

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

UCZESTNIKOM I. ZJAZDU LEKARZY KRÓLESTWA POLSKIEGO, ZEBRANYM W ŁODZI W ÓWIERĆWIEKOWĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO,

ZESZYT TEN SKŁADA

REDAKCJA.



ekarze i przyrodnicy polscy mają prawo chlubić się, że w naszym społeczeństwie jedni z pierwszych skupili się do pracy zbiorowej. W dorobku cywilizacyjnym społeczeństw nowoczesnych zdobyły sobie pierwszorzędne znaczenie korporacje, wytwarzające środowisko naukowe, dające pole do ożywionej wymiany poglądów, do wzajemnego zapładniania się umysłów, kładące podwaliny do samodzielnej twórczości i do rozwoju własnej, z istotnych społeczeństwa zasobów wytryskającej kultury. U nas w tym względzie zajęli lekarze i przyrodnicy miejsce poczesne. Towarzystwa lekarskie w Warszawie i Wilnie spoglądają na wiekową już tradycję, a kiedy niejedna z naszych korporacji naukowych rozprzęgła się i zmarniała, one umiały przecież wytrwać i ostać się do dziś dnia. Gdy spadał dalszy cios za ciosem, gdy zdawało się, że pozostaną jeno gruzy, popioły i zgliszczą, gdy zabrakło w kraju kwiatu inteligentnej młodzieży, poległej albo rozmięcionej, jak liść jesienny w dalekie strony obce, — lekarze i przyrodnicy jedni z pierwszych otrząśli się z osłupienia, jedni z pierwszych wprzęgli się do budowy od fundamentów, do ocalenia życia intelektualnego kraju. W policzeniu swych sił i środków, we wznieceniu na nowo ruchu w swoich gałęziach wiedzy, w wytyczeniu planu dla zbiorowych usiłowań, wyprzedzili lekarze i przyrodnicy nasi pracowników na wielu innych polach umiejętności, stwarzając już w r. 1869 instytucję ogólnych Zjazdów przyrodniczo-lekarskich, starszą od Zjazdów historyków, ekonomistów, prawników, techników i przedstawicieli innych nauk. W tychże latach zawiązują się Towarzystwa lekarskie we Lwowie i w Krakowie, powstają lub przygotowują się liczniejsze czasopisma i wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

We właściwej barwie ukazuje się cały ten ruch w świetle tej okoliczności, że nie ograniczał się on tylko do stołecznych miast wszystkich trzech dzielnic, gdzie — jak w każdym większym mieście — łatwiej znaleźć się mogły grona, dające doń inicjatywę i gdzie oprzeć się mógł o istniejące Wydziały lekarskie. W ruchu tym bierze udział już wtedy prowincya, gdzie nie jest on tylko sztucznie przeszczepiony z ognisk naszego życia umysłowego, ale budzi się samorodnie i rozwija samodzielnie. Osobną, a zaszczytną kartę znajdzie przyszły historyograf naszych Towarzystw lekarskich dla Towarzystwa lekarzy podolskich, którego wspomnienie jest w owych latach jeszcze świeże. Równocześnie z Towarzystwami lekarskimi zawiązanymi pod zaborem austriackim, powstaje w Królestwie Towarzystwo lekarskie w Płocku (1869), a w następnym dziesięcioleciu w Lublinie (1875) i w Kaliszu (1877), gdy tymczasem w Galicyi obejmuje lwowskie Towarzystwo lekarzy galicyjskich całą dzielnicę siecią swych oddziałów prowincjonalnych.

W r. 1885 zawiązuje się Towarzystwo lekarskie w Łodzi, mające odtąd wraz z niesłychanie szybkim wzrostem tego miasta rychło wzrastać i odegrać chlubną rolę w dalszym postępie ruchu umysłowego wśród lekarzy prowincjonalnych w Królestwie. Początki działalności Towarzystwa łódzkiego były skromne. Myśl zawiązania Towarzystwa powziął Dr Józef Koliński, który zebrał w październiku r. 1885 grono, złożone z Dr Gustawa Altenberga, Stanisława Bartkiewicza, Maksymiliana Cohna, Karola Jonschera, Juliusza Lohrera, Władysława Messinga, Stanisława Plichty, Hermana Rundo, Henryka Tugendholda, Jana Wiśłockiego i Adolfa Wolberga. Grono to podpisało projekt ustawy Towarzystwa, wzorowany na t. zw. »normalnej« ustawie Towarzystw lekarskich prowincjonalnych i przedstawiło go do zatwierdzenia władzom w listopadzie t. r. Od tej już chwili odbywały się pod przewodnictwem Dr Lohrera regularnie co miesiąc lekarskie zebrania naukowe, początkowo w mieszkaniu Dra Tugendholda, później Dra Kolińskiego, który pełnił czynności sekretarza. Towarzystwo nie miało wtedy jeszcze urzędów; nie miało też biblioteki, ani żadnych funduszków. Wkrótce

powiększyło się to grono o dalszych 6 uczestników, którymi byli: Dr E. Beckmann, M. Goldsobel, K. Jasiński, A. Helm, M. Likiernik i L. Przedborski, a w ten sposób skupiła się do pracy naukowej przeszło połowa wszystkich lekarzy, mieszkających wówczas w Łodzi. Ustawa Towarzystwa uzyskała zatwierdzenie 12 września 1886, a 12 listopada tegoż roku odbyło się pierwsze urzędowe posiedzenie inauguracyjne Towarzystwa, na którym wybrano pierwszy Zarząd w następującym składzie: prezes Lohrer, wiceprezes Jonscher, sekretarz Koliński, skarbnik Likiernik, bibliotekarz Rundo.

Od tego czasu mija ćwierć wieku. Towarzystwo łódzkie, któremu przewodniczyli kolejno: Lohrer (1885—1893), Jonscher (do r. 1905), Rundo (1905), Ks. Jasiński (do r. 1910) i Krusche, spotężniało dziesięciokrotnie i wzrosło do liczby 108 członków. Z coraz bardziej ożywającym się ruchem naukowym wśród lekarzy łódzkich odczuto potrzebę założenia osobnego czasopisma, mającego w pierwszym rzędzie na oku zadania lekarzy prowincjonalnych, medycynę i higienę społeczną. »Czasopismo lekarskie« odegrało niewątpliwie poważną rolę w pobudzeniu dalszych kół lekarskich do zbiorowej pracy. Na pierwsze lata tego wydawnictwa przypada założenie Towarzystw lekarskich w Częstochowie (1902), Radomiu (1902), Kielcach (1905). W r. 1907 powstało Towarzystwo lekarskie w Siedlcach, w roku bieżącym wreszcie Towarzystwo lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego. W tychże latach odbywały się bez organizacyi stałej naukowe zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy.

Potomność osądzi kiedyś, gdy Towarzystwa te znajdą swego historyka, w jakim stopniu wypełniły one swoje zadania i w jakiej mierze przyczyniły się do postępu wiedzy i sztuki lekarskiej wśród szerokiego ogółu lekarzy w kraju. W każdym razie jednak samo już powstawanie i dotychczasowa ciągłość pracy tych Towarzystw jest pocieszącą wskazówką, że prąd naukowy rozlewa się u nas coraz szerzej nietylko wśród lekarzy stołecznych i że w zawodzie naszym wyzbywamy się widać przypisywanego naszemu społeczeństwu braku wytrwałości i umiejętności pracy zbiorowej. Widać nie są to wady ani tak u nas powszechne, ani tak nieuleczalne, jak gotowibyśmy sami nawet uwierzyć. Niezawsze było naszą winą rozpadanie się w gruzy tego, cośmy budowali, rwanie się nici, pracowicie wysnuwanych z przeszłości dla przyszłości. Ileż to razy w zakresie samego już ruchu naukowo-lekarskiego przychodziło zerwane nici wiązać na nowo, odrabiać cierpliwie po raz wtóry dzieło, które nam napół gotowe zniszczono.

Przed kilku laty przeleciały przez kraj znowu burze, które wprawdzie nie zmiotły całego dotychczasowego dorobku, ale głęboko wstrząsnęły społeczeństwem, wstrzymały i osłabiły pracę na wielu polach, a zwłaszcza na polu pracy umysłowej, przeredziły szeregi lekarzy, zagnanych na daleki wschód i zahamowały prawidłowy przyrost młodych pracowników. I znowu stajemy przed koniecznością powetowania poniesionych strat, skupienia pozostałych sił, uchylenia niebezpieczeństwa zastoju, mogącego zagrozić jednej z najpiękniejszych zdobyczy ostatniego ćwierćwiecza, — rozbudzonemu wśród naszych lekarzy prowincjonalnych ruchowi naukowemu i społeczno-higienicznemu. To wziął sobie za cel Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego, po raz pierwszy dochodzący do skutku dzięki Towarzystwu lekarskiemu łódzkiemu. Zrozumiało ono doniosłość chwili i swoje w tej chwili zadanie, a wypełnieniem jego wieńczy godnie swój pierwszy jubileusz. Najlepszym też chyba dla Towarzystwa łódzkiego jubileuszowym życzeniem będzie, aby ze Zjazdu i ono i wszyscy lekarze Królestwa Polskiego jaknajobfitszy zebrali plon, aby Zjazd stał się w zbiorowej ich pracy początkiem nowego okresu bujnego i niczem już nieprzerwanego rozwoju. c.

Z badań nad wielobiegunową mitozą.

Podał

K. Kostanecki.

Wytłomaczenie zwiększonej ilości biegunów.

Jak wiadomo, zarówno w świecie zwierzęcym jako też roślinnym, czyto u tworów jednokomórkowych, czy też wielokomórkowych (Metazoa, Metaphyta), rozmnażanie komórek polega na podziale mitotycznym, w bardzo tylko wyjątkowych razach spotyka się podział t. zw. bezpośredni, amitozę, której istnienie długi czas wogóle podawane było w wątpliwość, dzisiaj jednakowoż w niektórych przypadkach uważać można za stanowczo stwierdzone.

Podział mitotyczny znowuż odbywa się stale zapomocą mitozy dwubiegunowej, przez którą powstają z jądra komórki macierzystej dwa jądra, a podziałowi jądra towarzyszy lub następuje po nim podział komórki macierzystej na dwie komórki potomne.

Wyjątkowo mogą się jednakowoż pojawiać u zwierząt i u człowieka mitozy wielobiegunowe; zachodzą one przy prawidłowym zupełnie rozwoju zarodkowym, np. w okre-

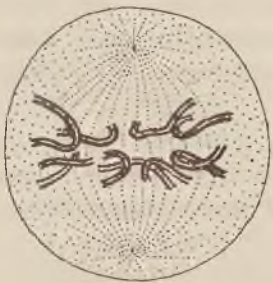
sie bruzdkowania u niektórych zwierząt, w komórkach olbrzymich wątroby, śledziony, w ustroju dorosłym znajdujemy je w prawidłowych warunkach w komórkach olbrzymich szpiku kostnego, w komórkach olbrzymich doczesnej w łożysku, u niektórych zwierząt czasem w komórkach twórczych plemników (spermatocytach i spermatydach); jako zboczenia spotykamy je czasem w jajku przy wydzielaniu ciałek kierunkowych, szczególnie zaś często i z wielką ilością biegunów przy polispermii, t. j. jeśli do jajka zamiast jednego wnika dwa lub większa ilość plemników; możemy je także sztucznie wywołać zarówno podczas rozwoju zarodkowego jako też w ustroju dorosłym przez zastosowanie bodźców mechanicznych, termicznych, chemicznych, przez działanie promieni Roentgena, napotykamy je dalej przy regeneracyi tkanek po przypadkowych czy sztucznie wytworzonych ubytkach, a szczególnie często w nowotworach, przedewszystkiem w nowotworach złośliwych.

Szereg analogicznych spostrzeżeń mamy i dla świata roślinnego.

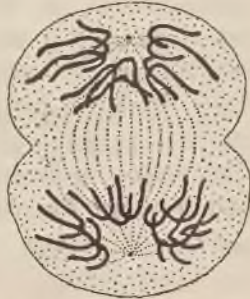
Przed kilkunastu laty opisywałem takie wielobiegunowe mitozy w komórkach olbrzymich wątroby zarodka, następnie miałem sposobność widzieć je w komórkach twór-

czych plemników, dalej w komórkach nowotworowych (raka), przed dziesięciu laty opisywałem je przy wydzielaniu ciałek kierunkowych u *Cerebratulus marginatus*, dalej spotykałem je przy polispermii u różnych zwierząt (jeźowców, robaków, mięczaków), w ostatnich latach, jak to w kilku pracach podawałem, napotykałem je bardzo często w niezliczonej ilości obrazów i w bardzo wielorakiej formie w zapłodnionych, a przede wszystkim sztucznie partenogenetycznie rozwijających się jajkach mięczaka *Macrura*. Rozporządzając obfitym, a co do formy tego typu mitozy także i bardzo różnorodnym materiałem i sądząc, że znajomość wielobiegunowej mitozy ma nie tylko ze względu na prawidłowy rozwój i prawidłową budowę niektórych narządów, ale głównie i ze względu na komórki nowotworowe niemałe znaczenie, pragnąłbym poświęcić kilka uwag zasadniczym jej cechom, a w niniejszym szkicu zastanowić się głównie nad pochodzeniem zwiększonej ilości biegunów.

Ryc. 1—4 dają obrazy prawidłowej dwubiegunowej mitozy. W okresie gwiazdy macierzystej (ryc. 1) mamy ty-



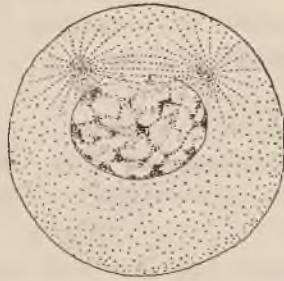
Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

powe dwubiegunowe wrzecionko, na obydwu biegunach w środku promieni znajduje się ciało biegunowe, centriol, a w równiku wrzecionka ułożona jest blaszka, płytką równikową chromosomów, (plaque équatoriale, plaque nucléaire, Chromosomenaequatorialplatte), składająca się we wszystkich komórkach tego samego zwierzęcia lub rośliny ze stałej, choć u różnych gatunków różnej ilości chromosomów. Jak wiadomo, w tym okresie następuje podłużne rozszczepienie się każdego chromosomu (por. ryc. 1), które już we wcześniejszych okresach się przygotowywało; chromosomy potomne wędrują ku dwóm biegunom (ryc. 2), z nich rekonstruują się jądra potomne (ryc. 3); ciała biegunowe, centriole, leżą tuż przy pęcherzykowatym jądrze, a ponie-

waż promieniowanie później zanika, przeto już w końcowych okresach mitozy, a tem więcej w staniu, jak zwykle mówimy, spoczynkowym jądra, centriolu wykazać zazwyczaj nie można, ale przebieg mitozy wykazał nam, że jądro komórki tworzy się ze stałej ilości chromosomów i że, jako stała składowa jej część, dostał się jej jeden centriol. Ten, choć chwilowo niewidoczny, ujawni się z chwilą następnej mitozy (ryc. 4), mianowicie widzimy, jak podzielił się on na dwa centriole potomne, które oddalają się stopniowo coraz więcej od siebie, a między nimi pojawiają się włókienka wrzecionka środkowego (Centralspindel); ku chromosomom zdąża od każdego centriolu stożek promieni, tworzący później t. zw. płaszcz promieni, łączących centriol z chromosomami, a również rozchodzą się od nich jakby słońca t. zw. promieniowania biegunowe.

W okresach następujących po gwiazdzie macierzystej zmianom części chromatynowych towarzyszy przewężanie komórki i podział na dwie komórki potomne (ryc. 2 i 3).

Najczęstszym powodem tworzenia się figur mitotycznych wielobiegunowych jest nieprzewężenie i niepodzielenie się ciała komórkowego po podziale jądra. Komórka staje się przez to dwujądrową, a ponieważ każdemu jądru odpowiada przynależny do niego centriol, zawiera ona i dwa centriole; przy następnej mitozie z odpowiadającego każdemu jądru centriolu wytwarzają się po dwa centriole potomne. Jeśli jądra, a tem samem i wytwarzające się przez podział centriolów wrzecionka leżą w większym od siebie oddaleniu, mogą się wytworzyć dwie od siebie mniej lub więcej niezależne, tylko że we wspólnym ciele komórkowym leżące figury mitotyczne (ryc. 5); wzajemne ich poło-



Ryc. 5 wedle Baltzera.

żenie może być różne: osi wrzecionek mogą leżeć równolegle, albo pod kątem w jednej i tej samej lub w różnych płaszczyznach, mogą się przytem ze sobą (leżąc w różnych płaszczyznach) krzyżować. Jeśli wrzecionka zbliżą się do siebie, może promieniowanie jednego oddziaływać na chromatynę drugiego.

Ryc. 6 i 7. dają nam bardzo ładne przykłady, jak zbliżone więcej promieniowanie jednego wrzecionka może wywołać zaburzenie w układzie i wędrowce chromatyny w obrębie drugiego wrzecionka; obrazy takie są niejako przejściową formą do figur mitotycznych wielobiegunowych.

Jeśli jądra od początku leżą w mniejszym od siebie oddaleniu, obydwie pary centriolów potomnych otaczających się promieniowaniami będą też leżały bliżej siebie;



Ryc. 6 wedle Bracheta.

Ryc. 7 wedle Hennequy'ego.

promieniowania, otaczając mniej lub więcej regularnie powstającą z obydwu jąder grupę chromosomów, wytworzą już jednolitą figurę mitotyczną czterobiegunową (ryc. 8). Po metakinezie wytworzą się cztery gwiazdy potomne i komórka może wówczas podzielić się równocześnie na cztery komórki potomne; albo też komórka może pozostać niepodzielona i wówczas będziemy mieli komórkę czterojądrową



Ryc. 8 jajko Mactry.

z czterema centriolami, w której przy ponownej mitozie powstanie mitoza ośmiobiegunowa i w razie dalszego powstrzymania podziału ciała komórkowego mogą powstawać mitozy o zdwajającej się wciąż ilości biegunów. Przy każdej mitozie oczywista zdwaja się także wciąż, skutkiem rozszczepiania się chromosomów na chromosomy potomne, ilość ich. Ten sposób powstawania wielobiegunowych figur mitotycznych, który można istotnie stwierdzić w szeregu obrazów, musi zawsze doprowadzać do wytworzenia się mitoz nietylko z parzystą liczbą biegunów, ale liczbą, która odpowiadałaby liczbie 2^n .

Tymczasem spotykamy wielobiegunowe mitozy z 6, 10, 14 biegunami, a więc z liczbą biegunów, odpowiadającą zdwojonej liczbie nieparzystej, a nawet z nieparzystą ilością biegunów.

Bardzo często widzimy mitozy z liczbą biegunów, która odpowiada zdwojonej liczbie nieparzystej, przy polispermi; te tłumaczą się w bardzo prosty sposób: przy normalnym, t. j. monospermicznym zapłodnieniu jaja wprowadza plemnik do jaja swe jądro (główkę) i swój centriol; jądro jaja i jądro plemnika zawierają po połowie ilości chromosomów w stosunku do jąder komórek somatycznych, tak że dopiero z połączenia chromatyny obydwu jąder płciowych w pierwszym wrzecionku podziału otrzymujemy pełną ilość chromatyny.

Ciałka biegunowe tego wrzecionka pochodzą z podziału centriolu plemnika (centriol jajka zanika). Jeśli zamiast jednego wniknie do jaja kilka plemników, każdy z nich wprowadza ze swym jądrem swój centriol, który dzieli się na dwa, tworząc zawiązek wrzecionka. (Por. ryc. 9,



Ryc. 9 wedle Boveriego.

do jaja wniknęły dwa plemniki, skutkiem tego powstanie mitoza czterobiegunowa). Jak w innym miejscu dokładniej będę mógł przedstawić, czasem jeden tylko z tych plemników zbliża się ze swymi centriolami do jądra jajka, wrzecionka innych zaś plemników mogą pozostać jako niezależne samodzielne wrzecionka wśród plazmy jajka w większym od jądra jajka i od siebie oddaleniu; o ile jednakowoż plemniki zbliżą się w większej ilości ku jądru jajka wraz ze swymi promieniowaniami, powstanie figura mitotyczna wspólna, wielobiegunowa, a ilość biegunów jej można oznaczyć formułą $2 \times n$ sp (spermatozoon), a więc możemy mieć biegunów 2×2 , 2×4 , ale i 2×3 , 2×5 , 2×7 i t. d. Ilość chromosomów w takich wielobiegunowych wrzecionkach wynosić będzie, jeśli jako a oznaczymy ilość chromosomów w komórkach somatycznych, jako ov jądro jajka (ovum), jako sp jądro plemnika (spermatozoon): $\frac{1}{2} a (1 ov + n sp)$.

Figury mitotyczne wielobiegunowe mogą się także tworzyć w komórkach, które powstały przez zlanie się komórek, w t. zw. syncytium, o ile jądra złączonych komórek zbliżyły się do siebie i o ile powstające z podziału ich centriolów wrzecionka wytworzą wspólną figurę. Jeśli zleje się nieparzysta ilość komórek, ilość biegunów będzie odpowiadać zdwojonej liczbie nieparzystej; podobne stosunki co do liczby biegunów będziemy mieli, jeśli po pierwotnie nieparzystobiegunowej mitozie nie nastąpił podział komórki, a rozwija się nowa mitoza. Głównie właśnie mitozy z nieparzystą ilością biegunów wymagają wytłumaczenia. Że spotykamy mitozy z 3, 5, 7 biegunami, nie ulega dzisiaj wątpliwości, a na sposób powstawania ich nowsze badania rzucają pewne światło, a mianowicie możemy na podstawie tychże stwierdzić, że nieparzystość biegunów może być wynikiem, albo 1) nieprawidłowo, nadmiernie wzmożonego podziału centriolów, albo też 2) przeciwnie powstrzymania ich podziału.

Te dwie możliwości więc przedewszystkiem omówić musimy:

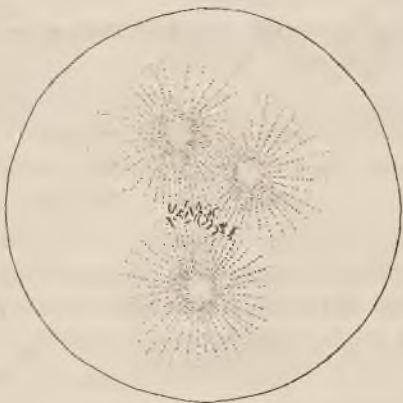
Ad 1. Znany oddawna przy zwykłej dwubiegunowej mitozie jest objaw, że centriol na jednym, albo też na obydwu biegunach dwubiegunowego wrzecionka może w okresie gwiazdy potomnej (por ryc. 10), albo nawet jeszcze wcześniej, w okresie gwiazdy macierzystej, podzielić się na dwa; obrazy takie spotyka się czasem przy mitozie

komórek somatycznych, często w pierwszych komórkach embryonalnych przy bródkowaniu jaj, jakoteż w mitozach przy wydzielaniu ciałek kierunkowych, wogóle więc przy szybko po sobie następujących mitozach. Teichmann,



Ryc. 10. Jajko Physy.

a głównie Baltzer w pracach swych nad zapłodnionemi jajkami jeżowców udowodnili szeregiem obrazów, obejmujących wszelkie stadia przejściowe, że przedwczesny taki podział centriolu na jednym biegunie wrzecionka może, jeśli powstałe z jego podziału centriole od siebie się oddalą i około każdego z nich wytworzy się oddzielne promieniowanie, doprowadzić do zamienienia się wrzecionka dwubiegunowego w figurę mitotyczną trójbiegunową (por. ryc. 11). Baltzer stwierdza, że w takiej figurze trójbieguno-



Ryc. 11 wedle Baltzera.

wej bieguny tworzy »eine Tochttersphäre und zwei Enkelsphären«.

Ten przedwczesny podział jednego z centriolów potomnych może, jak nas różne obrazy pouczają, przesunąć się w jeszcze wcześniejszy okres, gdy jądro macierzyste dopiero przygotowuje się do podziału; wówczas pojawiają się równocześnie trzy promieniowania i tworzy się odrazu figura mitotyczna trójbiegunowa.

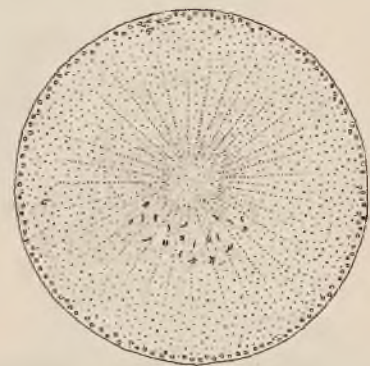
Jeśli taki podział przedwczesny centriolu nastąpi na obydwu biegunach, może się wrzecionko dwubiegunowe zamienić na wrzecionko czterobiegunowe.

Z takich trójbiegunowych figur mitotycznych — a tem więcej z czterobiegunowych — wynikają zawsze jądra potomne ze zmniejszoną ilością chromosomów. Chromosomy bowiem podczas mitozy nigdy inaczej się nie dzielą, jak

przez rozszczepienie na dwa potomne, przy dwubiegunowej mitozie rozdzielają się one wedle prawa $\frac{2 \times n}{2}$, przy trójbiegunowej mitozie, gdyby nawet rozdział chromosomów na pojedyncze bieguny wypadł najrównomierniej, rozdzielałyby się wedle prawa $\frac{2 \times n}{3}$, a przy czterobiegunowej wedle prawa $\frac{2 \times n}{4}$; jeśli po takiej mitozie nastąpił podział komórki, otrzymalibyśmy komórki o nadmiernie małej ilości chromosomów (hypochromatyczne). Jak w innem miejscu będę mógł wykazać, przy wielobiegunowej mitozie rozdział chromosomów na pojedyncze bieguny jest więcej rzeczą przypadku, jest w zależności od ukształtowania się figury chromatynowej w okresie gwiazdy macierzystej i stosunku promieniowań do niej; może więc wypaść na jeden biegun, a więc na jedno jądro, znacznie więcej chromosomów, ale wówczas na inne jądra w odpowiednim stosunku przypadnie ich znacznie mniej.

Tak jak dwubiegunowe wrzecionko może się przez przedwczesny podział centriolu zamienić na trójbiegunowe, tak samo z figury mitotycznej czterobiegunowej, albo sześciobiegunowej i t. d. (wszystko jedno w jaki sposób one się wytwarzać zaczęły), wynikać może figura pięciobiegunowa, siedmiobiegunowa i t. d.; naturalnie że i tutaj ten przedwczesny podział centriolu może się przesunąć we wczesny początkowy okres mitozy, tak że naraz pojawi się pięć, siedem promieniowań.

Ad 2. Przeciwwstawieniem do pojawiania się większej, niż zdwojonej ilości centriolów jest powstrzymanie podziału centriolu podczas mitozy. Przez zastosowanie bodźców mechanicznych lub chemicznych na rozwijające się jaja (Th. Boveri, M. Boveri, Wilson, Herbst, Baltzer, Kostanecki) uzyskuje się nieraz w zapłodnionem jaju lub pierwszych komórkach zarodkowych obrazy, które wykazują, że jądro może przejść wszystkie typowe zmiany, poprzedzające mitozę, może rozpaść się na pojedyncze chromosomy, natomiast centriol zamiast podzielić się na dwa i wytworzyć dwa promieniowania jako bieguny wrzecionka, pozostaje niepodzielony i tworzy ośrodek jednego tylko wielkiego promienistego słońca, ryc. 12. Obrazy takie nazwał Boveri »mona-

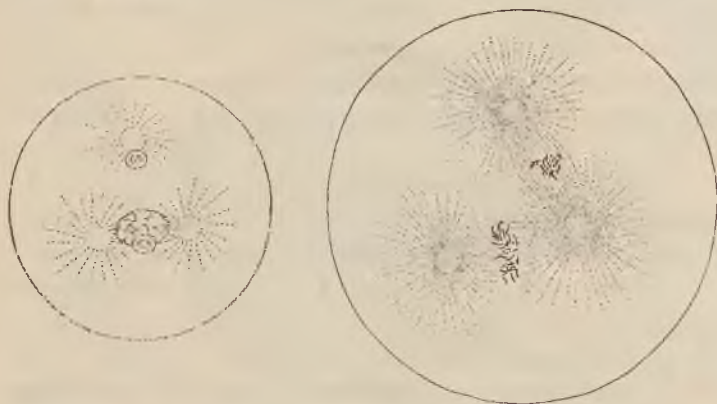


Ryc. 12. Jajko Mactry.

strami«; — naturalnie musimy wobec tego zaniechać używania nazwy »monaster«, jak to dawniej wielokrotnie czyniliśmy, na oznaczenie gwiazdy macierzystej (étoile-mère, Mutterstern). W takim »monastrze« chromosomy rozszczepiają się na chromosomy potomne zupełnie jak w zwy-

kłem wrzecionku dwubiegunowym; pozostając jednakowoż pod wpływem tylko jednej sfery, nie rozchodzą się na dwa bieguny, lecz tworzą wszystkie razem znów jedno jądro, ale wobec podwójnej liczby chromosomów odpowiednio większe. Wytwarzanie się takich monastrów może się nawet powtarzać, a wynikiem ich będzie za każdym razem jądro ze zdwojoną ilością chromosomów. Monastry takie są zatem przeciwstawieniem nie tylko wielobiegunowej, ale i dwubiegunowej mitozy, są to mitozy jednobiegunowe.

Jeśli teraz mamy komórkę o dwóch jądrach, z których każdemu odpowiada centriol — (a więc np. komórkę dwujądrową, która powstała przez to, że po poprzedniej mitozie nie nastąpił podział ciała komórki, albo jajko zapłodnione dwoma plemnikami, z których każdy wprowadza, jak wiemy, swój centriol) — to przy mitozie każdy z centriolów dzieli się zazwyczaj na dwa i, o ile jądra dość blisko siebie leżą, powstaje mitozą czterobiegunową. Jeden z centriolów może jednakowoż (podobnie jak w monastrze) pozostać niepodzielony, gdy natomiast drugi się podzielił, otrzymamy wówczas mitozę trójbiegunową. W ten sposób musiałem tłumaczyć sobie niektóre obrazy trójbiegunowych figur mitotycznych w rozwijających się partenogenetycznie jajkach Mactry, w których po przebytej mitozie nie nastąpił podział komórki, a następnie występowały zamiast spodziewanych czterobiegunowych trójbiegunowe mitozy. Oczywiście rzecz, że trzy jądra potomne, będące wynikiem takiej trójbiegunowej mitozy (występującej zamiast czterobiegunowej), będą zawierały (choć rozdzieloną niezawsze równomiernie na pojedyncze jądra) nadmierną ilość chromosomów, bo przeznaczoną dla czterech jąder, czyli że jądra te będą hyperchromatyczne. Boveri i Baltzer opisywali takie trójbiegunowe mitozy w jajkach jeźowców, zapłodnionych dwoma plemnikami. Wobec tego, że centriol każdego plemnika dzieli się na dwa, zwykle w jajkach dispermicznych powstaje mitozą czterobiegunową; czasem jednakowoż centriol jednego tylko plemnika może się prawidłowo na dwa podzielić, drugi pozostać niepodzielonym (ryc. 13), a jeżeli jądra obydwóch plemników zbliżą się do jądra jajka, powstanie stąd mitozą trójbiegunową (ryc. 14). Boveri nazywa takie obrazy »disperme Triaster«; przypomnijmy sobie, że w poprzednim



Ryc. 13 wedle Boveriego.

Ryc. 14 wedle Baltzera.

ustępie mówiliśmy, iż przez przedwczesny podział jednego z centriolów dwubiegunowego wrzecionka mógł w jajku, zapłodnionym jednym plemnikiem, powstać obraz trójbiegunowej mitozy, był to »monospermer Triaster« Boveriego (por. ryc. 15); różnica obrazów będzie polegała jedynie na ilości chro-

mosomów: jeśli liczbą n oznaczymy stałą ilość chromosomów jądra jajka i plemnika, w trójbiegunowym wrzecionku jajka zapłodnionego jednym plemnikiem (monospermer Triaster) ilość chromosomów rozszczepionych na chromosomy po-



Ryc. 15 wedle Baltzera.

tomne wynosić będzie w stosunku do ilości biegunów $\frac{2n (1 \text{ ov} + 1 \text{ sp})}{3}$, w trójbiegunowym wrzecionku jajka zapłodnionego dwoma plemnikami $\frac{2n (1 \text{ ov} + 2 \text{ sp})}{3}$.

Najlepiej uprzytomni nam się znaczenie stosunków, omawianych w ustępie a i b, jeśli zwrócę uwagę na to, że zatem w monospermicznie zapłodnionym jajku zamiast, jak zwykle dwubiegunowego wrzecionka może się wytworzyć czasem skutkiem przedwczesnego podziału jednego z centriolów potomnych mitozą trójbiegunową (jednoplemnikowy triaster), czasem znowuż skutkiem zupełnego powstrzymania podziału centriolu mitozą jednobiegunową, monaster.

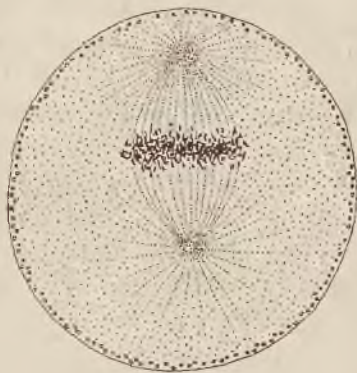
Dalej widzieliśmy poprzednio, że czasem skutkiem przedwczesnego podziału centriolu na obydwu biegunach zamiast wrzecionka dwubiegunowego pojawia się wrzecionko czterobiegunowe; otóż odwrotnie znów wrzecionko dwubiegunowe może wystąpić tam, gdzie (odpowiednio do ilości jąder i centriolów, które pozostały z poprzedniego podziału albo też przy dispermicznie zapłodnionych jajkach) musimy oczekiwać figury mitotycznej czterobiegunowej. Wynikiem takiej mitozy będą oczywiście tem więcej »hyperchromatyczne« jądra. Takie mitozy dwubiegunowe zamiast czterobiegunowych mogą powstawać w dwojaki sposób:

Albo obydwie centriole zawarte w komórce pozostają niepodzielone, otaczając się promieniowaniem, tworzą niejako dwa »monastery«, łączące się we wspólnej grupie chromosomów i dają przez to obraz dwubiegunowego wrzecionka; albo też, być może, że jeden centriol zupełnie zanika, a drugi, dzieląc się, tworzy dwubiegunowe wrzecionko, zawierające chromatynę obydwu jąder.

Takie powstrzymanie, zahamowanie podziału centriolów (przy równoczesnym powstrzymaniu podziału ciała komórkowego po poprzedniej mitozie) i pojawienie się mitozy dwubiegunowej zamiast czterobiegunowej może nawet występować przez kilka procesów mitotycznych z rzędu; ponieważ przy każdej mitozie zdwaja się ilość chromosomów, przeto następstwem będzie tworzenie się coraz większych i coraz bogatszych w chromatynę jąder; same zaś wrzecionka odznaczać się będą przedewszystkiem wielką ilością chromosomów, ale i części achromatyczne, głównie stożki

promieni, idące od biegunów ku chromosomom, występują w wzmoczonej sile.

Powstawanie takich dwubiegunowych olbrzymich mitoz mogłem śledzić w partenogenetycznie rozwijających się jajkach Mactry (ryc. 16), niektórzy autorowie spotykali je w komór-



Ryc. 16. Jajko Mactry.

kach nowotworowych (Stroebe); takie dwubiegunowe wrzecionka z wielką ilością chromosomów mogą jednakowoż powstawać niezawodnie i przez to, że kilka razy po sobie mógł występować »monaster« wiodąc do wytworzenia się olbrzymiego jądra, następnie zaś centriol się podzielił i wytworzyło się w ten sposób wrzecionko o bardzo znacznie zwiększonej ilości chromosomów.

Jak z powyższych uwag widzimy, geneza figur mitotycznych trój- i czterobiegunowych jako też olbrzymich dwubiegunowych, które tutaj dodatkowo omówiłem, może być bardzo różna; w przypadkach, w których zboczenia te wywołujemy sztucznie w komórkach, w których mitozy szybko po sobie następują i gdzie ewentualnie przebieg ich i ciągłość możemy śledzić (np. w pierwszych okresach rozwoju jaja), łatwiej nam jest wyprowadzić niejako rodowód każdej



Ryc. 17 wedle M. Boveriowej.

figury mitotycznej; tam gdzie z napotykanymi tylko przypadkowo na skrawkach pojedynczych okresów musimy dopiero wysnuwać pod tym względem wnioski lub przypuszczenia, rozstrzygnięcie będzie nieraz bardzo trudne, czasem niemożliwe, ale tak samo tu, jak tam, główną wytyczną stanowić będzie stosunek ilości chromosomów do ilości biegunów, bo ten pozwoli nam ocenić, ile jąder bierze udział w mitozie i ile zatem powinno być w stosunku do nich centriolów.

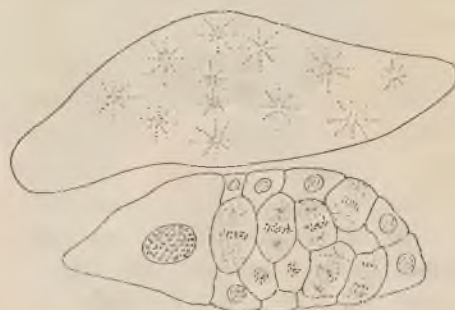
Nie potrzebuję, sądzę, tego, co dla wytłómaczenia figur trój- i czworobiegunowych przytaczałem, przeprowadzać w szczegółach w odniesieniu do figur o pięciu, sześciu, siedmiu lub większej liczbie biegunów. Ze wzrastającą ilością biegunów obrazy stają się więcej skomplikowane, rozpoznanie i wytłómaczenie szczegółów jest więcej utrudnione, ale zasady pozostają te same.

Rzadką anomalią przy dwubiegunowej mitozie jest objaw opisany przez Th. Boveriego, M. Boveriową, Zieglera



Ryc. 18 wedle M. Boveriowej.

Wilsona, polegający na tem, że chromosomy rozszczepione na dwie połowy, nie wędrują ku dwóm biegunom, lecz wszystkie gromadzą się na jednym biegunie (por. ryc. 17), tak że, gdy komórka taka się podzieli, jedna z komórek zawierać będzie całą chromatynę, druga zaś tylko promieniowanie z centriolem. Z promieniowania tego i centriolu może się wytworzyć zupełnie jak przy zwykłej mitozie wrzecionko dwubiegunowe, tylko że pozbawione chromosomów; ponieważ zaś takie mitozy bezchromatynowe nieprowadzą zwykle



Ryc. 19 wedle Stevens.

do podziału ciała komórki (Boveri, Wilson), same zaś centriole mogą się dalej dzielić i, otaczając się promieniowaniem, wytwarzać sfery potomne, połączone wrzecionkami, przeto komórka taka bezjądrowa może zawierać wielką nawet nieraz ilość regularnie rozmieszczonych promieniowań (por. ryc. 18); tworzą się w niej niejako mitozy wielobiegunowe, ale wrzecionka ich pozbawione są zupełnie chromosomów, przedstawiają się one jako t. zw. »fuseaux achromes«.

Podobne obrazy wielokrotnych promieniowań bez chro-

mosomów uzyskiwała N. M. Stevens, przecinając jajka w okresie gwiazdy macierzystej lub w metakinezie w ten sposób że jednej połowie dostawało się tylko promieniowanie bez chromatyny, która w całej ilości pozostawała w drugiej połowie. Promieniowanie w bezjądrowej części, dzieląc się, dawało również obrazy wielobiegunowych promienistych figur (ryc. 19).



Ryc. 20 wedle Wilsona.

W dotychczasowych uwagach, czy to mówiąc o centriolach przy prawidłowej dwubiegunowej mitozie, czy też o centriolach przy wielobiegunowej mitozie, czy też mówiąc o powstrzymaniu podziału centriolów, czy też o przedwczesnym podziale centriolów potomnych na centriole następnego pokolenia, czy też o centriolach w bezjądrowych komórkach lub bezjądrowych częściach komórki, zawsze wciąż odnosiliśmy poja-



Ryc. 21 wedle Wilsona.

wiające się przy mitozie centriole do istniejących stale w komórce centriolów macierzystych; szereg nowszych prac, prac doświadczalnych (Morgan, Wilson, Yatsu), wykazuje jednakowoż, że centriole, i to centriole, otaczające się promieniowaniami i mające właściwość dzielenia się, mogą także powstawać samodzielnie, niezależnie od istniejących centriolów macierzystych, że mogą się one tworzyć w plazmie »de novo« pod wpływem specjalnych bodźców, szczególnie

płynów hipertonicznych. Nie podzielam zapastrywania tych autorów, którzy na podstawie tych spostrzeżeń zaprzeczają wogóle ciągłości centriolów i chcieliby centriole uważać za twory, zanikające i powstające za każdym razem »de novo«; (szczególnie co się tyczy centriolów pierwszego wrzecionka podziału w zapłodnionym jajku, fuseau de segmentation, Furchungsspindel, kontrowersja ta stale się w ostatnich latach powtarza), alej możliwość sztucznego wywoływania tworzenia się centriolów, powstawania centriolów »de novo« uważać trzeba za stwierdzoną. Takie centriole, opanowujące swemi promieniowaniami jądra (obok centriolów, powstających z podziału istniejących centriolów macierzystych), mogą prowadzić do utworzenia się figur mitotycznych wielobiegunowych; czasem część ich tylko łączy się z chromatyną w wielobiegunową mitozę (por. ryc. 20), a reszta leży niezależnie wśród plazmy; albo też z jądra może się wytworzyć zupełnie typowe dwubiegunowe wrzecionko (por. ryc. 21), dodatkowe zaś te promieniowania (accessory cy-



Ryc. 22 wedle Wilsona.



Ryc. 23 wedle Wilsona.

tasters Morgana i Wilsona) mogą być albo pojedynczo rozrzucone w plazmie, albo tworzyć bezchromatynowe wrzecionka, albo nawet łączne wielobiegunowe bezchromatynowe figury promieniste. Jeśli jajka z dodatkowymi promieniowaniami podzielią się, wówczas ta część jajka, która nie zawiera chromatyny, zazwyczaj dalej się nie dzieli, natomiast centriole mogą się rozmnażać i dawać obrazy promieniowań, jakie np. widzimy w ryc. 22.

Wilson i Yatsu wywoływali w swych doświadczeniach centriole dzielące się i prowadzące do wytworzenia wielokrotnych promieniowań także i w bezjądrowych ułamkach jajek (por. ryc. 23).

O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego.

Napisał

Dr Władysław Biegański.

»Wiadomą jest rzeczą«, mówi Żeromski w jednej ze swych nowel, »że człowiek kultury, wyrzucony przez pęd odśrodkowy niedostatku z ogniska życia umysłowego do Klwowa, Kurozwek lub Obrzydłówka, podlega z wpływem

czasu wskutek dżdżów jesiennych, braku środków komunikacji i absolutnej niemożności mówienia w ciągu sezonów całych — stopniowemu przeistaczaniu się w twór mięsożerno-roślinożerny». Historię takiego przeistaczania kreśli nam obrazowo autor w następujący sposób. Do miasteczka Obrzydłówka, ukrytego gdzieś w dalekiej i głuchej prowincyi, przybył młody lekarz zaraz po ukończeniu studyów z kilkoma rublami w kieszeni i z zapasem pięknych, nadzwyczajnie pożytecznych myśli w głowie. Był śmiały i energiczny, to też zaczął wkrótce nieubłaganą walkę z miejscowym aptekarzem-wyzyskiwaczem i z felczerami-nieukami; był szlachetny, a więc zbliżył się do ludu, ucząc mieszczan i chłopów pierwszych zasad poniewieranej przez nich higieny. Przed inteligencyą małomiasteczkową, przed sędzią, proboszczem i rejentem, perorował ogniście o kulturze, o książkach, wreszcie o tem, co to jest dobro publiczne. Był słowem pionierem kultury w Obrzydłówniku. Nim jednak rok upłynął, młody doktor poczuł, że jego energia staje się »dziedzictwem robaków«. Zauważył bowiem, że wszystkie jego wysiłki idą na marne. Mieszczanie i chłopci słuchali niby z uwagą jego nauk z zakresu higieny, ale podawalnemu nurzali się w błocie i brudach. T. zw. inteligencya małomiasteczkowa kiwała głowami, wzruszała ramionami na jego młodzieńcze idylle, prorokując pomiędzy sobą, że wkrótce ten szła go obleci. Aptekarz zaś i felczerzy toczyli z młodym doktorem zajadłą walkę, poczynając od wybijania szyb i kociej muzyki, a kończąc oczernianiem go i podrywaniem zaufania wśród pacjentów.

Walka była nierówna; całe otoczenie było przeciwko niemu, a tu znikąd nie widać pomocy, ani zachęty. Powoli więc doktorowi zaczęło być »wszystko jedno« i »pewnego pięknego poranku skonstatował, że ów płomyczek nad jego głową, z którym tu przyszedł i którym chciał rozwidnić drożynę swoją — zgasł. Zgasł sam przez się: wypalił się«. Odtąd stał się innym człowiekiem, z aptekarzem pogodził się; dawni antagoniści zaczęli wspólnie »orać w winicie« i to orać bardzo pracowicie, nieraz po kilkanaście godzin bez wytchnienia. Zamiast ognistych dysput o kulturze i postępie toczył obecnie niemniej zajadłe spory o sprawach ważniejszych, np.: co jest smaczniejsze, czy prosię nadziewane kaszą tatarczaną z majerankiem, czy bez majeranku. Leczył rutynicznie, miał nawet pewne powodzenie w Obrzydłówniku, mówiono, że zbierał pieniądze. Przestał zupełnie czytywać, chwile zaś wolne od zawodowego zajęcia spędzał albo przy kartach, albo w razie braku partnerów na zabijaniu nudy w domu. Wtedy mógł całemi godzinami spacerować po gabinecie lub leżeć na szezlongu, opanowany całkowicie przez nieopisane, zabójcze lenistwo.

Tak kreśli Żeromski historię o tem, jak Obrzydłówek wyjadł mózg, serce i energię młodego lekarza. Obraz jest nad wyraz smutny i owiany właściwym dla utworów tego autora, beznadziejnym pesymizmem. Podług Żeromskiego zanik inteligencyi w otoczeniu prowincjonalnem jest chorobą nieuleczalną; w atmosferze każdego Obrzydłównika gnieźdzą się bacyle apatii i lenistwa, które przedostają się do mózgu i serca przybysza i sprowadzają niezawodnie ostateczny upadek wszelkiej samodzielnej myśli i szlachetnych popędów. Nad Obrzydłównikiem, jak nad piekłem

Dantejskiem, błyszczy złowrogi napis, odbierający wszelką nadzieję tym, których los tam zapędził.

Możnaby zarzucić, że historia opowiedziana przez Żeromskiego jest zaczerpnięta z przeszłości, może nawet niedalekiej, ale w każdym razie minionej, że dziś coś niecoś się zmieniło w Obrzydłównikach. Możnaby dalej kwestyonować, czy fatalną ewolucyę duszy młodego lekarza mamy wyłącznie przypisać społeczności Obrzydłównickiej, czy też może część winy złożyć powinniśmy na brak charakteru i wytrwałości ze strony nowego jej członka. Wszak podobny upadek zajść może i zdarza się dość często i w ośrodkach kultury, w wielkich miastach, gdzie dusza także jałowuje, wprawdzie nie w ciemnościach egipskich i nieprzebytem błocie ulic małego miasteczka, lecz na szlifowanym bruku wielkomiejskim i w rzęsiście oświetlonych kabaretach. Ale to wszystko istoty rzeczy nie zmienia i musimy przyznać, że obraz naszkicowany przez Żeromskiego jest psychologicznie najzupełniej możliwy.

Wiemy dobrze, jak wielki wpływ na każdą jednostkę wywiera otoczenie; jeżeli więc otoczenie jest gnuśne, apatyczne i bezmyślne, to nawet wybitny osobnik musi w końcu uleść jego niwelującemu, suggestyjnemu działaniu. Jakież na to jest ratunek? czy unikanie Pacanów i Obrzydłówników i ucieczka stamtąd do wielkich miast? Radykalny ten środek jest przedewszystkiem niemożliwy, choćby tylko z ekonomicznego stanowiska, a następnie nie chroni bynajmniej przed wyjałowieniem duszy, gdyż i w wielkich miastach marnują się zdolności może w odmienny, lecz niemniej tragiczny sposób. Ratunku więc szukać należy nie zewnątrz nas, w mniej lub więcej szczęśliwych konjunkturach losu, lecz w nas samych. Osobnik ostoja wobec niwelującego wpływu otoczenia, o ile w sobie samym znajdzie podniętę dla swych odrębnych myśli i uczuć. Taką właśnie podniętą jest instynktowny, wrodzony popęd do tworzenia, który tkwi w każdym człowieku w mniejszym lub większym stopniu i który odpowiednio podtrzymywany i kultywowany stanowi źródło dla pracy twórczej, ideowej.

Mówię tu o pracy twórczej, ideowej, a nie zawodowej, praca bowiem zawodowa, choćby najbardziej intensywna, nie jest zdolna uchronić człowieka przed grożącym mu wyjałowieniem duszy. Każda praca zawodowa staje się z biegiem czasu rutyniczną, poniekąd automatyczną i jako taka, mówiąc językiem fizyologicznym, odbywa się przeważnie w ośrodkach podkorowych mózgu. Jeżeli więc praca zawodowa wyłącznie wypełnia życie człowiekowi, to właściwa jego inteligencya, bezustanku ruchliwa, ciekawa i poszukująca, wskutek nieczynności zanika. Zjawisko to często obserwować możemy. Dobry, ale zbyt wyłączny zawodowiec traci z upływem lat żywość swej inteligencyi i przestaje się interesować wszystkim, co wykracza poza granice jego specjalności. Tylko praca twórcza, ideowa, niezadowolniająca się rutyną, tem, co jest znane, lecz poszukująca nowych dróg, nowych sposobów, nowych prawd, kształci i rozwija nasz umysł. Ale nie na tem tylko polega wyższość pracy ideowej nad zawodową. Ideał tem się różni od każdej innej myśli, że ma mocne zabarwienie uczuciowe, że kojarzy się ściśle z uczuciami i wynikającymi z nich popędami do czynu. To też praca, dokonywana w imię jakiegokolwiek ideału, rozwija w człowieku nie tylko inteli-

gencję, lecz równocześnie kształci jego uczucia i uszlachetnia popędy. Jeżeli to wszystko uwzględnimy, to zrozumimy, że praca taka jest w życiu człowieka wielką potrzebą, która się może śmiało przeciwstawić innej wielkiej potędze, mianowicie wpływowi otoczenia.

Są dwa rodzaje pracy twórczej, ideowej: społeczna i naukowa. Obie w równej mierze mogą przeciwdziałać obrzydłowskiemu bacyłom apatii i lenistwa, i tylko od temperamentu i składu umysłu osobnika zależeć będzie, którą z nich wybierze. Jeżeli osobnik ma temperament czynny, ruchliwy, to więcej do przekonania przemawiać mu będzie praca społeczna, i tej się chwycić powinien; jeżeli zaś temperament jego jest więcej spokojny, a skład umysłu więcej kontemplacyjny, to raczej pociągać go będzie praca naukowa.

W danej chwili mówić będę tylko o pracy naukowej. Odrazu tu spotkać się mogę z zarzutem, że w Obrzydłówku żadna praca naukowa nie jest możliwą, lekarz bowiem nie znajdzie tam ani szpitala, ani pracowni naukowej, ani odpowiednich książek, a bez tego o pracy naukowej mowy być nie może. Przeciwno takiemu pogładowi muszę stanowczo zaoponować. Jest prawdą, że od stu z górą lat cały postęp medycyny odbywa się prawie wyłącznie w szpitalach i pracowniach, ale z tego bynajmniej nie wynika, że jest to jedyny warsztat pracy naukowej. Są zagadnienia w naszej nauce, których szpital, ani pracownia dostatecznie rozwiązać nie mogą i które wskutek tego obecnie zostały zaniedbane. W szpitalach spotykamy tylko sprawy chorobowe cięższe, którym zwykle towarzyszą mniej lub więcej rozwinięte zmiany anatomiczne, wszelkie zaś sprawy z natury swej lekkie, szybko przemijające, początkowe okresy przewlekłych chorób, ogromna większość zaburzeń funkcjonalnych bez zmian anatomicznych, nie znajdują przytułku w szpitalu, to też o nich praktyka szpitalna decydować nie może. Każdy lekarz, zaczynający praktykę po ukończeniu studiów uniwersyteckich, ze zdumieniem spostrzega, że istnieje cały szereg spraw chorobowych, których nie widywał nigdy w klinice i dla których nawet niema odpowiednich rubryk w podręcznikach patologii i terapii szczegółowej. Tutaj np. należą owe efemeryczne lub kilkudniowe gorączki o rozmaitym przebiegu, tak często spotykane w praktyce lekarskiej. Znane one były dawnym lekarzom, spotykamy dokładny ich opis w dziele Franka oraz u innych autorów z końca XVIII. w., gdzie nawet podawano ich objawową klasyfikację (gorączki gastryczne, reumatyczne, kataralne itp.), niema tylko o nich wzmianki w współczesnych podręcznikach patologii szczegółowej, opartych wyłącznie na obserwacjach szpitalnych. Medycyna więc ostatniego stulecia, która wyświeśliła tyle różnych zagadkowych i ciemnych spraw, nie uczyniła nic dla poznania tych przemijających, pozornie lekkich gorączek, a nie uczyniła dlatego, że nie weszły one w zakres praktyki szpitalnej. Sprawą tą zająć się powinni lekarze praktycy prowincjonalni, zwłaszcza ci, którzy podczas studiów uniwersyteckich zapoznali się dostatecznie z techniką badań bakteryologicznych i chemicznych.

Kliniczna obserwacja szpitalna nieraz nie może wykryć istniejącego związku pomiędzy pozornie odrębnymi chorobami. Obserwując poraz pierwszy chorego w szpitalu, lekarz o poprzedzających sprawach chorobowych informuje się przy pośrednictwie często zawodnych wywiadów oraz

bardzo niedokładnego opisu i dlatego nie może o związku ich z obecną chorobą nic pewnego wyrokować. W lepszych warunkach pod tym względem znajduje się lekarz domowy, który widział te różne sprawy i spostrzegał ich kolejne następstwo. Stąd też obserwacja lekarzy domowych mogłaby nas wiele pouczyć o kombinacjach i powikłaniach chorób. Poznanie np. tak ważnej dla medycyny wewnętrznej sprawy, mianowicie powikłań, występujących po zapaleniu wysiękowem migdałków, mamy do zawdzięczenia nie klinikom i praktyce szpitalnej, lecz właśnie praktyce prywatnej lekarzy prowincjonalnych.

Wszystkie zaburzenia czynności organicznych bez zmian anatomicznych uważamy dziś za nerwice, za przejaw schorzenia układu nerwowego i sprowadzamy je do wspólnego mianownika, do owej wielkości niewiadomej, zwanej przez nas neurastenią. Pogładow ten nie wytrzymuje poważniejszej krytyki. Jest rzeczą bardzo możliwą, że wśród tych t. zw. nerwic kryją się początkowe okresy bardzo poważnych organicznych przewlekłych chorób, jak artretyzmu, stwardnienia tętnic, przewlekłego zapalenia nerek, moczówki cukrowej itp. Tutaj właśnie odkrywa się szerokie pole dla badań lekarzy domowych i lekarzy praktyków prowincjonalnych. Ścisła obserwacja objawów i kolejnego ich rozwoju, dokładna analiza każdego przypadku i porównywanie zebranych tym sposobem dat niewątpliwie rzuciłyby wiele światła na tę ciemną dotychczas sprawę.

Wiadomo dalej, że każdy chory nadaje pewne indywidualne piętno przebywanej przez siebie chorobie, że pod tym względem istnieje niezwykła różnorodność w obrazach klinicznych chorób. Wiadomo również, że istnieją dziedziczne, rodzinne, narodowe i rasowe usposobienia do pewnych chorób, lub przeciwnie takąż samą odporność względem innych spraw patologicznych. Stosunki te znane nam są tylko w najogólniejszym zarysie, nie posiadamy jednak żadnych prawie dat szczegółowo zestawionych i odpowiednio opracowanych. Dat takich nie może nam dostarczyć obserwacja szpitalna; jest to właściwe pole badania dla lekarzy praktykujących w małych miastach prowincjonalnych. Tymczasem nie dotychczas na tem polu nie zrobiliśmy pomimo bardzo sprzyjających warunków. W kraju naszym żyją skupieni prawie pod jednym dachem przedstawiciele rozmaitych narodów, a nawet ras, którzy ze sobą rzadko krzyżują się i łączą. Mimowoli nasuwa się tu myśl porównawczych zestawień, zarówno statystycznych ze względu na ilość chorych, jak klinicznych co do przebiegu chorób. Z takich badań mogłyby powstać bardzo ciekawe i niezmiernie ważne pod względem naukowym uogólnienia. Moglibyśmy np. na tej drodze opracować patologię rasy żydowskiej, która sądząc z tego, co w tej sprawie dotychczas urywkowo wiemy, byłaby bardzo interesującą. Ciekawą byłaby również szczegółowo opracowana patologia naszego ludu wiejskiego, który od wieków przymusowo jest skazany na odżywianie prawie wyłącznie roślinne. Że takie odżywianie wpływa na usposobienie do chorób, oraz na ich przebieg kliniczny, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, ale w czem się ten wpływ wyraża i w jakim stopniu się ujawnia, tego dziś z braku szczegółowych dat nie wiemy.

Nakoniec nie posiadamy żadnego prawie materiału do geografii patologicznej naszego kraju. I tu wiemy tylko ogólnikowo, że wskutek rozmaitych warunków geologi-

czynnych, klimatycznych i kulturalnych, związanych ze sposobem życia mieszkańców, rozmaite miejscowości muszą wykazywać rozmaite procentowo ilości zapadań na pewne choroby. Szczegóły jednak faktyczne są nam zupełnie nieznane. Wiemy np., że wole i zimnica są ściśle związane z warunkami miejscowymi, ale nawet co do tych chorób nie umielibyśmy z braku odpowiedniego materiału faktycznego oznaczyć wszystkich miejscowości w naszym kraju, gdzie sprawy te występują endemicznie.

Widzimy więc z powyższego, bynajmniej nie wyczerpującego wyliczenia, że na brak tematu dla swej pracy naukowej lekarz prowincjonalny skarżyć się nie może. Są to wszystko zagadnienia bardzo ważne, bardzo ciekawe, które dziś wskutek wyłącznego i jednostronnego kierunku społecznej medycyny zostały zupełnie zaniedbane. A zatem pole do pracy jest dziewicze i obiecuje wydać obfity plon naukowy. Praca przytem jest ułatwiona, gdyż nie wymaga ani urządzeń szpitalnych, ani zasobnych i kosztownych pracowników mikroskopowo-chemicznych, ani nakoniec wielkiego zapasu książek. Wystarczy tu najzupełniej zwykła sumienna obserwacja kliniczna. Literatura danego przedmiotu jest dość skąpa, zresztą jest poniekąd zbyteczna przy gromadzeniu faktów i przygotowywaniu materiału, czem przedewszystkiem zająć się powinniśmy. Daleko sięgające zaś uogólnienia, obszernie monografie, dotyczące poruszonych przez nas zagadnień i wyczerpujące gruntownie przedmiot z uwzględnieniem całej odpowiedniej literatury, są rzeczą przyszłości i mogą być dokonane dopiero po zebraniu i opracowaniu faktów.

Powstaje obecnie pytanie co do sposobu zbierania obserwacji lekarskich. W odczycie, jaki pod tym samym tytułem wygłosiłem przed 9 laty w Częstochowskim Towarzystwie lekarskiem, proponowałem sposób następujący¹⁾. »Niech każdy lekarz prowincjonalny zaprowadzi rodzaj kart szpitalnych dla swych chorych. Codziennie wieczorem po skończonych wizytach niech wypełni szczegółowo karty podług notatek, porobionych w podręcznej książeczce podczas wizyt dziennych. Notować należy wszystko, zapisać szczegółowo każdorazowy wynik badania, zanotować miejsce, dom, mieszkanie, wiek i zajęcie chorego — słowem prowadzić idealnie historię choroby. Jeżeli jednego dnia zbraknie lekarzowi czasu na wypełnienie kart, zrobić to może dnia następnego, notując tylko na razie szczegóły w podręcznej książeczce«. Kol. Rząd, poruszając tę samą sprawę w »Czasopiśmie lekarskiem« w 1905 r.²⁾ radzi używać do zapisywania obserwacji lekarskich książek, odpowiednio rubrykowanych i podaje w tymże artykule ich wzór. Podobno jedna z firm łódzkich wydała nawet już książki podług wzoru, zaproponowanego przez kol. Rząd.

* * *

Czy praca naukowa lekarza prowincjonalnego ma się ograniczać wyłącznie do zagadnień patologicznych, do gromadzenia i opracowania obserwacji lekarskich? Zapewne taka praca najbardziej odpowiada i najściślej jest związana z jego zawodem, ale z drugiej strony nie należy stawiać

¹⁾ O pracy naukowej lekarzy prowincjonalnych. »Krytyka lekarska« 1902.

²⁾ A. Rząd. W sprawie organizacji pracy lekarskiej na prowincji. »Czasopismo lekarskie« 1905.

tamy upodobaniu; praca ideowa bowiem wtedy tylko może wypełnić życie człowiekowi, jeżeli wynika z upodobania. Nie każdemu mogą przypaść do gustu zagadnienia lekarskie, tembardziej, że, jak wiemy, nie każdy lekarz wybiera swój zawód z zamiłowania, z wrodzonego doń popędu. Jeżeli więc praca ideowa ma być ratunkiem przed wyjałowieniem duszy w atmosferze apaty i lenistwa, toć nie mamy prawa i nie powinniśmy wyznaczać dla niej wyłącznych dróg i granic. Ratunek w pracy naukowej lekarz znajdzie nawet wtedy, gdy wykroczy poza ściśle granice swego zawodu. Sztuka lekarska tem się różni od innych zawodów, że swoją podstawą, swymi korzeniami sięga daleko, wiążąc się z najrozmaitszemi gałęziami wiedzy ludzkiej, zwłaszcza wiedzy przyrodniczej. Historia nauki dowodzi, że prawie wszystkie nauki przyrodnicze wzięły swój początek z medycyny i że pierwszymi ich twórcami byli lekarze. Wiemy również, że każdy społeczny lekarz musi posiadać dość rozległe przygotowanie przyrodnicze, gdyż bez niego nie jest w stanie zrozumieć zasad swej specjalnej nauki. Wszystko to tłumaczy nam, dlaczego wśród lekarzy wyrazić się może zamiłowanie do takich teoretycznych nauk przyrodniczych, które bezpośredniego związku z wykonawstwem lekarskiem nie mają.

Jeżeli więc lekarz ze swych studyów, poprzedzających praktykę, wyniesie wybitne zamiłowanie do pewnej gałęzi nauk teoretycznych i w otoczeniu swoim znajdzie odpowiednie warunki do dalszych studyów w tym kierunku, to przeciwko takiej pracy naukowej nic mieć nie możemy. Co więcej, w obecnych warunkach naszej kultury, gdy ludzie oddających się wyłącznie naukom teoretycznym prawie nie mamy, tacy przypadkowi miłośnicy wiedzy teoretycznej są jedynymi pionierami rodzimej nauki. Gdyby ich nie było, całe działy nauki leżałyby u nas odłogiem i dla poznania przyrody naszego kraju musieliby obcy uczeni odbywać podróże, tak jak dziś odbywają do środkowej Azji lub Afryki. To też nie zniechęcać, lecz przeciwnie zachęcać należy naszych lekarzy prowincjonalnych do podobnej ubocznej, amatorskiej pracy naukowej, jeżeli tylko mają do niej upodobanie.

Poła do takiej pracy na naszej prowincji nigdy nie zabraknie, o rodzaju zaś jej decydować mogą oprócz upodobania i miejscowe warunki. A więc, jeżeli lekarz zamieszkuje w miejscowości oddalonej od niwelujących wszelkie odrębności ośrodków przemysłowych i odznaczającej się pewnemi właściwościami etnograficznymi i kulturalnymi, odpowiednim przedmiotem mogą być badania antropometryczne i folklorystyczne. Ciągła i bliska styczność lekarza z ludem ułatwia dokonywanie odpowiednich pomiarów, zbieranie podań, przesądów, pieśni, przysłów, obserwację zwyczajów i t. p. Jakkolwiek dużo już w tym zakresie u nas zrobiono, przedmiotu jednak za wyczerpany bynajmniej uważać nie możemy; są jeszcze liczne miejscowości w naszym kraju, dokładnie pod tym względem nie zbadane.

W innych okolicach odpowiednie może będą poszukiwania florystyczne i faunistyczne, przedsiębrane, rzecz prosta, z odpowiednim przygotowaniem. Zachęcający przykład usilnej i bardzo owocnej pracy w tym kierunku dał nam niedawno zmarły na Ukrainie kol. Błoński, który pomimo krótkiego swego życia zjednał już sobie bardzo poważne imię wśród nielicznych badaczy flory naszego kraju.

Kto posiada bystry zmysł obserwacyjny i cierpliwość, może nie poprzestając na kolekcjonowaniu i systematyce, znaleźć wielki urok w badaniu przejawów życia roślin lub zwierząt przy pomocy bądź samej tylko obserwacji, bądź prostych eksperymentów. Życie owadów, walka o byt pomiędzy roślinami, przystosowanie się ich do zmiennych warunków otoczenia, mogą dostarczyć całego szeregu ciekawych tematów dla badania. Jak już wspomnieliśmy, dla badań florystycznych i faunistycznych potrzebne jest specjalne przygotowanie, przekraczające znacznie zwykły w tym względzie zapas wiedzy lekarza; takie przygotowanie da się jednak przy dobrej woli i zamiłowaniu bardzo łatwo osiągnąć na drodze samouctwa z odpowiednich książek, kłuczków do systematyki i atlasów.

Antropologia, zoologia i botanika mogą interesować lekarzy jako nauki biologiczne, które wogóle mają pośrednią styczność z medycyną. Byli jednak lekarze prowincjonalni, którzy usilnie i z wielką korzyścią dla nauki pracowali nad tematami, nie przedstawiającymi żadnego, nawet pośredniego związku z ich pracą zawodową. Przypominam tu tylko Jędrzejewicza z Płońska i Rollego z Kamieńca Podolskiego. Pierwszy, jak wiadomo, zajmował się gorliwie astronomią i z własnych szczupłych funduszy założył dość zasobne obserwatorium. Że na tem tak trudnem polu pracował owocnie, świadczy jego znakomity i powszechnie dziś jeszcze ceniony podręcznik kosmografii. Drugi, praktykując w okolicy, gdzie każdy budynek, każdy kamień przypominał jakąś pamiątkę historyczną, podjął się pracy nad przeszłością tego zakątka i napisał cały szereg wielkiej wartości szkiców historycznych. Nie można więc krępować pracy twórczej lekarza i stanowić dla niej słupów granicznych, gdyż o jej rodzaju rozstrzyga przedewszystkiem upodobanie.

Pamiętać wszakże należy, że praca naukowa, jeżeli ma być owocną, powinna czynić zadość następującym wymaganiom. Przedewszystkiem musi być wytrwałą i ciągłą, t. j. jeżeli raz przedmiot tej pracy został wybrany, to nie powinniśmy go zmieniać, lecz wyłącznie nad nim tylko pracować. Tylko na drodze usilnej pracy w jednym kierunku można dojść do odpowiedniej biegłości i dostatecznego opanowania przedmiotu, w przeciwnym zaś razie uprawiamy tylko szkodliwy dla nauki dyletantyzm. Następnie musimy przedmiot naszej pracy polubić i w niej samej znajdować głębokie i szczerze zadowolenie. Praca bowiem ideowa nie jest przepisany nam z góry obowiązkiem, niema dla niej żadnego przymusu, to też, o ile ma być wytrwałą, musi wynikać ze stałej wewnętrznej podniety, a tą może być tylko zamiłowanie przedmiotu. Nakoniec trzecim warunkiem wszelkich badań naukowych jest sumiennosc. Kto chce osiągnąć jakikolwiek wynik na polu pracy naukowej, musi wyrobić w sobie przedewszystkiem kult dla prawdy. Prawda ma być jedynym probierzem naszych badań, to też każdy fakt zaobserwowany powinien być zawsze krytycznie rozważony, ażali czyni zadość wymaganiom prawdy naukowej, ażali jest dostatecznie uzasadniony. Nieuwzględnienie tego warunku burzy całą wartość naszej pracy, ogłaszając bowiem fakty lub wyniki niedostatecznie sprawdzone, szerzymy błędy i zamiast korzyści szkodę tylko przynosimy.

A teraz słów kilka powiedzieć musimy o korzyści,

jaką lekarz z takiej pracy osobiście wynieść może. Przedewszystkiem każda sumienna, długotrwała praca naukowa rozwija inteligencję, zaostrza zdolność obserwacyjną i uczy krytycznie patrzeć. Stąd wynika wielka korzyść dla lekarza w jego pracy zawodowej: rozpoznania jego będą trafniejsze, gdyż dostrzeże łatwiej ukryte podobieństwa lub nieznaczne różnice; wyrobiona krytyka umysłu pozwoli mu łatwiej oryentować się czyto w rokowaniu, czy też w wyznajdowaniu wskazań dla leczenia. Dlatego lekarz pracujący naukowo będzie miał zawsze w powodzeniu zawodowym większe szanse, aniżeli zawodowiec rutynowany tylko. Ale nie tylko ta okoliczność przemawia na korzyść pracy naukowej. Praca twórcza, ideowa, — naukowa, czy społeczna, uszlachetnia duszę. Człowiek oddany jej z zamiłowaniem ma wyraźną świadomość, że dobrobyt materialny nie stanowi alfy i omegi życia, że obok dobrobytu istnieją jeszcze wartości idealne, dla których można nieść ofiary, wiele poświęcić. Taka świadomość stanowi niewątpliwie podwalinę altruizmu i lepszych, szlachetniejszych popędów. Następnie umiłowana praca ideowa dostarcza człowiekowi wiele chwil wewnętrzznego zadowolenia, wiele chwil, że tak powiem, szczęścia. Każde narodziny nowej myśli, każde odkrycie lub wynalazek są połączone z taką ekstazą, z takim wzruszeniem dodatnim, że dla tych, tak rzadkich zresztą w życiu chwil szczęścia warto wiele trudu i wysiłków poświęcić. Nakoniec praca ideowa pogodzi lekarza z przeznaczonym mu przez los Obrzydłówką, bo nie będzie już upatrywał w nim przyczyny swego upadku, bo przez pracę ukochaną polubi nawet otoczenie, bo zresztą czuć będzie, że nie godzi się opuszczać placówki, na której się jest potrzebnym.

Udział lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego w piśmiennictwie lekarskiem

w pierwszym lat dziesiątku bieżącego stulecia.

Opracował

Dr Zdzisław Prechner (Łódź).

I. Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego nasuwa pytanie, czy dorobek ich na niwie piśmiennictwa lekarskiego upoważnia do inicjowania specjalnego Zjazdu naukowo-lekarskiego. By pytanie to wyjaśnić, pozwoliłem sobie, jako wieloletni bibliotekarz Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, zebrać dane statystyczne o udziale lekarzy w piśmiennictwie polskiem ostatnich lat dziesięciu w stosunku do przynależności ich do tej lub innej części ziem polskich.

W umieszczonej poniżej tabelce poglądowej przedstawiłem dorobek literacki z każdego roku w każdym z trzech zaborów, a więc w Królestwie Polskiem z oddzielnem obliczeniem dla Warszawy i dla prowincyi, w Galicyi — również z obliczeniem oddzielnie dla Krakowa i Lwowa i oddzielnie dla prowincyi Galicyi i w W. Księstwie Poznańskiem, a prócz tego oddzielne obliczenie zrobiłem dla dorobku z poza ziem polskich, a więc z Cesarstwa i z zagranicy; jednocześnie obliczyłem wzajemny stosunek procentowy dla każdego roku oddzielnie i dla całego dziesięciolecia łącznie.

Tablica piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1901—1910.

Rok	1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907		1908		1909		1910		Ogółem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Krol. Polskie	293	48·67	231	45·74	276	46·08	259	46·75	210	40·15	166	40·10	312	40·79	252	45·99	230	41·59	289	48·49	2518	44·50
	84	13·95	59	11·68	127	21·20	92	16·60	104	19·87	49	11·84	41	5·36	68	12·41	60	10·85	42	7·05	726	12·88
Galicya	152	25·25	159	31·49	139	23·21	141	25·45	150	28·49	150	36·23	325	42·48	159	29·01	183	33·09	175	29·36	1733	30·62
	11	1·83	9	1·79	5	0·83	13	2·35	7	1·33	10	2·41	14	1·83	22	4·01	17	3·07	21	3·52	129	2·28
W. Księstwo Poznańskie	33	5·32	18	3·56	14	2·34	18	3·25	21	4·15	16	3·86	42	5·49	20	3·65	15	2·72	33	5·54	229	4·01
Cesarstwo i zagranica	30	4·98	29	5·74	38	6·34	31	5·60	31	5·93	23	5·56	31	4·05	27	4·93	48	8·68	36	6·04	324	5·73
Ogółem	602		505		599		554		523		414		765		548		553		596		5659	

Pierwsze miejsce w dorobku piśmiennictwa zajmuje stale Warszawa, z której wychodzi 40·15—48·67% wszystkich prac polskich; na tak pomyślny wynik składa się przede wszystkim znaczna ilość młodych sił lekarskich i obfitość szpitali, w których te siły należyte spożytkowanie znajdują. Na drugim miejscu stoją Kraków i Lwów z 23·21—42·48% prac lekarskich; — i tu warunki pracy, jako w miastach uniwersyteckich, są bardzo pomyślne. Trzecie miejsce należy się prowincji Królestwa Polskiego, która wykazuje 5·36—21·20% prac lekarskich. Ten fakt był dla mnie wielką niespodzianką, szczególnie w porównaniu z prowincją Galicyi, która przy 17 prowincjonalnych oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich zajmuje ostatnie miejsce i daje prac znacznie mniej (0·83—4·01%), aniżeli prowincya Królestwa Polskiego, która liczy Towarzystw lekarskich osiem. Czwarte miejsce zajmuje Cesarstwo i zagranica (4·05—8·68%), piąte Wielkie Księstwo Poznańskie (2·34—5·54%), ostatnie wreszcie, jak już nadmieniałem poprzednio, prowincya Galicyi.

W całym dziesięcioleciu Warszawa dała 44·50% wszystkich prac polskich, Kraków i Lwów 30·62%, prowincya Królestwa Polskiego 12·85%, Cesarstwo i zagranica 5·73%, W. Ks. Poznańskie 4·04% i wreszcie prowincya Galicyi 2·28% — przy ogólnej ilości prac w tem dziesięcioleciu 5659.

Gdy rzucimy okiem na tablicę statystyczną, uderza nas znaczne zmniejszenie się ilości prac w r. 1906 i zwiększenie w r. 1907. Otóż, w pierwszym fakcie niewątpliwie odbija się wpływ ówczesnego stanu politycznego Królestwa; zmniejszenie ilości prac prawie wyłącznie przypada na Warszawę i prowincję Królestwa Polskiego. X. Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1907 wywołał znaczne ożywienie w piśmiennictwie lekarskiem: nadwyżkę wykazują wszystkie placówki piśmiennictwa polskiego, główne jednak zwiększenie ilości prac przypada, jak oczekiwać należało, na Kraków i Lwów oraz Warszawę.

Przy układaniu statystyki powyższej uwzględniłem prócz książek oryginalnie napisanych następujące pisma lekarskie, wyliczone w porządku alfabetycznym. Z Królestwa: Czasopismo lekarskie, Gazeta lekarska, Ginekologia, Gruzlica, Kronika dentystyczna, Kronika lekarska, Krytyka lekarska, Medycyna, Neurologia polska, Odczyty kliniczne, Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Przegląd chirurgiczny, Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny, Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, Zdrowie; z poza Królestwa: Nowiny lekarskie, Postęp okulistyki, Przegląd pediatryczny, Przegląd higieniczny, Przegląd lekarski, Rocznik lekarski oraz Tygodnik lekarski lwowski.

Stan materalny lekarzy Królestwa Polskiego, opracowany na zasadzie kwestyonariusza z roku 1904 i środki zaradcze.

Podał

Dr med. Szczęsny Bronowski,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie na Pradze.

Jednym z głównych tematów Sekcji zawodowo-lekarskiej na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w roku

1904 miała być »sprawa położenia materyalnego i stanowiska moralnego lekarzy polskich pod trzema zaborami«. Dla zebrania materiału do powyższego tematu rozesłałem w swoim czasie kwestyonaryusz w 1524 egzemplarzach do wszystkich lekarzy Królestwa Polskiego, zawierający 18 pytań co do stanu materyalnego, warunków pracy zawodowej, działalności społecznej i t. d. Ponieważ z powodu śmierci ś. p. Prof. Jordana, który miał referować »sprawę położenia materyalnego lekarzy polskich w zaborze austriackim«, temat wyżej wspomniany spadł z porządku dziennego Zjazdu, przeto materiał, zebrany przezemnie, do chwili obecnej nie był użytkowany. Dopiero mający się odbyć Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Łodzi wydał mi się chwilą odpowiednią, aby materiał zebrany i odpowiednio opracowany przedstawić zebranym w Łodzi kolegom z Królestwa Polskiego. Na razie myślałem, aby rozesłać nowy kwestyonaryusz i w taki sposób mieć nieco świeższe dane, ale uwzględniając, że ogólne położenie lekarzy w Królestwie Polskiem do chwili obecnej niewiele się zmieniło, zaniechałem tego zamiaru, tem bardziej, że poszczególne różnice w odpowiedziach w zestawieniu przeciętnem nie zaważą na szali ogólnej charakterystyki stanu materyalnego lekarzy.

Niestety, mój kwestyonaryusz, jak i wiele innych, doznał zawodu, albowiem na 1524 rozesłane kwestyonaryusze otrzymałem odpowiedzi tylko 720, t. j. mniej niż na połowę rozesłanych kwestyonaryuszy, a nadto odpowiedzi nadchodziły nadzwyczajnie nierównomiernie, t. j. niektóre miasta i gubernie dostarczały wcale wystarczającą ilość materiału, inne — bardzo mało i niedokładnie opracowanego. Ówczesny pobór lekarzy na wojnę rosyjsko-japońską przyczynił się, być może, w znacznej mierze do niepowodzenia kwestyonaryusza, a może i inne bliżej nieznanne przyczyny. Bardzo cenny materiał stanowią listy prywatne kolegów, które nieraz były dołączane do wypełnionego kwestyonaryusza, a które wiele światła rzucają dla ogólnej charakterystyki poszczególnych miejscowości. Te różne względy niech będą wytłómaczeniem dla mnie, jeżeli koledzy czasami znajdą w moim referacie niezupełnie dokładny i kompletny obraz materyalnego stanu lekarzy tej miejscowości, gdzie zamieszkują.

Postanowiłem zbadać wszystkie miasta gubernialne i prowincję poszczególnych gubernii, a niezależnie od tego niektóre większe ogniska pracy zawodowej lekarskiej, jak Warszawę, Łódź, Dąbrowę Górniczą, Częstochowę. W większych miastach segregowałem materiał wedle specjalności praktykujących kolegów, na prowincyi wyróżniałem następujące kategorie; lekarze wiejscy, powiatowi, fabryczni, lekarze szpitalni, miejscy i lekarze t. zw. dominialni. Wydzielić i scharakteryzować stan materyalny innych kategorii, jak lekarzy kolejowych, lekarzy zdrojowych, lekarzy pomocy lekarskiej rządowej dla gub. Płockiej i in., na mocy zebranego materiału nie mogłem.

Warszawa. Nadesłano odpowiedzi 250.

Średni dochód roczny lekarza z wykonywania swego zawodu bez względu na specjalność, wiek, ilość lat praktyki:

	4.173 rs. (rubli srebrem)
Najwyższy	25.000 »
Najniższy	430 »

Wedle poszczególnych specjalności ów dochód roczny tak się przedstawia:

Chirurdzy.

Średni dochód roczny	3.800 rs.
Najwyższy	12.000 »
Najniższy	200 »

Położnicy i ginekolodzy.

Średni	3.500 »
Najwyższy	14.000 »
Najniższy	600 »

Interniści.

Średni	4.100 »
Najwyższy	25.000 »
Najniższy	200 »

Pedyatry.

Średni	2.520 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	2.000 »

Okuliści.

Średni	3.000 »
Najwyższy	7.530 »
Najniższy	320 »

Psychiatry i neurologicy.

Średni	4.150 »
Najwyższy	9.500 »
Najniższy	800 »

Lekarze chorób skórnych i wenerycznych.

Średni	2.520 »
Najwyższy	10.000 »
Najniższy	450 »

Laryngolodzy.

Średni	2.500 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	1.320 »

Lekarze narządów chorób trawienia.

Średni	2.540 »
Najwyższy	5.250 »
Najniższy	250 »

Lekarze chorób zębów.

Średni	2.800 »
Najwyższy	5.000 »
Najniższy	1.800 »

Praktycy ogólni¹⁾.

Średni	2.500 »
Najwyższy	5.250 »
Najniższy	150 »

Z zestawienia powyższych cyfr wynika, że największe średnie dochody roczne mają interniści, następnie po kolei następują psychiatry i neurologicy, chirurdzy, położnicy i ginekolodzy, okuliści, lekarze chorób zębów, pedyatry, lekarze chorób narządów trawienia, lekarze chorób skórnych i wenerycznych, laryngolodzy i w końcu tak zwani praktycy ogólni. Przeglądając bliżej przysłany materiał, okazuje się, że do największych dochodów zwykle dochodzą ordynatorzy szpitalni, którzy długie lata pracują w szpitalach, mają przeto największe wyrobienie w pewnej specjalności i dochody powyższych lekarzy z każdym rokiem wzrastają. Tak zwani praktycy ogólni, szczególnie zajmujący jakieś posady, dochodzą do pewnej określonej, względnie miernej sumy i już dalej ich materyalny dorobek nie wzrasta. Wogóle praktyka lekarza w Warszawie, a również z tem i znaczniejsze dochody, wzrastają bardzo wolno i nieraz lekarz dochodzi do większych dochodów (5.000—10.000 rs.) po 15—20 latach praktyki. Najniższe dochody mają lekarze początkujący, a więc asystenci szpitalni, t. zw. miejscowi lekarze szpitalni i t. d. Nieraz lat 4—6 młody lekarz ma w Warszawie po kilkaset rubli dochodu rocznie, zanim powoli dochody jego zaczną wzrastać. Z korepetycyi utrzymuje się np. 10 młodych kolegów. Mniejsze również stosunkowo mają dochody lekarze, którzy zajmują jakieś posady, a więc lekarze kolejowi, szkolni i t. p., a to z pewnością z tego względu, że nie mogą całego czasu swego poświęcić na praktykę i doskonalenie się w swej specjalności. Co do lekarzy fabrycznych, to ściśle biorąc, Warszawa ich nie posiada, albowiem rozmaici praktycy, nieraz

¹⁾ Do tej kategorii należą lekarze, którzy najczęściej nie pracują w szpitalach, zajmują rozmaite posady i ściśle żadnej specjalności nie uprawiają.

bardzo wzięci i rozgłośni, zajmują jeszcze posady lekarzy fabrycznych, lichy często opłacane.

Co się tyczy honoraryów, pobieranych w Warszawie przez lekarzy praktyków, to przeciętnie przedstawiają się one, jak następuje: a) w mieszkaniu lekarza porada kosztuje od 1—2 rs., rzadziej — 3 rs.; b) w mieszkaniu u chorego — od 2—3 rs., rzadziej 1 rs.; c) narady (consilia) lekarskie — od 5—10 rs.; d) wyjazdy za dobę straconego czasu od 50—100 rs., rzadko nieco więcej. Nadmienię, że wyżej wymienione opłaty w większości przypadków nie są stałe i względnie niewielka liczba trzyma się z góry ściśle określonych norm.

Liczni koledzy dosyć szczegółowo wyjaśniają ujemne wpływy, jakie oddziaływały na zarobki lekarskie. Przeważającym wszyscy zaznaczają z naciskiem bardzo niską płacę za pracę lekarską w szpitalach (ordynator pobiera tylko 300 rs. rocznej pensji), brak płatnych asystentów szpitalnych, następnie wogóle bardzo niską płacę wszelkich posad lekarskich, jak lekarzy szkolnych, kolejowych, fabrycznych i nadmiar rozmaitej t. zw. filantropijnej pracy w rozmaitych przytułkach, lecznicach. Okoliczności te sprawiają, że lekarze w Warszawie pierwszą połowę dnia najlepszego czasu, t. j. kiedy unysł i nerwy nie są jeszcze zbyt zmęczone, poświęcają za darmo i dopiero od godz. 1 po południu, a nieraz i później, zaczyna się ich praca zarobkowa, która nieraz trwa do późnego wieczora lub nocy. W interesie więc nawet samego leczącego się społeczeństwa leży, aby wszelka praca lekarza w mieście była słusznie opłacana. przez odpowiednie instytucje, a wtenczas chorzy będą zasięgać porady u lekarzy nie nadmiernie zmęczonych, albowiem ogół lekarzy wtenczas podzieli się mniej więcej na tych, którzy żyją z posad lub zajęć z góry określonych i umówionych, a inni — z wolnej praktyki.

Następnie z przytoczonych danych jasno wynika, że ci są bardziej wzięci i mają większe zarobki, którzy w szpitalach mają sposobność dalej kształcić się w swej specjalności i coraz bardziej się doskonalić. Z racji szukania zarobków poza szpitalami muszą lekarze z konieczności szpitalowi poświęcać mniej czasu, a na tem cierpi ich wyrobienie praktyczne i, co za tem idzie, dobro leczącego się ogółu. Cierpią też na tem i chorzy szpitalni. Zdrowsi, wytrzymalsi lekarze, mogący pracować bez wytchnienia nieraz 16 godzin na dobę, stanowią właśnie kategorię tych przeważnie, którzy łączą pracę szpitalną, średnio znośnie prowadzoną, z wielką praktyką, ale takich jest bardzo niewiele. Ciekawy jest fakt, że bezpłatnych porad u siebie w mieszkaniu i na mieście mają najwięcej właśnie ci lekarze, którzy najwięcej zarabiają, bo nieraz od 10—15 porad bezpłatnych dziennie.

Następnie bardzo ujemnie oddziaływa w powyższym kierunku nadmiar ambulatoryów bezpłatnych i lecznic dla przychodzących chorych za opłatą zbyt niską, utrzymywanych przez pewne skojarzone grona lekarskie. Ogólna opinia głosi, że lecznice takie istnieją tylko dla reklamy niektórych lekarzy i niby mają ułatwiać im wejście w praktykę, korzyści materialnej przeważnie lekarzom nie przynoszą, albowiem tylko t. zw. »wenerycy« mogą się pochwalić znacznymi dochodami. Szkody zaś owe lecznice przynoszą wiele, boć wielu chorych zamożnych, mogących z pewnością opłacić lekarza w domu, zasięga porady w lecznicach, a następnie i sama pomoc lekarska w tych lecznicach, zbyt pośpiesznie i zdawkowo dawana, często nie odpowiada zadaniu lekarskiemu, nie zadowalnia chorych, biedni ludzie nieprodukcyjnie tracą na lekarstwa, a wśród lekarzy samych bezwiednie szerzy się przyzwyczajenie do niedbałego załatwiania pacjentów.

Praktyka lekarska w Warszawie przeważnie skupia się w rękach kilkudziesięciu bardziej »wziętych« lekarzy, którzy prócz tego zdobywają rozmaite posady płatne (w fabrykach, towarzystwach ubezpieczeń, orzeczenia sądowe i t. d.) i robią sobie z nich synekury. Sami zaś, przeciążeni pracą,

nie mają ani czasu ani sił do sumiennego wypełniania przyjętych na siebie obowiązków, a to jest droga do partactwa.

Co się tyczy sprawy felczerysty, to istnieje ona i w Warszawie i niemal połowa ludności leczy się chętnie u felczerów, nawet u znachorów i babek; anomalia ta w sercu kultury polskiej wynika z ustawicznego osłabiania zaufania społeczeństwa do wiedzy i powagi lekarskiej. Powagę nauki lekarskiej podrywają następujące czynniki: a) słabe przygotowanie młodych lekarzy, którzy najczęściej przyjmują w ambulatoriach bezpłatnych pod firmą nieraz starszych lekarzy, b) zaniedbana u nas ctyka lekarska, c) nienaginanie się kolegów do warunków bytu i do pojęć ludu, traktowanie go z góry, d) brak znajomości tanich leków, e) popieranie felczerów przez niektórych praktyków i używanie ich nawet jako taktorów do ściągania im pacjentów. Przytaczane są liczne przykłady, gdzie np. felczerzy zarabiają więcej, niż średnio wzięci lekarze, a u niektórych, leczących choroby weneryczne, dochody sięgają nieraz do 8—10 tysięcy rubli rocznie.

Nie mniejszą plagę, nawet w Warszawie, stanowią apteki, albowiem prawie powszechnie wydają lekarstwa wedle przepisów felczerskich, udzielają im podobno nieraz prowizji od ich recept, a także namawiają publiczność do kupowania i posługiwania się rozmaitymi silnie reklamowanymi specyfikami od pewnych chorób.

Warszawa liczy przeszło 700 lekarzy, a więc czy niema ich nadmiaru? Przeważna liczba kolegów jest tego zdania, że przy obecnym ekonomicznym i administracyjnym stanie miasta stanowczo lekarzy jest za wielu na miejscowe potrzeby ludności. Czy przy zmienionych w przyszłości warunkach ilość ta byłaby wystarczającą, czy też za małą, o tem obecnie sądzić trudno.

W końcu muszę nadmienić o kilku poważnych głosach, aby podnieść ogólną stopę naukowego i specjalnego wykształcenia lekarskiego, ponieważ z przyczyn nie zupełnie od nas zależnych ogólna skala wykształcenia lekarskiego coraz bardziej się obniża, coraz mniej mamy lekarzy, stojących na poziomie prawdziwie europejskim, co wiedzie do tego, że Warszawa przestaje być punktem przyciągającym dla chorych i wielu z nich dąży za granicę do europejskich sław, omijając Warszawę.

Jeżeli teraz, opierając się na tem, co wyżej powiedzianem, zechcemy nakreślić, w jakim kierunku należy skierować nasze usiłowania, aby podnieść stan materialny i moralny naszego zawodu, to musimy sobie postawić następujące postulaty: 1) Odczuwając ogromny brak wyższej uczelni lekarskiej, musimy się starać o szybszy rozwój powstającego u nas »Towarzystwa naukowego« i o zachęcanie młodych kolegów do pracy naukowej. 2) W dalszym ciągu należy usiłować, aby oddziały nasze szpitalne ile możliwości stały na stopie klinik naukowych uniwersyteckich i wychowywały lekarzy praktyków z aspiracyami naukowymi. 3) Szerzyć wśród lekarzy i wśród społeczeństwa przekonanie, że wszelka praca lekarska, a więc w szpitalach, fabrykach, w rozmaitych ambulatoriach i t. p. musi być należycie opłacana, dążyć do wprowadzenia tego w życie ze względu na obopólną korzyść i lekarzy i leczonych. 4) Mając na względzie, że w Warszawie prawie wyjątkowo tylko dochodzą do większych zarobków wyrobieni w szpitalach wytrawni specjaliści, należy się starać, aby coraz bardziej doskonalić się w obranej specjalności i ile możliwości podtrzymać ją na stopie naukowej europejskiej. 5) Lecznice t. zw. prywatne, jako przeważnie nie odpowiadające zadaniu, należy znieść, natomiast lekarze powinni u siebie przyjmować i biedniejszą klientelę za niższe honorarium. Dla biednej zaś, zupełnie niezamożnej ludności, powinno miasto utworzyć specjalne posady lekarskie nowego typu, płatne przez miasto. 6) Lekarze bardziej wzięci nie powinni przyjmować w swoich ambulatoriach prywatnych chorych bez ograniczenia ilości, do ostatecznego wyczerpania sił, a tylko taką ilość każdodziennie, jaką obsłużyć sumiennie mogą. Również i posady ofiarowywane przyjmować tylko takie, któ-

rych zadaniom sumiennie podołać mogą. 7) Szkoły felczer-skie starego typu są u nas zbyt liczne, nawet szkodliwe; należy się starać o otwieranie szkół, któreby przygotowywały raczej sanitaryuszy i dozorców (pielęgniarzy) chorych. Młodzi koledzy, wchodzący w praktykę lekarską, oprócz zachowywania ścisłej ogólnej etyki w postępowaniu z biedniejszą ludnością, powinni się zaznajomić z tanimi lekami (farmacopaea pauperum), powinni się nauczyć dawać sobie radę w najgorszych warunkach bytowych pacjentów, umieć się naginać do ich zwyczajów i starać się bliżej wchodzić w ich życie. 8) Koniecznym jest starać się uzyskać u władz, aby roztoczyły bardziej surową kontrolę nad aptekami, t. j. aby apteki nie wydawały lekarstw za receptami felczerów, akuserek i t. d., również aby na swoją rękę nie bawiły się w lecznictwo, zachęcając do kupowania t. zw. patentowanych silnie reklamowanych leków. 9) Lekarze praktycy powinni się starać obchodzić się bez leków t. zw. patentowanych, nie szerzyć w ten sposób partactwa, a jeżeli takie środki zapisują, to tylko na zasadzie osobistego przeświadczenia o ich celowości. Również i pisma lekarskie, bez względu na swoją stratę materialną, nie powinny przyjmować bezkrytycznie ogłoszeń o tych środkach, przeważnie cudzoziemskiego wyrobu. 10) Wykształcenie akuserek, masażystek, babek rozmaitego stopnia, operujących w Warszawie, stanowczo jest za niskie, jak również i ich poziom moralny. Należy stanowczo usiłować w przyszłości utworzyć w Warszawie szkołę położnych wyższego typu, jak również i szkoły miesienia. Obecnie poziom fachowego wykształcenia tych pracowniczek jest niżej krytyki i Warszawa ma ich stanowczo za dużo.

Z rozmysłem nieco więcej miejsca poświęciłem warunkom pracy lekarskiej w Warszawie, boć na mniejszą skalę powtarzają się one i w innych naszych miastach gubernialnych. To też następnie, gdzie będzie mowa o większych miastach, podam tylko cyfrowe dane z wymienieniem wybitniejszych cech danego środowiska.

Łódź. Nadesłano odpowiedzi tylko 42, z tej racji charakterystyka Łodzi wypadła dość blado.

Średni dochód lekarza w Łodzi z wykonywania jego zawodu bez względu na specjalność, wiek, ilość lat praktyki	3.850 rs.
Najwyższy	9.025 »
Najniższy	920 »

Wedle poszczególnych specjalności ów dochód roczny tak się przedstawia:

Chirurdzy.	
Średni	3.250 rs.
Najwyższy	4.500 »
Najniższy	2.500 »

Położnicy i ginekologodzy.	
Średni	2.200 »
Najwyższy	3.500 »
Najniższy	1.500 »

Interniści.	
Średni	2.800 »
Najwyższy	6.000 »
Najniższy	950 »

Praktycy ogólni.	
Średni	4.500 »
Najwyższy	8.000 »
Najniższy	2.250 »

Lekarze fabryczni ¹⁾ .	
Średni	3.150 »
Najwyższy	3.500 »
Najniższy	2.510 »

Inni specjaliści nadesłali tak małą ilość odpowiedzi, że wprost nie sposób ich brać za wskaźnik dochodów lekarskich w danej specjalności.

¹⁾ Do tej kategorii zaliczeni są lekarze, którzy swoje dochody czerpią przeważnie z posad fabrycznych, praktyka zaś ich prywatna jest niewielka.

Widzimy z zestawienia, że największe dochody wykazują t. zw. praktycy ogólni; i nic dziwnego, albowiem w Łodzi oprócz praktyki lekarskiej mają oni bardzo często poważne i dobrze płatne posady fabryczne. Młodszych lekarzy z małymi dochodami prawie bez praktyki w Łodzi spotykamy bardzo mało, ponieważ Łódź nie daje warunków dla kształcenia się i wyrabiania się dla młodych kolegów. Ścisła specjalizacja w Łodzi nie jest jeszcze utrwalona i dopiero przed laty kilkunastu lekarze w Łodzi zaczęli uprawiać mniej więcej ściśle specjalizacje swego zawodu.

Bezpłatnych porad udzielają lekarze w Łodzi względnie mniej, niż w Warszawie, albowiem ludność, przeważnie fabryczna, leczy się u swoich fabrycznych lekarzy. Norma opłat lekarskich w Łodzi jest znacznie niższa, niż w Warszawie, a mianowicie: porada w mieszkaniu lekarza od 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs.; poza domem, w mieszkaniu chorego 1—2 rs.; narady lekarskie średnio — 3 rs.; wyjazdy za dobę — 25—50 rs. Ujemnie działają na dochody lekarskie następujące okoliczności: 1) niski poziom etyki lekarskiej i stąd wynikająca niesumienna konkurencja kolegów; czynników ów bardzo mocno i często jest zaznaczany; 2) nadmiar lekarzy; 3) ludność bardzo uboga i mało kulturalna; 4) wielka ilość felczerów, znachorów, babek; 5) małe zaufanie do miejscowych lekarzy, to też bogata ludność (milionerzy łódzcy) leczy się przeważnie za granicą, rzadziej w Warszawie.

Piotrków.	
Średni	1.470 rs.
Najwyższy	3.250 »
Najniższy	565 »

Lekarze piotrkowscy, jak zresztą i w pozostałych miastach gubernialnych, uprawiają przeważnie t. zw. praktykę ogólną, poszczególnych specjalistów statystycznie wyodrębnić niepodobna. Porad bezpłatnych mają bardzo dużo, np. 600—800 rocznie. Norma opłat lekarskich następująca: porada w mieszkaniu lekarza — 50 kop. — 1 rs.; poza domem — 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs.; narady lekarskie przeważnie — 2—3 rs.; czasami tylko 1 rs. Wyjazdy opłaca się za milę drogi — 3 rs. Biedna ludność leczy się najczęściej u felczerów, babek i t. p.

Siedlce z powodu małej ilości przysyłanych odpowiedzi muszą być pominięte.

Płock.	
Średni	2.778 rs.
Najwyższy	4.500 »
Najniższy	1.220 »

Radom.	
Średni	1.970 »
Najwyższy	2.950 »
Najniższy	1.220 »

Kielce.	
Średni	3.015 »
Najwyższy	3.950 »
Najniższy	2.350 »

Ludność miasta, bardzo biedna, przeważnie leczy się nie u lekarzy. Felczerzy, aptekarze uprawiają praktykę lekarską bez przeszkód.

Lublin.	
Średni	2.710 rs.
Najwyższy	5.023 »
Najniższy	715 »

Ludność miasta, mało zamożna, leczy się przeważnie u felczerów. Lekarze lubelscy nieraz wykazują do 1000 i więcej rocznie porad bezpłatnych. Podobnie, jak i w Warszawie, większe dochody wykazują lekarze szpitalni. Norma opłat lekarskich względnie niska: w domu i poza domem lekarzowi płaci się 50 kop. — 1 rs., rzadko — 2 rs.; narady 1—2 rs., rzadko — 3 rs.; wyjazdy za milę — 1—2 rs.

Suwałki również z powodu małej ilości odpowiedzi muszą być pominięte.

Kalisz.

Średni	2.198 rs.
Najwyższy	5.150 »
Najniższy	610 »

Bezpłatnych porad przypada na lekarza do 1000 rocznie. Płaca: w domu i poza domem — 50 kop. — 10 rs.; narady — 3 rs.; za wyjazdy za milę drogi — 4—5 rs. Ogromnie ujemnie wpływa na praktykę lekarską bliska granica pruska, albowiem zamożniejsi bardzo często szukają porad lekarskich za granicą.

Łomża z konieczności być musi pominięta.

Częstochowa.

Średni	2.300 rs.
Najwyższy	5.250 »
Najniższy	510 »

Najlepiej sytuowani są lekarze fabryczni, którzy oprócz swych posad mają rozległą praktykę. Lekarze częstochowscy wykazują bardzo dużą ilość porad bezpłatnych, np. do 800 rocznie. Przeważa opinia, że lekarzy w Częstochowie jest nadmiar. Norma opłat: porada u lekarza w domu — 50 kop. — 1 rs.; poza domem lekarza — 50 kop. — 2 rs.; narady — do 3 rubli; wyjazdy — 3—5 rs. za milę drogi. W Częstochowie praktykuje wielu felczerów, partaczy, jakiś niedoszły ksiądz i t. p. Nadto z racyi bliższej granicy mnóstwo chorych leczy się u niemieckich lekarzy.

Dąbrowa Górnicza.

Średni	3.500 rs.
Najwyższy	6.150 »
Najniższy	2.510 »

Porad bezpłatnych lekarze z Dąbrowy Górniczej wykazują mało. Norma opłat takaż, jak i w Częstochowie. Plagą Dąbrowy są partacze, znachorzy. Podobnie, jak i w Częstochowie, wielu chorych leczy się w klinikach i u lekarzy niemieckich.

Prowincya Królestwa Polskiego.

Gubernia Warszawska.

Średni	2.084 rs.
Najwyższy	4.794 »
Najniższy	220 »

Przeważa opinia, że w gub. Warszawskiej lekarzy niema w wielu, a ludność chętnie zasięga porady lekarskiej. Jednakże jest bardzo dużo niepowołanych uzdrowicieli, jak felczerzy wojskowi, aptekarze, nawet księża podobno nieraz leczą za pieniądze. Prawie powszechnie lekarze się uskarżają na niesumienną konkurencyę kolegów. Norma opłat następująca: w mieszkaniu u lekarza — 30 kop. — 50 kop.; poza domem — rzadko 1 rs.; narady często — 2 rs.; wyjazdy za milę drogi — 3 rs.

Gub. Piotrkowska.

Średni	2.468 rs.
Najwyższy	4.500 »
Najniższy	510 »

Ze względu na ludność bardzo biedną w gubernii, lekarze wykazują mnóstwo porad bezpłatnych, które dochodzą nieraz do 2.000 rocznie. Norma opłat wyższa, niż gdzieindziej, a mianowicie: w domu u lekarza — 50 kop. — 1 rs.; w mieszkaniu chorego nieraz — 1 rs.; narada — 1—2 rs.; wyjazdy — do 5 rs. za milę. Jak i w całym Zagłębiu odznacza się gub. Piotrkowska tem, że tam operuje mnóstwo niepowołanych, więc oprócz felczerów wojskowych leczą znachorzy w wielkiej liczbie, babki. Również z pasa pogranicznego mnóstwo ludności leczy się w klinikach i u lekarzy Wrocławia, Ślązka, Krakowa.

Gub. Lubelska.

Średni	2.221 rs.
Najwyższy	5.150 »
Najniższy	500 »

Lekarze gub. Lubelskiej wykazują porad bezpłatnych do 600 rocznie. Norma opłat względnie niska: w domu i poza domem — 20 kop. — 54 kop.; narada nieraz niżej 1 rs.; wyjazdy — 1—2 rs. za milę drogi. Oprócz felczerów i znachorów w Lubelskiem leczą i księża ruscy. Leczą homeopatya, winem cerkiewnem.

Gub. Siedlecka.

Średni	1.730 rs.
Najwyższy	4.000 »
Najniższy	530 »

Porad bezpłatnych wiele. Norma opłat lekarskich względnie niska — narady rzadko 1 rs.; wyjazdy srednio — 2 rs. za milę. Leczą też lud często mniszki po klasztorach prawosławnych.

Gub. Płocka.

Średni	2.176 rs.
Najwyższy	3.100 »
Najniższy	1.475 »

Ludność bardzo biedna. Opłaty lekarskie bardzo niske np. porada w domu i za domem lekarza — 20 kop. — 30 kop.; narady rzadko — 1 rs.; wyjazdy do 2 rs. za milę. Partactwo lekarskie wszelkiego rodzaju rozpowszechnione ogromnie.

Gub. Radomska.

Średni	1.732 rs.
Najwyższy	3.600 »
Najniższy	685 »

Ludność niezamożna. Opłaty lekarskie także, jak i w gub. Płockiej. Partactwo lekarskie również krzewi się obficie.

Gub. Kielecka.

Średni	1.902 rs.
Najwyższy	4.629 »
Najniższy	887 »

Ludność bardzo biedna. Opłaty lekarskie bardzo niske, więc w domu i za domem lekarza — 20 kop. — 50 kop.; narady lekarskie przeważnie — 50 kop.; wyjazdy najczęściej — tylko 2 rs. za milę. Bardzo często aptekarze leczą na własną rękę, pomijając lekarza. Felczerzy wojskowi i znachorzy grasują też obficie. Ze względu na blizkość Krakowa, wielu zamożniejszych chorych zasięga tam porad lekarskich, a biedniejsi leczą się w klinikach krakowskich.

Gub. Suwalska ze względu na małą ilość nadesłanych odpowiedzi musi być pominięta.

Gub. Kaliska.

Średni	2.198 rs.
Najwyższy	4.900 »
Najniższy	620 »

Ludność biedna. Opłaty lekarskie względnie wyższe, a mianowicie: w domu i za domem lekarza — 50 kop. — 1 rs.; narady nieraz — 2 rs.; wyjazdy — 3 rs. za milę. Ze względu na blizką granicę pruska, ludność leczy się często u lekarzy niemieckich.

Gub. Łomżyńska.

Średni	2.004 rs.
Najwyższy	3.510 »
Najniższy	830 »

Porad bezpłatnych lekarze wykazują wielką ilość np. 1/4 wszystkich porad jest bezpłatna. Norma opłat: w mieszkaniu i poza mieszkaniem lekarza — 30 kop. — 50 kop.; narady — 1 rs.; wyjazdy — 3—6 rs. za milę. Felczerystycznym jest, że żydzi tamtejsi u felczerów i znachorów prawie się nie leczą.

Jeżeli przeglądnijemy szczegółowiej i porównamy dane z poszczególnych gubernii, to najwyższy dochód przeciętny roczny lekarza prowincjonalnego widzimy w gub. Piotrkow-

skiej, następnie w gub. Lubelskiej i Łomżyńskiej, ostatnie zaś miejsce zajmuje gub. Siedlecka i Radomska. Również i przyjęte normy opłat lekarskich względnie najwyższe są w gub. Piotrkowskiej, Kaliskiej i Łomżyńskiej, najniższe zaś w gub. Radomskiej, Siedleckiej i Płockiej. Rodzi się więc przypuszczenie, że może wyższa kultura ludu wiejskiego w pasie pogranicznym wpływa na to, iż lud chętniej leczy się u lekarzy, walka konkurencyjna z partaczami wszelkiego rodzaju nie jest tak ostra, a może i to, że udając się często o poradę do lekarzy zagranicznych, ludność przyzwyczaiła się lepiej opłacać pracę lekarską, niż w guberniach w głębi kraju położonych.

Felczerzy wojskowi, znachorzy, aptekarze, księża, najbardziej grasują jako partacze w najmniej kulturalnych i biednych zakątkach kraju, a więc wśród Rusinów w gub. Siedleckiej i Suwalskiej, w gub. Płockiej, Radomskiej i w większych ogniskach fabrycznych Zagłębia Dąbrowskiego; chętniej zaś lud leczy się u lekarzy w gub. Warszawskiej i w pasie pogranicznym.

Dla bliższego określenia stanu lekarskiego na prowincyi pozostaje mi jeszcze na podstawie zebranego materiału skreślić niektóre poszczególne kategorie lekarzy prowincjonalnych, a więc: a) lekarzy ściśle wiejskich, t. j. praktykujących na wsi, po osadach i małych miasteczkach; b) lekarzy t. zw. dominialnych, czyli takich, którzy są umówieni przez właścicieli ziemskich, przeważnie dla obsługi służby folwarcznej; c) lekarzy szpitalnych, którzy pracują na prowincyi przy szpitalach i trudnią się nadto wolną praktyką; d) lekarzy miejskich, t. j. takich, którzy poza praktyką lekarską zajmują posady lekarzy miasta; e) lekarzy powiatowych.

Lekarze wiejscy. Kategoria ta lekarzy prowincjonalnych najwięcej przysłała odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz, wypełniła go najsumienniej, a nadto wielu lekarzy wiejskich przysłało jeszcze listy uzupełniające. Widocznie wiele bólu się zebrało u wiejskiego lekarza i on skwapliwie skorzystał, aby tym bólem podzielić się z innymi.

Zarobki lekarzy wiejskich przedstawiają się przeciętnie, jak następuje: gub. Warszawska — 2.100 rs., gub. Piotrkowska — 2.400 rs., gub. Siedlecka — 1.650 rs., gub. Płocka — 2.100 rs., gub. Radomska — 2.100 rs., gub. Kielecka — 1.600 rs., gub. Lubelska — 2.150 rs., gub. Suwalska — musi być pominięta, gub. Kaliska — 1.500 rs., gub. Łomżyńska — 1.500 rs. Nadmienić należy, że lekarze wiejscy wykazują wprost olbrzymią ilość porad bezpłatnych, np. nieraz do 3 tysięcy porad rocznie. Ileż to pracy musi lekarz wiejski wyłożyć, aby wyrobić te przeciętne niesłychanie małe sumki swych rocznych dochodów. Najwyższe dochody lekarzy wiejskich tak się przedstawiają: gub. Warszawska — 3.500 rs., gub. Piotrkowska — 3.000 rs., gub. Siedlecka — 4.000 rs., gub. Płocka — 3.000 rs., gub. Radomska — 3.000 rs., gub. Kielecka — 2.600 rs., gub. Lubelska — 2.504 rs., gub. Kaliska — 3.000 rs., gub. Łomżyńska — 1.800 rs.

Czy lekarzy jest za wielu na wsi? Na to pytanie szukałem odpowiedzi. Przeważa opinia, że lekarzy na wsi jest rzeczywiście nadmiar, ale nie w stosunku do ludności, lecz w stosunku do zapotrzebowania. Bardzoby dużo mogła zdziałać oświata ludu i wpojenie w niego, że zdrowie człowieka jest pierwszorzędnej wagi, że je choćby najdrożej opłacać należy; ale przy obecnym stanie ekonomicznym, przy obecnych wymaganiach i poglądach społeczeństwa, to lekarzy jest nadmiar. O wiele mniej wpływają na byt lekarski inne czynniki — znachorzy, a nawet felczerzy, — bo przy dzielnych lekarzach, umiających się zastosować do wymagań swych chorych, bardzo prędko owe chwasty znikają, boć prawdziwa wiedza, poparta umiejętnym obejściem się lekarza, stanowczo weźmie górę. Tylko w tem bieda, że u lekarzy często nawet kilka rzeczy szwankuje; wiedza może najbardziej; za to często daje się widzieć »nieumiejętne zachowanie się, za mały wpływ psychiczny na cho-

rych, zniechęcenie, brak przezorności, jednym słowem brak tego, czem wojują znachorzy i inni im podobni«. Inny lekarz wiejski znowuż pisze: »Chleba jeszcze dużo na prowincyi, pola leżą odłogiem, lud jęczy w boleściach, ale dajcie mu lekarzy należycie przygotowanych umysłowo i moralnie, a będzie ich cenić i u nich się radzić. Należyte przygotowanie praktyczne lekarza, jego pracowitość, sumiennosc, zamiłowanie zawodu, humanitaryzm, umiejętna walka z felczerystem, zawsze zwycięży przeszkody i uprzedzenia«. Znamiennie te przytoczone głosy lekarzy działających na terenie wiejskim, głosy, oświadczające, że często wiejscy lekarze nie odpowiadają zadaniu, znajdują potwierdzenie i w tem, że znaczna część ludności, nie tylko zamożniejszej, ale nawet w klasy włościańskiej i robotniczej w tak zwanym pasie pogranicznym, jak poprzednio wykazałem, leczy się na klinikach niemieckich, następnie w klinikach krakowskich i t. d.

Pomijając felczerów, znachorów i księży, którzy nieraz uprawiają partactwo, lekarze wiejscy ogromnie się skarżą jeszcze na aptekarzy, te prawdziwe pijawki ludu naszego, którzy sami leczą, wypychają ludowi drogie lekarstwa, podtrzymują i protegują felczerów, wydają lekarstwa za ich receptami, a lekarzy popierają tylko takich, którzy poszli w ich niewolę, t. j. którzy zapisują drogie lekarstwa, z nimi utrzymują stosunki i t. d. Innych uznają za swoich wrogów i bojkotują. Jak się rozejrzeć w nadsyłanych listach, zaiste pożałowania godne położenie młodego lekarza, wyrabiającego sobie praktykę na wsi! Zanim wrośnie w powagę i zyska sobie zaufanie okolicy, z ilu nieraz wprost sprzecznymi czynnikami musi się liczyć! Zanim jeszcze przyjedzie, już aptekarz nieraz zastawia na niego swoje sidła, następnie czyha na niego cała zgraja felczerów, z tych jedni szukają jego poparcia, inni mu wprost grożą; dalej idą znachorzy, babki wiejskie; potentaci rozmaici żydowscy, włościańscy i ze sfery szlacheckiej żądają, aby lekarz się zastosował do ich rad i wskazówek; księża i urzędnicy żądają, aby z nimi w karty grał i uważał ich za swoich przyjaciół i t. p. Położenie nader ciężkie. I są tacy, którzy starają się wszystkim dogodzić, a tem zupełnie niwelują swoje ja moralne i o takich mówimy: »był zdolnym i dzielnym człowiekiem, ale prowincya go zjadła«. Dlatego widocznem się staje, że wiejska praktyka lekarska wymaga od adeptów medycyny może większego wyrobienia fachowego i moralnego, niż miejska, bo w większym mieście samo otoczenie, bardziej inteligentne i kulturalne, obcowanie z kolegami lekarzami z czasem wyrabia lekarza, podtrzymuje go i rozwija zadatki jego zdolności; na wsi nierzadko ciemne wrogie siły niwelują jaźń do zera.

Wielu bardzo lekarzy wiejskich uskarża się na brak szpitali wiejskich, co utrudnia racjonalną pomoc lekarską i przeszkadza lepszemu wyrobieniu fachowemu. Złe drogi u nas w kraju stanowią także niemłą przeszkodę w wykonywaniu zawodu i zabierają dużo czasu na komunikację.

Lekarze tak zwani dominialni.

Lekarzy dominialnych, t. j. takich, którzy są umówieni przez właścicieli większych posiadłości ziemskich dla obsługi przeważnie ludności folwarcznej, posiada Królestwo bardzo mało, bo zaledwie kilkunastu przysłało odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz. Uderzają bardzo małe zarobki owych dominialnych lekarzy, bo sięgają nieraz tylko do 1.000 rs., rzadko wyżej ponad 1.500 rs. Wszyscy wykazują nadmiar pracy i niesłychaną ilość bezpłatnych porad lekarskich — do 2.000 rocznie. Bez wątpienia stanowią lekarze dominialni najbardziej upośledzoną materialnie grupę lekarzy prowincjonalnych. Uderzającym jest, dlaczego inteligencja wiejska, którą stać na utrzymanie lekarzy dla swojej służby folwarcznej, nie przyczyniła się ani w jednym przypadku, aby gminy zjednoczone utrzymywały swoich lekarzy gminnych. Przynajmniej w żadnym nadesłanym kwestyonaryuszu nie spotkałem wzmianki o pełnieniu czynności lekarza gminnego.

Lekarze fabryczni.

Ścisłe wydzielić tę kategorię lekarzy z pośród praktykujących na prowincyi niema sposobu ze względu na to, że prawie wszyscy lekarze fabryczni, podobnie jak i w Warszawie, oprócz posad fabrycznych, nieraz bardzo mało płatnych, zajmują się jeszcze i praktyką prywatną. Wogóle da się powiedzieć chyba tylko tyle, że lekarze fabryczni przeważnie cieszą się dużym wzięciem i mają poważne dochody, a to ze względu zapewne na to, że szpitale fabryczne pomagają, być może, ich fachowemu wyrobieniu. Dochody ogólne lekarzy fabrycznych mniej więcej przedstawiają się, jak następuje: średni dochód — 2.800 rs., najwyższy — 6.000 rs., najniższy — 900 rs.

Lekarze szpitalni.

Lekarze szpitalni na prowincyi pobierają płacę bardzo rozmaita, wogóle bardzo niską i rzadko przekraczającą 400 rs. rocznie. Wogóle cieszą się dosyć rozległą praktyką i dochody ich przeciętnie sięgają rs. 2.600 rocznie. Na nadmiar pracy w szpitalach się nie skarżą.

Lekarze miejscy.

Pensya lekarzy miejskich na właściwej prowincyi jest bardzo mała i rzadko przekracza rs. 400 rocznie. Przeciętne dochody lekarzy miejskich są znacznie mniejsze, niż poprzednich lekarzy szpitalnych i rzadko przewyższają rs. 2.000 rocznie; praktyka ich nie jest zbyt rozległą. Wogóle da się powiedzieć, że o ile w Warszawie lekarze zajmujący jakieś posady stosunkowo mają mniejszą praktykę, o tyle, zdaje się, na prowincyi okoliczność ta nie odgrywa większej roli. Jedni chyba lekarze kolejowi naogół mają mniejszą praktykę i wykazują mniejsze dochody, a to zapewne dlatego, że częste wyjazdy służbowe pochłaniają im mnóstwo czasu i przeszkadzają w rozwoju praktyki.

Lekarze powiatowi.

Pensya lekarzy powiatowych wynosi rs. 465 rocznie, jednakże lekarze tej kategorii, chociaż muszą poświęcać dużo czasu zajęciom urzędowym, mają nieraz rozległą praktykę i wykazują dochody, jak na prowincye, dosyć wysokie, a mianowicie średnio rs. 2.800 rocznie.

Zestawiając powyższe dane co do zarobków lekarzy prowincjonalnych, widzimy, że najgorzej materialnie stoją t. zw. lekarze dominialni, następnie po kolei idą lekarze wiejscy, lekarze miejscy, szpitalni i w końcu powiatowi i fabryczni.

Godnym zaznaczenia jest fakt, że na prowincyi niemal połowa lekarzy (50%) nie robi żadnych oszczędności, nie ubezpiecza się na wypadek śmierci w towarzystwach ubezpieczeń i ledwo może podolać wydatkom rodzinnym. W Warszawie zaś takich lekarzy, nie robiących oszczędności i nie ubezpieczających się, jest 40%. Widzimy więc, że przy nadludzkiej nieraz pracy i przy warunkach ze wszęch stron bardzo ciężkich lekarze na prowincyi w gruncie rzeczy prowadzą bardzo nędzny żywot materialny.

Akcya ratunkowa przeto jest konieczna i musi być dwójaka, t. j. tyżająca się samej osoby lekarza prowincjonalnego i następnie warunków, wśród których mu pracować wypada. Jednostka nie wiele zrobi. Lekarze prowincjonalni muszą się zrzeszać tak między sobą, jak i z lekarzami, praktykującymi w naszych większych miastach. Ponieważ wyjaśnionem zostało, że często przygotowanie lekarza prowincjonalnego nie jest wystarczające dla potrzeb wiejskiej praktyki, zrzeszenia więc te powinny się domagać, aby wyższe uczelnie w systemie nauczania bardziej się przystosowywały do potrzeb lekarza prowincjonalnego; w Warszawie konieczne jest zorganizowanie kursów praktycznych dla lekarzy wiejskich, a korporacje lekarskie muszą się starać, aby kursa takie powstały przy szpitalach warszawskich. Lekarz, udający się dla praktyki lekarskiej na prowincye, zasobny w wiedzę fachową, musi razem z zamiłowaniem swego zawodu nieść przeswiadczenie, że jedzie nietylko dla wywalczenia sobie bytu materialnego, ale także, aby nieść pracę kulturalną w zakresie swego zawodu wśród swych pacjentów. Również powinny zrzeszenia owe wpły-

wać na ogół i na władze, aby wszelkie posady i zajęcia lekarskie były słuszniej wynagradzane, a wtenczas i pomoc lekarska dla ludności będzie doskonalszą. Dla ulżenia lekarzom prowincjonalnym i dla zdjęcia z ich bark nadmiernej ilości porad bezpłatnych, powinny powstać instytucje lekarzy gminnych, lekarzy okręgowych, chociażby na wzór lekarzy ziemskich w Rosyi.

Ustanowienie normy opłat za pracę lekarską na prowincyi, mniej więcej stałej i ogólnie obowiązującej, jest konieczne ze względu na usunięcie ciągłych nieporozumień między lekarzami a leczącym się ogółem i dla poskromienia wyysku przez ludność zamożniejszą. Palącą sprawą jest pomnożenie szpitali prowincjonalnych i urządzenie lepszych dróg komunikacyjnych.

Szkoły felczerskie dotychczasowe muszą być zniesione, aby skuteczniej walczyć z felczeryzmem i aby możliwie prędko zastąpić felczarów przez odpowiednio wyrobionych sanitaryuszy i dozorców chorych. Leczenie ludności przez felczarów t. zw. wojskowych, księży, znachorów za pieniądze, winno być prawnie ścigane i karane. Inspektorzy lekarscy i inne władze powinny naprawdę kontrolować apteki i szczególnie zabronić aptekarzom udzielania wszelkich porad leczniczych. Lekarze prowincjonalni najlepiej zrobią, jeżeli będą mieli swoje podręczne apteczki domowe i przewozowe na wzór takich, jakich używają lekarze ziemscy w Rosyi.

Naturalnie w pobieżnym zarysie nie mogę wyliczyć wszystkich żądań lekarzy prowincjonalnych, ani ich należyte i wyczerpująco uzasadnić, a jest tych bolączek daleko większa liczba. Niech zawczasu ogół lekarski przygotowuje się, aby z nastaniem tak długo zapowiedzianego samorządu miejskiego i ziemskiego zwrócić się do instytucji samorządowych z gotowymi już projektami pożądaných reform. Tymczasem należy przynajmniej rozpocząć inicjatywę w tym kierunku, aby ile możności polepszyć byt materialny lekarzy prowincjonalnych i zabezpieczyć byt ich rodzin na wypadek choroby lub śmierci ich pracowników.

Muszą powstać w kraju kasy samopomocy, chociażby na wzór Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, kasy chorych; w końcu należy zreformować Warszawską Kasę wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach na instytucyę, dającą zapomogi i pożyczki zwrotne i bezzwrotne nietylko wdowom i sierotom po lekarzach, ale i samym lekarzom w razie chwilowej potrzeby, choroby. Zapomogowa Kasa J. Czystowicza w Petersburgu niech nam służy za wskazówkę, co można zrobić w tej dziedzinie przy dobrych chęciach. Kasa ta liczy obecnie 2.446 członków, ma filie we wszystkich większych miastach Cesarstwa, posiada obecnie do 1/2 miliona kapitału, działa i rozwija się nader pomyślnie. Zrzeszenia zawodowe lekarskie, które niebawem powinny powstać tam, gdzie ich niema, przede wszystkim muszą się zająć powyższymi sprawami samopomocy.

Stan fizyczny krótkogłowej i długogłowej ludności polskiej z okolic Płońska.

Podał

L. Rutkowski (Płońsk).

Badając pod względem antropometrycznym obecną ludność polską i znajduwane w licznych u nas cmentarzyskach rzędowych (częściowo z czasów przedhistorycznych, a częściowo z piastowskich) szkielety, zauważyłem przy porównaniu czaszek ludności obecnej i dawnej dosyć znaczne różnice. Mianowicie ludność pochowana w cmentarzyskach okazała budowę czaszki podłużną, a wzrost, mierzony jako długość spoczywających w grobach kości, —

bardzo wysoki; tymczasem obecną ludność polską ze względu na jej średni wskaźnik czaszki, jak to wykazałem w swych pracach, zaliczyć należy do podkrótkogłowych o znacznie niższym, bo przenoszącym zaledwie średni, wzroście. — Okoliczność powyższa, jakoteż i zauważone w Zachodniej Europie stopniowe zmniejszanie się typu długogłowego zniewoliły mnie do zrobienia próby porównania stanu fizycznego typu długo- i krótkogłowego, wchodzącego w skład ludności tegoczesnej, ażeby się przekonać, czy w budowie tych dwóch typów nie dadzą się zauważyć jakieś cechy specjalne, mogące rzucić nieco światła na przyczynę zmniejszania się ilości długogłowców. W tym właśnie celu podzieliłem wszystkie zbadane przezemnie jednostki na trzy kategorie, a mianowicie: I) na podłużnogłowych ze wskaźnikiem czaszki poniżej 78; II) na średniogłowych ze wskaźnikiem od 78 do 80, i III) na krótkogłowych ze wskaźnikiem wyższym. Uwzględniłem w swych obliczeniach tylko ludność polską, gdyż wśród 200 zbadanych przezemnie osobników pochodzenia żydowskiego podłużnogłowych było tylko 4, ilość zbyt mała, ażeby z niej można było wysnuć jakiegokolwiek wnioski. — Mężczyzn zbadałem 358, w tem 104 ze szlachty, a 254 z ludu. Krótkogłowych naliczyłem wśród nich 192, średniogłowych 66, a podłużnogłowych 100. Kobiety zbadałem 307 (80 szlachcianek i 227 chłopek). Krótkogłowych było pomiędzy nimi 174, średniogłowych 78, a podłużnogłowych 55. — Na zasadzie obliczenia danych, otrzymanych przy pomiarach osobno dla krótkogłowych, a osobno dla podłużnogłowych okazało się, że podłużnogłowi Polacy z okolic Półniska mają średnio 166·7 ctm wzrostu, (a więc wzrost nieco wyższy, niż średni), normalnie rozwinięte kończyny, niezłe rozwiniętą klatkę piersiową o wskaźniku 53·06, lecz bezwzględnie i względnie do wzrostu małą wagę (62·5 kilgr. a na 1 ctm wzrostu 374·9 gramów), mają też skórę przeźwianą, bo w 62·5% białą, włosy w 35% jasne, a w 41% szatynowe, oczy jasne (w 65% niebieskie), długą i wąską o wskaźniku 76·36 głowę, niskie (4·64 ctm) i wąskie o wskaźniku 54·4 czoło, wąską o wskaźniku 67·6 potylicę; wąską, o wskaźniku 99·05 twarz, mało wydatne kości licowe, i wąską żuchwę. W porównaniu z krótkogłowcami — podłużnogłowi mają niższy o 1·56 ctm wzrost, słabiej w stosunku do wzrostu rozwinięty tułów (u podłużnogłowych tułów wynosi 51·68% wzrostu, a u krótkogłowych 51·93%), silniej natomiast rozwinięte kończyny górne i dolne (48·32% wzrostu wobec 48·7% u krótkogłowych), nieco słabszy rozwój klatki piersiowej (wskaźnik piersiowy 53·06 wobec 53·48 u krótkogł.), mniejszą bezwzględnie i względnie do wzrostu wagę, mniejszą odsetkę skóry białej i śniadej (65% i 5% wobec 73·4% i 6·2% u krótkogłowców), a większą odsetkę skóry płowej (30% wobec 20·3%), nieco mniejszą odsetkę zabarwienia włosów jasnego i szatynowego (35% i 4% wobec 35·4 i 48·8%), a większą — czarnego (21% wobec 15% u krótkogł.), nieco niższy odsetek oczów niebieskich (65% wobec 66%) i wogóle niższy odsetek typów jasnych (25% wobec 28%), a większy ciemnych (3% wobec 1%), większy obwód i długość, a mniejszą szerokość czaszki, niższe i węższe czoło, węższą potylicę, węższą a dłuższą twarz, węższy wreszcie i dłuższy nos.

Podłużnogłowe kobiety w porównaniu z krótkogłowymi mają też niższy o 5·35 ctm wzrost, lecz, wbrew temu,

cośmy zauważyli u mężczyzn, więcej w stosunku do wzrostu rozwinięty tułów (53·1% wobec 52·96% u kobiet krótkogłowych), a słabiej rozwinięte kończyny dolne (46·83% wzrostu wobec 47·06% u krótkogł.), nieco silniej względnie do wzrostu rozwinięte kończyny górne (104·3% wobec 104·2%), nieco słabszą klatkę piersiową (wskaźnik piersiowy 52·24 wobec 52·43 u krótkogłowych), mniejszą też względną do wzrostu i bezwzględną wagę (50·9 kilgr. i 330·9 gramów na 1 ctm wzrostu, wobec 55·2 kilgr. i 362·1 grama na 1 ctm u kobiet krótkogłowych), a następnie mniej białą skórę (67·3% wobec 76·3%), ciemniejsze włosy, (czarne 27% wobec 11% u krótkogłowych), mniej jasne oczy (niebieskie w 56·4% wobec 57·4%), niższe (4·71 ctm wobec 4·81) i węższe czoło, węższą potylicę, (wskaźnik potylicy 64·6 wobec 69·64), węższą twarz (wsk. 94·4 wobec 90·24) i węższy a dłuższy nos. — Jak widzimy z powyżej przytoczonych danych, niektóre różnice pomiędzy typem podłużnogłowym, a krótkogłowym spotyka się tak samo wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet, i te zapewne są różnicami istotnymi, gdy tymczasem inne może są tylko różnicami przypadkowymi wskutek zbyt małej ilości lub nierównomierności materiału, (kobiet podłużnogłowych zbadałem 55, a mężczyzn 100). Z pośród różnic stałych dla obydwóch płci zaznaczymy przedewszystkiem niższy u podłużnogłowych wzrost, nieco większy rozwój kończyn górnych, słabszy rozwój klatki piersiowej, a przedewszystkiem znacznie niższą wagę; następnie zaś nieco ciemniejsze zabarwienie skóry włosów i oczów, a wreszcie węższą czaszkę, niższe i węższe czoło, oraz węższe — potylicę, twarz, żuchwę i nos.

Lekarzowi pomimowoli nasuwa się myśl, czy czasami powyższe dane nie wskazują na słabszy rozwój fizyczny podłużnogłowych, co mogłoby nam chociaż częściowo wytłómaczyć zauważony powszechnie zanik typu długogłowego. — Przed dwudziestu już laty, kiedym się zaczął zajmować pomiarami antropologicznymi, zauważyłem, że częściej spotykam cierpienia płucne, a szczególnie gruźlicę u osób o głowie podłużnej. Były to jednak spostrzeżenia luźne, oparte więcej na osobistym wrażeniu, a nie na ściśle obliczonych danych. Wrażenia te widocznie miałem nietylko ja, ale i inni koledzy, czego dowodem wydrukowana w »Pamiętniku Lekarskim« z roku 1903 praca Dra Polańskiego p. t. »Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą«. Pominawszy inne cechy osób skłonnych do gruźlicy, zaznaczone pomiędzy innymi w pracach Dra E. Zielińskiego, Dr Polański na zasadzie pomiarów, dokonanych na 94 mężczyznach i 45 kobietach dotkniętych gruźlicą, oraz na 90 mężczyznach i 45 kobietach zdrowych, obliczył, że wśród gruźliczych typ podłużnogłowy zdarza się w 19·1% wśród mężczyzn i w 13·5% wśród kobiet, a ten sam typ u zdrowych tylko w 11% i 4·5%; typ zaś średniogłowy w 33% i 17·7% u zdrowych. Wskazywałoby to bądź co bądź na większą skłonność typu podłużnogłowego do gruźlicy. Oprócz tego zauważył Dr Polański, że dotknięci gruźlicą mężczyźni mają nieco wyższy wzrost (167·5 ctm wobec 166·7 ctm u zdrowych), większą rozwarłość rąk, czyli dłuższe kończyny górne (177·2 ctm wobec 173·6 u zdrowych, co w stosunku do wzrostu wyniesie 105·7% i 104·1%). Dłuższe kończyny górne zauważył Dr Polański i u gruźliczych kobiet (160·5 ctm wobec 159·6

i 105·0 wobec 103·9‰); wzrost jednak miały kobiety gruźlicze, wbrew temu, co zauważono u mężczyzn, niższy, niż zdrowe (bo 152·8 wobec 153·5 ctm.). Dla porównania z danymi Dra Polańskiego wybiorę z pośród swoich pomiarów antropologicznych te, które mniej więcej będzie można jako podobne zestawzić i które, jakkolwiek niedokładne, lecz chociaż w przybliżeniu określają rozwój fizyczny badanego osobnika. Do takich pomiarów zaliczam pomiary wzrostu, obwodu piersi i wagi, oraz stosunek obwodu piersi, mierzonego na wysokości brodawki sutkowej, do wzrostu, czyli tak zwany wskaźnik piersiowy, stosunek wagi w gramach do wzrostu w centymetrach, który nam określa w przybliżeniu odżywienie danego osobnika, a wreszcie dla porównania z danymi Dra Polańskiego uwzględnimy też i rozwój kończyn górnych, czyli ich rozwartość, nazywaną zwykle siągiem, oraz stosunek tego siągu do wzrostu. — 192 wymierzonych przezemnie krótkogłowców (82 szlachciców i 110 z ludu) okazało średni wzrost 168·3 ctm, obwód piersi 90·0 ctm, wagę 65·93 kilo, siąg zaś 177·9 ctm. Wskaźnik piersiowy wypadł mi dla nich 53·48, na 1 ctm wzrostu 391·8 grm, a stosunek siągu do wzrostu 105·69. — Dla średniogłowych (w liczbie 66, 11 osób ze szlachty, 55 z ludu), wzrost wyniósł 166·8, obwód kl. piers. 88·0 ctm, waga 60·42 kilgr, siąg 177·1 ctm, wskaźnik zaś piersiowy 52·81, na 1 ctm wzrostu 362·3 gr, a stosunek siągu do wzrostu 106·2. — Dla 100 podłużnogłowych (11 ze szlachty, 89 z ludu), wzrost — 166·74 ctm, obwód kl. p. 88·47, waga 62·5 kilgr, siąg 176·2 ctm, wskaźnik piersiowy 53·065, na 1 ctm — 375·0 gr, stosunek siągu do wzrostu 105·95. — Dla 174 krótkogłowych kobiet (57 szlachcianek, 117 z ludu), wzrost wypadł 155·2 ctm, obwód klatki piersiowej 81·33, waga 55·18, siąg 161·8 ctm, wskaźnik piersiowy 52·4, na 1 ctm — 355·0 grm, stosunek siągu do wzrostu 104·2. — Dla 78 kobiet średniogłowych (17 ze szlachty — 61 z ludu), wzrost obliczyłem na 154·9 ctm, obwód kl. piers. 80·88 ctm, wagę 52·99 kilgr, siąg 162·9 ctm, wskaźnik piersiowy 52·22; na 1 ctm — 342·1 grm, stosunek siągu do wzrostu 105·1. — Dla 55 podłużnogłowych (6 szlach., 49 z ludu), wzrost — 153·85 ctm, obwód kl. piers. 80·4 ctm, waga 50·91 kilgr, siąg 160·45 ctm, wskaźnik piersiowy 52·34, na 1 ctm — 330·9 grm i stosunek siągu — 104·3.

Po zestawieniu wyżej przytoczonych danych widzimy,

	Wzrost	Obwód kl. piers. cm	Wsk. pier.	Waga	Na 1 cm gr.	Siąg	Stos. do wzrostu
192 krótkogł. mężczyzn	168·3	90·0	53·48	65·93	391·8	177·9	105·69
66 średniogł. mężczyzn	166·8	88·0	52·81	60·42	362·3	177·1	106·2
100 podłużn. mężczyzn	166·7	88·47	53·065	62·50	375·0	176·62	105·95
174 krótkogł. kobiet	155·2	81·33	52·40	55·18	355·0	161·8	104·2
78 średniogł. kobiet	154·9	80·88	52·22	52·99	342·1	162·9	105·1
55 podłużnogł. kobiet	153·85	80·40	52·34	50·91	330·9	160·45	104·3

że krótkogłowcy mają najwyższy wzrost, największy względny i bezwzględny obwód klatki piersiowej, największą względną i bezwzględną wagę, a najkrótsze w stosunku do wzrostu ręce; a więc prawdopodobnie przedstawiają typ najlepiej rozwinięty i najlepiej odżywiony, najodporniejszy też na wszelkie choroby, a więc, być może, i na gruźlicę. Z pośród pozostałych dwóch kategorii — poza wyższym nieco wzrostem średniogłowi okazali słabiej, niż podłużnogłowi rozwiniętą klatkę piersiową i niższą wagę, oraz dłuższe w stosunku do wzrostu ręce. Średniogłowi przeto, a nie podłużnogłowi okazali podług moich obliczeń typ najgorzej zbudowany i najgorzej odżywiony, — a więc i najwrażliwszy na wszelkie choroby. Zwrócić jednak należy uwagę, że średniogłowych zbadaliśmy mniej, niż podłużnogłowych i krótkogłowych, a następnie i na to, że w pewnych razach towarzyszące chorobom wychudnienie, które przecież nie oszczędza i powłok czaszki, może znacznie zmienić wskaźnik głowy, co może być przyczyną zaliczenia dawnego średniogłowca do podłużnogłowych. Jeżeli np. wymiary głowy dłuższej 19·1 ctm, a szerokiej 14·9 ctm o wskaźniku 78·01 — wskutek schudnięcia zmniejszą się o 0·3 ctm, to otrzymamy dla długości 18·8, a dla szerokości 14·6 — co odpowiada wskaźnikowi 77·66, zaliczanemu już do wskaźników podłużnogłowych. Być więc może, że wiele z badanych przez Dr Polańskiego osobników zostało zaliczonych do podłużnogłowych tylko wskutek wychudnienia.

Co do kobiet, to i wśród nich największy wzrost, obwód klatki piersiowej i wagę, a najkrótsze ręce, okazały krótkogłowe; średniogłowe zaś tak, jak i średniogłowi mężczyźni, przy wyższym wzroście i dłuższych rękach, oraz słabszym, niż u podłużnogłowych rozwoju klatki piersiowej, mają jednak, wbrew temu, cośmy zauważyli u mężczyzn, wyższą względnie i bezwzględnie wagę. Podłużnogłowe przeto kobiety przy niższym wzroście, a lepiej rozwinięte klatce piersiowej okazały się jednak słabiej odżywione. I tutaj jednak musimy wspomnieć o wątpliwościach, o których mówiliśmy przed chwilą, mówiąc o mężczyznach.

Z porównania wyników, otrzymanych przezemnie z wynikami, otrzymanymi przez Dr Polańskiego, wypada, że wogóle typ krótkogłowy, (wśród mężczyzn taksamo, jak i wśród kobiet), o krótkich rękach, jest lepiej odżywiony i lepiej zbudowany, niż typ o węższej, a dłuższej czaszce i dłuższych rękach. Wśród tego jednak ostatniego słabszą wogóle budowę okazują nie podłużnogłowi, lecz średniogłowi. — Czy nie odgrywa tu pewnej roli stwierdzona wielokrotnie okoliczność, że mieszańcy (w danym wypadku typu krótkogłowego i długogłowego) okazują zwykle mniej sił żywotnych, niż rasy czyste? Bądź co bądź typ o dłuższej, a węższej czaszce okazuje się słabiej zbudowanym i gorzej odżywionym, niż krótkogłowcy, a więc skłonniejszy też jest prawdopodobnie do wymierania, a być może tylko przy mieszanii się z krótkogłowcem, do ustępowania mu miejsca.

Dla wyjaśnienia sprawy należy jeszcze sięgnąć i do naszej prahistorii i to nie do tej pisanej, lecz do tej, która dotychczas leży w ziemi i czeka na badaczy, ażeby ją zechcieli odkopać i odczytać. Mówię tu o szczątkach naszych praojców z tak zwanych cmentarzysk rządowych. — Z cmentarzysk tych (przeważnie z powiatu płockiego, płońskiego i sierpskiego), częściowo rozkopanych przez mego

przyjaciela ś. p. Tarczyńskiego, częściowo przez Dra Durdewicza, a w większej części przezemnie, udało mi się otrzymać czaszek zdatnych do pomiarów 69; z nich 54, to jest 87·1% miało wskaźnik poniżej 75, — 5 czyli 8·1% wskaźnik powyżej 75, a 3 czyli 4·8% wskaźnik 77·77 do 79·77. Wzrost udało mi się wymierzyć w 30 przypadkach dla szkieletów męskich i w 13 — dla kobiecych. Dla mężczyzn wzrost ten wyniósł średnio 182·7, dla kobiet zaś 157·9 ctm. Liczby to tylko przypuszczalne, boć pomiary kości rozsuniętych, często znacznie uszkodzonych, dalekie są od rzeczywistości. Tak wygląda wynik naszych pomiarów w całości. Jeżeli jednak obliczymy czaszki z rozmaitych cmentarzysk oddzielnie, to okaże się, że wskaźnik czaszek wypadnie dla nich niejednakowy; 13 np. czaszek z jednego z najstarszych cmentarzysk w Turowie okazało średni wskaźnik 60·81. Taki sam mniej więcej wskaźnik okazała czaszka z cmentarzyska w Święcicach. Trzy czaszki z cmentarzysk nieco młodszych w Blichowie i Rogowie dały nam wskaźnik 71·88. 26 czaszek ze starego również cmentarzyska w Płońsku miało średni wskaźnik 72·19; 4 czaszki z późniejszego cmentarzyska w Krasinie — 73·63; 2 czaszki z cmentarzyska z czasów Kazimierza Odnowiciela (a więc mniej więcej z XI wieku) w Orszynowie 73·74; 6 czaszek z cmentarzyska (z tego samego mniej więcej czasu) w Korzybiu — 73·22. Widzimy więc z powyższego, że im więcej cmentarzysko zbliża się do naszych czasów, tym wyższym okazuje się wskaźnik znajdujących w nim czaszek, tem więcej tracą one cechy krańcowej długogłowości. A dodać należy, że w żadnym z tych cmentarzysk (poza cmentarzyskiem płońskim, na którym przy postawionym tam kościele grzebano nieboszczyków i według obrządku chrześcijańskiego — w trumnach) czaszek krótkich zupełnie nie znajdowano, o mieszanii się więc dwóch typów w czasach, z których pochodzą cmentarzyska, trudno chyba mówić poważnie. Stopniowe zmniejszanie się krańcowej długogłowości w epoce cmentarzysk rzędowych moglibyśmy objaśnić chyba naturalną powolną ewolucją typu długogłowego w kierunku krótkogłowania, może wskutek powolnego lecz stałego rozwoju i powiększania się masy mózgu, a może i wskutek jakichś innych niezbadanych dotąd okoliczności. — W każdym razie to, cośmy przytoczyli powyżej, każe nam nieco ostrożniej wysnuwać wnioski ze wspomnianych w początkach niniejszej notatki danych, co do budowy i odżywienia obecnej ludności krótkogłowej i długogłowej, a niewątpliwe zmniejszanie się odsetkowe typu podłużnogłowego tymczasowo uzależniać nietylko od wrzekomej, czy rzeczywistej jego słabszej budowy, ale, być może, i od naturalnej ewolucji. — Sprawę powyższą i towarzyszące jej wątpliwości rozstrzygnąćby mogły bez porównania liczniejsze, niż podane przezemnie badania ludności tegoczesnej i znajdujących się w cmentarzyskach szkieletów i do tych właśnie badań, będących chyba godziwą i szlachetną rozrywką w monotonnej nieraz naszej praktyce, ośmielałam się jaknajgoręcej zachęcać moich Kolegów z prowincyi.

Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi (lekarz naczelny Dr W. Schoenaich) i z oddziału Prof. Marfana w Hôpital des Enfants Malades w Paryżu.

Odczyny anafilaktyczne w gruźlicy dziecięcej.

Podał

H. Rozenblatówna.

Do najważniejszych zdobyczy ostatnich lat w dziedzinie dyagnostyki gruźlicy dziecięcej należy bezwątpienia odczyn skórny Pirqueta. Bez znaczenia prawie u dorosłych, u dzieci stał się on nieocenionym środkiem pomocniczym, dostępnym dla najszerszego ogółu lekarzy praktyków. Swoistość odczynu Pirqueta, stwierdzona w niezliczonych przypadkach bądź przez przebieg kliniczny, bądź przez wynik autopsyi, wydawała się do ostatnich czasów niewątpliwą, a czułość tej próby dla celów rozpoznawczych zupełnie wystarczającą; w nowszem piśmiennictwie jednakże odzywają się i przeciwne głosy: z jednej strony dodatni wynik odczynu Pirqueta ma nie w każdym przypadku dowodzić gruźlicy, nawet nieczynnej (Bernheim-Karrer, Freund, Nothmann, Engel i Bauer), z drugiej — ujemny odczyn niezawsze ją wyłącza, skoro inny, czulszy odczyn tuberkulinowy może w tym samym przypadku wypaść dodatnio. Odczynem tym ma być »próba śródskórna« (intradermoréaction) Mantoux, względnie »odczyn ukłucia« (Stichreaction) Hamburgera, odczyny prawie identyczne, różniące się bardzo nieznaczną modyfikacją w technice, stosowane przez tych autorów od r. 1908, a opisane poraz pierwszy przez Epsteina już w r. 1891.

Mając do rozporządzenia zarówno w szpitalu Anny Maryi (I—IX 1910), jak i na oddziale Prof. Marfana (X 1910—II 1911) bogaty materiał gruźliczy, zajęłam się próbami tuberkulinowymi w celu sprawdzenia niektórych szczegółów, dotyczących czułości i swoistości odnośnych odczynów, zarówno jak ich stosunku do stopnia zakażenia ustroju gruźlicą i do tworzenia się niweczników w ustroju gruźliczym.

Odczyn Pirqueta i próbę śródskórną stosowałam porównawczo u 679 dzieci w wieku od 2 tygodni do 15 lat: do obydwu prób używałam bądź starej tuberkuliny (Alttuberkulin) Kocha (u nas), bądź tuberkuliny z instytutu Pasteura (w Paryżu); do odczynu Pirqueta nierozcieńczonej, do próby śródskórnej w roztworze 1:10.000 i ilości 0·1 gr. (= 0·01 mg. na dawkę). Rozczyny te przygotowywałam co 4—5 dni, nigdy rzadziej, ze względu na to, iż tuberkulina w większych rozcieńczeniach zachowuje tylko przez krótki czas swe własności. Obydwie próby wykonywałam stale zupełnie jednocześnie (w 2 symetrycznych miejscach na prawem i lewem przedramieniu), pamiętając o łatwym i szybkim uczulaniu się ustroju gruźliczego wobec tuberkuliny, wobec czego niezachowanie tego szczegółu technicznego mogłoby stać się powodem mylnych wyników.

Przypadki moje zestawiam oddzielnie podług wieku i podług rozpoznań klinicznych.

Najmłodsze dziecko, które oddziaływało dodatnio na obydwie próby, miało 2½ miesiąca i wynik prób został potwierdzony przez autopsję (Tubercul. pulm.). Badań pośmiertnych było ogółem 39, z tych w 2 wynik prób nie został potwierdzony.

I. Podług wieku.

	Obydwa odczynny ujemne	Obydwa odczynny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
0 — 6 mies.	44	2	—	—	
6 — 12 »	42	8	—	—	
1 — 2 lat	69	16	—	1	
2 — 4 »	98	49	2	2	
4 — 6 »	49	37	1	—	
6 — 10 »	72	87	8	1	
10 — 15 »	30	58	2	1	
Razem	404	257	13	5	679

II. Podług rozpozn. a)

Przypadki klinicznie niegruźlicze.

	Obydwa odczynny ujemne	Obydwa odczynny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
Pneumonia	40	15	3	—	
Scarlatina	40	11	1	—	
Typhus abd.	22	8	—	—	
Inne	286	102	7	1	
Razem	388	136	11	1	536

b) Przypadki gruźlicy.

	Obydwa odczynny ujemne	Obydwa odczynny dodatnie	Odczyn Pirqueta ujemny Próba śródskórna dodatnia	Odczyn Pirqueta dodatni Próba śródskórna ujemna	Razem
Tbc. pulmonum	3	40	2	4	
Scrofulosis	—	20	—	—	
Tbc. gland. br.	—	7	—	—	
Tbc. laryngis	—	1	—	—	
Tbc. gl. mesent.	—	1	—	—	
Tbc. intestini	—	1	—	—	
Peritonitis tbc.	2	3	—	—	
Typhobacillosis	—	2	—	—	
Lymphaden. tbc.	—	3	—	—	
Tbc. miliaris	2	—	—	—	
Meningitis tbc.	7	6	—	—	
Spondylitis	—	13	—	—	
Coxitis	2	5	—	—	
Tumor albus	—	7	—	—	
Tbc. ossium	—	10	—	—	
Lupus	—	2	—	—	
Razem	16	121	2	4	143

1) E. H. 11 lat. Rozpozn. kliniczne: Tumor cerebelli, rozpoznanie anatomiczne (9. VIII) takiesamo. W płucach stwierdzono kilka niewielkich zserowaciałych i zwapniałych ognisk gruźliczych. Obydwa odczynny były 4. VIII. ujemne.

Przypadek ten wskazuje, iż nie każda gruźlica nieczynna oddziaływa na próby tuberkulinowe. Inne, 13-letnie

dziecko, z rozp. klin. »Sepsis« i odczynami dodatnimi, nie przedstawiało innych zmian gruźliczych, jak również jedno takie zwapniałe ognisko w miąższu płucnym.

2) M. G. 10¹/₂ l., Chorea minor, Pericarditis adhaesiva. Odczynny ujemne, wykonane po 3 dniach powtórnie, były narazie znowu ujemne, 3-go dnia wątpliwe, 4-go słabo dodatnie. Próba śródskórna, powtórzona jeszcze 3-krotnie w dwudniowych odstępach, dawała za każdym razem odczyn słaby i krótkotrwały, lecz wyraźnie dodatni. Badanie pośmiertne (4. I. w klinice Prof. Marfana) makroskopowe i mikroskopowe nie wykazało gruźlicy; świnki morskie, którym wstrzyknięto zawiesinę z osierdzia, pozostały przy życiu: u zabitych po 6 tygodniach zmian gruźliczych nie wykryto.

W przypadku tym więc mieliśmy istotnie przykład odczynu nieswoistego w rodzaju tych, jakie Bauer, Freund i inni opisali u niemowląt. Nie zatrzymuję się nad kilkoma przypadkami posuniętej gruźlicy płuc, zapalenia opon gruźliczego i gruźlicy prosówkowej, które nie oddziaływały również na żaden z odczynów, ze względu na to, iż są to fakty znane.

Przypadki, w których odczyn Pirqueta był ujemny, śródskórny zaś dodatni, badane pośmiertnie nie były; u 2 jednakże była niewątpliwie pewna klinicznie gruźlica, potwierdzona zresztą przez dodatni wynik powtórnej próby Pirqueta. Co do pozostałych, były to dzieci, klinicznie niegruźlicze, jak wskazują rozpoznania:

Chorea	3
Pneumonia croup.	2
Bronchopneumonia	1
Mastoiditis.	1
Scarlatina	1
Nephritis	1
Phlegmone	1
Taenia	1

W pięciu z nich powtórny odczyn Pirqueta wypadł również dodatnio, w 6 pozostał ujemny.

Natomiast we wszystkich przypadkach (5), w których odczyn Pirqueta był dodatni, odczyn śródskórny zaś po 0.01 mg. ujemny, powtórne wstrzyknięcie 0.1 mg. śródskórnie dało wynik dodatni. U czworga z tych dzieci rozpoznano gruźlicze charłactwo, u piątego próba śródskórna wypadła ujemnie wskutek wybitnego obrzęku skóry (hydraemia). 6 przypadków (gruźlicy nieczynnej), w których odczyn Pirqueta, 2-go dnia jeszcze ujemny, wypadł dodatnio »wtórnie«, 3., 4. i 5. dnia, pod wpływem dodatniego odczynu śródskórnego, zaliczam oczywiście do dodatnich.

Niewielka odsetka przypadków dodatniego śródskórnego odczynu przy ujemnym odczynie Pirqueta, 13 na 257, t. j. 5%, w moich spostrzeżeniach przemawia przeciwko bezwzględnemu odrzuceniu próby Pirqueta i zastąpieniu jej przez odczyn śródskórny, popierany zwłaszcza przez autorów francuskich.

Próba Pirqueta, znacznie łatwiejsza w wykonaniu, nie wymagająca użycia strzykawki, ani ciągłego przygotowywania świeżych roczynów, będzie miała w rękach praktyka zawsze pierwszeństwo; odczyn śródskórny nadaje się zaś, jako próba wtórna, w przypadkach niepewnych o odczynie Pirqueta wątpliwym.

Za takim ograniczeniem przemawia również fakt, iż powikłania w postaci odczynu ogólnego, bardzo rzadkie

przy szczepieniu tuberkuliny nawet nierozcieńczonej metodą Pirqueta, znacznie częściej występują przy wstrzykiwaniach śródskórnych. Mantoux przytacza na 62 przypadki dwukrotne podniesienie ciepłoty do 38° i 39°; Comby opisuje przypadek ciężkiej zgorzeli u 21-miesięcznego dziecka, wywołanej przez dodatni odczyn śródskórny; w moich przypadkach wystąpiły również kilkakrotnie różne powikłania, które kładę na karb odczynu śródskórnego, pomimo, iż jednocześnie była wykonana próba Pirqueta, ze względu na dawniejsze moje oraz innych autorów doświadczenie pod tym względem: poprzednio nigdy mianowicie nie spostrzegałam tego rodzaju odczynów ogólnych przy stosowaniu tylko próby Pirqueta.

Odczyn gorączkowy spostrzegałam ogółem 13 razy (u większości dzieci mierzono ciepłotę w ciągu pierwszych 2 dni po próbie tuberkulinowej 6 razy na dobę)

40°	1 raz
39.6°	1 «
39°	1 «

w pozostałych przypadkach poniżej 39°. U kilkorga dzieci wystąpił po stronie wstrzyknięcia śródskórnego obrzęk całego przedramienia; u jednego odczyn śródskórny występował za każdym razem w postaci krwotocznej, pomimo, iż ani przy wstrzyknięciu nie uszkadzałam żadnego naczynia, ani też cierpienie dziecka (insuffic. et stenosis mitralis) nie ze skazą krwotoczną nie miało wspólnego. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia opon u 3½-rocznego dziecka wystąpił w 20 godzin po wstrzyknięciu śródskórnym odczyn w postaci obrzęku i jednolitego zaczerwienienia całej górnej kończyny, przechodzącego na tułów i drugą górną kończynę jako ogólna wysypka, podobna do odry wzgl. pokrzywki. W kilka godzin później wysypka ta znikła, zaczerwienienie ramienia ustąpiło, wystąpił natomiast odczyn miejscowy, niezbyt wybitny. Ciepłota podniosła się do 37.8° (z 36.2°). Odczyn Pirqueta ujemny.

Zapalenie gardła, jako powikłanie tuberkulinowe, opisywane przez Krämera w 22.8% przypadków, spostrzegałam u jednej tylko dziewczynki w postaci zaczerwienienia i bólu gardła jednocześnie z odczynem gorączkowym w 24 g. po próbie. Ponieważ u innych dzieci nie oglądałam systematycznie gardła, możliwe jest, iż ta postać odczynu ogólnego uchodziła nieraz mojej uwagi.

Na zasadzie tych, często tak silnych, bądź miejscowych, bądź ogólnych odczynów, sądzę, iż wstrzykiwanie śródskórne nawet tylko 1/100 miligrama jest nieraz ryzykowne. Dotyczy to przede wszystkim dzieci z nadwrażliwością wobec tuberkuliny (zołzy, gruźlica chirurgiczna) i w tych przypadkach pierwszą, orientacyjną, próbą może być tylko odczyn Pirqueta. Dopiero w razie ujemnego wyniku tego odczynu możemy bez obawy już zastosować tuberkulinę śródskórnie w ilości 0.01 mg. lub nawet 0.1 mg. Na 29 przypadków dodatniego odczynu śródskórnego, wykonanego po ujemnej próbie Pirqueta, było 5 zupełnie pewnej klinicznie gruźlicy:

Meningitis tubercul.	3
Tumor albus	1
Tbc. pulmonum	1

W razie niepewnego wyniku przy 0.01 mg. nieraz dopiero 0.1 mg. może rozstrzygnąć wątpliwość. Na 70 przypadków,

podejrzanych o gruźlicę, które nie oddziaływały ani na próbę Pirqueta, ani na 0.01 mg. i którym wstrzyknęłam 0.1 mg., otrzymałam 23 dodatnie i 47 ujemnych wyników. Śród dodatnich było 15 klinicznie niegruźliczych i 8 gruźlic:

Meningitis tuberculosa	1
Tuberculosis pulmonum	4
Coxitis	1
Peritonitis tbc.	2

Mniejsze natomiast znaczenie rozpoznawcze ma podług mnie wstrzykiwanie 1 mg. w razie ujemnego wyniku po 0.01 wzgl. 0.1 mg. Na 79 takich przypadków miałam 70 ujemnych i tylko 6 dodatnich odczynów:

Typhus abd.	1
Scarlatina	2
Pleuritis exsud.	1
Sclerosis multipl.	1
Fractura	1

W 3 pozostałych wynik był wprawdzie również wyraźnie dodatni, mimoto niemiarodajny, gdyż były to 2 przypadki duru i 1 zapalenie płuc, w których 0.01 wzgl. 0.1 mg. wstrzykiwałam w okresie wysokiej ciepłoty (40°), 1 mg. zaś po jej spadku, wiadomo zaś, iż zarówno dur, jak i zapalenie płuc mają w okresie gorączkowym zmniejszać wrażliwość na tuberkulinę.

Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć pytanie, w jakich odstępach czasu należy ponawiać próby śródskórne dla otrzymania jaknajpewniejszego wyniku. Czy, jak radzi Hamburger, po 24, najwyżej 48 godzinach dla uniknięcia nadmiernego uczulenia i odczynu ogólnego, czy też właśnie starać się osiągnąć jaknajwiększe uczulenie. Na zasadzie 38 przypadków, w których wstrzykiwałam tę samą dawkę tuberkuliny śródskórnie wielokrotnie (od 2—12 razy) w różnych odstępach czasu, w celu poznania zależności uczulania się ustroju od odstępów czasu między poszczególnymi odczynami, doszłam do następujących wniosków:

1) O wtórnym uczuleniu stanowi przede wszystkim nasilenie pierwszego odczynu i »typ anafilaktyczny« danego osobnika, jeśli można się tak wyrazić, t. j. fakt, czy należy on do łatwo czy też trudno się uczulających. U niektórych dzieci odczyn śródskórny, średnio silny od początku, pozostaje takim bez zmiany przy następnych wielokrotnych próbach; u innych — przy zachowaniu dokładnie tej samej techniki — identyczny za pierwszym razem odczyn stawał się już po drugim lub trzecim wstrzyknięciu tak silny, iż zmuszona byłam do zaniechania dalszych prób. O ile odczyn był za pierwszym razem bardzo słaby, to zwykle takim pozostaje i przy dalszych próbach i odwrotnie, dzieci, oddziałujące silnie za pierwszym razem, uczulają się bardzo wybitnie.

2) Uczulenie wyraża się we wzmożeniu się nasilenia odczynu i w skróceniu trwania wylegania.

3) Przypadki, oddziałujące przy pierwszej próbie ujemnie, nie uczulają się tak, iżby zachodziła obawa nadmiernego odczynu za następnym razem.

4) Powtarzanie odczynu śródskórnego już po 24 godzinach (Hamburger) wydaje mi się przedwczesnym wobec tego, iż odczyn ten wogóle występuje stosunkowo późno (w porównaniu z odczynem Pirqueta) i dochodzi szczytu dopiero po 48 godzinach. Uważam więc dwie doby (2×24 godz.) za najwcześniejszy termin ponownej próby, a obawę nadmiernego uczulenia przy późniejszych próbach (u dzieci

za pierwszym razem zupełnie nie oddziałujących) za nieuzasadnioną.

Pozostaje mi do omówienia jeszcze ostatnia serya przypadków, w których szło mi o stwierdzenie stosunku, jaki zachodzi między: 1) oddziaływaniem ustroju gruźliczego na tuberkulinę i stopniem zakażenia gruźliczego z jednej strony, a 2) tworzeniem się swoistych niweczników w tym ustroju (wiązanie dopełniacza) z drugiej. Niedawno jednak dopiero rozpoczęte i niedość jeszcze liczne moje w tym kierunku spostrzeżenia nie dają mi prawa do zabierania już dziś głosu w tej sprawie; poprzestaję tylko na zaznaczeniu, iż dotychczas, po zbadaniu kilkudziesięciu przypadków co do 1-go i kilkunastu — co do 2-go punktu, nie udało mi się stwierdzić żadnego związku i wzajemnej zależności tych czynników.

Z pracowni kliniki dermatologicznej Prof. Jadassohna w Bernie.

Kilka słów w sprawie martwicy tkanki tłuszczowej podskórnej.

Podał

Dr med. J. Leyberg (Łódź).

Martwica tkanki tłuszczowej (Fettgewebsnekrose), znana nam w patologii ludzkiej przeważnie jako martwica tłuszczu trzustki i otaczającej ją otrzewnej, przedstawia sprawę patologiczną *sui generis* i występuje pod wpływem zupełnie innych warunków, niż martwica innych rodzajów tkanek zwierzęcych. Tesame warunki, które są zdolne doprowadzić inne tkanki do martwicy i rozpadu, działając na tkankę tłuszczową, zmieniają ją w zupełnie innym kierunku. Dla podskórnej tkanki tłuszczowej stanowią one tylko silniejszy bodziec, pod wpływem którego komórki tłuszczowe okazują wyraźną tendencję do bujania i zmian postępowych.

Na tę właściwość tkanki tłuszczowej pierwszy zwrócił uwagę Czajewicz w pracy, wykonanej w Warszawie w pracowni Hoyer'a i ogłoszonej po niemiecku w roku 1866 w »Archiv f. Anatomie und Physiologie«. W pracy tej Czajewicz dochodzi do wniosku, który przed nim przez nikogo wypowiedzianym nie był, mianowicie, że komórki tłuszczowe pod wpływem pewnych substancji drażniących zdolne są do wytwarzania w obrębie własnej plazmy młodych elementów komórkowych, podobnych do młodych komórek łącznotkankowych.

Flemming, który powtórzył doświadczenia Czajewicza i zagadnieniu temu poświęcił kilka prac, nazywa sprawę tę »zanikiem z bujaniem« (Wucheratrophie). Sprawa ta polega w zasadzie na następującem: w pierwotnej komórce tłuszczowej zjawia się kilka lub wiele jąder; jądra te albo leżą w ogólnej plazmie komórki bez wzajemnego odgraniczenia, albo też każde jądro lub tylko niektóre z nich otoczone są wyraźnie odgraniczoną bryłką protoplazmy, tak, że cała przestrzeń pierwotnej komórki tłuszczowej sprawia wrażenie, jak gdyby była wypełniona ogromną nieraz ilością komórek małych, młodych, wewnątrz komórki macierzystej powstałych. W protoplazmie wielu z tych młodych nowoutworzonych komórek daje się przy poruszaniu srebą mi-

krometryczną zauważyć budowa delikatnie wodniczkowata, inne znów komórki wykazują większe lub mniejsze t. zw. krople poboczne (Nebentropfen), które według Flemminga mają być tłuszczem, powstałym wtórnie wewnątrz protoplazmy komórek nowoutworzonych. Gdy liczba nowoutworzonych komórek, względnie jąder, jest bardzo znaczną, otoczka komórki macierzystej pod wpływem zwiększonego napięcia pęka i treść jej wydostaje się na zewnątrz. Wtenczas w miejscach, które uległy temu zanikowi (nigdy jednocześnie na całej przestrzeni tkanki tłuszczowej), tkanka tłuszczowa zatracą zupełnie swój pierwotny charakter i na jej miejscu widzimy szereg porozrzucanych jąder i różnokształtnych komórek. Te komórki nazywa Fleming »wucheratrophische Zellen«.

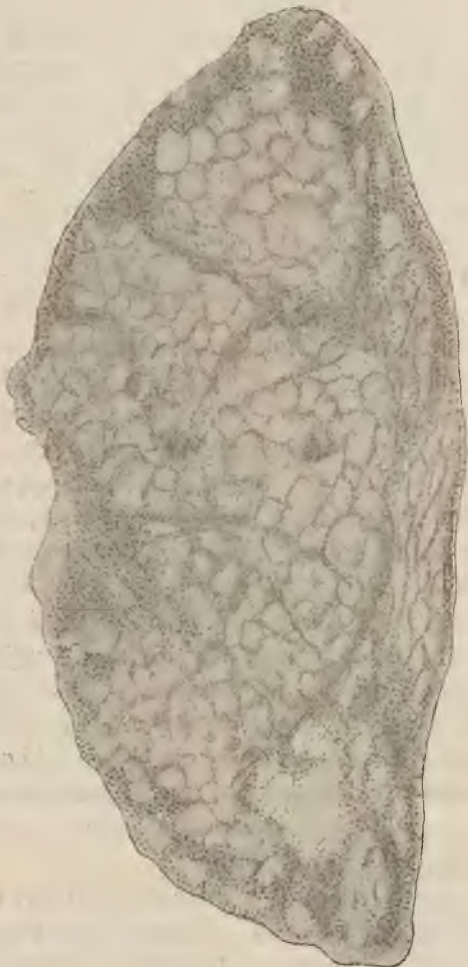
Co do pochodzenia tych wybujałych elementów komórkowych, to w pracach anatomo-patologów, którzy dopiero w ostatnich czasach sprawie tej poświęcili więcej uwagi, znajdujemy pogląd, że są one pochodzenia leukocytów, chociaż autorowie ci przyznają, że trudno jest je nieraz odróżnić od elementów, powstałych z komórek tłuszczowych (Maximoff, K. Ziegler, Verebely). Marchand wyprowadza je wszystkie wyłącznie od komórek tłuszczowych. Ten pogląd zdaje się być prawdopodobniejszym, ponieważ taki sam proces w tkance tłuszczowej spotykamy u zwierząt i ludzi, podanych głodzeniu, gdzie nie widzimy żadnych śladów zapalenia (Flemming, Schidachi). Są to zatem najprawdopodobniej wybujałe resztki protoplazmy i jąder pierwotnych komórek tłuszczowych, które należy uważać za wynik ich odczynu na niepomyślne i utrudnione warunki odżywiania, powstające przy głodzeniu lub przy miejscowem zapaleniu. Im bodziec, wywołujący miejscowe zapalenie, jest silniejszy, tem silniejszą jest sprawa bujania.

Wybornym przedmiotem dla demonstracji tej właściwości tkanki tłuszczowej jest — jakem się o tem osobiście przekonał — skóra królika. Wstrzykując królikowi głęboko pod skórę 4% zawiesinę kalomelu widzimy, jak skąpa ilość komórek tłuszczowych, (które w skórze królika nie tworzą zbitej warstwy, lecz ułożone są w postaci wązkich płaczków tłuszczu pomiędzy grubymi włóknami właściwej tkanki łącznej), ulega silnemu bujaniu, tworząc szerokie wyspy komórek pochodnych od komórek tłuszczowych, które rozpychają leżące pomiędzy niemi włókna łącznotkankowe. W miejscach, gdzie w otaczającej tłuszcz tkance łącznej tworzą się ogniska rozpadowe i ropnie, możemy z łatwością rozpoznać te odporne dobrze zachowane elementy komórkowe (»wucheratrophische Zellen«).

Badając przewlekłe stany zapalne tkanki tłuszczowej podskórnej u różnych zwierząt, przekonałem się, że pod wpływem środków rozpuszczających tłuszcz tkanka tłuszczowa może uleść typowej martwicy, jaką spotykamy w trzustce.

Przy wstrzykiwaniu tych środków napotykamy na pewne trudności techniczne, ponieważ szczury, które się najbardziej nadają do takich doświadczeń dzięki temu, że mają obfitą podściółkę tłuszczową podskórną, po wstrzyknięciu odpowiedniej ilości płynu często zdychają, zanim jeszcze zdołają się w tkance tłuszczowej wytworzyć głębsze zmiany. W przypadkach takich tkanka tłuszczowa jest tylko mechanicznie porozrywana, a jej otoczenie naciekle drobnotkankowo. Najlepiej do tego celu nadaje się eter. Rozle-

głę ogniska martwicy tkanki tłuszczowej udało mi się otrzy-
 mać w podplatyzmoidalnej warstwie tłuszczowej skóry bia-
 łego szczura na 10-ty dzień po jednorazowym wstrzyknię-
 ciu podskórnem 3 gramów eteru i dodawaniu w miejsce
 naciekle codziennie po 1—2 kropli. Ogniska takie (patrz
 rycinę) przedstawiają się pod drobnowidem jako martwaki



(sequester), pozbawione jąder, otoczone zapalnym pasem
 demarkacyjnym, w których po ustaleniu alkoholem ko-
 mórki tłuszczowe wypełnione są jednolitą bezbarwną masą.
 W środku takich ognisk widoczne są tu i ówdzie niefo-
 remne strzępki i bryłki, rozpuszczalne w kwasie octowym
 stężonym i silnie barwiące się błękitem metylenowym (złogi
 tłuszczanów wapnia). Dodać tutaj muszę, że dla wywołania
 martwicy tkanki tłuszczowej podskórnej widocznie prócz
 miejscowego wpływu środków rozpuszczających tłuszcz, po-
 trzebne są jeszcze inne, bliżej nieznanne nam warunki, w przy-
 padkach bowiem kontrolnych mimo stosowania tej samej
 metody nie udało mi się wywołać martwicy.

W patologii ludzkiej martwica tkanki tłuszczowej pod-
 skórnej nie odgrywa żadnej roli. Zdarza się ona obok mar-
 twicy tkanki tłuszczowej podotrzewnej i podopłucnej w rzad-
 kich przypadkach urazów trzustki, w których dochodzi do
 ogólnego przesiąknięcia tkanek ustroju fermentem roz-
 szczepiającym tłuszcz (według Opie, przyt. u Kaufmana),
 w warunkach zatem do pewnego stopnia podobnych do
 tych, przy których u zwierząt zjawisko to daje się wywo-
 ływać sztucznie.

Piśmiennictwo.

1) Czajewicz: Mikroskopische Untersuchungen über die
 Textur, Entwicklung, Rückbildung und Lebensfähigkeit des Fett-
 gewebes. Archiv f. An. u. Physiol. 1866. — 2) Flemming: Über
 die Veränderungen des Fettgewebes bei Atrophie und Entzün-

dung. Virchows Archiv. T. 52. 1871. — 3) Kaufmann: Lehr-
 buch der speciellen pathologischen Anatomie. — 4) Leyberg:
 O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura.
 Medycyna i Kron. lek. 1910. Nr 37, 38, 39. — 5) Marchand:
 Prozess der Wundheilung. Deutsche Chirurgie. 1901. — 6) Ma-
 ximoff: Über entzündliche Bindegewebsneubildung bei der weis-
 sen Ratte und die dabei auftretenden Veränderungen der Mast-
 zellen. Beiträge zu pat. An. u. zur allg. Pathologie v. Ziegler.
 T. XXXV. Z. 1. 1904. — 7) Verebely: Die Granulation des
 menschlichen Fettgewebes. Beitr. zur klin. Chirurgie. T. LIV.
 Z. 2. — 8) K. Ziegler: Histologische Untersuchungen über
 das Oedem der Haut und des Unterhautzellgewebes. Beiträge
 zur pathol. Anatomie und zur allg. Pathol. Bd. XXXVI. 1904.

Szpitalnictwo w gubernii Siedleckiej

przez

Dra A. Jarosińskiego (Sterdyni).

Po sprawie szkolnej, jedną z ważniejszych spraw, od-
 dawna oczekujących u nas na reformy, jest niewątpliwie
 sprawa szpitalniana. Gdy oświata u nas stoi jeszcze bardzo
 nisko i mamy wysoki odsetek analfabetyzmu (68%), to
 i w dziedzinie szpitalnictwa znajdziemy potworne, iż tak
 się wyrażę, stosunki.

Ludność nasza szybko wzrasta, szpitale jednak od sze-
 regu lat nie przybywa, ba nawet zaczynają ubywać. Te sto-
 sunki znajdujemy na całym obszarze naszego kraju, znaj-
 dujemy je i u nas w gub. Siedleckiej.

Że szpitalnictwo u nas w ostatnich dziesiątkach lat
 upada, dowodzą następujące cyfry (zob. tabl. I):

Tablica powyższa¹⁾ jasno wykazuje, że sprawa szpi-
 talniana u nas nie postępuje, ale cofa się wstecz.

W krajach kulturalnych szpitale cieszą się opieką spo-
 łeczeństw i rządów; kraje te chlubią się ilością oraz dosko-
 nałem urządzeniem swych szpitali, zawczasu obmyślają środ-
 ki ku budowie nowych i rozszerzeniu starych; u nas zaś
 nic prawie w tym kierunku się nie robi.

Jak daleko pozostaliśmy w tyle poza Europą, niech
 pouczy następujące porównawcze zestawienie z krajami
 Rzeszy Niemieckiej (zob. tabl. II).

Jak szybko rozwija się szpitalnictwo w Niemczech, wi-
 dać tablicy III. (według Krankenhaus-Lexicon für das
 Deutsche Reich, 1900).

Wogóle w Niemczech od r. 1876 do 1900, tj. w cią-
 gu 25 lat ilość szpitali wzrosła z 3000 do 6300, a ilość łó-
 żek ze 140,900 do 370,000, tj. przeszło się podwoiła.

W Królestwie zaś Polskiem od r. 1867 do 1909, t. j.
 w ciągu 42 lat przybyło tylko 13 szpitali (przeważnie pry-
 watnych fabrycznych), w gub. zaś Siedleckiej przybyły dwa
 szpitale, a jeden ubył.

Nie mam pod ręką liczb, odnoszących się do Francji
 lub Anglii, gdzie szpitalnictwo wyżej jeszcze stoi, niż w Niem-
 czech; wynik porównania liczb w tym razie byłby jeszcze
 bardziej monstrualny.

By się zrównać z Księstwem Poznańskiem, które po-
 siada 20 łóżek szpitalnych na każde 10,000 mieszkańców
 i jest ostatnią pod względem szpitalnym prowincją niemie-
 cką, my przy 10,200,000 ludności w Królestwie, musieliby-

¹⁾ Dr Męczkowski. Stan i potrzeby szpitali Król. Pol. 1905
 oraz Sprawozdania urzędowe.

TABLICA I.

	Liczba szpitali w latach				Liczba łóżek szpitalnych w latach				Ludność w latach	Na 10,000 mieszkańców przypada łóżek szpitalnych w latach				Na 10,000 mieszkańców korzysta z pomocy lekarskiej w latach				Jedno łóżko przypada na mieszkańców w latach											
	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909		1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909	1867	1897	1902	1909								
Królestwo Polskie wraz z Warszawą	75	88	88	—	3,811	5,031	6,051	—	455,496	776,500	1,200,000	1,021,711	3,2	7,0	5,3	5,8	—	87,8	65,4	44,0	40,0	1,430	1880	1686	—	4507	3089	4860	5588
Gubernia Siedlecka	8	10	10	9	147	172	172	183	455,496	776,500	1,200,000	1,021,711	3,2	7,0	5,3	5,8	—	45,7	44,0	44,0	40,0	3089	4507	4860	—	4507	3089	4860	5588

TABLICA II.

Na 10,000 ludności w r. 1897 przypadało łóżek szpitalnych²⁾.

	Liczba łóżek	Ludność	Na 10,000 mieszkańców przypada łóżek
Prowincje Nadreńskie	52,547	5,165,347	101,5
Alzacya	10,788	1,229,986	87,7
Król. Wirtemberskie	11,262	2,081,151	54,11
Westfalia	14,259	2,702,420	52,76
Śląsk Pruski	13,709	4,015,308	34,14
Prusy	7,266	3,400,749	21,40
Księstwo Poznańskie	2,565	1,828,748	19,49
wtedy gdy			
Państwo Rosyjskie z kresami (1895)	72,242	119,288,804	6,2
Król. Pol. z Warszawą (1897)	5,030	9,255,900	5,3
Król. Pol. bez Warszawy (1897)	—	—	2,5
Gub. Siedlecka (1897)	172	775,300	2,2
Gub. Siedlecka (1909)	183	1,021,711	1,8

TABLICA III.

	Ilość szpitali		Ilość łóżek	
	1876	1900	1876	1900
Prusy	1626	3892	76,310	214,320
Bawaria	476	732	20,800	39,511
Saksonia	158	299	8,006	22,755
W. K. Badeńskie	149	275	6,487	17,213
W. K. Hesskie	69	84	3,111	6,679
Alzacya i Lotaryngia	130	222	8,151	20,231

i t. d.

śmy mieć 20,400 łóżek szpitalnych, zamiast obecnych 6,051, a w gub. Siedleckiej 2043, zamiast 185.

Cyfry te są wymowne.

Z kolei rzeczy wypada zaznajomić się z naszymi szpitalami.

Wszystkie szpitale w gub. Siedleckiej, od 1870 roku znajdujące się pod zarządem gubernialnej i powiatowych Rad Dobroczynności Publ., powstały z ofiar polskiego społeczeństwa w następującym chronologicznym porządku³⁾.

I. Szpital w Białej, założony w 1716 r. przez księcia Karola Radziwiłła pod wezwaniem S-go Karola Boromeusza. Około 1890 r. szpital przemianowany został na szpital S. Maryi Magdaleny. Obsługą chorych do 1887 r. zajmo-

²⁾ loco citato.

³⁾ Sprawozdanie urzędowe z r. 1906.

wały się Siostry Miłosierdzia ze Stowarzyszenia św. Wincentego a Paulo (Szarytki), od tego zaś czasu Siostry Mił. ze Stow. św. Elżbiety (Krzyżanki). Od lat kilku istnieje kaplica prawosławna. Budynek szpitalny wskutek starości podległy zniszczeniu, przed paru przeto laty powstała myśl zbudowania nowego gmachu szpitalnego. Etatowych łóżek szpital posiada 25. Szpital w Białej jest najbogatszym w gubernii, oprócz bowiem posiadłości z lasami w Mokranach i serwitutami na dobrach w Białej, posiada przeszło sto tysięcy rs. kapitału⁴⁾. W szpitalu leczy się około 650 chorych rocznie, na chorego wydaje się 88 kop. na dobę⁵⁾.

II. Szpital w Siedlcach, założony na początku XIX stulecia przez książąt Ogińskich, którzy ofiarowali drewniany dom przy ul. Starowiejskiej, leczyli chorych na swój koszt i utrzymywali stałego lekarza. Ważniejsze daty w rozwoju tego szpitala są następujące: W r. 1817 szpital przechodzi pod opiekę parafii Siedleckiej, przyczem stworzono etat na 12 łóżek. W r. 1832 b. Rada Opiekuńcza Siedlecka zbiera składki od osób prywatnych i muruje piętrowy dom oraz oficynę przy tejże ulicy Starowiejskiej. Tą drogą powstaje szpital pod wezwaniem N. Maryi Panny. W 1866 roku też Rada Opiekuńcza w celu przysporzenia szpitalowi dochodów, buduje przy szpitalu wanny do użytku ogólnego. W 1892 r. obecna Gubernialna Rada Dobroczynności Publ. uzyskuje od Ministerium zapomogę w ilości 17,313 rs. i rozszerza szpital. W tymże roku nastąpiły do Siedlec Siostry Mił. Elżbietanki, które odwołane na wojnę rosyjsko-japońską, zastąpione zostały przez zakonnice z prawosławnego klasztoru w Wirowie. Majątek szpitala wynosi 27,000 rs., etatowych łóżek 40. W szpitalu leczy się około 800 chorych rocznie, koszt utrzymania jednego chorego wynosi 64 kop. na dobę.

III. Szpital św. Konstancyi w Maciejowicach, wybudowany w 1834 r. przez hr. Stanisława Zamoyskiego, spełniającego wolę swej matki Konstancyi z książąt Czartoryskich, która w 1796 r. zapisała na cel powyższy 30.000 rs. Hr. Zamoyski wystawił swoim kosztem murowane budynki szpitalne, zapisany zaś przez swą matkę fundusz pozostawił jako kapitał żelazny. Szpital posiada etatowych łóżek 10, może jednak pomieścić do 30 chorych. W szpitalu leczy się około 300 chorych rocznie, wydatek dzienny na chorego wynosi 66 kop. W szpitalu Maciejowickim od niedawna obsługują chorych Siostry Szarytki.

IV. Szpital Żydowski w Międzyrzeczu, urządzony w murowanym domu, ofiarowanym na ten cel przez Arona i Ryfkę małżonków Minców w 1837 r. Szpital po 8 latach zgorzał, a w 1851 r. po odbudowaniu zniszczony został przez huragan. Ponownie odrestaurowany, mieści w sobie 14 etatowych łóżek, leczy 200 chorych rocznie. Kapitał szpitala wynosi 5400 rs., na chorego wydaje się 50 kop. na dobę.

V. Szpital św. Tadeusza w Łukowie, założony w 1859 roku staraniem hr. Fr. Suchodolskiego z ofiar i składek dobrowolnych. Szpital mieści się w dawnym gmachu popijarskim, posiada etatowych łóżek 20. Od 1878 r. przy szpitalu są Siostry Mił. Szarytki. Szpital posiada 18583 rs. ka-

pitału leczy 1300 chorych rocznie i wydaje na każdego po 44 kop. dziennie.

VI. Szpital św. Jerzego w Radzynie, założony w 1849 roku staraniem b. Rady Opiekuńczej z ofiar i składek dobrowolnych. Z początku pod wezwaniem św. Kunegundy, od 1888 r. otrzymał nazwę św. Jerzego (Georgia). Siostry Mił. Szarytki w 1885 r. ustąpić musiały Siostronom Elżbietankom. Budynek szpitalny murowany, obszerny, w dobrym stanie, położony w pięknym ustronnym ogrodzie. Łóżek etatowych 20, kapitału 24,777 rs. W szpitalu leczy się około 280 chorych rocznie, dzienny wydatek na chorego wynosi 52 kop.

VII. Szpital św. Pawła w Sterdyni, założony w 1862 roku z dobrowolnych ofiar, staraniem Dra Sebastjana Rosickiego, oraz pp. Górskich, właścicieli Sterdyni. Budynek szpitalny drewniany, parterowy, z murowaną przybudówką, w której mieszczą się wanny, stoi na ziemi, należącej do dom. Sterdyni. Z tej racyi szpital opłacał 1 rs. 50 kop. rocznie czynszu dzierżawnego. W 1885 r. Siostry Mił. Szarytki zamienione zostały przez Siostry Mił. Elżbietanki. Etatowych łóżek 17. Nie posiadający kapitału (zaledwie dwa tysiące rs.), a liczący tylko na ofiarność ogółu, szpital św. Pawła stopniowo upadał, a ostatecznie od stycznia 1906 r. przestał funkcjonować. W szpitalu leczyło się około 300 chorych rocznie,ienne utrzymanie chorego wynosiło średnio 49 kop. na dobę.

VIII. Szpital w Milanowie, powstał w 1862 r. z funduszu ofiarowanych na ten cel (30,000 rs.) przez hr. Wandę z Potockich Caboga. W 1889 r. z powodu usunięcia przez rząd Sióstr Mił. Szarytek, właściciel Milanowa ks. Włodzimierz Światopełk-Czetwertyński, opierając się na woli testatorki (by chorymi opiekowały się Siostry Szarytki), szpital zamknął. Wyrokiem sądu okręgowego Siedleckiego, potwierdzonym w Warszawskiej Izbie Sądowej oraz w Senacie w Petersburgu, szpital ponownie został otwarty, z tą jednak różnicą, że zamiast Sióstr Szarytek wprowadzone zostały dozorcynie cywilne. Chorzy leczeni są bezpłatnie. O ilości leczonych chorych wiadomości nie posiadam, szpital bowiem, jako instytucja prywatna, sprawozdań nie podaje.

IX. Szpital św. Tadeusza w Wyrozębach, założony w 1873 r. przez właściciela dóbr Repki i Wyrozęby Tadeusza Doria-Dernałowicza, który jeszcze w styczniu 1862 roku zapisał na cel powyższy majątek Wyrozęby. Szpital na 16 łóżek mieści się w umyślnie na ten cel wymurowanym piętrowym domu. Do 1887 r. były w szpitalu Siostry Szarytki, poczem wprowadzono Siostry Elżbietanki. Majątek Wyrozęby, z którego dochód szedł na utrzymanie szpitala, z biegiem czasu przestał dawać dochody, nawet dawał niedobory i z tego powodu szpital od szeregu lat z trudnością egzystował. Przed rokiem szpital wraz z majątkiem Wyrozęby przeszedł na własność rodziny testatora i dziś jest instytucją prywatną, w której chorych dozorują po dawnemu Siostry Szarytki. W szpitalu leczyło się około 260 chorych rocznie; na każdego chorego wydawano po 60 kop. na dobę.

X. Szpital Żydowski w Siedlcach, założony w 1891 r. na 10 łóżek w umyślnie na ten cel wymurowanym domu. Myśl założenia szpitala powstała o wiele dawniej, mianowicie w 1869 r., kiedy b. Rada Opiekuńcza przeznaczyła na

⁴⁾ Od r. 1901 Administracja dóbr Biała odmówiła wydania serwitutów, wskutek czego prowadzony jest proces sądowy.

⁵⁾ Cyfry przeciętne z lat ostatnich.

ten cel 11,551 rs. Szpital jest subwencyonowany przez gminę żydowską, która corocznie płaci po 2000 rs. za swych ubogich chorych. Dla powiększenia dochodu w 1905 roku zbudowano przy szpitalu sklepy, które dają około 800 rs. rocznego dochodu. Szpital posiada oprócz tego 3784 rs. kapitału, lecz po 340 chorych rocznie, dzienny koszt utrzymania chorego wynosi średnio 72 kop.

Taką jest w krótkości historia szpitali w gub. Siedleckiej. Z tej historii widzimy, że od 20 lat nie powstał żaden szpital, że Sterdyński szpital ubył; od 40 przeszło lat nie powstała żadna myśl wybudowania szpitala.

W szpitalach tych leczą się bardzo mała część ludności, gdyż zaledwie $\frac{4}{10}\%$ ogółu, czyli $\frac{1}{180}$ część wszystkich chorych⁶⁾; szpitale te nędznie utrzymują swych chorych, wydając od 44 kop. (szpital w Łukowie) do 72 kop. (szpital Żydowski w Siedlcach), średnio po 57 kop. na jednego chorego na dobę. Jestto kwota bezwarunkowo za mała, dowodząca z jednej strony ubóstwa naszych szpitali, z drugiej zaś niezrozumiałej oszczędności, gdy to się dzieje w szpitalu zasobnym, jak np. w Białej.

Osobliwie sprawa żywienia chorych, ten najważniejszy czynnik w lecznictwie, jest u nas w szpitalach w zaniedbaniu. Na wyżywienie chorego wydaje się średnio po 19 kop. dziennie. Jestto kwota tak mała, że o racjonalnem żywieniu chorego mowy być nie może, czyli że chorzy poddawani są systematycznemu głodzeniu⁷⁾.

Jeżeli poza tem uwzględnimy brak należycie urządzonej kąpieli, nieodpowiednią wentylację, często brak czystej pościeli, dobrego opału i oświetlenia, niemożność odosobnienia chorych i t. d. i t. d., to dojdziemy do smutnego wniosku, że nasze szpitale w obecnej fazie są podobne do średniowiecznych przytułków dla nędzarzy⁸⁾.

Sprawność naszych szpitali w gub. Siedleckiej wobec powyższych warunków musi być słabą. Pomijając tę okoliczność, że nie posiadamy szpitali dla umysłowo chorych, brak nam przytułków położniczych, szpitalika dla dzieci, pracowni naukowych przy szpitalach i t. d.; nawet w zakresie zwykłych rękoczynów chirurgicznych wogóle stoimy dość słabo. Ta ostatnia okoliczność zależy w wielkim stopniu od lekarza szpitalnego; — im lekarz jest dzielniejszy, tem w szpitalu zawsze lepiej się dzieje. W każdym razie należy podziwiać naszych lekarzy, pracujących w małych szpitalach: z podziwu godną wytrwałością poświęcają oni czas i pracę, a muszą być nie tylko lekarzami, ale i intendentami, aptekarzami; muszą prowadzić obszerną korespondencję z gminami, powiatami, sądami, układać rozmaite sprawozdania i t. d. — jednym słowem muszą prowadzić całą kancelaryę z uszczerbkiem dla lecznictwa. I za całą tę pracę lekarz pobiera 200—300 rs. rocznie. To małe wynagrodzenie lekarza szpitalnego przy trudnych wogóle warunkach bytu lekarza na prowincyi również nie może przyczynić się do szybkiego postępu w naszych szpitalach.

⁶⁾ Według Pettenkofera na każdego zmarłego przypada 30 zachorowań. Przyjmując dla naszej gubernii 24% śmiertelności, mamy 24,000 wypadków śmierci, czyli 720,000 zachorowań. A że w szpitalach naszych leczą się 4111 chorych, to stanowi zaledwie 180-ą część.

⁷⁾ Szpitale berlińskie wydają po $3\frac{1}{4}$ marki (1.50 rs.) dziennie na chorego, z tego na żywienie 40% , co wynosi 60 kop.

⁸⁾ Męczkowski l. c.

Szpitale nasze, jak widzimy, są w upadku, rozwój szpitalnictwa i w całym kraju i w naszej gubernii prawie zamarł, społeczeństwo nasze w tym razie jest bezczynne, apatyczne. Czy my nie posiadamy poczucia ludzkości, że nie chcemy opiekować się naszymi ubogimi chorymi, czy też są tu przyczyny inne, od nas niezależne?

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy u nas zawsze tak źle bywało.

Gdy się zwrócimy do historii, to przekonamy się, że już w X i XI stuleciu istniały w Polsce szpitale (Hospitale, a także Xenodochium, Gerantocomium i t. p.)⁹⁾, które w następnych stuleciach szybko i znacznie się pomnożyły. Ludzie możni, powodowani miłością bliźniego i troską o duszne zbawienie, nie szczędzili kosztów na fundowanie i utrzymanie szpitali. Szpitale te miały na celu nie tylko opiekę nad chorymi, ale także nad sierotami, starcami, kalekami oraz wszelką nędzą. Szpitale te po miastach pozostawały przeważnie pod opieką zakonów (Bonifratrzy, Duchaki, Benedyktyni, Zakonnicy św. Jana Jerozolimskiego i t. d.), po wsiach zaś pod opieką plebanów. W każdej parafii istniał szpital-przytułek wraz z odpowiednim funduszem na utrzymanie kilkunastu osób.

W XVII w. wraz z początkiem upadku Polski, następuje również i upadek szpitali, które powoli tracą swoje fundusze i stopniowo chylą się do ruiny. Duchowieństwo wiejskie zaczyna zapominać o włożonych nań obowiązkach względem chorych i ubogich, a ostatecznie całe to urządzenie parafialne ginie w 1865 r. wraz z zabranieniem przez skarb posiadłości i funduszy katolickiego duchowieństwa¹⁰⁾.

Dziś w wielu miejscowościach przy kościołach parafialnych są domy, zwane szpitalami; jest to ślad dawnych pożytecznych urządzeń.

Co do szpitali miejskich, które w stuleciu XV i XVI widzimy w stanie kwitującym, a w XVII wieku w upadku, to można powiedzieć, że one wraz z odrodzeniem się społeczeństwa zaczynają również w XVIII wieku się dźwigać. W 1768 r. powstaje ustanowiona przez Rząd Rzeczypospolitej Komisya Dobrego Porządku, mająca na celu opiekę nad szpitalami. W czasach Księstwa Warszawskiego wprowadzono do szpitali stałą opiekę lekarską i szpital ówczesny miejski z przytułku zamienił się na właściwy szpital z przeznaczeniem do leczenia chorych. W 1817 r. zostają wprowadzone Rady Dozorcze, Ogólna w Warszawie, oraz Szczególne w Województwach. Rady Dozorcze, ściśle urzędnicze, nie wiele przyczyniły się do rozwoju szpitalnictwa, gdyż udział gmin oraz miast w Radach był bardzo nieznaczny, szpitalami kierowali urzędnicy, dla których sprawa szpitalna była tylko zajęciem pobocznym.

Rok 1832 jest początkiem rozkwitu szpitali. W roku tym przy Komisji Rząd. Spr. Wewn. utworzono Radę Główną Opiekuńczą, zawiadującą szpitalami i sprawami dobroczynności w Królestwie.

W skład Rady wchodziło: 1. Prezes mianowany przez rząd. 2. Prezydent m. Warszawy. 3. Wyższy duchowny. 4. Wszyscy opiekunowie szpitali Warszawskich. 5. Naczelnik

⁹⁾ Okolski. Szkic historyczny opieki nad biednymi w Polsce. 1878 r.

¹⁰⁾ O tych funduszach Rady Dobr. Publ. sprawozdań nie podają.

wydziału do spraw duchownych i oświaty publ. 6. Dwóch członków Rady Lekarskiej. 7. Prawnik, 8. Budowniczy. 9. Osoby prywatne, powoływane przez Radę.

Przy każdym szpitalu w Warszawie, jak i na prowincyi, istniały Rady Opiekuńcze Szczegółowe, składające się z lekarza szpitalnego oraz osób z miejscowej ludności, bliżej się interesujących sprawami filantropii. Rada Główna i Szczegółowe, wychodzące ze społeczeństwa i mające wpływ na nie, umiały skutecznie zainteresować ogół i oddziaływać na ofiarność publiczną, wskutek czego w okresie istnienia Rad Opiekuńczych (1832—1870) powstało u nas wiele szpitali lub też uczyniono przygotowania i zebrano środki do wzniesienia nowych. Praca szła planowo, Rada bowiem Główna, z siedzibą w Warszawie i władzą niemal autonomiczną, obejmowała całokształt szpitalnictwa i skutecznie zaradzała potrzebom kraju i potrzebom każdej miejscowości. Z 10 szpitali gub. Siedleckiej, 6 powstało w tym okresie czasu, a do otwarcia dwóch uczyniono odpowiednio przygotowania¹¹⁾.

Z biegiem czasu działalność Rad Opiekuńczych zaczęła być stopniowo krępowaną; na członków Rady przyjmowano tylko osoby wysoce prawomysłne, stopniowo zaprowadzano kontrolę państwową, w styczniu 1862 r. p. o. Namiestnika Król. Polskiego Jenerał-adjutant Lüders wydał okólnik, nakazujący, by o każdym zebraniu Rady był zawiadomiony miejscowy Naczelnik Wojenny w 1865 r. do szpitali zostaje wprowadzony język rosyjski oraz zastosowany rozkaz, by na posiedzeniach Rad był obecny Naczelnik Żandarmeryi, a ostatecznie w 1870 r. wychodzi ukaz Cesarza Aleksandra II, kasujący Radę Główną i Rady Szczegółowe, ustanawiający natomiast w guberniach i powiatach Rady Dobroczynności Publicznej, zależne bezpośrednio od Petersburskiego Ministerium Spraw Wewnętrznych. Od tej chwili datuje się upadek naszego szpitalnictwa.

Uczyniłem dość dużą wycieczkę w dziedzinę historii, by dać chociaż przybliżony obraz naszego szpitalnictwa czasów dawnych i doby ubiegłej.

To co powiedziałem o całym kraju, można powiedzieć i o gub. Siedleckiej i vice versa.

Do upadku naszego szpitalnictwa przyczyniło się wiele okoliczności.

Przedewszystkiem brak w Warszawie centralnego organu, któryby miał na widoku szerzenie higieny i opiekę nad zdrowiem ogółu, Departament bowiem Medycyny przy Ministerium Spraw Wewnętrznych w Petersburgu nie może dostosować się do wymagań i kulturalnych potrzeb krajów, w skład obszernego Państwa Rosyjskiego wchodzących.

¹¹⁾ Działalność Rad Opiekuńczych dla całego kraju była bardzo owocną: założono 47 nowych szpitali, wiele podźwignięto z upadku. Zebrano fundusze i poczyniono starania do założenia szpitali, których otwarcie nastąpiło już po skasowaniu Rad Opiekuńczych (szpitale w Augustowie, Będzinie, w Płocku, Siedlcach, Turkwi, w Wyróżbach). Rady Opiekuńcze pod koniec swego istnienia zaprojektowały i czyniły przygotowania do otwarcia szpitali, które do dziś nie są jeszcze otwarte (Ciechanowiec, Jędrzejów, Kałuszyn, Końskie, Lubartów, Nowo-Mińsk, Pińczów, Włoszczowa). Rady Op. pomyślały o pomocy położniczej przez założenie Instytutu Położniczego i Szkoły babek wiejskich, pomyślały i przygotowały się do założenia dużego szpitala dla obłąkanych (co uczyniono dopiero po 30 latach przez założenie szpitala w Tworkach), zaprowadziły szczepienie ospy, walkę z chorobami wenerycznymi, uporządkowały źródła lecznicze w Busku, Ciechocinku i Solcu i t. p.

Następnie ogromną rolę w sprawie upadku naszych szpitali gra okoliczność, że polskie społeczeństwo usunięte zostało od zarządu szpitalami. Dzisiejsze Rady Dobroczynności Publ. składają się prawie wyłącznie z urzędników i osób, nie wiele wspólnego z miejscowym społeczeństwem mających. Jeżeli zaś są pomiędzy członkami i miejscowi, to oni nie wiele dla dobra ogółu mogą uczynić, Rady bowiem nie cieszą się zaufaniem naszego społeczeństwa¹²⁾.

Rady Powiatowe składają się z 3 członków z urzędu (Naczelnik powiatu, pomocnik naczelnika i lekarz powiatu), oraz z członków z wyboru. Ci członkowie z wyboru bywają powoływani przez Naczelnika powiatu i również często są to osoby czasowo w danym powiecie zamieszkałe i obce miejscowej ludności¹³⁾.

Dla zapewnienia sobie wpływów donioślejszych, Rady poczęły usuwać ze szpitali Szarytki i wprowadzono Elżbietanki. Tak było w Białej, Sterdyni, Wyróżbach, Radzyniu i Mianowie. Niekiedy było to dla władz połączone z wielkimi trudnościami ze względu na odmienny warunek, wyrażony przez testatorów w akcie erekcyjnym szpitala. To zdarzyło się ze szpitalami w Milanowie i Wyróżbach. W aktach erekcyjnych tych szpitali za warunek podano, by w szpitalach pracowały Siostry Szarytki i by zapisane na rzecz szpitali dobra i fundusze przeszły z powrotem do legataryuszów lub ich spadkobierców, jeżeliby kiedykolwiek temu warunkowi zadość się nie stało. Gdy w 1887 r. Szarytki z tych szpitali usunięte zostały i spadkobiercy żądali zamknięcia instytucji, żądanie ich zostało uchylone przez władze administracyjne i sądowe.

Nowomianowane siostry Krzyżanki zazwyczaj prowadziły politykę na swoją rękę, czasami bardzo energicznie, np. zabraniały służbie szpitalnej rozmawiać pomiędzy sobą i z chorymi po polsku, upominały felczera, o ile ten z chorymi posiłkował się ich polską rodzinną mową, utrudniały wstęp do szpitala księdzu katolickiemu i t. p.¹⁴⁾.

¹²⁾ Przytoczę przykłady. (Sprawozdania urzędowe):

W 1908 r. do Składu Rady Gub. Siedleckiej wchodzi: prezes — gubernator, A. N. Wołżyn; Członkowie z urzędu; wice-gubernator O. M. Kobyleckij, prezes Izby Skarbowej N. A. Ofierjew, naczelnik Dyrekcyi Naukowej W. A. Kostylow, Inspektor lekarski W. F. Sprimon, radca gubernialny C. D. Kasiński. Członkowie z wyboru: Ochmistrz Dworu L. Górski, prezydent m. Siedlec A. Korsak, sekretarz magistratu A. Ostrowski, rz. rad. st. Dr. med. I. Maluszycy, właściciel majoratu N. M. Puszczyn, lekarz powiatu Dr. J. Maluszycy, rad. kol. W. W. Kirilłow, inżynier kolejowy C. P. Nieklukow, opiekun przytułków Formiński, kupiec i obywatel m. Siedlec N. J. Weintraub.

¹³⁾ Jako przykład przytoczę skład Rady pow. Sokołowskiego w 1901 r. Do Rady tej wchodzi z urzędu: Przewodniczący, Nacz. pow. L. N. Orzyckij, pomocnik Nacz. pow. W. N. Zajackowski, lekarz pow. S. Polkowski, oraz z wyboru: L. Górski, Ochmistrz Dworu, właściciel Sterdyni, K. M. Bezkiszkin, porucznik, Nacz. Straży Ziemskiej, K. Szabaryn, duchowny prawosławny, D. Olejnik, duchowny prawosławny, I. I. Ambroźewicz, poborca powiatowy.

W ostatnich latach pomiędzy członkami z wyboru spotykamy więcej nazwisk polskich, stanu jednak rzeczy to nie zmienia. Charakterystycznym jest fakt, że lekarz szpitalny do Rady nie należy i w praktyce jest bezpośrednio podwładnym Naczelnika powiatu, ten bowiem, jako prezes Rady, faktycznie rządzi szpitalem.

¹⁴⁾ W 1892 r. w tym okresie czasu, kiedy w instytucjach państwowych u nas wywieszano ogłoszenia z napisem: »zabrania się mówić po polsku«, pracowała w szpitalu Sterdynskim Siostra R. Siostra owa pomiędzy innymi strofowała felczera szpitalnego za to, że z chorymi rozmawia po polsku. Wskutek za-

Te i tym podobne fakty, jak łatwo się domyśleć, musiały znakomicie zniechęcać ludzi zamożnych do zapisów i ofiar na rzecz szpitali, nie mogli oni bowiem mieć pewności, że wola ich będzie uszanowana.

Przytaczam fakty powyższe, gdyż stanowią one cechę charakterystyczną w życiu szpitali naszych. Jestto część licznych faktów, świadczących, że do szpitali wprowadzono cele uboczne, niezgodne z istotnym i prawnym przeznaczeniem szpitala¹⁵⁾.

Jednym z następstw takiego stanu rzeczy było całkowite odsunięcie się społeczeństwa miejscowego od szpitali, co zresztą stało się w myśl ustawy z 1870 r. Jednym z objawów uchylecia się społeczeństwa polskiego było to, iż ofiarność na rzecz szpitali ustała prawie zupełnie. Tem się objaśnia fakt, że od 50 przeszło lat, t. j. od czasu zaprowadzenia dzisiejszych Rad Dobroczynności Publ., nie powstała u nas myśl założenia nowego szpitala, że szpital opierający swój byt wyłącznie na ofiarności publicznej, jak np. szpital Sterdyński, zmuszony był zawiesić swe czynności. Widocznym jest, że ludność polsko-katolicka, przeważająca liczbą (prawosławnych około 10%), na której barkach powinna spoczywać opieka nad szpitalami, instynktownie od nich stroni i woli nie podtrzymywać instytucji, mających na celu raczej co innego, niż niesienie rzetelnej bezinteresownej usługi cierpiącym. Ten objaw, jak już poprzednio zauważyliśmy, jest powszechny w całym kraju, a na Podlasiu występuje jeszcze jaskrawiej. Nietylko sfery zamożne i inteligentne są tego zdania, również i lud włościański zdaje sobie z tego sprawę i bardzo wyraźnie co do szpitala się wypowiada w swych uchwałach gminnych (w latach 1905 i 1906).

Niech mi wolno będzie jeszcze powiedzieć słów parę o Siostrach Miłosierdzia.

Rola Sióstr Miłosierdzia w szpitalach jest pierwszorzędną. Siostra Miłosierdzia zastępuje choremu matkę, siostrę, rodzinę. Siostra Szarytka, większą część dnia przebywając na sali chorych, żywa się z nimi, wtajemnicza w ich prywatne życie, zazwyczaj zna troski domowe chorych, ich stosunki rodzinne. Chory z lubością przeprowadza wzrokiem swą czasową opiekunkę, którą szanuje i do której się przywiązuje, — ta bowiem i rany mu opatrzy i pościel poprawi, pocieszy słowem i otuchy doda, wspólnie się pomodli i konającemu gromnicę poda, zmarłemu siostrzaną ręką oczy zakryje. Taką przywykliśmy widzieć Siostrę Miłosierdzia i taką jest ona powszechnie — cichą, łagodną, poświęcającą się, daleką od życia światowego.

biegów Siostry, Zarządzający Szkołą Felczerską w Warszawie przysłał do szpitala papier (1/IV 1892 nr. 27), polecający odebrać od felczera jego świadectwo aż do czasu ponownego zdania egzaminu z języka rosyjskiego. Taż sama Siostra R. nie pozwoliła pewnemu umierającemu ewangelikowi wypowiedzieć się, pomimo żądania chorego, przed księdzem katolickim; natomiast ofiarowywała usługi duchownego prawosławnego. Gdy chory na to się nie zgodził, sprawa oparła się o lekarza szpitalnego, który zmuszony był posłać do pastora ewangelickiego do odległego o 4 mile Węgrowsa.

¹⁴⁾ Artykuł 385 ustawy 1870 r. (Tom XIII Zbioru Praw 1892 r.) głosi: »Gubernatorzy obowiązani są czuwać nad ścisłym spełnianiem w zakładach dobroczynnych rozporządzeń rządu, a przedewszystkiem nad tem, by zakłady te nie wykraczały z granic ich przeznaczenia, gdyż mają na celu wyłącznie tylko dobroczynność«.

W gub. Siedleckiej do ostatnich czasów rzeczy miały się nieco odmiennie, gdyż większość szpitali obsługiwana była przez Siostry ze Stowarzyszenia św. Elżbiety, t. zw. Krzyżanki. Nie mogę nic złego powiedzieć o Siostrach »Czerwonego Krzyża«, działalność ich bowiem chlubnie się zapisała w Rosyi. Jako dozorcynie przy chorych i pomocnicze lekarzy, Siostry Krzyżanki po większej części stoją na wysokości swego zadania, u ludności jednak naszej nie mogą się cieszyć pełnym zaufaniem, na które skądinąd najzupełniej zasługują. Obce wyznaniem i językiem, a głównie tem, że są wyrazicielkami nieprzyjaznego nam kierunku, Siostry Krzyżanki zajęły miejsce usuniętych ze szpitali Szarytek. Zrozumiałą przeto będzie dla nas ta, nie powiem niechęć, raczej żal i nieułość mieszkanców Podlasia do Sióstr Krzyżanek.

W gub. Siedleckiej przez długi czas jeden tylko szpital Łukowski obsługiwany był przez Siostry Szarytki. W szpitalu tym, posiadającym zaledwie 20 etatowych łóżek, jest największa w gubernii frekwencja chorych, dochodząca do 1400 chorych rocznie. Jeżeli dla porównania weźmiemy dwa sąsiednie powiatowe miasta — Łuków i Radzyń, odległe od siebie tylko o 24 wiorsty, z równą mniejwięcej gęstością zaludnienia, z jednakową kulturą i zamożnością mieszkańców, z jednakowymi kapitałami (Łuków 17,740 rs., Radzyń 24,777), z jednakową ilością łóżek szpitalnych, to znajdziemy następujące cyfry wyjęte ze sprawozdań urzędowych:

Leczono chorych		
w roku	w Radzynie	w Łukowie
1891	156	810
1900	175	1174
1901	172	1203
1905	254	1192
1906	206	1233
1907	301	1221
1908	446	1415
1909	427	1096
średnio rocznie	267	1168

Zestawienie tych liczb jest wymowne. Chociaż na utrzymanie chorego szpital Łukowski wydaje o kilka kopiejek na dobę mniej, niż szpital Radzyński, chorzy widocznie wolą leczyć się w szpitalu w Łukowie. Gra tu niewątpliwie rolę owa nieuchwytna przyczyna, owo zaufanie, jakie chorzy mają do szpitala, obsługiwanego przez Siostry Szarytki.

Sumując wszystko tu powiedziane, dochodzimy do przeświadczenia, że upadek naszych szpitali nie zależy od apatii naszego społeczeństwa; przyczyna jest ta, że społeczeństwo, stopniowo usuwane od wpływu na kierownictwo swemi sprawami wewnętrznymi, usunięte również zostało od możności oddziaływania na bieg spraw szpitalnych. Powiem nawet, że ów upadek szpitali jest raczej objawem odporności naszego społecznego organizmu, który nie po-

trafi biernie poddać się z góry nakreślonym, a niekorzystnym dla niego planom.

Gdy przeszkody krępujące nasze życie i rozwój naszej kultury zmniejszą się, to przyjdzie kolej i na podniesienie naszego szpitalnictwa.

Społeczeństwo nasze zdaje sobie z tego sprawę, rozumie, że sprawa ta jest bardzo ważną, prawie równoznaczną z podniesieniem oświaty, — rozwój bowiem szpitalnictwa u nas ściśle jest złączony ze sprawą leczenia ludowego, z rozwojem higieny krajowej. Społeczeństwo rozumie, że dobrze urządzone i wzorowo prowadzony szpital nietylko służy do leczenia chorego, lecz jest zarazem szkołą, w której w poglądowej formie stosowane są zasady higieny.

A brak tej higieny, mnóstwo istniejących zakorzenionych przesądów i zazwyczaj towarzysząca temu wszystkiemu gruba ciemnota ludu podlaskiego aż nadto są widoczne.

Nie ja pierwszy zabieram głos w tej sprawie; byli przedemną godniejsi, którzy na szpaltach pism i w oddzielnych broszurach sprawę szpitalnictwa u nas poruszali. Przypomnę tylko Drów Męczkowski, Polaka, Sawickiego, Jakimiaka, Fidlera i innych. Głos mój jest tylko echem tego jęku, jaki w naszym Siedleckim Podlasiu co do braku szpitali i stosunków naszego szpitalnictwa powszechnie słyszeć się daje.

Stan położnictwa w powiecie Włodawskim

(w latach 1908—1910).

Podał

Dr Leonard Tokarzewski

(Włodawa).

Średnia roczna liczba ludności płci żeńskiej według statystyki powiatowej za lat 10 nie przekracza w powiecie Włodawskim za ostatnie trzy lata 62.576 jednostek; średnia liczba rejestrowanych rocznie porodów wynosi 4893, z tego noworodków płci żeńskiej 2456.

Licząc średnio 17. rok życia kobiety, kiedy rozpoczyna się jej macierzyństwo, wypada ¹⁾ 23.280 kobiet rocznie, zdolnych do zapłodnienia.

Z tej liczby należałoby odliczyć % starych w okresie przekwitania, jakoteż % bezdzietnych. Ponieważ jednak przyjąłem za ledwie 17. rok, jako początek macierzyństwa kobiety, gdy, jak wiadomo, następuje ono w naszych wsiach w pokażnej ilości przypadków w roku 15—16., i tem samem znacznie obniżyłem ogólną ilość kobiet zdolnych do zapłodnienia, a znowu % bezpłodnych jest stosunkowo bardzo niewielki ²⁾, więc okresu przekwitania nie biorę w rachubę i powiem, że kobiet zdolnych być matkami mamy w powiecie średnio 23.000;

¹⁾ $2456 \times 16 = 39.296$.
 $62.576 - 39.296 = 23.280$.

²⁾ Na 2200 kobiet w wieku 20—45 lat, badanych przeze mnie w tym kierunku, 30 wcale nie miało dzieci, co stanowi koło 1.4%.

rodzą one 4893 żywych dzieci rocznie, czyli płodność ich wynosi 21%.

Jednakże odsetek samych porodów będzie znacznie większy, jeżeli doliczyć tu przypadki poronienia i śmiertelność dzieci do przyjścia ich na świat, lub w pierwszych dniach po urodzeniu.

Zobaczmy, jaką pomoc lekarską mają zabezpieczoną te 23.000 kobiet przy łożu ich macierzyństwa i ile przypadków porodów i wogóle przypadków wykazania pomocy lekarskiej przy porodzie przypada faktycznie na każdego lekarza.

W całym powiecie Włodawskim ze średnią ludnością 124.000 niema nietylko zakładu, ani przytułku położniczego, ale wcale żadnej instytucji leczniczej. Dziewięciu lekarzy (nie licząc wojskowego, który ma swój wyłączny teren działania), zajmuje się prywatną praktyką lekarską, a ośmiu z nich praktyką położniczą — na każdego więc wypada 12.600 ludności, 2875 kobiet zdolnych do porodu, 612 samych porodów rocznie.

Poród prawidłowy zbyt rzadko u nas odbywa się pod okiem lekarza i całkowicie prawie należy do akuserek. Zobaczmy więc, jak często korzysta z pomocy wykwalifikowanych akuserek nasza ludność. W nadesłanym mi liście lekarza powiatowego czytam: »W całym powiecie mamy obecnie akuserek szkolnych 1, mających prawo praktyki 2, lekarzy 9. Przed laty 10 było akuserek 2, lekarzy 8; przed laty 20 lekarzy 5, akuszerka 1«. A więc 23 tysiące matek ma 3 akuszerki, 1631 porodów wypada rocznie na jedną babkę i to nie szkolną, która niby ma jakie takie pojęcie o rzeczy, nabyte praktycznie, która niby może udzielić stosunkowo prawidłowej pomocy rodzącej kobiecie!

Ale tak się przedstawiają tylko ogólnikowe, czysto statystyczne dane. W rzeczywistości sprawa ma się inaczej. Akuszerki mieszkają wyłącznie w miasteczkach, a na wieś do wieśniaka prawie nigdy nie bywają wzywane. Każda wieś, każde miasto poza akuszerką ma swój własny zastęp babek, w ręku których wyłącznie obraca się cała pomoc położnicza.

Na zapytanie, rozesłane wszystkim lekarzom w powiecie, ile porodów prawidłowych i patologicznych przeprowadzają rocznie, licząc w tem przypadki poronień i wydobycia łożyska, odebrałem w odpowiedzi zdumiewająco małe liczby.

Prawidłowych porodów przeprowadza lekarz rocznie od 0 do 30, patologicznych od 10—48. Ogólna ilość wypadków porodów prawidłowych i patologicznych, przez lekarzy przeprowadzonych, wynosi 224—254, co stanowi za ledwie 4.6%—5.2% ogólnej liczby porodów, a reszta 94.8%—95.4% zdana jest na łaskę i niełaskę babek, które gospodarzą, jak chcą.

To też i skutki tej ich opieki dają się odczuć stosunkowo wysoką śmiertelnością wśród położnic — powiadam stosunkowo wysoką, gdyż przy takiej opiece, jaką ma nasza położnica wiejska, należałoby oczekiwać jeszcze większego odsetka śmierci.

Statystyka powiatowa wykazuje, że na ogólną ilość przeszło 63 000 ludności płci żeńskiej umiera rocznie 1586. A więc na ogólną ilość kobiet, mogących być w ciąży, to jest na 23.000 jednostek, które stanowią $\frac{2}{5}$ ogółu, umiera

mniej więcej 634, co stanowi 2·7% ogółu kobiet mogących być matkami.

Taki odsetek śmiertelności przypada, powiadam, według statystyki powiatowej. Starałem się wedle możliwości sprawdzić go, zwracając się do lekarzy w powiecie z prośbą o wiadomość, jaką mają rocznie śmiertelność matek, 1) przy osobiście przeprowadzonych porodach, i 2) o ilu przypadkach śmierci położnic wiedzą rocznie tam, gdzie nie zawezwano pomocy lekarskiej.

Ankieta ta dała następujące średnie liczby: Śmiertelność matek przy porodach, przeprowadzonych osobiście przez lekarzy, waha się od 0 do 12%, według zaś wszystkich obliczonych przypadków stanowi 1·7% w stosunku do ogólnej liczby porodów osobiście przez lekarzy przeprowadzonych. Umiera zaś rocznie bez pomocy lekarza z chorób porodowych i poporodowych około 63 osób, co na 4893 porodów rocznie stanowi 1·25%, a więc razem z porodu i jego następstw umiera (1·7 + 1·25) 2·95% ogółu matek. Widać więc, że odsetek śmiertelności według statystyki powiatowej jest bardzo bliski odsetkowi śmiertelności według obliczeń lekarzy.

Uderza tu jedna rzecz, napozór paradoksalna, jedna jakby bardzo smutna dla lekarzy strona. Mianowicie według tylko co podanych liczb wypada, że odsetek śmiertelności porodów osobiście przez lekarzy przeprowadzonych jest większy od tego, gdzie chorej nie dotknęła ręka lekarska. Fakt ten wymaga wytłumaczenia. Po pierwsze, odsetek śmiertelności w pierwszym przypadku obliczony jest daleko ściślej, gdyż łatwiej lekarzowi wiedzieć o losie swoich chorych, niż o przypadkach wcale mu nieznanym, o których zaledwie trafem się dowiedział. Wogóle przypuszczać należy, że przypadków śmiertelnych, do których nie zawezwano pomocy lekarza, było znacznie więcej, ale tylko część ich zdołano zapisać. Po drugie, jak widzieliśmy, u wielu z lekarzy odsetek śmierci w osobiście przeprowadzonych porodach równa się zeru, pomimo że mamy przypadki prawie zawsze poważne, zawsze zaniedbane, gdzie do czasu naszego przybycia radzili i pomagali wszyscy, kto chciał i nie chciał, zakażając położnicę przez nieodpowiednie zabiegi, podejmowane zawsze nieczystą ręką; że wreszcie chore zwracają się do nas tylko w ostateczności, zawsze po stracie długiego czasu.

Jak dalece zwleka u nas ludność z zawezwaniem lekarza, poświadczą następujące fakty: Kolegę Krzyżanowskiego zawezwano na 8. dzień po porodzie do wydobywania łożyska; przez osiem dni oczekiwano, że może urodzi się samo. Dwa razy byłem przy łożu rodzących, u których przed 4—5 dniami wypadła rączka; w jednym przypadku babki rączkę wyrwały i gdy nie miały za co ciągnąć, wtedy dopiero uradziły posłać po lekarza. Znam przypadek w pobliskiej wsi, gdzie kobieta w ostatnich dniach ciąży dzień i noc krwawiła w ciągu trzech dni, a wreszcie zginęła bez pomocy lekarskiej, gdyż babki stanowczo sprzeciwiły się zawezwaniu lekarza. Analogiczny przypadek miał miejsce w innej sąsiedniej wiosce, gdzie chociaż zawezwany na drugi czy trzeci dzień lekarz rodzącą rozwiązał, ale położnica wskutek poprzedniego upływu krwi skonała prawie na jego rękę. Mnie samemu zdarzyło się być wezwanym w nocy do Kulczyna (30 wiorst od Włodawy) do pierwiastki, która dwie doby nie mogła urodzić płodu. Mąż jej na pytanie, czemu

nie przyjechał wcześniej, tłumaczył się, że go babka nie puszczała, i że nawet teraz tylko gwałtem wyrwał się, widząc, że żona traci już przytomność. Chora ta zmarła, zanim przybyliśmy na miejsce. Chyba dosyć przekonywających faktów, które dostatecznie oświetlają warunki, w jakich znajduje się jeszcze nasza wiejska położnica.

Nic zatem dziwnego, że odsetek śmiertelności w osobiście przez lekarzy przeprowadzonych porodach jest jakby większy od tego, gdzie lekarza nie było. Przeciętą 20-wiorstową przestrzeń, jaką każdemu z nas jechać wypada, brak czystej wody, miski, barłóg z grochowin zamiast czystego prześcieradła, zaniedbany przypadek, zakażone ręce bab, przy pomocy których wszelką operacyjno-położniczą pomoc udzielać się musi; — wobec tego wszystkiego odsetek śmiertelności 0—1·7 jest w rzeczywistości mały!

W tych warunkach, w jakich my pracujemy, nie jeden lekarz wielkomiejski, przywykły do wygod i otoczenia względnie przyzwoitego szpitala, pracujący wśród bardziej kulturalnego społeczeństwa, byłby często w wielkim kłopotcie i z trudnością niemałą sobieby poradził.

Jako powikłania w czasie ciąży i porodu dość często zdarzają się u nas krwotoki — 30 przypadków rocznie — a najczęstszą ich przyczyną bywa poronienie (10) i zatrzymanie łożyska (10), następnie przodowanie łożyska (7) i atonia macicy (3). Oprócz wymienionych przypadków raz krwotok nastąpił z powodu zaśnięcia groniastego (przypadek własny).

Po porodzie zaś prześladowe naszą położnicę gorączka połogowa. Z 2200 kobiet, wypytywanych o zaśląbnienia poporodowe, 1005 opowiada o gorączce i dreszczach na 3—7. dzień po urodzeniu dziecka, z czego wypada, że na gorączkę połogową zapada przeszło 45% ogółu rodzących i tu największy kontyngent przypada na położnicę wiejską — 24%, pozostałe 21% stanowią mieszkanki naszych miasteczek. Najczęstszą przyczyną śmierci również bywają zakażenia, spowodowane brudną ręką babek.

Dodać tu muszę, że nie tylko babki zajmują się u nas pokątną praktyką położniczą. Jeden z naszych lekarzy pisze mi: »Spotykałem się u położnic z radami lekarskimi aptekarza z Sosnowicy, w Parczewie zaś felczera; przypadek skończył się śmiercią z gorączki porodowej«. Te same fakta potwierdza i inny lekarz z Parczewa. Inny znowu kolega, który przez lat kilkanaście pracował w powiecie Włodawskim, przyczynę tej klęski widzi — »w braku oświaty u ludu, we wstrętnej taktyce akuszerki (tak nazywa babki) i nieludzkości aptekarzy, którzy nie skierowują opiekunów kobiet rodzących (ojców, mężów, matek) do lekarza, ale dają różne bezsensowne leki (sporysz, chininę, makowiec), pocieszając, iż to pomoże«...

Czy to jest praktyka filantropijna, gdzie choremu pomaga każdy, kto czem może? Myślę, że nie. Jest to praktyka, eksploatująca ciemnotę naszego ludu.

Wspomnę tu jeszcze o jednym fakcie. Chory epileptyk z okolic Włodawy jeździ i radzi naszemu ludowi, jak umie i może; — często słyszę, że bywa przy porodach, bada położnicę. Raz przysłał męża, by lekarz przywiózł narzędzie do wydobywania łożyska, gdyż u niego (powiem — na szczęście) takiego narzędzia niema. Lekarz pojechał i wydobyl łożysko, ale położnica na 3. dzień skonała wskutek zakaże

nia. W obronie owego amatora-położnika powiedzieć można, że to, co robi, robi jedynie w celu filantropii. Lud nasz wszelako wyszedłby lepiej, gdyby ów pan filantropię swą w inny sposób zechciał okazywać.

Fakty — powie ktoś — sporadyczne... Prawda, ale o jakiej ciemnocie ludu świadczą one, jak niski poziom etyczny wykazują u tych, którzy pod płaszczem filantropii eksploatują u ludu jego zdrowie dla swego zysku! To też lekarz w większości przypadków wzywany bywa na pomoc tylko w ostateczności — gdzie felczer, aptekarz nie pomógł, gdzie baby-akuszerki po długiej naradzie posłać po lekarza pozwoliły.

Pomoc nasza przy łożu rodzącej najczęściej w tych warunkach polega na embryotomii i wymóżdżeniu; obroty zaś i kleszcze używane są albo w miejscu pobytu lekarza, albo w bardzo pomyślnych przypadkach w okolicy.

Embryotomia, to »ultimum refugium« lekarza-położnika na prowincyi. Wiele matek zawdzięcza jej swe życie. Bez embryotomii lekarz na prowincyi nie mógłby się obejść, nie miałby czem ratować położnicy od niechybnej śmierci. Mamy najczęściej przypadki zapóźnione, położenie poprzeczne z wypadnięciem kończyn i pępowiny już nieżywych dzieci.

To też i śmiertelność płodów jest stosunkowo bardzo wysoka. Waha się ona od 6% do 30% w stosunku do ogólnej liczby osobiście przez lekarzy przeprowadzonych porodów. O odsetku śmiertelności płodów przy porodach bez lekarza nie mam żadnych danych.

Wyłuszczyłem, o ile mogłem, stan naszego położnictwa; nie jest onwprawdzie wyświetlony wszechstronnie i dostatecznie. Jednak niezupełnie w tem moja wina. Nie pozwalają na to z jednej strony brak danych statystycznych, gdyż statystyka czysto miejscowa nie jest u nas jeszcze praktykowana. Lekarze wolnopracujący na prowincyi rzadko prowadzą notatki, z których potrzebne dane możnaby poczerpnąć. Szpitala też nie mamy, a więc nie mamy ogniska, gdzie skupia się zwykle pokaźna ilość obchodzących nas przypadków. Z drugiej znów strony, kto próbował rozpocząć pracę w dziedzinie podobnej statystyki, ten niewątpliwie zrozumie wszelkie inne często nieprzewyciężone trudności, stające na każdym kroku w drodze. Tak, prawie niepodobieństwem jest obliczyć ilość starych kobiet w okresie przekwitania, jakoteż odsetek bezdzietnych, a liczby te mają wielką wagę przy obliczaniu ogółu kobiet zdolnych do porodu, przy obliczaniu ich płodności. Jeszcze bodaj trudniej obliczyć odsetek śmierci wskutek zakażeń połogowych; słowem, nasuwają się na tem polu zawikłania nieprzewyciężone.

Jednak i z tego, co powiedzieć mogłem, łatwo wnioskować o naszej biedzie i naszej potrzebie.

Największą biedą naszą jest wielki brak oświaty u ludu, a stąd jego eksploatacja przez każdego, kto wyzyskiwać chce i może jego wielką niedolę. Stąd wielka śmiertelność rodzących i położnic.

Drugą naszą biedą jest wielka nieuczciwość tych, którzy dla grosza biorą się nie za swoją robotę i śmierć przez to sięją.

Wielką potrzebą naszą jest szpital z dobrą organizacją pomocy lekarskiej. Ilu nieszczęściom zapobiedz, w ilu

cierpieniach ulgę przynieśćbyśmy mogli, mając tę niezbędną dla powiatu Włodawskiego instytucję!

Wielką potrzebą naszą są odpowiednio wykwalifikowane położne, z których jedna w każdej wsi naszej zamieszkać powinna, by najrychlejszą najpraktyczniejszą nieść pomoc rodzącej kobiecie, jeżeli nie uczynkiem, to rozumną radą.

Wreszcie obowiązkiem naszym jest wiedza o losie naszych chorych; a więc byłoby dobrze, gdyby lekarze na prowincyi wedle możności prowadzili odpowiednie zapiski o swych chorych, a mielibyśmy wtedy skąd poczerpnąć niezobite dane statystyczne.

Obyż nasze potrzeby jak najrychle zostały zaspokojone! Niech każda położnica doczeka jak najprędzej lepszej doli, by o jej losie przestał rozstrzygać ciemny przesąd zna-chorki, która patrzy obojętnie na upływ krwi nieszczęśliwej ofiary, aż do ostatniego jej tchnienia; niech jaknajprędzej doczeka, by przy jej łożu zawsze czuwała jeżeli nie opieka lekarza, to przynajmniej porada akuszerki szkolnej.

Wszystkim kolegom, którzy się przyczynili do niniejszej pracy, składam serdeczne wyrazy podziękowania.

O walce z rakiem macicy.

Napisała

Zofia Garlicka (Łódź).

Istnienie przypadków nieuleczalnych stwarza często w życiu lekarza-praktyka sytuacje niewypowiedzianie ciężkie. Wprost trudną do zniesienia staje się taka sytuacja wobec zaniedbanego raka macicy. Widzi się resztę życia skazanej na śmierć kobiety: szybko wzrastające wyniszczenie rakowate, bezsenne noce, niustępujące pod wpływem żadnych środków nerwobóle uciskowe, odrzę, jaką budzi jej obecność i w bliższej rodzinie i w towarzyszkach szpitalnych, tułaczkę z domu do szpitala i ze szpitala do domu. Świadomość całej tej nędzy czyni uczucie bezradności lekarza jeszcze bardziej dotkliwym. A nie są to sytuacje wyjątkowo rzadkie, gdyż w Niemczech np. na raka macicy umiera rocznie 10—15 tysięcy kobiet, choruje około 25 tysięcy. Sekcyje wykazują raka w 8—15% przypadków, z tego około 1/5 stanowią raki macicy.

Liczne próby sposobów zachowawczego leczenia raka, nie wyłączając surowic, zawiódły na razie. Prace naukowe, doświadczalne badania raka mogą mieć ogromne znaczenie dla przyszłych pokoleń, ustalając racjonalne podstawy zachowawczego leczenia. W rękach jednak współczesnego lekarza pozostaje jedyny sposób ratowania chorej na raka — przerwanie choroby przez doszczętne usunięcie chorego narządu.

Od czasu wprowadzenia przez Wertheima brzusznej operacji raka macicy z usunięciem zajętego przymacicza i zmienionych gruczołów, operacyjność raków macicy znacznie się podniosła. Niezbyt rozległe zajęcie pęcherza lub moczowodu również nie jest obecnie przeszkodą w doszczętnem operowaniu raka. Pomimo jednak tak daleko posuniętych wskazań operacyjnych i obecnie jeszcze znaczna

część zgłaszających się do klinik chorych zostaje uznana za nienadającą się już do operacji. (Schauta 0 = 50—60% Winter po przeprowadzeniu akcji 0 = 74%, Wertheim w seryi 500 przypadków średnio 43,2%). Technika poszczególnych chirurgów wzrasta, dowodzi tego zmniejszająca się śmiertelność pooperacyjna, która w ciągu 10 lat spadła u Schauty, przy postępowaniu pochwowem, z 8% na 4%, u Wertheima, przy postępowaniu brzuszem, z 24% na 11,5%, wzrastające odsetki dodatnich wyników późniejszych (u Wertheima brak nawrotu w ciągu niemniej jak 2 lat wśród zoperowanych raków z rakowato zwyrodniałymi gruczołami wynosi w drugiej połowie jego seryi 42,5%, gdy w pierwszej wynosił 29,2%). Jako wynik tych dwóch czynników widzimy wzrastające odsetki uleczonych w stosunku do wszystkich zgłaszających się o pomoc. Ta bezwzględna uleczalność jednak wynosi u Schauty zaledwie 13% w roku 1909 i 15% w r. 1910, u Wertheima w r. 1909 — 19%, t. j. wynik uważa się za doskonały, jeśli z każdych 100 kobiet, które się po pomoc zgłosiły, 20 pozostało w ciągu lat 5 po operacji bez nawrotu. Wertheim w książce swojej o rozszerzonej operacji brzusznej raka szyjki macicznej, wydanej w roku bieżącym, wypowiada zdanie, iż obecnie dalej posunięte wskazania już uleczalności bezwzględnej polepszyć nie mogą, bo będą zwiększać śmiertelność pooperacyjną. Zwiększenie uleczalności, poza doskonalszem opianowaniem techniki, uzależnia on jedynie od wcześniejszego operowania raków i zwiększenia dzięki temu odsetek ich operacyjności.

To samo twierdził Winter w r. 1902 i rozpoczął rozległą i energiczną akcję, mającą na celu umożliwienie wczesnego operowania chorych na raka macicy. Zapomocą zebrania odpowiednich wywiadów ustalono 3 czynniki, będące przyczyną zbyt późnego zgłaszania się chorych do chirurga: 1) niedbałość oraz strach przed badaniem i operacją samych chorych, 2) niedpowiednie zachowanie się położnych, 3) błędy w postępowaniu lekarzy domowych, do których się chore najpierw zwróciły. 31% zgłaszających się do polikliniki chorych na raka udało się tam od razu, 12% zasięgało uprzednio rady położnej, 57% — rady lekarza domowego. Z 30 położnych tylko 3, nie badając wcale chorej, odesłało ją zaraz do lekarza, 9 — skierowało do lekarza, lecz po uprzednim zbadaniu, 18 — zatrzymało chore w swojej opiece. Z lekarzy domowych 14% wcale nie zbadało ginekologicznie chorych na raka. Jaki wpływ na dalsze losy chorej ma zachowanie się tego pierwszego lekarza, pokazuje fakt, że z pośród chorych niebadanych zaledwie 38% nadawało się do operacji, wśród chorych zaś badanych 54%.

W kierunku usunięcia tych trzech przyczyn rozpoczął Winter energiczną akcję: rozesłał do pism codziennych artykuły, wyjaśniające uleczalność, doniosłość wczesnego rozpoznania i operowania raka macicy, oraz zaznajamiające publiczność z oznakami tej choroby; do położnych i lekarzy wystosował listy, w których donosił o wynikach zebranych przez siebie wywiadów, podkreślał niezbędność jaknajwcześniejszego skierowania chorej w odpowiednie ręce przy rozpoznaniu lub najlżejszem podejrzeniu raka, przypominał jego początkowe objawy. Skutek wystąpienia Wintera był ten, iż w następnym roku nie stwierdzono ani jednego większego błędu w rozpoznaniu raka ze strony lekarzy, błędy akusze-

rek były bardzo nieliczne, operacyjność podniosła się do 74% (dawniej 41—62%).

Akcję Wintera powtórzyły liczne towarzystwa ginekologiczne Niemiec. W końcu roku zeszłego hamburskie Towarzystwo oprócz listu do lekarzy wydało odezwę dla rozdawania chorym. Akcja ta znalazła również naśladowców we wszystkich prawie krajach Europy (Austria, Francja, Anglia, Szwajcarya, Holandia, Belgia, Dania, Norwegia, Szwecya) i w Stanach Zjednoczonych, uzyskała powszechną aprobatę na międzynarodowej konferencji o raku w Paryżu w jesieni roku ubiegłego. Jedynym zarzutem, jaki napotkała część akcji Wintera, skierowana do szerszej publiczności, była obawa wzniecenia wśród tej publiczności nieuzasadnionej paniki raka. Obawa ta jednak bez wahania uznana została przez ogół klinicystów za przyczynę niewystarczającą do zaniechania akcji, gdyż z wyjątkiem przypadków hipochondryi, łatwo jest rozwiązać obawę raka tam, gdzie go niema.

Winter prowadzi swą akcję dalej. Proponuje rozposzechnić ją na całe Prusy i wszelkie rodzaje raka, zrobić ośrodkiem tej akcji niemiecki Komitet centralny badania raka i za jego pośrednictwem odwołać się o pomoc do odpowiednich władz.

Ze podobna walka z rakiem u nas jest potrzebna, — nikt chyba nie wątpi.

Nie mamy dokładnych danych statystycznych, które-mibyśmy potrzebę tę zmierzyć mogli, jeśli jednak operacyjność raka macicy w Niemczech waha się między 25—75%, u nas natrafienie na raka niezaniebanego jest wyjątkową ucztą dla ginekologa. Świtalski podaje w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1896 18,5% raków szyi macicznej, nadających się do operacji, z zebranego z 13 lat materiału kliniki krakowskiej. Do powiatowego szpitala św. Aleksandra w Łodzi zgłosiło się w ciągu ubiegłego roku 9 chorych na raka macicy, co na ogólną liczbę 1350 chorych stanowi nikły odsetek 0,55%. Z tych 9 zaledwie 3 nadawały się do operacji doszczętej. Leczenie chorych ginekologicznych przez położne praktykowane jest u nas na szeroką skalę. Błędy wśród lekarzy nieraz się zdarzają, niejedyn ginikolog mógł je stwierdzić.

Już w r. 1906 Józef Jaworski podniósł w warszawskim Towarzystwie higienicznym potrzebę walki z rakiem macicy i podał projekt odpowiedniego kwestyonariusza do lekarzy i odezwy do kobiet. Dotychczas jednak nie została u nas przeprowadzona w tym celu żadna systematyczna akcja. Dla uświadomienia szerszej publiczności robi się tylko tyle, że się wspomina przygodnie o raku macicy w jakimś popularnym odczycie lub wydawnictwie z dziedziny higieny. W celu zmniejszenia szkodliwej działalności położnych Łódzkie Towarzystwo lekarskie wydało i rozpowszechniło w roku zeszłym odpowiedni list do położnych. Podobne sporadyczne wystąpienia nie mogą naturalnie odegrać żadnej poważniejszej roli. A jednak energiczna nieustająca walka z rakiem w Niemczech dała niezaprzeczenie doniosłe wyniki dodatnie. Prowadzą ją tam niezmordowanie poszczególne towarzystwa ginekologiczne. U nas największe może prawdopodobieństwo powodzenia jako inicjator takiej powszechnej akcji, mógłby mieć obecny Zjazd lekarzy prowincjonalnych. Poszczególne Towarzystwa lekarskie musiałyby prowadzić akcję, mającą na celu jak najwcześniejsze

zgłaszanie się kobiet do operacji. Rozporządzające większym materiałem szpitale mogłyby z roku na rok sprawdzać, jakie są skutki tej akcji przez wykazywanie zmian w odsetkach raków, nadających się do operacji.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. (18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcja medycyny wewnętrznej: 62) Prym. Witold Ziembicki (z oddziału wewn. II. powsz. szpitala krajowego we Lwowie): O cierpieniach przysadki mózgowej ze szczególniejszym uwzględnieniem materiału szpitala lwowskiego. — 63) Tenże: Przyczynki do parazytologii klinicznej. — 64) Doc. J. Hornowski i St. Rudzki: Przyczynki do nauki o istocie erytromelalii (z przedstawieniem preparatów histopatologicznych). — 65) M. Eiger (Kraków): Zależność załamka elektrokardiograficznego θ od pęczka Hisa-Tawary i wyjaśnienie t. zw. »atypowych« elektrokardiogramów.

Sekcja farmaceutyczna: 1) Zawalkiewicz Z.: O potrzebie ustalenia niektórych jednostek i norm w ordynacjach lekarskich. 2) Tenże: Polskie słownictwo farmaceutyczne. 3) Tenże: Reforma studyów farmaceutycznych w Austrii. 4) B. Gładych: Towaroznawstwo apteczne a przemysł farmaceutyczny. 5) Tenże: Stan piśmiennictwa zawodowego w Polsce w zaraniu XX wieku. — Z działalnością Sekcji połączona będzie Wystawa przemysłu farmaceutycznego w lokalu Ligi pomocy przemysłowej przy ul. Straszewskiego l. 28 (naprzeciw Uniwersytetu).

Sekcja okulistyka: Temat ogólny: Etyologia i postacie kliniczne zapalenia języczkowego. Sprawozd. r. dw. Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch. — Odczyty: 1) Doc. Noiszewski (Petersburg): O jaskrze niezapalnej. 2) W. Witaliński (Kraków): Przypadki jaskry po operacji zaćmy. 3) Edm. Rosenhauch (Kraków): Cataracta e lactatione. 4) Kleczkowski (Kraków): Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. 5) Szafnicki (Kraków): Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego. 6) Tenże: Ulcus serpens w uniwersyteckiej klinice krakowskiej w latach 1900—1909. 7) Lewicki (Kraków): Pyocyanaza w okulistyce. 8) R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego. 9) Tenże: Niezwykle ciężki przypadek choroby Basedowa. 10) Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe. 11) Prof. K. W. Majewski (Kraków): Nowy refraktometr, demonstracja przyrządu i objaśnienie metody badania. 12) Kamocki (Warszawa): Z kazuistyki śródłonniaków naczyńki. 13) Ziemiński (Warszawa): Zaburzenia psychiczne, a operacje oczne. 14) Prof. Adam Bednarski (Lwów): Uwagi o zapaleniu pryszczycowym spojówki i rogówki. 15) Bałaban (Lwów): Temat zastrzeżony. 16) Prof. Machek (Lwów): Temat zastrzeżony. 17) Z. Kramsztyk (Warszawa): Temat zastrzeżony. 18) Wulfson (Warszawa): Temat zastrzeżony. 19) Kuropatwiński: Demonstracja umywalni dla okulistów praktyków.

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie mianowało z okazji dwudziestopięciolecia swego istnienia członkami honorowymi następujących lekarzy:

Z Łodzi członków założycieli: M. Cohna, J. Kolińskiego, i H. Rundę.

Z Królestwa: F. Arnsteina (Kutno Ciechocinek), Prof. J. Baranowskiego (Warszawa), K. Chełchowskiego (Warszawa), A. Czaplickiego (Kielce), H. Dobrzyckiego (Warszawa), S. Goldflama (Warszawa), H. Fidera (Radom), T. Herynga (Warszawa), A. Jaworowskiego (Lublin), A. Macieszę (Płock), J. Majkowskiego (Radom-Warszawa), W. Męczkowskiego (Warszawa), F. Neugebauera (Warszawa), A. Puławskiego (Warszawa), M. Reichmana (Warszawa), L. Rutkowskiego

(Płońsk), B. Sawickiego (Warszawa), A. Sokołowskiego (Warszawa), A. Troczewskiego (Kutno).

Z Galicji: Prof. T. Browicza (Kraków), Prof. N. Cybulskiego (Kraków), W. Czyżewicza (Jarosław), Prof. A. Gluzińskiego (Lwów), Prof. Jurasza (Lwów), Prof. H. Kadyiego (Lwów), Prof. K. Kostaneckiego (Kraków), A. Kwaśnickiego (Kraków), Doc. J. Mazurkiewicza (Lwów), Prof. P. Pieniążka (Kraków), Prof. L. Rydygiera (Lwów), J. Walczyńskiego (Tarnów).

Z W. Ks. Poznańskiego: F. Chłapowskiego (Poznań), J. Święcickiego (Poznań), Szumana (Toruń).

Do tej chwili członkami honorowymi Towarzystwa byli: W. Biegański (Częstochowa), Prof. Jakubowski (Kraków), Prof. Kosiński (Warszawa) i J. Lohrer (Łódź).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24. V. b. r. posiedzenie, na którym prym. Dr Borzęcki przedstawił chorych ze swego oddziału, a Dr Nowaczyński miał zapowiedziany wykład.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Karol Horak, rodem z Krakowa, Jan Porębski z Królestwa, Zygmunt Leszczyński z Bazaru, Ludwik Rudolf Król z Rychwałdu, Maksymilian Krengel i Marya Schönberg-Gemsa z Krakowa, Mieczysław Maryan Offmański, z Magnuszewa w Król. Pol. i Józef Szymanowicz z Zakliczyna w Galicji.

— Dr Jakób Baschkopf, lekarz pułkowy w stanie spoczynku, odznaczony został stopniem lekarza sztabowego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. V. do 27. V. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 3 † 1, ospy wietrznej 4, płonicy 12 † 7 (7 † 5), odry 14 † 1 (9 † 1), duru brzuszego 4 † — (3 † —), róży 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 1, wąglika 1, jaglicy 18.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo higieniczne wybrało swym prezesem Dr J. Polaka, wiceprezesem Dr Bączkiewicza, skarbnikiem Dr J. Szwejcera, sekretarzem Dr W. Dąbrowskiego.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało w darze: na ogólne swe cele od p. Floryana Rakowskiego dla uczczenia pamięci ś. p. Floryana Giżyckiego rb. 500, na fundusz im. ks. J. T. Lubomirskiego od p. Stefana Dziewulskiego rb. 500; na Instytut biologiczny: za pośrednictwem p. Edw. Natansona od bezimiennego ofiarodawcy rb. 5000, od p. Edw. Natansona rb. 1000, od Dr E. Zielińskiego rb. 1000, od Dr K. Chełchowskiego rb. 500, od Dr Z. Dmochowskiego rb. 1000.

— Na posiedzeniu komisji antropologicznej przy Wydziale II Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 13. bm. odczytana została praca p. Stefana Sterlinga p. t.: »Wskazówki do badań nad dziedzicznością cech psychicznych«, mająca wejść do »Instrukcji do badań antropologicznych i etnograficznych«, opracowywanej w łonie komisji.

Z różnych stron. Ważna zmiana zajdzie obecnie w nowej austriackiej ustawie wojskowej co do odbywania służby jednorocznych ochotników medyków. Dotąd służyli oni pół roku pod bronią, a drugie pół po doktoracie w szpitalu wojskowym, w randze zastępczych lekarzy asystentów. Obecnie zaś pod bronią służyć będą podobno słuchacze medycyny tylko 3 miesiące i to w czasie feryi letnich, tak, że przez to nie tracą nic ze studyów. Po doktoracie zaś służyć będą jako lekarze-asystenci 9 miesięcy, z tego 6 w szpitalu, a 3 przy pułkach. Przez to zyskają obie strony, bo i częściowo usunięty zostanie wybitny brak lekarzy wojskowych, i słuchacze medycyny półrocza nie stracą.

— W armii austriackiej wprowadzono także leczenie salvarsanem, ale z wielu zastrzeżeniami. I tak leczenie to może być prowadzone jedynie w szpitalach garnizonowych, i to pod okiem specjalistów dermatologów. Leczenie, jak na razie, odbywać się ma w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych i to w przypadkach złośliwych z licznymi nawrotami tam, gdzie rtęć nie skutkuje lub stosować jej nie można. Na leczenie salvarsanem należy uzyskać zezwolenie chorego, co powinno być zaznaczone w historii choroby (Vormerkblatt) podpisem chorego, a leczeni mają być po wyleczeniu nadal ściśle obserwowani.

Kl.

— Urządzenia sanitarno-polowe ulegają w Austro-Węgrzech korzystnym zmianom. Do najważniejszych zmian należą: wprowadzenie w konnicy po dwóch konnych sanitaryuszach przy szwa-

dronie i podział szpitala wojskowego polnego (dawniej 600 łóżek) na trzy oddziały po 200 łóżek, a górskiego na dwie sekcje po 100 łóżek. X.

— Zakład badania radu w Wiedniu, pozostający pod dyktando Dr Exnera, otrzymał półmilionowy zapis Dr Kupelwiesera; zakład rozporządza 3 gramami radu, wartości miliona koron. X.

— Lekarze peszteńscy, wobec złych doświadczeń przy stawianiu ogromnych szpitali w jednym miejscu, postanowili przy projektowaniu nowego szpitala w Peszcie żądać wystawienia zamiast niego kilku mniejszych na różnych punktach miasta. X.

— Austriackie ministerium spraw wewnętrznych poleciło krajowym władzom politycznym oddawać do leczenia szpitalnego młodzieńców, których komisya poborowa uwalnia od służby wojskowej z powodu jaglicy i starać się o to, by szpitale cywilne każdej chwili takich chorych przyjmowały i nie wypuszczały przed zupełnym wyleczeniem. W przypadkach, w których niemożliwe jest oddanie chorego do szpitala, ma władza postarać się o leczenie chorego u prywatnego lekarza. Lekarze rządowi mają prowadzić wykaz tych młodzieńców, na jaglicę chorych, a do służby wojskowej obowiązanych. Po wyleczeniu mają tacy chorzy stawać ponownie przed komisją poborową.

— Z powodu planu założenia miejskiego uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem powstało wielkie zaniepokojenie w sąsiednich uniwersytetach w Marburgu i Giessen, obawiających się konkurencyi i utraty słuchaczy, których pewnie przyciągną do Frankfurtu zakłady urządzone nowoczesnie i pobyt w dużym mieście. W ostatnich nadto czasach podobno miasto Hamburg nosi się też z myślą założenia swego uniwersytetu. X.

— Bardzo dobre wyniki osiąga w Darmstadt utworzone przez tamtejsze Koło pań schronisko dla niemowląt. Śmiertelność zmniejszyła się z 16% na 9,3%. Gdyby tak było w całych Niemczech, to rocznie ratowanoby przeszło 130.000 niemowląt od śmierci, a więc więcej, niż umiera na raka lub gruźlicę, na których zwalczanie wydaje się olbrzymie sumy. Postępowanie w Darmstadt jest proste: Po porodzie odwiedza położnicę siostra-dozorczyni, poucza o karmieniu, ewentualnie zachęca, by matka z dzieckiem zgłosiła się do kontroli do schroniska, lub kontroluje matkę co pewien czas sama. (Podobna instytucya powstała także w Krakowie przy Domu samarytańskim Panien Ekonomek i będzie prowadzona przez obznajomionego dokładnie z tą sprawą pedyatrę). X.

— W Brukseli zaczął wychodzić obszerny słownik lekarski, obejmujący wszelkie nazwy lekarskie w językach: łacińskim, francuskim, niemieckim i holenderskim. X.

— W Anglii przeznaczył rząd z nadwyżek kasowych półtora miliona funtów (30 milionów koron) na budowę sanatoriów dla robotników.

— O znacznym zwiększeniu się liczby chorych na kamienie dróg moczowych donosi Lardy z Genewy, kładąc to zgodnie z Höttingerem na karb spożywania wielkiej ilości mięsa baraniego. Właśnie w krajach, gdzie ludność żywi się baraniną (Turcja, Syria, Anglia, Arabia, Węgry) są też kamienie moczowe częste. X.

— We Francji postanowili lekarze celem ograniczenia wpływu słuchaczy na medycynę, czynić starania, by wprowadzono bardzo surowe egzamina wstępne z nauk przyrodniczych, co zarazem podniesie poziom wykształcenia lekarzy. X.

— Towarzystwo »Société obstétricale de France« ze względu na przerażające wprost liczby sztucznych poronień (36.000 rocznie) zwróciło się wprost do kobiet francuskich z odezwą, przedstawiając skutki tego nierozsądnego postępowania. 6% kobiet, (a więc z ogólnej liczby niemal 2000) traci przytem przez lekomyślność życie. X.

— Dane statystyczne o częstości raka podał Bertillon na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu. Mianowicie rak występuje

w Francji obecnie znacznie częściej, a zwłaszcza w okolicach północnych, co stwierdzono i w innych krajach (np. w Anglii w ostatnim pięćdziesięcioleciu liczba schorzeń na raka potroiła się). W samym Paryżu zwiększyła się zwłaszcza częstość raków przewodu pokarmowego. W roku 1909 zmarło we Francji aż 34.053 osób na raka. X.

Mianowani: Prof. Schaffer z Wiednia profesorem histologii i embryologii w Gracu.

Zmarli: Ginekolog Prof. Hennig w Lipsku.

Dr Izidor Jurowicz, wieloletni prymariusz szpitala izraelskiego, prezes Stowarzyszenia izraelitów postępowych, w 60 r. ż. w Krakowie.

Redakcyja otrzymała: M. Eiger: 1) Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych. Warszawa 1911. 2) Przyczynki do sprawy miesienia serca w świetle elektrokardiografii. Kraków 1910. 3) Metoda elektrokardiograficzna, jej znaczenie oraz zastosowanie kliniczne. Kraków 1911. 4) O działaniu hemolitycznym i hemoaglutynującym wysoku i t. d. Kraków 1910. 5) O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia. »Med. i Kron. lek.« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1911.

Gazeta lek. Nr 18—21. Kino: O zahamowaniu skurczów dodatkowych przedsionkowych. Przyczynek do nauki o tętnie zwolnionem (18). — Dunin-Karwicka (c. d. 18—21). — Spielrein: Kilka słów o nakłuwaniu osierdzia przy zapaleniu wysiękowym (19). — Biernacki: Rola biologiczna potasu (20—21). — Gębarski: Dwa przypadki choroby Addisona (21).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18—21. Pechkranc (dok. 18). Borzęcki T. (dok. 18—19). — Stefan Kramsztyk: O znaczeniu klinicznym wydzielanego w moczu fosforu u niemowląt, karmionych naturalnie i sztucznie (19). — Hertz: O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca (20). — Pechkranc: Moczówka prosta oraz niedorozwój całego ciała, jakoteż narządów płciowych (zespół przysadkowy) (20—21). — Mintz: O samoistnych rozszerzeniach przelyku (21). — Dembicki: Kilka słów o źródłach ciechocińskich (21).

Tygodnik lekarski Nr 18—21. Wilenko (dok. 18—20). — Tomaszewski Z. (dok. 18). — T. Zalewski: Przyczynek do operacyi wewnątrzszusnych (19). — W. Orłowski: Jeszcze kilka słów o objawie różnicy ciepłoty pod pachą i w odbytnicy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego i o mojej metodzie badania wyrostka (19). — Rothfeld: Przypadek polyneuritis meniriformis (20). — Halban: O porażeniu postępowem w wieku młodocianym (21). — Papée: Syphilis d'emblée (21).

Neurologia polska. Tom I. Zesz. 6. Bregman i Krukowski: Przyczynek do nowotworów kąta mostkowo-mózdkowego. — Flatau i Wł. Sterling (dok.). — Borowiecki: Przyczynek do poznania mechanizmu psychologicznego urojeń prześladowczych. — Rotstadt: O próchnieniu kręgów bez garbu w wieku podeszłym.

Przegląd chorób skór. i wen. Nr 1. i 2. Serkowski i Kraszewski: Badanie stopnia kwasowości moczu i stosunek kwasnych związków do zasadowych.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. IV. Z. 3. Ad. Majewski: Sprawy zapalne kości klatki piersiowej i ich leczenie operacyjne. — Wrześniowski: Leczenie otwarte gruźlicy stawów ropnej.

Przegląd higieniczny Nr 5. Lewicki (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 5. Zwierzchowski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 9. Z rozmyślań lekarza. — Lekarze w Poznańskim. — Zdrowie publiczne w państwie rosyjskiem. — Klęsk: O publikacyach lekarzy praktycznych.

Głos lekarzy Nr 10. Legeżyński (dok.). — Udział lekarzy w pojedynkach. Ankieta międzynarodowa (c. d.). — Mikołajski: Z I. austriackiego kongresu przeciwgruźliczego.

Naturalna

143

Najobfitsza alkaliczna

Szczawa Bilińska

(sód-lit) szczawa

Czech.

Przeгляд zdrojowo-kapielowy Nr 2. Zanietowski (dok.). — Inwestycje Krynickie.

Nasze Zdroje Nr 4. Wybory do parlamentu a zdrojownictwo. — Z doby odrodzenia Krynicy. — Przeгляд zdrojowisk. — Międzynarodowa wystawa higieniczna w Dreźnie. — Nasze komisje zdrojowe.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w niezbytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Leczniczy Sok borówczany dla dyabetyków

poleca 135

Wojciech Olszowski
Kraków, Mały Rynek róg ul. Szpitalnej.

OD 500 LAT LECZA

słynne, naturalnie gorące (36—42° C) nie ochłodzone, radioaktywne cieplice siarczane i kąpiele błotne miejsca kąpielowego

TRENCSÉN-TEPLICZ

Górne Węgry

Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń

DNE, GOŚCIEC ETC.

Hotel z kąpielami razem zbudowany. Cały rok otwarty. Doskonałe umiarkowane pensjonaty wiosenne. Nowe budowle kosztem 1 1/2 miliona. 50

Nowe kąpiele!

Wspaniałe położenie.

Nowy Grand-Hotel!

Do leczenia domowego wysyłka błota i wody ciepliczej. Prospekt: Dyrekcja kąpiel!

Dr Aleksander Kulczycki

po specjalnych studyach klinicznych we Lwowie, Wiedniu i Paryżu 291

ordynuje w IWONICZU.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dn. 7. czerwca 1911 o godz. 6 wieczór. w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr J. Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera. Sero-dyagnostyka raka. 2) Dr K. Weber: Dziegieć z węgla kamiennego w leczeniu chorób skórnych.

Bakterye Bułgarskie

bacillus bulgaricus Massol

czyste hodowle w bulionie, w ampulkach zawierających 10 cc.

wyrabia

Mr. HENRYK BANKE

apтека pod »Aniołem«

Kraków, Półwie ul. Kościuszki 1. 4. Tel. 1118.

Wskazania: Endometritis cervicalis, metro-endometritis corporis, erosio, fluor albus.

Wyrób pod dozorem lekarskim.

Proszę uprzejmie zapisywać

Bulgarin Banke

scat. original.

240

(pudełko zawiera 6 ampulek).

Najczystsze, najwygodniejsze leczenie wcieraniami!

MERCUROCRÉME

Sec. Dr Rosenberg.

Wcieranie przez 3—5 minut. Nie wala bielizny.
Wolny od tłuszczu i zapachu. 82

Najnowsze sporządzenie:

Mercurocreme mite . . . 1 pudełko à 10 dawek à 3 g. 22 1/3% Hg = 2 g. 33 1/3% Hg.
Mercurocreme normale . . . 1 " " 10 " " 3 " 33 1/3% Hg.
Mercurocreme forte . . . 1 " " 10 " " 3 " 55% Hg. = 5 g. 33 1/3% Hg.

Dawne sporządzenie:

1 graduowana tuba à 30 g. 33 1/3% Hg. Cena każdej paczki 2 Korony.

Stern-Apotheke, Budapest. VIII., Rákóczy-út (Ecke Josefsring).

Dr Władysław Kluger

b. Asystent kliniki med. Uniw. Jagiell., b. Aspirant I. kliniki med. Prof. Noordena w Wiedniu 285

ordynuje od 15 maja b. r. w MARYENBADZIE „Stadt Hannover“ Kirchenplatz.

Xeroform

zupełnie nie trujący proszek do zasypywania ran

Nie drażni, daje się wyjąłować, wysusza, silnie odwa-
nia, pobudza bardzo bujanie nabłonka. Zmniejsza two-
rzenie się wydzielin rany i zmniejsza przez to niebez-
pieczeństwo zakażenia. Środek swoisty przy sączą-
cych wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.

Creosotal „Heyden“ 2 a

Duotal „Heyden“

dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszyst-
kich chorobach zakaźnych dróg oddechowych
(suchoty płucne etc.)

Creosotal i Duotal „Heyden“ najstarsza marka

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden

Radebeul-Dresden.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld—Leverkusen a. Rh.

ASUROL

łatwo rozpuszczalny we wodzie, niedrażniący

przetwór rtęci

dla leczenia kity

do podskórnego i śródmięśniowego stosowania.

In subst. à 1, 5, 10 g.

W ampulkach à 2 ccm. 5% roztworu.

»Opakowanie oryginalne Bayer«.

7

Zastępca na Austro-Węgry:

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak tran Lahussena w 100 gr. tranu 0:20 jodku
żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie
Meyera, jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym sku-
tkiem zalecany w chorobach płuc, zółtach, niedokrewności i t. p.
Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce
po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

W Łwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Prze- powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokre-
wnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie
przez dzieci i kobiety

Wystawa big. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medału złotego.
Odnaczone kilkakrotnie. — Przeszło 7000 orzeczeń lekar-
skich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo, c. i k. dostawca Dworu

Triest-Barcola.

43

Maltyl „Gehe“

(Suchy wyciąg słodowy)

Rozbiór: ca. 90% rozpuszczalnych węglowodanów,
7% rozp. białka i ponad 2% soli odżywczych.

Wybitny środek wzmacniający

dla osób osłabionych i ozdrowieńców.

Flaszki oryg. à 125,0 250,0

Cena: K 2.— 3.50

Triferrin-Maltyl

znakomicie wypróbowany

środek wzmacniający

Flaszki oryg. à 100,0 250,0 w praktyce kobiecej i dziecięcej

Cena: K 3.— 5.—

Gehe & Co., A.G., Dresden-N.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Dra Emmerich'a Sanatorium Baden-Baden. — Założ. 1890 odnowione
1910/11 dla nerwowo-chorych

Morfina-Alkohol

Leczenie odzwyczajające w łagodn. formie, bez przymusu. Prospekty. Właśc.
i kierown. Dr Arthur Mayer. 49

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Doc. Dr Gabryszewski, lekarz zakładowy.
Dr Turzański Grzegorz Jarosław, lekarz zakładowy (od końca kwietnia do końca września).

Kosów.

Dr Tarnawski, właśc. lecz., otwart. od 1 maja do końca paźdz.

Krynica.

Dr Cereha Maksymilian, („Domek Szwajcarski“).
Dr Dębiecki Klemens, ordynuje od 20 maja (pod Jeleniem).
Dr Lewicki Stanisław, willa pod „Trąbką“.

Kudowa (Szląsk).

Dr Brodzki Jan, (zimą w Helouanie w Egipcie).

Rabka.

Dr Lang O., Willa „pod Luboniem“.
Dr Supiński E., lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr Regiec Jan, lekarz zakładowy, (utrzymuje także przez lato zakład ortopedyczny).

Swoszowice.

Dr Zanietowski, kąpiele siarczane i mułowe radiocynne.

Szczawnica.

Dr Gorski Xawery.
Dr Hammerschlag Rudolf.
Dr Kołaczkowski, ord. i prowadzi pensjonat hidropatyczny.
Dr Kruszyński Kazimierz, Radea.

Truskawiec.

Dr Gerns Kazimierz, lekarz zakładowy, ordynuje jak dawniej od maja do końca września.
Dr Pełczar Zenon.
Dr Präschil Tadeusz.

Żegiestów.

Dr Piotrowski Tymoteusz, Radea cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austrii).

Dr Feuerstein Leon, Villa „Söllradl“.

Bad Nauheim.

Dr Lowiński Zygmunt, Fürstenstr. 14, róg Karlstr. Tel. 271.
Dr M. Wolfheim, Reinhardstrasse 1. Telefon 47.

Cieplice Tenczyńskie.

Dr Filipkiewicz Stefan, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr Steinsberg Leopold, Zakł. leczn. („Villa Dra Steinsberga“).
Dr Zeitner Józef, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr Bulikowski, Radea ces. Villa „Höflinger“ IV.

Karlsbad.

Dr Maciąg Adam, b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., ordynuje Alte Wiese „Dom Börse“.

Kołobrzeg.

Dr Kramsztyk Stefan, b. asystent berlińskiej kliniki chorób dzieci. Pensjonat Polski. Promenada 26.

Kissingen (w Bawarii).

Dr Chłapowski F., Radea san. Prinzregenterstr. 1, także pensjonat dyetetyczny własny.
Dr Maciejowski J., kierownik i właściciel Sanatorium „Quo vadis“, Ludwigstr. 16. Zakład otwarty od maja do października. Prospekty i wyjaśnienia odwrotnie.
Doc. Dr Modrakowski, willa „Elsa“.

Marienbad.

Dr Eichhorn Ferdynand, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.
Dr Kwiatkowski St. Benedykt, od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“ (od 1 października do 1 maja w Meranie, „Haus Venosta“).
Dr Liebeskind Józef, ord. jak dotychczas Haus Kronprinz.