘCIA OGŁOSZENIA.

Ogłoszenia i prenum. należy przysyłać pod adresem:

Wilno, ul. Portowa 14 (dawn. 6-D) m. 3. Dla d-ra Jakubowskiego.



ś. p. Władysław Zahorski.

Dnia 24-go sierpnia r. b. wyrwała śmierć z naszego tu grona w Wilnie, po długich 5-cio miesięcznych cierpieniach, zacnego Kolegę, a niepowzedniego człowieka, obywatela i lekarza, doktora Władysława Zahorskiego.

Te względy skłaniają do skreślenia na tem miejscu, krótkiego z konieczności opisu jego żywota.

Ś. p. Władysław Zahorski urodził się dnia 1-go października 1855 roku w powiatowym mieście Świącianach z ojca Bronisława również lekarza i matki Marji z Zasławskich.

W roku 1865 z nakazu władz moskiewskich ojciec musiał wyjechać do Permu, a w parę lat potem do Ufy, gdzie objął stanowisko gubernjalnego inspektora lekarskiego. Tak „najtąskawszy“ rząd osładzał gorzki los wygnańca. Pani Zahorska z trójgiem drobnymi dziećmi pozostawała narazie w Wilnie. W tem mieście rozpoczął najstarszy syn, Władzio, początkowe nauki, najprzód na znanej wówczas na wileńskim gruncie pensji panien Gejslerówien, potem od pierwszej klasy, w gimnazjum.

Wkrótce wszakże cała rodzina udała się do ojca do Ufy, gdzie ś. p. Władysław ukończył szkoły w r. 1878 poczem studjował medycynę w Uniwersytecie

Moskiewskim, gdzie słuchał głośnych naówczas profesorów Zacharjina (klinika chorób wewnętrznych) i Filatowa—pedjatri. Wnet po ukończeniu medycyny mianowano go lekarzem powiatowym w Ekaterynburgu (na Uralu), zaś od r. 1885—1892 zamieszkał w Czelabińsku jako lekarz szpitalny, więzienny, oraz zastępujący powiatowego i wojskowego.

Łatwo się domyśleć, że była to praca nad siły i możność jednego człowieka. Gdy jeszcze musiał przebyć oba tyfusy, kolejno brzuszny i wysypkowy, gdy nadto poczęła nie na żarty gryźć i młodą żonę i samego doktora tęsknota do kraju — porzucił Zahorski w marcu roku 1892 wcale dobre pod względem materialnym posady i wraca z rodziną z razu do Kiejdan. Po kilkumiesięcznym tam pobycie z początkiem roku 1893 osiedla się w Wilnie i przebywa tu w ciągu 34-letniego lat na jednym stałym mieszkaniu. Służy tu wytrwale, a miłośnik sprawy narodowej zarówno na polu lekarskim, jak naukowo-literackim, w dziedzinie przeważnie historycznej, na polu wychowawczym i społecznym. Warunki ówczesne polityczne były wręcz takiej działalności wrogię. Łada nieostrożność groziła następstwami zwichnięcia losu sobie i najbliższym.

Trzeba bowiem było działać tajnie pod czujnym okiem zaborcy. Nie zrażało to bynajmniej Zahorskiego i nie odstręczało od pracy. Szedł gdzie było potrzeba i nigdy z ust jego nikt nie posłyszał zastrzeżeń co do niebezpieczeństwa grożącego żonie i dzieciom. Brak miejsca nie pozwala mi szerzej się nad tem rozwodzić. Dość, że ś. p. Władysław Zahorski zamieszkawszy w Wilnie, od razu prawie od pierwszego dnia, podzielił swój czas i pracę na 2 części: t. zw. legalną, jawną i — tajną, konspiracyjną, a tej drugiej poświęcał i czasu i trudu o wiele więcej.

Tem więcej, że pole do pracy było rozległe — pracowników zaś omal. Inteligencji polskiej w Wilnie było jakieś 300—350 rodzin. Należeli do niej: urzędnicy banków ziemskiego i handlowego około 250, kilkudziesięciu lekarzy, po kilkunastu księży, adwokatów, aptekarzy i zamożniejszych kupców. Liczne rzesze urzędników państwowych, nauczycieli, kolejarzy — składały się z Moskai. Musieli więc ludzie miłujący sprawę narodową — rozdawać się. Z 40 zł. — jednej strony oddawać czas i trud swojej chlebobodajnej specjalności i z drugiej 20 zł. — bezinteresownej ofiarnej pracy dla dobra ogólnego. Tak też uczynił Zahorski. Na polu tej ostatniej pracy ofiarność stała w pierwszym rzędzie. Dowody owych uzdolnień w tym kierunku jął składać bardzo wcześnie. Już bowiem w roku 1881 zakłada Koło Polskie w Uniw. moskiewsk. i układa dlań ustawę — która przetrwała lat 20 bez zmiany.

Nie mam możności na tem miejscu rozwodzić się obszernie nad tym przedmiotem. Warto aby ktoś opracował go specjalnie, a szczegółowo. Dotknę tu tylko pobieżnie stawiając na pierwszym planie działalność z konieczności tajną. Tak więc w r. 1898 jest ś. p. Zahorski członkiem obchodu stulecia urodzin Adama Mickiewicza. Od r. 1900—1907 członkiem oświaty narodowej na Litwie. W r. 1901 — Koła Odczytowego. (Wygłosił 18 odczytów z dziejów Polski dla uczniów, rzemieślników, szwaczków — naturalnie pokryjomu). Od r. 1901 — 1908 członkiem i wice-prezesem Towarzystwa Miłośników Starożytności inaczej zwa-

nego „Kółkiem archeologicznym“, które w r. 1908 złożyło się z Tow. Przyjaciół Nauk. W r. 1905 zostaje członkiem honorowym „Bratniej pomocy” uczniów szkół średnich. W latach 1919—1920 uczestniczy w kursach dla Sióstr Miłosierdzia, wykłada pielęgniarstwo.

Gdy niepomyślna dla Moskwy wojna z Japonją—zmusiła rząd pierwszego z tych państw do zwolnienia nieco ucisku i w Wilnie, poczęto raźniej i jawnie już krzątać się koło sprawy narodowej. W r. 1904/5 przewodniczy Zahorski w Komitecie redakcyjnym pierwszego od roku 1864 pismka zbiorowego: „Z nad Wilji i z nad Niemna“, które niebawem ukazało się w druku nakładem księgarni Makowskiego. W roku 1904 pisze ustawę dla Domu św. Jadwigi istniejącego po dzień dzisiejszy. W czerwcu 1905 r. korzystając z osobistej znajomości z ówczesnym generał-gubernatorem Światopołk-Mirskim—wyjednywa zezwolenie na trzy przedstawienia teatralne w języku polskim poraz 1-szy od roku 1863. Krząta się wspólnie z hr. Władysławem Tyszkiewiczem koło ich urzędzenia. Zjechał wówczas zespół artystyczny teatru Rozmaitości z Warszawy—podejmowany z nieopisanym entuzjazmem przez publiczność.

W jesieni tegoż r. 1905 zwołał Zahorski wiec rodziców w sprawach szkolnych, przewodniczył na nim, poczem wspólnie z nieżyjącym mecenasem Bernatowiczem i p. Zofją Paszkowską nauczycielką, ułożył memoriał przesłany ministrowi oświaty. 1905 r. w grudniu wszedł do redakcji tygodnika dla ludu „Zorza“ (od roku 1910 „Jutrzenka“), gdzie pracował do zwinięcia tego pisma w roku 1914 z powodu wojny; umieścił w niem 29 artykułów treści popularno-lekarskiej i historycznej. W r. 1907 wybrano go do Zarządu i Rady Nadzorczej „Oświaty“, Towarzystwa świeżo wówczas powstałego do życia po roku przez moskali zamkniętego. W r. 1906 był wybrany na członka „Biura Związku powszechnego rodziców uczącej się młodzieży“, napisał i rozesłał odezwę do rodziców i młodzieży.

W r. 1907 był jednym z inicjatorów i założycieli T-wa Przyjaciół Nauk. Wybrano go w tymże roku na wice prezesa rzekomego T-wa, zaś w r. 1916 po nagłym zgonie prezesa Kurczewskiego został prezesem, którą to godność piastował aż do śmierci.

W r. 1908 zaproszono Zahorskiego na lekarza Związku robotników w Wilnie (posada honorowa). W r. 1909 został jednym z kuratorów Tow. Popierania Pracy Społecznej im. Józefa i Stanisława Montwiłłów. W r. 1910 zaproszony na Kongres Polski w Waszygtonie z powodu postawienia pomnika Kościuszki dla wygłoszenia odczytu. Pojechać nie mógł, posłał referat o współczesnej prasie polskiej na Litwie, drukowany w Księdze Pamiątkowej Kongresu. W tymże roku z powodu kłamliwego memoriału Litwomianów o stosunku Litwinów do Polaków zaproszony do komitetu księży, ułożył odezwę do wybitnych uczonych polskich—o naukowe zabicie kłamstw w memoriale litewskim zawartych. Skutkiem tej odezwy, podpisanej przez Zahorskiego i prałata ks. Majewskiego, w połowie r. 1911 wyszła gruba księga p. t. „Polska i Litwa w stosunku dziejowym“.

W styczniu r. 1920 mianowany lekarzem Uniwersytetu Stefana Batorego.

W styczniu r. 1921 został zaproszony na lekarza szkolnego gimn. im. Lelewela. Obowiązek ten z całym oddaniem się spełniał do zgonu. Od 4 czerwca 1923 r. wybrany na prezesa Zarządu towarzystwa „Rozwój“, zrzekł się tej godności 5-go marca 1925 roku. W tymże r. 1925 był jednym z założycieli i członkiem Zarządu Związku Zawodowego Literatów Polskich w Wilnie.

Wyliczyliśmy tu zaledwie drobną część udziału ś. p. D-ra Zahorskiego w najróżnorodniejszych T-wach społeczno-narodowych. Nie mniejszy udział brał i w życiu lekarskim. Od r. 1893 członek Tow. Lekarskiego Wil., od r. 1894—1897 jego sekretarz. W r. 1902 jeden z założycieli i członek Zarządu T-wa Dorażnej pomocy Lekarskiej w Wilnie, od r. 1902—1919 sekretarz, usunięty wraz z całym Zarządem przez bolszewików. W sierpniu r. 1918 jeden z założycieli Związku Lekarzy Polaków.

Pozatem pracował literacko. Bibliografja drukowanych artykułów Zahorskiego w 33-ch rozmaitych czasopismach wynosi Nr. 126, w czym lekarskich 20. Oddzielnie wyszły następujące prace:

1. Zarys dziejów Ces. Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie (1805 — 1895). Warszawa 1898.
2. Troki i Zamek Trocki. Warszawa 1902.
3. Katedra Wileńska z planami i ilustr. Wilno 1904.
4. Kościół św. Anny w Wilnie. Wilno 1905.
5. Szymon Konarski. Życie i czyny. Wilno 1907.
6. Przewodnik po Wilnie. 1910 r., wyd. II—1921, III—1922, i IV—1924.
7. Odpowiedź na odpowiedź litwinów w r. 1910.
8. Pamiętniki prof. Józefa Franka. 3 tomy. Wilno 1913. Przetłumaczył z francuskiego, przedmową i objaśnieniami opatrzył.
9. Dziesięciolecie Tow. Dorażnej Pomocy Lekarskiej w Wilnie. (1902—1912). Wilno 1913.
10. Rzut oka na 125 lat walki narodu polskiego o niepodległość. Wilno 1919.
11. Legendy i podania wileńskie. Wilno 1925.

W rękopisie pozostawił pamiętniki i słownik biograficzny wybitnych i zasłużonych wileńczyków.

Prócz tego w latach 1887—1905 ogłosił w języku moskiewskim 20 prac w czym 17 z dziedziny medycyny. Wspomnieć tu wreszcie muszę o pracy Zahorskiego z lat młodości, uniwersyteckich. W r. 1880 przełożył z języka polskiego na moskiewski Kraszewskiego: „Hr. Brühl“ (pomieścił w 2-ch tomach wydrukowaną w „Biblioteka inostranych romanow“ w Moskwie) i „Stracony“ Orzeszkowej — w „Obszczestwiennyja Zapiski“ tamże w r. 1883.

Tak się przedstawia w krótkim, a niezupełnym zarysie działalność narodowo-społeczna, lekarska i literacka ś. p. Władysława Zahorskiego. W miarę upływu lat znajdowała ona coraz większe uznanie wśród społeczeństwa. U schyłku żywota był członkiem honorowym następujących towarzystw: Dorażnej pomocy lekarskiej; lekarskich: krakowskiego, wileńskiego; Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie; Krajoznawczego; Miłośników Wilna; T-wa Przyjaciół Nauk w Wilnie, Związku literatów polskich w Wilnie.

Akademja Umiejętności w Krakowie wybrała go w r. 1907 na współpracownika komisji bibliograficznej, zaś w r. 1908 na członka i współpracownika komisji do badania sztuki w Polsce. W r. 1922 Akademja Nauk Lekarskich na członka korespondenta.

14-go listopada 1925 roku Uniwersytet Stefana Batorego na uroczystej Akademji nadał ś. p. Władysławowi Zahorskiemu stopień doktora medycyny honoris causa. Wreszcie Prezydent Rzeczypospolitej w dniu 3 maja w uznaniu zasług na polu społeczno-narodowem i naukowem obdarzył go Krzyżem Komandorskim orderu Polska Odrodzona. Wzruszająca zaiste była chwila wręczenia orderu. Dokonał tego Pan Wojewoda Wileński w początkach lipca 1927 roku w mieszkaniu obłożnie i beznadziejnie chorego D-ra Zahorskiego w obecności córki zmarłego pani Haliny Szadurskiej, naczelnika wojewódzkiego Wydziału Zdrowia D-ra Kozłowskiego, Naczelnego lekarza miasta D-ra Minkiewicza i niżej podpisanego. Pan wojewoda Raczkiewicz w krótkiej przemowie wspomniął i o tem, jak będąc jeszcze młodzieńcem zapoznał się z pracami Zahorskiego i z nich korzystał.

Obdarowany jak gdyby odżył, skrzepił się i stanowczo rzecz można, iż ten dowód uznania ze strony Głowy Państwa — przedłużył schorzałemu życie jeszcze na parę tygodni. J'ai vécu une vie pleine et assere utile Taki epigraf umieścił Władysław Zahorski nad swoim Curriculum vitae. Orzekł najzupełniej słusznie. Należałoby uczynić tę tylko poprawkę, że było to życie zupełne i *bardzo* pożyteczne.

Ludwik Czarkowski.



... w roku 1917...
... w roku 1918...
... w roku 1919...
... w roku 1920...
... w roku 1921...
... w roku 1922...
... w roku 1923...
... w roku 1924...
... w roku 1925...
... w roku 1926...
... w roku 1927...
... w roku 1928...
... w roku 1929...
... w roku 1930...
... w roku 1931...
... w roku 1932...
... w roku 1933...
... w roku 1934...
... w roku 1935...
... w roku 1936...
... w roku 1937...
... w roku 1938...
... w roku 1939...
... w roku 1940...
... w roku 1941...
... w roku 1942...
... w roku 1943...
... w roku 1944...
... w roku 1945...
... w roku 1946...
... w roku 1947...
... w roku 1948...
... w roku 1949...
... w roku 1950...
... w roku 1951...
... w roku 1952...
... w roku 1953...
... w roku 1954...
... w roku 1955...
... w roku 1956...
... w roku 1957...
... w roku 1958...
... w roku 1959...
... w roku 1960...
... w roku 1961...
... w roku 1962...
... w roku 1963...
... w roku 1964...
... w roku 1965...
... w roku 1966...
... w roku 1967...
... w roku 1968...
... w roku 1969...
... w roku 1970...
... w roku 1971...
... w roku 1972...
... w roku 1973...
... w roku 1974...
... w roku 1975...
... w roku 1976...
... w roku 1977...
... w roku 1978...
... w roku 1979...
... w roku 1980...
... w roku 1981...
... w roku 1982...
... w roku 1983...
... w roku 1984...
... w roku 1985...
... w roku 1986...
... w roku 1987...
... w roku 1988...
... w roku 1989...
... w roku 1990...
... w roku 1991...
... w roku 1992...
... w roku 1993...
... w roku 1994...
... w roku 1995...
... w roku 1996...
... w roku 1997...
... w roku 1998...
... w roku 1999...
... w roku 2000...

Rodzenie się i umieralność żydów w Wilnie w latach 1921—1925.

Podał D-r C. SZABAD.

Jako dodatek do ogłoszonej przezemnie statystyki śmiertelności i urodzeń Żydów w Wilnie w latach 1911—1920, podaję tu statystyczne dane z następujących 5-ciu lat 1921 — 1925, zestawione podług tego samego planu, co i poprzednie.

Bezwzględna liczba zmarłych Żydów w Wilnie (prócz martwo-urodzonych) była: 1921 r.—694, 1922 r.—768, 1923 r.—610, 1924 r.—652, 1925 r.—634, przeciętnie 671,6 rocznie. Z tych bezwzględnych liczb widzimy już, że średnia liczba zmarłych rocznie, w porównaniu z przeszłymi latami, znacznie się zmniejszyła, pomimo, że liczba mieszkańców miasta bez wątpienia wzrosła.

Podział zmarłych podług miesięcy (patrz diagramy i tabl. I) daje nam krzywą, niepodobną co do kształtu do krzywych śmiertelności w innych miastach (względnie u innych narodowości). A mianowicie: 1) niewielkie wahania wogóle, t. j. niewielka różnica między maximum i minimum i 2) maximum przypada nie na letnie, lecz na zimowe miesiące.

Tablica I.

Podział zmarłych podług miesięcy (liczby bezwzględne).

Miesiące Lata							I-sze Półrocze							II-gie Półrocze	Przez cały rok
	I	II	III	IV	V	VI		VII	VIII	IX	X	XI	XII		
1921	70	81	70	63	53	53	390	56	33	44	51	60	60	304	694
1922	77	98	60	59	58	51	403	55	43	56	59	64	88	365	768
1923	46	52	50	60	49	38	295	54	40	42	51	54	74	315	610
1924	84	67	69	59	56	49	384	50	34	36	50	49	49	268	652
1925	51	51	60	67	52	63	344	48	42	40	40	51	69	290	634
Przeciętnie	65,6	69,8	61,8	61,6	53,6	50,8	363,2	52,7	38,4	43,6	50,2	55,6	58,0	308,4	671,6

Wyraźniej widać to, jeżeli podzielimy liczby zmarłych podług pór roku. (Tabl. II). Przeciętnie w ciągu 5 lat zmarło: zimą — 203,4 (maximum), wiosną — 177,0, jesienią — 149,4, latem — 141,8 (minimum).

Tablica II.

Podział zmarłych podług pór roku.

Pora Rok	Zima	Wiosna	Lato	Jesień	R a z e m
1921	211	186	142	155	694
1922	263	177	149	179	768
1923	172	159	132	147	610
1924	200	148	133	135	652
1925	171	179	153	131	934
Przeciętnie	203,4	177,0	141,8	149,4	3358

Co się tyczy współczynnika śmiertelności, to, niestety, nie mamy dokładnych danych o liczbie mieszkańców naszego miasta. Podług posiadanych przezemnie oficjalnych danych z roku 1923 na 167.454 mieszkańców Wilna było Żydów 56.163 (33,5%). W stosunku do liczby zmarłych w roku tym otrzymamy *współczynnik śmiertelności* około 11 pro mille. Mały współczynnik śmiertelności wśród Żydów wileńskich (w rzeczywistości jest on mniejszy, gdyż Wilno liczy Żydów około 75 — 80 tys.) tembardziej zdumiewa nas, że stan sanitarny naszego miasta pod wieloma względami jest gorszy, niż w wielu nawet miastach Polski (niedokończona kanalizacja i wodociągi; ulice, place i domy brudne; domy nieremontowane i t. d.), a ludność żydowska w większości swej jest biedna i żyje w najgorszych, antysanitarnych warunkach.

Pewne wytłumaczenie zadziwiająco małej śmiertelności Żydów w Wilnie znajdziemy w *małej śmiertelności dzieci*.

Już w diagramach rzuca się w oczy mała wysokość śmiertelności dziecinnej (dolna krzywa). Ona właśnie tłumaczy tę względnie małą falistość ogólnej krzywej miesięcznej, na którą wskazywaliśmy wyżej. Jak wiadomo, wielkość śmiertelności wogóle zależy głównie od wielkości śmiertelności dzieci. Od tego zaś zależą i silne wahania miesięczne, i maximum śmiertelności, zaobserwowane w większości wypadków w letnich miesiącach: dzieci najwięcej umierają latem (biegunka, ostry nieżyt jelit i żołądka). W naszych diagramach wahania miesięczne śmiertelności dzieci po 1 - sze są bardzo nieznaczne, a nieraz ich wogóle brak (np. w 1923 r.), a po 2 - gie niezawsze idą równolegle z ogólną śmiertelnością.

Tablica III.
Bezwzględne liczby zmarłych dzieci.

L A T A	Dzieci do 5 lat		Dzieci do 1 roku		
	Liczba bezwzględna	^{0/0} w stosunku do ogólnej liczby zmarłych	Liczba bezwzględna	^{0/0} w stosunku do wszystkich zmarł. do 5 lat	^{0/0} w stosunku do ogólnej liczby zmarłych
1 9 2 1	161	23,2	87	54,0	12,5
1 9 2 2	145	19,1	87	59,1	11,3
1 9 2 3	153	25,1	91	59,5	14,9
1 9 2 4	107	16,4	71	66,3	10,9
1 9 2 5	154	24,3	78	45,5	11,4
Przeciętnie	144,0	21,3	81,2	57,8	12,1
Razem	720		406		

Wracając do bezwzględnych liczb zmarłych dzieci (tabl. III), widzimy, że dzieci do 1-go roku życia zmarło: w 1921 r. — 87, 1922 — 87, 1923 — 91, 1924 — 71, 1925 — 70; przeciętnie — 81,2 rocznie. Dzieci do 5-go roku życia w odpowiednich latach zmarło: 161, 145, 153, 107, 154; przeciętnie—144 rocznie. W stosunku do ogólnej liczby zmarłych, % zmarłych dzieci do 1-go roku życia wynosi przeciętnie 12,1, a do 5-go roku życia 21,3. Procent ten w porównaniu z innymi statystykami jest nadzwyczaj mały (w niektórych miejscowościach dochodzi on do 50%) i mniejszy nawet od tego, jaki zaobserwowano wśród Żydów wileńskich przed wojną (1911 — 1913).

Lepiej jeszcze charakteryzuje wielkość śmiertelności dzieci, jak wiadomo, zestawienie liczby zgonów z liczbą urodzeń.

W r. 1921 urodziło się 1180 dzieci; w r. 1922 — 1451, 1923 — 1500, 1924 — 1302, 1925 — 1275; przeciętnie — 1341,6, t. j. około 23,9 *pro mille* (na 1000 mieszkańców).

Jeżeli zestawić te daty z datami urodzeń z poprzednich 10 lat, to wyraźnie widzimy, że urodzenia wśród Żydów wileńskich, które znacznie spadły w latach wojny, stopniowo wracają do poprzedniej wysokości: z 546 w r. 1918 podnoszą się w 1919 r. do 995, w 1920 — 1014 i dochodzą w r. 1923 do 1500, osiągając prawie tę samą wysokość, co w r. 1913 (1502). Ale w następujących trzech latach urodzenia spadają — 1302, 1275 i 1057 — chociaż ludność napewno się nie zmniejszyła. Przeciętna roczna liczba urodzeń w ciągu 4 lat przedwojennych (1911—1914) — 1619,5 spadła do 1341,6, przeciętnej z ostatnich 5 lat. Te liczby odpowiadają (coprawda w mniejszym stopniu) dającej się w wielu miastach zauważyć tendencji spadku urodzeń wśród ludności żydowskiej.

Jeżeli teraz zestawimy śmiertelność dzieci i urodzenia (tabl. IV), to widzimy, że na 100 urodzonych zmarło dzieci do 1-go roku życia: w r. 1921—7,3%; w 1922 — 6,0%; w 1923 — 6,0%; 1924 — 5,4%; 1925 — 5,5%; przeciętnie — 6,6%.

Tablica IV.

Urodzenia i śmiertelność dzieci (liczby bezwzględne)

Rok	Urodziło się			Z M A R Ł O											
				Do 1-go roku życia						Do 5 roku życia					
	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	0/0	Dziew.	0/0	Razem	0/0	Chłop.	0/0	Dziew.	0/0	Razem	0/0
1921	607	573	1180	46	7,9	41	7,6	87	7,3	81	—	80	—	161	13,7
1922	744	706	1451	56	7,3	31	4,4	87	6,0	88	—	59	—	147	10,1
1923	772	728	1500	50	6,5	41	5,6	91	6,0	78	—	75	—	153	10,2
1924	670	632	1302	28	4,2	43	6,8	71	5,4	49	—	58	—	107	8,2
1925	656	619	1275	37	5,9	33	5,3	70	5,5	82	—	72	—	154	12,0
Razem	3450	3258	6708	217	6,28	189	5,8	406	6,6	378	10,9	344	105	712	10,7

Do 5-go roku życia zmarło: 1921 — 13,7%; 1922 — 10,1%; 1923 — 10,2%; 1924 — 8,2%; 1925 — 12,0%, przeciętnie — 10,7%.

Podany procent śmiertelności dzieci należy bezwarunkowo uważać za nieznacznym. On też tłumaczy mały ogólny współczynnik żydowskiej śmiertelności w Wilnie. Zaś przyczyny małej śmiertelności dzieci wśród Żydów podałem już w poprzedniej pracy. Bez wątpienia gra tu poważną rolę rozwój społecznych instytucyj lekarskich wśród Żydów, z których w pierwszym rzędzie należy wymienić poradnię dla matek (kropla mleka) i dla ciężarnych.

Jak już wspomniano w poprzednich badaniach, nie miałem niestety możliwości otrzymania danych, dotyczących się śmiertelności i urodzeń wśród całej ludności. W Magistracie otrzymałem zaledwie szczupłe ogólne dane z 8 miesięcy 1925 roku. Z nich widać, że u nieżydów do 1-go roku życia umierało 16,6 na 100 urodzonych (u Żydów 6,3%), a do 5-go roku życia 24,1% (u Żydów 12,6%). Tak więc i oficjalne dane pokrywają się z moimi liczbami.

Tablica V.

Martwo-urodzeni.

R o k	Żywo-urodz.	Zmarło	MARTWO-URODZENI		
			I l o ś ć	Na 100 zmarłych	Na 100 żywo-urodz.
1921	1180	694	76	10.9	6.4
1922	1451	768	86	10.9	5.8
1923	1500	610	77	12.6	5.1
1924	1302	652	86	13.2	6.1
1925	1275	624	74	11.8	5.8
R a z e m	6708	3348	Przec. 397	11.8	5.8

Tu powtarza się ten sam typ krzywej, który obserwowałem w poprzednich latach, ale bardziej jeszcze pomyślny w stosunku do śmiertelności dzieci, t. j. % śmiertelności dzieci jest *mniej* (23,5), niż starców (32,9). Uważamy to za *charakterystyczne dla śmiertelności żydów*.

Tablica VII.

R u c h l u d n o ś c i.

R O K	Urodzeń	Zgonów	Różnica na 100 urodzeń
1921	1180	694	+ 41,2%
1922	1451	768	+ 47,1%
1923	1500	610	+ 59,3%
1924	1302	652	+ 49,1%
1925	1275	634	+ 50,2%
1926	1057	733	+ 30,6%

Z przytoczonych danych jest już jasnym, że w ciągu ostatnich 5—6 lat obserwujemy *przyrost naturalny* ludności żydowskiej (tab. VII). W r. 1921 na 1180 urodzeń było zgonów 694 (różnica + 41,2%); 1922 r. — 1451 i 768 (różnica + 47,1%); 1923 r. — 1500 i 610 (różnica + 59,3%); 1924 r. — 1302 i 652 (różnica + 49,1%); 1925 — 1275 i 634 (różnica + 50,2%); 1926 na 1057 urodzeń było 733 zgonów (różnica + 30,6%).

Tak więc od 1921 roku rozpoczyna się po raz pierwszy po *wojnie przewyżka liczby urodzeń nad liczbą zgonów*. W ciągu tych ostatnich 5 lat przewyżka ta wynosiła w liczbach bezwzględnych 3350 ludzi (6708 urodz. — 3358 zgonów). Jednak liczba ta nie pokrywa nawet i połowy tej straty ludzi, jaką poniosła ludność m. Wilna, w latach wojny i po wojnie wskutek przewyżki śmiertelności nad urodzeniami. Od 1915 r. — do 1920 r. zmarło Żydów razem 11890, a urodziło się 5185, t. j. strata wynosiła 6705 ludzi.

Przy przeglądzie *przyczyn śmierci* możemy zanotować następujące momenty (tabl. VIII).

Tablica VIII.

Przyczyny śmierci.

		Ogólna liczba zmarłych		Dzieci do 5 roku życia	
		Liczba bezwzględna	%	Liczba bezwzględna	%
1	Ostre zakaźne choroby. (Tyfus, krup, błonica, ospa, kszusiec, grypa i in.)	134	3.9	69	9.6
2	Meningitis, encephalitis	172	5.1	98	13.6
3	Pozostałe ostre zakaźne choroby	11	0.3	6	0.8
4	Gruźlica	279	8.4	37	5.1
5	Chor. narządów trawienia	245	7.3	81	11.3
6	Chor. narząd. oddech.	753	22.5	268	37.3
7	Chor. serca i naczyń	624	18.7	5	0.7
8	Chor. dróg moczowych	155	4.7	7	0.9
9	Chor. nerwów i mózgu	52	1.3	11	1.5
10	Chor. krwi	138	4.1	24	3.3
11	Nowotwory (rak, sarkoma)	317	9.5	2	0.3
12	Charlactwo, wyczerpanie	336	10.0	95	13.2
13	Różne chor., nieznan. chor., nieszcz. wypadki i inne	142	4.2	17	2.4
R A Z E M		3358	100.0	720	100.0

1. *Na ostre zakaźne choroby*, (w tej liczbie podałem również dziecięce zakaźne choroby: płonicę, odrę, błonicę, krup, kszusiec i inne, a także encephalitis, grypę i inne) przeciętnie w ciągu 5 lat było z ogólnej liczby zmarłych 9,3%, t. j. % większy niż w latach przedwojennych.

Większe znaczenie mają liczby bezwzględne. W ciągu ostatnich 5 lat zmarło przeciętnie 63,4 rocznie. Liczby te są nie mniejsze, niż przed i po wojnie. Liczby te zresztą okażą się mniejszemi, jeżeli z ogólnej sumy zmarłych na ostre zakaźne choroby (317) odejmujemy zmarłych na *meningitis i encephalitis* (172). W udziale tym chorobom przypadło: 1921—40 ludzi (5,8% wszystkich zmarłych), 1922—33 (43%), 1923—40 (6,5%), 1924—28 (4,6%), 1925—31 (4,9).

Ponieważ część zmarłych na „meningitis“ powinna być zaliczona raczej do *meningitis tuberculosa*, niż do *epidemic*, więc to zmniejszyłoby procent zmarłych na ostre zakaźne choroby, ale powiększyłoby śmiertelność *na gruźlicę*.

Że moje przypuszczenie, iż część zmarłych na *meningitis* powinna być

zaliczona do grupy gruźlicy, jest dosyć prawdopodobne, widać z tego, że z 172 zmarłych w ciągu tych 5 lat na „meningitis“ więcej, niż połowa (110) przypada na wiek *dziecinny* (do 10-ciu lat), a wiadomo, że meningitis epidemica wcale nie oszczędza dorosłych, a naodwrot meningitis tuberculosa głównie napastuje wiek dziecięcy.

Analizując między innymi śmiertelność dzieci na ostre zakaźne choroby, widzimy, że przez całe 5 lat w tej grupie (nie licząc meningitis i encephalitis) było dzieci w wieku do 5 lat razem 75, a do 10 lat 82. Z nich zmarło na płonicę — 34, na krup i błonicę — 17, na krztusiec — 9, na ospę — 7, na tężec (noworodk.) — 4. Godnem uwagi jest to, że na kartkach lekarzy ani razu nie zanotowano, jako przyczyny śmierci *ani odry, ani dysenterji*.

2. Z innych przyczyn śmierci w ciągu tych 5 lat najważniejszą rzeczą jest rozpatrzenie śmiertelności *na gruźlicę* (wszystkich narządów). W ciągu 5 lat zanotowano 279 wypadków (przeciętnie 56,0). Stanowi to 8,4%, czyli 1/12 wszystkich zmarłych (a u dzieci 5,1%), t. j. zupełnie takż stosunek, jak w latach przedwojennych 1911 — 1915 i w roku poprzednim (1920).

W rzeczywistości jednak stosunek ten należy uważać za znacznie większy, ponieważ, jak wyżej wskazaliśmy, poważną część dzieci zmarłych na *meningitis* prawdopodobnie należy zaliczyć do gruźlicy. Prócz tego należy tu prawdopodobnie doliczyć też poważną część zmarłych na choroby narządów oddechowych (p. niżej). Jednak bezwzględne liczby zmarłych na gruźlicę w ciągu tych 5 lat są bezwarunkowo mniejsze. Tak w roku 1911 zmarło 98, 1912—85, 1913—114, 1914—128, 1915—131, 1916—208, 1917—496, 1918—302, 1919—272, 1920—99, podczas gdy w 1921 zmarło tylko 54, w 1922 — 66, 1923 — 58, 1924 — 59, 1925 — 42; w taki sposób w ciągu całych 5 lat zmarło prawie tyle, ile w jednym roku 1919.

3. Mniejszy procent, niż w latach poprzednich, stanowią grupy *chorób nerek i dróg moczowych* (155 wypadków czyli 4,7%), *charłactwo* (wrodzone, starcze) i *wyczerpanie* (336 wyp. czyli 10%). Coprawda ostatnia grupa jest jeszcze bardzo znaczna, ale z każdym rokiem bezwzględne liczby się zmniejszają; w r. 1921—77, 1922—68, 1923—75, 1924—62, 1925—54.

4. Śmiertelność na choroby *narządów trawienia* zajmuje co do ilości następną miejsce po gruźlicy, a mianowicie 245 wypadków (7,3% wszystkich zmarłych). Z tych dzieci do 5 roku życia było razem 81 (przeciętnie 16,2 rocznie), t. j. 11,3% wszystkich zmarłych w tym wieku. Wprowadza nas w zdumienie właśnie ta ich liczba, i ona to tłumaczy wogóle małą śmiertelność dzieci wśród Żydów wileńskich. W poprzednich 10 latach 63% z całej tej grupy przypada właśnie na wiek do 10 roku życia.

5. *Największa* liczba zgonów przypada na grupę chorób *narządów oddechowych*: 753 czyli 22,5% wszystkich zmarłych. W poprzednich 10 latach % ten wynosi przeciętnie tylko 17,3.

Liczba zmarłych dzieci do 5-go roku życia jest w tej grupie bardzo znaczna: 268 t. j. 37,3% wszystkich zmarłych w tym wieku, albo 35,6% zmarłych w tej grupie.

Wobec zmniejszenia się śmiertelności na *inne choroby*, duży procent w stosunku do wszystkich zmarłych przypada na grupę chorób *narządów krwionośnych* (serca i naczyń), a mianowicie 18,7% (w poprzednich 10 latach — 10%). Bezwzględna liczba 624 także winniśmy uważać za zbyt wielką. Przeciętnie umierało rocznie 124,8, podczas gdy w poprzednich 10 latach umierało przeciętnie nie o wiele więcej (161,5).

6. Liczba zmarłych na choroby *nerwów i mózgu* była w ciągu 5 lat znacznie mniejsza, niż w poprzednich 10 latach i to względnie (1,3% i 5,3% ogólnej liczby zmarłych) jak i bezwzględnie (przeciętnie 10,4 i 81,0 rocznie. Duży procent przypada na *choroby krwi* — 4,1, poprzednio — 1,9), chociaż bezwzględna liczba (przec. 27,6) była nieco mniejsza, niż przedtem (30,1).

7. Nie zmniejszyła się zupełnie liczba zmarłych na *złośliwe nowotwory*. W poprzednich 10 latach zmarło 754 ludzi (przec. 65,4), a w ciągu ostatnich 5 lat—317 (przec. 63,4) więcej niż na gruźlicę. Fakt ten jest bardzo ciekawy, ponieważ antagonizm między śmiertelnością z raka i śmiertelnością z gruźlicy notowano przez starych statystyków.

W stosunku do ogólnej liczby zmarłych grupa nowotworów złośliwych stanowi procent trochę większy (9,5%), niż grupa gruźlicy (8,4%). Według *wieku* liczba zmarłych na nowotwory rozkłada się następująco: 0—10 lat—2; 11—20 lat—7; 21—30 l.—7; 31—40 l.—11; 41—50 l.—50; 51—60 l.—88; 61—70 l.—91; 71—80 l. 51; 81 i wzwyż—10; tak więc na wiek powyżej 40 lat przypada 91% wszystkich wypadków. Według *organów* pierwsze miejsce (63%) zajmują nowotwory (rak) *narządów trawienia*: w ciągu 5 lat razem 200 wypadków. Następnie idą nowotwory *macicy i płuc*: po 13 (po 14,1%), zaś wszystkich pozostałych organów — 91.

8. Pozostaje jeszcze do rozpatrzenia ostatnia grupa przyczyn śmierci — *nieszczęśliwe wypadki: zabójstwa, samobójstwa i nieznane przyczyny*. W ciągu 5 lat razem było 142 wyp. które rozkładają się w sposób następujący: nieszcz. wyp. 40, zabójstwa — 26, samobójstwa — 36, nieznan. przyczyny — 40.

W taki sposób liczba zabójstw średnio (5,2) była nie o wiele większa, niż w latach normalnych (jeżeli pominąć 1919 r. i 1920 rok); nieszczęśliwych wypadków (8) nieco mniej (było 12,9), a samobójstwa (7,2) nieco więcej (było 6,7).

Samobójstwa szczególnie się zwiększyły w ostatnich dwóch latach (w 1924 roku — 11, 1925 — 9), kiedy samobójstwa wśród Żydów w Polsce przybrały charakter, że tak powiem, epidemiczny.

Na podstawie danych śmiertelności i urodzeń wśród Żydów wileńskich w latach 1921 — 1925 możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Krzywa śmiertelności potwierdza słuszność zanotowanego przezemnie przedtem faktu — nieznaczne wahanie miesięczne, nieznaczną różnicę między maximum i minimum, przyczem maximum przypada na zimę, a minimum — na lato.

2. *Spółczynnik śmiertelności* ma tendencję do znacznego *spadku*. W ciągu ostatnich 5-ciu lat nie przewyższa od 11 — 12 pro mille.

3. Zjawiska wskazane w obu punktach można głównie wytłumaczyć *nikłą śmiertelnością dzieci*. Na 100 urodzeń umierało średnio do 1-go roku życia— 6,6, a do 5-go roku życia — 10,7.

4. Liczba urodzeń, która spadła podczas wojny i w następnych po niej latach, w ciągu tych 5 lat znacznie się zwiększyła i stanowi w przybliżeniu 23,9 na 1000.

5. Liczba *martwourodzonych* stosunkowo mało się zmieniła.

6. Mężczyzn (głównie chłopców) umierało stosunkowo więcej, niż kobiet (dziewcząt).

7. Charakterystyczną — jak i w poprzednich 10 latach — jest mniejsza śmiertelność dzieci do 10 lat (23,5% wszystkich zmarłych) niż starców od 60 lat i wzwyż (32,9%).

8) W ciągu wymienionych 5 lat poraz pierwszy po wojnie daje się zauważyć *naturalny przyrost* ludności; przeciętnie różnica między liczbą urodzeń i zgonów wynosi 49,4%. Jednak przyrost ten (3350 ludzi) nie pokrywa nawet *połowy straty* lat wojennych i powojennych.

9) Spadek ogólnej śmiertelności odbił się nierównomiernie na różnych przyczynach śmierci. Liczba zmarłych na ostre *zakaźne choroby* (przeciętnie 63,4 rocznie) jest prawie taka sama, jak i przed wojną.

Z ostrych zakaźnych chorób (317) przypada przeszło połowa (172) na encephalitis i meningitis.

10. Z wszystkich zakaźnych chorób (199) wśród *dzieci do 10 roku życia* najwięcej ofiar ($\frac{1}{2}$) zabiera *meningitis* (110). Możliwie, że większa część przypada na meningitis tuberculosa; płonica—34, krup i błonica—17, krztusiec—9 i t. d.

11. Na gruźlicę (jeżeli nie liczyć się z mylnym określeniem przyczyn śmierci przez lekarzy), przypada $\frac{1}{12}$ wszystkich zmarłych; przeciętnie 56 rocznie, czyli około 1,0 na 1000 ludności.

12. Na choroby *narządów trawienia*, szczególnie mało zmarło *dzieci do 5-go roku życia*, przeciętnie 16,2 rocznie t. j. 11,3% wszystkich zmarłych w tym wieku. Ten fakt właśnie warunkuje małą śmiertelność dzieci wogóle. Znacznie więcej ofiar przypada na choroby *narządów oddechowych*, przeciętnie 150,6 rocznie (22,5% wszystkich zmarłych). Ta grupa zajmuje jeszcze większe miejsce w śmiertelności dzieci (37,3% wszystkich zmarłych dzieci do 5 roku życia).

13. Liczba zmarłych na choroby *organów krwionośnych* jest nie o wiele większą (124,8) niż w poprzednich 10 latach. Znacznie mniejszą jest liczba bezwzględna zmarłych na choroby *nerwów i mózgu*.

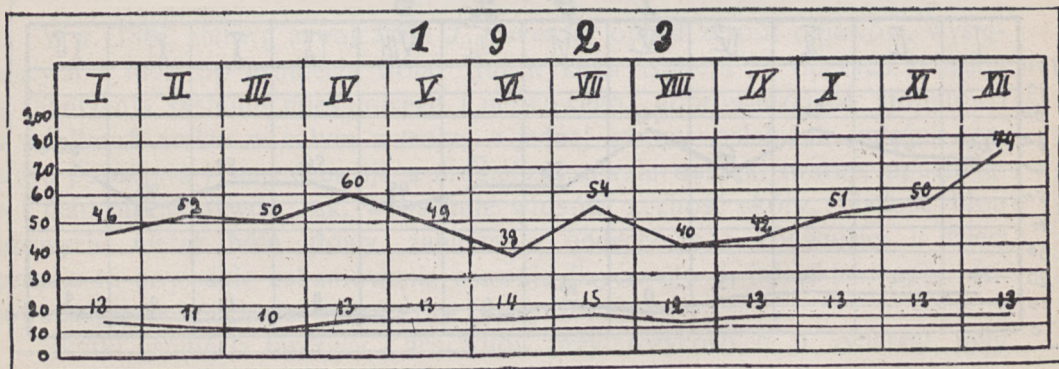
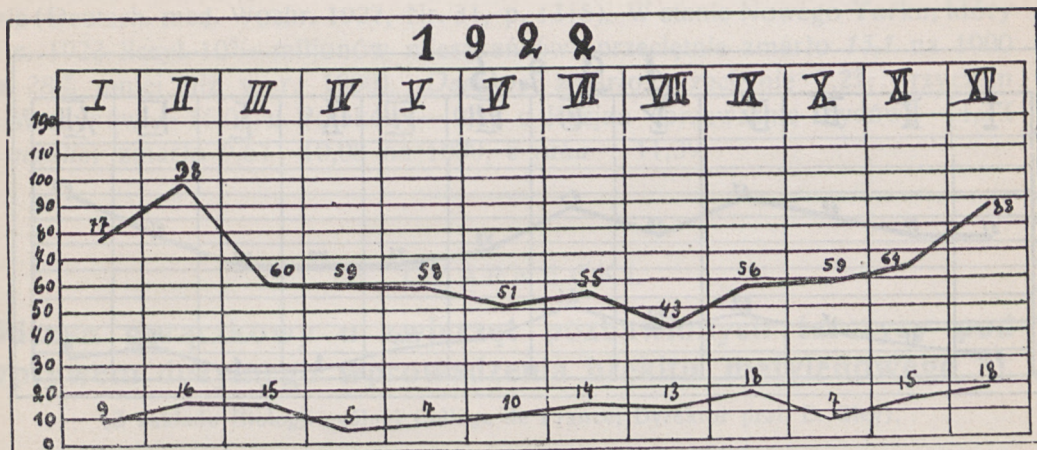
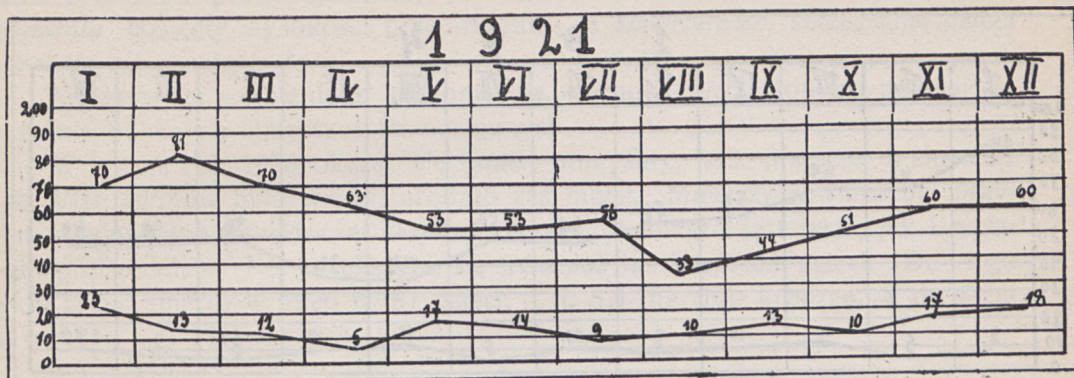
14. Nie zmniejszyła się wcale liczba zmarłych na *nowotwory złośliwe: przewyższa ona liczbę zmarłych na gruźlicę*: przeciętnie 63,4 rocznie czyli około 1,13 na 1000 mieszkańców.

15. Liczba nieszczęśliwych wypadków i zabójstw niewiele się różni od czasów normalnych, zaś liczba *samobójstw* nieco się zwiększyła, szczególnie przez ostatnie dwa lata.

Przytoczone dane charakteryzują, przypuszczam, w pewnej mierze biologiczne cechy ludności żydowskiej miasta, które przeżyło wojnę i okupację

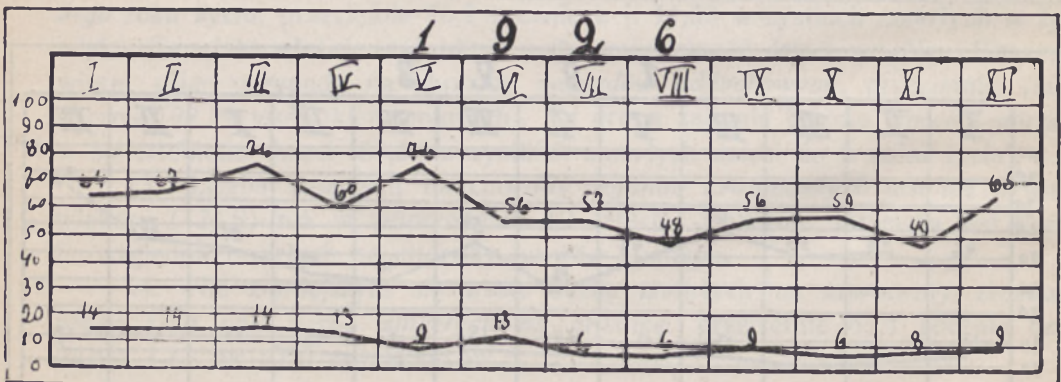
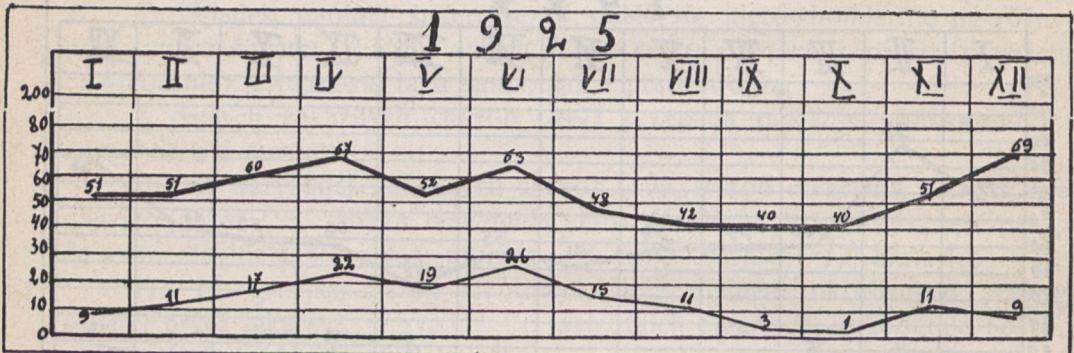
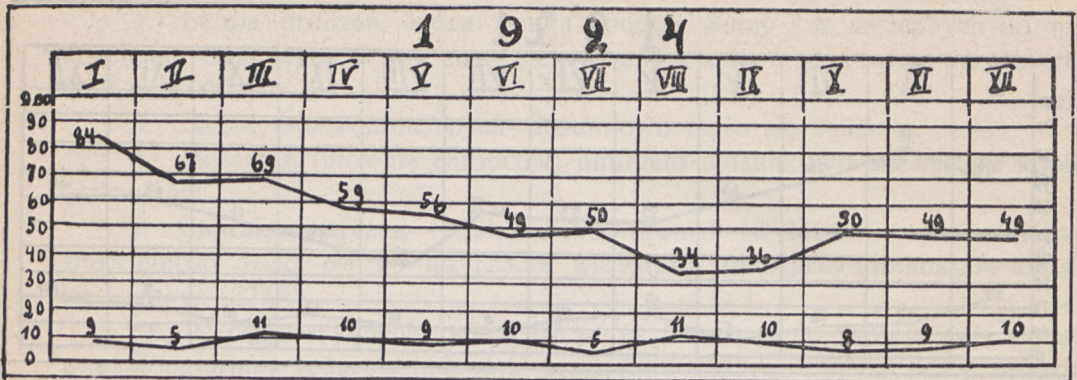
Bezwzględne liczby zgonów miesięcznych.

Czarna linja oznacza liczby ogólne; doina linja—liczby zgonów dzieci do lat 5-iu



Bezwzględne liczby zgonów miesięcznych.

Górna linja oznacza liczby ogólne; dolna linja—liczby zgonów dzieci do lat 5-ju.



i które przechodzi obecnie do warunków życia pokojowego. Pomimo znacznego pogorszenia się położenia ekonomicznego ludności żydowskiej w porównaniu z czasami przedwojennymi, pomimo antyosanitarnych warunków życia, *urodzenia* dosięgły wysokości przedwojennej, a *śmiertelność*, szczególnie *dzieci wyraźnie się zmniejszyła*.

Możliwa, że wymienione niepomyślne warunki życia dopiero później się wyraźnie odbiją na statystyce lat następnych.

W istocie rok 1926 okazał się mniej pomyślny, niż przeszłe 5 cio lecie (tab. VII): zgonów było więcej, urodzeń zaś mniej. Mniejszy również był przyrost. Jednak *typ miesięcznej krzywej zgonów* (p. diagr.) jest takiż, jak i w latach poprzednich. Nie zwiększyła się również *umieralność* dzieci. Do 1-go roku życia zmarło w 1926 r. 57 dzieci, t. j. 5,4 na 100 urodzeń, a do 5-ciu lat — 121, t. j. 11,4%.

* * *

Uwaga podczas korekty. Przytaczam nowsze statystyczne dane amerykańskie (Deutsch. med. Wochr. 1927, Nr. 31, p. 1315). W stanie Nowego-Yorku, który w r. 1923 liczył $10\frac{3}{4}$ milionów mieszkańców, przeciętnie zmarło 13,1 na 1000 (o 28% mniej niż w r. 1900). *Osesków* zmarło przeciętnie 7,2%; przyczem u Murzynów — 16,0, u Polaków — 9,8, u Rosjan (przeważnie Żydów) — 4,3% z *gruźlicy* zmarło 9,67—10,08 na 1000, z *raka* — 11,39.

E. CZARNECKI.

Odczyn gorączkowy u zwierząt pozbawionych tarczycy pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego *).

(Z zakładu Biologii ogólnej Collège de France; Dyrektor prof. E. Gley).

W S T Ę P.

W r. 1882 chirurg szwajcarski *J. Reverdin* opisał zespół objawów, występujących u ludzi po usunięciu wola. Już w kilka tygodni po operacji zjawiają się zaburzenia systemu mięśniowego i nerwowego, doprowadzające stopniowo do wybitnych zmian w całym ustroju; z jednej strony osłabienie mięśni, częścicowe porażenia i stan depresji, z drugiej zaś, trwale obrzęki twarzy, opuchnięcie i deformacje stawów rąk, wypadanie włosów, suchość skóry, błądosc błon śluzowych, nieraz bóle głowy, zaburzenia oddechowe i konwulsje; u dzieci operacja ta powoduje zahamowanie rozwoju fizycznego i intelektualnego, doprowadzając w końcu do matolectwa (kretynizmu).

Skutki usunięcia tarczycy i gruczołów przytarczycowych u zwierząt były poraz pierwszy opisane przez E. Gley'a w latach 1891—1893. Prace tego autora w sposób wybitny wykazały znaczenie, jakie posiadają gruczoły przytarczy-

*) W skróceniu wygłoszono na posiedzeniu Tow. Biolog. w dn. 7 maja b. r. (C. R. Soc. de Biol. T. XCVI 1927 r. str. 1190.

cowe dla ustroju zwierzęcego. Na plan pierwszy po całkowitem usunięciu aparatu tarczycowego u psów, kotów, lisów, królików, szczurów i t. p., zdaniem *Gley'a* 1) występują objawy nerwowe; po okresie apatii i przygnębienia psychicznego, którym niejednokrotnie towarzyszą częściowe porażenia, zwłaszcza rozginaczy, następują drgawki we wszystkich mięśniach, poczem napady konwulsyjne; w tym okresie zwierzę nie przyjmuje pokarmu, miewa wymioty, cierpi na zaburzenia oddechowe; w czasie napadów konwulsyjnych ciepłota podnosi się dość znacznie, moczu zwierzę oddaje niewiele, mocz zawiera białko. Jest to obraz klasyczny dla psów operowanych już po 24 — 48 godz.; nieraz objawy te mogą występować nawet nieco wcześniej, albo też później. Psy giną zazwyczaj podczas napadu konwulsyjnego w 2—15 dni po operacji; niektóre jednak żyją miesiąc lub jeszcze dłużej.

Do rzędu objawów najcharakterystyczniejszych, które się obserwuje po usunięciu tarczycy, należą niewątpliwie: zaburzenia oddechowe — ilość oddechów na minutę w kilka dni po operacji może przewyższać 250, napady konwulsyjne oraz wahania się ciepłoty, nieraz w granicach 3° — 4° w ciągu 1 — 2 godz. (38° — 41° ,5). Od dawna ten ostatni objaw zwracał na siebie uwagę licznych badaczy; starano się wyjaśnić przyczynę, której zawdzięczać należy tę nadzwyczajną łatwość z jaką zwierzę pozbawione tarczycy, przechodzi w krótkim stosunkowo czasie ze stanu normalnego w stan podgorączkowy lub nawet gorączkowy, ponadto zaś, doszukiwano się w jakim stopniu tarczyca bierze udział w tym procesie.

Zagadnienie powyższe interesowało nietylko wyłącznie teoretyków, którzy pracowali doświadczalnie, lecz w równej mierze i klinicystów, którym jest dobrze oddawna znaną prawie stała tendencja do ciepłoty niższej od normy u chorych na obrzęk śluzowy i przeciwnie, tendencja zwykła u chorych na ch. Basedowa. Objawy te starano się wytłómaczyć w rozmaity sposób, między innymi hypo — albo hyperfunkcją tarczycy, mogącą zwiększać w przypadkach nadmiernej czynności tego gruczołu przemianę o 50%.

Obserwacji powyższych niejednokrotnie dokonywali klinicyści u chorych na ch. Basedowa. Spostrzeżenia przeciwne-zmniejszonej czynności tarczycy były przedmiotem niejednokrotnych doświadczeń biologów; ostatnio *E. Gley* i *A. Ozorio de Almeida* ²⁾ stwierdzili, że u Gamba (*Didelphis didelphii*) po usunięciu tarczycy przemiana obniża się o 23%. Mimo licznych prac jednak, zagadnienia o znaczeniu tarczycy dla ustroju nie można uważać obecnie za ostatecznie wyjaśnione, zwłaszcza zaś niejednolite są zdania różnych autorów co do roli tarczycy w gospodarce cieplnej ustroju.

Boldyreff i *Pisemskij* 3) badali wpływ wysokiej i niskiej temperatury otoczenia na zachowanie się ciepłoty psów pozbawionych tarczycy. Pokazało się, że objawy pooperacyjne, które występują zazwyczaj w pewnym czasie po dokonaniu zabiegu operacyjnego, dadzą się dowolnie wywołać daleko wcześniej, o ile się zmienia temperaturę otoczenia, w którym się badany pies znajduje; wystarczy do tego ogrzanie pokoju do 30%, ciepła kąpiel albo ogrzanie stołu, do którego jest przywiązane zwierzę. W lecie wystawienie operowanego psa

na słońce na przeciąg 10 min. wystarczy, by ciepłota jego podniosła się o 1° — 1° , 5 czego się nie obserwuje w tych samych warunkach u zwierząt kontrolnych.

Po upływie 30 — 40 min. promieniowania słonecznego ciepłota zwierząt operowanych podnosi się o 4 stopnie lub jeszcze więcej, podczas gdy ciepłota zwierząt kontrolnych daje zaledwie wahania o kilka dziesiątych stopnia w tym samym czasie; przedłużenie doświadczenia powoduje śmierć u zwierząt wskutek zatrzymania się oddechu.

Jeżeli przeciwnie, podczas zaburzeń, powstających w konsekwencji usunięcia tarczycy, poddać zwierzę ostudzeniu (wystawić n. p. na prąd zimnego powietrza lub włożyć do zimnej kąpieli), napad ustaje i ciepłota nagle się obniża, tak n. p. już po 30 minutach z 42° spada do 35° stopni.

Zmuszając do biegania psy operowane i normalne w ciągu 30 minut, otrzymywali autorzy podniesienia się ciepłoty u pierwszych o 2 stopnie, podczas gdy u drugich różnica w cieplocie nie wynosiła nawet 1 stopnia.

Używając tych lub innych sposobów, można otrzymać u zwierząt operowanych wahania się ciepłoty w granicach 7 stopni i zaledwie $0^{\circ},8$ u zwierząt normalnych.

Porównyując zachowanie się ciepłoty u zwierząt pozbawionych tarczycy, oraz zwierząt, którym przecięto obydwie nerwy błędne, stwierdzono, że zdolność do gwałtownych wahań ciepłoty istnieje raczej u zwierząt, którym usunięto tarczycę. Na podstawie przytoczonych doświadczeń przypuszczają autorzy, że u zwierząt pozbawionych tarczycy, powstają nie tylko zaburzenia w procesie termoregulacji, lecz również i w wytwarzaniu ciepła przez sam ustrój.

Karelkin 4) stwierdził, że kofeina i kokaina, które są zupełnie obojętne pod względem odczynu gorączkowego dla psów normalnych, wywołują stany gorączkowe u zwierząt operowanych.

Tullio Gayda 5) obserwował u żab po usunięciu tarczycy bardzo nieznaczny spadek ciepłoty. Podług *Asner'a* 6) nakłucie ośrodków ciepłych w bardzo nieznacznym stopniu ma wpływać na ciepłotę królików, poddanych operacji usunięcia tarczycy; *Mansfeld i Ernst* 7) otrzymali wprawdzie zgoła odmienne wyniki.

Hildebrandt 8) widział, że szczury pozbawione tarczycy, odpowiadały na oziębienie zewnętrzne zwiększeniem przemiany w sposób analogiczny ze szczurami normalnymi.

Zdaniem *Grafe i Von Redwitz'a* 9) przemiana materji psów operowanych zwiększa się podobnie jak i psów normalnych w chorobach zakaźnych.

Podług *Mansfeld'a* 10) serce izolowane królika, zabitego w chwili, kiedy efekt nakłucia ciała prążkowanego (*corpus striatum*) dochodzi do maximum, zużywa dwa razy więcej glikozy, niż serce królika zabitego bez uprzedniego nakłucia.

Doświadczenie tegoż autora z sercem izolowanym królika, pozbawionego tarczycy, po nakłuciu ciała prążkowanego miało za skutek zużycie ilości

glikozy nie dwukrotnej, jak to miało miejsce w tych samych warunkach u królika normalnego, lecz ilości równej połowie.

Doświadczenia *Loewi* 11) w części potwierdziły wyniki *Mansfelda*. Zdaniem jednak *Maigre'a* 12) badania *Mansfelda*, dzięki swym nieoczekiwanym wynikom, zasługują na to by je powtórzyć.

Adler 13) zastrzykując jeżom podczas snu zimowego wyciąg z tarczycy, otrzymał podniesienie się u nich ciepłoty z 6 do 34 stopni, a nieraz nawet przerwanie chwilowego snu zimowego. Jeże reagowały na zastrzyki w sposób analogiczny nawet wówczas, kiedy śródmózdze było oddzielone od rdzenia przedłużonego, a włókna układu współczulnego porażone zastrzykiwaniami ergotoksyny. Wynikałoby stąd, że wyciągi z tarczycy zwiększają bezpośrednio proces spalania w poszczególnych komórkach przynajmniej niektórych narządów.

Ten sam autor skonstatował u nietoperzy i jeży podczas zimowej śpiączki znaczny zanik tarczycy.

Fraund i Grafe 14) stwierdzili, że przecięcie rdzenia i przednich korzonków szyjnych pociąga za sobą zaburzenia w równowadze cieplnej, co zdaniem autorów można uważać za skutek przerwy w unerwieniu tarczycy.

Isenschmid 15) usuwał tarczycę po przecięciu rdzenia; widział on, że o ile samo przecięcie rdzenia wywołuje wahania się ciepłoty w granicach 25 — 15 stopni, usunięcie tarczycy może doprowadzić te wahania do 10 stopni. Mimo to zdolność termoregulacyjna u takich zwierząt nie była ostatecznie usunięta, ponieważ mogły one dawać jeszcze odczyny gorączkowe.

Doświadczenia własne.

W wyniku przytoczonych badań, nie można obecnie uważać roli tarczycy w termoregulacji ustroju za ostatecznie ustaloną, gdyż narówni z pracami, których autorowie wręcz odmawiają jakiegokolwiek udziału w gospodarce cieplnej ustroju temu gruczołowi, istnieją prace, stwierdzające, że odgrywa on przecież w tym względzie pewną rolę.

Uważałem przeto, iż byłoby rzeczą interesującą zbadać zachowanie się ciepłoty u zwierząt pozbawionych tarczycy, w różnych odstępach czasu po wykonaniu tego zabiegu a manifestujących różnorodne zaburzenia pooperacyjne, pod wpływem zastrzyków błękitu metylenowego, który, jak wykazały prace *C. Heymans'a i M. Maigre'a* 16), wywołuje u psów normalnych po dożylnym wprowadzeniu, wybitny odczyn gorączkowy.

C. Heymans i Regniers 17) stwierdzili to samo w stosunku do małąp.

Doświadczenia wykonałem na 24 psach; z nich 10 normalnych, 14-tu zaś pozostałym uprzednio usunięto tarczycę i użyto ich do doświadczeń w różnych okresach pooperacyjnych, zależnie od objawów i zaburzeń, jakie wykazały.

Wyniki badań przeprowadzonych na psach normalnych, wykazuje załączona poniżej tablica I.

Tablica I.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N ^o N ^o	Waga zwierząt w gram.	Wiek i płeć	Ciepłota na początku doświadczenia	Ciepłota w końcu doświadczenia	Ilość oddechów na minutę na początku doświadczenia	Ilość oddechów na minutę w końcu doświadczenia	Ilość błękitu metylenowego, wprowadzenie którego spowodowało podniesienie się ciepłoty ponad 39 ^o ,2	Ilość błękitu metylenowego, użytego w czasie doświadczenia	Obserwacje
1	5800	b. młody ♂	38 ^o ,6	38 ^o ,4	—	—	—	0 gr. 80	Zdechł dn. następ.
2	6200	młody ♂	38 ^o ,1	38 ^o	18	20	—	0 gr. 25	„ w 2 dni późn.
3	6500	młody ♂	38 ^o ,6	43 ^o ,6	20	200	0 gr. 40	0 gr. 65	„ w końcu dośw.
4	7500	młody ♂	39 ^o	44 ^o	22	200	0 gr. 25	0 gr. 60	„ „ „
5	13000	młody ♂	39 ^o ,6	44 ^o	60	120	—	0 gr. 75	„ „ „
6	13200	młody ♀	38 ^o ,8	42 ^o	22	80	0 gr. 60	1 gr.	„ „ „
7	13500	młody ♂	39 ^o ,1	40 ^o ,2	22	150	0 gr. 65	1 gr. 30	„ następ. dnia
8	14000	młody ♂	38 ^o ,9	38 ^o ,65	75	48	—	1 gr. 40	„ po 3 dniach
9	15100	młody ♂	38 ^o ,6	43 ^o ,2	22	108	0 gr. 25	0 gr. 50	„ w końcu dośw.
10	16000	młody ♂	38 ^o ,6	40 ^o ,3	18	70	1 gr. 25	1 gr. 60	„ po 2 dniach

Technika, której trzymałem się w tej serii doświadczeń, polega na tem że zwierzęta nie uspięne, przywiązywano do stołu operacyjnego, potem zawiązywano im pysk, celem uniknięcia oziębienia zwierzęcia wskutek przyspieszonego oddechu w okresie gorączkowym, następnie wprowadzano do jednej z żył kończyny dolnej albo szyi kaniulę, przez którą zastrzykiwano 1% roztworu błękitu metylenowego *) w fizjologicznym roztworze soli, zastrzykując co 10 minut 0. gr. 05 błękitu metylenowego. Mniej więcej co kwadrans mierzono ciepłotę w odbyticy za pomocą termometru wygiętego w formie litery L. (dobra strona takich termometrów polega na tem, że zawsze mierzy się ciepłotę na tej samej głębokości), oraz liczono ilość oddechów.

Analizując zachowanie się ciepłoty zwierząt normalnych pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego, stwierdzić wypada, że nie wszystkie zwierzęta reagowały na wprowadzenie tej substancji w jednakowy sposób; jedne z nich odpowiadały dość znacznym odczynem gorączkowym,

*) Błękit metylenowy, pochodził z D/H Bruneau. Paryż.

któremu towarzyszyły zazwyczaj zaburzenia oddechowe i w tych przypadkach doświadczenie kończyło się najczęściej śmiercią zwierzęcia, inne zaś, zachowywały się dość biernie zarówno pod względem ciepłoty, jak i oddechania; u tych zwierząt wprowadzenie nawet stosunkowo dość dużych dawek błękitu metylenowego nie pociągało za sobą śmierci gwałtownej, ginęły one dopiero albo następnego dnia, albo nawet w 3 dni po doświadczeniu.

Otóż, z ogólnej liczby 10 psów tej serji, u 7-u z nich, co stanowi 70%, a mianowicie Nr. Nr. 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 10 (kolumna I. tablica I.) po wprowadzeniu błękitu metylenowego w dawce, wynoszącej przeciętnie 0. gr. 0.7 (kolumna 9) na kilogram wagi zwierzęcia, ciepłota, będąca na początku doświadczenia normalną (kolumna 4), podnosiła się do 43⁰—44⁰ (kolumna 5). Jednocześnie ilość oddechów zwiększała się z 18 — 20 (kolumna 6), do 150 — 200 (kolumna 7) na minutę. Jedne z tych zwierząt ginęły natychmiast (Nr.Nr. 3, 4, 5, 6 i 9) wskutek uduszenia się (na sekcji stwierdzałem ostry obrzęk płuc), inne natomiast Nr. Nr. 7 i 10 po dawce równej 0. gr. 10 (kolumna 9) na kilogram wagi zwierzęcia, ginęły dopiero następnego dnia lub nawet w dwa dni później. Niejednokrotnie obserwowałem w toku doświadczenia obfite wydzielanie się śliny i wymioty.

Oto protokół jednego z tych doświadczeń:

P r o t o k o ł (Pies Nr. 4).

Daty i godziny	Pies normalny, zastrzyknięcia dożylnie błękitu metylenowego
6 września 1926	Pies ♂ 7.500 gr. młody, sierść krótka
godz. 10.45	Przywiązany do stołu, pysk zawiązany
„ 10.50	Ilość oddechów na minutę 22 *) T.39 ⁰
„ 11.—	Wprowadzenie kaniuli do żyły
„ 11. 5	Zastrzyknięcie 0.gr. 0.5 błękitu metylenowego **)
„ 11.15	Zastrzyknięcie 0.gr. 0.5 błękitu metylenowego
„ 11.16	Obfite wydzielanie śliny
„ 11.25	Bł. met.
„ 11.35	Bł. met.
„ 11.40	Od.100.T.39 ⁰ ,1
„ 11.50	Bł. met.
„ 11.55	Od.150.T.39 ⁰ ,3
„ 12. 5	Bł. met.
„ 12.10	Od.180.T.40 ⁰
„ 12.15	Bł. met.
„ 12.25	Bł. met.

*) Ilość oddechów na minutę = Od.

**) Zastrzyknięcie Błękitu metylenowego = Z. Bł. met.

Daty i godziny	Pies normalny, zastrzyknięcia dożylna błękitu metylenowego	
godz. 12.30		Od.215.T.41 ⁰
„ 12.40	Bł. met.	
„ 12.50	Bł. met.	
„ 12.55		Od.200.T.41 ⁰ ,4
„ 13.—		Od.200.T.41 ⁰ ,7
„ 13.—	Bł. met.	
„ 13.10	Bł. met.	
„ 13.15		Od.200.T.42 ⁰ ,2
„ 13.20	Bł. met.	
„ 13.25		Od.170.T.43 ⁰ ,1
„ 13.28	Obfite wydzielanie śliny Zwierzę nie oddycha	T.43 ⁰ ,6
„ 13.31		T.44 ⁰
„ 13.33	Śmierć	

U 3 pozostałych z tej serii psów — 30%, a mianowicie NN 1, 2, i 8, (kolumna 1) ciepłota po dawce 0 gr. 10 błękitu metylenowego (kolumna 9) na kilogram wagi—wynosiła zaledwie 38⁰,4, 38⁰,6 i 38⁰,65 (kolumna 5).

Wyjaśnienie tego paradoksalnego na pierwszy rzut oka faktu dają w swych odnośnych pracach, wykazujących mechanizm działania Bł. metylenowego na ustrój zwierzęcy, *Heymans i Maigre* ¹⁶⁾, oraz *W. Koskowski i Maigre* ¹⁸⁾. Autorzy ci na podstawie licznych obserwacji, stwierdzają, że odczyn gorączkowy u zwierząt po dożylnym wprowadzeniu błękitu metylenowego, przypisać należy tej okoliczności, że środek ten analogicznie z doświadczeniami nad działaniem jego na N błędny u żab (*C. Heymans i Maigre* ¹⁹⁾), zatrzymany wybiórczo przez włókna układu parasympatycznego, poraża jego zakończenia w wątrobie, wywołując procesy dysassymilacyjne, w skutek tego następuje intensywniejsze wydzielanie się glikogenu z wątroby, (*Dadlez i Koskowski* ²⁰⁾) jego rozpad oraz, o ile zwierzę ma w tych warunkach wystarczający dowóz tlenu szybsze spalanie się cukru w ustroju, skąd odczyn gorączkowy. Na podstawie powyższych faktów (*Dadlez i Koskowski* ²¹⁾) utrzymują, że zwierzę użyte do doświadczenia w tym celu, winno odpowiadać następującym warunkom: 1) wątroba jego powinna posiadać pewien zasób glikogenu (stan odżywiania), oraz 2) winno ono mieć wystarczający dowóz tlenu podczas doświadczenia.

Być może, iż 3 psy, o których mowa, nie odpowiadały któremuś z tych warunków, co jest tym możliwe, że do tych doświadczeń używano psów bezpośrednio po otrzymaniu ich ze składnic miejskich, niezależnie od stanu ich odżywiania.

Załączona poniżej tablica II daje zestawienie wyników, otrzymanych na zwierzętach, którym uprzednio usunięto tarczycę:

Tablica II.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nr №	Waga zwierząt w gram.	Wiek i płeć	Okres pooperacyjny w dniach	Zaburzenia pooperacyjne	Ciepłota w początku doświadczenia	Ciepłota w końcu doświadczenia	Ilość oddechów na minutę w początku doświadczenia	Ilość oddechów na minutę w końcu doświadczenia	Ilość bł. metylen., której wprowadzenia spowodow. podnie- sie się t ⁰ ponad 39 ⁰ ,2	Ilość bł. metylenowego, uży- tego w czasie doświadczenia	Obserwacje
1	6300	młody ♂	4	Słabe drgawki . .	37 ⁰ ,7	39 ⁰ ,2	14	150	—	0gr. 45	Śmierć
2	6500	młody ♂	1	Niema	38 ⁰ ,1	40 ⁰ ,8	15	100	1gr. 25	1gr. 50	"
3	6500	młody ♀	3	Porażenie kończyn tylnych	37 ⁰	38 ⁰	26	52	—	1gr. 55	"
4	7000	stary ♂	3	Drgawki ogólne . .	37 ⁰ ,6	43 ⁰ ,1	30	150	0gr. 30	0gr. 45	"
5	7200	stary ♂	7	Drgawki, porażenie kończyn tylnych	38 ⁰ ,5	42 ⁰ ,2	16	100	0gr. 25	0gr. 40	"
6	7200	młody ♀	2	Drgawki ogólne . .	38 ⁰ ,7	44 ⁰ ,5	30	108	0gr. 15	0gr. 25	"
7	7500	stary ♂	1	Niema	39 ⁰ ,2	43 ⁰	24	100	0gr. 20	0gr. 60	"
8	7500	młody ♀	3	Niema	38 ⁰ ,8	39 ⁰ ,1	16	16	—	0gr. 75	Śmierć dn. nast.
9	7500	dojrzały ♂	2	Porażenie kończyn przednich . .	37 ⁰ ,1	41 ⁰ ,2	22	42	0gr. 80	1gr. —	Śmierć
10	9500	młody ♂	2	Niema	38 ⁰	39 ⁰ ,2	20	14	—	0gr. 95	" w 2 dni
11	10200	młody ♂	3	Drgawki, porażenie kończyn tylnych, zaburzenie oddechowe	39 ⁰	42 ⁰ ,3	150	60	0gr. 40	0gr. 80	Śmierć
12	11500	młody ♂	2	Zaburzenie oddechowe	38 ⁰ ,8	38 ⁰ ,3	102	84	—	1gr. 10	" dn. nast.
13	13500	młody ♀	5	Zaburzenie oddechowe	38 ⁰ ,3	42 ⁰	60	130	0gr. 50	1gr. 22	Śmierć
14	8400	młody ♂	10	Niema (zostawiono 1 gruczoł przytarczycowy)	37 ⁰ ,2	40 ⁰ ,0	10	30	0gr. 25	0gr. 30	"

Technika w tej serii doświadczeń polegała na tem, że zwierzę mające być użyte do doświadczenia, po uspieniu chloralozowem ulegało usunięciu tarczycy wraz z gruczołami przytarczycowymi, albo jak w przypadku Nr. 14 (kolumna 1) pozostawiano jeden gruczoł przytarczycowy: w tym celu rozcinano skórę szyi po średniej linii wraz z warstwą mięśniową, podwiązywano naczynia krwionośne tarczycy i gruczołów przytarczycowych, usuwano gruczoł i zaszy-

wano skórę *). Zabieg wykonywano aseptycznie, gojenie się we wszystkich przypadkach *per primam*. Następnie, poczynając od 24 godzin po dokonaniu operacji, w różnych odstępach czasu, zależnie od zaburzeń, jakie występowały, psom nieuśpionym zastrzykiwano błękit metylenowy, stosując technikę, podaną w odnośnym miejscu dla psów normalnych; mierzenie ciepłoty i obserwacje nad zachowaniem się oddechania, równie jak poprzednio.

Przystępując do zanaalizowania objawów ze strony ciepłoty zwierząt operowanych po dożylnem wprowadzeniu błękitu metylenowego, na wstępie wyeliminuję z ogólnej liczby 14-tu — 5 psów (35%), a mianowicie Nr.Nr. 1, 3, 8, 10 i 12 (kolumna 1, tablica II), które podobnie, jak 3 psy z serji pierwszej, w końcu doświadczenia wykazywały ciepłotę nie wyższą ponad 39^o,2 (39^o,2; 38^o; 39^o,1; 39^o,2; 38^o,3 w kolumnie 7), którą *Ch. Richet* ²²⁾ uważa dla psów za normalną. Do tych zwierząt można prawdopodobnie zastosować tłumaczenia, podane w poprzedniej serji dla 3 psów z analogicznym odczynem gorączkowym.

Pozostałych 9 psów, co stanowi 65% (Nr.Nr. 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13 i 14 (kolumna 1), które dały znaczne wahania ciepłoty po zastrzyknięciu błękitu metylenowego (jak, np. pies Nr. 6 w granicach 38^o,7 — 44^o5), (kolumna 6 i 7) po usunięciu psa Nr. 14, któremu zostawiono jeden gruczoł przytarczycowy, wobec czego o nim będzie mowa osobna), podzieliłbym na podstawie wyników otrzymanych, na 2 grupy. Pierwsza grupa składa się z 3 psów — Nr.Nr. 2, 7 i 9; zwierząt tych użyto do doświadczeń po 24 lub 48 godzinach od chwili usunięcia tarczycy, t. j. w tym czasie, kiedy one albo wcale nie manifestowały, jak Nr.Nr. 2 i 7, zaburzeń pooperacyjnych (kolumna 5), albo te zaburzenia wyrażone były w stopniu bardzo nieznacznym (pies Nr. 9 — częściowe porażenie kończyn), oraz drugą grupę w skład której weszłyby 5 pozostałych psów — Nr.Nr. 4, 5, 6, 11 i 13, których użyto do doświadczeń w 2—7 dni po operacji, t. j. wówczas kiedy zaburzenia pooperacyjne były daleko więcej rozwinięte, jak to zresztą widać z kolumny 5, tablicy II. Niejedno z tych zwierząt w tym czasie wykazywało ogólne drgawki mięśni, a nieraz i napady konwulsyjne.

Zestawiając liczby, wykazujące ilość błękitu metylenowego użytego na kilogram wagi zwierzęcia w celu wywołania odczynu gorączkowego w jednej i w drugiej grupie, stwierdzamy, iż dla pierwszej grupy liczba ta równa się 0. gr. 14 (kolumna 11) podczas gdy w grupie drugiej jest ona niższą niż 0. gr. 0.7 (kolumna 11), co oznaczałoby, że z 2-ch serji zwierząt, którym usunięto tarczycę, wcześniej reagują odczynem gorączkowym na zastrzyknięcie błękitu metylenowego, te z nich, które wykazują groźniejsze objawy pooperacyjne.

Przypuszczenie to potwierdza także kolumna 10, wykazująca ilości błękitu metylenowego, których zastrzyknięcie w jednej i drugiej serji zwierząt operowanych wpływa na to, iż ciepłota z granic normalnych przechodzi w okres gorączkowy. Z zestawienia wynika, że o ile dla zwierząt pierwszej serji dawka ta wynosi 0. gr. 10 — w serji drugiej ilość ta jest prawie trzykrotnie mniejszą,

*) A. le Play, *Technique opératoire physiologique* 1912 str. 137 — 140. Masson & Cie.

równa się bowiem zaledwie 0,35 gr. na kilogram wagi zwierzęcia. Ponadto proces podnoszenia się ciepłoty u zwierząt serji 2-jej odbywa się daleko gwałtowniej i w czasie stosunkowo krótszym, niż u zwierząt pierwszej serji (Fig. 1 i 2).

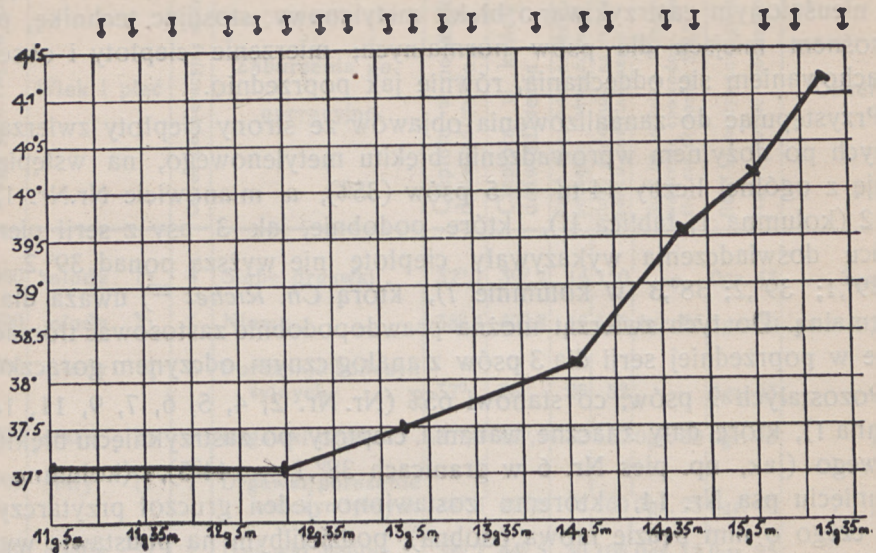


Fig. 1.

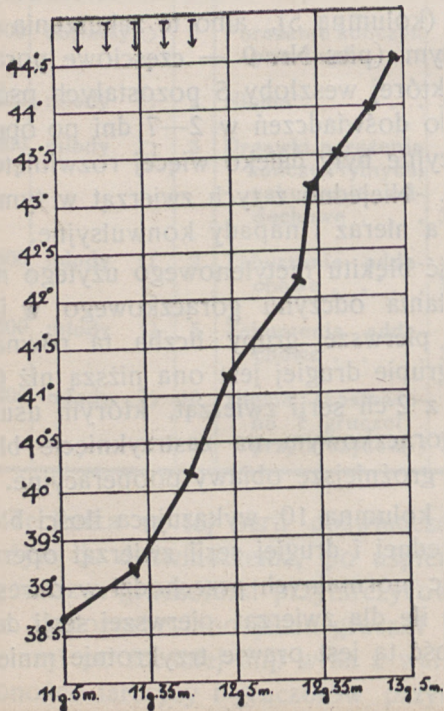


Fig. 2.

Fig. 1. Pies ♂ 7500 gr. dojrzały. Doświadczenie w 2 dni po usunięciu tarczycy (porażenie przednich kończyn). Zastrzyknięto dożylnie 1 gr. błękitu metylenowego (20 razy po 0 gr. 05). Ciepłota w ciągu 4 g. 35 m. podniosła się z 37^o,1 do 41^o,2, poczem nastąpiła śmierć.

Fig. 2. Pies ♀ 7200 gr. młody. Doświadczenie w 2 dni po usunięciu tarczycy (drgawki mięśniowe ogólne); zastrzyknięto dożylnie 0 gr. 25 błękitu metylenowego (5 razy po 0 gr. 05). Ciepłota w ciągu 1 g. 56 m. podniosła się 38^o,7 do 44^o,5 — poczem nastąpiła śmierć.

W miejscach oznaczonych ↓ zastrzyknięcia bł. metylenowego.

Dla ilustracji przytaczam 2 protokoły, dotyczące zwierząt 1 i 2 serii.

Serja 1.

Protokół (Pies Nr. 9).

Data i godziny:	Pies pozbawiony tarczycy, dożylnie wprowadzenie błękitu metylenowego.
9 paźdz. 1926 r.	Pies ♂ 7500 gr. dojrzały, mieszaniec, sierść średniej długości. Operacji usunięcia tarczycy i gruczołów przytarczycowych dokonano 7.X. Gojenie się per primam. Porażenie przednich kończyn.
godz. 11	Przywiązany do stołu, pysk zawiązany
" 11.5	Od 22.T.37 ⁰ ,1
" 11.15	Wprowadzenie kaniuli do żyły
" 11.25	Z. bł. met.
" 11.35	Z. bł. met.
" 11.55	Z. bł. met.
" 12.10	Z. bł. met.
" 12.20	Z. bł. met.
" 12.25	Od.22.T.37 ⁰ ,1
" 12.30	Z. bł. met.
" 12.40	Z. bł. met.
" 12.50	Z. bł. met.
" 13.5	Z. bł. met.
" 13.10	Od.30.T.37 ⁰ ,5
" 13.15	Z. bł. met.
" 13.25	Z. bł. met.
" 13.35	Z. bł. met.
" 14.	Z. bł. met.
" 14.10	Od.45.T.38 ⁰ ,2
" 14.15	Z. bł. met.
" 14.25	Z. bł. met.
" 14.45	Z. bł. met.
" 14.50	Od.42.T.39 ⁰ ,6
" 14.55	Z. bł. met.
" 15.15	Od.40.T.40 ⁰ ,2
" 15.20	Z. bł. met.
" 15.30	Z. bł. met.
" 15.35	Od.42.T.41 ⁰ ,2
" 15.40	Z. bł. met.
" 15.42	Śmierć

Serja 2.

Protokół (Pies Nr. 6).

Data i godziny:	Pies pozbawiony tarczycy, dożylne wprowadzenie błękitu metylenowego.
12 listop. 1926 r.	Pies ♂, 7200 gr. młody fox. Operowany 10.XI. Gojenie się per primam. Drgawki mięśniowe ogólne.
godz. 11.	Przywiązany do stołu, pysk zawiązany
„ 11.5	Od 30.T.38 ⁰ ,7
„ 11.10	Wprowadzenie kaniuli do żyły kończyny tylnej
„ 11.15	Z. bł. met.
„ 11.25	Z. bł. met.
„ 11.30	Od.40.T.39 ⁰ ,2
„ 11.35	Z. bł. met.
„ 11.45	Z. bł. met.
„ 11.50	Od.100.T.40 ⁰ ,2
„ 11.55	Z. bł. met.
„ 11.57	Obfite wydzielanie śliny
„ 12.2	Od.100.T.41 ⁰ ,2
„ 12.30	T.42 ⁰ ,2
„ 12.35	T.43 ⁰ ,2
„ 12.42	Od.108.T.43 ⁰ ,5
„ 12.52	T.44 ⁰ ,
„ 13.1	Nie oddycha, serce pracuje T.44 ⁰ ,5
„ 13.3	Śmierć

Pies Nr. 14, któremu usunięto tarczycę, pozostawiając jeden gruczoł przytarczycowy, zachowywał się względem błękitu metylenowego podobnie, jak i zwierzęta serji 2, 0. gr. 30 błękitu metylenowego u psa wagi 8400 gr. wpłynęło na podniesienie się ciepłoty z 37⁰,2 do 40⁰.

W y n i k i .

Reasumując wyniki badań, wykonanych na psach normalnych i pozbawionych tarczycy, którym dożylnie zastrzykiwano błękit metylenowy celem zbadania odczynu gorączkowego, stwierdzić należy, że 1) u 70% psów normalnych po zastrzyknięciu błękitu metylenowego w dawce równej prawie 0 gr. 0.7 na kilogram wagi zwierzęcia, występuje bardzo wybitny odczyn gorączkowy (np. podniesienie się ciepłoty z 39⁰,6 do 44⁰; odczynowi temu towarzyszą zaburzenia oddechowe (ilość oddechów na minutę dochodzi do 200), poczem zazwyczaj następuje śmierć wskutek uduszenia się (ostry obrzęk płuc); serce pracuje

zwykle jeszcze 2—4 minuty po zupełnem zatrzymaniu oddechu, 2) u 30% psów normalnych nie stwierdzono po wprowadzeniu błękitu metylenowego odczynu gorączkowego; przeciwnie, temperatura tych zwierząt w końcu doświadczenia obniżyła się o kilka dziesiątych stopnia. Również nie stwierdzono zmian oddechowych. Śmierć tych zwierząt nastąpiła dopiero dnia następnego, albo w 3 dni po doświadczeniu, 3) 65% psów pozbawionych tarczycy, reaguje na dożylnie zastrzyknięcia błękitu metylenowego w sposób analogiczny z psami normalnymi (np. podniesienie się ciepłoty z $38^{\circ},7$ do $44^{\circ},5$ — ilość oddechów do 150 na minutę). Obraz kliniczny i anatomo-patologiczny tych zwierząt odpowiada w zupełności podanemu dla psów normalnych, 4) Dawka błękitu metylenowego, wywołująca odczyn gorączkowy u zwierząt w 1—2 dni po operacji, wynosiła 0 gr. 14, zaś u zwierząt w 2—7 dni po operacji, z objawami pooperacyjnymi, daleko poważniejszymi, równa była 0. gr. 0.7 na kilogram zwierzęcia. Ponadto ilość błękitu metylenowego użyta, by ciepłota z granic normalnych przeszła w stan gorączkowy, w pierwszej serji wynosi 0. gr. 10, w drugiej zaś tylko 0.035 na kilogram wagi zwierzęcia, 5) 35% psów operowanych nie reaguje zgoła na wprowadzenie błękitu metylenowego; ciepłota ich po dawkach wynoszących 0. gr. 11 na kilogram nie ulega zmianom; nie stwierdzono również zmian w oddechu. Większość tych zwierząt ginęła zazwyczaj następnego dnia, albo nawet w 2 dni po doświadczeniu, 6) Pies, któremu usunięto tarczycę, lecz pozostawiono jeden gruczoł przytarczycowy, po upływie 10 dni po operacji, jest również czuły na zastrzyknięcia błękitu metylenowego. Dawka wynosząca 0. gr. 0.35 na kilo wpłynęła na podniesienie się u niego ciepłoty z $37^{\circ},2$ do 40° , poczem nastąpiła śmierć.

W n i o s k i.

1. *Błękit metylenowy wprowadzony dożylnie wywołuje u 70% psów normalnych wybitny odczyn gorączkowy z następczemi zaburzeniami oddechowemi.*
2. *Odczyn gorączkowy u 65% psów, którym usunięto tarczycę, jest nie mniej wybitnie wyrażony, jak u zwierząt normalnych.*
3. *Zwierzęta pozbawione tarczycy tem czulsze są na zastrzyki błękitu metylenowego i tem wcześniej odpowiadają odczynem gorączkowym na dawki daleko mniejsze, im okres pooperacyjny jest dłuższy, a zaburzenia poważniejsze.*

P i ś m i e n n i c t w o.

1. E. Gley, Physiologie T.II. str. 566, (Edit. J. B. Baillière et Fils 1925 6-ème édition).
2. E. Gley i A. Ozorio de l'Almeida, C. R. S. de B. 1924 T.90, str. 467.

3. Bołdyreff i Pisemskij, Russkij Wracz VII 902, 1908.
4. Karelkin, Centralblatt für Phys. XXVIII 619-622, 1914.
5. Tullio Gayda. Arch. di fisiologia XX 209-224, 1922.
6. Asker, Deutsche Med. Woch 1920.
7. Mansfeld i Ernst, Pflüger's Arch. 1915, T. 161, str. 399.
8. Hildebrant, Arch. für exp. Pathol. U. Pharm, 1921, T. 90, str. 330.
9. Grafe i von Redwitz, Zeitschr, f. physiol. Chemie, 1922, T. 119, str. 125.
10. Mansfeld, Pflugers Arch. 1915, T. 161, str. 430.
11. Loewi, Centralbl. f. Physiol. 1914, T. 28, str. 197.
12. Maigre, De la regulation thermique. (Thèse) Malakoff, 1924, str. 62.
13. Adler, Arch. f. exp. Pathol u. Pharm, 1920, T. 86, str. 159 i T. 87, str. 406.
14. Freund i Grafe, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm, 1912, T. 70, str. 136.
15. Isenschmid, Arch. f. exp. Path. u. Pharm, 1920, T. 85, str. 271 i Med. Klinik 1922, str. 217 i 251.
16. C. Heymans i Maigre, C. R. S. de B. 1921, T. 80, str. 141.
17. C. Heymans i Regnier C. R. S. de B. 1926, T. 95, str. 1117.
18. W. Koskowski i Maigre, C. R. Ac. de S. Sc. 16 août 1911.
19. C. Heymans i Maigre, C. R. S. de B. 1921, T. 85, str. 45
20. I. Dadlez i W. Koskowski, C. R. S. de B. 1927, T. 96, str. 576.
21. I. Dadlez i W. Koskowski, P. G. L. 1926, Nr. 38.
22. Ch. Richet, Tablica na str. 692, T. 11, Physiologie E. Gley.

Protokoły ten i następny z powodu omyłki nie dostały się do uprzedniego zeszytu.

Protokół posiedzenia T-wa Lekarskiego

z dnia 9-go marca 1927 r.

Przewodniczący Prof. *Januskiewicz*, sekretarz dr. *Pawłowski*.

Po odczytaniu protokołu, który został przyjęty bez zmian, Prezes podaje do wiadomości zebranych treść listów: 1) od Koła miłośników historii medycyny, 2) od warszawskiego komitetu organizacyjnego w sprawie obchodu jubileuszowego prof. Gluzińskiego, 3) od stowarzyszenia inwalidów wojennych w sprawie nabywania cegiełek ofiarnych na budowę domu inwalidów, wreszcie 4) od Komitetu uczczenia pamięci Kom. Rządu p. Wimbora. Na wniosek D-ra Narkiewicza zebranie upoważniło Zarząd T-wa do nabycia cegiełki na budowę domu inwalidów w kwocie, na jaką pozwolą środki T-wa.

Dr. *Ryll-Nardzewska* przedstawia chorą 22 letnią po zabiegu operacyjnym w jamie brzusznej, która przybyła do kliniki z objawami podrażnienia otrzewnej (wymioty i bóle w dole brzucha od kilku godzin). Podobny napad miał miejsce przed 6-ciu tygodniami; w 2 tygodnie potem obfite gryzące upławy. Badaniem ginekologicznem stwierdzono guz elastyczny po stronie lewej macicy o granicach niewyraźnych od góry i dość ostro ograniczony od dołu. Prawe przydatki i macica — bez zmian. Rozpoznano skręt guza jajnikowego po stronie lewej.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono przekrwienie jelit i liczne zlepy; trąbka zgrubiała, zrosnięta z esicą. Oddzielając przydatki, natrafiono na ropień z którego wydobyto łyżkę szarawej ropy i 2 glisty, z których jedna była częściowo w jajowodzie. Otworu w esicy nie znaleziono. Ściany esicy obszyto szwem Lamberta. Założono sączek do powłok brzusznych. Powstała przetoka kałowa, jednocześnie kał wydzielał się i drogą naturalną. W 2 tygodnie po operacji wydobyto z przetoki jedną, a następnie jeszcze 2 glisty. Po 4-ch tygodniach przetoka się zasklepiła. Trudno rozstrzygnąć, czy zmiany zapalne w pobliżu esicy spowodowały jej przebicie, czy też odwrotnie, badania bowiem na przebyty dur brzuszny, obecność promienicy i gonokoków, dały wynik ujemny. W piśmiennictwie podobnych przypadków prelegentka nie znalazła. W związku z tem prelegentka badała kał 120 chorych i tylko w 14 % nie stwierdziła jaj pasorzytów.

W dyskusji prof. *Opczyński* wspomina o opisanym przypadku przedostania się glisty do macicy, prawdopodobnie per vaginam. Mówca wyraża przypuszczenie, że w danym przypadku najpewniej najpierw sformował się ropień, a następnie przedostała się doń glista. Prof. *Trzebiński* zadaje pytanie, czy sama glista mogła spowodować przedziurawienie jelita. Prof. *Jakowicki* powołuje się na Strümpella, który utrzymuje, że glisty ludzkie nie są w stanie przebić jelita. Dr. *Obieziński* wspomina o przypadku znalezienia „oxyuris vermicularis” w jajniku.

Prof. *Januszkiewicz* nigdzie nie widział tak wielkiej ilości przypadków z pasorzytami jelitowymi, jak w Wileńszczyźnie. Mówca przypuszcza, że może da się uzależnić niewielkie krwawienia utajone od obecności znacznej ilości pasorzytów, przebić jednak jelita one nie mogą. Ogólnie przyjęta dawka santoniny jest zbyt mała, można podawać lecz żadnej szkody dla chorego 0,25 santoniny pro dosi. Nie należy obawiać się ewentualnych zaburzeń w widzeniu, gdyż takowe szybko mijają bez śladu.

Dr. *Kucharski* przedstawia chorego 30 letniego, po upadku wraz ze słupem telegraficznym na którym pracował, jako monter. Doznał on wówczas gwałtownego bólu w kroczu. Rozpoznano złamanie miednicy. Zdjęcie roentgenowskie stwierdziło złamanie miednicy w samej panewce stawu biodrowego prawego, w górnym jego sklepieniu. Unieruchomiono miednicę i kończyny dolne. Po 2-ch tygodniach zezwolono na wykonywanie ruchów rotacyjnych stopą, po 10 dniach — zgięcia w stawie biodrowym, a po dalszych 10 dniach ruchów odprowadzających. Po 2 miesiącach zdjęto opatrunek unieruchamiający i pozwolono choremu chodzić. W 3^{1/2} miesiąca od wypadku—chód prawidłowy, nieboleśny i ruchy w stawie biodrowym zachowane.

Następny chory lat 47 od 3-ch lat miewał napady gwałtownego bólu pod łukiem żebrowym prawym. Badanie kliniczne i zdjęcie Roentgenowskie ustaliło rozpoznanie kamicy nerkowej. Nadcięcie nerki i wydobycie kamienia, który miał kształt kwadrata z ząbzeniami; płaski wielkości 0,8 × 0,9 cm. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Następnie Prof. *Szymański* wygłasza referat o własnym sposobie operowania jaskry przewlekłej. Praca wygłoszona zostanie na Zjeździe francuskich oftalmologów w maju b. r. Prelegent pokazuje chorą, której tym sposobem wykonano zabieg operacyjny z wynikiem pomyślnym.

Prof. *Jakowicki* pokazuje preparat ciąży trąbkowo-jajnikowej obumarłej z płodem, odpowiadającym 6 m. Odnośna chora zgłosiła się do kliniki z powodu niepłodności wtórnej. Przed 2-ma laty roniła, poczem w ciągu 9-ciu miesięcy ciężko chorowała. Badanie wykazało jednostronny guz przydatków wielkości głowy noworodka. Guz ten o powierzchni nierównej wykazuje w obwodowym odcinku twardsze ciało okrągłe. Rozpoznano ciążę pozamaciczną obumarłą. Podczas zabiegu stwierdzono dośrodkowy odcinek trąbki prawidłowy, natomiast część bańkowa przechodziła w guz o cechach torbieli skórzastej. Po rozcięciu guza stwierdzono płód około 30 cm. długi, w stanie początkowej maceracji. Badanie tkanki, odpowiadającej łożysku, kosmków nie wykazało. Przypuszczać należy, że płód obumarł przed 15—18 miesiącami. Prelegent omawia przy tej sposobności losy płodów w ciąży pozamacicznej. Losy te w znacznym stopniu zależne są od umiejscowienia łożyska. Np. usadowienie pierwotne jaja na górnej lub bocznych ścianach trąbki prowadzi szybko do przeżarcia ścian trąbki przez kosmki z objawami groźnymi krwotoku wewnętrznego; usadowienie natomiast jaja na dolnej powierzchni jajowodu, zwróconej ku tkance łącznej, w razie pęknięcia umożliwia dalszy rozwój płodu w jamie brzusznej, nawet do zupełnego rozwoju. Obumarcie płodu może przebiegać często bez objawów klinicznych. Współzycie ustroju matki z płodem pozamacicznym jest groźne dla obu stron. Obumarcie jaja usuwa doraźne niebezpieczeństwo dla matki, jednak obecność jego, jako ciała obcego, nie jest obojętna i może spowodować szereg poważnych powikłań.

W dyskusji Dr. *Karnicki* przytacza 3 przypadki ciąży pozamacicznej donoszonej. Dzieci te są jednak zwykle zdeformowane; krótko żyją. Mówca jest zdania, że w niektórych przypadkach można czekać z zabiegiem operacyjnym w końcowym okresie ciąży. Dr. *Zaleski* podkreśla niebezpieczeństwo wzmagaające się z każdym dniem rozwoju ciąży pozamacicznej — w postaci wybuchu gwałtownego krwotoku nie dającego się często opanować podczas zabiegu.

W odpowiedzi Prof. *Jakowicki* zgadza się, że płody żywe uzyskane drogą laporatomji są często zdeformowane i niezdolne do życia. W piśmiennictwie jednak podano około 30 przypadków, w których dzieci żyły od roku do 19 lat. Prelegent w roku ub. uzyskał w przypadku ciąży trąbkowej pękniętej z następowym rozwojem płodu w jamie brzusznej — dziecko zupełnie zdrowe bez żadnych wad rozwojowych.

Wreszcie zabierali głos D-rzy *Obieziński* i *Peszyński* wspominając o analogicznych przypadkach długotrwałego noszenia obumarłego płodu, który po utworzeniu się przetoki wydobywał się kawałkami. Posiedzenie zamknięto.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 23-go marca 1927 roku.

Przewodniczący Prezes Prof. *Januszkiewicz*, sekretarz dr. *Pawłowski*. Obecnych członków T-wa 49, gości 43-ch.

Po przyjęciu protokołu poprzedniego zebrania, Dr. Sedlis wygłasza referat z pokazem licznych zdjęć Roentgenologicznych: „Nowe sposoby rozpoznawania i leczenia niepłodności u kobiet. Praca przeznaczona do druku.

Dyskusja: Dr. *Wacław Zaleski*, dzieląc przypadki niepłodności na 3 grupy:

- 1) lekkie (bez widocznych zmian w narządach rodnych);
- 2) średnie (zwężenie ujścia zewnętrznego, nadmierne przodozgięcie, ruchome tyłozgięcie macicy i t. p.);
- 3) ciężkie (zarośnięcie przewodu pochwy, szyjki macicy lub trąbki i t. p.).

Zaznacza, że wyniki dodatnie, uzyskane za pomocą czynnych zabiegów leczniczych w grupie 2 i 3, bezwarunkowo nie mogą być kwestjonowane, podkreśla jednak wysoki odsetek porodów niewczesnych i przedwczesnych, który po tych zabiegach sięga 33 proc.

Technika przedmuchiwania jajowodów w celu stwierdzenia ich drożności, została ostatnimi czasy zredukowana do minimum.

Zmiany chorobowe narządów rodnych kobiety, powstałe na tle gruźlicy i rzeżączki, nie nadają się do zabiegów operacyjnych, mających na celu umożliwienie zajścia w ciążę.

Pożądane w tych właśnie przypadkach leczenie zachowawcze, a przede wszystkim resorbcyjne.

Mówca nadmienia w końcu o kilku przypadkach zajścia w ciążę z własnej praktyki, które uzyskał po systematycznym stosowaniu takiego leczenia w przypadkach bardzo rozległych zmian wewnętrznych narządów płciowych na tle przebytej rzeżączki.

Prof. Jakowicki z wyczerpującego odczytu wysnuwa praktyczne wnioski dla kolegów niespecjalistów, ginekologów. Przedewszystkiem nie należy zbyt pochopnie rozpoznawać niepłodności przed upływem 3–4 lat od zamążpójścia i przystępować do jej leczenia. Nietylko wszelkie zabiegi lecznicze, lecz nawet badanie drożności trąbek winno poprzedzić badanie nasienia męża. Jakkolwiek sposoby przedmuchiwania trąbek mają doniosłe znaczenie rozpoznawcze, a nawet lecznicze, nie wyczerpują one, jak zresztą podkreśla prelegent, zagadnienia niepłodności; sama drożność trąbek nie świadczy o całkowitej ich fizjologicznej sprawności, a zabiegi operacyjne, przywracające komunikację pomiędzy jajnikiem i macicą nie mogą mieć większego praktycznego znaczenia. Tylko kategoryczne żądanie pacjentki może nas do nich zmusić.

Dr. Borysewicz omawia sprawę niepłodności u kobiet z punktu widzenia teorii wytwarzania się w ustroju kobiety antispermin, względnie spermatoksyn, ciał przeciwplemniczych. Mówca przytacza dane eksperymentalne, świadczące o słuszności tej teorii, oraz podkreśla, że w jej myśl w wypadkach niepłod-

ności należy zalecać wstrzeźliwość w życiu małżeńskim, co może okazać się skutecznym środkiem w zwalczaniu niepłodności.

Dr. Obieziński w związku z omawianą sprawą leczenia niedrożności jajowodów, wspomina o własnych doświadczeniach na sukach, którym przewiązywał jajowody katgutem lub jedwabiem. Okazało się przytem, że po upływie krótszego lub dłuższego czasu sukki pomimo tego zachodziły w ciążę. W innych przypadkach mówca wykonywał podwiązanie jedwabiem w środku jajowodu, oraz niszczył Pakelenem część jajowodu przyległą do strony brzusznej. I w tym wypadku te zwierzęta, które pozostały przy życiu, zaszły po pewnym czasie w ciążę. Zaś w 6-ciu przypadkach przewiązania jajowodu przy samem ujęciu macicznym ze zniszczeniem obustronnem jajowodów osiągnięto jałowość. Na zasadzie więc własnych doświadczeń, jak również opierając się na danych z piśmiennictwa, mówca przychodzi do wniosku, że dla zajścia w ciążę nie potrzebne są frendzle jajowodu, jak uczy embriologia, lecz konieczny jest kawałek zdrowego jajowodu przyległego do macicy.

Dr. Karnicki nie podziela entuzjazmu prelegenta co do wyników przedmuchiwania, gdyż zabieg ten daje powikłania. Mówca przeciwny jest dokonywaniu tego zabiegu ambulatoryjnie. Korzyści są wątpliwe, gdyż zwykle zachodzą w trąbkach zmiany anatomiczne. Co zaś do operacji, to wyniki są niepewne, odsetek wyników dodatnich, nikły.

W odpowiedzi *Dr. Sedlis* zaznacza, że wśród swoich przypadków przedmuchiwania nie miał ani jednego powikłania.

Przed upływem 3-ich lat niepłodności nigdy tego zabiegu nie dokonywał. Za najlepszy sposób uważa on implantację. Prezes, dziękując prelegentowi za wygłoszony ciekawy odczyt, podnosi ważność dla celów diagnostycznych doskonałego wykonania zdjęć rentgenologicznych przez *d-ra Margolisa*.

Sprawy administracyjne. Prezes zaznajamia zebranie z projektem uzyskania dubletów bibliotecznych z Warszawskiego T-wa Lekarskiego, oraz odstąpienia dubletów z biblioteki naszego T-wa, Bibliotece publicznej i Seminarjum historii medycyny. Zebranie udzieliło Zarządowi swego „placet“ na urzeczywistnienie tych projektów.

Wreszcie Prezes odczytuje pismo Zarządu Koła Medyków w sprawie oddawania przez lekarzy drobnej praktyki lekarskiej studentom — medykom.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 11-go maja 1927 roku.

Obecnych członków 40, gości 37.

Przewodniczący Prezes Tow. Prof. Dr. *A. Januszkiewicz*.

Inż. Grossman, pokazuje urządzenie interferometru i sposób postępowania z nim.

■ *Dr. Klemczyński i Prof. M. Eiger:* Interferometryczne badania krwi w ciąży i raku (rzecz przeznaczona do druku).

Prof. Siengalewicz, omawia niedokładność odczynu Abderhaldena i zwraca uwagę na precyzyjność refraktometru. Badania Bołdyriewa i Venuleta wykazały, że odczyn Abderhaldena występować może tak u ludzi jak i zwierząt w tak zwanej przez Bołdyriewa okresowej czynności przewodu pokarmowego, kiedy zdaniem tego badacza soki trawienne niezwiązane przez miążgę pokarmową, dostają się do krwiobiegu. Bołdyriew zaprzecza istnieniu zacyzynów swoistych i uzależnia reakcję Abderhaldena od obecności trypsyny w surowicy krwi. Czy jego tłumaczenie reakcji Abderhaldena jest słuszne, nie wiadomo, w każdym jednak razie dane doświadczalne Bołdyriewa potwierdzone ostatnio przez Venuleta, powinny zwrócić uwagę badaczy, a w szczególności krytycznie należy oceniać wyniki dodatnie, uzyskane ze surowicą krwi, pobraną naczczo, kiedy to odczyn Abderhaldena ma być wogóle dodatni a zatem nieswoisty.

Prof. Jakowicki, sądzi, że mimo doskonałych wyników Hirsch'a i innych, potwierdzonych przez prelegentów, trzeba zachować jaknajdalej idący krytycyzm w stosunku do wartości praktycznej odczynu Abderhaldena za pomocą Interferometru. Nie znamy wszystkich czynników, które wpływać mogą na stopień reakcji. Już z pracy referentów widoczny jest wpływ gruźlicy, ważne jest też spostrzeżenie co do czasu, w którym po porodzie odczyn na łożysko daje się stwierdzić. Jak łatwo o błędne wnioskowanie, pouczyć może przypadek z Kliniki Poł.-ginek., dotyczący chorej z kosmkówczakiem złośliwym, gdzie odczyn na łożysko wypadł dodatnio, ale i we krwi osoby zdrowej w 40 miesięcy po porodzie również stwierdzono fermenty trawiące białko łożyska. O ile w stosunku do rozpoznania ciąży za pomocą metody I. F. trzeba zachować ostrożność we wnioskowaniu to tem więcej obowiązuje to w stosunku do rozpoznawania zmian w gruczołach wewnętrznego wydzielania. Badania ostatnie z Kliniki Würzburgskiej Hellmutb'a w zupełności to potwierdzają. Wprowadzanie parenteralne wyciągów z narządów nie zawsze działa specyficznie i nie zawsze efekt leczniczy może służyć jako dowód ścisłości tej lub innej metody rozpoznawczej.

Prof. A. Januskiewicz. Przedwczesną rzeczą byłoby entuzjazmować się lub zniechęcać do metody nowej, której użyteczność naukową i kliniczno-faktyczną dopiero czas wyjaśni.

Gdyby badania interferometryczne dały nam możliwość wczesnego i pewnego rozpoznawania raka, miałyby to dla ludzkości doniosłe znaczenie. Dziś już jednak wydaje się to rzeczą wątpliwą, chociażby sam przyrząd i metoda badania były doprowadzone do doskonałości, a to dlatego, że zacyzyny ochronne rozwijają się w każdym ustroju inaczej co do czasu i siły, a w pewnej liczbie przypadków właściwości biologiczne osobnika sprawiają, że się odczyn na tą czy ową szkodliwość może wcale nie rozwinąć, co np. czasem stwierdza brak odczynu Widala w klinicznie niewątpliwych przypadkach duru brzuszego.

Prócz tego zabierali głos w dyskusji dr. *Obieziński* i prof. *Eiger*.

Wobec spóźnionej pory Przewodniczący zamknąwszy dział naukowy Zebrania, zawiadamia, iż w końcu maja ma przybyć do Wilna liczna wycieczka lekarzy słowiańskich, uczestników Zjazdu w Warszawie.

Przyjęty na członka prof. dr. *Zdzisław Sowiński*.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 25-go maja 1927 roku.

Na posiedzeniu obecnych 21 członków i 17 gości, razem 38 osób.

Przewodniczący posiedzenia wice-prezes Tow. Lek. Dr. *G. Peszyński*.

Protokół z posiedzenia 11-go maja r. b. przyjęty. Sekretarzuje w zastępstwie dr. *H. Rudziński*.

Odczytuje referat Dr. *H. Rudziński*: „Sphygmobolometria i jej wartość kliniczna przy badaniu sprawności mięśnia sercowego (przeznaczony do druku).

Dr. E. Mancewicz. Demonstruje chorego, który miał złamanie żuchwy w okolicy szyjki processus condyloidei mandibulae, w miejscu jego przejścia w gałąź wstępującą. Złamanie powstało z powodu urazu w lewy policzek ku przodowi od dolnej połowy ucha. Chory nie wykazywał obrażeń części miękkich.

Stan pacjenta Rozwarta jama ustna Ostatnie zęby trzonowe strony lewej stykają się ze sobą guzkami: górny tylko zewnętrznym, a dolny przednio-wewnętrznym. Żuchwa, tracąc oparcie w jamce stawowej lewej pod działaniem skurczu mięśni, została wyłączona ze zgryzu i przesunięta jak zwykle, ku stronie złamania (w danym wypadku na lewo), po stronie prawej ku wnętrzu jamy ustnej. Linja zgryzu po stronie lewej została wyłączona również ze zgryzu na zewnątrz na 1 cmtr. Prócz tego żuchwa cofnęła się na $\frac{1}{2}$ cmtr. ku tyłowi, a linja środkowa żuchwy przesunęła się odpowiednio ku stronie lewej. Przy najmniejszych ruchach żuchwy, silne bóle. Odżywiać się chory może tylko płynami.

Zdjęcie Roentgena wykazało powyżej wspomniane obrażenie żuchwy, jak również i to, że odłamany „processus condyloideus“ pod działaniem skurczu mięśnia skrzydłowego zewnętrznego, swoim dolnym końcem został przyciągnięty ku przodowi i ułożył się w pozycji poziomej. Wskutek zaś skurczu mięśni żwacza, skroniowego i skrzydłowego wewnętrznego, działających na żuchwę, ta ostatnia, posuwając się w górę, podniosła również odłamek ku górze, przez co ten odłamek przednią krawędzią zetknął się z dolną powierzchnią łuku jarzmowego. Przesunięciu się odłamka na zewnątrz lub wewnątrz stały na przeszkodzie: z jednej strony mięsień żwacza, z drugiej zaś m. skroniowy.

Plan repozycji:

1) Ustawienie żuchwy w zgryzie normalnym za pomocą uzyskania oparcia kierującego, które będzie odciągać ku dołowi, ku przodowi i ku stronie prawej gałąź wstępującą, a jednocześnie przednią część żuchwy ku przodowi i ku górze.

2) Ustawienie kikutów kostnych w normalnej styczności.

3) Możliwe unieruchomienie odłamków nie przeszkadzające odżywianiu się.

Trudności wykonania aparatu ustalającego były znaczne. Z powodu powstałej niemożliwości szerszego otwarcia ust, w szczególności w okolicy zębów trzonowych, nie można było założyć aparatu, dla którego sporządzenia koniecznym był wycisk. Przyrzędem, ustalającym odłamki za pomocą druczianych łuków i ich przymocowań do zębów przez pierścienie i wiązanie (szyna Schroedera), przeszkadzałyby żuchwa, silnie wciągnięta do wnętrza jamy ustnej i ku stronie lewej przez mięśnie skrzydłowate i dna jamy ustnej, wciągnięta na tyle, że odprowadzenie jej było niemożliwe. A niemożliwe po pierwsze z powodu trudności wywarcia tak wielkiej siły przy utrudnionym dostępie, a po drugie dla tego, że gdyby nawet udało się to wykonać, to ustalenie pod takim napięciem byłoby bardzo trudne, a w końcu narażałoby pacjenta na rozchwianie lub wywichnięcie zębów i stratę filarów.

Prócz tego gwałtowny ruch ustalający mógł naruszyć powstającą łączność włóknikową pomiędzy kikutami kości, a tę łączność chcieliśmy wykorzystać w celu odciągnięcia ku dołowi przesuniętego, ku przodowi dolnego końca odłamka górnego i doprowadzenia go do zrostu w stosunku normalnym.

Należało więc skonstruować przyrząd, nadający się do umocowania na zębach a jednocześnie taki, któryby mógł odciągać żuchwę z jej położenia nieprawidłowego i doprowadzić do położenia normalnego. Następnie działanie tego przyrządu musiałyby być powolne, żeby nie uszkadzając zębów i powstałej wiotkiej jeszcze łączności między kikutami żuchwy, można było pokonać skurcz mięśni, a nareszcie, aby odłamek przyciągnięty za pomocą unieruchomienia, złączył się w jedną całość z żuchwą.

Wykonanie:

Najpierw założyłem pierścienie na zęby trzonowe i umocowałem za pomocą rurek zagwintowanych, przylutowanych do tychże pierścieni. Rurki były ustawione na poziomie szyjek zębów i osią długą skierowane równoległe do linii zgryzu. Następnie z drutu brzo-aluminiowego sporządziliśmy szyny 2 milimetrowej grubości, dokładnie dopasowując je do zewnętrznej powierzchni zębów górnej i dolnej szczęki. Końce tych szyn druczianych wprowadziłem do rurek przy pierścieniach, a po prowizorycznym ich umocowaniu przystąpiłem do wyszukania miejsca odpowiedniego do ustawienia krzywej szyny posuwistej. Te miejsca poprzednio odnotowano na łuku metalowym górnym. Łuk metalowy górny usunęłem z jamy ustnej i na odnotowane miejsca nasunęłem uprzednio sporządzone szyny krzywe posuwiste o kształcie ryńienkowatym, przylutowane tynolem. Również do przedniej części łuku przylutowano małe haczyki. Cały ten aparat znów wprowadzono do jamy ustnej i unieruchomiono przywiązaniem go do zębów za pomocą ligaturek metalowych. To samo zrobiono i na łuku dolnym z tą różnicą, że krzywe posuwiste zostały przylutowane ku przodowi od właściwego miejsca. W ten sposób uzyskałem możliwość zahaczenia za krzywą posuwistą górną oraz stopniowego przemieszczenia żuchwy ku przodowi i ku stronie prawej. W celu doprowadzenia zębów do

styczności i obniżenia gałęzi wstępującej lewej, trzeba było uzyskać siłę ciągnącą, działającą łagodnie lecz stale. Osiągnętem to za pomocą kółeczek gumowych, zaczepionych za haczyki górnego i dolnego łuku.

Po trzech dniach zęby poczęści weszły w styczność lecz zgryz był jeszcze niezupełnie normalny. Chory mógł już spożywać pokarmy twarde i bez bólu wykonywać ruchy żuchwą. Po upływie 1 $\frac{1}{2}$ tygodnia zdjęto łuk metalowy dolny i przelutowano krzywe posuwiste na miejsca odpowiednie. Po założeniu go na żuchwę i przymocowaniu do zębów, krzywe posuwiste dolne z wielkim wysiłkiem zahaczono za górne, tak, że chory niemógł sam doprowadzić do styczności obu szczęk wskutek bólu w okolicy stawu lewego. Wówczas założyłem między szczękami kółeczka gumowe o większej sile. Po upływie dwóch dni zęby weszły w normalną styczność i chory mógł odżywiać się normalnie i bez bólu po uprzednim zdjęciu kółeczek gumowych. Ślinociek, wpierv męczący chorego, ustał. Kontrolne zdjęcie Röntgena pokazało, że odłamek wyrostka stawowego poprzednio przemieszczony, został pociągnięty ku dołowi powstałą łącznością łącznotkankową i zajął miejsce normalne, znajdujące się w styczności z ciałem żuchwy. Rezultat, uwidoczony na Röntgenie, wykazał, że cały plan roboty i wykonanie były prawidłowe i cel osiągnięty. Z tym przyrządem chory chodził 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca. Cały czas miał założone kółeczka gumowe, a przez to osiągnięto unieruchomienie stykających się odłamków. Chory sam zdejmował kółeczka tylko podczas jedzenia. Całe gojenie się odbyło bez bólu i jakichkolwiek bądź komplikacji.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 8-go czerwca 1927 roku.

Przewodniczący Prezes Prof. *Januskiewicz*.

Dr. Rudziński w zastępstwie sekretarza odczytał protokół poprzedniego posiedzenia, który został przyjęty. *Dr. Gojdz* przedstawia chorego 28-letniego studenta, który od 5-ciu lat cierpiał na napady dychawicy oskrzelowej, występujące przeważnie w nocy. Przed dwoma tygodniami wystąpił również w nocy napad silniejszy niż zwykle, połączony z kołataniem serca i bólami w prawej a następnie w lewej połowie klatki piersiowej. Gdy te objawy trwały dłużej, niż zwykle po napadzie dychawicy, chory zgłosił się do kliniki. Badanie fizykalne ujawniło: uwypuklenie i mniejszą ruchomość lewej połowy klatki piersiowej, odgłos opukowy pudełkowy, zniesienie szmeru oddechowego oraz drżenia głosowego i przesunięcie s tłumienia serca na stronę prawą. Rozpoznano naturalną odmę piersiową lewostronną.

Dr. Nowokuńska przedstawia 32 letniego mężczyznę, urzędnika, który w nocy nagle dostał, jak podaje, napadu sercowego z dusznością. Z obawy, żeby nie omdleć, oblał się zimną wodą, nazajutrz czuł się już nieźle, a po tygodniu wznowił pracę w biurze, jednak na dwunasty dzień przybył do kliniki, gdzie stwierdzono lewostronną odmę piersiową ze znacznem przesunięciem

serca. W wywiadzie szczegółowym niewielki kaszel od roku, od 6-ciu miesięcy silniejsze napady kaszlu, podczas ruchu. Przez czas pobytu w klinice, t. j. w ciągu 5¹/₂ tygodnia, ciepłota normalna.

Prof. Januszkiewicz przytacza przypadek, obserwowany przed 1¹/₂ rokiem w klinice. Dotyczy on studenta 1-go roku medycyny, który wśród zupełnego zdrowia nagle nad ranem obudził się z powodu gwałtownego bólu w klatce piersiowej oraz bardzo silnej duszności. Po kilku godzinach dostarczono go do kliniki, gdzie stwierdzono silną odmę piersiową prawostronną. Mówca zaznacza, że we wszystkich 3 - ch przypadkach przez cały czas pobytu ich w klinice ani badaniem fizykalnym, ani prześwietlaniem nie stwierdzono obecności płynu w jamie opłucnej. Widocznie naderwaniu podległa tkanka opłucnej i płuca niezmieniona, lub zmieniona w taki sposób, że nie mogło to spowodować zapalenia opłucnej. W przypadku trzecim, po roku stwierdzono w klinice, gdy pacjent przybył dla kontroli, stan zupełnego zdrowia. Z tych obserwacji nasuwają się ciekawe wnioski co do czynników etiologicznych, wywołujących odmę opłucnej, jako też wypływa przestroga co do błędów diagnostycznych w przypadkach odmy, symulujących napad kołatania serca czy dychawicy sercowej, oskrzelowej lub też innych stanów, szczególnie jeżeli tego rodzaju napady u danych chorych powtarzały się niejednokrotnie dawniej.

Dr. Klukowski przedstawia chorego 26 - cio letniego, który przybył do kliniki 14 stycznia b. r. ze znacznymi obrzękami całego ciała i obecnością białka i wałeczków w moczu przy braku zwiększonego parcia krwi i wzmożonego azotu resztującego we krwi. Na podstawie tych objawów rozpoznano nefrozę. Chory uprzednio w ciągu 8-miu miesięcy leczyl się bezskutecznie w szpitalu na prowincji. Po 5-cio miesięcznym pobycie w klinice stan chorego uległ bardzo znacznie poprawie, o czym świadczy ubytek na wadze w ilości 32-ch klg. Ilość moczu wzrosła, wałeczki znikły, ilość białka znacznie spadła. Początkowo leczono go środkami nasercowymi i moczopędnymi bez dodatniego wyniku. Podawanie mocznika pomyślnie wpłynęło na diurezę i zmniejszenie obrzęków. Równoczesne zaś zastosowanie tyreoidyny spotęgowało jeszcze efekt leczniczy i doprowadziło do stanu obecnego.

W dyskusji *dr. Lewande* zapytuje, czy zwrócono uwagę na stan migdałków, gdyż zdaniem mówcy tkwiąca tam infekcja może wywoływać podobne schorzenie nerek; usunięcie w takich wypadkach migdałków sprowadza wyleczenie choroby nerwowej.

Dr. Jabłonowski wskazuje na rzadkość przypadków czystej nefrozy; najczęściej spotyka się bowiem postaci mieszane; podkreśla dodatni wynik leczenia, ponieważ tego rodzaju schorzenia zazwyczaj odporne bywają na wszelkie zabiegi. Co do uwagi *dr. Lewande*, mówca zaznacza, że zapalenie migdałków zwykle prowadzi do zapalenia nerek a nie do nefrozy.

W odpowiedzi *dr. Klukowski* stwierdza, że dokładne badanie migdałków nie wykazało żadnych zmian chorobowych.

Prof. Januszkiewicz podnosi również, że zapalenie migdałków nie prowadzi do nefrozy, lecz do zapalenia nerek. Co do leczenia, mówca podkreśla,

że należy uzbroić się w cierpliwość i nie zrażać się chwilowem niepowodzeniem, ponieważ często zdarza się, że dany środek okaże się w pewnym okresie choroby nieskutecznym, w innym zaś daje doskonale rezultaty.

Prof. Opoczyński:

1) Referat o nowotworze plazmatyczno - komórkowym ksantomatycznym plasmocythoma xanthomatosum) z pokazem preparatu mikroskopowego.

2) Przypadek śledziony dodatkowej, ważącej 400 gr. (preparat makroskopowy).

3) Przypadek wrodzonego zwyrodnienia torbielowego nerek z niedrożnością moczowodów u noworodka (degeneratio renum cystica congenita cum atresia uretherum), preparat makroskopowy.

4) Przypadek ropowicy języka (phlegmone linguae) preparat makroskopowy

5) Przypadek potworności rozwojowej: zrosłak twarzowo-piersiowy (Janus, kephalothoracopagus disymetros) nadesłany przez dr. *Adama Horodłę* z Ignalina, pow. Święciańskiego).

5) Potworek jednooki z częściowym brakiem mózgu i spotwornieniem nosa (cyclopia incompleta et arhinencephalia).

W dyskusji dr. *Świeżyński* zapytuje, czy przypadek ropnia języka był ostry. W klinice mówca obserwował przypadki ropni zimnych języka.

Prof. Trzebiński, odczytał pracę dr. *Czarneckiego*: „Odczyn gorączkowy u zwierząt, pozbawionych tarczycy pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego“. Praca nadesłana przez autora z Collège de France, przeznaczona do druku. W dyskusji prof. *Jakowicki* podnosi, że jest rzeczą wprost niemożliwą oddzielić tarczycę od gruczołów przytarczycznych, ponieważ te ostatnie leżą w środku gruczołu tarczowego. Mówca miał możności przekonać się o tem, usuwając z innych powodów tarczycę.

Prof. Opoczyński jest przeciwny wyprowadzania odsetek z małej ilości przypadków, uważając, że prowadzi to do nieścisłości danych statystycznych. Należy, zdaniem mówcy, podawać ilość przypadków z różnemi wynikami bez wyprowadzania odsetek, o ile cyfry są niskie.

Prof. Trzebiński w odpowiedzi zgadzając się zasadniczo na skrupuły, podniesione przez prof. *Opoczyńskiego*, zaznacza, że jednak pewna wspólna miara porównawcza w obliczeniu danych cyfrowych jest konieczna, a taką miarą może być jedynie sprowadzanie wyników liczbowych do tego samego mianownika, którym zresztą mogłaby być liczba 10 tam gdzie się operuje mniejszemi cyframi.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 22-go czerwca 1927 roku.

Przewodniczy Prez. Prof. *Januskiewicz*.

Obecnych członków T-wa 20-tu, gości 11-tu.

Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który został przyjęty.

Dr. Kucharski, demonstrowa chorych z oddziału chirurgicznego Szpitala Ś-go Jakóba. Przypadek I: Chory 45 lat, dostarczony do Szpitala 24.X. ub. r. z powodu ran tłuczonych pośladka lewego i gwałtownych bólów. 3.XI wystąpił bezwład lewej stopy. Bóle po pewnym czasie ustąpiły, skierowano chorego do Kliniki Neurologicznej. 2.III b. r. prelegent stwierdził przy badaniu guz na pośladku zrośnięty u podstawy, wielkości 2-ch pięści, nie wykazujący tętnienia z nieznacznym szmerem skurczowym. 7.III operacja wykazała po otwarciu guza z własną torebką włóknistą, rozległe nawarstwione skrzepy. Po usunięciu ostatniego skrzepu nastąpił gwałtowny krwotok z okolicy „foramen ischiadicum majus“, który opanowano przez ucisk i ujęcie pincetą Kochera krwawiącej tętnicy, a następnie podkłuciem. Ranę zaszyto na głucho. Przebieg gładki. Obecnie chory chodzi zupełnie dobrze, bezwład stopy utrzymuje się jednak. Rozpoznano: Aneurysma spurium traumaticum arteriae glutinosa superioris sinistrae. Przypadek II: Chory, dostarczony do Szpitala 29.IV b. r. w stanie b. ciężkim z powodu urazu w dolną część brzucha (kopnięcie przez konia). Na 3 godz. przed wypadkiem spożył obiad. Badanie stwierdziło: „peritonitis diffusa“. Od wypadku upłynęło 18-cie godzin. Lapatomja wykazała perforację wielkości 20-to groszówki, jelita cienkiego, zawartość papkowatą jelitową w miednicy małej, oraz glisty ludzkie. Jelito zaszyto 2-piętrowym szwem. Następnego dnia stan chorego prawie beznadziejny mimo stosowania hypodermoklizmy i środków nasercowych. Wystąpiły objawy obrzęku płuc. Wstrzyknięto propidon w ilości 4-ch cm³. Nazajutrz stan chorego poprawił się. Propidon stosowano jeszcze dwukrotnie w odstępach trzydniowych z powodu powikłania w postaci parotitis septica. Wypisany 23.IV b. r. jako zdrowy. Rozpoznano: Contusio abdominis. „Perforatio ilei. Peritonitis diffusa septico-purulenta“.

W dyskusji *dr. Zarcyn* zaznacza, że do niedawna sprawa leczenia ostrych zapaleń otrzewny przedstawiała się beznadziejnie; uważano, że o ile ustrój sam nie zwycięży, żadne leczenie nie pomoże. Obecnie coraz częściej słyszy się o wyleczeniu, dzięki surowicom względnie szczepionkom. Ostatnio *Katzenstein* stosuje surowicę przygotowaną przez siebie, jakoby z dobrym wynikiem.

Dr. Trzeciak nawiązując do I-go z demonstrowanych pacjentów, podkreśla rzadkość podobnych przypadków.

Prof. Januskiewicz zwraca uwagę na decydującą rolę w ostrem zapaleniu otrzewnej odporności wrodzonej danego osobnika; mówca przytacza przypadek samowyleczenia.

Dr. Kucharski w odpowiedzi podnosi, że w wielu wypadkach leczenie propidonom ostrego zapalenia szpiku kostnego daje dobre wyniki.

Dr. Waclaw Zaleski. W sprawie „Adenomyosis retrocervicalis“. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji *prof. Jakowicki* podkreśla praktyczną stronę zagadnienia Adenomyosis, a zwłaszcza znaczenie właściwego rozpoznania ze względu na leczenie. Sprawa heterotopji błony śluzowej macicy teoretycznie jest bardzo ciekawa i wiąże się z innymi zagadnieniami jak np. miesiączkowanie, pierwotna ciąża brzuszna i wogóle ciąża pozamaciczna.

Dr. Obieziński jest za badaniem krwi w podobnych przypadkach metoda Abderhaldena.

Prof. Opoczyński wskazuje na wspólne pochodzenie nabłonka otrzewnej i śluzówki macicy. Śluzówka macicy ma tkankę łączną wiecznie młodą. Zagadnieniem bardzo ciekawym jest, czy ta młodość tkanki łącznej nie jest zależną od gruczołów śluzówki macicy.

Dr. Zaleski w odpowiedzi podnosi, że wytłumaczenia wyraźnego, jakie czynniki podtrzymują młodość tkanki łącznej, dotychczas niema. Najpewniej tkanka łączna zostaje pod wpływem czynności jajników.

Dr. Hanusowicz: Klasyfikacja chorób skórnych według Krzysztalowicza.

Po omówieniu klasyfikacji chorób skórnych z punktu widzenia szkoły wiedeńskiej, niemieckiej i francuskiej prelegent podkreśla zasługi prof. *Krzysztalowicza*, który oparł swą klasyfikację na czynnikach etjologicznych, wskazał wyraźnie na zależność chorób skórnych od zaburzeń ogólnych ustroju, a tem samem zbliżył dermatologję do innych gałęzi medycyny.

Według tej klasyfikacji do I grupy schorzeń należą wady wrodzone i dziedziczne, do II zmiany, powstające pod wpływem urazów zewnętrznych fizykalnych (mechanicznych, cieplnych, świetlnych) i chemicznych; do III-ciej grupy zmiany, zależne od czynników biologicznych (pasorzytów, grzybków i bakterji), do IV-tej — schorzenia z powodu zatrucia środkami leczniczymi, podawanymi do wewnątrz lub produktami spożywczymi. Do tej grupy należą też zmiany z powodu idjosynkrazji; do V-jej grupy należą schorzenia, wywołane zaburzeniami ze strony narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego, a więc wynikające: 1) z samozatrucia, 2) złej przemiany materji, 3) ze schorzenia narządu krwiotwórczego, 4) gruczołów dokrewnych, 5) układu roślinnego. Wreszcie do VI-jej grupy należą nowotwory złośliwe.

Dr. Czarnecki, nadesłał piśmienną odpowiedź na uwagę prof. *Jakowickiego* w sprawie usuwania gruczołu tarczowego u zwierząt.

Autor twierdzi, że u użytego do doświadczeń psa, usunął tarczycę wraz z 3-ma gruczołami przytarczycowymi z pozostawieniem jednego, na podstawie następujących dowodów: 1) od chwili wykonania operacji do czasu użycia psa do doświadczeń, upłynęło dni 10, w ciągu tego czasu pies nie zdradzał żadnych objawów pooperacyjnych, co jest rzeczą b. ważną, 2) na sekcji tego psa stwierdzono jeden gruczoł przytarczycowy na swoim miejscu. Co do samej kwestji, czy wogóle powyższy zabieg jest możliwy, czy też nie — autor powołuje się na prof. *Gley'a*, który stwierdza, że 1) usunięcie samej tylko tarczycy u zwierząt dojrzałych nie powoduje żadnych zaburzeń, u zwierząt zaś b. młodych wywołuje zaburzenia, prowadzące do kretynizmu, 2) usunięcie 4-ch gruczołów przytarczycowych u wszystkich zwierząt daje zaburzenia gwałtowne, analogiczne z objawami po usunięciu całego aparatu tarczycowego.

Wreszcie autor podaje technikę, której należy się trzymać. Oddziela się ostrożnie gruczoł górny przytarczycowy od tarczycy, poczem podwiązuje się górną tętnicę tarczycową poniżej tego miejsca, gdzie ona daje gałąź, idącą do gruczołu przytarczycowego. Niema natomiast sposobu uniknąć podwiązania

dolnej tętnicy tarczycowej, by tym samym nie spowodować zaburzeń w krążeniu dolnego gruczołu przytarczycowego, gdyż nie posiada ona specjalnej gałęzi. Wobec tego te gruczoły bywają zazwyczaj usuwane wraz z tarczycą.

Prezes zdaje sprawę z I-go Zjazdu lekarzy słowiańskich w Polsce. Informuje zebranych o przebiegu Zjazdu ze strony towarzyskiej i naukowej, wspomina o wyborze polskiego Zarządu w składzie dr.dr. *Chodźki, Jakimiaka, Wroczyńskiego, Karwackiego i Leszczyńskiego*.

Uchwalono następną Zjazd odbyć w Pradze Czeskiej w 1928 r.

Przed zakończeniem posiedzenia uchwalono, że odbędzie się jeszcze jedno zebranie T-wa przed ferjami letnimi.

Uchwalono rozpocząć posiedzenia powakacyjne w II-giej połowie września.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 21-go września 1927 r.

Przewodniczący wiceprezes Dr. *Peszyński*, Sekretarz Dr. *Pawłowski*.

Obecnych członków T-wa 19-tu, gości 7-miu.

Na wstępie przewodniczący wygłasza przemówienie, poświęcone pamięci zmarłego D-ra Władysława Zahorskiego honorowego członka Wileńskiego T-wa Lekarskiego, na 10-go października zapowiadając wspólne posiedzenie T-wa Przyjaciół Nauk, T-wa Lekarskiego i Stowarzyszenia Lekarzy Polaków, poświęcone pamięci zmarłego.

W dniu 24-go sierpnia rozstał się z życiem Dr. Władysław Zahorski, jeden z najstarszych członków T-wa, bo z 35-ciu lat przebytych w Wilnie przez 34 lata pozostawał w szeregach naszych, a z tego w ciągu 3 lat (1894—1897) pełnił obowiązki sekretarza T-wa i w tym czasie napisał „Zarys dziejów Wileńskiego T-wa Lekarskiego“. Będąc oddanym sprawom T-wa Lek., a jednocześnie, miłując Wilno i jego pamiątki historyczne, uwzględnia w swej bogatej pracy literackiej jedno i drugie, bierze żywy udział w pracy społecznej i narodowej, a jednocześnie zmuszony jest oddawać się praktyce lekarskiej.

Od 1916 roku był on Prezesem T-wa Przyjaciół Nauk w Wilnie, przez pewien czas — prezesem Wil. Oddziału T-wa Rozwój, Członkiem Zarządu T-wa Miłośników Wilna, członkiem Zarządu T-wa Popierania Pracy Społecznej, Wiceprezesem Rady Nadzorczej Wil. Macierzy Szkolnej, Członkiem — współpracownikiem Akademii Umiejętności w Krakowie, członkiem — korespondentem Akademii Nauk Lekarskich, członkiem honorowym Towarzystw Lek. Warszawskiego i Krakowskiego, członkiem Zarządu Wil. T-wa Historycznego.

W uznaniu zasług, jakie położył dla nauki i społeczeństwa w kraju, otrzymał od Uniwersytetu S. B. tytuł D-ra Medycyny „honoris causa“, od T-wa Lekarskiego tytuł jego członka honorowego, a od kraju Krzyż Komandorski „Poloniae Restitutae“. Po przemówieniu zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc.

Dr. *Zarcyn* demonstruje następujące przypadki:

1) Chory 32-letni od kilku lat cierpiał na bóle w dołku podsercowym po jedzeniu. Bóle były nieraz bardzo silne, zwłaszcza ostatni napad; badanie stwierdziło: powłoki blade, tętno 110, t. 38°. Brzuch twardy — dekwaty w górnej części. Bolesność przy opukiwaniu na kresie białej. Rozpoznano przedziurawienie wrzodu żołądka. Zabieg operacyjny, natychmiast wykonany, potwierdził przedziurawienie wrzodu dookoła odzwiernika; w jamie brzusznej płyn zielony. Wszyto otwór i wykonano zespolenie jelitowo-żołądkowe, pozaokrężnicowe, tylne. Sączkowanie jamy brzusznej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

2. Chora 28-mio letnia zachorowała nagle 17-go kwietnia b. r.; wystąpiły silne bóle w podżebrzu prawem. Na 3-ci dzień — żółtaczką. Do szpitala zgłosiła się w 4 miesiące od początku choroby. Badanie stwierdziło: wychudzenie znaczne, barwa powłok brązowo-żółta, osłabienie, tętno 90 — 100, t. 38,5°, kał odbarwiony. Obserwacja 10-cio dniowa. Rozpoznanie: Niedrożność przewodu wątrobowego. Przed 4-ma tygodniami wykonano zabieg operacyjny, który ujawnił kamień w przewodzie żółciowym, przewód wątrobowy rozszerzony do grubości jelita cienkiego, pęcherzyk żółciowy rozszerzony i napięty. Rozcięto przewód i kamień wydobyto, poczem wylała się obficie żółć z przewodu i pęcherzyka. Wstawiono sączek kształtu litery T do przewodów. Pęcherzyka nie usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, prócz ropnego zapalenia gruczołu przyusznego.

Następnie Dr. *Wirszubski*: „*O rażeniu słonecznym*“. Praca przeznaczona do druku.

W dyskusji Dr. *Pawłowski* i Dr. *Hanusowicz* wspominają o masowych wypadkach rażenia słonecznego, spostrzeganych przez nich wśród wojska w czasie manewrów i ćwiczeń podczas upałów. Wszystkie przypadki kończyły się wyzdrowieniem. Prof. *Radziwiłłowicz* wyraża wdzięczność prelegentowi za poruszenie tematu do pewnego stopnia zaniedbanego i mało uwzględnionego w piśmiennictwie.

Prof. *Trzebiński* zapytuje, czy prelegent zauważył różnicę i jaką w obrazie chorobowym pomiędzy rażeniami słonecznymi i rażeniem termicznym (Hitzschlag).

Dr. *Zarcyn* zapytuje, czy drogą badania laboratoryjnego można stwierdzić podobne schorzenie.

W odpowiedzi Dr. *Wirszubski* zaznacza, że mimo obserwowanych przez przedmowców przypadków masowego rażenia słonecznego, w odnośnym piśmiennictwie nie znalazł specjalnego rozdziału, traktującego o tej sprawie. Mówca nie spotkał się nigdzie z identyfikowaniem rażenia słonecznego z rażeniem termicznym. Wystarczy wskazać chociażby na zmiany barwy skóry, spowodowane promieniami słonecznymi w przeciwstawieniu do oparzeń i obumierania skóry przy działaniu wysokiej temperatury. Mówca sądzi, że promienie słoneczne działają nie tylko jak czynnik cieplny, lecz też jako bodźce fizyczne i chemiczne.

Prof. *Trzebiński* przypomina, że wkrótce odbędzie się obchód jubileuszowy

Prof. Antoniego Gluzińskiego, honorowego członka naszego T-wa, i proponuje w imieniu Zarządu wręczyć od T-wa odpowiedni adres, co też zebranie jednomyślnie uchwaliło.

Następnie mówca przypomina również o VII Zjeździe internistów polskich w Poznaniu, przytaczając ważniejsze tematy, mające być omawiane na Zjeździe.

Prof. *Jakowicki* proponuje prosić prezesa Prof. Januskiewicza, by zechciał reprezentować T-wo na wymienionym Zjeździe.

Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 5-go października 1927 r.

Przewodniczący wice-prezes Dr. *Peszyński*, Sekretarz Dr. *Pawłowski*.

Obecnych członków 33-ch, gości 20-tu.

Przewodniczący w krótkim przemówieniu wita Prof. Szumowskiego z Krakowa w imieniu T-wa.

Prof. *Szumowski* wygłasza odczyt na temat „Medycyna jako nauka i jako sztuka“. Praca ukaże się w całości w druku. Po odczycie wywiązała się ożywiona dyskusja.

Prof. *Opoczyński* w swem przemówieniu podkreśla, że żadna sztuka, która nie opiera się na podstawach naukowych, nie może być uważana za sztukę. Mówca powołuje się na zdanie księcia Wołkońskiego, b. dyrektora teatrów petersburskich, który w swej książce twierdzi, że rosyjscy artyści dramatyczni ustępowali zagranicznym, ponieważ nie posiadali podstaw naukowych. W końcu mówca wskazuje na znaczenie wygłoszonego odczytu, który jasno i przejrzysto przedstawił tę sprawę.

Prof. *Szumowski* również stoi na stanowisku, że sztuka, która nie ma oparcia naukowego, nie jest w stanie tworzyć, a więc staje się rzemiosłem. Mówca przytacza przykład Leonarda-da-Vinci, który był ścisłym naukowcem.

Prof. *Trzebiński*: Jeżeli mówimy, że medycyna posiada dwa oblicza: nauki i sztuki, to moglibyśmy oczywiście również dobrze powiedzieć, że jednym obliczem jest tu, analiza drugim synteza; albo jednym teoria, drugim praktyka. Analogja pomiędzy obserwowaniem minerału przez przyrodnika i chorego przez lekarza, istnieje wprawdzie, nie jest jednak zupełną. Przyrodnik opisuje minerał jak najszczegółowiej bez żadnych innych celów jak dokładne jego poznanie. Lekarz bada pacjenta na to, aby mu pomódz i ten cel nad całym jego postępowaniem winien górować. Z tego względu też mówca przeciwny jest zbyt silnemu akcentowaniu granic pomiędzy ddiagnozą a terapią, wyrażającemu się, dajmy na to, w ustanawianiu osobnych klinik ddiagnozy w przeciwstawieniu do terapeutycznych, świadczając się natomiast za koncepcją Chałubińskiego, który obserwując chorego, od razu ustanawiał momenty chorobowe, służące za podstawę do wynajdywania wskazań lekarskich.

Dr. *Czarkowski* uważa, że naukę wyprzedza sztuka. W medycynie rozpoznanie winno być oparte na zasadach naukowych. Mówca zwraca jednak uwagę, że w medycynie praktycznej ściśle opieranie się na teorii, może nieraz wyrządzić szkodę choremu. Jako przykład mówca przytacza istniejącą w swoim czasie metodę Liebermeistra leczenia duru zimnemi kąpielami; również leczenie gruźlicy tuberkuliną nieraz szkodę wyrządzało, podobnie jak i upusty krwi. Zapytuje więc mówca, jak ma postępować dany lekarz w podobnych przypadkach.

Po odpowiedzi prof. *Szumowskiego*, przewodniczący dziękuje prelegentowi za wygłoszenie b. ciekawego odczytu.

Następnie przewodniczący odczytuje korespondencję, która ostatnio wpłynęła, oraz zwraca się do zebranych z apelem składania ofiar na powodzian w myśl odezwy Komitetu Wojewódzkiego.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik do mikroskopowego rozpoznawania surowców lecarskich dla farmaceutów, lekarzy i ekspertów celnych. Opracował Mr. Farm. Jan Muszyński, prof. nadzw. farmakognozji Uniw. Stef. Batorego. Nakładem Mr. Farm. Franciszka Heroda. Warszawa, 1926. Str. 304 + VII.

Podręcznik składa się z dwu części: ogólnej i szczegółowej. Część ogólna zawiera opis mikroskopu i przyrządów pomocniczych, odczynniki mikrochemiczne oraz ich zastosowanie, przyrządzanie skrawków z roślin, barwienie, prześwietlanie i utrwalanie preparatów mikroskopowych. Dalej mamy podane najważniejsze dzieła z dziedziny botaniki mikroskopowej i mikroskopji farmakognostycznej. Ostatnie dwa rozdziały zawierają ogólne wskazówki co do badania pod mikroskopem surowców sproszkowanych i opis mikrosublmacji.

Część szczegółowa obejmuje klucze do oznaczenia poszczególnych grup surowców, a w każdej grupie ich gatunków. Dalej mamy obszerny opis surowców. Przy każdym surowcu podane jego pochodzenie, wygląd makroskopowy i budowa mikroskopowa oraz sposoby rozpoznawania w stanie sproszkowanym z wyliczeniem charakterystycznych właściwości, pozwalających rozróżniać surowce bardzo do siebie podobne, np. różne gatunki mączki. Opis uzupełniony wszędzie dokładnymi rysunkami.

Cały podręcznik został bardzo starannie opracowany. Wyróżnia się on umiejętnem rozłożeniem materiału i przejrzystym układem obok ścisłości naukowej. Liczne dichotomiczne tablice pouczają odrazu, na jakie cechy należy zwrócić uwagę przy oznaczaniu surowców. To też podręcznik ten jest niezbędnym nie tylko dla słuchaczy farmacji lecz i dla osób samodzielnie pracujących w aptekach, dla lekarzy ekspertów i dla urzędników celnych. Znajdą tu oni dokładne wskazówki, jak stwierdzić dobroć towaru, jego zanieczyszczenia lub zafałszowania, tembardziej, że podręcznik pisany jest w ten sposób, że korzyść mogą z niego samoucy.

Znaczne usługi podręcznik prof. J. Muszyńskiego oddać może też botanikom, którzy w części ogólnej znajdują krótkie lecz jasne wskazówki, jak prowadzić badania mikroskopowe w dziedzinie botaniki. Wprawdzie z wielu opisaniami gatunkami może botanik nie spotkać się wcale, lecz wskazówki i przykłady, jak można rozpoznać gatunek rośliny z jej szczątków, nieraz bardzo drobnych (pyłek, sproszkowane korzenie, kłącze, pokruszone liście i łodygi) mogą go nauczyć, jak oznaczyć, roślinę z jej okruców. A zadania takie często trafiają się geobotanikowi, gdy idzie o odtworzenie dawnej flory z zachowanych w glebie jej szczątków lub pyłku.

Pomieszczony przy końcu słowniczek terminów botanicznych, podobnie jak taki sam słowniczek prof. Mazurkiewicza, służyć może, jako materiał przy ustaleniu terminologii polskiej. Może on być pożyteczny dla czytelnika, ponieważ obok terminów polskich, zawiera też terminy łacińskie i niemieckie. Szkoda tylko, że autor nie podał terminów angielskich i francuskich. Przecież w czasach obecnych niepodobna ograniczać się tylko do dzieł naukowych niemieckich. Przy przeglądaniu słowniczka zauważyliśmy pewną liczbę nieścisłości, od których zresztą nie jest wolne żadne zestawienie słownikowe.

Prof. Józef Trzebiński.

Dr. Jan Wilczyński. prof. Uniw. Stef. Bator. **Biologia ogólna, dwa tomy** (XV+911 str.) z licznymi ilustracjami. Kazim. Rutski, Wilno, 1923 — 1927.

Z ukazaniem się w druku 2-ej części, II tomu wyżej wymienionej książki, stanowiącej zakończenie wydawnictwa, rozpoczętego jeszcze 4 lata temu, wypada zanotować 7-me z rzędu w ciągu lat 8 istnienia wydziału lekarskiego w Wilnie, dzieło o charakterze podręcznikowym, wyszłe z pod pióra profesorów tegoż wydziału (poprzednio profesorowie: Karaffa-Korbutt, Opoczyński, Mikulski, Szmurło, Wilczyński. (Zoologia dla medyków) Muszyński).

Członkowie wydziału więc bez wątpienia nie zapominają o wypełnianiu pedagogicznych swych obowiązków także na tem polu.

Autor w przedmowie zaznajamia czytelnika z myślą, która kierowała planem książki. Musiał on zależeć oczywiście nie tylko od względów czysto naukowych, lecz też pedagogicznych i to pedagogicznych o pewnym specjalnem zabarwieniu, zważywszy, że w pierwszym rzędzie książkę autor przeznaczał do użytku studentów wydziału lekarskiego, którego jest profesorem.

Zadaniem jej z drugiej strony nie mogło być dążenie do dania tymże studentom takiego minimum wiadomości z zakresu zoologii i botaniki, któreby mogło im zastąpić wykłady tych przedmiotów, nie uwzględnione w naszym curriculum lekarskiem. Częściowo uczynić miała tej potrzebie zadość już poprzednio wydana Zoologia dla medyków. Tu chodzi o co innego. Biologia na wydziale medycznym powinna naszym zdaniem przede wszystkim dać słuchaczowi szersze podstawy, na którychby mogły się oprzeć: fizjologia i patologia ogólna, stanowiąc niejako wstęp do nauki tych przedmiotów. Wychodząc z podobnego właśnie założenia, nasz wydział już parokrotnie wypowiedał się za przeniesieniem wykładów biologii z 2-go kursu na 1-szy tak, aby w chwili przystępowania do fizjologii, student rozporządzał znajomością podstawowych

praw biologicznych. Jednakże zadania podręcznika biologii ogólnej nie mogą się ograniczać do tego tylko punktu widzenia. Winien on też służyć, jako źródło łatwej i pewnej informacji w rozmaitych zagadnieniach interesujących w danej chwili nie tylko studenta medycyny, lecz też lekarza, ewentualnie przyrodnika. Ponieważ zaś na wiele takich zagadnień, zwłaszcza, o ile one dotyczą teorii ogólnych, nauka nie daje odpowiedzi kategorycznych, myślę, że autor słusznie postąpił, zaznaczając, że będzie mówił krócej o rzeczach jasnych i ustalonych, a poświęcał więcej miejsca kwestyom spornym, w celu wprowadzenia w ten sposób czytelnika na drogi, któremi myślenie naukowe w danej sprawie postępowало. Książkę, przeznaczoną w pierwszym rzędzie dla studentów, należy oceniać też przede wszystkim z punktu widzenia jej nadawania się do tego, aby największa ich liczba z możliwie największym pożytkiem mogła z niej korzystać. Rodzi się tu pytanie, czy studentowi łatwiej przyswajać sobie potrzebne mu wiadomości podstawowe z książki obszernej, czy też z takiej, w której treść będzie, jak można najwięcej, skoncentrowaną. Odpowiedź na to zagadnienie, bez wątpienia ważne, nie wydaje mi się łatwą. Jednym wygodniej po wysłuchaniu odnośnych wykładów, traktujących przedmiot bardziej szczegółowo, doczuć się z konspektów, zawierających tylko to, czego egzaminator wymaga na egzaminie, innych znowu takie skondensowane kompendya, czy repetytorya, męczą, a łatwiej im przychodzi nauka z dzieł, w których poszczególne kwestye występują w oświetleniu wszechstronniejszym i bardziej wyczerpującem. W krajach, mających nie tylko starą, lecz też nieprzerwaną w ciągłości swej kulturę naukową, usposobieniom obu tych typów może się stać zadość. Obok podręczników, mają tam uczniowie do rozporządzenia różne wyciągi, skróty i repetytorya, ułatwiające zwięzłą treścią niejednemu znakomicie przypomnienie sobie tego, co słyisał na wykładzie. Nasze podręczniki, w ogóle nieliczne, nie mogą jeszcze dawać takiego wyboru, wobec czego też przeważnie redaguje się je według typu obszerniejszego. Do rzędu takich [właśnie należy książka niniejsza, licząca około 900 stron dość dużego formatu. Z drugiej strony w takich warunkach konieczne wszystko, coby ułatwiałoby czytelnikowi oryentowanie się w bogatej i różnorodnej treści. Trzeba oddać autorowi sprawiedliwość, że o owych ułatwieniach pomyślał. Świadczy o tem nie tylko skorowidz alfabetyczny treści i nazwisk, lecz też staranne tytułowanie (odmiennym drukiem) poszczególnych ustępów, nawet dotyczących spraw nie pierwszorzędnej wagi. Sposób przedstawienia przedmiotu jasny, a liczne ilustracye znakomicie ułatwiają zrozumienie. Referent szczególnie obowiązany jest Prof. Wilczyńskiemu za dodanie do książki podobizn znanych przyrodników, wiedząc, jak wraża się w pamięć nie tylko nazwisko, lecz też to, co się słyisało czy czytało o zasługach naukowych człowieka, którego rysy twarzy mieliśmy sposobność zobaczyć, choćby na fotografii. Na pewno też na uznanie zasługuje dążenie autora do tłumaczenia etymologii terminów naukowych, zwłaszcza mniej znanych, tam gdzie ten termin pierwszy raz w książce się pojawia, choć wypada z drugiej strony wyrazić żal, że ta metoda, w naszych warunkach bardziej jeszcze niż gdzie indziej pożądana, ze względu na wprost fenomenalną nieznajomość staro-

żytnych języków przeciętnego polskiego studenta, nie została jeszcze konsekwentniej przeprowadzona. Jestem pewien, że na 100 naszych teraźniejszych medyków nie więcej jak jeden chyba, zorientuje się, że termin „ekologia“ pochodzi od greckiego słowa „oikos“ (dom), albo „etologia“ od „ethos“ (obyczaj). Z pozostałych 99 może zaledwie dwu znajdzie się zaś takich, którzyby na własną rękę zechcieli się o tem informować, nie natrafiwszy na odnośne wskazówki w tekście. A przecież, wiedząc te rzeczy, daleko łatwiej zrozumieć i zapamiętać to, co autor mówi o przedmiocie nauk, w ten sposób zatytułowanych. Znalazłyby się też pewne niedociągnięcia tam, gdzie autor traktuje o zagadnieniach lekarskich. Trudnoby się np. zgodzić bez zastrzeżeń na zdanie, wypowiedziane, co prawda tylko w uwadze (str. 520), że „gorączka wyraża się znacznem zwężeniem naczyń“. Jednak są to drobne usterki, łatwo dające się uniknąć w następnem wydaniu, a książka prof. Wilczyńskiego jest dziełem pożytecznem, którego pojawienie się z zadowoleniem powitać należy.

Stan. Trzebiński.

Wiadomości bieżące:

W obec licznie zebranej publiczności (110 osób) odbyła się wieczorem, dnia 10 r. b. w sali posiedzeń Wil. Tow. Przyj. Nauk, staraniem tegoż tow., oraz Wil. Tow. Lekarsk. i Stowarz. Lekarzy Polaków, uroczystość ku uczczeniu pamięci, ś. p. D-ra Władysława Zahorskiego. Przemawiali: D-r Czarkowski (dwukrotnie), prócz tego profesorowie: St. Trzebiński, Chodyncki i Kościałkowski, wreszcie D-r Węśławski. Sekretarz Tow. Przyj. Nauk, Sędzia Jadziewicz, odczytał kondolencyjne listy i telegamy.

Mortalität und Natalität der Juden in Wilna während des Jahrfünfts 1921—1925

Dr. Z. SZABAD.

Auf Grund der ermittelten Sterblichkeits- und Natalitätsverhältnisse bei den Wilnaer Juden während des Jahrfünfts 1921—1925 gelangen wir zu den nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Die Mortalitätskurven bestätigen die von mir bereits früher hervorgehobene Tatsache der geringen monatlichen Schwankungen, der geringen Differenz zwischen den Maxima und den Minima, wobei das Maximum auf den Winter, das Minimum auf den Sommer fällt.

2. Der Sterblichkeitsquotient zeigt eine Tendenz zur beträchtlichen Abnahme und geht während des letzten Jahrfünfts nicht über 11 — 12 pro Mille hinaus.

3. Die in den beiden ersten Punkten festgestellten Erscheinungen sind in der Hauptsache auf die geringe Kindersterblichkeit zurückzuführen. Auf je 100 Neugeborene starben durchschnittlich: im 1. Lebensjahr 6,6; im Alter unter 5 Jahren 10,7.

4. Die während der Kriegszeit und in den ersten Nachkriegsjahren gesunkene Natalität ist während des letzten Jahrfünfts bedeutend gestiegen und beträgt ca. 23,9 : 1000.

5. Die Häufigkeit der Totgeburten hat sich relativ wenig verändert.
6. Das männliche Geschlecht (namentlich die Knaben) zeigt eine relativ höhere Sterblichkeit als das weibliche Geschlecht (Mädchen).
7. Ebenso wie für das vorangegangene Jahrzehnt ist, die geringe Sterblichkeit der Kinder im Alter unter 10 Jahren gegenüber den Greisen über 60 Jahre hinaus charakteristisch (23,5% gegen 32,9% der Gesamtsterblichkeit).
8. Das behandelte Jahrfünft zeigt zum ersten Male nach dem Kriege, einen natürlichen Bevölkerungszuwachs. Durchschnittlich beträgt die Differenz zwischen der Natalität und Mortalität 49,4%. Durch diesen Zuwachs (abs. 3350 Köpfe) wird indes noch nicht einmal die Hälfte des durch den Krieg und die Nachkriegszeit verursachten Defizits gedeckt.
9. An der Verringerung der Gesamtsterblichkeit sind die verschiedenen Todesursachen nicht gleichmässig beteiligt. Die Mortalität an akuten Infektionskrankheiten blieb fast auf gleicher Höhe wie vor dem Kriege (durchschnittlich 63,4 jährlich). Mehr als die Hälfte der akuten Infektionskrankheiten (172 von 317) entfällt auf Encephalitis und Meningitis.
10. Von den Infektionskrankheiten bei Kindern im Alter unter 10 Jahren (199) raffte die Meningitis mehr als die Hälfte der Opfer hin (110). Mutmasslich muss ein grosser Teil davon der tuberkulösen Meningitis zugeschoben werden. Dann folgt Scharlach mit 34, Pneumonie und Diphtherie mit 17, Pertussis mit 9 usw.
11. Auf die Tuberkulose (wenn man auf die evtl. ungenauen Angaben der Todesursachen durch die Ärzte nicht eingeht) entfallen $\frac{1}{12}$ der Gesamtsterblichkeit: durchschnittlich jährlich 56, d. h. 1 : 1000 der jüdischen Gesamtbevölkerung.

12. Besonders gering war die Sterblichkeit der Kinder im Alter bis zu 5 Jahren an Erkrankungen der Verdauungsorgane. Sie belief sich durchschnittlich jährlich auf 16,2 Todesfälle, d. h. 11,3% der Gesamtsterblichkeit dieser Altersgruppe. Diese Tatsache ist es eben, die die geringe Gesamtsterblichkeit der Kinder überhaupt bedingt.

Wesentlich mehr Opfer erforderten die Erkrankungen der Atmungsorgane, und zwar durchschnittlich jährlich 150,6 Fälle (22,5% der Gesamtsterblichkeit). Diese Gruppe nimmt auch einen breiten Raum in der Kindersterblichkeit ein (37,3% der Gesamtsterblichkeit unter den Kindern im Alter unten 5 Jahren).

13. Die Sterblichkeit an Erkrankungen der Zirkulationsorgane war nur wenig geringer als im vorangegangenen Jahrzehnt und belief sich auf 124,8. Bedeutend kleiner war die absolute Zahl der Todesfälle an Erkrankungen der Nerven und des Gehirns.

14. Gänzlich unverringert blieb die Zahl der Todesfälle an bösartigen Neubildungen. Sie übertrifft die Sterblichkeit an Tuberkulose und beläuft sich auf 63,4 Fälle durchschnittlich jährlich oder auf 1,13 : 1000 der Bevölkerung.

15. Die Häufigkeit der Unglücksfälle und gewaltsamer Todesfälle weicht nur unwesentlich von den Normalwerten ab. Die Häufigkeit der Selbstmorde dagegen hat zugenommen, namentlich während der letzten zwei Jahre.

* * *

Die vorstehenden Ausführungen dürften, meines Dafürhaltens, einigermaßen die biologischen Eigenheiten der jüdischen Bevölkerung einer Stadt charakterisieren, die den Krieg und die Okkupation durchgemacht hat und gegenwärtig dabei ist, sich zurück in die Verhältnisse der Friedenszeit einzufinden. Ungeachtet der wesentlich verschlimmerten wirtschaftlichen Lage der jüdischen Bevölkerung im Vergleich mit der Vorkriegszeit, ungeachtet der argen hygienischen Zustände, hat die Natalität das Vorkriegsniveau eingeholt und die Mortalität, namentlich unter den Kindern, ist beträchtlich zurückgegangen.

Es ist indes nicht ausgeschlossen, dass die ungünstigen Verhältnisse der früheren Jahre sich später einmal in der Statistik der künftigen Jahre bemerkbar machen werden.

Zur Ergänzung seien noch einige kurze Mitteilungen für das Jahr 1926 gebracht. Es starben während dieses Jahres 733 Menschen (370 M. und 363 W.). Es wurden geboren 1057 Kinder oder, nach Massgabe des konstanten Verhältnisses, 544 Knaben und 513 Mädchen. Demnach erscheint dieses Jahr weniger günstig als das Durchschnittsjahr des vorangegangenen Jahrfünfts. Die Sterblichkeit ist angestiegen, die Natalität ist zurückgegangen. Immerhin ist der natürliche Zuwachs mit 324 Köpfen noch bedeutend, wenn auch kleiner (30,6%), als in den vorangegangenen Jahren.

Die charakteristischen Züge der Kindersterblichkeit sind indes unverändert geblieben. Im 1. Lebensjahr starben 57 Kinder, d. h. 5,4 auf 100 Geburten, im Alter unter 5 Jahren 121, d. h. 11,4 auf 100 Geburten.

E. CZARNECKI.

Réaction fébrile des animaux éthyroïdés sous l'influence des injections intraveineuses du bleu de méthylène.

Conclusions.

1 *L'injection intraveineuse de 0 gr. 0.7 de bleu de méthylène par 1 kgr. d'animal provoque une hyperthérmie très marquée chez le chien normal.*

2 *Les chiens éthyroïdés réagissent de la même façon au bleu de méthylène Ils sont cependant d'autant plus sensibles au bleu que leur état post-opératoire est plus grave.*

... (faint, illegible text) ...

... (faint, illegible text) ...

... (faint, illegible text) ...

TRESC

Regulamin Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej

**REGULAMIN
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ
IZBY LEKARSKIEJ.**



W I L N O.

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”, WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

1 9 2 7.

REGULAMIN
WILEŃSKO-NOWOGRODZKIEJ
IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO
DZIĘKI WNIOSŁI WYKONANO
1895

T R E Ś Ć

Regulamin Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

I. Przepisy ogólne	§§ 1 — 37
II. Przepisy szczegółowe	§§ 38 — 95
a) o lekarzach do Izby wpisanych	§§ 38 — 43
b) o Radzie Izby	§§ 44 — 62
c) o Zarządzie Izby	§§ 63 — 87
d) o Komisji Rewizyjnej	§§ 88 — 95
III. O Sądzie Izby	§§ 96 — 166
I. Cel zasady i zakres działania Sądu Izby Lekarskiej	§§ 96 — 97
II. Ustrój Sądu	§§ 98 — 132
a) prawa i obowiązki sędziów i ich zastępców	§§ 117—123
b) prawa i obowiązki przewodniczącego sądu I. L. i jego zastępców	§§ 124—125
c) prawa i obowiązki pisarza wydziału sądu	§§ 126—128
d) zakres działania prezydium sądu I. L.	§§ 129
e) prawa i obowiązki rzecznika dyscyplinarnego	§§ 130
f) prawa i obowiązki oskarżonego	§§ 131
g) prawa i obowiązki obrońcy	§§ 132
III. Porządek postępowania sądowego:	
a) właściwość	§§ 133
b) wniesienie sprawy	§§ 134—135
c) wdrożenie dochodzenia	§§ 136
d) przesłuchanie świadków i znawców	§§ 137—141
e) wnioski stron w czasie dochodzenia	§§ 142
f) niewłaściwość sądu	§§ 143
g) wniesienie aktu oskarżenia lub wniosku na zaniechanie	§§ 144—145
h) rozpoznanie sprawy	§§ 146—147
i) wezwanie, terminy	§§ 148
j) wyłączenie sędziów i rzecznika	§§ 149
k) rozprawa główna	§§ 150—156
l) wyrok	§§ 157—164
m) kary (według art. 25 Ust. o Izb. Lek.)	§§ 165
n) koszty sądowe	§§ 166

T R E Ś C

Regulamin Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

§§ 1 — 37	Przepisy ogólne.
§§ 38 — 95	Przepisy szczegółowe.
§§ 38 — 43	a) o lekarzach do Izby wpisanych
§§ 44 — 62	b) o Radzie Izby
§§ 63 — 87	c) o Zarządzie Izby
§§ 88 — 95	d) o Komisji Rewizyjnej
§§ 96 — 100	O Sądzie Izby
§§ 96 — 97	I. Cel zarządy i zakres działania Sądu Izby Lekarskiej
§§ 98 — 132	II. Ustrój Sądu
	a) prawa i obowiązki sędziów i ich zastępców
§§ 117 — 123	b) prawa i obowiązki przewodniczącego sądu i. L. i jego zastępców
§§ 124 — 125	c) prawa i obowiązki pisarza wydziału sądownego
§§ 126 — 128	d) zakres działania prezydium sądu i. L.
§§ 129	e) prawa i obowiązki rzeczownika dyscyplinarnego
§§ 130	f) prawa i obowiązki oskarżonego
§§ 131	g) prawa i obowiązki obrocy
§§ 132	h) prawa i obowiązki świadków
§§ 133	i) własność
§§ 134 — 135	j) wniesienie sprawy
§§ 136	k) wdrożenie dochodzenia
§§ 137 — 141	l) przesłuchanie świadków i znawców
§§ 142	m) wnioski stron w czasie dochodzenia
§§ 143	n) niewłaściwość sądu
§§ 144 — 145	o) wniesienie aktu oskarżenia lub wniosku na zaniechanie
§§ 146 — 147	p) rozpoznawanie sprawy
§§ 148	q) wzwanie terminy
§§ 149	r) wypłacenie sędziów i rzeczownika
§§ 150 — 156	s) rozprawa główna
§§ 157 — 164	t) wyrok
§§ 165	u) kary (według art. 25 Ust. o Izb. Lek.)
§§ 166	v) koszty sądowe
	III. Porządek postępowania sądowego:

Regulamin Wileńsko - Nowogr. Izby Lekarskiej.

Przepisy ogólne.

1. Izba Lekarska w Wilnie nosi nazwę Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej i reprezentuje stan lekarski na terenie województwa wileńskiego nowogródzkiego.

2. Wileńsko - Nowogródzka Izba Lekarska stanowi oddzielną osobę prawną posiada swą pieczęć urzędową.

Organem Izby jest czasopismo lekarskie, ustalone przez Zarząd.

3. Językiem urzędowym Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej jest język polski. Wszystkie pisma, wychodzące z łona Izby, względnie jej Zarządu, winny być wystosowane w imieniu Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej podpisane przez naczelnika, oraz sekretarza (pisarza) Izby, względnie ich następców.

Wyjątek stanowią dowody i dokumenty kasowe, które wraz z naczelnikiem podpisuje skarbnik, oraz korespondencja w sprawach pieniężnych, umowy zobowiązania, obciążające stale budżet Izby, które podpisują naczelnik, skarbnik sekretarz Izby, względnie ich zastępcy.

4. a) Członkiem Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej jest każdy lekarz w okręgu jej zamieszkały, uprawniony do wykonywania zawodu lekarskiego (art. 2 i 4 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej), jeżeli się nie zrzekł wyjątkowo tego uprawnienia (art. 13 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej), albo też nie został wykreślony z listy członków Izby (art. 10 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i art. 12 p. a, b, c, Ustawy o Izbach Lekarskich).

b) Członkiem Rady Izby jest lekarz, którego w jednym z okręgów wyznaczonych, na jakie teren Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej jest podzielony, lekarze do Izby tej wpisani, do wyborów uprawnieni i mający stałą siedzibę w granicach pewnego okręgu, wybiorą prawomocnie z pośród ogółu lekarzy, do Izby należących, na swego reprezentanta w Radzie Izby, (art. 2, 10, 15, 16, 17 Ustawy o Izbach Lekarskich).

c) Zastępcą członka Rady jest lekarz, który przy wyborach do Rady otrzymał poza wybranymi członkami największą liczbę ważnie oddanych głosów.

d) Członkiem Zarządu Izby jest lekarz, którego członkowie Rady wybiorą prawomocnie z pośród siebie, do sprawowania czynności, przekazanych Zarządowi (art. 20 i 22 Ustawy o Izbach Lekarskich).

e) Zastępcą członka Zarządu, członkiem Sądu Izby i zastępcą członka Sądu, członkiem Komisji Rewizyjnej, jak również zastępcą członka Komisji Rewizyjnej jest lekarz, którego Rada Izby wybierze prawomocnie, z pośród członków Rady, lub z pośród wszystkich członków Izby (art. 20 i 30 Ustawy o Izbach Lekarskich).

f) Delegatem do Naczelnej Izby Lekarskiej i zastępcą delegata jest lekarz, którego Rada Izby wybierze prawomocnie z pośród wszystkich członków własnej Izby, lub z pośród członków innych Izb Lekarskich (art. 8 Ustawy o Izbach Lekarskich i § § 4 i 5 regulaminu Naczelnej Izby Lekarskiej).

5. Wileńsko - Nowogródzka Izba Lekarska dzieli się na trzy okręgi wyborcze, a mianowicie:

I — okręg, obejmujący miasto Wilno;

II — okręg, obejmujący pozostały teren województwa wileńskiego;

III — okręg, obejmujący województwo nowogródzkie.

6. Podział terenu Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na okręgi wyborcze, jak również liczba wybieranych przez te okręgi członków Rady Izby mogą ulec zmianom, zależnie od potrzeb, wynikających ze względów praktycznych, jakoteż od zmieniającej się liczby lekarzy, zamieszkujących poszczególne okręgi wyborcze (art. 10 i 15 Ustawy o Izbach Lekarskich i § 7 niniejszego regulaminu). Zmiany w tym kierunku przeprowadza Zarząd Izby na podstawie ustalonego spisu wyborców, stosownie do postanowień art. 10 Ustawy o Izbach Lekarskich.

7. Za podstawę do wyborów do Rady przyjmuje się ogólną liczbę lekarzy, należących do Izby. Liczba ta na zasadzie art. 10 Ustawy o Izbach Lekarskich, pozwala ściśle określić liczbę lekarzy, mających wejść do Rady.

Iloraz, otrzymany drogą dzielenia liczby wyborców przez liczbę członków Rady, określa liczbę lekarzy, na jaką przypada jeden mandat do Rady.

8. Okręgi wyborcze nie są pod względem wyboru członków Rady, oraz ich zastępców ściśle związane swymi granicami, czyli z każdego okręgu wybrany być może na członka Rady lekarz, nawet w okręgu tym niezamieszkały, pod warunkiem jednak, że należy do Izby Wileńsko - Nowogródzkiej i posiada prawo wyboru i wybieralności.

9. Wybory do Rady Izby odbywają się w ramach ustawy o Izbach Lekarskich (art. 13, 14, 15, 16, 17 i 18 tej Ustawy), pozostawiając członkom Izby prawo układania list wyborczych.

Wykluczeni z prawa wyboru i wybieralności do Rady Izby są:

a) lekarze, o których mówi art. 12 Ustawy o Izbach Lekarskich;

b) lekarze, którym Sąd Izby odebrał prawo wykonywania praktyki lekarskiej, lub uznał za pozbawionych prawa wyborczego, czynnego i biernego (art. 33 Ustawy o Izbach Lekarskich);

c) lekarze do Izby wpisani, którym Sąd Izby wytoczył śledztwo;

b) wreszcie prawa czynnego wyboru nie mają ci, o których mówi art. 10 Ustawy o Izbach Lekarskich.

10. Wybory do Rady Izby odbywają się raz na trzy lata: w listopadzie, ewentualnie w grudniu, ubiegającego trzeciego roku, w terminie wyznaczonym przez Zarząd Izby, przy takim obliczeniu, aby w pierwszej połowie stycznia roku, rozpoczynającego nowe trzecie, mogło się odbyć zwołane przez ustępującego naczelnika Izby i pod jego przewodnictwem pierwsze konstytucyjne zgromadzenie nowowybranej Rady. Dokonanie wyboru nowego Zarządu Izby i ukonstytuowanie się takowego uważane jest za zorganizowanie się Rady, po-
czem ustępujący naczelnik przekazuje przewodnictwo nowoobranemu.

11. Ścisły termin wyborów winien być ogłoszony przez Zarząd Izby, na 3 miesiące wcześniej w organach urzędowych województw wileńskiego i nowogródzkiego, oraz w czasopiśmie lekarskim, uznanem jako organ Izby. Jednocześnie w tychże organach urzędowych Zarząd Izby ogłasza listę wszystkich członków Izby, uprawnionych do głosowania w jej okręgu, z wyjątkiem członków, pozbawionych tego prawa (§ 9 niniejszego regulaminu).

O wyznaczonym terminie wyborów Zarząd Izby zawiadamia jednocześnie Naczelną Izbę Lekarską.

12. Wraz z pierwszym terminem wyborów, Zarząd Izby ogłasza ewentualny drugi termin wyborów, na wypadek, gdyby z jakichkolwiek powodów pierwsze wybory się nie odbyły, lub też przez Naczelną Izbę Lekarską uznane zostały za nieważne. Termin drugich wyborów winien przypadać nie wcześniej, niż w cztery tygodnie po terminie pierwszych wyborów.

13. Wszelkiego rodzaju zażalenia, dotyczące listy wyborców, winny być wnoszone zgodnie z art. 14 Ustawy o Izbach Lekarskich.

14. Wybory do Rady Izby odbywają się w Wilnie w lokalu Izby, gdzie czynności wyborcze, w ciągu wyborów, pełni Zarząd Izby w składzie co najmniej trzech osób, w tem naczelnika Izby, względnie jego zastępców. Wybory trwają od godziny 10 rano do 7-ej wieczorem.

Zarząd Izby do pomocy przy pracach przedwyborczych i przy wyborach ma prawo powołać zastępców członków Zarządu i członków Izby wogóle.

UWAGA: Karty wyborcze, nie otrzymane z poczty do godziny 7-ej wieczorem, nie mogą być brane pod uwagę przy obliczaniu głosów.

15. Głosowanie odbywa się tajnie przez doręczenie w kopercie karty wyborczej, złożonej we czworo i osobno zaklejonej. Koperty do kart wyborczych winny posiadać w nagłówku napis: „I (respect. II) wybory do Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej“, a dalej imię i nazwisko, oraz adres głosującego. Na odwrotnej stronie koperty winna być odbita pieczęć Izby. Karta wyborcza winna posiadać napis: „Wil.-Nowogródzka Izba Lekarska wybory I (respect. II)“, a dalej numerowane puste miejsce dla nazwisk, odpowiadające swą liczbą podwójnej ustalonej liczbie członków Rady. Karta wyborcza winna być również zaopatrzona w odbitkę pieczęci Izby.

W razie głosowania przez pocztę, koperta z pieczęcią Izby i znajdująca się w tej kopercie karta wyborcza włożone być winny do innej zwykłej koperty z adresem lokalu Izby.

Przy składaniu głosów osobiście, lub przez upoważnioną na piśmie osobę, karta wyborcza winna być przez głosującego wrzucona do zabezpieczonej urny wyborczej, a koperta przedstawiona Komisji Wyborczej (Zarządowi Izby) jako dowód, uprawniający do głosowania.

W razie dostarczenia karty wyborczej przez pocztę, naczelnik Izby, w dniu i godzinach głosowania, otwiera kopertę w obecności pozostałych członków Zarządu, kartę wyborczą wrzuca do urny, jeden zaś z członków Zarządu odnotowuje z koperty na liście wyborczej nazwisko głosującego.

16. Zarząd Izby już w pierwszym miesiącu, poczynając od ogłoszenia terminu wyborów, a w każdym razie nie później, jak na miesiąc przed tym terminem, winien dostarczyć każdemu z wyborców przez pocztę, lub funkcjonariusza Izby za potwierdzeniem odbioru, dwie koperty i dwie karty wyborcze (ze względu na możliwość powtórnych wyborów) według typu, opisanego w poprzednim paragrafie niniejszego regulaminu.

UWAGA: Zarząd Izby przy ogłaszaniu wyborów winien ustalić, jaka liczba członków Rady i ich zastępców musi być wybrana; liczba ta odpowiadać winna liczbie numerowanych pustych miejsc karty wyborczej dla nazwisk kandydatów do Rady i ich zastępców.

17. Przystępując do czynności odbierania głosów, naczelnik Izby, w obecności członków Zarządu i zaproszonych do pomocy przy wyborach osób, opieczętowuje pustą urnę wyborczą, która może być otwarta jedynie tylko w chwili rozpoczęcia czynności obliczenia głosów, po upływie terminu wkładania takowych.

W wyjątkowych tylko wypadkach Zarząd Izby w prawomocnym komplecie (art. 25 Ustawy o Izbach Lekarskich), mocen jest odłożyć obliczenie głosów do dnia następnego, nie zdejmując pieczęci z urny wyborczej.

18. Niezwłocznie po upływie terminu głosowania, Zarząd Izby przystępuje do obliczenia głosów, umieszczając wynik wyborów w protokóle, odzwierciedlającym całą czynność wyborczą, poczynając od godziny 10-ej rano.

Rezultat wyborów winien być niezwłocznie podany do publicznej wiadomości, w dziennikach urzędowych województw wileńskiego i nowogródzkiego, oraz w organie Izby, a jednocześnie zakomunikowany Naczelnej Izbie Lekarskiej,

UWAGA: Karty wyborcze i arkusze obliczeniowe, po obliczeniu głosów, winny być przechowane, jako dowody rzeczowe, aż do następnych wyborów.

19. Za wybranych do Rady Izby będą uważani ci członkowie Izby, którzy przy wyborach otrzymali największą liczbę ważnie oddanych głosów. W razie równości głosów rozstrzyga los.

20. Wszyscy członkowie Izby, którzy, poza wybranymi do Rady Izby, otrzymali największą liczbę głosów, wchodzą w kolejności arytmetycznej, jako zastępcy członków Rady, w liczbie, odpowiadającej liczbie członków Rady.

21. Każdemu wyborcy, po ogłoszeniu wyniku wyborów, przysługuje prawo protestu, zgodnie z art. 18 Ustawy o Izbach Lekarskich.

22. Przy wyborach w łonie Rady, Zarządu, lub Sądu Izby, o wyborze kandydata stanowi bezwzględna większość otrzymanych przez niego głosów. Gdyby takiej bezwzględnej większości głosów żaden z kandydatów przy pierwszym głosowaniu nie otrzymał, to następuje głosowanie powtórne. Gdyby i powtórne głosowanie nie dało pożądanej bezwzględnej większości głosów, decydującej o wyborze kandydata, to przewodniczący zarządza głosowanie trzecie — ściślejsze, mające na celu wybór między kandydatami, którzy w powtórnym głosowaniu otrzymali większą liczbę głosów. Przy równości głosów w głosowaniu powtórnym, o wyborze kandydata rozstrzyga los.

Każdy głos, oddany w trzecim głosowaniu na osobę, która nie przeszła do ściślejszego wyboru, będzie uważany jako nieważny.

Gdyby i przy tem trzecim, ściślejszem głosowaniu, nikt nie otrzymał bezwzględnej większości głosów, natenczas o wyborze kandydata rozstrzyga większość względna, a przy równej liczbie głosów — los.

23. Każdy członek Izby, wybrany na członka Rady, Zarządu, Sądu, Komisji Rewizyjnej, lub na zastępcę tych członków, jak również każdy wybrany w łonie Zarządu i Sądu na naczelnika Izby, przewodniczącego Sądu, skarbnika i sekretarza Izby, generalnego pisarza Sądu, lub na ich zastępców, obowiązany jest mandat przyjąć i sumiennie go wykonywać. Prawo zrzeczenia się mandatu bez umotywowania przysługuje tylko tym, o których mówi art. 19 p. a, b. Ustawy o Izbach Lekarskich.

Umotywowane zrzeczenie się wyboru do Rady, Zarządu, Sądu i Komisji Rewizyjnej może być uwzględnione przez Radę Izby zwykłą większością głosów, obecnych na zgromadzeniu. W razie nieuznania przez Radę przytoczonych motywów za wystarczające, wybrany winien mandat przyjąć, o ile zaś nadal się temu sprzeciwia, to sprawa oddana zostaje do rozpatrzenia Sądowi Izby.

Przy wyborach w łonie Zarządu i Sądu, o uwzględnieniu, lub nieuwzględnieniu motywów zrzeczenia się wyboru, decyduje Zarząd, — względnie Sąd, zwykłą większością głosów. O ile motywy zrzeczenia się uwzględnione nie zostaną, a wybrany nadal trwać będzie w oporze przeciw przyjęciu wyboru, to sprawa również przekazana być winna do rozpatrzenia Sądowi Izby.

24. Jeżeli członek Rady Izby umarł, lub wskutek jakiegokolwiek innej przyczyny przestał wykonywać swój mandat, to na jego miejsce automatycznie wstępuje do Rady zastępca, który przy wyborach otrzymał największą liczbę głosów. Przy równej liczbie głosów o wejściu do Rady decyduje los.

25. Jeżeli członek Rady Izby, wybrany przez Radę do Zarządu, umarł, lub w myśl artykułu 24 Ustawy o Izbach Lekarskich, pozbawiony został urzędu, albo z przyczyn ważnych (choroby chroniczne, wyjazd na czas dłuższy), zrzekł się godności członka Zarządu, i rezygnacja ta została przez Zarząd przyjęta, wtedy Zarząd powołuje na jego miejsce zastępcę, a Rada Izby na najbliższym posiedzeniu, wybiera z pośród siebie nowego członka Zarządu, respect. nowego zastępcę do końca trzechletniego okresu wyborczego. Ten sam sposób postępowania ma miejsce w stosunku do członków Sądu i członków Komisji Rewizyjnej, o ile z wyżej wymienionych powodów przestali oni wykonywać swe

obowiązki. Do Sądu tymczasowo powołany zostaje przez Sąd zastępca członka Sądu, a na najbliższym swem posiedzeniu Rada Izby wybiera z pośród siebie, lub z pośród wszystkich członków Izby, nowego członka Sądu, respect. nowego zastępcę członka Sądu, lub też, na wniosek Zarządu, nowego członka Komisji Rewizyjnej, respect. nowego zastępcę członka Komisji Rewizyjnej do końca trzechletniego okresu wyborczego.

26. Każdy lekarz, wybrany w charakterze członka, lub zastępcy, dla wykonywania odnośnego mandatu w Radzie, Zarządzie, Sądzie, Komisji Rewizyjnej, lub jako delegat do Naczelnej Izby Lekarskiej, winien być dokładnie obeznany z regulaminami własnej i Naczelnej Izby Lekarskiej, oraz z Ustawami o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o Izbach Lekarskich, by wskutek braku znajomości zasadniczych podstaw organizacji Izb Lekarskich, nie hamował biegu obrad, wyborów, oraz innych spraw, związanych z działalnością Izby.

27. Zaproszenia dla członków Rady Izby na posiedzenia Rady winny być rozesłane przez Zarząd przynajmniej na 14 dni przed terminem tego posiedzenia. W zaproszeniach tych Zarząd wymienia porządek dzienny obrad, oraz określa ściśle dzień, godzinę i miejsce posiedzenia.

Zaproszenia dla członków Zarządu na posiedzenia Zarządu winny być rozesłane przynajmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia. W zaproszeniach tych również powinien być wymieniony porządek dzienny obrad, oraz dzień, godzina i miejsce posiedzenia.

UWAGA: W sprawach wyjątkowo pilnych, naczelnikowi Izby przysługuje prawo zebrać posiedzenie Zarządu w terminie krótszym, niż dni 7, nawet bez rozesłania specjalnych zaproszeń, lecz drogą telegraficznego, telefonicznego, lub ustnego powiadomienia. W podobnych wypadkach na najbliższym posiedzeniu Zarządu, naczelnik winien usprawiedliwić ten swój sposób postępowania.

28. Każdy z członków Rady i Zarządu obowiązany jest przybyć na posiedzenie, a w razie niemożności przybycia winien w ten sposób zawiadomić o tem Zarząd, by zawiadomienie to otrzymane być mogło przynajmniej na 48 godzin przed terminem posiedzenia.

Zawiadomienia o treści warunkowej, uzależniającej przybycie od rozmaitych okoliczności, uważane będą za zawiadomienia odmowne.

Na miejsce członka Rady lub Zarządu, który na posiedzenie przybyć nie może, Zarząd w miarę możliwości zaprasza kolejnego zastępcę.

29. Jeżeli członek Rady, lub Zarządu, względnie zaproszeni na ich miejsce zastępcy na posiedzenie nie przybędą i nie usprawiedliwią należycie swojej nieobecności, to uważane to będzie za uchybienie w spełnianiu obowiązków względem Izby. Powtórne niestawienie się na posiedzenie w tych samych warunkach pociąga za sobą przekazanie sprawy Sądowi Izby.

UWAGA: Opóźnienie się o 30 minut na posiedzenie Rady, Zarządu, lub inne zebrania Izbowe, pociąga za sobą karę pieniężną do wysokości 10 zł., ustalana przez Zarząd Izby.

30. Członkowie Rady i Zarządu obowiązani są pozostawać na posiedzeniu aż do jego końca. Wcześniejsze opuszczenie posiedzenia, dostatecznie umo-

tywowane, może być uwzględnione, gdy obecni na posiedzeniu członkowie, — względnie ich zastępcy, zwykłą większością głosów na to się zgodzą.

O ile członek Rady, lub Zarządu, względnie zastępca członka Rady, lub Zarządu, samowolnie, bez podania motywów, lub bez zgody większości obecnych, opuści posiedzenie przed jego końcem, to podlega on Sądowi Izby.

Jeżeli skutek przedwczesnego wyjścia z posiedzenia kilku członków Rady lub Zarządu, — względnie ich zastępców, posiedzenie się zdekompletuje i przestanie być prawomocnem, to naczelnikowi Izby w porozumieniu z tymi, którzy na posiedzeniu pozostali, przysługuje prawo ustalić odrazu nowy termin posiedzenia w dniach najbliższych, bez konieczności ponownego rozsyłania pisemnych zaproszeń. Członkowie nieobecni, — względnie ich zastępcy, zostają w podobnych wypadkach zawiadomieni o nowym terminie posiedzenia drogą pisemnego, telegraficznego, telefonicznego lub ustnego powiadomienia.

31. W myśl Ustawy o Izbach Lekarskich (art. II tej Ustawy) i Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej (art. 3-ci tej Ustawy), Izba ma prawo i obowiązek upominania się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych:

a) aby władze administracyjne I-ej instancji ściśle przestrzegały obowiązek zapisywania się lekarzy do Izby, zwłaszcza przy sposobności zgłaszania praktyki, lub wykonywania zawodu lekarskiego w innej formie, oraz przy sposobności wyborów do Izby,

b) aby te same władze administracyjne zawiadamiały Izbę o osiedleniu się lekarza w jej okręgu, jak również o jego wysiedleniu się, lub śmierci,

c) aby Sądy zwyczajne w myśl rozporządzenia Ministerstwa Sprawiedliwości z dn. 29. X - 24 r. Nr. 11. A. 2555 24 zawiadamiały Izbę o każdym wypadku skazania przez Sąd Karny lekarza do Izby wpisanego.

32. Wszystkie urzędy z wyboru są w Izbie honorowe. Rada Izby ma jednak prawo przyznawania swym członkom, pełniącym specjalne funkcje, odpowiednich stałych odszkodowań pieniężnych. Członkom, mającym stałą siedzibę poza Wilnem lub delegatom Izby, wysłanym do załatwienia sprawy, poruczonej przez Radę, lub Zarząd, przysługuje prawo żądania zwrotu kosztów podróży (bilet II-ej klasy i dorożki), oraz diet dziennych, których wysokość uchwała Rada.

33. Rok administracyjny Izby liczy się od 1-go stycznia do 31 grudnia każdego roku.

34. W myśl Ustawy o Izbach Lekarskich (art. 44 tej Ustawy) Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej przysługuje prawo egzekucji w drodze administracyjnej zaległych należności, t. j. prawomocnych opłat Izbowych, kosztów dochodzenia sądowego i grzywien pieniężnych.

35. O ile członek Izby w ciągu trzech miesięcy zalega w opłacie tych należności i nie przedstawi Zarządowi żadnych ku temu wyjaśnień, któreby mogły być rozpatrzone, sprawdzone i ewentualnie uwzględnione, to Zarząd winien przesłać mu wezwanie do uiszczenia tych zaległości w ciągu dni 14 od

daty wysłania wezwania. Jeżeli wezwanie to okaże się bezskuteczne, to odbiór zaległych należności podlega egzekucji w drodze administracyjnej.

W razie dokładnie sprawdzonej i stwierdzonej niezamożności danego członka Izby, Zarządowi przysługuje prawo:

a) odroczyć termin spłaty zaległości oprócz grzywien i kosztów sądowych, na pewien okres czasu, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy, poczem sprawa ta winna być ponownie przez Zarząd sprawdzona i rozpatrzona;

b) rozłożyć spłatę zaległości na raty, odpowiadające stanowi majątkowemu dłużnika;

c) w wyjątkowych wypadkach — umorzyć spłatę zaległości częściowo, lub całkowicie.

36. W razie stwierdzonej przez Zarząd niemożności opłacania przez członka Izby miesięcznej składki członkowskiej w wysokości, oznaczonej przez Radę Izby, Zarządowi przysługuje prawo:

a) zmniejszyć wysokość tej składki do rozmiarów, jakie Zarząd uzna za odpowiednie; jednak na okres czasu nie dłuższy, niż 6 miesięcy. Po upływie tego terminu, sprawa ta winna być ponownie przez Zarząd sprawdzona i rozpatrzona;

b) zmniejszyć wysokość tej składki na okres do sześciu miesięcy z zastrzeżeniem, że różnica stąd powstała zostanie wyrównana, skoro tylko stan majątkowy lekarza się poprawi;

c) w wyjątkowych wypadkach, zwolnić zupełnie od opłacania składki, na okres czasu nie dłuższy niż sześć miesięcy, poczem sprawa ta winna być przez Zarząd ponownie sprawdzona i rozpatrzona;

d) w wyjątkowych również wypadkach — zwolnić od opłacania składki na okres czasu nie dłuższy niż sześć miesięcy, z zastrzeżeniem, że gdy stan majątkowy lekarza tego się poprawi, nieopłacone składki zostaną jednorazowo, lub ratami, wpłacone.

37. Wszyscy lekarze, wykonywujący zawód lekarski na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, opłacają przy wpisaniu się na listę członków tej Izby jednorazową składkę—„wpisowe”. Wysokość tej składki określa Rada Izby na swem pierwszym dorocznym posiedzeniu, przy rozpatrywaniu budżetu Izby. Pieniądze uzyskane z tej składki, zupełnie niezależnej od stałej składki członkowskiej, stanowią fundusz, którym dysponuje Rada Izby. W razie niemożności opłacenia wpisowego przez członka Izby, zawiadamia on o tem Zarząd Izby, któremu po zebraniu informacji i dokładnem zbadaniu sprawy przysługuje prawo:

a) odroczyć wpłatę wpisowego na pewien okres czasu, nie dłuższy jednak niż sześć miesięcy, poczem sprawa ta winna być przez Zarząd ponownie rozpatrzona;

b) rozłożyć wpłatę wpisowego na kilka rat (nie więcej 10), indywidualnie nietrudnych do zapłacenia;

- c) zmniejszyć wysokość wpisowego, odpowiednio do stanu majątkowego lekarza, z zastrzeżeniem, lub bez zastrzeżenia, że różnica zostanie wyrównana;
- d) zmniejszyć wysokość wpisowego i rozłożyć go na raty z zastrzeżeniem lub bez zastrzeżenia wyrównania różnicy;
- e) zupełnie zwolnić od opłaty wpisowego.

Jeżeli lekarz, zalegający w opłacie należności, przesiedli się do okręgu innej Izby Lekarskiej, to Zarząd winien zwrócić się do tej Izby z żądaniem, by wszystkie zaległe należności, przypadające na rzecz Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, zostały ściągnięte, bądź dobrowolnie, bądź drogą egzekucji. W wyjątkowych wypadkach Zarządowi przysługuje prawo umorzyć należne zaległości i zaniechać dalszego ich dochodzenia.

Przepisy szczegółowe.

O lekarzach do Izby wpisanych.

38. Lekarze, którzy się osiedlają w okręgu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, obowiązani są w ciągu 4-ch tygodni zgłosić swą przynależność do Izby (Art. 3 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i art. 11 Ustawy o Izbach Lekarskich), jak również donieść jej w terminie miesięcznym o przeniesieniu się do okręgu innej Izby Lekarskiej (art. 19 o wykonywaniu praktyki lekarskiej). Obowiązkiem lekarzy jest także zawiadamianie Izby w przeciągu miesiąca o zmianie mieszkania, lub przesiedleniu się z jednej miejscowości do drugiej, w okręgu Izby położonej.

Kto z lekarzy nie uczyni zadość powyższym przepisom, ten staje się winnym wykroczenia przeciwko obowiązkom wobec Izby.

39. O ile do wiadomości Izby dojdzie, że w jej okręgu osiedlił się lekarz, który nie wypełnił obowiązku zgłoszenia się (art. 3 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i art. 11 Ustawy o Izbach Lekarskich), to Zarząd Izby winien przestać mu wezwanie do wpisania się do Izby, oraz uiszczenia opłat Izbowych w ciągu dni ośmiu, od daty wysłania tego wezwania. O ile wezwanie to okaże się bezskuteczne, to Zarząd przekazuje sprawę Sądowi Izby, celem wdrożenia postępowania dyscyplinarnego, a jednocześnie, w myśl artykułu 44 Ustawy o Izbach Lekarskich, zalegające opłaty Izbowe ściąga drogą administracyjnej egzekucji.

40. Jeżeli lekarz, przenosząc się nastaje do okręgu innej Izby, nie zawiadomił o tem w przepisany terminie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej (art. 19 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej), to Zarząd winien uprzedzić o tem odnośną Izbę z żądaniem wdrożenia postępowania dyscyplinarnego, oraz ściągnięcia na rzecz Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej ewentualnie zalegających opłat Izbowych.

41. Lekarzy, obowiązanych do wpisania się na listę członków Izby (art. 3 Ust. o wykonywaniu praktyki lekarskiej), zwalnia od obowiązku tego tylko wyraźna i formalna deklaracja pisemna o zaniechaniu wykonywania praktyki

lekarskiej, oraz wszelkich innych czynności lekarskich (art. 13 Ustawy o wykon. prakt. lek.). Deklaracja taka, złożona w odnośnym wojewódzkim Wydziale Zdrowia i w Izbie Lekarskiej, mieści w sobie bezwzględne zobowiązanie niezajmowania się zawodem lekarskim w jakiegokolwiek bądź formie. Dlatego też wykonywanie zawodu tego po złożeniu takiej deklaracji uważane będzie za wykroczenie przeciw przepisom, obowiązującym w Izbie. Lekarz, który dopuścił się tego wykroczenia, zostaje przymusowo wpisany na listę członków Izby, winien uiścić wszystkie zaległe opłaty Izbowe od daty złożenia deklaracji, oraz podlega postępowaniu dyscyplinarnemu.

W razie powrotu do wykonywania zawodu lekarskiego w jakiegokolwiek formie, lekarz obowiązany jest ponownie zawiadomić o tem w terminie dwóch tygodni odnośny Wojewódzki Wydział Zdrowia i Izbę Lekarską, oraz ponownie zapisać się na listę jej członków, (bez powtórnej opłaty wpisowego).

Lekarz, który przestał wykonywać zawód lekarski, winien uiścić wszystkie zaległe opłaty Izbowe do dnia odpowiadającego dacie, złożonej przez niego odnośnej deklaracji.

Zrzeczenie się wykonywania zawodu lekarskiego nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności przed Sądem Izby w sprawach, dotyczących jego poprzedniej czynności zawodowej.

O porzuceniu przez lekarza wykonywania zawodu lekarskiego Zarząd Izby zawiadamia władze administracyjne I - ej instancji i Władze podatkowe w celu wykreślenia lekarza tego ze spisu lekarzy.

42. Lekarze, przybywający na dłuższy pobyt do okręgu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, obowiązani są zawiadomić o tem w ciągu miesiąca Zarząd tej Izby, zaznaczając przy tem, czy podczas tego czasowego swego pobytu zamierzają wykonywać zawód lekarski. O ile zamierzają, powinni wpisać się do Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej i wtedy podlegają wszystkim postanowieniom, obowiązującym w tej Izbie, w szczególności zaś winni są uiszczać wszelkie opłaty, przypadające na rzecz Izby, przyczem na czas swego pobytu w jej okręgu wstępują we wszystkie prawa i obowiązki członków tej Izby.

43. Lekarzom wykonyującym zawód lekarski jest wzbronione:

a) łączenie zajęć lekarskich z innymi zajęciami, przeczącemi powadze zawodu lekarskiego (art. 12 Ustawy o wykon. prakt. lek.);

b) ciągle przypominanie o sobie drogą ogłoszeń, wzmianek dziennikarskich i podziękowań publicznych, jak również reklamowanie się w sposób krzykliwy, niesumienny, niezgodny z prawdą i wogóle uwłaczający godności stanu lekarskiego;

c) zajmowanie kilku płatnych posad, wykluczające możliwość sumiennego wykonywania obowiązków, związanych z temi posadami;

d) nieprawne używanie tytułów, nieodpowiadających rzeczywistości, i tytułów, nieuznanych w Państwie Polskiem (art. 8 Ustawy o wykon. prakt. lek.);

e) tłumaczenie się nieznanomością regulaminu Izby, oraz ustaw rządowych. Winni przekroczenia tych przepisów podlegają Sądowi Izby.

O Radzie Izby.

44. Rada Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej składa się z zasadniczej liczby 20-tu członków, wybranych przez poszczególne okręgi wyborcze. Liczba członków Rady powiększa się w miarę wzrostu liczby członków Izby ponad 200, w ten sposób, że na każdą dalszą liczbę ponad 50 członków Izby przypada jeden dalszy członek Rady (art. 10 Ustawy o Izbach Lekarskich i § 7 niniejszego regulaminu).

45. Zakres działania Rady Izby określa Ustawa o Izbach Lekarskich (art. 2 — 3 — 4 — 6 — 8 — 19 — 20 tej Ustawy).

46. Zwyczajne posiedzenia Rady Izby odbywają się co najmniej raz w roku, a mianowicie w styczniu,—najdalej w lutym każdego roku. Termin posiedzeń wyznacza Zarząd Izby.

Nadzwyczajne posiedzenia Rady Izby mogą być zwołane, albo przez Zarząd Izby w razie potrzeby, albo na żądanie jednej piątej członków Rady Izby (art. 25 p. 1 Ustawy o Izbach Lekarskich), w terminie nieprzekraczającym jednego miesiąca.

Żądanie zwołania nadzwyczajnego posiedzenia Rady winno być złożone Zarządowi przez członków Rady na piśmie, z wyluszczeniem celu zebrania.

Niezwołanie przez Zarząd posiedzenia nadzwyczajnego Rady na żądanie jej członków wymaga wyjaśnienia na najbliższym posiedzeniu Rady.

47. Do prawomocności uchwał i wyborów Rady potrzebna jest obecność na posiedzeniu $\frac{2}{3}$ członków Rady Izby (art. 3 Ustawy o Izbach Lekarskich). O ile jednak posiedzenie w oznaczonym terminie, z powodu nieprzybycia dostatecznej liczby członków Rady, nie dojdzie do skutku, to następne posiedzenie, które odbędzie się w tym samym dniu, w godzinę później, jest prawomocne, bez względu na liczbę obecnych członków.

Wszelkie uchwały Rady, jak też dokonywane przez nią wybory, zapadają bezwzględną większością głosów członków obecnych na posiedzeniu.

Naczelnik Izby głosuje narówni z innymi członkami Rady, a w razie równości głosów, jego głos decyduje.

48. Na posiedzeniach Rady Izby przewodniczy naczelnik Izby, a w razie niemożności, lub gdy sam jest referentem, jeden z jego zastępców; o ile brak i zastępców, to przewodniczącego obiera Rada. Przewodniczący zagaja i zamyka zebrania, kieruje obradami, czuwa nad przestrzeganiem regulaminu, udziela głosu w kolei zapisywania się do niego, wzywa do porządku, a w razie potrzeby odbiera głos; w rozprawach nie bierze udziału, jeżeli zaś chce zabrać głos w dłuższem przemówieniu, to oddaje przewodnictwo jednemu z zastępców.

49. Pierwszym przedmiotem obrad zwyczajnego posiedzenia Rady Izby, odbywającego się na początku roku, ma być rozpatrzenie sprawozdania rocznego z czynności Zarządu, sprawozdania skarbnika Izby i sprawozdania Komisji Rewizyjnej za rok ubiegły, a również uchwalenie rocznej składki członkowskiej, wpisowego do Izby i budżetu na rok następny.

Wybory uzupełniające tak do Zarządu, jak też do Sądu Izby i do Komisji Rewizyjnej, winny być również umieszczane na porządku dziennym rocz-

nego, zwyczajnego posiedzenia Rady Izby, (art. 22 i 30 Ustawy o Izbach Lekarskich).

50. Pierwszym przedmiotem obrad nowowybranej Rady Izby, zebranej celem ukonstytuowania się, ma być sprawozdanie z dokonanych wyborów, które przedłoży referent z poprzednio - urzędującego Zarządu Izby.

Następnie mają miejsce wybory członków Zarządu, Sądu, Komisji Rewizyjnej, delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej, oraz zastępców (art. 8, 20 i 30 Ustawy o Izbach Lekarskich).

51. Na porządku dziennym posiedzenia Rady Izby mogą być umieszczone tylko sprawy, rozpatrzone uprzednio przez Zarząd Izby.

Sprawy, nie umieszczone na porządku dziennym i nie rozpatrzone uprzednio przez Zarząd, mogą być wzięte pod obrady jedynie tylko jako wnioski nagłe i to dopiero po wyczerpaniu porządku dziennego i po uznaniu ich nagłości przez większość obecnych.

52. Z każdego posiedzenia Rady Izby sekretarz Izby spisuje protokół, zawierający w krótkim streszczeniu przedmioty obrad i powzięte co do nich uchwały.

Odrębne zdania poszczególnych członków lub mniejszości, uwydatnia się w protokole tylko na wyraźne ich żądanie z krótkim przedstawieniem motywów.

53. Wszelkie decyzje Rady, mające charakter obowiązujący dla wszystkich członków Izby, winny poza protokołem Rad być umieszczone w specjalnie prowadzonej księdze uchwał. Księga uchwał powinna być zawsze dostępna dla członków Izby w jej lokalu i w godzinach obowiązujących; zawierać ona winna:

- a) ustawę o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich;
- b) ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej;
- c) obowiązujący regulamin Izby;
- d) obowiązujący regulamin Sądu Izby;
- e) obowiązujący regulamin Naczelnej Izby Lekarskiej;
- f) obowiązujący regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej;
- g) poszczególne uchwały Rady, obowiązujące wszystkich członków.

54. Rada Izby może pewne sprawy, w zakresie jej działania wchodzące, a wymagające specjalnych znajomości, powierzyć osobom, poza Radą stojącym, do opracowania i przedstawienia wniosków. Osoby te, będąc obecne na zebraniach Rady w roli sprawozdawców, lub opiniodawców, mają tylko głos doradczy.

55. Na posiedzeniach Rady mogą być obecni członkowie Izby, nie należący do Rady, jednakże bez prawa zabierania głosu w rozprawach i bez prawa głosowania.

56. O ile w czasie rozpraw ktokolwiek użyje niedopuszczalnych wyrazów, lub określeń nietylko co do formy, lecz i co do treści, to przywołany zostaje do porządku, gdy zaś dwukrotnie dopuści się tego przewinienia, to pozbawiony zostaje prawa głosu na posiedzeniu.

O ile ktokolwiek brutalnym swym zachowaniem obniży powagę zebrania, to oddany zostaje pod Sąd Izby.

57. Pod względem porządku dziennego na posiedzeniach Rady Izby obowiązują następujące prawidła:

a) Po zagajeniu i otwarciu posiedzenia przez przewodniczącego, następuje odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia. Jeżeli w tym przedmiocie nikt nie wniesie poprawki, lub sprostowania, to przewodniczący i sekretarz podpisują protokół, jako przyjęty. Jeżeli poprawki i sprostowania zostały wniesione, to przed podpisaniem protokołu Zgromadzenie ma uchwalić, czy zgadza się na takowe.

b) Z kolei mają miejsce interpelacje, które winny być złożone do Prezydium pisemnie przed rozpoczęciem posiedzenia i podpisane przez 3-ch członków Rady. Odpowiada na takowe Przewodniczący lub na jego życzenie członek Zarządu, najlepiej ze sprawą obeznany, ale dopiero po wyczerpaniu całego porządku dziennego. Rozprawa nad odpowiedzią, daną na interpelację, może nastąpić tylko na zasadzie osobnego wniosku (ustnego), popartego przez dwóch przynajmniej członków Rady, oprócz wnioskodawcy, i uchwalonego przez większość obecnych.

c) Po załatwieniu formalnej strony interpelacji, nastąpić mogą wnioski nagłe. Nagłym jest każdy wniosek, wniesiony do Prezydium pisemnie, przed rozpoczęciem posiedzenia i podpisany co najmniej przez 3-ch członków Rady w przedmiocie, którego Zarząd nie zamieścił na porządku dziennym obrad. Wniosek nagły przewodniczący oddaje pod głosowanie, czy ma być wzięty pod obrady. W razie uzyskania większości głosów, zamieszcza się go dodatkowo, jako ostatni przedmiot obrad, po odpowiedziach na interpelacje. Wniosek, dotyczący zmiany regulaminu, nie może być nigdy traktowany jako nagły, ale oddany być musi pod obrady Zarządu.

d) Po załatwieniu formalnej strony wniosków nagłych, następują obrady nad przedmiotami, umieszczonemi na porządku dziennym, według kolejności ich umieszczania.

58. Pod względem obrad obowiązują następujące postanowienia:

a) Nad każdym przedmiotem porządku dziennego przewodniczący otwiera rozprawę;

b) Podczas rozpraw przewodniczący udziela głosu według kolei zapisania się do głosu;

c) Przy rozprawie nad przedmiotem obszernym, lub podzielonym na ustępy, albo paragrafy, dopuszczalna jest naprzód rozprawa ogólna, a po jej zamknięciu—szczegółowa;

d) W wypadkach, gdy wielu członków zebrania jest zapisanych do głosu za pewnym wnioskiem, lub przeciw niemu, przewodniczący może udzielać naprzemian głosu jednemu mówcy za wnioskiem, drugiemu przeciw wnioskowi, przestrzegając zresztą kolejności zapisania się do głosu. Za zgodą większości, przewodniczący może ograniczyć czas przemówień;

e) W jednym i tym samym przedmiocie nie wolno jednemu członkowi Rady zabierać głosu więcej niż dwa razy, z wyjątkiem, jeżeli zażąda głosu do faktycznego sprostowania lub w sprawie formalnej. Mówcy, odbiegającemu od

przedmiotu, winien przewodniczący, po dwukrotnem daremnym upomnieniu, odebrać głos;

f) Sprawozdawca lub wnioskodawca otrzymuje drugi raz głos na ostatku, to jest, gdy wszyscy zapisani do głosu się wypowiedzieli;

g) Obrady nad danym przedmiotem są skończone, gdy nikt głosu nie żąda, lub gdy został przyjęty wniosek o ich zamknięciu.

59. Pod względem wniosków zwykłych (nie nagłych), obowiązują następujące postanowienia:

a) Każdy wniosek zwykły, również jak poprawkę stylistyczną, wnioskodawca winien podać przewodniczącemu na piśmie. Poprawki rzeczowe, wniesione do elaboratów obszerniejszych i przyjęte przez większość zebranych, winny być przekazane Zarządowi do rozpatrzenia, czy są zgodne z resztą elaboratu. Jeżeli nie są zgodne, to Zarząd wstrzymuje ich wykonanie i zdaje o tem sprawę na następnem posiedzeniu Rady Izby.

b) Wniosek może być przyjęty, jeżeli nikt nie zgłasza poprawki.

c) Wniosek o zamknięcie rozprawy nad pewnym przedmiotem można postawić w każdej chwili, gdy już 3-ch mówców zabrało głos w tej sprawie. Wniosek taki przewodniczący winien natychmiast oddać pod głosowanie.

d) Wniosek o zamknięcie rozprawy, przejście do porządku obrad, lub przyjęcie „en bloc“, nie może być przedmiotem rozprawy.

e) Po uchwale zamknięcia rozprawy zabierać mogą głos tylko przed uchwałą tą do głosu zapisani, a wnioski w tym przedmiocie można stawiać tylko co do formalnego traktowania sprawy.

f) Każdy członek Rady może zażądać głosu w sprawie formalnej, każdej chwili w toku obrad i uzyskuje głos zaraz po zgłoszeniu przed innymi zapisanymi mówcami. Wniosek formalny, postawiony w danej kwestji i raz już odrzucony, nie może być przedstawiony powtórnie w tej samej sprawie i na tem samym posiedzeniu. O tem, czy wniosek jest formalny, decyduje przewodniczący.

g) Wnioski formalne mogą być motywowane tylko przez dwóch mówców: jednego—za i jednego—przeciw, i to przez każdego nie dłużej, jak w ciągu 3-ch minut, poczem zostają one oddane pod głosowanie, po odczytaniu listy zapisanych mówców.

h) Wniosek o zarządzenie posiedzenia tajnego winien być zaraz wzięty pod obrady, względnie uchwały.

i) Wniosek o głosowanie imienne, lub tajne, skoro tylko zostaje podany, musi być wykonany, czyli nie podlega głosowaniu.

60. Pod względem głosowania obowiązują następujące postanowienia:

a) Po zamknięciu rozprawy nad danym przedmiotem, przewodniczący ogłasza przedłożone wnioski i porządek, w jakim ma się odbyć głosowanie.

b) Głosowanie może być: 1) jawne — przez podniesienie ręki, 2) imienne, 3) tajne—za pomocą kartek.

c) Głosowanie odbywa się tajnie, jeżeli sprawa dotyczy osób, a mianowicie wyboru, lub udzielenia materialnej pomocy, oraz na żądanie jednego z członków Rady.

d) Głosowanie imienne zarządzić może przewodniczący, w wypadkach wątpliwego wyniku głosowania, lub też na życzenie jednego z członków Rady.

e) Głosowanie jawne ma miejsce za jednomyślną zgodą.

f) Jeżeli wynik głosowania wydaje się przewodniczącemu wątpliwy, to może zarządzić przeciwpróbę.

g) Przy głosowaniu poddaje się naprzód. 1) wniosek przejścia do porządku dziennego, 2) wniosek odroczenia, 3) poprawki, 4) wniosek sprawozdawcy lub wnioskodawcy.

Przy kilku poprawkach przewodniczący decyduje, która z nich jest najwięcej oddalona od wniosku pierwotnego, i tę najpierw poddaje pod głosowanie. Przy głosowaniu w sprawach pieniężnych, kwota najwyższa oddaje się najprzód pod głosowanie.

h) Głosy obliczają skrutatorzy. Wynik głosowania oznajmia przewodniczący. Oznajmionego wyniku głosowania nie wolno podawać w wątpliwość, ani żądać powtórnego głosowania.

61. Posiedzenie Rady jest zakończone po wyczerpaniu porządku dziennego, oraz załatwieniu interpelacji i wniosków nagłych. Jeżeli jednak w ciągu jednego dnia nie dało się tego skutecznić, to dalszy ciąg posiedzenia wyznacza się na dzień następny. Radzie jednak przysługuje prawo odłożenia nieomówionych przedmiotów do następnego zebrania.

62. Rada Izby może obrać sobie stałego doradcę prawnego, któremu może wyznaczyć wynagrodzenie.

O Zarządzie Izby.

63. Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, wybrany z pośród członków Rady na Zgromadzeniu Konstytucyjnym, na przeciąg 3-ich lat (art. 20 o Izb. Lek.), składa się z 9 członków, z których co najmniej $\frac{2}{3}$, t. j. 6-ciu, winno mieszkać w Wilnie. Zastępców członków Zarządu wybiera Rada Izby na tem samem Zgromadzeniu Konstytucyjnym w liczbie, odpowiadającej liczbie członków Zarządu (art. 20 Ust. o Izb. Lek.). Sześciu zastępców członków Zarządu winno mieszkać w Wilnie.

Wybory członków Zarządu i ich zastępców winny zapadać bezwzględna większością głosów (§ 22 niniejszego regulaminu).

Zastępcy zapraszani są na posiedzenia Zarządu wtedy, gdy którykolwiek z członków Zarządu usprawiedliwi na czas swą nieobecność, lub gdy z powodu nagłości sprawy, na czas przybyć nie może. Zastępcy członków Zarządu zapraszani być winni na posiedzenia Zarządu w kolejności arytmetycznej, to jest w porządku otrzymanej przy wyborach liczby głosów. Przy równej liczbie głosów zapraszani są naprzemian.

64. Nowowybrany na Zgromadzeniu Konstytucyjnym Zarząd Izby obiera z pośród siebie, odrazu na temże Zgromadzeniu, naczelnika Izby, 2-ich jego zastępców, sekretarza i skarbnika, oraz ich zastępców.

Wybory również winny zapadać bezwzględną większością głosów.

Naczelnik Izby, sekretarz i skarbnik muszą mieszkać w Wilnie. Jeden

z zastępców naczelnika winien być przedstawicielem województwa nowogrodzkiego.

65. Z wyjątkiem naczelnika, sekretarza i skarbnika, których się wybiera na okres trzyletni, kadencja każdego z członków Zarządu jest roczna, z tem zastrzeżeniem, że po upływie roku Rada Izby wybiera połowę członków na miejsce wylosowanych z poprzedniego składu, na 3-ci zaś rok swego urzędowania Rada Izby wybiera drugą połowę składu Zarządu na miejsce członków, którzy pełnili obowiązki w ubiegłych 2-ch latach (art. 22 Ustawy o Izb Lek.). Członkowie wylosowani mogą być powtórnie wybrani przez Radę do Zarządu.

66. Zarząd Izby załatwia wszelkie sprawy Izby w jej imieniu i zastępstwie. Jako prawomocne przedstawicielstwo, kieruje sprawami Izby na mocy uchwał własnych, Rady Izby i Naczelnej Izby Lekarskiej.

Do Zarządu należą obowiązki organizacyjne, administracyjne, wykonawcze i reprezentacyjne, odnoszące się do zakresu działalności Izb Lekarskich.

67. Zakres działania Zarządu określają art. 3, 23 i 25 Ustawy o Izb Lek.

68. Naczelnik Izby jest głównym kierownikiem wszystkich spraw Izby; pośredniczy w stosunkach Zarządu i Rady; kieruje obradami; rozdziela opracowanie poszczególnych spraw pomiędzy pojedynczych członków Zarządu, jako referentów; sam może objąć referat; czuwa nad przestrzeganiem uchwał i regulaminu; ma prawo w toku opracowania różnych spraw wnikać w ich bieg i rozwój.

69. Obowiązki sekretarza Izby są następujące;

a) Spisuje on protokoły obrad na wszystkich posiedzeniach Rady, Zarządu i ogólnych zgromadzeniach lekarzy.

b) Opracowuje ogólne i roczne sprawozdania dla Rady i Zarządu.

c) Przygotowuje wykonanie uchwał Rady i Zarządu.

d) Przegląda i załatwia, wspólnie z naczelnikiem, korespondencję Izby, przyczem naczelnik robi na nadesłanych pismach odpowiednie adnotacje.

e) Prowadzi osobiście dziennik papierów poufnych, zaznaczając na tych papierach ich poufność. Papiery te zatrzymuje u siebie do załatwienia, a gdy to nastąpi, podpisuje odnośną korespondencję wspólnie z naczelnikiem i wysyła ją w sposób poufny. Papiery poufne składa do aktów sekretnych, które przechowuje u siebie.

f) Prowadzi listę członków Izby.

g) Przechowuje i przykłada pieczęć urzędową Izby.

h) Daje kancelarji, w porozumieniu z naczelnikiem, odpowiednie zlecenia, a po ich wykonaniu, sprawdzeniu i wciągnięciu do dziennika, wspólnie z naczelnikiem podpisuje.

i) Wykonywuje nadzór nad kancelarją Izby, której jest naczelnikiem, i prowadzi księgę inwentarzową Izby.

j) Pomaga naczelnikowi w czynnościach organizacyjnych, administracyjnych, wykonawczych i reprezentacyjnych.

70. Obowiązki skarbnika Izby są następujące:

a) Zbiera opłaty od lekarzy członków Izby, ściągą grzywny i koszty sądowe.

b) Wypłaca pensję personelowi Izby, oraz wszelkie należności według asygnacji, podpisanych wspólnie z naczelnikiem, względnie jego zastępcą.

c) Prowadzi księgę uchwał Rady i Zarządu w sprawach majątkowych i finansowych (wypisy z protokółów) z adnotacją o ich wykonaniu.

d) Kontroluje księgi kasowe Izby, które kancelarja prowadzi pod jego kierunkiem, oraz podpisuje kwitarjusze.

e) Przestrzega terminowej wpłaty należności izbowych i układa imienne wykazy lekarzy, zalegających w uiszczaniu opłat.

f) Sporządza z końcem roku sprawozdanie kasowe dla Rady, oraz sprawozdania dla Zarządu na każde jego żądanie, a w każdym razie nie rzadziej, niż co dwa miesiące.

g) Układa budżety Izby, które przedstawia Zarządowi, a następnie referuje na posiedzeniach Rady.

h) Podnosi pieniądze z P. K. O. za czeki z dwoma podpisami, swoim i naczelnika, albo zastępcy naczelnika Izby.

i) Pobiera awanse, ustalone przez Zarząd na wydatki bieżące, i awansami temi rozporządza w ramach budżetu, zatwierdzonego przez Radę; nowy awans za podpisem swoim i naczelnika otrzymuje wtedy, gdy dowodami usprawiedliwi wydatki z poprzedniego awansu.

j) Przegląda i załatwia wspólnie z naczelnikiem i sekretarzem Izby korespondencję, dotyczącą spraw pieniężnych, oraz umów i zobowiązań, obciążających budżet Izby.

71. Dla załatwienia czynności kancelaryjnych, Zarząd urządza biuro i najmuje odpowiednich urzędników, oraz niższych funkcjonariuszów, określając przytem ich liczbę i płacę. O przyjmowaniu ich i zwalnianiu, na wniosek sekretarza Izby, decyduje naczelnik.

72. Żaden urzędnik kancelarji nie ma prawa nic pisać, ani decydować, ani wydawać zaświadczeń w imieniu kancelarji bez wiedzy sekretarza Izby. Na pewne zapytania, informacyj może udzielać kancelarja, jednak tylko z wiedzą sekretarza. Osoby postronne nie mogą przeglądać aktów Izby, chyba, że uzyskają na to pozwolenie naczelnika lub sekretarza Izby. Kancelista może referować pewne sprawy, powierzone mu przez sekretarza.

73. Terminy swoich posiedzeń ustala Zarząd, w zależności od ilości materiału do obrad, nie rzadziej jednak niż raz na miesiąc. Naczelnikowi przysługuje prawo zwołania w razie potrzeby nadzwyczajnego posiedzenia Zarządu. Trzej członkowie Zarządu mają również prawo zażądać od naczelnika zwołania nadzwyczajnego posiedzenia Zarządu, przedstawiając mu jednocześnie na piśmie sprawę, jaka ma być rozpatrzona.

74. Na posiedzeniach Zarządu obowiązują te same postanowienia, dotyczące porządku dziennego, sposobu prowadzenia obrad i głosowania, co i na zebraniach Rady Izby, wolno jednak naczelnikowi, celem dokładnego wyjaśnienia sprawy, odstąpić od ograniczeń tam wymienionych, o ile uzna to za stosowne.

75. Sprawy bieżące, mniejszej wagi, niewymagające uchwały Zarządu, jak:

udzielanie wyjaśnień władzom, lub członkom Izby, zwykła korespondencja i t. p. winien naczelnik, a w razie przeszkody — jego zastępca, załatwiać samodzielnie, bez zwoływania posiedzeń Zarządu.

W nagłych wypadkach może naczelnik obiegowo, listownie, telefonicznie, lub telegraficznie zasięgnąć zdania członków Zarządu. Wtedy na najbliższym posiedzeniu Zarządu winien uzasadnić swe postępowanie, przedstawiając uzyskaną w ten sposób opinię członków, poczem przebieg i załatwienie sprawy zostają wpisane do protokołu.

76. Zarząd Izby załatwia sprawy, do zakresu jego działalności należące, kolejalnie na swych posiedzeniach.

Do ważności uchwał, powziętych przez Zarząd Izby, potrzebna jest obecność 5 członków, oprócz naczelnika, względnie jego zastępcy. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów obecnych na posiedzeniu. W razie równości głosów, rozstrzyga głos przewodniczącego.

77. Dla opracowania szczególnie ważnych spraw, Zarząd, ewentualnie naczelnik, mocen jest powołać, bądź oddzielnych członków Izby, bądź Komisję stałą lub czasową, złożoną z członków Izby, bądź wreszcie z kompetentnych rzeczoznawców, przyczem, o ile to okaże się potrzebne, za wynagrodzeniem tych ostatnich; wynagrodzenie to ustala Zarząd.

W komisjach winni przewodniczyć poszczególni członkowie Zarządu.

78. Protokoły z posiedzeń Zarządu podpisuje naczelnik i sekretarz.

79. Zarząd obowiązany jest wszelkie ważniejsze uchwały Rady, jakoteż i swoje zarządzenia, publikować w organie Izby. Członkowie Izby po takim opublikowaniu nie mogą tłumaczyć się niewiadomością.

80. Zarząd czyni wydatki w zakresie zatwierdzonego przez Radę budżetu, przyczem, w miarę potrzeby, mocen jest przenosić wydatki z jednej pozycji budżetowej do drugiej. Oszczędności w wydatkach, po zamknięciu obrachunku rocznego, przeniesione zostają do funduszu rezerwowego.

81. Z rocznych wpływów Izby przeznacza się 10% na kapitał rezerwowy, a z tego 25% pozostawia się Zarządowi na wydatki nadzwyczajne i reprezentacyjne.

82. Zarząd Izby, na mocy art. 25 p. 7 Ustawy o Izbach Lekarskich, z własnej inicjatywy, bądź na żądanie jednej, albo też obu stron, pośredniczy:

a) W zatargach, uchybieniach i sporach, wynikłych na tle wykonywania zawodu lekarskiego.

b) W osobistych waśniach, nieporozumieniach i wszystkich sprawach, niepodlegających kompetencji innych władz.

83. Z własnej inicjatywy Zarząd występuje z pośrednictwem w wyżej wymienionych sprawach (art. 25 p. 7 Ustawy o Izb. Lek.), gdy uzna to za wskazane, i gdy lekarze, między którymi powstał zatarg, lub gdy lekarz, który dopuścił się uchybienia, są członkami izby.

Na żądanie Zarząd podejmuje się pośrednictwa zarówno wtedy, gdy jedna czy też obie strony, zwrócą się o takowe, pod warunkiem jednak, że obie należą do Izby.

W sprawach spornych między lekarzem a inną osobą, Zarząd pośredniczy tylko wtedy, gdy o pośrednictwo zwróci się strona do Izby nienależąca. W takim razie strona ta winna złożyć pisemne zobowiązanie, że bezwzględnie podda się orzeczeniu Zarządu i sprawy spornej nie cofnie.

84. Przed wniesieniem formalnej skargi do Sądu Izby, winni lekarze, członkowie Izby, w sprawach, o których mówi art. 25 p. 7 Ustawy o Izb. Lekarsk., zwracać się o pośrednictwo do Zarządu Izby. Pośrednictwo to w roli pojednawczej, lub wyjaśniającej w uchybieniach i zatargach, uskutecznia albo naczelnik Izby, albo też członek Zarządu, przez niego wyznaczony.

85. Po dokładnem rozpatrzeniu sprawy i stwierdzeniu drogą dochodzenia istoty czynu, Zarząd winien:

a) Sprawę umorzyć w razie jej niepod sądności.

b) Podjąć się pośrednictwa, gdy sprawa kwalifikuje się do interwencji pojednawczej, lub wyjaśniającej.

c) Sprawę skierować do właściwych władz, o ile skarga wytoczona została przeciwko lekarzowi wojskowemu, lub piastującemu posadę rządową.

d) Sprawę przesłać wraz ze wszystkimi aktami i swemi wnioskami odnośnej Izbie Lekarskiej, w razie zażalenia przeciwko lekarzowi, należącemu do innej Izby Lekarskiej o czyn, popełniony w okręgu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

e) Sprawę przekazać Sądowi Izby w razie stwierdzenia uchybień, dotyczących ustaw rządowych, regulaminu Izby, uchwał Rady i Zarządu, czy też etyki lekarskiej.

f) Sprawę odstąpić Sądowi państwowemu w razie ustalenia, że obwinienie dotyczy czynów, podlegających przepisom Ustawy Karnej.

Dopóki trwa śledztwo sądowe, respect. wyrok nie stał się prawomocny, nie może być wdrożone w tej samej sprawie przeciwko lekarzowi dochodzenie przez Sąd Izby.

86. W wypadkach, przewidzianych w § 82 p. a i b niniejszego regulaminu, gdy Zarząd ma pełnić funkcje Sądu Polubownego, winien lekarz, żądający pośrednictwa, wnieść swe zażalenie pisemnie na ręce naczelnika z dokładnem wyłączeniem sprawy i z wyraźnem oświadczeniem, że bez odwołania podda się orzeczeniu Zarządu.

Zarząd, zbadawszy sprawę i stwierdziwszy, że kwalifikuje się do jego interwencji, a mianowicie, że chodzi o zatarg w wykonywaniu zawodu, lub o spór osobisty w sprawach, nienależących do kompetencji Sądu, lub właściwych władz, może zachodzące między stronami nieporozumienie samoistnie rozstrzygnąć. W tym celu udziela Zarząd odpis zażalenia lekarza, żądającego pośrednictwa, stronie przeciwnej, z wezwaniem do oświadczenia się w tej sprawie w okresie 10-ciu dni od daty doręczenia pisma przez Urząd pocztowy, lub woźnego Izby, jakoteż co do zgody poddania się orzeczeniu Zarządu.

Po nadejściu żądanego oświadczenia, Zarząd odda oba pisma do rozpatrzenia wyznaczonemu referentowi-członkowi Zarządu. Sprawę przez siebie zba-

daną referent przedłoży na posiedzeniu Zarządu i, odpowiednio do przedstawionej przez niego i uznanej przez Zarząd potrzeby, ten ostatni zarządzić może:

- a) Szersze rozpatrzenie sprawy przez powołanie świadków.
- b) Przesłuchanie ustne stron, toczących spór.
- c) Albo też na tem samym, lub na następnem posiedzeniu, wydać orzeczenie, rozstrzygające polubownie sporną kwestję, a to:
 - 1) Przez wezwanie obu stron do przeproszenia lub pogodzenia się, przy czem Zarząd oznacza sam sposób i rodzaj jednego i drugiego.
 - 2) Przez przyznanie słuszności jednej ze stron, toczących spór.
 - 3) Przez przyznanie słuszności obu stronom częściowo.
 - 4) Przez odmówienie jej obu stronom.

Orzeczenie swe, poprzedzone krótkim streszczeniem sprawy, wraz z motywami tego orzeczenia, wyda Zarząd obu stronom w dwóch jednobrzmiących pismach. Od powyższego orzeczenia Zarządu niema dalszego odwołania.

87. Jeżeli jedna ze stron nie zgodzi się na Sąd Polubowny Zarządu, to sprawa przechodzi do Sądu Izby.

Na żądanie obu stron, może Sąd Izby rozsądzić zatarg, jako Sąd honorowy, do którego wybierają strony po dwóch członków, względnie dwóch zastępców członków Sądu, jako sędziów pod przewodnictwem przewodniczącego Sądu, lub jednego z jego zastępców, wybranego przez strony. Od orzeczenia Sądu honorowego niema odwołania.

O Komisji Rewizyjnej.

88. Komisja Rewizyjna składa się z pięciu członków i pięciu ich zastępców, wybranych przez Radę Izby na pierwszym Zgromadzeniu Konstytucyjnym z pośród członków Rady, lub z pośród wszystkich członków Izby.

89. Komisja Rewizyjna jest organem kontrolującym w sprawach majątkowych i pieniężnych Izby.

90. Komisja Rewizyjna Izby posiada prawa:

a) Kontroli faktycznej i następczej we wszystkich sprawach pieniężnych Izby.

b) Sprawdzania wszelkich ksiąg i dokumentów w tej dziedzinie w każdym przez siebie wyznaczonym terminie, a nie rzadziej niż dwa razy do roku.

Poza tem Komisja Rewizyjna obowiązana jest dokonać sprawdzeń na każde żądanie, bądź Rady Izby, bądź Zarządu, Naczelniej Izby Lekarskiej, bądź wreszcie władz państwowych. Wyniki tych sprawdzeń Komisja Rewizyjna przedstawia za pośrednictwem Zarządu Izby.

91. Przystępując do rewizji, Komisja Rewizyjna winna zwrócić się do naczelnika Izby z żądaniem wydania odpowiednich, umożliwiających kontrolę, zarządzeń.

92. Dla dokonania rewizji konieczna jest obecność co najmniej 3-ch członków Komisji Rewizyjnej, względnie ich zastępców.

93. Podczas rewizji, dokonywanej przez Komisję Rewizyjną, musi być

obecny skarbnik oraz dwóch członków Zarządu, powołanych przez naczelnika Izby dla udzielania wyjaśnień.

94. Niezależnie od tego każdy członek Zarządu ma prawo być obecnym przy rewizji.

95. Z dokonanej rewizji Komisja Rewizyjna sporządza protokół, a w razie wykrycia niedokładności, natychmiast zawiadamia o tem naczelnika Izby, który zaraz wspólnie z Komisją, delegatami Zarządu i sekretarzem Izby wyprowadza wszelkie konsekwencje z ustalonego faktu, a następnie zwołuje Zarząd Izby na nadzwyczajne posiedzenie.

O Sądzie Izby.

I.

Cel i zakres działania Sądu Izby Lekarskiej.

96. Sąd Izby Lekarskiej:

a) jest organem dyscyplinarnym (Sądem Zawodowym) dla wszystkich członków właściwej Izby Lekarskiej;

b) wydaje opinię w wypadkach sporów lekarzy pomiędzy sobą, o ile ta sprawa zostaje przekazana przez Zarząd Izby Lekarskiej;

c) Sąd Izby Lekarskiej na żądanie Zarządu Izby, w myśl § 87, może przyjąć na siebie obowiązki Sądu honorowego pomiędzy członkami Izby a osobami postronnymi.

97. Sąd I. L. rozpatruje w pierwszym rzędzie sprawy, dotyczące wykroczeń zawodowych (w sprawach „dyscyplinarnych”), jako też w sprawach, dotyczących godności, sumienności, bytu, praw i obyczajów, etyki stanu lekarskiego.

Jeżeli w toku całego dochodzenia okaże się, że w określonym wypadku chodzi o czyn, podlegający z urzędu ściganiu karno-sądowemu, Sąd I. L. uczyni przez Zarząd doniesienie do właściwych władz sądowych; do czasu ukończenia postępowania karno-sądowego, postępowanie Sądu I. L. zostaje wstrzymane. Po ukończeniu sprawy w Sądzie Karnym, czy to w drodze zamykania śledztwa, czy też ukarania lub uwolnienia, członek Izby Lekarskiej, może być jednak pociągnięty do odpowiedzialności przed Sądem I. L., o ile czyn jego, poza uchybieniem obowiązującym ustawom ogólnym, stanowi wykroczenie przeciw etyce, godności, sumienności lub obyczajom, obowiązującym stan lekarski.

II.

Ustrój Sądu.

98. Sąd I. L. czerpie swoją powagę z prawnego wyboru sędziów, mężów zaufania stanu lekarskiego okręgu Izby.

Stosownie do art. 30 Ust. o Izb. Lek., Rada Izby wybiera zwykłą większością głosów 20 sędziów i tyluż zastępców.

Z pośród członków Sądu I. L. i ich zastępców przynajmniej połowa powinna stale mieszkać w Wilnie.

99. Okres urzędowania członka Sądu I. L. trwa w zasadzie 3 lata; każdy wybrany jest obowiązany przyjęty mandat sumiennie wykonywać; umotywowane zrzeczenie się wykonywania mandatu może być uwzględnione przez Radę I. L. zwykłą większością głosów; w razie nieuznania motywów przez Radę Izby za wystarczające, Rada postąpi zgodnie z obowiązującym w niej regulaminem; na miejsce opróżnione powołuje przewodniczący w skład Sądu następnego z kolei zastępcę, wybranego największą ilością głosów.

Zastępca może być powołany do zastąpienia sędziego do końca sprawy, lub w razie ustąpienia sędziego, na cały czas trwania jego urzędowania.

100. Prawo zrzeczenia się mandatu do Sądu I. L. bez umotywowania przysługuje:

- a) lekarzom, którzy ukończyli 60 lat życia;
- b) lekarzom, którzy byli członkami Rady lub Sądu I. L. w ostatnim okresie jej urzędowania.

101. Członkowie Sądu I. L. i ich zastępcy mogą piastować równocześnie urzędy członków Zarządu Izby i ich zastępców, bez kolizji obowiązków.

Natomiast członek sądu I. L. nie może być równocześnie członkiem Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Jeżeli przeto członek Sądu Izby Lekarskiej zostanie wybrany równocześnie na członka Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, winien jedną z tych godności, według własnego wyboru, złożyć.

102. Członek Sądu Izby Lekarskiej, który zaprzestał wykonywać przyjęte na siebie obowiązki w ciągu miesiąca, nie przedstawiając uznanego przez Prezydium Sądu I. L. usprawiedliwienia, może być pozbawiony urzędu, a nadto podlega rygorom, przewidzianym w ustawie.

103. Z końcem każdego roku kalendarzowego ustępuje połowa składu Sądu I. L. (członków i zastępców) drogą losowania, a na miejsce wylosowanych Rada Izby Lekarskiej wybiera nowych członków Sądu na swem pierwszym wyborczym zgromadzeniu. Na ostatni (trzeci) rok urzędowania Rada I. L. wybierze drugą połowę Sądu, na miejsce członków i zastępców, nie wylosowanych w drugim roku urzędowania. Członkowie Sądu I. L. i ich zastępcy wylosowani mogą być ponownie wybrani.

104. Nowoobrani członkowie Sądu I. L. i ich zastępcy rozpoczynają urzędowanie z początkiem roku kalendarzowego.

105. O ileby członek Sądu I. L., mianowany w jakiejś bieżącej sprawie rzecznikiem dyscyplinarnym lub prowadzącym śledztwo, został wylosowany w toku swych czynności w danej sprawie, nie może ustąpić ze składu Sądu I. L. aż po dokonaniu włożonych na niego obowiązków, a to celem uniknięcia przewlekania toku sprawy.

106. Pierwsze w kadencji posiedzenie Sądu I. L., w celu ukonstytuowania się, zwołuje przewodniczący Rady I. L.

Na posiedzeniu takim w obecności przynajmniej $\frac{2}{3}$ sędziów, zwykłą większością głosów, przez głosowanie tajne, sędziowie wybierają z pośród siebie: przewodniczącego Sądu I. L., 3 zastępców przewodniczącego Sądu I. L.,

generalnego pisarza Sądu I. L. i jego zastępcę. Zaraz po dokonaniu tych wyborów przewodniczący Sądu I. L. obejmuje przewodnictwo.

107. Przewodniczący Sądu I. L., jego 3 zastępcy, pisarz generalny Sądu I. L. i jego zastępca, stanowią Prezydjum Sądu I. L. (§ 127).

108. Sąd Izby Lekarskiej może zasiadać, rozważać i orzekać:

a) w pełnym składzie; dla prawomocności posiedzeń powinna być obecna przynajmniej $\frac{2}{3}$ głosów;

b) w trzech zespołach, urzędujących, jako wydziały sądzące, oznaczone rzymskimi liczbami (I, II, III).

109. Sąd I. L. może się przychylić do żądania oskarżonego lub rzecznika dyscyplinarnego osądzenia sprawy w pełnym swym składzie. Decyzja w tej mierze przysługuje Prezydjum I. L. (§ 146).

Od urzędowania w pełnym składzie wykluczone są bezwzględnie sprawy, oddane Sądowi I. L., jako sądowi honorowemu, względnie polubownemu.

110. W pełnym składzie zasiadają wszyscy członkowie Sądu I. L. w liczbie 20, względnie w razie braku lub nieobecności któregoś z nich, odpowiednia liczba zastępców.

Sądowi I. L. w pełnym składzie przewodniczy z reguły przewodniczący Sądu I. L., a tylko w razie nieuchronnej przeszkody, jeden z jego zastępców przez Prezydjum Sądu I. L.znaczony.

Protokół posiedzeń Sądu I. L. w pełnym składzie prowadzi pisarz generalny Sądu I. L.

Sąd w wydziale sądzącym (zespołe) I, II, III składa się z 4 sędziów orzekających i zastępcy przewodniczącego sądu I. L. w charakterze przewodniczącego wydziału. Jeden z wotantów pełni funkcje pisarza wydziału (§ 128).

111. Skład poszczególnych wydziałów sądzących (zespołów) układa przewodniczący Sądu I. L. wraz z Prezydjum z początkiem roku kalendarzowego i przeznaczają do każdego z wydziałów sądzących jednego z swych zastępców jako przewodniczącego, o ile sam w tym wydziale nie przewodniczy.

112. Przewodniczący każdego wydziału sądzącego zarządza oddzielnie dla każdej sprawy wybór rzecznika dyscyplinarnego, sędziego śledczego, oraz pisarza wydziału, z pośród członków danego zespołu. Wybór następuje zwykłą większością głosów.

113. Sąd I. L. otrzymuje od Zarządu Izby Lekarskiej środki materialne do urzędowania, jak to: pomieszczenie, obsługę, pościel, światło, opał, przybory do pisania, księgi, pieczęcie, znaki, znaczki pocztowe i t. d.

114. Sąd Izby Lekarskiej otrzymuje za asygnatą, podpisaną przez przewodniczącego Sądu I. L., z Zarządu Izby Lekarskiej wszelkie kwoty, potrzebne na wypłatę kosztów sądowych (§ 124 i 125); rachunek tych kosztów prowadzi generalny pisarz Sądu I. L., a nad ich ściąganiem, w razie skazującego wyroku, czuwa Zarząd Izby Lekarskiej.

115. Sąd Izby Lekarskiej pieczętuje swe akta pieczęcią, opatrzoną napisem „Sąd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej” oraz wizerunkiem Orła Bia-

tego podług wzoru, zatwierdzonego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dla wszystkich Izb Lekarskich R. P.

116. Akta sądu I. L. powinni wszyscy urzędujący członkowie sądu prowadzić jednolicie, według przepisów niżej podanych, bez jakiegokolwiek w tym kierunku dowolności:

a) Każdą wpływającą do Izby Lekarskiej sprawę opatruje pisarz generalny liczbą porządkową, która się rozpoczyna od początku każdego roku kalendarzowego od Nr. 1 do liczby sprawy dodaje się rok bieżący, a pod liczbą sprawy wpisuje się w postaci mianownika liczbę bieżącą aktu, do sprawy należącego. Liczba porządkowa samej sprawy pozostaje stałą i nie ulega już zmianie.

b) Sprawy przydzielone do śledztwa nosić będą jednolity znak „S“, z dodaniem liczby bieżącej sprawy, bieżącego roku i liczby bieżącej aktu. Np.: S $\frac{18/25}{3}$ oznaczać będzie 18-tą sprawę porządkową z roku 1925, przeprowadzoną w śledztwie, Nr. 3 aktu, do niej należącego.

Gdy sprawa po ukończeniu śledztwa zostaje przekazana wydziałowi sądzącemu, otrzymuje nową sygnaturę, zależną od rodzaju zespołu. Sprawy, przeznaczone do pełnego składu Sądu, noszą sygnaturę „Ps“ z pozostawieniem pierwotnej liczby bieżącej i bieżącego roku; sprawy, przekazane wydziałowi sądzącemu, otrzymują sygnaturę „Ws“ z pozostawieniem pierwotnej liczby bieżącej i bieżącego roku, a dodaniem liczby rzymskiej, oznaczonej liczbą porządkową wydziału sądzącego tę sprawę. Np.: Ps. 18/25 oznacza sprawę z porządku 18-tą z r. 1925, sądzoną w pełnym składzie Sądu I. L. Ws. IV 19/25—oznacza sprawę z porządku 19-tą z roku 1925, sądzoną w wydziale IV sądu I. L.

Sprawy honorowe, względnie polubowne, oznaczane są według tych samych zasad jednak sygnaturą „Rs“, naprz.: Rs. II. 20/25 — oznacza sprawę 20-tą z rządu w roku 1925, polubowną, względnie honorową, sądzoną w wydziale II sądu I. L.

Sprawy prezydjalne noszą sygnaturę „Prez“ i oznaczane są według poprzednio wyłuszczonej zasad.

a) Prawa i obowiązki sędziów i ich zastępców.

117. Nieprzyjęcie lub zrzeczenie się urzędu sędziego bez przyczyny usprawiedliwionej, równie jak zaniebdywanie swoich obowiązków przez 1 miesiąc, bez uznanego przez Prezydium Sądu I. L. usprawiedliwienia, podlega sankcjom w art. 19 i 37 Ust. o Izb. Lek.

Natomiast sędzia winien się wyłączyć od udziału w danej sprawie, lub może zostać wyłączony na żądanie oskarżonego we wszystkich przypadkach, przewidzianych w § 149 niniejszego regulaminu.

118. Sędziowie orzekający, ich zastępcy, sędziowie prowadzący śledztwo, przewodniczący i jego zastępcy, są niezawisli w pełnieniu swych obowiązków i mają się kierować jedynie swym sumieniem, rozumem i prawem.

119. a) Członek Sądu I. L. w razie wytoczenia przeciw niemu sprawy karno-sądowej w Sądzie państwowym, lub dyscyplinarnej w Sądzie I. L., ulega zawieszeniu w czynnościach sędziego, względnie rzecznika dyscyplinarnego, jeżeli Prezydjum Sądu I. L. orzeknie jednomyślnie, że podniesione przeciw niemu zarzuty podają w wątpliwość jego zdolność pełnienia obowiązków sędziego. W razie braku jednomyślności, uchwała o zawieszeniu w czynnościach sędziego musi być potwierdzona przez pełny skład Sądu.

b) Skazanie sędziego za wykroczenia, pozbawiające go zdolności pełnienia obowiązków sędziego, pociąga za sobą utratę urzędu sędziego i prawa obieralności na członka Sądu I. L., na podstawie wyroku tegoż Sądu w pełnym składzie.

120. a) Sędzia ma obowiązek zatrzymać w bezwzględnej tajemnicy wszystko to, o czym dowiedział się, jako o tajemnicy, lub co przeniknął tajemnego na zasadzie swego urzędu, a co nie zostało ujawnione w wyroku sądu.

b) W szczególności sędzia ma obowiązek zachować w bezwzględnej tajemnicy wszystkie szczegóły narad, głosowania i wyrokowania sądu.

c) Sędzia, nie ma prawa rozmawiać z kimkolwiek, oprócz z członkami Sądu I. L., o sprawie niezakończonej.

121. a) Sędzia ma obowiązek na każde posiedzenie sądu, na które został wezwany, stawić się dokładnie o godzinie, w wezwaniu wymienionej, Obowiązki zawodowe nie mają być stawiane wyżej ponad ten obowiązek społeczny, wyjąwszy wypadki niebezpieczeństwa dla życia chorego.

b) Sędzia nie mogący stawić się na posiedzenie, winien zawiadomić na piśmie o tem wzywającego go przewodniczącego w czasie, pozwalającym przewodniczącemu wezwać na miejsce sędziego jego zastępcę.

c) Sędzia ma obowiązek pełnić czynności sędziego śledczego, rzecznika dyscyplinarnego lub obrońcy z urzędu, na wezwanie przewodniczącego Sądu I. L. lub wydziału sądującego, względnie, na podstawie postanowienia prezydjum Sądu.

d) Prezydjum Sądu I. L. ma obowiązek rozkładać pracę sędziów równomiernie, nie obarczając nadmiernie poszczególnych członków sądu z możliwym zastosowaniem kolejności.

e) Zaniedbania w pełnieniu obowiązków przez sędziego mają być zbadane przez przewodniczącego Sądu I. L., a w razie stwierdzenia ich, podane do rozpatrzenia Sądowi I. L. w pełnym składzie.

f) Zażalenia na przewodniczących wydziałów, lub na sędziów, zgłoszone przez sędziów, wnosi przewodniczący Sądu I. L. na posiedzenie Sądu I. L. w pełnym składzie, do ostatecznego ich rozstrzygnięcia.

122. Sędzia ma prawo żądać głosu, zamieszczenia swej uwagi, wniosku lub zdania w protokóle, podać do protokółu swe zdanie odmienne (votum separatum), i nikt nie ma prawa żądaniu temu odmówić.

123. Na wypadek choroby, lub niemożności pracy sędziego lub w razie zwiększonego nawału pracy sądu, zastępca sędziego, wezwany przez przewodniczącego sądu pełni obowiązki i korzysta z wszelkich praw sędziego.

b) Prawa i obowiązki przewodniczącego Sądu I. L. i jego zastępców.

124. a) Przewodniczący Sądu I. L. ma obowiązek wdrażać wszystkie czynności sądowe według obowiązujących przepisów. W tym celu przewodniczący sądu ma, wraz z Prezydjum (§ 123), obowiązek czuwania i nadzoru nad prawidłowością i szybkością posuwania się spraw w sądzie i nad wszystkimi czynnościami.

b) Przewodniczący Sądu I. L. prowadzi posiedzenie Prezydjum Sądu I. L. w pełnym składzie i może przewodniczyć według swego uznania w każdym wydziale, za poprzednim zawiadomieniem właściwego przewodniczącego wydziału. Natomiast przewodniczący Sądu I. Lek. zwolniony jest od zasiadania w wydziałach jako sędzia orzekający.

c) Przewodniczący Sądu I. L.:

1) występuje w imieniu Sądu I. Lek. zgodnie z uchwałą Sądu, Prezydjum i porządkiem postępowania;

2) otrzymuje wszystkie pisma i akta, przybywające do Sądu I. L., i zarządza wysłanie wszystkich pism, wychodzących z Sądu;

3) podpisuje wraz z generalnym pisarzem Sądu I. L. wyroki Sądu w pełnym składzie, wyroki wydziałów, o ile im przewodniczył w danej sprawie, wreszcie wszystkie pisma do wydziałów Sądu I. L. i korespondencję administracyjną z Sądem Naczelnym Izby Lekarskiej;

4) poświadcza wraz z pisarzem generalnym odbiór gotówki na prowadzenie sądu i kancelarii i wydaje pisemne polecenie dla generalnego pisarza Sądu I. L. wpłacania należności pieniężnych w imieniu Sądu I. L.;

5) zwraca się do Zarządu Izby Lekarskiej o ściągnięcie kosztów, względnie grzywń, w sposób ustawą przewidziany (art. 42 i 44 Ust. o Izb. Lek.);

6) wyznacza terminy posiedzeń Sądu I. L. w pełnym składzie i zwołuje na nie członków;

7) wyznacza terminy posiedzeń prezydjum Sądu I. L. i zwołuje na nie członków;

8) wyznacza sędziów do poszczególnych wydziałów, rzeczników dyscyplinarnych i obrońców z urzędu, według spisów, uchwalonych przez prezydjum Sądu Izby Lekarskiej.

125. a) Zastępcy przewodniczącego wykonywują jego obowiązki i posiadają prawa przewodniczącego Sądu I. L. na jego wezwanie.

b) Zastępcy przewodniczącego Sądu I. L. urzędują jako przewodniczący wydziałów, zwołują oni posiedzenia wydziałów za pośrednictwem pisarza generalnego, wyznaczają rzeczników dyscyplinarnych, sędziów śledczych, zwołują strony, rzecznika dyscyplinarnego, świadków, znawców, prowadzą posiedzenia, udzielają głosów, znoszą się z przewodniczącym Sądu I. L. w imieniu wydziału, podpisują akta imieniem wydziału wraz z pisarzem wydziału i zarządzają doręczenie uchwał i wyroków wydziału za pośrednictwem Prezydjum Sądu I. L.

c) Przewodniczący wydziału sądzącego winien się wyłączyć od przeprowadzania danej sprawy sam, lub może być wyłączony na żądanie oskarżonego we wszystkich przypadkach, przewidzianych w § 149 niniejszego regulaminu.

c) Prawa i obowiązki pisarza generalnego Sądu I. L., jego zastępcy i pisarza wydziału sądzącego.

126. Pisarz generalny Sądu I. L.:

a) pełni obowiązki pisarza i protokółanta Sądu I. L. w pełnym składzie i protokółuje na posiedzeniach Prezydjum Sądu I. L.;

b) zarządza bezpośrednio kancelarią Sądu I.L., jest bezpośrednim zwierzchnikiem urzędników kancelarii sądowej i zawiera z nimi umowy, po porozumieniu się z przewodniczącym Sądu I. L.;

c) prowadzi spis spraw, rozpatrywanych przez Sąd I. L., i kar wymierzonych, tudzież registr karny, to jest spis abecadłowy wszystkich oskarżonych wraz datami i liczbami kolejnymi akt sprawy;

d) prowadzi wszystkie księgi, pisma i rachunki Sądu I. L.;

e) podpisuje wraz z przewodniczącym Sądu I. L. wszystkie pisma Sądu i zaświadczenia o odbiorze pieniędzy dla Sądu;

f) zarządza wysyłkę wszystkich pism od Sądu, wezwań do przesłuchania i rozpraw (w porozumieniu z przewodniczącym wydziałów), zarządza, w razie potrzeby, sporządzenie odbitek wyroków i orzeczeń, wreszcie prowadzi księgę przesyłek i przechowuje zaświadczenia o odbiorze przesłanych papierów;

g) przygotowuje sprawozdanie roczne z prac Sądu, podaje je do zatwierdzenia prezydjum i odczytuje na posiedzeniu porządkowym Sądu I.L. w pełnym składzie;

h) jest odpowiedzialnym stróżem pieczęci Sądu I. L.;

i) ma prawo powierzyć swoje czynności swojemu zastępcy, w porozumieniu z prezydjum Sądu I. L.;

j) jest stróżem archiwum Sądu I. L., do którego akta składa i z którego je wydaje, za uprawnieniem rozporządzeniem Sądu I. L.

127. Zastępca pisarza generalnego Sądu I. L. pełni obowiązki i korzysta z praw pisarza generalnego na wezwanie prezydjum Sądu I. L.

128. Pisarz wydziału sądzącego, wybierany z grona wolantów (sędziów orzekających) oddzielnie dla każdej sprawy, prowadzi protokół wszystkich posiedzeń, zapisuje w nim istotną treść zeznań stron, świadków, znawców i, ewentualnie, zdania odmienne poszczególnych sędziów, podaje je im do podpisania, zapisuje uchwały wydziału sądzącego, podpisuje protokoły wraz z przewodniczącym wydziału i obecnymi sędziami. Pisarz wydziału, przy spełnianiu swych czynności, korzysta z Kancelarii Sądu I. L. Protokół powinien z reguły zawierać: dzień i miejsce posiedzenia, treść wszystkich podczas posiedzenia dokonanych czynności, nazwiska przewodniczącego, pisarza i wszystkich sędziów.

Pisarz wydziału sądzącego posiada, bez względu na pełnioną przez niego funkcję, wszystkie prawa sędziego orzekającego w wydziale sądzącym.

d) Zakres działania Prezydjum Sądu I. L.

129. Prezydjum Sądu I. L. spełnia, jako Izba radna, dozór nad wszystkimi, do Sądu I. L. należącymi sprawami, i wywiera na ich prowadzenie wpływ niniejszym regulaminem przewidziany.

W szczególności Prezydjum, jako Izba radna, rozstrzyga odwołania się rzecznika dyscyplinarnego i oskarżonego, sędziego śledczego, w przedmiocie wniosków przez nich w czasie śledztwa stawianych (§ 142).

Celem dokładnej kontroli nad biegiem spraw sądowych zbiera się Prezydjum jako Izba radna, stale w dniach i godzinach z góry na cały rok poprzednio przez Prezydjum oznaczonych. Na posiedzeniu tem, pod przewodnictwem przewodniczącego Sądu I.L. się odbywajacem, wszyscy przewodniczący poszczególnych wydziałów sądujących składają sprawozdanie o stanie każdej sprawy, im przydzielonej. Pisarz generalny Sądu I. L. składa sprawozdanie ze stanu spraw, przeznaczonych do sądzenia w pełnym składzie i przydzielonych poszczególnym prowadzącym śledztwa, którzy według uznania przewodniczącego Sądu I. L. mogą być także wzywani na posiedzenie Izby radnej, celem dania wyjaśnień w danej sprawie, względnie celem złożenia sprawozdania.

e) Prawa i obowiązki rzecznika dyscyplinarnego.

130. a) Czynności rzecznika dyscyplinarnego powierza przewodniczący poszczególnych wydziałów sądujących w każdym poszczególnym wypadku jednemu z członków Sądu I. L., a po wysłuchaniu opinii tegoż, wydział sądujący uchwała, czy śledztwo ma być wdrożone.

Uchylenia się od obowiązków rzecznika dyscyplinarnego jest dopuszczalne tylko z ważnych powodów, uznanych za takie przez przewodniczącego Sądu I.L. względnie prezydjum tegoż Sądu.

Natomiast rzecznik dyscyplinarny winien się wyłączyć sam od udziału w danej sprawie, lub może być wyłączony na żądanie oskarżonego we wszystkich wypadkach, przewidzianych w § 149 niniejszego regulaminu.

Obowiązek zachowania tajemnicy szczegółów toczącego się śledztwa, względnie rozprawy głównej, obowiązuje rzecznika dyscyplinarnego na równi z sędziami. Z tego też względu miarodajnym jest i dla rzecznika dyscyplinarnego w całej swej rozciągłości § 120 niniejszego regulaminu.

b) Zadaniem rzecznika dyscyplinarnego jest stać na straży porządku, sumienności, godności, powagi, praw, bytu i dobrego obyczaju stanu lekarskiego, przy rozpatrywaniu spraw przeprowadzanych w Sądzie I. L. i dbać usilnie, aby żadne uchybienie powyżej wyszczególnionym zasadom nie uszło winnemu bezkarnie.

c) Rzecznik dyscyplinarny ma obowiązek i prawo być obecnym na każdym posiedzeniu sądowym, dotyczącem powierzonej mu sprawy, z wyjątkiem narad nad wnioskami, narady i głosowania nad wyrokiem.

d) Rzecznik dyscyplinarny ma prawo przeglądać akta sprawy, z wyjątkiem protokółów narad, układania wyroku i głosowania Sądu I. L.

e) Rzecznikowi dyscyplinarnemu przysługuje prawo najpóźniej na 5 dni przed rozprawą wyłączenia z obrad Sądu I. L. dwóch członków wydziału, bez podania powodów.

f) Prawa i obowiązki oskarżonego.

131. a) Sąd I. L. może żądać osobistego stawiennictwa oskarżonego na rozprawę (art. 38 Ust. o I. L.), a w razie niedostatecznie usprawiedliwionego niejawienia się oskarżonego, sprawa może być sądzona zaocznie i wyrok może być z zaoczności wydany.

b) Oskarżony ma prawo przybrać sobie obrońcę lekarza, członka jednej z Izb Lekarskich R. P. lub adwokata przysięgłego. W razie niepowołania obrońcy przez oskarżonego, Sąd I. L. ma obowiązek wyznaczenia obrońcy z urzędu z pośród członków Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej i to bez poprzedniego porozumienia się co do osoby obrońcy z oskarżonym; oskarżonemu przysługuje prawo zrzeczenia się wyznaczonego z urzędu obrońcy.

c) Obwinionemu przysługuje prawo — po prawomocnem doręczeniu aktu oskarżenia — przeglądać także akta swojej sprawy w kancelarji Sądu I. L. pod nadzorem pisarza generalnego I. L. — nie ma on natomiast prawa przeglądania protokółów narad, układania wyroku i głosowania sądu nad wyrokiem.

d) Oskarżony ma prawo być obecnym na posiedzeniu sądu tylko podczas rozprawy głównej.

e) Oskarżony ma prawo podczas rozprawy głównej żądać głosu i przemawiać, o ile i kiedy przewodniczący wydziału sądzącego głosu mu udzieli. Pod temi samemi warunkami ma prawo żądania umieszczenia w protokóle swych wniosków. Oskarżony ma także prawo do ostatniego głosu przed zamknięciem rozprawy głównej.

f) Oskarżonemu przysługuje prawo najpóźniej na 5 dni przed rozprawą wyłączenia z obrad sądu dwóch (2) członków wydziału sądzącego, bez podania powodów.

g) Oskarżony ma prawo żądania wyłączenia z jego sprawy sędziego, względnie rzecznika dyscyplinarnego, we wszystkich przypadkach, wyszczególnionych w § 145 niniejszego regulaminu, a to także najpóźniej na 5 dni przed terminem rozprawy.

g) Prawa i obowiązki obrońcy.

132. a) Obrońcą w sprawach przed Sądem I. L. Wileńsko-Nowogródzkiej może być członek jednej z Izb Lekarskich lub adwokat przysięgły, wedle wyboru oskarżonego.

Z członków Izb Lekarskich R. P. wyłączeni są jako obrońcy członkowie Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie i ich zastępcy.

b) Obrońca działa przed Sądem I. L. w imieniu oskarżonego na mocy i w granicach pełnomocnictwa, udzielonego mu przez oskarżonego, lub na mocy wyznaczenia go jako obrońcy z urzędu przez Prezydium Sądu I. L. Pełnomocnictwo to, względnie mianowanie obrońcą z urzędu, ma być złożone przewodniczącemu wydziału sądzącego przed rozpoczęciem rozprawy głównej.

c) Obrońca ma obowiązek przytoczyć w obronie te wszystkie okoliczności, jakie przemawiają na korzyść oskarżonego, i zastosować wszelkie godziwe środki obrony.

d) Obróńca ma obowiązek zachować w tajemnicy zwierzenia, poufnie mu udzielone przez oskarżonego.

e) Obróńca ma prawo przeglądać akta sprawy — po prawomocności aktu oskarżenia — z wyjątkiem protokółów narad, układania wyroków i głosowania sądu nad wyrokiem, w kancelarii Sądu I. L. pod nadzorem pisarza generalnego Sądu I. L.

f) Obróńca ma prawo być obecnym tylko podczas rozprawy głównej i zabiera głos tylko z upoważnienia przewodniczącego wydziału sądującego. Ma on także prawo stawiania w czasie rozprawy wniosków i umieszczania ich w protokołe.

III.

Porządek postępowania sądowego.

a) Właściwość.

133. Właściwym do osądzenia jakiegokolwiek sprawy pozostaje Sąd I. L. Wileńsko - Nowogródzkiej, dla wszystkich członków Izby Lekarskiej Wileńsko - Nowogródzkiej.

Pozatem Sąd I. L. staje się właściwym do osądzania spraw członków także i innych Izb Lekarskich R. P., o ile takie zostaną mu przez Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej do osądzenia przekazane.

b) Wniesienie sprawy.

134. Wniesienie sprawy do Sądu I. L. następuje:

a) przez przekazanie Sądowi I. L. sprawy, dotyczącej wykroczenia poszczególnych członków I. L., przez Zarząd I. L., po przeprowadzeniu przez tenże Zarząd w razie potrzeby dochodzeń wstępnych (po myśli art. 34 Ust. o I. L.);

b) o ileby jakaś sprawa dyscyplinarna została przekazana czy to przez osobę prywatną, czy też przez jakąś władzę Sądowi I. L. wprost, z pominięciem Zarządu I. L. — winna ona być przesłana w krótkiej drodze zarządowi I. L., a to celem przeprowadzenia w razie potrzeby dochodzeń wstępnych, przez tenże Zarząd;

c) przez przekazanie do osądzenia sprawy sądowej przeciw członkowi I. L. Wileńsko - Nowogródzkiej lub innej Izby Lekarskiej R. P. w drodze rekwizycji przez Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej, po myśli art. 41, ust. 2 Ustawy o I. L.

Sądy wszystkich I. L. i Naczelnej Izby Lekarskiej mają prawo korzystania z pomocy prawnej Sądu I. L., który na ich rekwizycje przeprowadzać będzie za pośrednictwem wyznaczonego w tym celu przez Prezydjum Sądu I. L. sędziego, przesłuchania świadków, względnie znawców, w sprawach, przed sądami rekwirującemi, się toczących.

135. Po wniesieniu sprawy dyscyplinarnej do Sądu I. L., przewodniczący Sądu, względnie Prezydjum Sądu I. L., o ile uważa, że sprawa nie kwalifikuje się do sądenia jej w pełnym składzie sądu, przekazuje ją do jednego z zespołów sądujących, ten zaś, względnie jego przewodniczący, mianuje zgodnie z art. 35 Ust. o I. L. rzecznikiem dyscyplinarnym jednego z członków sądu, a ten,

po przestudjowaniu dotychczasowego materiału, t. j. doniesienia i ewentualnych dochodzeń wstępnych Zarządu I. L., wydaje opinię, czy na skutek doniesienia należy wdrożyć dochodzenie, czy też sprawy zaniechać. Wydaną przez siebie uchwałę, wdrażającą dochodzenie, komunikuje Wydział Sądzący I. L. obwinionemu, rzecznikowi dyscyplinarnemu i zarządowi I. L., a od tej uchwały niema odwołania.

Od uchwały Sądu I. L., odrzucającej wniosek rzecznika dyscyplinarnego na wdrożenie dochodzenia, przysługuje temuż rzecznikowi prawo odwołania się w ciągu dni 14 od daty otrzymania uchwały do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

c) Wdrożenie dochodzenia.

136. Równocześnie z zawiadomieniem obwinionego, rzecznika dyscyplinarnego i Zarządu I. L. o wdrożeniu dochodzenia, prezydjum, względnie przewodniczący Sądu I. L. mianuje dla danej sprawy jednego z członków Izby Lekarskiej lub Sądu I. L. sędzią śledczym, a ten przesłuchuje obwinionego, świadków i znawców ustnie lub bada pisemnie, wreszcie zbiera z urzędu wszystkie dowody, potrzebne do wyświecenia sprawy.

Przy przeprowadzeniu dochodzenia, prowadzący je korzysta z wszelkiej pomocy władz administracyjnych; poza tem ma on prawo w razie potrzeby zwrócić się do sądów innych Izb Lekarskich o przesłuchanie świadków lub dostarczenie potrzebnych dowodów. W wypadkach sądenia sprawy w pełnym składzie, porządek postępowania jest analogiczny z tem, że funkcje przewodniczącego Wydziału Sądzącego pełni przewodniczący Sąd.

d) Przesłuchanie znawców i świadków.

137. Członkowie Izb Lekarskich obowiązani są do złożenia wobec prowadzącego śledztwo świadectwa lub wydania orzeczenia jako rzeczoznawcy. Jeżeli zachodzi nieodzowna potrzeba przesłuchania świadków i znawców pod przysięgą, dokonają tego, na żądanie Sądu I. L. w drodze rekwizycji, właściwe Sądy państwowe, do których przy wyraźnem powołaniu się na art. 37 Ust. o I. L. odnosić się należy.

W pismach rekwizycyjnych należy zwięźle, ale dokładnie podać temat przesłuchania świadka, ewentualnie z podaniem pytań, jakie mu należy postawić.

W sprawach szczególnej wagi może, w czasie przesłuchania świadka przed rekwirowanym sądem państwowym, interwenjować prowadzący dochodzenie w Sądzie I. L. zaopatrzony w pełnomocnictwo, podpisane przez przewodniczącego i generalnego pisarza Sądu I. L.

138. Z każdego przesłuchania świadka i obwinionego musi być spisany protokół, złożony z części ogólnej i części szczegółowej. Część ogólna zawierać powinna datę i miejsce czynności, liczbę porządkową sprawy, nazwiska obecnych przy przesłuchaniu, dokładny rodowód zeznającego z podaniem jego stosunku do obwinionego.

Przed przesłuchaniem, świadek powinien być upomniany do zeznania

prawdy, pod ważnością przysięgi, ewentualnie przed Sądem państwowym złożyć się mającej.

W części szczegółowej winny zeznania świadka być spisane wiernie i treściwie, z pominięciem wszystkich do sprawy nie należących szczegółów. Podpisy przesłuchanego świadka i obecnych przy przesłuchaniu kończą protokół.

139. a) Jako świadkowie nie mogą być słuchani pod nieważnością zeznań: duchowni względem tego, co im powierzono na spowiedzi lub w inny sposób pod warunkiem milkliwości urzędu duchownego,—dalej urzędnicy rządowi, gdyby, przez swoje zeznania obowiązującą ich tajemnicę urzędową naruszyć mieli, chyba, że zwolnieni zostaną przez swoich przełożonych od tego obowiązku, wreszcie lekarze na szczególty, co do których związani są tajemnicą lekarską, chyba że uwolnieni zostali od tego obowiązku przez odnośnych chorych. Nie mogą być również słuchane, jako świadkowie, osoby, które w czasie, w którym zeznawać mają, z powodu stanu swego ciała lub umysłu, nie mają możności zeznania prawdy.

b) Uwolnieni są od składania świadectwa:

1) krewni lub powinowaci obwinionego w linii wstępnej i zstępnej, jego małżonek i tegoż rodzeństwo, jego własne rodzeństwo i tegoż małżonkowie, rodzeństwo tegoż rodziców oraz dziadków i babek i jego bratankowie i siostrzeńcy, bratanice i siostrzenice, krewni w stopniu dzieci rodzeństwa, przysposobiciele i wychowawcy, jego opiekun i pupil.

2) obrońcy pod względem tego, o czem się obwiniony przed nimi, jako obrońcami zwierzył.

Sędzia, prowadzący śledztwo, powinien osobom pod 1) wymienionym, jako świadkom wezwanym, przed ich przesłuchaniem, lub skoro się dowie tylko o ich stosunku do obwinionego, oznajmić, że mają prawo uchylić się od świadectwa, oraz ma zapisać do protokołu oświadczenie ich w tej mierze. Jeżeli świadek nie rzekł się wyraźnie prawa uchylenia się od świadectwa, zeznanie jego jest nieważne.

c) Gdyby złożenie świadectwa lub odpowiedzi na zapytanie pociągnęło za sobą bezpośrednią a znaczną szkodę majątkową świadka, lub narażało na hańbę jego samego lub kogoś z jego rodziny, a świadek z tego powodu odmawiałby świadectwa, nie może być do świadectwa zniewolony.

140. Osoby, które z powodu choroby lub ułomności nie mogą jawić się przed Sądem I. L., można przesłuchać w ich mieszkaniu.

141. O ile świadek nie jawi się na wezwanie, należy przesłuchać go przez odpowiedni Sąd państwowy (§ 137 regulaminu) — o ile wezwaniu nie uczynił zadość członek I. L., podlega karze, przewidzianej w art. 27 II. Ust. o Izb. Lek.

e) Wnioski stron w czasie dochodzenia.

142. W czasie toczącego się dochodzenia tak obwiniony, jak rzecznik dyscyplinarny, mają prawo stawiania wniosków w sprawie postępowania śledczego. Prowadzącemu dochodzenie przysługuje prawo przychylenia się do postawionych wniosków lub odrzucenia ich, według swobodnego uznania, o ile je za obojętne

lub niepotrzebnie sprawę przewlekające uzna. W razie odrzucenia wniosków przez prowadzącego śledztwo, przysługuje wnioskodawcy (rzecznikowi dyscyplinarnemu, względnie obwinionemu) prawo odwołania się do Prezydium Sądu I. L., które po wysłuchaniu prowadzącego śledztwo, wyda w sprawie spornego wniosku odpowiednią uchwałę. Od uchwały tej nie przysługuje stronie żaden środek prawny.

f) Niewłaściwość Sądu.

143. Jeżeli w toku całego dochodzenia okaże się, że zachodzi czyn, podlegający z urzędu ściganiu karno-sądowemu, Sąd I. Lek. uczyni doniesienie do właściwych władz sądowych przez Zarząd Izby Lekarskiej; do czasu ukończenia postępowania karno-sądowego, postępowanie Sądu I. L. zostaje wstrzymane.

g) Wniesienie oskarżenia lub wniosku na zaniechanie.

144. Akta ukończonego dochodzenia przesyła prowadzący je Prezydium Wydziału Sądzącego I. L., które ich udziela rzecznikowi dyscyplinarnemu, celem wygotowania ostatecznych wniosków. Wnioski swe, względnie akt oskarżenia, komunikuje rzecznik dyscyplinarny zespołowi sądzącemu za pośrednictwem przewodniczącego. Zespół sądzący uchwała na posiedzeniu w tym celu zwołanem, czy należy sprawę przekazać do rozprawy ustnej, czy też dalsze postępowanie umorzyć.

Przeciwko uchwale Sądu I. L., przekazującej sprawę do rozprawy ustnej, niema żadnego dalszego środka prawnego; przeciw uchwale, umarzającej dalsze postępowanie, może rzecznik dyscyplinarny wnieść zażalenie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej w nieprzekraczalnym terminie dni 14.

145. Wniosek na ukaranie, wygotowany przez rzecznika dyscyplinarnego w formie aktu oskarżenia, w trzech równobrzmiących egzemplarzach, winien zawierać:

- a) imię i nazwisko oskarżonego;
- b) podanie czynu występnego, zarzuconego mu przez oskarżenie i ustawowe kwalifikacje tego czynu wraz z wyraźnym wnioskiem na ukaranie;
- c) podanie zespołu sądzącego, przed którym ma się odbyć rozprawa główna (pełny skład, wydział sądzący);
- d) krótko, ale wyczerpująco zebrane powody, w których winien być źwiężle wyłuszczony stan sprawy, jak się ona w świetle doniesienia lub aktów przeprowadzonego śledztwa i dochodzeń wstępnych przedstawia.

Ponadto akt oskarżenia winien zawierać spis zawnioskowanych przez rzecznika dyscyplinarnego świadków i znawców, oraz wszystkich innych środków dowodowych, jakimi się rzecznik dyscyplinarny w przebiegu rozprawy ma zamiar posługiwać.

Z trzech egzemplarzy aktu oskarżenia jeden egzemplarz doręcza się obwinionemu, drugi pozostaje w aktach sprawy, trzeci załącza się do aktów rzecznika dyscyplinarnego, które, po definitywnem zakończeniu sprawy prawomocnym wyrokiem, przechodzą do archiwum Izby Lekarskiej.

Wniosek na zaniechanie sprawy winien zawierać krótko, ale wyczerpująco zebrane powody, dla których dalsze postępowanie w danej sprawie ma być zaniechane.

h) Rozpoznanie sprawy.

146. Po przyjęciu przez Sąd Iz. Lek. wniosku rzecznika dyscyplinarnego, względnie aktu oskarżenia,—przewodniczący wydziału sądzącego zarządza zaniechanie sprawy, względnie wyznacza rozprawę główną, a o zarządzeniu swem zawiadamia rzecznika dyscyplinarnego i obwinionego, tego ostatniego przy równoczesnym przesłaniu mu aktu oskarżenia.

Sąd I. L. względnie Prezydjum Sądu, może—o ile uzna za stosowne przychylić się do wniosku wydziału sądzącego, względnie oskarżonego lub rzecznika dyscyplinarnego osądzenia sprawy w pełnym składzie Sądu; w braku takiego wniosku rozstrzyga o tem przewodniczący Sądu I. L., który wyznacza zespół sędziów ostatecznie i bez odwołania.

147. W razie, jeżeli sprawa zostaje zaniechana, czy to na wniosek rzecznika dyscyplinarnego, czy też wskutek uchwały Sądu I. L. (§§ 135, 144) zawiadamia się obwinionego o postanowionem zaniechaniu dopiero po prawomocności uchwały.

i) Wezwanie, terminy.

148. a) Przewodniczący wydziału sądzącego, otrzymawszy pełne akta sprawy i zaznajomiwszy się dokładnie z ich treścią, wyznacza termin rozprawy głównej i wzywa do niej pisemnie, za pośrednictwem pisarza generalnego Sądu I. L. wszystkich członków wydziału sądzącego i rzecznika dyscyplinarnego, oraz oskarżonego, ewentualnie także i jego obrońcę, świadków i znawców. Wezwania wysyłane być winne listem poleconym lub przez posłańca za poświadczeniem w księdze posyłek przez adresata lub jego domownika.

b) Wezwanie, przesyłane listem poleconym według adresu, wskazanego w aktach, uważa się za doręczone, choćby nie zostało przyjęte.

c) Przy obliczaniu przewidzianych w ustawie i w niniejszym regulaminie terminów, bieg czasokresu zaczyna się liczyć z dniem, następującym po dniu ogłoszenia lub doręczenia. O ile koniec czasokresu przypada na święto, czasokres kończy się następnego dnia powszedniego.

d) Zaniedbany termin może na wniosek strony wydział sądzący przywrócić, jeśli jego dotrzymaniu przeszkodziły nieuchronne wypadki.

e) Wezwanie do rozprawy głównej ma być doręczone rzecznikowi dyscyplinarnemu, tudzież oskarżonemu, przynajmniej na 14 dni przed terminem rozprawy. Wezwanie to ma zawierać pełny spis wydziału sądzącego z powołaniem się na art. 32 Ustawy o Izbach Lekarskich (co do wyłączenia 2-ch sędziów), ponadto zaś oskarżony ma być wezwany do ustanowienia sobie obrońcy, o ile go jeszcze nie ma.

Jeżeli oskarżony do oznaczonego w wezwaniu terminu obrońcy nie zgłosi,

Prezjdum Sądu wyznaczy mu obrońcę z urzędu, zgodnie z art. 38 Ustawy o I. L. i § 124 niniejszego regulaminu.

f) Wezwania do świadków i znawców mają jedynie zawierać dokładne podanie miejsca i czasu rozprawy, tudzież nazwisko oskarżonego, jednak bez wyszczególnienia czynu przestępnego.

j) Wyłączenie sędziów i rzecznika.

149. Wezwani do rozprawy, a tak samo do każdej czynności sądowej, przewodniczący wydziałów, sędziowie i rzecznik dyscyplinarny, mają obowiązek wyłączyć się sami od udziału w sprawie, oraz mogą być wyłączeni przez oskarżonego we wszystkich wypadkach, przewidzianych w obowiązującej ustawie o postępowaniu karnem w szczególności:

a) wyłączony winien być sędzia i rzecznik dyscyplinarny od przedsiębrania czynności sądowych w danej sprawie, jeśli on sam jest przestępstwem w jakikolwiek sposób pokrzywdzony, albo jeżeli osoba obwiniona lub pokrzywdzona pozostaje z nim w związku małżeńskim, albo jeżeli obwiniony, poszkodowany, rzecznik dyscyplinarny, lub obrońca, są z nim spokrewnieni lub spowinowaceni w linii wstępnej lub zstępnej, albo są jego krewnymi w stopniu dzieci, rodzeństwa, albo jeszcze bliżej z nim spokrewnieni lub w równym stopniu spowinowaceni, albo zostają z nim w stosunku przysposobicieli, wychowawców lub przysposobionych, wychowanków, opiekunów lub pupilów:

b) wyłączony być winien dalej sędzia, względnie rzecznik dyscyplinarny, który:

1) Poza swymi czynnościami urzędowymi był świadkiem czynu, o który chodzi, albo w tej sprawie był słuchany jako świadek, albo znawca;

2) Kto czynnym był w tej sprawie jako obrońca, albo jako zastępca oskarżyciela prywatnego, względnie jako rzecznik dyscyplinarny;

3) Od udziału w rozprawie głównej, wykluczony jest sędzia, który w tej samej sprawie był czynny jako prowadzący śledztwo. Jeśli wskutek odwołania lub wskutek zażalenia nieważności, rozprawa główna ma być powtórzona, od nowej rozprawy głównej wykluczeni są ci sędziowie, którzy w niej w sądzie I. L. brali udział.

Żądanie wykluczenia ma być zgłoszone nie później jak na pięć dni przed rozprawą główną wraz z przytoczeniem uzasadnienia i ulega rozstrzygnięciu przez Wydział sądzący, bez udziału osoby, której wyłączenia żądano.

Nazwiska wyłączonych sędziów przesyła przewodniczący wydziału sądzącego przewodniczącemu Sądu I. L., który na miejsce wyłączonych wyznacza innych, sędziów, względnie ich zastępców, i o tem przewodniczącego wydziału sądzącego zawiadamia.

k) Rozprawa główna.

150. a) Przewodniczący zespołu sądzącego (Sąd I. L. w pełnym składzie, względnie wydział sądzący) wyznacza dzień rozprawy głównej, biorąc pod uwagę odległość miejsca zamieszkania oskarżonego, świadków i znawców.

b) Nieprzybycie na rozprawę główną oskarżonego lub obrońcy nie wstrzymuje rozpoznawania sprawy, z wyjątkiem przypadku, w którym Sąd uzna, że przyczyną nieprzybycia były okoliczności, zasługujące na uwzględnienie.

c) W razie nieprzybycia na rozprawę główną świadka lub znawcy, lub nienadejścia potrzebnego dokumentu lub dowodu rzeczowego, Sąd, po wysłuchaniu stron (t. j. oskarżonego i rzecznika dyscyplinarnego), postanawia, czy ze względu na istotność dowodu nie należy sprawy odroczyć.

d) Rozprawą główną kieruje przewodniczący zespołu sędziącego, utrzymuje spokój i porządek, udziela głosu dla wyjaśnień, odpowiedzi i uwag.

151. Rozprawy przed Sądem I. L. są bezwzględnie tajne. W czasie przeprowadzania rozprawy musi być na sali obecny zespół sędziący, rzecznik dyscyplinarny, oskarżony (o ile rozprawa nie jest zaoczna) i jego obrońca.

Świadkowie i znawcy mogą znajdować się na sali tylko tak długo, jak długo przewodniczący rozprawy uzna to za konieczne. Przy obradach i głosowaniu nad wyrokiem, mogą być obecni tylko sędziowie w składzie orzekającym. Przy ogłaszaniu wyroku mogą być na sali sądowej wszystkie osoby, należące do sprawy, i wszystkie władze Izby Lekarskiej.

152. O rozprawie głównej ma być spisany protokół pod nieważnością i podpisany przez przewodniczącego zespołu. Ma on zawierać nazwiska obecnych członków Sądu, stron, ich zastępców, stwierdzać wszystkie istotne formalności postępowania, wyszczególniać, którzy świadkowie i znawcy byli przesłuchani i które części aktów były odczytywane; w końcu wszystkie wnioski stron i uchwały przewodniczącego lub sędziącego zespołu, na nie powzięte.

Stronom wolno, celem obrony swych praw, domagać się stwierdzenia w protokole poszczególnych okoliczności.

Przewodniczący zarządzi zaraz odczytanie poszczególnych ustępów protokołu na żądanie strony, jeżeli zależy na dosłownym stwierdzeniu wyrażań.

O treści odpowiedzi oskarżonego i świadków oraz znawców wtedy tylko czyni się wzmiankę, jeżeli zawierają odchylenia, zmiany, lub dodatki do zeznań, zapisanych w aktach, albo gdy świadkowie i znawcy po raz pierwszy na rozprawie głównej zeznają.

O obradach i głosowaniu podczas i po rozprawie głównej nad wnioskami stron i nad wyrokiem, należy wtedy, gdy Sąd udał się do sali obrad, celem powzięcia uchwał, spisać osobny protokół.

153. Rozprawa winna być prowadzona jednym ciągiem, z dopuszczeniem krótkich przerw dla odpoczynku, lub celem niezwłocznego zebrania środków dowodowych.

Należy odroczyć sprawę, jeżeli oskarżony zachoruje podczas rozprawy głównej, tak, że przy niej obecny być nie może, a sam nie zezwoli, aby rozprawę prowadzono w jego nieobecności i odczytywano jego zeznania w śledztwie złożone. Odroczenie rozprawy może być, stosownie do uznania Sądu, także wówczas uchwalone, jeżeli Sąd z jakiegokolwiek powodu za stosowne uzna zarządzić jeszcze uprzednio dalsze dochodzenia lub czynności śledcze, lub jeżeli

dla przeszkody poza rozprawą, odroczenie rozprawy na czas jakiś okazuje się konieczne i celowe.

154. a) Rozprawa główna rozpoczyna się odczytaniem spisu i stwierdzenia obecności świadków, znawców, oskarżonych i ich obrońców, tudzież kontrolą i odebraniem pełnomocnictw od obrońców. Następnie odczytuje pisarz zespołu sądu akt oskarżenia, w nieobecności świadków, poczem następuje przesłuchanie.

Jeśli jest w danej sprawie kilku obwinionych, przesłuchani być mają po kolei, oznaczonej w akcie oskarżenia, każdy z osobna w nieobecności następnego.

O ile oskarżony nie poczuwa się do winy, ma prawo odeprzeć oskarżenie zwięzłym przedstawieniem stanu rzeczy i, po przeprowadzeniu każdego świadka dowodowego, poczynić swe uwagi. O ile oskarżony swe pierwotne tłumaczenie się w czasie śledztwa przy rozprawie zmienia, lub jeżeli odpowiedzi odmawia, może przewodniczący rozprawy nakazać odczytanie części lub całego protokołu, spisane z zeznań obwinionego, poczynionych w śledztwie.

b) Postępowanie dowodowe rozpoczyna się przesłuchaniem świadków, których się pojedynczo powoływa i przesłuchuje w obecności oskarżonego, a w razie potrzeby stawia się ich sobie do oczu, o ile zeznania tych świadków od siebie się różnią.

Świadkowie mają po swem przesłuchaniu tak długo pozostawać w sali sądowej, aż uwolni ich przewodniczący lub ich ustąpienie zarządzi. Świadkom nie wolno żądać wzajemnego tłumaczenia się z treści swych zeznań.

Przewodniczący wzywa świadka do opowiedzenia wszystkiego, co mu wiadomo w rozpatrywanej sprawie; o ile zeznania świadka w czasie rozprawy różnią się od tegoż zeznań w śledztwie, przewodniczący ma prawo odczytać zeznania w śledztwie i żądać wytłumaczenia sprzeczności. Po zbadaniu świadka przez przewodniczącego, sędziowie i strony mogą zadawać świadkom i rzeczoznawcom pytania.

d) Protokoły współoskarżonych i świadków, tudzież orzeczenia rzeczoznawców, wolno tylko w następujących przypadkach odczytywać:

1) Jeśli przesłuchani pomarli w międzyczasie, jeśli ich pobyt jest niewiadomy, albo jeżeli ich osobistego stawiania się nie można było skutecznie, z powodu innych ważnych przyczyn (w miarę uznania Sądu);

2) Jeżeli przesłuchani na rozprawie głównej odbiegają w istotnym kierunku od swoich poprzednio złożonych zeznań;

3) Jeżeli świadkowie bezprawnie (por. § 139) lub współwinni zeznań odmawiają,—wreszcie

4) Jeżeli z odczytaniem godzą się tak rzecznik dyscyplinarny, jak i oskarżony.

e) Po skończeniu przesłuchania świadków, następuje przesłuchanie znawców, według tych samych zasad porządkowych przeprowadzić się mające.

f) Odczytanie dokumentów, zawnioskowanych w akcie oskarżenia lub przedstawionych przez obrońcę i oskarżonego, o ile Sąd odczytanie takie dopuścił,—wywodów, oględzin i naoczni, kończą postępowanie dowodowe.

g) Po sprawdzeniu wszystkich złożonych dowodów, żadna ze stron nie

ma prawa powołać się na dowody nowe, z wyjątkiem przypadku, gdyby ujawniła dowód, o którym przedtem nie wiedziała bez własnej winy. Sąd może ofiarowany dowód dopuścić doraźnie na rozprawie, względnie może rozprawę odroczyć w razie istotności dowodu, a niemożności niezwłocznego jego przeprowadzenia (§ 153 ust. ost.).

155. Skoro przewodniczący uznał postępowanie dowodowe za ukończone, otrzymuje najpierw głos rzecznik dyscyplinarny, jako oskarżyciel, dla zestawienia wyników postępowania dowodowego i dla uczynienia i uzasadnienia swych wniosków tak co do winy oskarżonego, jak i w kierunku zastosować się mających postanowień karnych.

Bezpośrednio po oskarżycielu otrzymuje głos oskarżony, względnie jego obrońca.

Oskarżonemu i jego obrońcy służy prawo odpowiedzi (repliki) na wywody oskarżyciela. Jeżeli oskarżyciel odpowiada na replikę oskarżonego, względnie jego obrońcy, wówczas, należy się tymże zawsze głos ostatni (§ 131e).

156. Po ogłoszeniu zamknięcia rozprawy przez przewodniczącego, udaje się Sąd do izby narad, celem wydania wyroku, a przy naradzie tej mają być obecni jedynie członkowie orzekającego zespołu sądowego.

Przy wydaniu wyroku ma Sąd tylko to uwzględnić, co się działo przy rozprawie głównej. Akta mogą tylko o tyle służyć jako dowód, o ile były odczytane przy rozprawie głównej.

Sąd powinien środki dowodowe badać starannie i sumiennie, co do ich wiarogodności i siły dowodowej, tak poszczególnie, jak i w ich związku wewnętrznym. Co do pytania, czy należy pewną okoliczność przyjąć za udowodnioną, nie rozstrzygają sędziowie według ustawowych reguł dowodowych, lecz tylko na mocy ich swobodnego przekonania, powziętego na podstawie sumiennego zbadania wszystkich dowodów, za i przeciw przemawiających.

Równie dokładnie winny być przez Sąd zbadane wszelkie okoliczności czynu przestępnego i to tak okoliczności łagodzące jak i obciążające, i w miarę ich znaczenia, winny być przy wymiarze kary zastosowane.

W ocenie poszczególnych okoliczności kierować się będą sędziowie swem swobodnym przekonaniem, jednak przy uwzględnieniu przepisów obowiązującego kodeksu karnego.

1) Wyrok.

157. Głosowanie nad wyrokiem odbywa się w sposób, jaki przewodniczący, który kieruje naradą i głosowaniem, uzna za stosowny, z reguły jednak głosuje się nad postawionymi wnioskami.

Najdalej idące wnioski podlegają najpierw głosowaniu.

Wynikające sprzeczności rozstrzyga większość głosów.

W razie równości głosów, zapada uchwała zawsze podług zdania, które jest dla oskarżonego korzystniejsze.

Jeżeli co do pytania, które zdanie jest dla oskarżonego mniej korzystne, zda-

nia są różne,—należy nad tem, jako nad pytaniem wstępnem, osobno głosować. Gdyby się w tem głosowaniu zdania równo podzieliły, wówczas pod względem pytania wstępnego rozstrzyga to zdanie, do którego przystąpił przewodniczący.

Orzeczenie wyroku skazującego oskarżonego na czasowe odjęcie prawa wykonywanie praktyki, względnie na wykreślenie go z listy lekarskiej członków Izby (art. 33 ust. o Izb. Lek. pkt. d) i e)) — zapasć może jedynie większością conajmniej $\frac{2}{3}$ głosów pełnego składu Sądu I. L.

158. Oskarżony będzie wyrokiem Sądu od oskarżenia uwolniony, jeżeli Sąd uzna, że czyn, stanowiący podstawę oskarżenia nie jest zagrożony karą, albo że istota czynu nie jest stwierdzona, lub nie jest udowodnione, że oskarżony popełnił czyn karygodny mu zarzucony, albo, że zachodzą okoliczności, które uchylają karygodność.

159. W razie skazania oskarżonego, musi wyrok wyrzec:

a) Jakiego czynu uznany został winnym oskarżony, a to przy wyraźnem oznaczeniu okoliczności, będących podstawą do zastosowania pewnego wymiaru kary;

b) jaki czyn karalny stanowią przyjęte za udowodnione fakty, których oskarżonego uznano winnym;

c) na jaką karę skazano oskarżonego, a to te trzy punkty pod nieważnością; nadto należy dodać jeszcze:

d) które przepisy karne do niego zastosowano—i

e) orzeczenie o kosztach karnych procesowych.

Wnioskami oskarżyciela jest Sąd o tyle tylko związany, że nie może oskarżonego uznać winnym czynu, o który ani pierwotnie oskarżenia nie wniesiono, ani też przy rozprawie głównej ani rozszerzano.

160. Wyrok formalnie wygotowany musi zawierać:

a) datę jego wydania;

b) skład zespołu sądującego (imiona i nazwiska przewodniczącego, sędziów i pisarza);

c) imię i nawisko rzecznika dyscyplinarnego;

d) imię i nazwisko, stanowisko i miejsce zamieszkania oskarżonego;

e) uzasadnienie wyroku;

f) orzeczenie o winie i karze;

g) podpisy sędziów i

h) pieczęć Sądu I. L. (§ 115).

161. a) Wszyscy sędziowie sądujący kładą swe podpisy (imiona i nazwiska) pod pierwowzorem wyroku. Odmówienie położenia podpisu przez któregokolwiek z sędziów pod wyrokiem, prawidłowo zapadłym, nie unieważnia wyroku.

b) Sędzia, który pozostał z swem zdaniem w mniejszości, ma prawo złożyć na piśmie w przeciągu 3 dni swe odrębne zdanie (votum separatum), które pozostaje w aktach sprawy i nie zostaje dołączone do wyroku, ani odczytane stronom.

162. a) Bezpośrednio po zapadnięciu wyroku, pisarz zespołu sądującego zapisuje wyrok, sędziowie go podpisują, a przewodniczący odczytuje go w obec-

ności całego zespołu sądującego, wobec oskarżonego i jego obrońcy, tudzież rzecznika dyscyplinarnego. Przy odczytywaniu wyroku mają prawo być na sali sądowej wszystkie osoby, należące do sprawy, i wszystkie władze Izby Lekarskiej.

b) osoby, obecne w sali podczas odczytywania wyroku, wysłuchują go stojąco.

c) Po skończeniu odczytywania wyroku, przewodniczący poucza oskarżonego o przysługujących mu środkach prawnych.

d) Po odczytaniu wyroku i pouczeniu przewodniczącego, nikt nie ma prawa zabierać głosu. Przekraczający ten przepis, ma być za to pociągnięty do odpowiedzialności przed Sąd Izby Lekarskiej, której jest członkiem.

163. a) Oryginał (pierwopis) wyroku, opatrzony podpisami wszystkich sędziów, pozostaje wraz z wszystkimi protokołami sprawy w archiwum Sądu I. L.

b) Odpisy wyroku podpisuje przewodniczący wydziału sądującego i pisarz wydziału.

Pisarz generalny Sądu I. L. wysyła odpisy wyroku po jednej odbitce dla oskarżonego i rzecznika dyscyplinarnego (najdalej w ciągu 8 dni), tudzież do Zarządu Izby Lekarskiej, wnoszącej doniesienie.

c) O ile wyrok brzmi na odjęcie czasowe prawa wykonywania praktyki lekarskiej lub wykreślenie z listy członków Izby Lek. (po myśli art. 33e Ust. o Izb. Lek.), a wyrok ten stał się prawomocnym, skutkiem braku odwołania, należy odpis wyroku przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) po myśli art. 33 i 38 Ust. o Izbach Lekarskich.

164. Zasądzonemu i rzecznikowi dyscyplinarnemu przysługuje prawo, w ciągu 14 dni od otrzymania wyroku na piśmie, odwołania do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Odwołanie to wniesione być powinno za pośrednictwem Zarządu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej, do przewodniczącego Sądu I. L., a zawierać powinno dokładne żądanie oskarżonego, względnie rzecznika dyscyplinarnego, a więc:

a) czy odwołanie skierowane jest przeciwko całemu wyrokowi, czy też tylko przeciw części i jakiej;

b) powody odwołania: niezastosowanie się Sądu do przepisów obowiązujących, — niewyczerpanie wszystkich przedłożonych środków stwierdzenia prawdy, — wyprowadzenie z materiałów dowodowych wniosków niesłusznych, niesłuszne określenie istoty czynu, niesłuszność zasady, na której oparto wyrok, niesłuszne zastosowanie kary i inne.

Odwołanie spóźnione zwróci Sąd I. L. natychmiast po otrzymaniu go.

Wniesienie odwołania wstrzymuje wykonanie wyroku.

Nadzór nad wykonaniem wyroku sprawuje Zarząd Izby Lekarskiej, do niego też należy ściąganie grzywien, o ile na nie został oskarżony skazany, ewentualnie w drodze egzekucji administracyjnej.

Wykonanie wyroku na prawomocnie skazanych rządowych lekarzach cywilnych, jak i wojskowych w czynnej służbie, przekazuje się ich właściwej władzy.

m) Kary (według art. 25 ust. o Izbie Lekarskiej).

165. Sąd I. L. ma prawo zastosowania następujących kar:

- a) ostrzeżenia;
- b) napomnienia;
- c) nagany;
- d) odjęcia prawa wykonywania praktyki lekarskiej na ściśle określony przeciąg czasu, nie dłużej jednak, aniżeli na rok jeden;
- e) wykreślenie z listy lekarskiej członków Izby, z czym łączyć się będzie odjęcie uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej.

Kary powyższe mogą być zastrzone w punktach a), b), c) i d):

- 1) przez ogłoszenie w dzienniku urzędowym z podaniem imienia i nazwiska zasądzonego;
- 2) przez odebranie mu czynnego i biernego prawa wyborczego w Izbie, jednak nie dłużej niż na jeden okres kadencji urzędowania Rady Izby;
- 3) grzywną do wysokości 400 złotych.

Zaostrzenia mogą być stosowane pojedynczo lub łącznie.

Orzeczenie kary, przewidziane w punktach d) i e), może nastąpić w Sądzie I. L. jedynie przez pełny skład Sądu i to większością conajmniej $\frac{2}{3}$ głosów.

O prawomocnem nałożeniu kar, przewidzianych w punktach d) i e), należy zawiadomić Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Zdrowia).

W stosunku do rządowych lekarzy tak cywilnych, jak i wojskowych, będących w czynnej służbie wojskowej, zaostrenie kar może obejmować jedynie odebranie im czynnego i biernego prawa wyborczego w Izbie, jednak nie dłużej niż na jeden okres kadencji urzędowania Rady Izby. W wypadkach wymierzenia kary na tych lekarzy na zasadzie prawomocnego wyroku, Izba winna orzeczenie kary wraz z motywami przesać właściwej ich władzy, do której należy wykonanie wyroku, obejmującego kary, przewidziane w punktach a), b) i c).

n) Koszty sądowe.

166. Koszty postępowania wymierza zespół sędzący; celem ustalenia tych kosztów pisarz generalny Sądu I. L., jako też pisarz zespołu sędzącego spisują w danej sprawie wydatki (pocztowe, zwrot poniesionych wydatków i strat świadków, znawców, zwrot poniesionych kosztów przez sędziów) i przedstawiają zespołowi sędzącemu, daną sprawę, celem ostatecznego ustalenia należytości.

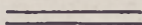
O ile oskarżony skazany zostanie na ponoszenie kosztów postępowania karnego, przesyła się rachunek tych kosztów Zarządowi I. L., który sumę orzeczoną wyrokiem ściąga z skazanego, ewentualnie drogą egzekucji administracyjnej.

O ile oskarżony został prawomocnym wyrokiem uwolniony, koszta postępowania pokrywa Izba Lekarska.

(Zatwierdzono przez Naczelną Izbę Lekarską 13 czerwca 1927 r.).

T R E Ś Ć

I. Cel zasady i zakres działania Sądu Izby Lekarskiej	§§	96—97
II. Ustrój Sądu	§§	98—132
a) Prawa i obowiązki sędziów i ich zastępców	§§	117—123
b) Prawa i obowiązki przewodniczącego Sądu I. L. i jego zastępców	§§	124—125
c) Prawa i obowiązki pisarza wydziału sądzącego	§§	126—128
d) Zakres działania prezydum Sądu I. L.	§§	129
e) Prawa i obowiązki rzecznika dyscyplinarnego	§§	130
f) Prawa i obowiązki oskarżonego	§§	131
g) Prawa i obowiązki obrońcy	§§	132
III. Porządek postępowania sądowego:		
a) Właściwość	§§	133
b) Wniesienie sprawy	§§	134—135
c) Wzdróżenie dochodzenia	§§	136
d) Przesłuchanie świadków i znawców	§§	137—141
e) Wnioski stron w czasie dochodzenia	§§	142
f) Niewłaściwość Sądu	§§	143
g) Wniesienie aktu oskarżenia lub wniosku na zaniechanie	§§	144—145
h) Rozpoznanie sprawy	§§	146—147
i) Wezwanie, terminy	§§	148
j) Wyłączenie sędziów i rzecznika	§§	149
k) Rozprawa główna	§§	150—156
l) Wyrok	§§	157—164
m) Kary (według art. 25 Ust. o Izb. Lek.)	§§	165
n) Koszty sądowe	§§	166



T R E Ś Ć

§§ 96—97		I. Cel zasady i zakres działania Sądu Język. Karackiej	
§§ 98—122		II. Usługi Sądu	
§§ 117—123		a) Prawa i obowiązki sędziów i ich zastępców	
§§ 124—125		b) Prawa i obowiązki przewodniczącego Sądu i jego zastępców	
§§ 126—128		c) Prawa i obowiązki pisarza wydziału sądownego	
§§ 129		d) Zakres działania przysięgum Sądu i. l.	
§§ 130		e) Prawa i obowiązki technika dyscyplinarnego	
§§ 131		f) Prawa i obowiązki oskarżonego	
§§ 132		g) Prawa i obowiązki obrońcy	
		III. Porządek postępowania sądowego:	
§§ 133		a) Właściwość	
§§ 134—135		b) Wnieście sprawy	
§§ 136		c) Wadzenie dochodzenia	
§§ 137—141		d) Przesłuchanie świadków i znawców	
§§ 142		e) Wniosek stron w czasie dochodzenia	
§§ 143		f) Nowość Sądu	
§§ 144—145		g) Wnieście aktin oskarżenia lub wniosku na zmianę	
§§ 146—147		chcąc	
§§ 148		h) Rozpoznanie sprawy	
§§ 149		i) Wezwanie terniny	
§§ 150—156		j) Wysłuchanie sędziów i technika	
§§ 157—161		k) Rozprawa główna	
§§ 162		l) Wyrok	
§§ 163		m) Kary (według art. 25 Ust. o Jzb. Lek.)	
§§ 166		n) Koszty sądowe	

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS i SYN, Sp. Akc.
W WARSZAWIE

POLECAJĄ

BIOLOGICZNIE SPRAWDZONE I ZAWIERAJĄCE
SUBSTANCJE CZYNNNE

ORGANOPREPARATY „L. S. S.“

(„L. S. S.“ jest to prawnie zastrzeżony skrót powyżej zamieszczonej naszej firmy)

1) **WYCIĄGI GLICERYNOWE**

W PŁYNIE

Flaszki zaw. około 25 cm.⁸

W PASTYLKACH

Słoiki zaw. 90 pastylek

stosowane

doustnie

2) **NARZĄDY SUSZONE*)**

W PROSZKU

Słoiki zaw. 10 g. proszku

W TABLETKACH POWLECZONYCH

MASĄ CUKROWĄ

Słoiki zaw. 50 tabletek

stosowane

doustnie

3) **WYCIĄGI WODNE,** do zastrzyków

Pudełka zaw. 6 ampułek.

4) **ROZTWORY TŁUSZCZOWE LIPOIDÓW,** do zastrzyków

Pudełko zaw. 6 amp. po 1, 2 cm.¹

*) Suszenie odbywa się w specjalnie skonstruowanej aparaturze, dającej gwarancję zachowania aktywności wysuszonych narządów.