

KRYTYKA LEKARSKA.

Dr. Ig. Baranowski

O ETYCE ZAWODU LEKARSKIEGO.

z powodu książki

Władysława Biegańskiego: *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej.*—Warszawa, 1899.

Str. 91

Na wszystkich polach ludzkiej działalności ujawnia się powszechne prawo integracji i specjalizacji pierwotnie jednorodnych w sobie czynników. Istota samego życia i jego rozwoju polega na wydaniu coraz nowych indywidualnych objawów, które wyrastają wprawdzie, niby konary, ze wspólnego pnia, ale pomimo to, z biegiem czasu, różniczkują się coraz bardziej i przyjmują tak odrębne kształty, że trudno w nich dopatrzeć się wspólnego źródła. Dość porównać w tym względzie liście, kwiaty i owoce drzewa z korzeniami i pniem.

Nie dziw tedy, że i etyka, jako nauka o zasadach ludzkiego działania, dawała się pierwotnie streścić bądź w dekalogu, bądź w szeregu reguł życiowych, wygłaszanych przez siedmiu mędrców greckich. Z biegiem zaś czasu stała się rozległą nauką o dobrach, jako środkach ludzkiego działania, o obowiązkach, jako celach i zadaniach tego działania, i wreszcie o cnotach, jako sposobach prawidłowego urzeczywistnienia owych celów i zadań. Co więcej, z dalszym rozwojem stosunków życiowych wśród ludzi, przy ciągłym różniczkowaniu się ich działalności, i ta ogólna nauka o dobrach, obowiązkach i cnotach okazała się niewystarczającą. Odróżniono przedewszystkiem etykę, jako naukę o zasadach działania jednostki, indywidualną, od etyki, biorącej za podstawę organizację i działanie całych mas ludzi, a więc społecznej. Jednostka wprawdzie rozwija się i działa tylko w związku z innymi ludźmi, a więc tylko wśród stosunków społecznych, z tem wszystkiem jednak zasady działania jednostki, jako członka społeczeństwa, nie wyczerpują bynajmniej zasad działania samego społeczeństwa, jego ustroju, jego obowiązków względem jednostek, jego prawidłowego kierownictwa sprawami ogółu. Dla wyjaśnienia tych zasad wytworzyła się osobna gałąź etyki, etyka socjalna w różnicy od indywidualnej. Dziś już mówić możemy nie tylko o prawie międzynarodowym, ale i o etyce międzynarodowej. A chociaż praktyczne urzeczywistnienie jej wymagań wydaje się jeszcze bardzo

dalekiem, a może nawet nigdy nie doścignę, to jednak myśl ludzka objęła już dziś i te stosunki międzynarodowe i rozpatruje je coraz wszechstronniej ze stanowiska krytyki etycznej. To zaś rokuje pewien postęp na przyszłość i w zakresie praktyki życiowej, jak o tem przekonywa choćby działalność czerwonego krzyża podczas wojny.

Wśród gałęzi etyki społecznej wydatne miejsce zajmuje etyka zawodowa, t. j. rozbiór zasad działania członków różnych korporacji zawodowych, zarówno we wzajemnym do siebie stosunku, jak i w stosunku do reszty społeczeństwa. Dotąd nie można powiedzieć, aby etyka zawodowa była należycie i wszechstronnie opracowana. Istnieją jedynie zawiązki takiego opracowania, poczęści od dawna, ale nie napotykałyśmy nigdzie systematycznego zaokrąglenia tych zawiązków w jedną naukową całość. Tak np. już znane powszechnie dzieło Machiawella „Il Principe” można uważać za rodzaj etyki dla rządzących państwami, bo rozbiera zasady ich działania. Prawda, że zasady te machiawelizmu są, jak wiadomo, na wskróś przewrotne, bo nie mają na oku dobra społeczeństwa, lecz dążą tylko do rozszerzenia bezwzględnej despotycznej władzy rządzących i dla osiągnięcia tego jedynego celu uznają wszelkie środki, nie wyłączając skrytobójstwa i zdrady, za właściwe i dobre. Z tem wszystkim jest to, teoretycznie wzięwszy, pierwsza etyka zawodowa, dotycząca najwyższego zawodu w społeczeństwie, t. j. rządzących.

Tej etyce rządzących przeciwstawia się etyka rządzonych, szczególniejszych niższych warstw społecznych, robotników i t. p., rozwinięta dość obszernie przez Saint Simona, Fouriera, Proudhona, Marxa, Bebela i innych socjalistów w duchu równie jednostronnym, wyłącznym, z uwzględnieniem również potrzeb nie społeczeństwa, jako całości, lecz tylko pewnej jego części, pewnego zawodu, głównie zawodu pracowników fizycznych w społeczeństwie. Nie brak również bogatych zawiązków do etyki zawodu duchownego i wojskowego. Tak zwana teologia pastoralna zajmuje się głównie rozbiorem zasad postępowania osób duchownych, a liczne pisma o objawie społecznym, zwanym *honorem*, dotyczą w znacznej części zasad postępowania wojskowych i osób należących do stanu szlacheckiego.

W nowszych czasach znakomity krytyk i estetyk angielski Ruskin w swych pracach ekonomicznych położył podwaliny pod etykę zawodu przemysłowego i handlowego, szczególniejszych wielkich przemysłowców i kupców. Wykazuje on np. w sposób wielce pouczający, że jest to zawód dotąd najmniej poważany w społeczeństwie, szczególniejszej, jeżeli go porównamy z poważaniem, jakim się cieszą wojskowi, duchowni oraz członkowie tak zwanych zawodów liberalnych, uczeni, poeci, artyści, lekarze, adwokaci i t. p. Tych wszystkich, mówi Ruskin, społeczeństwo obdarza w ogóle szczerem szacunkiem, dla tego, że oni z zawodu swego mają na oku przedewszystkiem dobro innych, w ogóle społeczeństwa,

nie własne,—a odmawia szacunku tylko takim jednostkom tych zawodów, które osobistą rachubę stawiają ponad dobro innych. Tymczasem zawód przemysłowców i kupców, po większej części, nie poczuwa się do żadnej usługi społecznej, lecz sądzi, że całe jego zadanie polega wyłącznie na z bogaceniu samego siebie. Za ten egoizm odplaca społeczeństwo temu zawodowi lekceważeniem, a często nawet poniewierką. Zmiana ku lepszemu nastąpi, według Ruskina, w tym względzie tylko wtedy, gdy przemysłowcy i kupcy zrozumieją, że i oni mają przede wszystkim do spełnienia pewne obowiązki społeczne, że zyski, osiągnięte przez nich, nie powinny być jedynym celem ich zabiegów, lecz powinny mieć takie same znaczenie, jak honorarium w zakresie zawodów liberalnych, np. lekarza za poratowanie chorego. Czyż społeczeństwo szanuje lekarza, który w swej działalności ma na oku wyłącznie z bogacenie się, który niesie pomoc innym tylko o tyle, o ile mu to przynosi zyski? Jemu się należy wynagrodzenie za pracę, to rzecz niewątpliwa, ale on pracuje nie dla wynagrodzenia, lecz dla zadosyćuczynienia pewnym potrzebom społecznym i dla tego, że taka praca społeczna sama przez się zadawalnia go wewnętrznie, podnosi jego godność osobistą, nadaje mu wyższe stanowisko w hierarchii społecznej. Otóż i przemysłowiec i kupiec zasługują na szacunek społeczeństwa, ale tylko wtedy, gdy, mając na oku dobro społeczne, produkują i dostarczają towary w stanie możliwie dobrym i tanim, a opiekę swoją rozciągają nad wszystkimi swoimi współpracownikami w tej produkcji i w dostarczaniu towarów. Zyski osobiste będą wtedy mniejsze, ale za to tem większa będzie wdzięczność i tem większy szacunek społeczeństwa za takie sumienne spełnienie obowiązków względem niego.

Podobnie jak inne gałęzie etyki zawodowej, tak i etyka zawodu lekarskiego, nie znalazła dotąd wszechstronnego opracowania. Jedyna, o ile wiem, pełniejsza w tym względzie praca, znakomitego klinicysty monachijskiego Ziemssena: „*Der Arzt und die Aufgaben des ärztlichen Berufes*“, zawiera w sobie wprowadzie wiele czynników etycznych, nie ma jednak wcale pretensyi do wyczerpującego rozwinięcia tego przedmiotu, do obrobienia całokształtu etyki zawodu lekarskiego.

Przedmiot to, traktowany systematycznie, w samej rzeczy bardzo rozległy. Na wzór treści, wchodzącej w skład etyki ogólnej, należałoby w pełnem rozwinięciu etyki zawodowej lekarzy traktować szczegółowo, ze stanowiska specjalnego tego zawodu, o trzech czynnikach wszelkiej w ogóle działalności, jakimi są: 1) środki pomocnicze działalności, jako warunki jej rozwoju, nazywamy je w etyce zazwyczaj dobrami; 2) obowiązki zawodu lekarskiego, i wreszcie 3) samo prawidłowe urzeczywistnienie tych obowiązków w praktyce życiowej, czyli cnoty zawodu lekarskiego.

Do dóbr, jako środków i warunków działalności, należą naturalnie nie tylko dobra materialne, więc w danym wypadku położenie finansowe lekarzy, lecz i ich zdrowie fizyczne i moralne, a więc z jednej strony pewne specjalne zdolności układu nerwowego oraz umysłowe, niezbędne do spełnienia czynności tego właśnie zawodu, a z drugiej strony, należyte rozwinięcie i wykształcenie tych zdolności w kierunku zawodowym, jako jeden z koniecznych warunków działalności na tem polu. Okazuje się tedy, że samo traktowanie dóbr zawodu lekarskiego ze stanowiska etycznego, t. j. jako środków i warunków odpowiedniego działania, obejmuje rozległy zakres przedmiotów, stanowiących osobny dział etyki zawodu lekarskiego. Cóż dopiero, gdy do tego dodamy naukę o obowiązkach członków korporacji lekarskiej zarówno wzajemnie względem siebie, jak i względem społeczeństwa w ogóle, w szczególności zaś względem jego stanu zdrowotnego i samych chorych. Ile tu narzuca się nowych zagadnień! Jak daleko sięga koleżeństwo i solidarność zawodowa? W jakim stosunku znajduje się ona względem obowiązków społecznych? Na czym polegają same te obowiązki? Ich charakterystyka, ich formy konkretne w stosunku lekarza do chorego i jego otoczenia i t. p. Wreszcie czyż można pominąć w rozleglejszym wykładzie etyki zawodu lekarskiego rozbiór i charakterystykę wydatnych cnót lekarza, z których każda określa prawidłowe, a więc sumienne i taktowne spełnianie różnorodnych obowiązków zawodu? Na podstawie rozbioru tych cnót uwydatnia się w końcu charakter moralny i w ogóle cała osobistość lekarza, jako reprezentanta swego zawodu i jego zadań społecznych.

Oto w ogólnych zarysach najwybitniejsza treść nieco szerzej traktowanej etyki zawodu lekarskiego.

Przywiedziona na wstępie książka D-ra Wład. Biegańskiego nie stanowi wprawdzie również pełnego całokształtu etyki zawodu lekarskiego, ale zawiera w sobie bogate materiały do takiego całokształtu i zasługuje w tym względzie na bliższe rozpatrzenie. Biorąc tedy za podstawę powyższe uwagi, zdajemy tutaj sprawę z treści i doniosłości tej książki.

Całość pracy D-ra Biegańskiego rozpada się na dwa główne działły. Naprzód napotykamy wstęp rozumowany (str. 1—41) o etyce w ogóle w związku z tak zwaną przez autora „etyką lekarską“. Termin ten nie wydaje się nam dość ścisłym dla oznaczenia etyki zawodu lekarskiego lub lekarzy, gdyż tą nazwą etyki „lekarskiej“ możnaby oznaczyć również etykę, jakiej się trzymać należy w celach leczniczych, to jest dla zapobieżenia chorobom, lub dla odzyskania zdrowia w chorobach.

Drugi zaś dział obejmuje same myśli i aforyzmy w liczbie 190, rozdzielone zupełnie przypadkowo, mechanicznie, na cztery części (str. 41—91).

Pierwszy dział wyjaśnia zasadnicze poglądy etyczne autora, stanowiące tło dla jego specjalnych „myśli i aforyzmów“.

Za punkt wyjścia bierze autor rozdział medycyny na naukę i sztukę leczenia, a następnie tej ostatniej na „część faktyczną i etyczną“. Zrazu trudno zrozumieć, co ma oznaczać „faktyczna“ część sztuki leczenia w różnicy od „etycznej“ jak gdyby ta ostatnia nie była również „faktyczną“. Tylko z bliższych określeń autora można się domyśleć, że nazwa „faktycznej“ strony sztuki leczenia oznacza właściwie technikę lekarską, t. j. rozróżnia stronę „techniczną“ od „etycznej“ w działalności lekarza. Naturalnie, że w dalszym ciągu ma na oku tylko tę ostatnią.

Mówiąc następnie o zawiązkach etyki zawodu lekarskiego autor podnosi „Przykazania Hipokratesa“, a w nowszych czasach rymowane „Kanon“ Ambrozego Paré, wypowiadające „niejedną znakomitą i słuszną myśl“ w tym przedmiocie, oraz nawoływania etyczne, rozsiane w pismach lekarskich Sydenhama. Podobnie wzmiankuje autor o pięknej postaci Sylwiusza, który odznaczał się serdecznym postępowaniem z chorymi, i powołuje się na zdanie historyka medycyny Haesera, który zaznaczył, że wszędzie w dawnych czasach wielcy lekarze byli zawsze zarazem i wielkimi filantropami. O przywiedzonej zaś powyżej specjalnej pracy Ziemssena, mającej za przedmiot „Zadania zawodu lekarskiego“, autor nie wspomina.

Co do ogólnych zasad etycznych, z szczerem uznaniem podnieść należy wysoki, humanitarny nastrój autora, przenikający wszystko, co mówi o zawodzie lekarskim. Pod wpływem tego nastroju ubolewa Dr Biegański nad tem, że wiek 19-ty, przynajmniej druga połowa jego, nie podtrzymuje tradycji wielkich lekarzy-filantropów. Medycyna naukowa naszego wieku, mówi, troszczyła się tylko o cele naukowe sztuki lekarskiej i wyłączała ze swego zakresu wszelki sentymentalizm i czułośćkowość. W obec celów nauki zapomniano o losie jednostki, chorego. Fanatyzm nauki podporządkował swym dążnościom nawet życie człowieka. Mówiono sobie: „Co szkodzi, że przy dokonywaniu śmiałego rękoczynu chirurgicznego nieszczęśliwi chorzy szpitalni mrą setkami, jeżeli te niepowodzenia wpływają na następne wyrobienie techniki operacyjnej! Co szkodzi, że szczepiąc syfisy, zaszczepiamy ciężką chorobę zdrowym dotychczas ludziom, jeżeli tym sposobem rozświetloną zostanie kwestya zaraźliwości syfisy! Hasłem adeptów takiego fanatyzmu nauki było: „Perat mundus fiat... scientia medicinae!“ Po wiedzy wszystkiego się spodziewano. W niej widziano źródło nie tylko materyjalnej pomyślności, lecz i moralności!

Dopiero na samym schyłku wieku przekonano się, mówi autor, że są to fanatyczne marzenia, które ziścić się nie mogły. I oto na wszy-

stkich polach życia nastaje wyraźny zwrot ku idealizmowi. Przekonano się, że na duszę ludzką nie składają się same tylko myśli, lecz uczucie i wola. Zapomniana już prawie etyka, na nowo wzbudza ogólny interes. A pod jej wpływem i na polu medycyny osoba chorego odzyskuje znowu swe prawa. Współczucie, które od najdawniejszych czasów zajmowało pierwszorzędne stanowisko w medycynie i takowe utraciło jedynie dzięki jednostronnej doktryneryi naukowej, staje się znowu duszą praktycznej działalności lekarza. Etyka zawodu lekarskiego uznana zostaje przez każdego lekarza za sprawę nie mniej ważną, jak nauka i techniczne wyrobienie; dążności altruistyczne biorą górę nad egoizmem. Podczas, gdy dotąd etykę zawodu lekarskiego sprowadzano prawie wyłącznie do określenia wzajemnego do siebie stosunku lekarzy, i przy tem miano na oku głównie cele korporacyjne, na przyszłość etyka w tym zakresie będzie uważała za sprawę najważniejszą stosunek lekarzy do publiczności, potrzebującej ich pomocy, a więc, co już z własnej strony dodajemy, do społeczeństwa.

Po takich wstępnych uwagach, autor przechodzi do przedstawienia swego poglądu na pierwsze zasady etyki ogólnej. Etykę określa naprzód jako „naukę o obyczajach“. Nie odpowiada to jednak istotnej treści tej nauki, która nie trzyma się bynajmniej niewolniczo istniejących obyczajów, opisywanych przez etnografię, lecz rozpatruje zasady ludzkiego działania, a więc i obyczajów, podając możność ich oceny właśnie ze stanowiska owych zasad etycznych.

W samem społeczeństwie rozróżnia autor, wraz z Supińskim, dwie główne siły, odśrodkową, t j. egoistyczne popędy jednostek, i dośrodkową, sprowadzającą się do sympatyj, jako czynnika altruistycznego. Siła odśrodkowa ma być zwykle znacznie większą i dla tego tamowano egoistyczne popędy strachem kary i w ogóle ustanowiono porządek prawny, reprezentujący siłę dośrodkową. Egoizm i prawo mają tedy być pierwotnymi współczynnikami rozwoju etycznego.

Autor sam czuje, że na tych czynnikach zbudować niemożna etyki. Bo gdyby w samych jednostkach, jako ogniskach sił odśrodkowych, nie działały już czynniki ograniczające ich egoizm i gdyby poczucie moralne w najrozlicniejszych formach, bądź jako przywiązanie rodzinne, bądź jako poczucie przynależności do szerszej całości społecznej i chętnego oddania się jej celom, bądź wreszcie, jako poczucie religijne zależności od powszechnego porządku świata, nie działało, jako czynnik etyczny, w samych osobnikach, i to jako czynnik silniejszy od egoizmu, natenczas ani prawo, ani strach kary nie miałyby charakteru etycznego. To też sam autor owe zewnętrzne środki, ograniczające egoizm, zastępuje wnet głębszymi, a mianowicie „ideałami etycznymi“, które właśnie są wytworem owych pierwotnych czynników poczucia moralnego. Obok prawnego porządku powołuje się tedy autor bardzo słusznie na działa-

nie owych ideałów etycznych, co więcej, dochodzi w końcu do przekonania, że ideały etyczne są zawsze wyższe od praw społecznych. Wyższość tę zaznacza w następujących, bardzo trafnych, słowach: „Społeczeństwo, mówi, które zbudowane zostało na prawach tylko, jest bądź co bądź społeczeństwem słabem; takie społeczeństwo łatwo się rozpada pod wpływem jakiegokolwiek nieszczęścia społecznego i rozluźnienia więzów. Przeciwnie, jeżeli w społeczeństwie żywe są ideały etyczne, to i największe klęski nie są w stanie zachwiać jego bytem“.

I w etyce korporacyjnej, czyli zawodowej, rozróżnia autor owe dwa czynniki: „1) Prawa korporacyjne, zakazujące pewnych czynów, które w czembądź mogłyby szkodzić ogólnemu dobru stowarzyszenia, i 2) Ideały korporacyjne, inaczej cnoty, które powinny przyświecać wszystkim członkom do związku należącym“.

Przeciwko takiemu sformułowaniu treści etyki zawodowej, dałoby się nie jedno powiedzieć. Nie wdając się jednak w szerszą polemikę, zapytamy tylko: dla czego *prawa* korporacyjne mają mieć wyłącznie charakter zakazujący, a nie zarazem i nakazujący? Dalej, dla czego te prawa mają mieć wyłącznie na oku „dobro stowarzyszenia“, a nie zarazem i dobro społeczeństwa w ogóle, wśród którego korporacja działa? Co zaś do ideałów korporacyjnych, to ich żadną miarą niemożna utożsamiać z *cnotami*, jak to autor czyni. Nazwą cnoty, ze stanowiska etycznego, oznaczyć można jedynie praktyczne, życiowe *urzeczywistnienie* ideału etycznego, a nie sam ideał. Ideał zaś określa w terminologii etycznej tylko treść *obowiązków*, jako wymagań moralnych, które spełnić należy. Ale obowiązki same przez się nie są przecie żadnymi cnotami.

Wreszcie nie możemy pominąć milczeniem, że w powyższej treści etyki zawodowej, podanej przez autora, nie ma wcale mowy o środkach pomocniczych działania zawodowego, rozpatrywanych ze stanowiska etycznego, a więc o tym dziale etyki, który na wstępie określiliśmy nazwą nauki o dobrach.

Pozostawiając na uboczu kwestyę praw korporacyjnych, o których napotykaśmy nawet zdanie, że „są one bądź co bądź zawsze egoistyczne, a bardzo często nawet i szkodliwe dla ogółu“, autor zajmuje się dalej tylko ideałami zawodu lekarskiego. Przy tej sposobności jednak zastanawia się szerzej nad genezą ideału w ogóle, oraz nad doniosłością ideałów dobra, prawdy i piękna w rozwoju umysłowym człowieka. W końcu tego dość długiego ustępu, autor zaznacza, że w istocie ideału dobra tkwi pewien przymus moralny, i na tej zasadzie wypowiada zdanie: „Ideał dobra stanowi to, co ludzie nazywają sumieniem“. Chcąc tedy oddziaływać na poprawę moralną bądź pojedynczego człowieka, bądź w ogóle stosunków społecznych, więc i korporacji lekarskiej, należy udoskonalić i rozwijać ideał dobra. A do tego przyczynia się nie tyle nauczanie i wiedza, ile kształcenie uczuć i popędów. W tym duchu do-

wodzi autor, że ideałem zawodu lekarskiego była, jest i pozostanie na zawsze filantropia i że należy koniecznie powrócić znowu do tego ideału, sponiewieranego w ostatnich czasach wskutek dążeń do wytworzenia z korporacji lekarskiej syndykatów, mających na celu wyzyskiwanie społeczeństwa na rzecz pojedynczych członków korporacji. Taką dążność należy ograniczyć wszelkimi siłami w imię powyższego ideału. To też, kończąc ten ustęp rozumowany, autor streszcza swój pogląd zasadniczy na etykę zawodu lekarskiego w zdaniu, zaznaczając podniosły humanizm tego poglądu, że nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem.

Druga część książki D-ra Biegańskiego, same myśli jego i aforyzmy o etyce zawodu lekarskiego, są konkretnym rozwinięciem i zastosowaniem powyższych zasadniczych poglądów. Z natury rzeczy wynika, że treści tych myśli już szczegółowo tu przedstawić nie możemy; możemy ją tylko scharakteryzować w ogólnych zarysach i ilustrować kilkoma przykładami.

Otóż przedewszystkiem zaznaczyć winniśmy, iż wśród 190 aforyzmów naliczyliśmy tylko 84, które się wprost odnoszą do zawodu lekarskiego. Reszta wiąże się wprawdzie z etyką w ogóle, a więc i z etyką lekarzy, ale nie dotyka specjalnych kwestyi tego zawodu, lecz zaznacza tylko tło zasadnicze poglądów autora na te kwestye. Nie myślimy bynajmniej lekceważyć tych właśnie ogólnych i zasadniczych poglądów. Posiadają one wielką wartość, jako objaw owego podniosłego nastroju etycznego, który przenika cały sposób myślenia autora i świadczy wymownie o jego szlachetnej dążności postawienia zawodu lekarskiego na szczytach etycznej doskonałości. Z tego stanowiska podnosimy szczególnie te aforyzmy, w których autor mówi o ideałach etycznych w ogólności i ich znaczeniu dla rozwoju zarówno jednostek, jak społeczeństwa, a szczególnie dla młodzieży uczącej się, dalej o doniosłości gorącego uczucia w porównaniu z zimną wiedzą, o poczuciu obowiązku i udziale w niem woli przy spełnianiu zadań życiowych, o miłości zawodu, jako niezbędnego warunku urzeczywistnienia jego zadań społecznych, o doniosłości dobrego przykładu w rozwoju etycznym i t. p.

Z temi ogólnemi kwestyami łączą się często aforyzmy, mające za przedmiot bądź bliższe wyjaśnienie pojęć psychologicznych lub pedagogicznych, bądź uwagi o szczęściu ludzkim i jego warunkach, przyczem autor pozostaje zawsze wiernym swemu podniosłemu nastrojowi etycznemu. Jakże pięknie wyrażają ten nastrój między innymi następujące aforyzmy: „Powiadają, mówi autor, że życie rozbija nasze ideały, jak bańki szklane, obuchem rzeczywistości, że lepiej żyć bez ideałów, nie ponosi się wtedy cierpień rozczarowania. Ja nie wiem, jak byłoby lepiej, sądzę jednak, że ideał jest koniecznym przejawem życia duszy naszej. Ideał dla naszej duszy jest tem samym, czem kwiat w życiu rośliny,—

jest on jej ozdobą, jest księgą, gdzie w zawiązku nasienia spisana jest cała historia jej życia, jest nakoniec zarodkiem całego szeregu przyszłych pokoleń“. W innym miejscu takie autor rzuca myśli: „Wierzę w postęp etyczny ludzkości; wierzę, że przyjdzie czas, kiedy między ludźmi nie będzie walki o byt, lecz szlachetne współzawodnictwo w świadczeniu dobrodziejstw; wierzę, że przepiękna myśl chrześcijańskiej miłości bliźniego nie pozostanie słowem, jak dotychczas, lecz stanie się ciałem; wierzę nakoniec w to, czego Mickiewicz, Krasiński i Cieszkowski, duchem proroczym wiedzeni, nauczali, że my Słowianie, my najmłodszy z Aryów, w przeobrażeniu tem czynny udział weźmiemy“. Równie pięknymi i zarazem trafnymi są zdania autora o szczęściu: „Gdyby mnie kto zapytał, mówi, jaki jest główny warunek szczęścia, odpowiedziałbym bez wahania, że praca umiłowana. Człowiek, który nie ma celu w życiu, dla którego praca jest nieznośnym ciężarem, nigdy nie będzie szczęśliwym“. Takich myśli, zasługujących na uwagę swą treścią, a wyrażonych w formie zaokrąglonej, jest wiele w książce D-ra Biegańskiego.

Co do specjalnych zagadnień, dotyczących etyki zawodu lekarskiego, napotykam takie zdania, co do których zapewne nie wszyscy lekarze z autorem się zgodzą. Tak np., gdy żąda, aby profesorom wydziałów lekarskich zabroniono praktyki prywatnej, gdyż oni uczyć powinni, a nie poświęcać większej części swego czasu pobocznemu zarobkowi. Słuszniejsze są uwagi autora, co do sposobu posiłkowania się wivisekcjami, podkopującymi współczucie młodych lekarzy. Są one złem koniecznym, i dla tego o ile można ograniczyć je należy; miejscem dla nich, według autora, powinna być zamknięta pracownia, a nie rozległa sala wykładowa. Reszta licznych uwag o zasadach koleżeństwa i jego granicach, o współzawodnictwie między lekarzami, o reklamie w celach wyzysku, o honoraryach lekarskich i t. p., odpowiada zapewne przekonaniu większości lekarzy i nie obudzi przeciwności. Nad wszystkimi temi szczegółowemi kwestyami góruje jednak znowu i w tym zakresie zasadniczy ideał zawodu lekarskiego, który, według autora, sprowadza się do filantropii, opartej na serdecznem współczuciu dla cierpień ludzkich i na szczerzej chęci ulżenia im wszelkimi możliwymi środkami. „Ludzie, mówi autor, dążą do doskonałości, chociaż doskonałość nie leży w naturze ludzkiej. I dla tego też może skłonni jesteśmy kochać to, tęsknić za tem, czego osiągnąć nigdy nie możemy. Zbliżyć się do doskonałości, jest już szczytem marzeń szlachetniejszych. Takim wieczystym ideałem jest ideał lekarza filantropa“. „Pamiętajmy o tem, że medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrestnymi były: miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastku filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszem, a może wstrętnem nawet rzemiosłem“. „Kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto nie ma miękkości i słodyczy w obejściu, kto nie ma dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą,

ten niech lepiej obierze sobie inny zawód, gdyż nigdy dobrym lekarzem nie będzie“. Z tem wszystkiem zaznacza autor naturalnie zarazem i inne niezbędne zalety doskonałego lekarza, a mianowicie znajomość swego przedmiotu i stanowczość w postępowaniu. To też odnośny pogląd na ostateczny ideał lekarza streszcza autor w tych słowach: „Gdyby mnie kto dziś zapytał, jakie cnoty uważam za najważniejsze dla lekarza, odpowiedziałbym bez wahania: ludzkość, sumiennosc i stanowczość“. Ostatni zaś aforyzm orzeka: „Niewzruszoną i trwałą podstawą powodzenia lekarza będą zawsze: wiedza, zamiłowanie zawodu i wiara w idealne posłannictwo naszej nauki“.

Kończąc nasze sprawozdanie zaznaczamy, że „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej“ nie są pierwszą pracą D-ra Biegańskiego, wykazującą znamienne zwrot ku idealizmowi wśród korporacyi, którą wielu uważało za naturalną przeciwniczkę wszelkiego idealizmu, za przedstawicielkę wyłącznie realistycznych i praktycznych dążeń. Ta nowa praca jest dalszym konsekwentnym wyrazem tego zwrotu i spodziewać się należy, że nie będzie ani ostatnim, ani mniej wpływowym niż poprzednie. Bo przecież i najskrajniejszy realista, przy bliższem zastanowieniu, przyznać musi, że mózg, a nie żołądek, że idee, nie popędy zmysłowe, kierują sprawami ludzkimi i określają postęp w ich rozwoju.

Henryk Struve.

SPECYALIZACYA

Specjalizacya odgrywa ważną rolę w nauce. Jest ona — rzecz można — *conditio sine qua non* rozwoju każdej nauki. Tylko geniusze, obejmując cały obszar danej wiedzy, odkrywają nowe horyzonty dla nauki; zwykłym zaś śmiertelnikom na polu naukowym przypada w udziale daleko skromniejsza rola: praca nad specjalnemi kwestyami. Imiona tych pracowników — specjalistów, którzy często życie całe poświęcają badaniu czy to dzieł któregoś z filozofów, czy to funkcji jakiegoś organu, czy to pewnej grupy związków chemicznych i t. p., prędko giną w powodzi innych, nowych imion, w historii bowiem mają prawo obywatelstwa tylko orły. A jednak bez pracy tych specjalistów nauka nie mogłaby postępować naprzód. Są oni jakby pracownikami znoszącymi cegielki, z których geniusz — budowniczy stawia wspaniałe gmachy.

Nigdzie może nie jest tak widoczną korzyść ze specjalizacyi, jak w naukach przyrodniczych, a więc i w medycynie. O tej specjalizacyi w medycynie, chcielibyśmy słów parę powiedzieć. Jest ona

konieczną w medycynie przy empirycznej metodzie badań, jedynej metodzie, mającej uchronić od budowania teorii mistycznych dla objaśnienia zjawisk chorobowych w rodzaju owej słynnej ongi teorii humoralnej. Zadaniem uczonego przy badaniu każdego zjawiska — a pod zjawiskiem rozumiem wszystko, co jest dostępnem naszemu badaniu — powinna być przedewszystkiem analiza, a później dopiero synteza. W medycynie często analizie odpowiada anatomia, syntezie — fizjologia. W tej syntezie — w fizjologii — mieści się właściwie cała treść medycyny, nauki o zdrowym i chorym organizmie ludzkim. Bo taką właśnie nauką jest fizjologia w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu, t. j. fizjologia zdrowego i chorego człowieka (patologia). Wobec niezliczonego mnóstwa zjawisk tak w zdrowym, jak i chorym organizmie, specjalizacja nie ma prawie granic. W miarę rozwoju nauki, w miarę wzrastania liczby uczonych, specjalizacja będzie postępowała crescendo. Jeszcze Johannes Müller miał katedrę anatomii, fizjologii i patologii. Z tej katedry w Niemczech są teraz trzy oddzielne, a w Austrii i Rosyi nawet pięć (anatomia, histologia, fizjologia, ogólna patologia i anatomia patologiczna).

Przyznając potrzebę wielkiej specjalizacji w medycynie, mówiliśmy naturalnie tylko o teoretycznej medycynie. Co się zaś tycze nauczania medycyny i praktyki lekarskiej, to rzecz przedstawia się inaczej. Zbyt nia specjalizacja w nauczaniu medycyny, tworzenie licznych klinik uniwersyteckich, do których studenci obowiązani są uczęszczać, zdaniem naszym, więcej szkody niż korzyści przynieść może. W rosyjskich np. uniwersytetach istnieje aż ośm klinik: dyagnostyczna, lekarska, chorób dzieci, chirurgiczna, akuszeryjno-ginekologiczna, oczna, chorób skórnych i wenerycznych, psychiatryczna i chorób nerwowych. W ciągu dwóch lat studyów klinicznych studenci obowiązani są uczęszczać do wszystkich tych klinik, a prócz tego jeszcze słuchać wykładów teoretycznych. Z każdej kliniki coś niecoś korzystają, nie mając jednak czasu popracować dłużej w którejkolwiek z nich, wychodzą z uniwersytetu wprawdzie z szumnymi dyplomami, lecz prawie wcale nieprzygotowani do roli, jaka ich czeka.

Daleko racjonalniej kwestya nauczania medycyny jest postawiona w Niemczech, gdzie istnieją tylko cztery kliniki uniwersyteckie (lekarska, chirurgiczna, akuszeryjno-ginekologiczna i oczna), ale za to każda z bardzo obfitym materiałem. Istnieją naturalnie, zwłaszcza przy dużych uniwersytetach, i inne specjalne kliniki, jak psychiatryczna, chorób nerwowych, chorób skórnych i wenerycznych, chorób uszu, chorób dróg moczowych i t. d., nie są one jednak obowiązujące dla studentów. Korzystają z nich może więcej lekarze, niż studenci. Niemcy, jak zawsze, praktyczni, wiedzą oni, iż niesposób, aby student mógł podczas krótkich studyów osiąść wszystkie specjalności. Żądają więc od niego

dokładnej znajomości takich tylko działów medycyny, z którymi jako praktyk, nie będąc specjalistą, najwięcej będzie miał do czynienia. Dodać winienem, że do klinik lekarskich przyjmują także chorych z chorobami nerwowymi, skórными i wenerycznymi, a więc i z tymi działami medycyny mają możliwość studenci cokolwiek się obeznać.

Francuzi jeszcze są skromniejsi w swoich wymaganiach od Niemców, gdyż nawet nie żądają od studenta, aby uczęszczał do kliniki oftalmologicznej i składał oddzielny egzamin z oftalmologii.

O ile przyznajemy rację istnienia przy szpitalach oddziałów z pracownikami naukowymi dla rozmaitych specjalności, nawet takich, jak np. chorób żołądka, nerek i t. d., o tyle nie widzimy najmniejszej racji istnienia tego rodzaju specjalności w praktyce. Bo czyż metoda badań i leczenie tak dalece się rozwinęły, iż potrzeba aż takich specjalistów, jak od chorób płuc lub serca? Z pewnością nie. Obecny stan medycyny bynajmniej nie usprawiedliwia racji istnienia takich specjalistów. Mogą oni nawet czasem przynieść szkodę, gdyż, starając się w każdym chorym, szukającym ich porady, odnaleźć przedewszystkiem przedmiot swojej specjalności, przeoczać mogą inne stany chorobowe, daleko więcej zagrażające zdrowiu chorego, niż te, które oni leczą. Istnieją już specjaliści chorób. żołądka. Kto wie, czy nie doczekamy się niezadługo specjalistów od suchot lub jakiej innej choroby!

Ad. Wrzosek.

Kilka słów w sprawie praktycznego kształcenia studentów medycyny.

podał Dr. Rzętkowski.

Nauka nasza idzie ciągle szybkim krokiem naprzód. Dzień każdy nieledwie z bogaca ją nowymi dobytками. A dobytki te nowe, jak kwiaty, wyrastające na niwie, uprawnej ciężką pracą setek badaczy, otwierają nowe horyzonty, prowadzą na nowe drogi, wiodące ku poznaniu prawdy i skuteczniejszej walce z chorobą.

Aby objąć ten szereg nieskończony faktów, życie i umysł pojedynczego człowieka nie wystarcza. To też nauka nasza—gwoli skuteczniejszego stosowania jej wyników w walce z chorobą—uległa podzieleniu na t. zw. specjalności.

Podział ten jest właśnie wyrazem ograniczoności mózgów naszych, które nie są w stanie objąć całej wiedzy lekarskiej we wszystkich jej kierunkach. Jest on smutną koniecznością, która tem bardziej utrwalać się będzie, im szybciej nauka iść będzie naprzód.

Medycyna, rozpatrywana jako nauka, jako jeden z działów biologii, jest jednocześnie sztuką o tyle, o ile wyniki jej, jako nauki, są stosowane w praktyce tak lub owak, zależnie od indywidualności lekarza i wymagań danego przypadku chorobowego. Jeśli mówimy, że medycyna idzie naprzód, to przedewszystkiem mamy na myśli jej stronę naukową, to, co z niej rodzi się w pracowniach chemika, bakteriologa lub patologa. Z tych odkryć, często pierwszorzędnej wagi dla medycyny — jako działu biologii — tylko z niektórych dadzą się wysnuć wnioski praktyczne, mające zastosowanie przy łóżku chorego lub na stole operacyjnym. Jeśli więc strona czysto naukowa, teoretyczna, medycyny idzie z szaloną szybkością naprzód, to strona praktyczna — rozpoznawanie i leczenie chorób — posuwa się wolniej. Pomimo całego mnóstwa faktów biologicznych, jakie z dniem każdym do nauki naszej wchodzi, stosujemy dziś perkusję, auskultację, mierzymy gorączkę i t. p., tak samo, jak ci z naszych kolegów, którzy przed kilkudziesięciu laty nie mieli najmniejszego pojęcia o bakterjach, prześwietlaniu i t. p. Pomimo olbrzymich postępów w czysto teoretycznej dziedzinie chemii fizyologicznej i farmakologii — stosujemy wciąż naparstnicę, rtęć, chininę prawie w tym samym zakresie, w jakim środki te były stosowane przed laty. Z licznych, niesłychanie ciekawych i naukowo ważnych faktów, jakimi wiedzę zubożyciła bakteriologia, do dziś kilkanaście zaledwie danych znalazło zastosowanie praktyczne w dziedzinie profilaktyki i terapii chorób.

Rzec tedy śmiało można, że, jeśli teoria wiedzy naszej idzie naprzód w postępie geometrycznym, to praktyka jej posuwa się zaledwie w postępie arytmetycznym. Wprawdzie niektóre gałęzie jej idą naprzód szybciej, inne — wolniej, to jednak nie osłabia w zasadzie powyżej wypowiedzianego zdania o postępie obu stron wiedzy naszej.

Rzecz prosta, że ludzi chorych nie obchodzi, to, co się dzieje w laboratorjach. Mnóstwo faktów niezmiernej wartości naukowej oddali by oni za łyżkę lekarstwa, które by ich uzdrowiło. Chory diabetyk nie żąda od lekarza, aby był znakomitym chemikiem, tylko — aby go wyleczył.. Chorego suchotnika nie obchodzi nic, na jakich odżywkach i przy ilu stopniach ciepła rozwijają się najlepiej laseczniki gruźlicze, chorego z nowotworem złośliwym nie obchodzi zgoła, czy jego nowotwór jest rakiem, czy też mięsakiem.. Logika chorych jest prosta, i cel jej jasno wytknięty: „umiej sobie, co chcesz, abyś mnie tylko wyleczył”. I w myśl tej logiki dążą chorzy do bab i znachorów — nie tylko wieśniacy prostoduszni, ale i ludzie inteligentni.

Zaprawdę, bardzo cierpieć musi człowiek inteligentny, uciekający się ostatecznie do porady znachora! A są jednak tacy. Chcąc do życia i nadzieja wyleczenia zasłania ich oczy na wszystko i poddają się oni procedurom nieuków, z których przed rokiem, przed

miesiącem śmieliby się. Niestety, i ta nadzieja ostatnia pryska wkrótce, ustępując miejsca rozpaczy. Nie należy dziwić się, że tłum cierpiących przyznaje rację bytu tym, którzy umieją bądź co bądź rozświecić czarną ich rozpacz jasnym promykiem nadziei. Niechże tymi, budzącymi w chorych nadzieję, będą lekarze sami, a wówczas nikt znachorów szukać nie będzie.

Chorzy żądają od nas, abyśmy ich leczyli. I my sami wstępujemy do uniwersytetu z tem przeświadczeniem, że oto mamy uczyć się, jak pomagać cierpiącym i chorych leczyć. Czeką nas praca ciężka i straszna, pełna poświęceń i narażająca na każdym kroku życie nasze na szwank. Wreszcie po pięciu z górą latach tej pracy kończymy nasze studia i, rwąc się do działania, z głową pełną wiadomości teoretycznych, z sercem gotowem do poświęceń, przystępujemy do pełnienia naszych szczytnych lekarskich obowiązków.

I oto zaraz przy pierwszym chorym przekonywamy się, że jednak brak nam czegoś. Przy każdym następnym chorym odkrywamy w sobie nowe braki... Słowem, po kilku latach pracy ciężkiej, po kilku latach nauki, przekonywamy się, że umiemy bardzo... mało. Przedewszystkiem zaś przychodzimy do przeświadczenia, że znamy nieco choroby, ale zgoła nie znamy chorych. W najnaturalniejszy pod względem psychologicznym sposób mózg nasz rozklasyfikował sobie *cierpienia* podług ich kategorii, przy każdej z nich postawił jeden lub kilka środków, sądząc, iż z takim szematem da sobie radę w swej działalności przyszłej. Coś nam zresztą mówiono o indywidualności i indywidualizacji, o wskazaniach, przebąkiwano nam wprawdzie o tem, że t. zw. choroba istnieje tylko w podręczniku, a w życiu istnieją nie choroby, tylko chorzy... Czyż jednak mogliśmy się nauczyć tego wszystkiego, czyż mogliśmy w uniwersytecie poznać te wszystkie szczegóły i wskazania, skoro przez cały czas studyów naszych mieliśmy zaledwie czas na zetknięcie się bliższe z kilkunastu, a najwyżej kilkudziesięciu chorymi. I oto przychodzimy do przeświadczenia, że choć zasób teoretycznej wiedzy naszej jest spory, to jednak praktycznie umiemy bardzo mało. Wówczas to zaczynamy praktyczną pracę naukową, częstokroć zaś specjalizujemy się już, zmuszeni do tego ogromem wiedzy i różnostronnością praktycznych jej zastosowań. Wstępujemy tedy na ten lub ów oddział szpitalny i tam uczymy się, jak leczyć chorych, nie zaś—choroby. Szczęśliwy jest ten, komu mniej lub więcej skromny zasób środków pieniężnych pozwoli uczyć się dalej. Jest bowiem wielu takich, co pozbawieni środków do życia, muszą jaknajprędzej wyjechać na prowincję i tam zacząć poznawanie chorych, uczenie się praktyczne samodzielne bez kierownictwa doświadczeńszych od siebie. I wówczas to zaczynają oni po omacku działać i leczyć. Czasem—pomagają, czasem—niepomagają, a czasem nawet... szkodzą może. Szkodzą chorym

i szkodzą sobie, zrażają się do nauki, wpadając w sceptycyzm, który często bywa pokrywką nieuctwa, i kończą, na... wincie z księdzem i aptekarzem. A pamiętajmy, że są między takimi dekadentami naukowymi ludzie, co z czasów studyów uniwersyteckich mogą się nawet medalami za prace swe naukowe poszczycić!

A kto temu winien?

Odpowiedź na to jedna: winien zwykle uniwersytet, który, dawszy studentowi duży zasób wiedzy teoretycznej, nie przygotował go wcale do działalności praktycznej.

Weźmy np. inne wyższe zakłady naukowe, choćby instytuty technologiczne. Te dają duży zasób wiedzy teoretycznej swoim wychowankom, ale żądają od nich również dużej wiedzy praktycznej. To też studenci tych zakładów podczas wakacji uczęszczają do fabryk, gdzie biorą udział w robotach, stykają się z materiałem i robotnikami, poznają praktyczne sposoby wytwórczości, słowem wszystkimi możliwymi sposobami starają się poznać praktyczną stronę swego fachu. O ile wiemy, otrzymują oni świadectwa z tych fabryk i zakładów, gdzie pracowali podczas pory wolnej od zajęć teoretycznych, i świadectwa te są brane na uwagę przy wydawaniu im dyplomów z ukończenia kursów.

Czyżby zbudowanie i ustawienie jednej maszyny było ważniejsze od wyleczenia jednego chorego, zrobienia jednej operacyi położniczej? Nie sądzimy, i dla tego też, zdaniem naszym, powinna być zwrócona większa uwaga na praktyczną stronę wykształcenia lekarskiego. Uszczuplać godzin, poświęconych wykładom teoretycznym, niepodobna; niepodobna również kazać studentom całymi dniami biegać po klinikach, ponieważ niemożliwym jest żądać od młodego człowieka, aby, po kilku godzinach ciężkiej pracy teoretycznej, spędzał resztę dnia w salach szpitalnych, gdzie z natury rzeczy warunki higieniczne nie są dobre. Można jednak i, zdaniem naszym, trzeba żądać od studentów medycyny, aby z *3 miesięcy wakacyi letnich najmniej dwa poświęcali praktyce na oddziałach szpitalnych*. Już po pierwszym roku student mógłby z pożytkiem dla chorych i dla siebie pełnić funkcyę na oddziale szpitalnym pod kierownictwem ordynatorów. W ten sposób podczas całego pobytu w uniwersytecie student medyczny mógłby przynajmniej przez 8 miesięcy stykać się bezpośrednio z chorymi. W tym celu wszystkie oddziały i wszystkie szpitale powinny stać dla studentów otworem na czas wakacyi letnich.

Przed kilku laty był projekt, zdaje się w Austrii, aby pozwolenia na praktykę były wydawane dopiero w rok po ukończeniu studyów. Rok ten miał być poświęcony pracy wyłącznie praktycznej. Projekt ten był dobry, ale niepotrzebnie przedłużał studia właściwe o rok cały, co, jak widzimy z powyższego, nie jest zgoła niezbędnem.

Ordynatorzy lub lekarze oddziałów, na których studenci medycyny pracowaliby praktycznie, wydawaliby im świadectwa. Świadectwa te oczywiście musiałyby być brane w rachubę przy wydawaniu młodym lekarzom dyplomów, otwierających im drogę do działalności samodzielnej.

Pozwalam sobie mieć nadzieję, że wprowadzenie w życie podanego powyżej projektu miałoby bardzo dodatni wpływ na zapoznanie młodych adeptów lecznictwa z wymaganiami, jakie im stawiać będzie życie w ich działalności przyszłej. Te 8 miesięcy stykania się bezpośredniego z chorymi — czas to bezwątpienia krótki, ale nie możemy przecież żądać od młodych lekarzy, aby posiadali doświadczenie starych praktyków. Materiał, zebrany w ten sposób przez chętnych wiedzy studentów pod kierownictwem doświadczonych i dbałych o dobro swego społeczeństwa lekarzy starszych, stanowiłby bezwątpienia dzielną podstawę dla młodych praktyków. Na tem wygraliby oni, a więcej jeszcze zyskałoby społeczeństwo, któremu potrzeba nie wielu doktorów, ale wielu lekarzy.

CO MÓWIĄ CYFRY W SPRAWIE BYTU LEKARZY?

Podał Dr. Fr. Grodecki.

Nikt mi nie zaprzeczy, że skargi na ciemnotę ludu naszego, brak zaufania do lekarzy i panowanie znachorstwa, są na porządku dziennym; z drugiej zaś strony coraz to dają się słyszeć głosy, że młodzi lekarze, w Warszawie zamieszkali, znajdują się w ciężkich warunkach materialnych; do dwu tych skarg dodać należy jeszcze dwa sprzeczne zdania, mianowicie: jedni utrzymują, że posiadamy za wielu lekarzy, drudzy zaś, że personel lekarski w stosunku do ogółu ludności jest niewystarczający.

Jak widać z powyższego, istnieje w poruszanej przezemnie kwestyi pewne nieporozumienie, które w notatce niniejszej chciałbym nieco wyświecić. W tym celu oparłem się na danych możliwie obiektywnych, za jakie tylko liczby uchodzić mogą; wprawdzie powinny one w takich razach być możliwie ściśle, gdyż wtedy tylko upoważniają do wyprowadzania wniosków pewnych. Niestety, materiał mój pretensyi do wielkiej ścisłości rościć nie może, zaczerpnięty bowiem został z wydawanego przez D-ra Polaka „Kalendarza Lekarskiego“, — zawszeć jednak daje dokładniejsze pojęcie o istniejących stosunkach, niż głoślowe nie poparte cyframi rozumowanie.

A więc przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy istotnie liczba lekarzy w Królestwie Polskiem jest zbyt wielka? Podług danych „Kalendarza“ za rok 1899, praktykuje obecnie w kraju naszym 1,545 lekarzy, czyli jeden lekarz przypada na 5,800 mieszkańców. Stosunek ten jednak znacznej ulegnie niższe, gdy dodam, że z liczby powyższej na dwa miasta Łódź i Warszawę przypada 834 lekarzy; przyjmując w okrągłych liczbach ludność Królestwa Polskiego na 9 milionów, ludność zaś Warszawy i Łodzi na 1 milion, otrzymamy, że 711 lekarzy przypada na 8 milionów mieszkańców, rozrzuconych na przestrzeni 2,316 mil kwadratowych, - czyli, że 1 lekarz ma do obsłużenia 11,000 ludności! W obec tego, twierdzenie, że posiadamy zbyt dużo lekarzy, stanowczo upada, zwłaszcza zaś w stosunku do prowincyi, gdzie pomoc lekarska jest bezwarunkowo niewystarczająca. Przy takim stanie rzeczy zdaje się, że nowoprzybywający lekarze powinniby szukać chleba na prowincyi; niestety, cyfry mówią, że na ogół dzieje się wręcz odmiennie. Dowodzi tego najlepiej poniżej przytoczona tabliczka, w której zestawilem dane za lata 1890 i 1899, mianowicie:

| Nazwy gubernii i miast | 1890 | 1899 | przybyło | % |
|---------------------------------------|------|------|----------|------|
| W Warszawie było lekarzy | 492 | 719 | 227 | 46 |
| w gub. Warszawskiej | 89 | 119 | 30 | 33 |
| z tej liczby w miastach pow. prócz W. | 40 | 50 | 10 | 25 |
| na prowincyi | 46 | 69 | 20 | 40 |
| w gub. Piotrkowskiej | 112 | 236 | 124 | 110 |
| z tej liczby w miastach powiatowych | 72 | 162 | 90 | 125 |
| szczegółowo w Łodzi | 36 | 115 | 79 | 210 |
| na prowincyi | 40 | 74 | 34 | 85 |
| w gub. Radomskiej | 55 | 67 | 12 | 21.8 |
| z tej liczby w miastach powiatowych | 27 | 33 | 6 | 22 |
| na prowincyi | 28 | 34 | 6 | 21 |
| w gub. Kieleckiej | 55 | 59 | 4 | 7.2 |
| z tej liczby w miastach pow. | 26 | 28 | 2 | 4.6 |
| na prowincyi | 29 | 31 | 2 | 6.9 |
| w gub. Kaliskiej | 65 | 71 | 6 | 9 |
| z tej liczby w miastach pow. | 31 | 36 | 5 | 16 |
| na prowincyi | 34 | 35 | 1 | 2.9 |
| w gub. Siedleckiej | 38 | 57 | 19 | 50 |

| Nazwy gubernii i miast | 1890 | 1899 | przybyło | % |
|---------------------------------|------|------|----------|------|
| z tej liczby w miastach powiat. | 23 | 29 | 6 | 26 |
| na prowincyi | 15 | 28 | 13 | 86.6 |
| w gub. Lubelskiej | 76 | 84 | 8 | 10 |
| z tej liczby w miastach pow. | 45 | 50 | 50 | 11 |
| na prowincyi | 31 | 34 | 3 | 9.6 |
| w gub. Łomżyńskiej | 42 | 42 | 0 | 0 |
| z tej liczby w miastach pow. | 19 | 23 | 4 | 21 |
| na prowincyi | 23 | 19 | —4 | 17 |
| w gub. Płockiej | 36 | 38 | 2 | 5.5 |
| z tej liczby w miastach pow. | 25 | 25 | 0 | 0 |
| na prowincyi | 11 | 13 | 2 | 1.8 |
| w gub. Suwalskiej | 43 | 53 | 10 | 23 |
| z tej liczby w miastach pow | 28 | 33 | 5 | 17.8 |
| na prowincyi | 15 | 20 | 5 | 33 |

Z tabliczki powyższej widzimy, że w ostatniem dziesięcioleciu przybyło nam 442 lekarzy, z których w Warszawie i Łodzi zostało 306 (69%), na prowincyi więc osiedliło się zaledwie 136 (31%), przyczem w miastach powiatowych liczba lekarzy powiększyła się o 54 (18%), na prowincyi zaś o 82 (29%); absolutne cyfry wynoszą dla miast powiatowych (prócz Łodzi i Warszawy) 354, dla szerokiej zaś prowincyi 357.

Cyfry powyższe, zdaje mi się, dowodzą, że w kwestyi rozmieszczenia się lekarzy zachodzi poważna anomalia, której skutki są zgubne tak dla samych lekarzy, jak i dla szerokiej masy ludowej: lekarze, skupiając się w ogromnej liczbie w dwu punktach, nie mogą sobie zdobyć utrzymania; lud zaś, posiadając niedostateczną ilość doradców fachowych, z konieczności po dawnemu korzystać musi z usług rozmaitego rodzaju szalbierzy. Nie ulega żadnej wątpliwości, że stan taki ujemnie wpływa i na rozwój oświaty wśród ludu, jako też na to, że tu i owdzie daje się widzieć brak zaufania do lekarzy. Dla mnie nic dziwnego w tem niema, chcąc bowiem zdobyć zaufanie, trzeba wytrwale całe lata w jednej miejscowości pracować, ustawicznie stykać się z ludem i uczyć go. Cyfry dowodzą, że tak, niestety, nie jest.

Zwracając się do przyczyn, wywołujących powyższe zjawisko, mniemam, że działają tu dwa czynniki: 1) albo niedostateczne wykształcenie zawodowe podczas studyów uniwersyteckich, albo też 2) pewna zniewieściałość, jako też brak poczucia obywatelskiego wśród młodych

adeptów medycyny. Że studia uniwersyteckie istotnie nie dają dostatecznego przygotowania do samodzielnej pracy, nie ulega to wątpliwości najmniejszej: dawno by już należało wykład medycyny zreformować zasadniczo. Ten brak w nauczaniu uniwersyteckiem tłumaczy nam okoliczność, że pewna część lekarzy, którym na to pozwalają warunki materialne, stara się po uzyskaniu dyplomu uzupełnić swoje wiadomości w szpitalach Warszawskich; w każdym jednak razie sądzę, że nie ta jedynie przyczyna powoduje ową rażącą niechęć do osiedlania się na prowincyi, w takim bowiem razie nie widzielibyśmy stałego i przytem tak znacznego wzrostu liczby lekarzy warszawskich. Sądziłbym przeto, że bodaj czy nie w większej mierze przyczynia się do tego druga kategoria domniemanych przezemnie powodów.

Młodego medyka odstrasza dziś prowincya z jej brakiem wszelkich zgoła urządzeń, umożliwiających lub ułatwiających leczenie, z jej brudem i ospałością; odstrasza ją go nuda małomiejskiego lub wiejskiego życia, ciężka praca zawodowa, ustawiczna jazda na niewygodnych bryczkach po fatalnych drogach. Wszystko to prawda, ale na wszystko to przy dobrych chęciach można znaleźć radę, a najbardziej bodaj kojącym balsamem na wszelkie powyższe dolegliwości powinno być poczucie, że jeżeli gdzie, to właśnie w najbardziej zapadłych kątach, lekarz może z najwyższym dla szerokiej ludności pożytkiem pracować, a przez to spełniać te obywatelskie obowiązki, jakie ciążyą na każdej inteligentnej jednostce, która zawsze pamiętać powinna, że nie naród dla inteligencji, lecz inteligencya dla narodu istnieje, winna przeto godnie wywiązywać się ze swego zadania społecznego. Cyfry dowodzą, że na ogół lekarze młodzi aspiracyi tych nie żywią, wołą bowiem dusić się w miejskiej atmosferze, niż nieść pomiędzy lud światło wiedzy, pomoc fachową, oraz inicjatywę, a w zamian zdobywać chleb i cześć, jaka się zawsze pionierom należy. Chleba na szerokiej prowincyi nie zabraknie jeszcze dla niejednego pokolenia lekarzy, atoli jeden powinien być zachowany warunek: oto należy szukać sobie nowych siedzib, stwarzać nowe ogniska pracy. Dziś dzieje się zazwyczaj inaczej: młodzi koledzy osiedlają się najchętniej w miejscowościach z wyrobioną praktyką, stwarzając w ten sposób pewne przepelnienie sił lekarskich i obniżenie dochodów lekarzy dawniej osiadłych, i wynika ztąd nie zawsze w parze z etyką idąca konkurencya, której właściwie, w obec wprost dziewiczych miejscowości, nie posiadających lekarzy, być nie powinno.

Epidemia duru wysypkowego na Litwie w roku 1812 i 13.

(Odczyt, wypowiedziany na tysiącennym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego d. 12/24 Listopada r. 1899).

przez Ignacego Strzezińskiego.

Pomiędzy klęskami, jakie spadły na Litwę w r. 1812, niepoślednie miejsce zajmuje nader ciężka epidemia duru wysypkowego, która przez długi czas grasowała w tym kraju, a zwłaszcza w Wilnie i jego okolicach. Poprzedziły ją słabsze wybuchy duru w r. 1807 (podczas wojny z Napoleonem I), w r. 1808 i 1810; odtąd przez 2 lata choroba nagminnie nie zjawiała się, występując od czasu do czasu oddzielnymi przypadkami.

Wojska Napoleona I, zebrane z rozmaitych krajów Europy, wkroczyły na Litwę w r. 1812, wycieńczone długim i pośpiesznym pochodem. Podczas przejścia przez Niemcy były niedostatecznie i nieodpowiednio żywione, wskutek czego ulegały często biegunkom. Ukazywały się też biegunka krwawa i cierpienia nieżytowe, zależne od ciągłych zmian pogody w maju i czerwcu, mianowicie od nagłych przejść od ulewnych deszczów i zimna do silnych upałów. Trudność żywienia wojska wzrosła na Litwie, szczególnie w Wilnie, którego ludność ogromnie się powiększyła wskutek skupienia się wojska i przyjazdu wielu obywateli z rodzinami i służbą, uchodzących ze wsi przed przykrościami wojny. Magazyny żywności i młyny zostały zniszczone przez cofającą się armię rosyjską. Zapasy żywności były skąpe i cena produktów bardzo znacznie wzrosła. W wojskach Napoleona, wycieńczonych przez długi pochód i niedostateczne żywienie, stale wzrastała liczba chorych, którymi wkrótce zapelniono szpitale wileńskie i niektóre klasztory, przerobione na lazarety. Tym sposobem zarazek duru wysypkowego, który prawdopodobnie zachował się na Litwie od r. 1807, znalazł grunt urodzajny dla swego rozwoju.

To też wkrótce po wtargnięciu Francuzów (którzy zajęli Wilno w końcu czerwca st. st. 1812 r.), gdy po ulewnych deszczach nastąpiły upały, dochodzące do 23^o R., ukazały się w lipcu pierwsze przypadki duru, naprzód w szpitalach wojskowych i w wojsku, a następnie w mieście. W tym czasie panowała biegunka krwawa, lecz wkrótce osłabła ona w Wilnie, a szerzyła się głównie na prowincyi. Wszystkie zaś inne choroby zakaźne podczas panowania duru najzupełniej znikły.

Epidemią duru grasowała od lipca 1812 r. do maja 1813 r., t. j. w ciągu 10 miesięcy. Opisali ją prof. Jędrzej Śniadecki *) i Bertrand **),

*) Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. I. Str. 79.

***) Ibid, str. 101.

lekarz francuski, który przez długi czas pozostawał w Wilnie, początkowo z wojskiem swoim, a później jako jeńiec; zarządzał on kilkoma szpitalami wspólnie z Herberskim, późniejszym profesorem uniwersytetu wileńskiego. Nieco wiadomości podaje prof. Józef Frank *).

Lubo dur wysypkowy znany jest od r. 1501, kiedy Fracastori opisał go, jako nową chorobę, przeniesioną z Cypru do Włoch, i lubo odtąd spostrzegano go dość często, zwłaszcza podczas wojen, oraz w miejscowościach, dotkniętych głodem (szczególniej w Irlandyi), jednak Śniadecki i Bertrand opisują epidemię r. 1812 pod nazwą gorączki zgnilej, jako chorobę mało im znaną. Istotnie w ich opisach spotykamy liczne powikłania; może nawet nie zawsze mieli oni do czynienia z durem wysypkowym; prawdopodobnie niekiedy inne choroby zakaźne brali oni za dur. Może też zimnica, bardzo w owym czasie zakorzeniona w Wilnie i występująca w najrozmaitszych postaciach (obecnie jest tu ona rzadkością) wikłała niekiedy dur. Wiemy bowiem, że w miejscowościach, nawiedzanych przez zimnicę, dur wysypkowy staje się często bardzo ciężkim i występuje jednocześnie z zimnicą.

Epidemia przedstawiała trzy okresy, różniące się natężeniem objawów.

W pierwszym okresie, który trwał od lipca do początku października, nie wzbudzała ona wielkich obaw, gdyż odznaczała się względną łagodnością i niezbyt wielką śmiertelnością. W lipcu niewiele było przypadków duru, w sierpniu i wrześniu daleko więcej w szybko wrażliwym stosunku.

Choroba rozpoczynała się bólem głowy i objawami nieżytowymi (kaszel z wydzieliną wodnistą, czasem krwawą, zaczerwienienie oczu), które w ciągu tego okresu epidemii przeważały. Często rozpoczynała się lub kończyła lekką biegunką, której przerywanie w początku choroby wywierało, zdaniem Śniadeckiego, szkodliwy wpływ na dalszy przebieg. Gorączka nie osiągała wysokiego stopnia, wzmagała się wieczorem i wywoływała w nocy majaczenie. Silny ból głowy, objaw najuciążliwszy dla chorych, bywał rzadko i trwał nie dłużej nad 7 dni. Wysypka zarówno w tym okresie, jak podczas całej epidemii, rzadko występowała, a szczególniej petocie. Skóra po większej części bywała miękką, rzadko suchą, język przeważnie czerwony i wilgotny, niekiedy biały i suchy, mocz czerwony, czasem mętny. Zjawiały się bóle w piersiach (bez duszności), w krzyżu i w łydkach. W przypadkach, kończących się śmiercią, spostrzegano od początku wydatną wysypkę,

*) Mémoires biographiques de Jean Pierre Frank et de Joseph Frank, son fils, rédigées par ce dernier. T. IV, str. 119. (Pamiętniki te w rękopiśmie znajdują się w bibliotece Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego). Praxeos medicae universae praecepta auctore Josepho Frank. Lipsiae 1821. Partis III, vol. I, sectio II, str. 293.

bardzo silny ból głowy, senność, majaczenie i drganie ścięgien. Jako częste powikłanie występowała żółtaczką, która samodzielnie w tym czasie była bardzo powszechną na Litwie, niezależnie od duru, bez gorączki i widocznej choroby wątroby.

Dur kończył się najczęściej dnia 14-go, rzadziej 9-go lub 11-go, zwykle potami i snem, czasem biegunką lekką; jeżeli nie kończył się dnia 14-go, trwał do 21-go, albo w postaci stabszej, z małą gorączką do 40-go i dłużej, co szczególnie spostrzegano, jak mówi Śniadecki, u młodych dziewcząt z żołniami.

Pomimo względnej łagodności epidemii w tym okresie, zmarło w Wilnie z duru w ciągu 3 miesięcy przeszło 500 chorych, co przy ówczesnej ludności miasta, nie przenoszącej 40000, stanowi wysoką odsetkę.

W drugim okresie, który trwał od początku października 1812 r. do początku lutego 1813 r., epidemia odznaczała się złośliwością, silną zaraźliwością i wielką śmiertelnością. Choroba nie oszczędzała żadnego stanu społecznego, ani wieku, z wyjątkiem najdrobniejszych dzieci. Jeżeli w jakimś domu zjawiał się jeden przypadek duru, wszyscy mieszkańcy tego domu niechybnie nań zapadali. Według spostrzeżeń Śniadeckiego postać najcięższa występowała u pijaków, osób wycieńczonych głodem i u ludzi młodych, u starych zaś i dzieci choroba lżej przebiegała. Według Bertranda epidemia najsilniej szerzyła się wśród biednych starców i ludności starozakonnej.

Warunki zdrowotne Wilna, bardzo liche, pozwoliły epidemii przybrać ogromne rozmiary. Wszystkie szpitale, kliniki i sale uniwersytetu (który przez czas wojny był zamknięty), klasztory i wiele domów prywatnych napełniono chorymi. Stan jednak tych zakładów leczniczych, tak stałych, jak i świeżo urządzonych, był bardzo smutny. W szpitalu, założonym w klasztorze Bazylianów, który zawierał jednocześnie około 900 chorych durowych, brakowało, jak pisze Bertrand, szyb w wielu oknach, a dach i podłogi były mocno uszkodzone; dla braku miejsc kładziono często chorych w korytarzach na słomie albo na gołej podłodze, bez żadnego przykrycia. Wszędzie panował brud rażący, gdyż wszystkie posługi spełniało kilku żołnierzy, ledwo odzyskujących zdrowie. Żywność dawano w ilości niedostatecznej i w złym gatunku; dotkliwy był brak lekarstw. Często wymykali się chorzy do ogrodu klasztornego i z głodu chciwie zjadali surowe jarzyny i niedojrzałe owoce. Trupy ich znajdowano później w szpalerach ogrodu.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, które dopiero w czerwcu na prośbę komisji departamentu administracyjnego opracowało prawidła przeciw biegunce krwawej i wskazało sposoby leczenia tej choroby, rozpoczęło obecnie energiczną walkę z dudem. W szpitalach ordynowali przeważnie członkowie Towarzystwa. Dr. Mianowski, przedsta-

wiony przez Towarzystwo na urzędnika sanitarnego, pracował z wielką umiejętnością nad ograniczeniem epidemii. Pomimo jednak wszelkich starań dur coraz bardziej się rozszerzał i coraz więcej zabierał ofiar.

Złośliwość epidemii wzrastała — według spostrzeżeń Śniadeckiego i Bertranda — z powiększeniem się mrozów. Gdy w listopadzie mróz sięgał często 10° R., dur przybrał postać cięższą i rozszerzył się znacznie. Jednocześnie w szpitalach wileńskich znalazło się przeszło 6000 chorych, z których 1000 w szpitalach wojskowych. Tylko 50 cierpiało na gnilec, wszyscy zaś inni na dur. Od 4 grudnia, gdy mróz z 10° R. podniósł się nagle do 22° R. i trzymał się mniej więcej na tej wysokości do 25 grudnia (st. st.), epidemia stała się znowu bardzo złośliwą. Od 25 grudnia, ze zmniejszeniem się mrozu, słabła, ale od 3 stycznia 1813 r. wzrosła z powiększeniem się zimna. W ogóle w grudniu i styczniu dur był najzłośliwszym i najbardziej rozpowszechnionym. Śniadecki uważał, że stan zdrowia w oddzielnych przypadkach także się zmieniał odpowiednio do stanu ciepłoty atmosferycznej.

Do zaostrzenia epidemii w grudniu przyczynił się w wysokim stopniu odwrót z Rosyi wojsk Napoleona, które napelniły Wilno tłumami żołnierzy pół nagich, głodnych i chorych. W szpitalach wojskowych skupiło się przeszło 15000 chorych. Żywienie ludności i takiego mnóstwa chorych stało się niemożliwem, powstał więc głód, który doprowadzał do czynów nieprawdopodobnych. Profesor Frank opowiada, że żołnierze francuscy, pomieszczeni w jego klinice, wylamali drzwi do gabinetu anatomo-patologicznego, zjedli preparaty, które się w nim znajdowały, i wypili spirytus. Francuzi, wzięci do niewoli i zamknięci chwilowo w kościele, zjedli psa, który się tam dostał przypadkiem. W szpitalu, założonym w Zakręcie (pod Wilnem), chorzy zjadali zmarłych swych towarzyszków.

Wojska Napoleona pozostawiły około 40000 trupów, leżących pod śniegiem, obfitym tej zimy, w okolicy Wilna i w samym mieście, na ulicach, dziedzińcach, w piwnicach. Całe stada psów zbiegły się, aby pożerać trupy, a pokosztowawszy ich, zaczęły się rzucać na ludzi. Obawiano się, że te trupy podczas odwilży, rozkładając się, rozniosą zarazę po całej okolicy; zdawało się, że niepodobna sprzątnąć i pochować takiego mnóstwa w krótkim czasie. Rząd polecił tę sprawę profesorowi Becu *), który ją pomyślnie załatwił. Grzebano Francuzów w rowach, które sami wykopali dla swojej obrony. Frank, opisując to, dodaje: „*Inciderunt itaque in fossam, quam sibi ipsi fecerunt*“. Następnie dla przyspieszenia sprawy, za radą profesora Becu, spalono w styczniu 1813 r. około tysiąca trupów na stosie, wzniesionym za przedmieściem

*) Ojczym Juliusza Słowackiego.

Śnipsiszkami. Ponieważ jednak dym duszący i smrodliwy, który utworzył się w olbrzymiej ilości, pokrył miasto i zepsuł powietrze, zaniechano tego sposobu i powrócono do grzebania trupów w ziemi. Według podania na samym tylko Antokolu (przedmieście Wilna) pochowano 5000 Francuzów. Dzięki energicznej działalności Becu, miasto wkrótce zostało oczyszczone; Becu dostał w nagrodę order Włodzimierza 4-go stopnia. „Pierwszy przypadek w historii — mówi Frank — nagrodzenia lekarza za pochowanie wielkiej liczby ludzi”.

Tymczasem stan szpitali znacznie się polepszył po przejściu ich w ręce rządu rosyjskiego. Cesarz Aleksander I, nie obawiając się zakażenia, zwiedzał je osobiście i, widząc rozpaczliwy stan chorych, polecił hrabiemu Saint-Priest uporządkować szpitale, przeznaczając na ten cel odpowiednią kwotę. Usiłowania rządu zostały poparte przez ofiary mieszkańców Wilna, którzy przynosili chorym pokarm i ubranie.

W tym najstraszniejszym okresie epidemii dur odrazu objawiał się silnym bólem głowy, niepokojem, dusznością, brakiem łaknienia i bólami w różnych częściach ciała. Gorączka występowała na drugi lub trzeci dzień, odrazu dosięgała wysokiego stopnia i wzmagała się wieczorem. Towarzyszyły jej objawy nieżytowe, senność, odurzenie i majaczenie. Tętno stawało się miękkim i łatwo dawało się ucisnąć; później bywało ono drgające i mocno przyspieszone. Język suchy, popękany, pokryty nalotem brunatnym, który rozszerzał się na dżąsła i wargi. Oddech był utrudniony pomimo braku bólu w piersiach; kaszlu nie spostrzegano, albo w nieznacznym stopniu; niekiedy kaszel przybierał charakter kurczowy, wydzielina była czasem krwawą. Jakie sprawy powstawały w płucach, nie umiano wówczas określić. Stetoskop w Wilnie po raz pierwszy był użyty dopiero w r. 1823 przez Herberskiego.

(Dokończenie nastąpi)

O C E N Y.

O najnowszym słownictwie anatomicznem naszym.

(Ciąg dalszy).

Pzypatrzmy się teraz zasadom, według których postępował autor podczas pracy swej.

Oto one:

„1-o. Wszystkie nazwy muszą być czysto polskie i z duchem języka zgodne” (str. XIV). Sądzę, że nie znajdzie się chyba nikt taki, coby odważył się wystąpić przeciwko tej zasadzie najslusniejszej

i bardzo rozumnej; szkoda tylko wielka, iż autor w ciągu swej pracy aż nazbyt często odbiegał od niej, poświęcając ją prawidłom dowolnie przez siebie ustanowionym, o czem przekonamy się poniżej.

W uwadze, dodanej do zasady powyższej, nadmieniam, że: „przy wyborze nazw zwracać nadto należy baczną uwagę na niezbędną potrzebę tworzenia nazw pochodnych”. Według zdania mego jest to względ podrzędny, nie zasługujący na to, żeby nań zwracano zbyt wiele uwagi, przynajmniej w mianownictwie anatomicznem, nigdy zaś nie powinno się dla niego odstępować od zasad ogólnych, język nasz obowiązujących. W tejsze uwadze autor nasz potępia jeszcze surowo i słusznie „dziwolaگی.. w rodzaju: dziur karotycznych, klap mitralnych, naczyń choroidalnych” i t. p., niestety, często spotykane, nie tylko w mowie, ale i w pismach lekarzy naszych, w ogóle nie dosyć dbałych o czystość i poprawność języka ojczystego; dla tego też wystąpienie przeciwko barbaryzmowi tego pokroju za zasługę autorowi policzyć muszę, oddając mu zarazem tę sprawiedliwość, że w całej swej pracy ominąć je umiał, co nie było tak łatwem, jak się zdawać może niejednemu.

„2-0. Nazwy zasadnicze, rzeczownikowe, o ile nie są powszechnie znane i ogólnie przyjęte, powinny być dokładnym przekładem nazw słownictwa powszechnego, a w razie niemożności przekładu, powinny być czysto rzeczowe”. — Zdania tego za słuszne uznać nie mogę, przeciwnie mniemałbym, że bezwarunkowo lepiej będzie trzymać się zawsze nazw „rzeczowych”, wstrzymując się od przekładów dosłownych z łaciny wadliwej, w słownictwie anatomicznem używanej, ponieważ to na manowce łatwo zaprowadzić może.

„3-0. Nazwy nie powinny być świeżo urobione lecz muszą być odszukane pomiędzy najwłaściwszemi z dotąd używanymi lub w skarbcu języka zawartych”. — Któżby nie przyklasnął zasadzie tak rozumnej? — Kucie niepotrzebne wyrazów nowych, przez ludzi nie powołanych do tego, jest klęską prawdziwą dla mianownictwa każdego oraz psuciem i zanieczyszczeniem języka w ogóle. Prawda to, że łatwiej każdemu ukuć na prędko byle jak wyraz naśladowający, mniej lub więcej dosłownie, posłyszany lub przeczytany cudzoziemski, niż wyszukać właściwy swojski w słowniku, albo, nie znalazłszy go tam, utworzyć nowy, podług zasad gramatyki i analogii, uwzględniającej już istniejące, poprawnie urobione; ale na to potrzeba czasu, namysłu, tudzież znajomości dokładniejszej zasad i właściwości języka; więc też ludzie, zmuszeni pisać pospiesznie, jak np. dziennikarze, albo leniwi i niedbali, nazbyt często grzeszą przeciw zasadzie wypowiedzianej powyżej; ludziom atoli zajęтым nauką, za przewinienie ciężkie przeciw językowi rodzinnemu postępowanie takie policzyć trzeba.

Autor nasz, pomimo że postawił sobie zasadę ową, tak słuszną i uznania godną, nie zawsze jej wiernym pozostał, tworzył bowiem wyrazy nowe, odrzucając niewiedzieć dla czego od dawna istniejące, utarte; innym znów dawał czasem znaczenie dowolne, różne od tego, które im ogół mówiących zwykł przyznawać; nieraz też z dawniej używanych lub przynajmniej do użycia zalecanych, wybierał najmniej właściwe; nakoniec, tworząc przymiotniki, odbiegł od niej zupełnie, dając przed nią pierwszeństwo prawidłu przez siebie wymyślonemu samowolnie, a pozornie tylko usprawiedliwionemu. O tem poniżej pomówimy nieco obszerniej.

Dwie zasady następujące, mogące właściwie stanowić jedną, brzmią:

„4-o Każda część ciała ma mieć tylko jedną nazwę naukową i każdej części ciała ma odpowiadać odrębna, lecz tylko jedna nazwa polska”, i

„5-o Każda nazwa polska ma odpowiadać tylko jednej nazwie łacińskiej i każdej różnej nazwie łacińskiej ma odpowiadać tylko jedna nazwa polska”.

Że każda część ciała ma tylko mieć jedno miano naukowe, na to pewnie każdy zgodzi się chętnie, byle miano to było polskie, bądź to z języka potocznego wzięte, bądź też nowe, ale koniecznie urobione poprawnie. Żeby nie być źle zrozumianym, dodaję, iż nie myślę tu wcale występować przeciwko niektórym nazwom cudzoziemskim wprawdzie, ale oddawna językowi naszemu przyswojonym, przyznaję im bowiem te same prawa, co i rodzimym; za usunięciem ich z mianownictwa głosowałbym tylko w takim razie, jeżeliby wyszukany został jaki wyraz swojski, zapomniany, a znaczenie to samo mający albo też, gdyby się, powiodło komu utworzyć świeżo i dobrze urobioną nazwę, rzecz samą równie dokładnie określającą. Ale w tego rodzaju sprawach krytyka może mieć tylko głos doradczy, nie zawsze przez ogół słuchany. Jeżeli jaki wyraz nowy, często nie wiadomo dla czego, spodoba się ogółowi, to go przyjmie, chociażby nawet był niestosowny, albo wadliwie urobiony; przeciwnie znów, nie jeden wyraz wyborny nie zdoła sobie wywalczyć praw obywatelstwa. Dla czego tak się dzieje? objaśnić niepodobna; trzeba się z tem pogodzić, ponieważ *usus est tyrannus*, przed którym każdy ustąpić musi, chociażby słusność po jego stronie stała.

Nazw nowych spotykamy u autora naszego szereg wcale niemały, wartość ich jest różna, o losie ich wyrokować nie śmiem, bo nikt przewidzieć nie zdoła, czy która z nich dostąpi zaszczytu rozpowszechnienia, pomimo, że są między niemi takie, coby na to zasługiwały według zdania mego. Powrócę do nich raz jeszcze.

Niewolnicze przykuwanie nazw polskich do łacińskich, zalecane i stosowane przez autora, nie wydaje mi się wcale słusznem. Nie wiem, doprawdy, czy dziś, gdy już od tylu lat zaniechano w uniwersytetach

wykładów po łacinie, gdy żaden lekarz, już nie tylko książek, ale nawet rozprawy doktorskiej w języku tym nie pisuje, gdy nakoniec posiadamy słowniki takie, jak Blancarda, Castellego, Pierera *) i t. p., wystarczające dla tych nielicznych lekarzy, którzy jeszcze do ksiąg dawnych zaglądną, nie wiem, mówię, czy wobec tego wszyskiego, w ogóle jest tak koniecznie potrzeba zaprzętać sobie głowę mianownictwem łacińskim, tracić czas na jego upraszczanie, a przedewszystkiem, czy warto naśladować je koniecznie we wszystkim? Najwłaściwiej byłoby, tak mniemam przynajmniej, gdyby język każdy dążył do wyrobienia sobie mianownictwa samodzielnego zupełnie, bez oglądania się ciągłego, czy to na łacińskie, czy też na jakiegobądź inne; można od nich wziąć co najwyżej wzór w zarysie ogólnym, wszelkie zaś szczegóły niezależnie od nich opracować wypadaloby, zwracając przytem tylko uwagę na sam przedmiot i na prawa język obowiązujące, to się samo przez się rozumie. Mianownictwo takie byłoby z pewnością najdoskonalwsze, albo, jeżeli kto woli, najmniej wadliwe, a nie różniłoby się też zbyt znacznie od innych, ponieważ, o rzeczach tych samych mówiąc, języki należące do jednego wielkiego pnia aryjskiego, nigdy dojść nie mogą do różnic bardzo znacznych. Jestem przekonany, że miano anatomiczne polskie, czy to stosownie wybrane z zasobów języka potocznego, czy też nowo utworzone w sposób właściwy i prawidłowy, najdokładniej zawsze odpowiadać będzie mianu łacińskiemu, rozumie się nie dowolnemu, lecz tak samo, jak polskie, utworzonemu ze znajomością rzeczy. Z dowolnością zaś słownictw obcych liczyć się nie mamy potrzeby.

Autor nasz myślał inaczej. Dobrowolnie, chociaż, jak widzieliśmy, nie z przekonania pełnego, wdziawszy na się pęta łaciny Towarzystwa anat. niem., ze szkodą dla pracy własnej, stał się tylko tłumaczem mianownictwa obcego i to tłumaczem nie zawsze szczęśliwym, gdy mógł przecie z pożytkiem większym dla swoich, ujednostajnić lub ulepszyć na własną rękę mianownictwo anatomiczne nasze, rozumie się o tyle, o ile jednostka do tego jest zdolna. Usiłowanie zbyt sumiennego zastosowania się do pierwowzoru skrępowało go, stąd też pochodzi niewątpliwie przeciążenie mianownictwa zupełnie zbyt liczne, licznymi blizkoznacznikami, jako też wadliwość wielu nazw złożonych. Przypatrzmy się tu dla przykładu kilku nazwom mięśni, przetłomaczonym z łaciny, i tak: *Musculus extensor pollicis brevis*, zwie się „Mięsień rozginający palec wielki krótki”, a *M. ext. pol. longus*— „M. rozginający palec

*) Stephani Blancardi Lexicon medicum triperitum. Lejda 1690 i wiele wydań późniejszych, ostatnie przejrane przez C. G. Kühna, Lipsk 1832, 2 tomy. B. Castelli Lexicon medicum graecolatinum. Genewa 1746. Pierer Realwörterbuch zum Handgebrauch für praktische Aerzte etc. Allenburg 1816—1829 8 tomów.

wielki długi". Kto, umiejac dobrze po polsku, ale nie znajac anatomi, ujrzy miana te bez rownoznacznych lacińskich, pewnie pomysli sobie, ze anatomowie u ręki odróżniają dwa palce wielkie: krótki i długi. Tak samo, słysząc miana: „M. zginający napięstek przętowy” (*Musc. flexor carpi ulnaris*) i „M. zginający napięstek promieniowy” (*M. fl. carpi radialis*) pomysleć mógłby, że istnieją dwa napięstki u jednej ręki. Gdyby zaś autor, nie trzymając się porządku wyrazów, dobrego w łacinie, wadliwego zaś w polszczyźnie, był nam powiedział, np. „M. rozginacz palca wielkiego krótki” i „długi”, oraz „M. zginacz napięstka promieniowy” i „prętowy”, nieporozumienie takie nigdyby powstać nie mogło. Dziwić się wypada, że wydawcy nie zwrócili uwagi na tego rodzaju niewłaściwości wielokrotnie powtarzające się i że nie pomysleli o poprawieniu ich; przecież w wielu miejscach zabawiali się poprawkami i to nie zawsze na lepsze.

Zasada 6-a i ostatnia, opiewa: „Nazwy przymiotnikowe pochodne muszą być, stosownie do rozmaitych względów, które wyrażać mają, rozmaite, ale dla każdego pojedynczego względu muszą być wszystkie według jednej i tej samej modły wytworzone” (str. XIV).

Na zdanie, rozpoczynające zasadę powyższą, zgodzić się można bez wahania, ponieważ wypowiedziana w niem myśl jest logicznie słuszna; inaczej rzecz się ma z zakończeniem, do którego dodać wypadnie zastrzeżenie: o ile język nasz na to pozwala; wszelako zastrzeżenie takie burzy od jednego zamachu całą ową jednolitość, którą autor nasz chce samowolnie narzucić zakończeniom przymiotników w mianownictwie użytych. Jest to już jego pomysł własny, ponieważ Towarzystwo an. niem. zamachu podobnego na język łaciński nie popelnilo.

Nie wiem, o ile autor nasz starał się poznać zasady i prawidła gramatyki polskiej; ze sposobu jednak tworzenia przez niego przymiotników, dojść trzeba do wniosku, że albo zasad tych nie znał dostatecznie, albo też, co prawdopodobniejsze może, iż znając je, pomimo to na ich miejsce postawił dowolnie swe własne, przeciwne tamtym, czego mu w żaden sposób pochwalić nie można. Już wcześniej (str. XIII) powiada: „Nazwy przymiotnikowe pochodne są w naszym słownictwie najrozmaiciej, najdowolniej i bez żadnego śladu jakiejkolwiek zasady tworzone i używane”. W zdaniu tem tkwi trochę prawdy, a bardzo wiele przesady, do której autor nasz zwykle zdradza skłonność, ilekroć chodzi mu o to, żeby poglądy swe osobiste podnieść kosztem tych, które usunąćby pragnął. Prawda to rzeczywiście, iż niektórzy pisarze nasi w anatomii pozwalali sobie na przymiotniki różne, dobre i złe; te, które wzięto z języka żywego, albo urobiono podług zasad ogólnych języka tegoż, były niewątpliwie zawsze dobre; inne znów za takie uznane być nie mogą, dla tego, że powstały z zaniedbaniem tych zasad, więc

też tylko do takich zarzut dowolności zastosowany być może; do tego rodzaju należą właśnie przeważnie przymiotniki, którymi autor mianownictwo nasze chce uszczęśliwić, kalecząc niemiłosiernie język, byle tylko zadość się stało poglądom jego.

Ponieważ zasady głoszone przez autora, prostotą swą łatwo obalamucić mogłyby niejednego, mniej niż potrzeba obeznanego z istotą języka ojczystego, a takich, niestety, jest wielu, więc trzeba omówieniu sprawy tej więcej trochę miejsca i czasu poświęcić.

Do zasady 6-tej dodaną jest uwaga następująca: „W słownictwie anatomicznem nazwy przymiotnikowe pochodne wyrażać powinny:

a) albo przynależność jednej części do drugiej, np. tętnicy do żołądka lub płuca, spłotu nerwowego do tętnicy, trzewa do jamy, w której jest pomieszczone i t. d., albo:

b) że coś zostało z czegoś innego zbudowane czy złożone, albo przez coś innego wytworzone, np. spłot złożony z żył, szmer wywołany przez poruszające się płuco i t. d., albo, w końcu

c) że coś jest do czegoś innego podobne, np. jakiś wyrostek kostny do ryłka, haczyka lub kolca, jakiś brzeg więzła do sierpu, jakaś blaszka do sita i t. d.

Z tych trzech względów, pierwszy i trzeci są dla anatomii najważniejsze“ (str. XIV i XV).

Na to wszystko milcząc i bez wahania zgodzić się można, ale głos podnieść należy koniecznie, ujrawszy jaki obrót autor zasadom tym nadaje. Obaczmy więc:

Zwróciwszy (str. XV) uwagę na to, że język nasz posiada możność tworzenia różnych przymiotników, związek mających z jednym rzeczownikiem, jako i na to, że końcówki ich nadają im znaczenie odmienne, autor ubolewa nad opieszałością naszą „o czystość i bogactwo języka”, nakoniec tak nas naucza:

„Zastanawiając się bliżej nad rozmaitemi końcówkami przymiotnikowymi, przekonać się łatwo, że w większości razów końcówka *owy* wyraża właśnie przynależność, np.: połowy, gajowy, ogrodowy. domowy, głowowy (tak!), szyjowy, piersiowy, plecowy, grzbietowy, udowy, goleniowy, stopowy, palcowy, i t. d., i że w innych razach, w których dla wyrażenia przynależności kończymy zazwyczaj obecnie przymiotniki na *ny* — brzuszny, płucny, i t. d., wszyscy dawniejsi najlepsi pisarze kończyli stale na *owy* i używali w tym celu tylko nazw: brzuchowy, płucowy i t. d.“ *)

*) Twierdzenie to, zdumiewające swą śmiałością, rzeczywiście dostownie tak, jak wyżej, wypowiedziane zostało.

„Końcówka *ny* wyraża w większości razów albo—że coś jest złożone z czegoś, np.: żelazny, drewniany, szklany, ołowiany, słomiany, kościany, olejny, żywiczny, wodny i t. d., albo—że coś zostało zdziałane lub wywołane i wytworzone przez coś, np. wyrób ręczny, wyziew lub pot skórny, tłocznia brzuszna, powiew halny i t. d”.

„Końcówka *aty*, wyraża prawie wyłącznie podobieństwo czegoś do czegoś, np.: klinowaty, papierkowaty, blaszkowaty, sitowaty i t. d.”

„Inne, bardzo liczne końcówki naszych przymiotników rzeczownikowych (?) jak *isty*, *asty*, *ski*, *czy*, *i*, i t. d., możemy w tej chwili zostawić bez rozbioru”.

„Słownictwo naukowe musi być ściśle i ogólnie zrozumiałe, a w tym celu musi mieć stałe zasady tworzenia wyrazów pochodnych. Sądzę więc, że tak jak twórcy naszego słownictwa chemicznego związków mineralnych, którzy, nie oglądając się na dźwięczność i nawyknięcia, postanowili wyrażać związki kwaśne metaloidów w tlen bogatsze przez końcówkę *ny*: siarczany, fosforny, azotny, chlorny i t. d., a biedniejsze w tlen przez *awy* — siarkawy, fosforawy, azotawy; sole zaś tych kwasów przez końcówkę *an* i *on* — siarczan, siarkon i t. d., tak samo i my powinniśmy (tak!) przy wytwarzaniu słownictwa anatomicznego raz na zawsze zerwać z obecnem zamieszaniem i dowolnością, i wybrać stałe końcówki przymiotnikowe. Dla tego też, po bardzo dojrzałej rozwadze i naradzie z ludźmi, ze znajomości i dbałości o czystość języka znanymi, postanowiłem (tak!) kończyć bez wyjątku wszystkie przymiotniki wyrażać mające przynależność na *awy*, podobieństwo — na *aty*, a skład lub wytwór — na *ny*”.

Przepisałem dosłownie ten długi urywek z uwag, żeby czytelnik sam mógł przekonać się, na jakich to niezachwianych prawach, przez siebie samego dowolnie ustanowionych, opierający się autor nasz, postanowił jak, i co ma być. Ponieważ jednak postanowienia tego rodzaju nie obowiązują, na szczęście, nikogo, a krytyce wolno wartość ich prawdziwą odsłonić, więc też uczynić to zamierzam teraz.

Autor nasz jest dyplomatą. Przewidując, że krytyka mogłaby się sprzeciwić twierdzeniom jego, wypowiada je z ostrożnością pewną, zachowując sobie furteczkę, przez którą możnaby się wymknąć w razie, gdyby go do muru przyciśnięto; więc też nie twierdzi wprost, że zakończenia przez niego wybrane wyłącznie tylko mają znaczenie to, które im nadaje, ale powiada, że „w większości razów” tak jest. Na czem, oprócz zapewnienia gołosłownego, opiera statystykę swą, nie wiadomo.

W przykładach przywiedzionych przez siebie wsuwa między przymiotniki rzeczywiście poprawne, swoje wadliwe, jako niby w mowie naszej powszechnie używane, albo nawet takie, jak: „połowy, gajowy”, mające dziś w języku poprawnym znaczenie rzeczowników. Nie odróżnia

zakończenia *ny* od *any*, podając je za równoznaczne zupełnie; zdaje się też, iż nie zwraca na to wcale uwagi, co w zakończeniu jest końcówką właściwą, co zaś przyrostkiem, poprzedzającym ją. Powołuje się to na przykład mianownictwa przez chemików używanego, to na powagę ludzi jakoby znanych „ze znajomości i dbałości o czystość języka”, nie wymieniając wszakże imiennie ani jednego. Wmawia w nas, że jest powinnością „raz na zawsze zerwać z obecnym zamięszaniem i dowolnością“, istniejącymi raczej w wyobraźni autora, niżeli w mianownictwie dotychczasem naszym; każe nam wybrać „stałe końcówki przymiotnikowe“, oczywiście nie te, które nam zaleca język nasz, jeno te, które sam narzucił nam postanowił, nie otrzymawszy do tego od nikogo upoważnienia, oraz wbrew zasadom języka ojczystego.

Wpadłszy w zapał, zapomina jednak autor nasz o swej dyplomacyi na chwilę, a wtedy wymyka mu się twierdzenie, zarówno śmiałe, jak z prawdą niezgodne, że „wszyscy dawniejsi najlepsi pisarze nasi“, stałe używali tylko dla oznaczenia przynależności, przymiotników zakończonych na *owy*, nie zaś na *ny*, przyczem stawia, jako przykład: „brzuchowy, płucowy i t. d“. Do tego dodać mogę objaśnienie następujące: Przymiotnik „brzuchowy“ spotykamy rzeczywiście u C n a p i u s a*), nie podającego wcale przym. „brzuszny“. Linde**) ma je oba, ale tylko do pierwszego z nich dołącza przykłady od kilku autorów wzięte, są między nimi dwaj pisarze dawniejsi, mający prawo do tego, żeby ich do najlepszych zaliczano, mianowicie Grzegórz z Żarnowca i Piotr Skarga. Jeno właśnie w tem samym zdaniu Grzegorza, w którym stoi przym. „brzuchowy“, znajdujemy jeszcze dwa inne, jako to: „gębny“ i „zębny“, co nam służy za dowód, że wzorowy pisarz ten nie używał bynajmniej wyłącznie przymiotników dzierżawczych, zakończonych na *owy*. Co się zaś tyczy P. Skargi, to zdanie jego przywiedzione przez Lindego z „Żywotów Świętych“, brzmi: „Kochają się w nieczystości i służbie brzuchowej“, to jest brzuchowi oddawanej, widzimy więc, że w przykładzie tym przynajmniej, przymiotników ów ma odcień inny, właściwie nie dzierżawczy. Czy Skarga w licznych pracach swych nie użył też może gdzie przym. „brzuszny“—nie wiem tego, ponieważ go nie szukałem. Przeczytałem atoli z pilną uwagą wyjątki z dzieł jego u Wójcickiego***) pomieszczone i znalazłem tam, obok przymiotników dzierżawczych, zakończonych na *ny* i *ski*, trzy kończące się na *owy* prawidłowo zupełnie, mianowicie: „J o a b o w y“ (str. 344), „Z y g m u n t o w y“ (str. 347) i „p o j e d y n k o w y“ (str. 362), użyty w znaczeniu pojedynczy.

*) Thesaurus polonolatinograecus. Cracoviae 1643.

**) Przytaczam podług wydania lwowskiego.

****) Historia literatury polskiej. Warszawa, 1859—1861. T. I str. 342—363.

Co się dotycze przym. „płucowy“, to spotykamy się z nim u Kircheima *), u podanych przez Lindego: Krupińskiego, i „Zoologii dla szkół narodowych“ (Warszawa 1789), i u wielu późniejszych równie wcale nie wzorowych pisarzy. Sleszkowski zaś (A. Pedemontana Tajemnice etc. Kraków 1620), Kluk i w ogóle ci, co dbają o poprawność języka, piszą „płucny“, zgodnie z Cnapiusem, objaśniającym wyraz ten: „do płuc należący, albo płucom podobny“, przym. „płucowy“ nie napotykamy u niego wcale. Tak samo w Słowniku Fontanusa**) na próżno szukamy „płucowy“, jest tam tylko „płucny“, podobnie u Dasypodiusa***) tak samo u Troca

Ponieważ autor nasz, niby dla poparcia twierdzenia swego, przywiódł tylko dwa przymiotniki: „brzuchowy“ i „płucowy“, stawiając po nich „i t. d.“, więc niechże mi wolno będzie przytoczyć tu szereg przymiotników na *ny* zakończonych, przynależność oznaczających, a dowodzących dawności istnienia swego w języku naszym, i tak: ze słownika Lindego przekonałem się, że Skarga używał przym. dzierżawczego *nożny*; czynili to samo J. Wujek, Trzeciecki w tłumaczeniu Crescentyna (1549), M. Rybiński w Psalmach (Gdańsk 1619), E. Otwinowski w tłumaczeniu przemian Owidjusza (1638), wszystko pisarze dawniejsi, no i nie należący przecie do najgorszych.

*) Facies anatomica Corporis Humani dismembrati. To jest krótkie opisanie Wszystkich Części Ciąta Człowieczego i t. d. Warszawa 1731 str. 48, gdzie Thymus nazwano „gu_z płucowy“. Wydanie pierwsze dziełka tego, napisanego złą polszczyzną, wyszło w roku 1722.

**) B. A. Fontanus Dictionarium latino-germanico-polonico-graecum. Dantisci 1605.

***) Dasypodius catholicus, hoc est Dictionarium Latino-germanico-polonicum. Dantisci, 1642.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. med. Józef Peszke.

Sprostowanie: W zeszytcie 11-ym str. 315 wiersz 8 od dołu zamiast omózgoogór, powinno być omózgoogór, str. 317 wiersz 7 od góry usunąć należy przecinek między wyrazami: zwróty i mowy.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, ekspedycyi i w ogóle administracyi pisma, proszę odnosić się pod adresem: *ulica Wilcza Nr- 12, W-na Dr. Stanisława Popławskiego.*

Redaktor i Wydawca Zygmunt Kramsztyk, Nowo-Senatorska 8.

Prenumerata w Warszawie rocznie rb. 7 —
kwartalnie „ 1 75
z przes. pocztową „ 9 —
kwartalnie „ 2 25

GŁOS

Adres Redakcyi: Warszawa, Żłota 26.

Tygodnik Naukowy, Społeczny i Literacki.

Program pisma obejmuje: 1) Zasadnicze roztrząsanie kwestyi życiowych i społecznych, zagadnień naukowych, etycznych i wychowawczych. 2) Przeglądy, referaty i kroniki, dające ile możności pełny obraz współczesnego ruchu naukowego w dziedzinie, filozofii, nauk przyrodniczych etyki, psychologii, nauk społecznych i ekonomicznych, medycyny, pedagogiki, techniki, odkryć i wynalazków. 3. Krytykę i bibliografię wydawnictw naukowych i literackich; przeglądy prasy krajowej i zagranicznej. 4. Powieści, poezye i studia dotyczące nowych przejawów w dziedzinie literatury i sztuki. 5) Sprawozdania, korespondencye i wiadomości bieżące w zakresie życia współczesnego, teatru, sztuki i polityki.

Prenumeratory otrzymują bezpłatnie Dzieło naukowe.



OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra ADAMA HELBICHA.

1. Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etylogii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju.
4. Pharmacopoea pauperum w szerokim rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etylogia szankra miękkiego.
6. Unerwienie i refleksy jamy nosogardzielowej.
7. Anatomia patologiczna i etylogia dysenterji.
8. Anatomia patologiczna i etylogia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkazające formaliny.
12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechletni, to jest do dnia 19 Października roku 1902. Nagród konkursowych na rzeczony okres konkursowy naznacza się trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie Rb. 450, druga Rb. 300 i trzecia Rb. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych osobnemi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa za Sekretarza Stałego

Członek Zarządu

W. Kosmowski

O Ś W I A T A

MIESIĘCZNIK

poświęcony sprawom wykształcenia, czytelnictwa i samouctwa
pod kierunkiem literackim *Wł. M. Kozłowskiego*.

Kraków, Szlak 35.

Wychodzi 15 każdego miesiąca.

Cena z przesłaniem rocznie 3 ruble, półrocznie rub. 1 kop. 50
kwartalnie 75 kop.

Prenumeratę przyjmują wszystkie księgarnie.



KWESTYONARYUSZ

w sprawie kąpiei publicznych i czystości ludu.

Czystość ciała mieszkańców Królestwa, a zwłaszcza ludu pozostaje w opłakanym stanie. Cierpi na tem zdrowie nie tylko brudnych, ale i czystych. Cierpi na tem nie tylko zdrowie, ale i dzielność społeczeństwa. Aby zaradzić złemu, trzeba przedewszystkiem smutną prawdę poznać. Chcemy więc i musimy zebrać dane o wszelkich kąpielach publicznych i o stopniu zaniedbania czystości w różnych warstwach ludu. W tym celu Towarzystwo Hygieniczne zwraca się do szerokiego ogółu, wzywając go o jaknajliczniejszą, a zgodną z prawdą odpowiedź na pytania w niniejszym kwestyonaryuszu, chociażby i nie na wszystkie.

I. Kąpiele publiczne.

Nazwa miejscowości. Czy są w niej publiczne wanny, łaźnia, natryski, (prysznice) łaźienki rzeczne? Przez kogo i jakim kosztem utrzymywane? Liczba wანი. Liczba kąpiei wydawanych rocznie. Liczba osób mających z nich korzystać. Cena kąpiei. Szczegóły urządzenia kąpiei, opis, plan, źródło wody zimnej i ciepłej, dokąd splywa woda z kąpiei? Kto się częściej kąpie? (płeć, wyznanie, narodowość). Kiedy i jakim kosztem kąpiele urządzone? Czy niema w tej miejscowości gorzelnia, browaru, lub kotła parowego, coby znakomicie ułatwiło urządzenie kąpiei? Czy niema wანი lub łaźienek prywatnych?

II. Czystość ludu.

Kategoria osób, o których czystości zebrano wiadomości (służba folwarczna, najemnicy małorolni, drobna szlachta, rzemieślnicy, wyrobniicy, robotnicy fabryczni i t. p., język, wyznanie).

Pielęgnowanie skóry. Jak często kąpią noworodków? Czy do kąpiei nie kładą brudnych pieluszek? Czy i jak często kąpią się starsi? w wannie, łaźni, rzecie lub stawie? Częstość umywania rąk, twarzy, czesania włosów u dzieci i starszych. Sposób mycia: wodą puszczaną z ust na ręce, odlewkami po obieraniu i gotowaniu kartofli, odwarem z popiołu, mydłem; w miednicy, miskach do jedzenia, szaflikach od pomyj, w toku przy studni. Używanie ręcznika.

Czystość bielizny i poscieli (pranie, zmiana). Roczny wydatek na mydło. Czyszczenie wierzchniej odzieży. Czystość w izbie. Utrzymywanie w niej inwentarza. Zamiatanie, przewietrzanie, bielienie. Mycie podłogi, okien, sprzętów i statków.