

# KRYTYKA LEKARSKA

Wychodzi w d. 1 każdego miesiąca.

— 3 —

Rok czwarty.

— 2 —

d. 1 Lutego 1900 r.

— 0 —

PRENUMERATA WYNOŚI:

w Warszawie: rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2;  
z przesyłką pocztową: rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 kop. 50.

WARSZAWA.

Druk Władysława Łazarzkiego,  
Daniłowiczowska 6.

—  
1900.

## TREŚĆ:

*Julian Steinhaus.* Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya w świetle poglądów współczesnych.—*Ignacy Strzemiński.* Epidemia duru wysypkowego na Litwie (dokończenie).—*Dr. Jan Stella-Sawicki.* Ś. p. dr. Franciszek Hozard i szpitale w Galicyi.—OCENY: *Dr. J. Peszke.* O najnowszem słownictwie anatomicznem naszym (ciąg dalszy). *Zygmunt Kramsztyk.* Chałubiński i obecne zadanie lekarskie Edmunda Biernackiego. *Zygmunt Kramsztyk.* Ludzie bezdomni, Powieść Stefana Żeromskiego.—POLEMIKA . *Dr. K. Rętkowski,* Protest.



# KRYTYKA LEKARSKA.

Dr. Ig. Baranowski

## NOWOTWORY,

*ich przyczyny i klasyfikacya w świetle poglądów współczesnych.*

S Z K I C

Podał Juljan Steinhaus.

Tajemniczość, jaka otacza istotę i przyczyny powstawania nowotworów, stanowi powód, dla którego najlepsze siły skupiały się zawsze koło dążeń do rozwiązania zagadki, kryjącej się po za nazwą nowotworu.

W naukach lekarskich wiele bardzo mamy jeszcze rzeczy niewiadomych, ale nigdzie ta niewiedomość nie jest tak rażąca, jak w kwestyi nowotworów, które są wszak zjawiskiem codziennem; przy każdym zetknięciu się z chorym, cierpiącym na raka lub inny nowotwór, słyszymy stereotypowe pytania: „z kąd się biorą te guzy i jak się, od nich uchronić?”—a chory miasto odpowiedzi otrzymuje od nas również stereotypowe a smutne „ignoramus“.

Ale właśnie owo „ignoramus“ budzi wciąż pragnienie, by groźne dla cierpiącej ludzkość „ignorabimus“ się nie ziściło.

Kwestya nowotworów jest więc nie tylko ze stanowiska czystej nauki ważną, nie idzie tu jedynie o wiedzę dla wiedzy. Ostatecznem dążeniem wszystkich, pozornie nawet wyłącznie teoretycznych, dociekań na polu medycyny jest niesienie pomocy chorym, leczenie. Nóż, stanowiący dziś jeszcze jedyną ucieczkę w terapii nowotworów, nie jest środkiem leczniczym — to jedynie, niezawsze zresztą pewny, środek chwilowego uratowania życia. Tylko poznanie etyologii i patogenezy, a co za tem idzie, poznanie istoty cierpienia, może nam dać broń do jego zwalczania.

Etyologii nowotworów jeszcze nie znamy; jednakże już teraz dociekania nad ich patogenezą nie są zupełnie pozbawione praktycznej doniosłości. Nie dając nam same przez się jeszcze możliwości stosowania racjonalnej, przyczynowej terapii, wyniki tych dociekań umożliwiają nam wczesne stawianie rozpoznania. A wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego jest przy dzisiejszym stanie wiadomości nie-

Amc 20/15 2/20

zmiernie ważne, gdyż pozwala na wczesne dokonanie operacji, zanim ona się stanie zupełnie bezużyteczną.

Wszystko, co stanowi przedmiot naszych badań, przywykliśmy oddawna klasyfikować, schematyzować. Na podstawie różnic i podobieństw tworzymy rzędy, rodziny, rodzaje i gatunki w tem przekonaniu, że tym sposobem przyczyniamy się do rozpowszechnienia, udostępnienia wiadomości, ułatwiając sobie jednocześnie oryentowanie się w przedmiocie.

W nauce o nowotworach czynimy to samo, jakkolwiek wiemy dobrze, że nasze klasyfikacje są wyłącznie prowizoryczne, na zbyt skąpych danych oparte. Istota, przyczyny i klasyfikacja — oto kwestye, wokół których badania nad nowotworami wciąż się obracały. Od czasów przedhistorycznych do środka kończącego się wieku wysiłki wszystkie były daremne. Dopiero odkrycie komórki i wprowadzenie tego nowego czynnika do patologii przez J. Müllera i Virchowa było położeniem kamienia węgielnego pod budowę nowego gmachu — prawdziwej nauki o nowotworach. Daleko jeszcze do ukończenia gmachu, ale fundamenty są już założone i materiałów zwieziono tyle i tak cennych, że budzi się nadzieja lepszej przyszłości. Nie brak też prób oryentowania się w materiałach i uogólnienia; że próby te są niedostateczne, to rzecz naturalna, inaczej być nie może. Mają one wszakże tę zaletę, że, uwydatniając słabe strony budowy, wskazują, w jakim kierunku iść należy, by braki usunąć.

Przedstawienie stanu, w jakim obecnie gmach nauki o nowotworach się znajduje, jest obecnem mojem zadaniem. Nie miejsce tu na wyczerpujące streszczenia i zestawienia. Zadowolić się musimy szkicem, zgrubną zarysowującym kontury.

Czem są nowotwory, jakie ich przyczyny i jak je klasyfikować? Zobaczymy, co na te pytania dziś odpowiedzieć można.

## I.

Virchow, twórca współczesnej onkologii, nazwę guza (tumor) nadawał każdemu tworowi patologicznemu, który przedstawiał się w kształcie guzowatości, obrzmienia.

Później, z postępem histologii patologicznej, poczęto zwięzać to pojęcie; wykluczono obrzmienie zapalne (tumor inflammatorius) i torbiele retencyjne i zidentyfikowano pojęcie „guza“ z pojęciem nowotworzenia się tkanek. Guzem więc było już nie każde obrzmienie, lecz każdy patologiczny rozrost tkanek; na miejscu nauki o „guzach“ (tumores) zjawiała się nauka o „nowotworach“ (neoplasmata), która zresztą już u Virchowa kielkowała, jak to widać z odróżnienia wśród guzów wogóle — „guzów prawdziwych“ (echte Geschwülste), wyniku rozrostu tkanek.

Na tem jednak nie ograniczyło się zacieśnienie koła. Badania etyologiczne zmusiły do wyodrębnienia grupy „nowotworów“, stanowiących wynik rozrostu, bujania tkanek ustroju pod wpływem zapalenia i zakażenia. Wychodząc z tego założenia, że nowotwory prawdziwe nie są cierpieniami pochodzenia pasożytniczego ani zapalnego, usunięto z działu nowotworów wszystkie procesy patologiczne, połączone z rozrastaniem się tkanek, które się okazały zapalnymi lub zakaźnymi.

Teoretycznie postępowanie takie wydaje się zupełnie racjonalnem, i bardzo łatwo zdawać by się mogło, że w każdym przypadku można przeprowadzić wymienioną wyżej zasadę. W praktyce jednak okazało się inaczej. Polipy np., powstające niekiedy podczas zapaleń ucha średniego, możnaby uważać, ze względu na ich utkanie, za angiofibromaty; ale również niepozbawionem słuszności byłoby zaliczenie ich do tkanki granulacyjnej, której budowa anatomiczna jest taka sama jak angiofibromatów. Identyczne więc twory mogą być uważane za produkty zapalne - jeśli związek ich z zapaleniem da się wykazać, albo za nowotwory - jeśli związek taki nie zostanie wykryty. Subtelnie odróżniają jeszcze „nowotwory zapalne“ od „nowotworów, powstających w przebiegu zapalenia“. Różnica między nimi ma polegać na tem, że pierwsze składają się wyłącznie z naczyń i tkanki łącznej, w skład zaś ostatnich wchodzi nadto jeszcze elementy nabłonkowe. Dla form skrajnych, istotnie, cechy te są charakterystyczne; ale co począć z formami przejściowymi, które uniemożliwiają ściśle rozgraniczenie i pozostawiają szerokie pole dowolności.

Nie mniej kłopotu sprawiają rozrosty tkankowe pochodzenia zakaźnego, „nowotwory infekcyjne“. Etyologia stanowi jedyną podstawę, na której opiera się usunięcie ich z działu nowotworów właściwych. Gdyby się teraz okazało, że rak lub mięsak są również cierpieniami pochodzenia zakaźnego, i one przeszłyby do „nowotworów infekcyjnych“, a cóżby wtedy zostało z współczesnej onkologii? W przewidywaniu takiej ewentualności powołują się też na niektóre właściwości budowy histologicznej: pod wpływem zakażenia powstaje wyłącznie albo prawie wyłącznie indyferentna tkanka łączna, przy nowotworach zaś prawdziwych mamy do czynienia z rozrostem rozmaitych tkanek, z zachowaniem swoistych cech bujających komórek.

Istotnie bardzo często, choć nie zawsze, w ten sposób odróżnić można zakażenie od nowotworu; ponieważ jednak „nie zawsze“, więc i to kryterium nie może być uznane za dostateczne.

Jednocześnie, jeśli charakterystyczną cechą nowotworów ma być rozrost rozmaitych tkanek z zachowaniem swoistych cech bujających komórek, to na czem będzie polegała różnica pomiędzy przerostem a nowotworem? Odpowiedź na to na pozór prosta: nietypowość rozrostu

cehuje nowotwór, który przytem jest zwykle ograniczony, nie rozlany jak w przerostach.

Już nie mówiąc o tem, że wielu uważa rozrost za punkt wyjścia każdego nowotworu, zaznaczyć należy, że nietypowość bywa również cechą przerostów, z nowotworami nie wspólnego nie mających (przerost gruczołów macicy, akromegalia). Ogniskowość nowotworów, w przeciwstawieniu do rozlanego powiększenia organu w przeroście, też wreszcie nie jest prawem bez wyjątków. Znamy zarówno ogniskowe przerosty (np. wątroby), jak rozlane, obejmujące cały organ (np. nerkę), nowotwory, nawet złośliwe.

W którąkolwiek więc stronę się zwrócimy, zawsze się przekonujemy, że ścisłych granic pomiędzy nowotworami prawdziwymi—jak je chce rozumieć obecnie patologia— a innymi formami rozrostu tkanek, przeprowadzić nie można. Wszędzie spotykamy formy przejściowe, którym miejsce w układzie wyznacza nie dająca się naukowo uzasadnić decyzja, lecz nieumotywowana chęć.

Dla myślącego badacza taki brak ścisłych granic nie jest jednak objawem dziwnym ani zatrważającym. Ogarniając rzecz ze stanowiska ogólniejszego, nie może on nawet przypuścić, że nasze klasyfikacje i odgraniczenia odpowiadać będą naturze. Musi on widzieć w nich jedynie mnemotechniczne środki pomocnicze, schematy pedagogiczne.

Jeśli analiza wykazuje, że granic ścisłych pomiędzy nowotworami, przerostem i—zapalnym czy infekcyjnym—rozrostem, przeprowadzić nie można, mimowoli nasuwa się pytanie: dlaczego patologia współczesna trwa jednakże przy zwężeniu dawnego pojęcia guza, dlaczego nie powraca do dawnego stanu, który nie nastroczał tylu trudności? Otóż wszyscy, którzy się tym przedmiotem zajmują i zajmowali, dochodzą do przekonania, że pomimo istnienia tych form przejściowych—które sprawiają tyle kłopotu i unicestwiają obecnie jeszcze możliwość dojścia do zadawalniającego określenia pojęcia nowotworu—jest w typowych przedstawicielach tej klasy przejawów patologicznych pewna odrębność, pewna indywidualność, zmuszająca do uznawania w nich samodzielnego typu. Nawet tam, gdzie przekonanie to nie jest kategorycznie wypowiedziane, domyśleć się go nie trudno po za niedomówieniami.

Nowotwory posiadają pewne cechy swoiste.

Wśród cech tych uderza nas przede wszystkim jedna: żaden ze znanych dotychczas czynników patogenetycznych nie wystarcza do objaśnienia powstawania nowotworów; nowotwory powstają na pozór zupełnie niezależnie, samodzielnie.

Te nieliczne przypadki, w których drobne obrażenia (trauma) zdawały się być przyczyną powstania nowotworu, nie mogą być poważnie brane w rachubę: zbyt wielka zachodziłaby sprzeczność pomiędzy przyczyną a skutkiem, pomiędzy częstością działania przyczyny, a rzad-

kością osiąganego skutku; a z drugiej strony w olbrzymiej większości przypadków nowotwory powstają bez wszelkich uprzednich obrażeń.

Że ta samodzielność powstawania nowotworów jest tylko pozorna, o tem wątpić nie można: bez przyczyny nic się nie dzieje. Póki wszakże nie pozytywnego na miejsce owej „samodzielności“ dać nie możemy, musimy się godzić na pokrywanie braku wiadomości tym wyrazem.

Drugą cechą charakterystyczną nowotworów jest nietypowość ich budowy histologicznej. Podobieństwo budowy ich do budowy podłoża tkankowego, z którego wyrastają, istnieje zawsze, tożsamości zaś nigdy znaleźć nie można. Nowych kombinacji tkankowych, nieistniejących w warunkach normalnych, nowotwory nie przedstawiają, ale wzajemny układ elementów anatomicznych nie jest taki sam, jak w tkankach prawidłowych. Dla tego też, jak niema dwóch identycznych liści na drzewie, tak też dwóch identycznych nowotworów znaleźć nie można — rozmaitość wzajemnego układu pierwiastków anatomicznych umożliwia nieskończone szeregi kombinacji.

Wreszcie, nowotwory, pomimo łączności organicznej z podłożem tkankowym, wiodą, na pozór przynajmniej, zupełnie samodzielny żywot, z którego ustroj nigdy nie osiąga korzyści, albo przynajmniej tylko w wyjątkowych warunkach.

Widziano np. w gruczolakach wątroby (a nawet w rakach) wytwarzanie się żółci, jednak wydzielina ta, z powodu braku łączności z przewodami żółciowymi, do zbiornika żółci nigdy nie przechodzi, więc korzyści ustrojowi nie przynosi. To samo tyczy się i innych nowotworów, z tkanki gruczolowej powstałych, z wyjątkiem tych, w których wydzielina bezpośrednio do krwi przechodzi, jak np. w nadnerczu. To też zdarza się, że nowotwór, w nadnerczu powstały, niszczy doszczętnie normalną tkankę organu, a pomimo to nie rozwija się choroba Addisona, — co się da objaśnić jedynie w ten sposób, że komórki nowotworowe, pochodzące od komórek nadnercza, przejmują czynność prawidłowych komórek organu. W zgodzie z tem stoi spostrzeżenie, że nowotwory wtórne nadnercza, których komórki, jako nie pochodzące od komórek nadnercza, pełnić ich czynności specyficznych zastępczo nie mogą, groźniejsze są dla ustroju od pierwotnych. Po za tymi wyjątkowymi warunkami, czynności komórek nowotworowych są jednak bezużyteczne dla ustroju: włókna mięsne mięśniaka w fizyologicznej czynności mięśni udziału nie biorą i t. d.

Powyższe cechy charakterystyczne składają się na określenie współczesnego pojęcia o nowotworach. Więc: nowotwory są to rozrosty tkanek ustroju, na pozór samodzielnie powstające, podobne co do budowy histologicznej do tkanek macierzystych, z których wyrastają, lecz nie identyczne z nimi, gdyż w układzie elementów anatomicznych róż-

nią się od typu normalnego, i żyjące — pomimo organicznej łączności z podłożem — życiem samodzielnem, tak iż z czynności fizyologicznej tkanek nowotworowych ustroj nigdy albo prawie nigdy nie korzysta.

Że takie określenie, choć obejmuje najważniejsze cechy, właściwe nowotworom, ma wartość jedynie prowizoryczną, o tem chyba nikt nie wątpi. Również niewątpliwym jest, niestety, że o istocie nowotworów takie określenie nas nie poucza. Wysiłki, czynione dotychczas dla zrozumienia ich istoty, nie doprowadziły jeszcze do celu. Sposoby wszakże, jakimi zdążają do tego celu, mianowicie badania nad etyologią i patogenezą nowotworów, odkryły nam już wiele cennych faktów, których zestawienie będzie zadaniem następnego rozdziału niniejszego szkicu.

(D. c. n.)

## Epidemia duru wysypkowego na Litwie w roku 1812 i 13.

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

*Przez Ignacego Strzeмиńskiego.*

*Dokończenie.*

Skóra bywała sucha, w rzadkich przypadkach pokryta potem kleistym; wysypka rzadka, szczególniej petocie; stosunkowo częściej widywano rodzaje wysypki, które Śniadecki nazywa „frizle“ i „essera“.

Spostrzegano nudności, niekiedy uporczywą czkawkę, obfitsze wydzielanie śliny, bóle w piersiach, w okolicy żołądka i bardzo silne w tydkach, drgawki ścięgien, języka, głowy, rąk lub nawet ogólne. Drgawkami czasem rozpoczynała się choroba. Zaparcie stolca zdarzało się często, biegunka rzadko. Spotykano wrzodzianki, wągliki i ropnie podskórne, również zgorzel, szczególniej palców u nóg, często odleżyny.

Chorzy ulegali często zaburzeniom umysłowym, ku końcowi choroby zawsze bezwiednie oddawali mocz i kał.

W ciągu epidemii powstawały objawy, które należy uważać za powikłania duru, mianowicie: żółtaczka, krwotoki z płuc, nosa, kiszek i z cewki moczowej, zapalenie ślinianek przyusznych, bladeść i krwawienie dziąseł, afty. Śniadecki w kilku przypadkach spostrzegał wystąpienie róży na głowie (zakażenie mieszane).

Niektórzy chorzy umierali na 5-ty lub 6-ty dzień choroby, najczęściej w drgawkach, czasem nagle bez uprzednich objawów groźnych. W innych przypadkach, na pozór lekkich, następowało nagle na 9-ty dzień pogorszenie i wkrótce potem śmierć. Złe rokowanie należało stawiać u chorych, którzy od początku tracili świadomość, gdy występowała



duszność i drgawki. Czasem śmierć była skutkiem wycieńczenia, wywołanego przez długotrwałą biegunkę.

Dniem przełomowym był najczęściej 14-ty, rzadziej 9-ty lub 11-ty, jeszcze rzadziej 5-ty. Jeżeli na 14-ty dzień stan chorego nie poprawiał się wcale lub pogarszał, to śmierć następowała dnia 17-go; dzień ten uważano za szczególnie niebezpieczny. Gdy się nie kończył zgonem, gorączka ustawała dnia 21-go, albo też trwała w stopniu słabszym i z lekкими objawami chorobowymi do dnia 40-go lub 41-go. Ten opis Śniadeckiego zgadza się z dzisiejszemi wiadomościami o durze wysypkowym, w którym spostrzegamy czasem po przełomie, niezależnie od powikłań, lekkie, nieprawidłowe, wzmaganie się ciepłoty pod wieczór z przyspieszeniem tętna, osłabieniem działalności serca i bólami.

Choroba w tym okresie epidemii nigdy nie kończyła się przełomowo biegunką, jak w okresie pierwszym, lecz potami. Jednak Becu spostrzegał, że wojskowi prawie nigdy nie potnieli w durze, co przypisywał ciągłemu ich pobytowi na powietrzu podczas silnych mrozów, wskutek czego skóra ich stwardniała i stała się prawie nieczułą.

Po ustąpieniu gorączki, stan chorych najczęściej szybko się poprawiał, w ciągu dwu tygodni odzyskiwali w zupełności zdrowie. Jednak niektórzy podczas zdrowienia, gdy już mogli chodzić, nagle umierali. Dr. Kossowski przypisywał podobne przypadki nadużyciom w jedzeniu, lecz Śniadecki zdanie jego odrzucił, gdyż często ta przyczyna nie istniała.

Jako skutki choroby Śniadecki spostrzegał bezwładny kończyn i twarzy, niespokojność długotrwałą i zaburzenia umysłowe.

Nawroty choroby zdarzały się dość często, lecz w postaci lżejszej. Niektórzy przebyli dur na początku epidemii i przy jej końcu. Przypadki zapadania na dur wysypkowy dwa lub trzy razy, nawet w ciągu jednej epidemii, zdarzają się, lecz przedstawiają rzadkie zjawisko, kiedy tymczasem w omawianej epidemii zjawiały się, według Śniadeckiego, dość często.

W trzecim okresie, który trwał od początku lutego r. 1813 do maja, epidemia szybko słabła. Przeniesienie działań wojennych za granice kraju, usunięcie z Wilna mnóstwa chorych, poprawa warunków zdrowotnych i należyta dostawa żywności, wpłynęły niewątpliwie na osłabienie epidemii, lubo i sam dur przez długie trwanie wyczerpał swą siłę. W marcu przebieg choroby był jeszcze ciężki, lecz chorych daleko mniej; w kwietniu spostrzegano tylko oddzielne przypadki.

Podczas epidemii widział Śniadecki dwa przypadki (jeden w sierpniu r. 1812, drugi w lutym r. 1813), biegunki krwawej w przebiegu duru (zakażenia mięszane).

Wszystko, com opisał dotąd, odnosi się głównie do Wilna, gdyż wiadomości, jakie nas doszły o epidemii, opierają się na spostrzeżeniach choroby w tem mieście. Wiemy jednak, że dur wysypkowy w tej sa-

mej postaci grasował jednocześnie w gubernii Wileńskiej i Kowieńskiej, gdzie zjawił się w początku grudnia r. 1812; dla zwalczania epidemii rząd posłał do powiatu Rosieńskiego Bertrand'a z 2 chirurgami francuskimi.

Bertrand kreślił smutny obraz stanu zdrowotnego tej miejscowości. Włościanie mieszkali razem ze zwierzętami domowymi w chatach niskich, ciasnych i pełnych dymu, podlegając ciągłym zmianom temperatury. Tłupy porzuciły wioski i ukrywały się przed żołnierzami w lasach, gdzie czasem przez kilka dni ludzie byli pozbawieni pokarmów.

Bertrand po przybyciu zastał epidemję już na wygasaniu, lecz mógł przekonać się, że nie różniła się ona od wileńskiej i że napastowała głównie starców, kobiety i dzieci, szczególnie w warstwie biednej; wojska rosyjskie mało ucierpiały. W kwietniu utraciła epidemia charakter nagminny, a w maju znikła zupełnie. Śmiertelność, zdaniem Bertrand'a, nie była wielką; w ciągu całej epidemii umarło około 1000 ludzi na 60000 mieszkańców powiatu.

Objężdżając powiat, zostawił Bertrand w każdej parafii przepisy, odnoszące się do leczenia duru. Od lekarza miejscowego Słowieńskiego dowiedział się, że najczęściej występowały w tej miejscowości: biegunka krwawa, biegunki, zolzy, zimnica, choroby skórne, zapalenia przewlekłe wątroby i obrzęki.

Po powrocie do Wilna uprosił Bertrand, że go posłano na koszt rządu do Mołdawii, gdyż pragnął zbadać epidemję, która wybuchła w tym kraju. Dalsze jego losy nie są znane.

Leczenie, stosowane przez ówczesnych lekarzy w durze, różniło się w wielu względach od dzisiejszego. Za najskuteczniejsze lekarstwo, zwłaszcza w początku choroby, uważano środek wymiotny. Śniadecki twierdzi, że, jeżeli zaniedbano użycia tego środka w początku, można go było stosować z korzyścią na 7-my lub 9-ty dzień, wpływało to wyraźnie na pomyślne zejście. Nigdy nie używał ipekakuany, lecz zawsze z wielkim pożytkiem emetyku \*). Lekarstwo to, zdaniem Śniadeckiego, szybko przerywało chorobę, albo łagodziło jej przebieg. Spostrzegł on też na sobie i innych, stykających się często z chorymi, że przy pojawieniu się osłabienia ogólnego, bólu głowy i łamania w kościach—objawów, które zwiastowały wystąpienie duru—dawka emetyku ochraniała od zachorowania. Lud prosty w podobnych przypadkach, nie radząc się lekarzy, uciekał się do wymiotów.

Zastosowawszy emetyk w początku, Śniadecki dawał go na 2-gi lub 3-ci dzień, mocno rozcieńczony, sam albo z tamaryndami, mianą lub jakąbądź solą. W pierwszym okresie epidemii te leki wystarczały,

\*) Śniadecki nazywa go „winianem potażu antymonialnego“.

zwłaszcza u osób młodych i silnych, do uzdrowienia; gdy choroba przedłużała się, jak również starym i osłabionym, podawano odwar albo napar chinu i wino w umiarkowanej ilości.

Bertrand również w początku choroby stosował emetyk i spostrzegł w wielu przypadkach korzystne jego działanie, lecz zaraz potem dawał leki podniecające: wino dobre, odwar chinu, occian amoniakalny (dwie uncje dziennie), napar dzięgielu szerokolistego (*angelica archangelica*), albo kozłka lekarskiego (*valeriana officinalis* \*)). Gdy jednak istniała gorączka z objawami nieżytowymi, emetyk bardzo osłabiał chorego i, zdaniem Bertranda, wywoływał dur, który bez zastosowania tego środka może by nie wystąpił. W podobnych przypadkach używał leków napotnych, a przeciw zaparciu stolca — przeczyszczających. Upust krwi (w ilości kilku uncji) stosował rzadko i tylko w początku choroby, gdy twarz była zaczerwieniona, tętno pełne i twarde, silny ból głowy i duszność. Jeżeli w podobnych przypadkach nie odważał się upuszczać krwi, używał naparu tranku górnego (*arnica montana*), albo naparstnika lekarskiego (*digitalis purpurea*).

W drugim okresie epidemii Śniadecki uważał leki przeczyszczające za szkodliwe, i biegunkę, gdy się zjawiała, starał się jak najprędzej usunąć, używając w tym celu kamfory, arniki, eteru i colombo, w cięższych przypadkach stosował lawatywy z krochmalu i makowca. China, jego zdaniem, mniej pomagała, niż w pierwszym okresie, kiedy tymczasem Bertrand uważał, że przynosiła wielką korzyść podczas całej epidemii.

Silny ból głowy dość często ustępował lub zmniejszał się po wymiotach; w przeciwnym razie stawiano na kark pryszczydło, które czasem pomagało, szczególnie gdy podtrzymywano długo ropienie (niekiedy zjawiała się skutkiem tego środka zgorzeł), albo przykładano na nogi gorczycznik, oblewano głowę zimną wodą lub stawiano pijawki na skroniach. Często jednak te wszystkie środki zawodziły, a ból głowy doprowadzał chorych do rozpacz. W podobnych przypadkach stosował Śniadecki makowiec i był zadowolony ze skutku, lubo zrazu obawiał się, że wpłynie to na podniesienie gorączki.

Przeciw senności przykładano pryszczydła i gorczyczniki na kończyny i dawano napar tranku górnego, przeciw drgawkom — lawatywy z *asa foetida* i pryszczydło na głowę, przeciw czkawce uporczywej i często powtarzającej się — eter siarczany, w razie majaczenia — małe dawki emetyku, lawatywy, gorczyczniki; gdy jednocześnie występowało osłabienie ogólne — kamforę w częstych a małych dawkach, pryszczydło i napar dzięgielu szerokolistego z winem antymonowem Huxhama.

W znacznem osłabieniu, które zjawiało się czasem już w pierwszych dniach choroby, stosowano chinę, wino, serpentaria i częste wycierania

\*) Nazwy te przytaczam tak, jak były używane przez ówczesnych lekarzy wileńskich.

ciała spirytusem aromatycznym, ale nie zaniechano nigdy użycia emetyku, który, według Śniadeckiego, czasem wystarczał do usunięcia osłabienia. Przeciw drgawkom stosowano chinę, serpentaria, kamforę; na ogólne drgawki żadne środki nie działały. Żółtaczka znikła bez leczenia; jeżeli występowała bez gorączki, co w tych czasach często się zdarzało, używano małych dawek rzewienia, samego lub z eterem siarczanym. Przy petociach wycierano skórę wysokiemi.

Ozdrowieńcom dawano, oprócz rosolu, napar chinę z małą ilością rzewienia z powodu zaparcia stolca, które prawie zawsze spostrzegano. Jeżeli pozostawał kaszel z gorączką nieznaczną, stosowano naparstnik i porost (*lichen*) islandzki. Przeciw bezwładom, które występowały po durze, używano emetyku, pryszczydła i lekarstw przeciwdrgawkowych. Z działania tych leków Bertrand był bardzo zadowolony. Zaburzenia umysłowe, które czasem trwały długo po chorobie, znikły bez leczenia.

Lekarze ówczesni rozumieli dobrze zaraźliwość epidemii w ogóle i znali drogi, któremi się zakażenie udzielało. Śniadecki zaznacza, że gorączki epidemiczne, o ile się zdaje, mnożą się przez właściwe sobie nasienie, dodając przy ostatnim wyrazie w nawiasie „zarazę“. Wie on, że osoby, pilnujące chorych, albo te, które ich odwiedzały lub używały ich ubrania, bielizny, lub mebli, zapadały na tę samą chorobę. Badanie, mówi Śniadecki, zawsze wykrywało podobną przyczynę; epidemia tak silnie się rozszerzyła głównie dzięki temu, że chorzy, po wyjściu ze szpitala, sprzedawali swe ubrania i bieliznę.

Wyżej jeszcze stanął w zrozumieniu chorób zakaźnych prof. Józef Frank, który również jak jego ojciec, prof. Jan Piotr, wypowiadał zdanie, że gruźlica zależy od robaczków, niedostrzegalnych dla naszego oka.

Starano się ochronić przed durem, unikając zetknięcia się z chorymi, wszelkich wpływów osłabiających i zmian temperatury. Dla oczyszczenia powietrza w domach zakażonych stosowano, jak mówi Bertrand, sposoby wiadome, lecz ich nie wymienia.

Wiedzieli też, że rozwijaniu się chorób zakaźnych sprzyjały różne klęski, spadające na naród, szczególnie zaś wojny, które skupiają wielką liczbę ludzi w jednym miejscu.

Wszystko to jednak nie wyjaśniało Śniadeckiemu dostatecznie złośliwości epidemii; dodaje więc swoje zdanie osobiste, że często nie tyle zepsucie powietrza i tłumne skupienie ludzi w jednym miejscu wywołują chorobę zakaźną, ile zejście się i połączenie różnych narodów, jak to bywa właśnie podczas wojny. Zdanie swoje popiera przykładami z historii. Gdy, za panowania Witeliusza, Germanowie wpadli do Rzymu i zmieszali się z mieszkańcami, powstały okropne choroby; napady tatarskie w r. 1287 i 1288 wywołały w Polsce mór. Nie inną też przyczynę upatruje dla przymiotu i kołtuna, który w tych czasach był uważany za chorobę, i przy tem zakaźną; zależeć on ma, podług Śniade-

ckiego, od zetknięcia się z Tatarami podczas ich częstych napadów. Wojsko, mówi on, często przebywa na otwartem i świeżem powietrzu i ma w ilości dostatecznej dobrą wodę, mimo to jednak, ledwo opuści ziemię ojczystą i zmieszają się z narodem obcym, zaczyna samo chorować, zarówno jak naród, który uległ napadowi.

Zdanie to, lubo dziwnem się wydaje, może nieco prawdy w sobie zawierać. Najeźdźcy stanowią dobry materiał dla zarazki, istniejącego w kraju napadniętym, wiemy bowiem, że cudzoziemcy łatwiej podlegają chorobom panującym, niż krajowcy. Z drugiej strony wojsko może przynosić choroby, które na naród napadnięty działają silnie, jako na grunt zupełnie świeży.

## Ś. p. D-r Franciszek Hoszard

*i szpitale w Galicyi.*

Trzydzieści siedem lat znajomości i 23 lata wspólnej pracy na polu szpitalnictwa krajowego wkładają na mnie obowiązek opisanja zasług ś. p. Franciszka Hoszarda w obec rozwoju zakładów leczniczych w Galicyi. Przedewszystkiem kilka słów o nim samym.

Była to postać czysta i piękna, a tak sympatyczna, że kto się z nim zetknął, musiał czoła uchylić przed jego zacnością i pokochać za charakter miły, serdeczny i gotowy na usługi każdego. Umysł jego był jasny, a rzecz każdą umiał przedstawić w tak oczywisty sposób, że trudno było oponować.

Ten szacunek i sympatya, które otaczały jego osobę, ta łatwość słowa i umiejętność prędkiego i logicznego nagromadzenia dowodów, były niezmiernie pomocnemi Hoszardowi w Sejmie, w którym zasiadał od roku 1866, bo prawie wszystkie wnioski jego przechodziły tam według brzmienia, jakie on im nadawał.

Nie myślę pisać biografii tego zacnego człowieka. Życie jego było skromne, bo nigdy nie sięgał po władzę, zadawałnając się spełnianiem obowiązku, który przyjął na siebie; ale szedł zawsze śmiało i stanowczo do celu i nigdy nie ustąpił z raz obranej drogi. We dwadzieścia trzy lata jego służby krajowej szpitale galicyjskie zrobiły krok bardzo wielki w rozwoju. Żeby można było postęp ten ocenić należycie, przedstawię w krótkości, jak wyglądały szpitale galicyjskie przed tem, nim kraj zajął się nimi, i w chwili zgonu dr. Hoszarda.

Rząd w r. 1866 oddał szpitale lwowski i krakowski w zarząd Wydziału Krajowego, zostawiając dozór, czyli właściwie zarząd, szpitali prowincjonalnych — starostom. Stan tych szpitali w wielu miejscach był prawdziwie okropny. Nie tylko w mniejszych, ale i w większych miastach, np. w Przemyślu, nie było nawet podziału chorych według płci, a pielęgnowanie i leczenie chorych było niżej krytyki. W wielu szpitalach ordynującymi lekarzami byli chirurdzy, coś podobnego do felczerów w Królestwie; niektórzy ani słowa nie rozumieli ani po polsku, ani po rusku; chorych tyfusowych powrozami przywiązywano do łóżek, aby wstać nie mogli w czasie mocnej gorączki; rany opatrywano liśćmi kapuścianymi; tymczasem w skutek porozumienia między tymi lekarzami a aptekarzami, leki kosztowały o wiele drożej; aniżeli żywność chorych; w opatrunkach chirurgicznych zagnieżdżało się robactwo; niektóre szpitale były kompletnie obrabowane przez rządców, jak w Sankoku; — słowem, szpitale prowincjonalne były to tylko najnudniejsze domy przytułku, w których śmiertelność była niesłychanie wielka, bo dochodziła prawie do 13%.



W początku 1869 r. szpitale z rąk rządu przeszły w nieograniczony zarząd gmin, z zupełnem usunięciem wpływu Rad powiatowych i Wydziału krajowego. Gminy, nie mając najmniejszego pojęcia o właściwościach szpitali i wymaganiach leczniczych, prowadziły dalej dawną gospodarkę, połączoną z nadużyciami urzędników, przedsiębiorców i służby niższej.

Ze względu na interes chorych, których już wówczas pielęgnowano do tysiąca dziennie, i ze względu na fundusz krajowy, który płacił za kosztą pielęgnowania chorych zwyż 150,000 zł. rocznie (jako połowę kosztów leczenia ubogich, bo drugą połowę opłacały gminy), nareszcie ze względu na dobro samych zakładów, które szły ku ruinie i zupełnemu upadkowi, Sejm w końcu 1869 roku uchwalił dwie ustawy, które otrzymały sankcyę najwyższą. Pierwsza z nich oddawała kierunek administracyjny i wpływ na sprawy ekonomiczne Wydziałowi krajowemu, druga zaś ustanawiała rady szpitalne, jako ciała doradcze, opiekuńcze i kontrolujące, zostawiając jednak wykonywanie zarządu szpitalnego, jak dotąd, gminie, a to do takiego stopnia, że w instrukcyi dla inspektora szpitali, którego mianowano po raz pierwszy w r. 1870, było pomieszczone polecenie: „wstrzegać się wkraczania w zakres działania

władz zarządzających“, to jest magistratów. Dla tego też obowiązek inspektora w pierwszych latach ograniczał się jedynie na pisaniu sprawozdań, co znalazł w szpitalach; rozpatrywanie zaś rachunków, kontrola zarządu ekonomicznego, a nawet badanie budżetów, zostały oddane urzędnikom oddziału rachunkowego Wydziału krajowego, którzy nigdy tych szpitali nie widzieli i którzy jedynie na podstawie sumarycznych zamknięć rachunkowych obliczali wysokość taksy szpitalnej.

A jednak i ta zmiana, przy corocznej kontroli szpitali przez inspektora, wlała nowe życie w te instytucje. Zaczęto podnosić taksę leczenia tam, gdzie potrzeba było, odnawiać lub wzmacniać inwentarze bielizny i sprzętów, usunięto niezdolnych i niedbałych lekarzy, a mianowano na ich miejsce ludzi energicznych i sumiennych, mających wszelkie kwalifikacje do zajęcia tych posad i kierowania zakładami.

Postęp ten nie mógł jednak być trwałym, bo pierwszymi kierownikami departamentu sanitarnego byli nie lekarze, więc osoby, które nie znały należycie potrzeb zakładów leczniczych i wymagań nauki lekarskiej; nie więc dziwnego, że nie mogli należycie bronić ich interesów w sejmie. W 1877 r. szefem departamentu sanitarnego został obrany Franciszek Hoszard, od którego datuje rzeczywisty rozwój szpitali galicyjskich.

Zwierzchności gminne, dozorowane ciągle w kierunku sanitarnym i pouczane przy każdej inspekcji, co i jak należy robić w szpitalach, aby odpowiadały przeznaczeniu swemu, otrzymawszy środki materialne w podwyższonej taksie, chętnie zajęły się nimi. Wszędzie z reszt kasowych zaczęto tworzyć rezerwowe sumy, przeznaczone do ułatwienia gospodarstwa; wydane zostały pierwsze instrukcje dla szpitali, które ujednostajniły kierownictwo nimi. Budowy i przybudowy nowe zaczęto dokonywać powoli, częściowo, za pomocą zaliczek i pożyczek, spłacanych z zapasów istniejących, z nadwyżek taks i z różnych drobnych zapisów. Do 21 istniejących szpitali przybyły trzy nowe: w Podhajcach, Sokalu i Żywcu, a w Sanoku i Stryju zbudowano nowe szpitale po zaciągnięciu zezwolonej przez sejm pożyczki, spłacanej z podwyższonej taksy. Tym sposobem 24 szpitale prowincjonalne doprowadzono pod wszelkimi względami do należytego stanu.

Znaczne powiększenie wydatków, wskutek przyjęcia na fundusz krajowy całkowitych kosztów leczenia ubogich chorych, zaniepokoiło sejm, następstwem czego było wydanie w r. 1881 polecenia, aby na przyszłość nie rozszerzano przestrzeni szpitalnych bez zezwolenia sejmu.

Szpitale krajowe we Lwowie i Krakowie przedstawiały także stan bardzo smutny. We Lwowie ilość lekarzy była niedostateczna, aby wszyscy chorzy mogli być należycie dozorowani i obsłużeni; pomiędzy lekarzami a dozorcami nie było żadnego pośrednika, który by dopilnował, czy zlecenia lekarzy ściśle spełnionemi zostały. Na barkach dy-

rektora leżała wielka odpowiedzialność i tyle obowiązków, że niepodobna było podobać wszystkim. Brakowało bielizny, pościeli, ubrania i obuwia dla chorych. Służba była zła i zdemoralizowana. Pożywienia chorym dostarczał restaurator, a norma żywienia była tak źle ułożona, że potrzeba było żywić chorych prawie samymi dodatkami, co niezmiernie zwiększało koszt utrzymania szpitala. Służby nie żywiono w zakładzie, lecz płacono każdemu po 12 zlr. miesięcznie; dla tego zaś, aby mogli kupić sobie pożywienie, zaprowadzono w samym szpitalu, nieopodal od kuchni, wyszynk piwa, wódki i t. d. W ekspedycji lekarstw nieład był ogromny; żywienie chorych było bardzo kosztowne i wcale niedobre, ale za to nie szcędzono lekarstw chorym, aby przysporzyć dochodu aptekarzom.

Po przejściu zarządu szpitala w zakres czynności władz autonomicznych, wprowadzono natychmiast Siostry Miłosierdzia, powierzając im prowadzenie kuchni, przygotowywanie prostszych lekarstw i utrzymanie bielizny w czystości. Powiększono liczbę lekarzy i podniesiono im płacę; uregulowano nadzór lekarski nad chorymi przez zaprowadzenie stałych dyżurów; lekarzom ordynującym nakazano składanie sprawozdań naukowych; po wybudowaniu prosektoryum zaprowadzono sekcye naukowe dla sprawdzania dyagnozy, postawionej podczas choroby; zaprowadzono poszukiwania chemiczne i mikroskopowe, tak potrzebne w czasie leczenia. Ułożono nową i odpowiednią normę żywienia; służbie nakazano dawać wikt w szpitalu, aby odjąć wszelki powód do krzywdzenia chorych pod tym względem. Ułożono instrukcye dla lekarzy i zarządu, przepisy żywienia i pielęgnowania chorych, oświetlenia, opalania, postępowania z chorymi na zakaźne choroby, wydano przepisy co do posyłania chorych do robót, wydawania kąpieeli, rozdawania lekarstw i zachowania się chorych w szpitalu.

Wysłano za granicę inspektora szpitali wraz z budowniczym, aby przypatrzyli się najnowszym zakładom leczniczym, a zarówno i mechanicznym urządzeniom w kuchni, pralni, suszarni i t. d. Ponieważ wszystkie grunta, należące do szpitala, zostały przez dawny zarząd sprzedane osobom prywatnym, Wydział krajowy odkupił je od nabywców za drogie pieniądze dla rozszerzenia terytorium szpitalnego na urządzenie ogrodu dla chorych, na pomieszczenie lodowni, postugi gospodarczej, chlewów i domu osobnego dla zakaźnych. W samym szpitalu podwyższono drugie piętro i przyłączono szerokie korytarze do sal chorych, zbudowano nową pralnię z urządzeniem maszynowym, łazienki, przerobiono latryny i kanały, przybudowano nowe skrzydło, urządzono wodociągi i oświetlenie gazowe, postawiono nową lodownię, a nareszcie wybudowano ogromny budynek na zakład położniczo-ginekologiczny i dwie kliniki: chorób wewnętrznych i chirurgiczną w ogrodzie, a dwie kliniki: oczną i dermatologiczną



ną umieszczono w jednym ze skrzydeł szpitalnych; w drugim zaś umieszczono oddział obserwacyjny i chorób nerwowych. Same budowle w szpitalu lwowskim kosztowały około 800 tysięcy zlr. Osobny statut został wydany dla tego szpitala w r. 1876. Wszystkie ważniejsze zarządzenia, dotyczące czy to higieny szpitalnej, czy leczenia i pielęgnowania chorych, czy nareszcie układanie nowych instrukcyi i norm, odbywały się po rozpatrzeniu ich w komisjach, do których powoływani byli lekarze i ludzie fachowo z tem obznajmieni.

Wszelkie zdobycze naukowe i urządzenia, potrzebne dla chorych, zostały wprowadzone i zastosowane do leczenia, a następstwem tego jest mała śmiertelność, gdy bowiem procent umierających w r. 1871 wynosił 14.3%, w r. 1898 procent ten spadł na 7.3%.

Szpital krajowy Św. Łazarza w Krakowie. Z objęciem d. 1-października 1866 r. administracyi tego szpitala, zaprowadzono tak w zarządzie, jak i w dyrekcyi pomienionych zakładów, język polski, jako urzędowy, zamiast dotychczas używanego niemieckiego.

Zarząd gospodarczy i dostarczanie wszelkich potrzeb dla pielęgnowania chorych był w rękach Siost Miłosierdzia, za dziennem wynagrodzeniem od osoby. Zostawiono pielęgnowanie chorych, zawiadywanie kuchnią i pralnią Siostrom Miłosierdzia, a dla prowadzenia administracyi zakładu ustanowiono zarząd cywilny. Dla opieki zaś i kontroli nad zarządem szpitala utworzono komitet administracyjny, mający do pewnego stopnia zastąpić Wydział krajowy. Sejm uchwalił nowy statut i etat dla tego szpitala w 1879 r., Wydział zaś krajowy wydał instrukcyę, odpowiadające nowemu stanowi rzeczy.

Dla rozszerzenia szpitala i lepszego pomieszczenia chorych wybudowano drugie piętro nad jednym skrzydłem, następnie zbudowano cztery pawilony dla pomieszczenia oddziału chorób wewnętrznych, umysłowo-chorych i administracyi; potem pawilon gospodarczy, mieszczący w sobie maszynę parową, kuchnię, piekarnię, łazienki i pralnię maszynową, zakupiono grunt sąsiedni, urządzono wodociągi, kanalizacyę, oświetlenie gazowe, magazyn na wiktuały, lodownię, stajnię, wozownię, zrestaurowano kościół Św. Łazarza, urządzono dom dla zakaźnych, zbudowano pawilon dla chorych chirurgicznych według wszelkich wymagań lecznictwa, otwarto w szpitalu oddział oczny i laryngologiczny, cały stary gmach zrestaurowano i przerobiono dla najdogodniejszego pomieszczenia chorych, Sióstr Miłosierdzia i apteki. Wszystkie przekształcenia, budowy i zakupno gruntu kosztowało wyż 700 tys. zlr.

Jakkolwiek sprawozdanie moje, chociaż nie pełne, wydawać się może zbyt drobiazgowem, wykaże ono jednak ogrom roboty wykonanej, bo same wydatki, z których żadna kwota nie mogła być użytą inaczej, jak wskutek uchwały rady Wydziału krajowego, wskazują, ile potrzeba było przygotować projektów i planów, ile sprawozdań, ile

walk stoczyć dla otrzymania sum potrzebnych na wszystkie te ulepszenia.

Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. Wielka ilość umysłowo-chorych w kraju i nieodpowiednie pomieszczenie ich w szpitalu lwowskim zmusiło do jaknajprędszego wybudowania nowego zakładu dla tych nieszczęśliwych. Budowa zakładu ukończona w 1875 r. kosztowała 1,006,585 zł. Oprócz tego wybudowano dom administracyjny kosztem 44,959 zł., prosektoryum, lodownię, krowiarnię, pomieszczenie na warsztaty, dom dla jednego z urzędników, dom dla odźwiernego, dwa pawilony dla niespokojnych kosztem 59,664 zł. i oparkaniono cały zakład. Wszystkie te budowy i przekształcenia kosztowały 1,145,265 zł.

Ankieta znawców przejrzała wydane instrukcye i wytknęła kierunek, w jakim należy prowadzić zakład. Cała przestrzeń gruntu, należącego do zakładu, w ilości 106 morgów jest uprawianą przez chorych, którzy, oprócz rolnictwa i pracy w ogrodzie, zajmują się szewctwem, krawiectwem, wyrobem plecionek, stolarstwem i dopomagają w gospodarstwie, a kobiety w szyciu bielizny i w pralni.

W roku 1866 liczba chorych umysłowo, którzy byli pielęgnowani w szpitalu lwowskim, doszła w ciągu roku zaledwo do 600, w roku 1898 zaś pielęgnowano tu 1,453 chorych.

Wróćę teraz do szpitali prowincjonalnych.

W r. 1881 nastąpiła bardzo niekorzystna zmiana w zarządzie szpitalami prowincjonalnymi. Marszałek krajowy Zyblikiewicz, przejęty jedynie myślą przemysłowego dźwignięcia kraju, a widząc, ile szpitale potrzebują na leczenie chorych i na inne inwestycye, uważał zakłady lecznicze za instytucye nieprodukcyjne i, pomimo gorącego oporu D-ra Hoszarda, postanowił ograniczyć wydatki w tym dziale gospodarki krajowej do ostatecznych granic.

W tym celu w latach od 1881 do 1886 polecono było wszędzie zniżyć taksy leczenia, a fundusze rezerwowe, które utworzyły się w szpitalach i służyły do regulacji gospodarki, wydać na zaspokojenie zwykłych rocznych wydatków, tak, że te fundusze w jednym roku zostały wyekspensowane. Jednocześnie przyjmowanie chorych nakazano ograniczyć pewnymi przepisami.

To zniżenie taks, zniesienie funduszy rezerwowych, tudzież utrudnienia w przyjmowaniu chorych, były tak ciężkim ciosem dla szpitali, że w ciągu sześćdziesięciu lat (1881 - 1886) gospodarstwo ich, podniesione bardzo znacznie w pierwszym peryodzie, zostało zachwiane do fundamentów, a we frekwencji nastąpiła stagnacya. Ilość dni leczenia, która w roku 1880 wynosiła 403,900, w 1881 spadła na 345,000, a w 1882 na 318,000; koszty leczenia za ubogich, z 224,499 w roku 1880, spadły na 174,258 zł. Zgubne skutki tej gospodarki prędko się okazały. W skutek braku gotówki szpitale zaczęły zadłużać się u dostawców i u gmin, od

których żądano, aby szpitalom udzielały zaliczek zwrotnych z kwartalnych rachunków. W niektórych szpitalach, gdzie zarząd nie dość energicznie ścigał koszty leczenia, długi, zaciągnięte u gmin, doszły do 5 i 6 tys. zł. a. Gminy, otrzymując wydane pieniądze tylko kapaniną, zniechęciły się do szpitali zupełnie, tak, że nawoływania Wydziału krajowego, aby się zajmowały tymi zakładami, przestały skutkować, gminy bowiem, obciążone własnymi długami, nie chciały, i rzeczywiście nie mogły nic robić dla szpitali.

Na szczęście szpitali ustąpił Zyblikiewicz, a Wydział krajowy, przekonawszy się, że przyjęty system jest mylny i szkodliwy, nakazał nanowo przejrzeć taksy tam, gdzie koniecznie było potrzeba, a z powodu braku sum rezerwowych musiał zacząć udzielać szpitalom bezprocentowe zaliczki z funduszu krajowego. Ale omyłki w gospodarstwie i administracji mszczą się często przez długie lata, a w tym wypadku, pomimo zmiany zapatrywań Wydziału krajowego, pomimo zaliczek udzielanych, gminy, zniechęcone, zaczęły ile mogły, uchylać się od zarządu szpitalami. Wtedy to Wydział krajowy wydał nową instrukcyę, wprowadzającą w życie komitety szpitalne, dla zapewnienia więcej energicznego zarządu miejscowego. Brakowało jeszcze ustawy normującej prawa lekarzy, pracujących w szpitalach prowincjonalnych, zapewniającej im emeryturę, a wdowom i sierotom zaopatrzenie. Ustawę tę, na wniosek Wydziału krajowego, sejm uchwalił w lipcu 1897 r. Wtedy to nastąpiła reorganizacya wszystkich szpitali. Posady lekarzy ordynujących i ich pomocników czyli sekurdaryuszów zostały obsadzone ludźmi z wykształceniem akademickim, którzy we wszystkich działach medycyny mogli wykazać się świadectwami odpowiedniego uzdolnienia. Płacę uregulowano według pracy, którą każdy z nich wykonywał. Dyrektorowie, czyli prymaryusze, otrzymali zupełną niezależność od zarządów gminnych; przewodniczącymi komitetów szpitalnych, które otrzymały bardzo wielki zakres działania, zostali mianowani delegaci Wydziału krajowego, tak, że szpitale prowincjonalne otrzymały prawie zupełnie samoistne położenie. Ustawa określiła, na jakich warunkach mają być otwierane nowe szpitale powszechne i kto ma ponosić koszty budowy, dobudowy i większych reparacyi.

Po uchwaleniu ustawy, wydano na jej podstawie instrukcyę nowe i przepisy, odnoszące się do utrzymania i pielęgnowania chorych, wprowadzono wszędzie jednakowe zasady w administracyi, przez co osiągnięto ulepszoną kontrolę i większą sprężystość w gospodarstwie wewnętrznem, przejrzano normy żywienia chorych, posługi i Siostr Miłosierdzia, którym zostało oddane gospodarstwo szpitalne i pielęgnowanie chorych. Te wszystkie zarządzenia oddziaływały bardzo korzystnie na stan szpitali: koszty na lekarstwa wskutek oszczędnej ordynacyi zmalały, wszystkie szpitale mają dostateczny zapas narzędzi chirurgicznych i sale

operacyjne, przyrządy do dezynfekcyi odzieży i bielizny, ogrody dla odpoczynku i przechadzki dla rekonwalescentów, nareszcie we wszystkich szpitalach powoli budują się osobne pawilony dla dotkniętych chorobami zakaźnymi.

Według nowej ustawy, do komitetu szpitalnego wchodzi trzech członkowie: delegat Wydziału krajowego, burmistrz miasta i dyrektor szpitala. Dyrektor ma być wykonawcą uchwał komitetu. Taki zarząd jest najodpowiedniejszy, bo opieka gminy, a ewentualnie rady powiatowej, będzie zapewnioną; do rady wchodzi delegat Wydziału krajowego, który, jako członek zupełnie niezawisły, będzie pośrednikiem pomiędzy lekarzem i burmistrzem w razie różnicy zapatrywań; lekarz zaś, w którego interesie jest największy rozwój szpitala, będzie odpowiedzialnym za wszystko, co się stanie w zakładzie.

Budynki szpitali prowincjonalnych, w chwili przejścia w zarząd kraju w 1869 r., były prawie bez wyjątku w opłakanym stanie. W ciągu lat trzydziestu zakłady te uporządkowano zupełnie lub na miejsce zrujnowanych zbudowano nowe. I tak: zbudowano 15 nowych, naprawiono dokładnie i rozszerzono 8, a tylko 3 budynki oczekują polepszenia. Na budowy i przebudowy w szpitalach prowincjonalnych od r. 1873 kraj wydał około 500 tys. zł. a. W 1899 r. zbudowano dwa nowe szpitale według wszelkich wymagań higieny; nie są one jednak jeszcze przez sejm uznane za powszechnie i publiczne.

Zakładami powszechnymi można też nazwać dwa szpitale dla dzieci— we Lwowie i Krakowie, gdyż na budowę ich sejm udzielił po 10 tys. zł. pomocy, a na utrzymanie dzieci płaci pierwszemu 10, a drugiemu 22 tys. zł. a. Oba te szpitale są administrowane przez Towarzystwa dobroczynne.

Do czynności departamentu sanitarnego należało także mianowanie i dozór nad czynnościami lekarzy okręgowych; okręgów tych jest obecnie 114. Rezultaty pracy biura sanitarnego w ciągu 30 lat są następujące: w 1871 r. było we wszystkich szpitalach w kraju 2,595 łóżek, leczono 19,763 chorych w ciągu 650,975 dni, procent śmiertelności 12,2, koszt utrzymania 137,433 zł. a. W 1898 r. łóżek było 4,846, leczono 64,061 w ciągu 1,650,367 dni, śmiertelność 7,3%, koszt utrzymania 1,118,483 zł. a.

Takie są wyniki cyfrowe, — one najlepiej świadczą o zastugach ś. p. Franciszka Hoszarda.

*Dr. Jan Stella-Sawicki.*

## O C E N Y.

## O najnowszym słownictwie anatomicznem naszym.

(Ciąg dalszy).

Przym. dzierżawczy *nożny* znajdujemy też w zielniku Siennika (1568), gdzie także w znaczeniu dzierżawczem użyto *ręczny*, spotykamy go również w Biblii S. Budnego (1572), jako i w „Dziejach tureckich“ M. Paszkowskiego (1615). Słownik A. Calepina \*) pisze też „Manuarius, Quod ad manum pertinet, *Reczni* (ręczny), dalej spotykamy jeszcze tam przym. *czelny* (od czoło), *ramionny* (brachialis), *piersiasty* (pectoralis) *wątrobny* (hepaticus) i t. p. Wyżej przywiedziony Fontanus ma między innymi: *główny*, *dwu-główny* (biceps), *trzygłówny* (triceps), *wątrobny*; u Mączyńskiego \*\*) znajdujemy *cielesny* (corporalis), *główny*, *żółodny*, *serdeczny* (=cordis); najdawniejszy zaś drukowany słownik polski Murelius \*\*\* zawiera przymiotniki: *czyelestny* (corporeus), *oczny*, *piętny* (piętny, od pięta) *wątrobny*, *pyaseczny* (piaseczny, od piasek), *główny* (capitis), *boczny* (do boku należący), *kaczczy* (anatinus), *kurny* (do kur należny), *brzegny* (brzeżny), *jeziorny*, *kapustny*, *puszczny* (od puszcza — działo) i więcej t. p. — Ale sięgnijmy dalej jeszcze. W „Historji języka polskiego“ A. Kaliny \*\*\*\*) wśród wielu innych podobnych, widzimy przymiotniki, przynależność oznaczające takie: *Puszczny* (Biblja szarospatacka, 309), *włostny* (tamże, 302), *trąbny* (tamże, 302), *czeladny* (Statuta wiślickie z i połowy w. XVI. 320), *ogienny* (Psalterz Florjański. 305), *włosny* (Księgiustaw pols. 1449 — 1541 305), *wienny* (Groicki. Porządek sądów 1559. 306), *ratuszny* (M. Bielski Kronika wszyst. świata 1550. 320) *obożny* (Ł. Górnicki. Dworzanin, 1566, 320), *języczny* (Xięgi Jesusa Syna Syrachowego, 1541, w tłum. Piotra Poznańczyka, 321) *stoleczny* (Łaski Statuta wiślickie, 322) *owiesny* (Krescentyn 1549. 322) i t. p. Nakoniec w „Kazaniach gnieźnieńskich, Kaz. średniowiecznych“ i w „Drobnych zabytkach języka polskiego“, pochodzących z w. XV, przez W. Nehringa i A. Brücknera ogłoszonych\*\*\*\*\*) natrafiamy na przymiotniki takie: *cielny* (do ciała należny, str. 99), *kacerny* (dziś kacerski, str. 103),

\*) Dictionarium undecim linguarum. Basileae b. w. r. (1590).

\*\*) Lexicon latino polonicum. Regiomonti, 1564.

\*\*\*) Dictionarius Joannis Murelii variarum rerum etc. Cracoviae; 1528, jest to wyd. drugie, pierwsze wyszło w roku 1526.

\*\*\*\*\*) Lwów, 1883. Liczby, umieszczone w nawiasach na końcu, oznaczają stronicę w dziele Kaliny.

\*\*\*\*\*) W „Rozprawach Akad. umiejętności. Wydz. filol. Ser. II. T. X. Kraków, 1897 r.

*śmiertny* str. (109), *swadziebny* (str. 110), *chlebny* (str. 138), *duszny* (do duszy należący, str. 148 i 176), *cielesny* (str. 155), *czesny* (temporarius, str. 109 i 187) i *nieszczny* (non temporaneus, str. 178), oraz *mieszporny* i *mieszporni* (od nieszpór, str. 209).

Choćby już w obec tego tylko, co właśnie powiedziano, nie mógłbym w żaden sposób uwierzyć autorowi naszemu, że wszyscy dawniejsi najlepsi pisarze kończyli stale na *owy* przymiotniki, wyrażające przynależność do czego, czyli, jak zwykle mówimy, dzierżawcze, które my jakoby „kończymy zazwyczaj obecnie na *ny*“. W ciągu dalszym dowiodę dobitniej i lepiej jeszcze nieprawdziwości twierdzenia tego.

Cały wykład autora o znaczeniu zakończeń przymiotników jest na wskroś bałamutny, a na mocy jego ustanowione prawidło jest samowolne, złe i do przyjęcia nie odpowiednie, ponieważ nie zgadza się z zasadami języka, ogólnie dotąd obowiązującemi; dla widzimi się zaś jednostki pomiatać niemi nie wolno nikomu. To chyba jasne i zrozumiałe.

Nie myślę tu przeczyć, że twórcom mianownictwa anatomicznego przysługiwać musi czasem pewna swoboda w dobieraniu lub tworzeniu wyrazów, jednak nigdy im nie przystoi obrażanie ducha języka. Pod względem tym najchętniej podpisuję zdanie Hyrtla mówiącego (HOA str. VI): „*Die anatomische Sprache darf zwar, in der Wahl der Worte für neue Begriffe und Auffassungen, ihre Launen haben, weil sie jede Sprache hat; aber diese Launen dürfen nicht mit den unverbrüchlichen Regeln der Grammatik und Etymologie in Conflict gerathen*“,

„*quas penes arbitrium est, et jus, et norma dicendi*“.

W imię tej zasady, rozumnej i słusznej pod każdym względem, obowiązkiem jest wystąpić przeciwko przymiotnikom postanowionym przez autora. Już wydawcy jego (str. XVII) „ze względu na nietykalne“— jak się wyrażają— „prawa zwyczajowe mowy ojczyściej, jak i ze względu na odpowiedniość nazw, a wreszcie ze względu na eufonię“ nie mogli „się pogodzić z bezwzględnie przeprowadzonymi zasadami szematu (tak!) określników (przymiotników) Krysińskiego“. Dalej mówią nam, że ich „nieprzychylny sąd o tej stronie pracy autora podzielają językoznawcy zawodowi“, których o zdanie pytali, o czem oczywiście ani na chwilę wątpić nie wolno; nasuwa się jednak pytanie: jak można pogodzić to najzupełniej wiarogodne zapewnienie wydawców z twierdzeniem autora, że „po ... naradzie z ludźmi ze znajomości i dbałości o czystość języka znanymi“ powziął dopiero swe postanowienie? — Ale może lepiej nie rozpatrywać tego.

Wydawcy więc, powodowani względami dopiero co wyluszczoneymi, w wielu miejscach czcionkami odmiennemi wyrazili, obok dziwactw, autora nietkniętych, przymiotniki dotychczas w użyciu będące i prawie bez wyjątku lepsze od tamtych, czego im chyba nikt zganić nie zechce.

Postąpiwszy tak, wybili już wyłom w układzie jednolitym, ale błędnym — zadaniem naszym będzie teraz zburzyć go do szczytu.

Przymiotniki, oznaczające w języku naszym przynależność do kogo lub czego, ani wyłącznie ani przeważnie, zakończenia na *owy*, *a*, *e* (dawniej *ów*, *a*, *o*) nie mają; końcówka ta bowiem, obok znaczenia dzierżawczego, miewa też, i to wcale nie wyjątkowo tylko, znaczenia inne, przynajmniej w mowie naszej dzisiejszej; dawniej może było kiedyś inaczej, ale to nas dziś obchodzić nie może. To samo stosuje się i do innych zakończeń przymiotników naszych, ponieważ nie poprzestają one nigdy na znaczeniu wyłącznie jednym, ale przybierają różne, co znów zależne jest od względów rozmaitych, nie zawsze dających się określić i objaśnić dostatecznie.

Zanim pójdziemy dalej, zwrócić jeszcze muszę uwagę na to, iż właściwie powinno się odróżniać zakończenie przymiotnika od samej końcówki, będącej tylko częścią tamtego, składającego się z niej i z poprzedzającego ją przyrostka, nadającego dopiero właściwe i odmienne znaczenie przymiotnikowi; tak np. przymiotniki: *górn*y, *górs*ki i *górz*ysty mają końcówkę jednaką, ponieważ *i* nie różni się tu od *y*, odmiennego zaś znaczenia nabierają dopiero przez wstawienie przed nią przyrostków: *n*, *sk* i *st*. Istnieją też przymiotniki urobione zupełnie bez przyrostków, składające się wyłącznie z pierwiastku wyrazu i z końcówki *i* (*y*); wspominam tu o nich, ponieważ wiele z nich ma znaczenie dzierżawcze. Kogo sprawa ta więcej obchodzi, może się o niej dowiedzieć szczegółów bliższych z każdej obszerniejszej gramatyki polskiej\*), nam tu wystarczy, jeżeli zajmiemy się samymi tylko zakończeniami już gotowymi, nie rozkładając ich na przyrostki i końcówki.

Autor nasz p o s t a n o w i ł, że odtąd w mianowictwie anatomicznem przymiotniki, zakończone na *owy*, mają oznaczać tylko przynależność do czego, to jest, że mają być wyłącznie dzierżawcze; innym, na *aty*, kazał oznaczać podobieństwo do czegoś, nakoniec zakończonym na *ny* przeznaczył określanie materiału, z którego co jest zrobione, albo też wytworu, przez co sporządzonego, przyczem, jak to już zauważyłem, zakończenia różne: *ny* i *any* wziął mylnie za równoznaczne. Obacmy teraz, co gramatyka polska na postanowienie to powie.

\*) Pisząc tę ocenę posługiwałem się głównie „Gramatyką historyczno-porównawczą języka polskiego“ Antoniego Małeckiego (Lwów, 1879), której część trzecia poświęcona jest etymologii; o przymiotnikach mowa w T. II, str. 73 i nast. Zasady tworzenia przymiotników przystępniej dla ogółu nakreślone znaleźć można w tegoż autora „Gramatyce języka polskiego szkolnej“ (Lwów 1886, wyd. VII, str. 130 i nast.). Posiłkowałem się również A. Kaliny „Historją języka polskiego“ (Lwów 1883) oraz „Gramatyką języka polskiego“ A. A. Kryńskiego (Warszawa 1897), nie zawierającą wprawdzie etymologii osobno opracowanej, dostarczającej jednak pewnych o niej szczegółów w rozdziale o przymiotniku (str. 133—163).

Krysiński, jak widzimy, wyłącznie zakończeniu *owy*, *owa*, *owe*, przyznaje prawo oznaczania przynależności, co jest samowolą nieusprawiedliwioną, ponieważ w języku naszym istnieją rzeczowniki, od których przymiotników z tem zakończeniem i znaczeniem nie zwykliśmy urabiać, jako i takie, od których wogóle ich nie tworzymy; po wtóre, ponieważ posiadamy jeszcze zakończenia inne, równie dobrze przynależność oznaczające i od dawien dawna używane; po trzecie, ponieważ zakończenie ono w mowie naszej. obok znaczenia dzierżawczego, miewa też inne zupełnie, może bowiem oznaczać też podobieństwo do czego, albo, nadzwyczaj często, materiał, z którego co jest zrobione, a w razie tym równa się zupełnie zakończeniu *any*. Przypatrzmy się teraz zakończeniom przymiotników, mogącym oznaczać przynależność.

1) Własność wewnętrzną, czyli przymiot rzeczownika danego, zwykły wyrażać przymiotniki utworzone z samego pierwiastka wyrazu i z końcówki *i* (*y*), *a*, *e*, bez przyrostka wszelkiego, jak np. *łwi*, *lisi*, *orli*, *psi*, *sępi*, *kuni*, *łosi*, *łani*, *rysi*, *mysi*, *woli*, *koni* (dziś już tylko „końsk<sup>ie</sup>”), *koci*, *kiernozi*, *niewieści*, *głowi*, *wdowi*, *soltysi*, *ptasi*, dawniej *ptaszy*, *papuzi* a. *papuży*, *boży*, *żeńczy*, *człowieczy*, *kmięcy*, *zajęczy*, *dziewiczy*, *jaskółczy*, *wieczny*, *wilczy*, *cielęcy*, *jagnięcy*, *źrebięcy*, *łwięcy*, *kotczy* (od kotki) i wiele, wiele innych t. p., które używane też bywają prawie wszystkie bez mała, jako przymiotniki dzierżawcze w znaczeniu ścisłym, a wiele z nich także oznacza, że coś pochodzi od rzeczownika danego, albo jest z niego zrobione.

2) Własność zewnętrzną, czyli przynależność, oznaczają zakończenia: A) *in* (*yn*), *ina*, *ine*, oraz B) *ów*, *owa*, *owo* (dziś przeważnie: *owy*, *owa*, *owe*), np. do A: *Zosin*, *Ewin*, *ciocin*, *babusin*, *starościn*, *województin*, *Rebeczyn* (od Rebeka), *matczyn*, *macierzyn*, *siostrzyn*; tego rodzaju przymiotnikami są też nazwy miejscowości, jak: *Babin*, *Konin*, *Mikorzyn*, *Zakliczyn*, oraz nazwiska rodowe niewiast: *Ordężyna*, *Sapieżyna*, *Zarębina* i t. p. Do B: *Jezusów*, *Dawidów*, *Zygmuntów*, *Marcinów*, *Hiłppokratów*, *ojców*, *synów*, *panów*, *królów*, *kaszteleatów*, *bratów*; należą tu również nazwy miejscowości: *Kraków*, *Ojców*, *Piotrków*, *Janów*, *Lwów*, *Lubartów*, *Wilków* (nie od zwierzęcia, ale od człowieka *Wilkiem* zwanego), oraz nazwiska żeńskie, jak: *Denhofowa*, *Radziwillowa*, *Skiłmuntowa*, jako też rzeczowniki r. ż. *szewcowa*, *krawcowa*, *kupcowa* i t. p. Są to wszystko przymiotniki dzierżawcze, posiadające obecnie tylko znaczenie rzeczowników. O zakończeniu dzisiejszem *owy*, powstałem z dawnego *ów*, niżej jeszcze pomówimy obszernie.

3) Własność wewnętrzną jak i zewnętrzną wyrażają, należą więc także do dzierżawczych, przymiotniki zakończone na *ski* (*cki*, *dzki*), *a*, *e*, jak np.: *pański*, *koński*, *białogłowski*, *ojcowski*, *braterski* i *bracki*, *ziemski*, *polski*, *francuski*, *niebieski*, *miejski*, *wiejski*, *macierzyński*, *człowieczeński*,



żydowski, wdowski (dziś wdowi), kapłański, męski (dawniej męczyński od męczyzna), żeński, świecki, grecki, niemiecki, dziecki, oracki, partacki, łowiecki, jezdecki, warecki, łowicki, łucki, łódzki, ludzki, wojewódzki i wszystkie nazwiska rodowe polskie na *ski* i *cki* zakończone, będące pierwotnie przymiotnikami tego właśnie rodzaju.

4) Zakończenie *ny* może również w wielu razach być dzierżawczem, jak to widzimy w przymiotnikach: *główny, szyjny, brzuszny, czelny, nożny, ręczny, kostny, krawędny, leżny, leśny, polny, piekielny, stołeczny, uliczny, lożny, duszny, stadny, rolny, włosny* i ze zdwojonym *n*: *ścienny, sienny* (od *siano* i od *sień*), *denny, dzienny* i t. p. \*). W przymiotnikach złożonych, jak np. *dwugłowy, krótkogłowy, krzywonogi, laskonogi, długoręki* i t. p., mamy wprost zakończenie na *i* (*y*), nie zaś na *ni* (*ny*); wszystkie one oznaczają własność wewnętrzną, nie będąc w znaczeniu ściśle przymiotnikami dzierżawczymi.

Widzimy więc, że wolno nam tworzyć przymiotniki, przynależność oznaczające, nie tylko na *owy*, jak chce Krysiński, ale również na *i* (*y*), *in* (*yn, yny*), *ski* (*cki, dzki*) i *ny*, jak nam język nasz pozwala na to. Grubo zatem zbłądziłby każdy, kto by, czy to w mowie ogólnej, czy też w mianownictwie któremkolwiek, z wyjątkiem może chemicznego, tylko jednej z tych końcówek dozwalał oznaczać przynależność do czego, jak to właśnie autor nasz najniepotrzebniej uczynił.

Mnogość ta zakończeń różnych o znaczeniu jednakim, w mowie naszej rozpowszechnionych, byłaby zgoła zbyteczna, gdyby język nasz pozwalał na przyczepianie dowolne którejkolwiek z nich do każdego tematu; tak wszakże nie jest. Są naprzód rzeczowniki takie, od których w ogóle język nasz wcale nie tworzy przymiotników dzierżawczych, jak np. *życie, żucie, okrycie, użycie* i t. p.; inne znów, mogące łączyć się z jednym tylko z zakończeń wymienionych, z wykluczeniem stanowczem innych, jak to widać z licznych przykładów przytoczonych powyżej; nakoniec nie brak i takich, jak np. *brzuch*, od którego, bez obrazu języka, równie dobrze tworzyć nam wolno przym. *brzuchowy* i *brzuszny*, ale takich jest niewiele stosunkowo; zwykle też jedno z tych dwu zakończeń bywa poprawniejsze, ze słoworodem zgodniejsze, drugie zaś opiera byt swój na analogii nieraz błędnej bardzo; jeżeli jednak przez ogół mówiących zostało przyjęte, to, chcąc nie chcąc, zgodzić się z niem trzeba. Rozumie się, że pomysły dowolne jednostek nie mogą mieć prawa do ustępstw tego rodzaju.

Nie będąc filologiem z zawodu, a jeno miłośnikiem języka ojczystego, nie mogę kusić się o rozwiązanie nieomylnie sprawy nas obchodzącej, tembardziej, że nadaremnie u dostępnych mi pisarzów, na któ-

\* ) W przymiotnikach *ścienny, sienny* i t. p. pierwsze *n* należy do pierwiastka lub tematu, drugie jest przrostkiem, przed końcówką wstawionym.

rych powagę powołać by się można, szukałem jasno wypowiedzianego rozwiązania wątpliwości wszelkich, czyli prawideł pewnych zupełnie o zasadach tworzenia przymiotników dzierżawczych i innych także. Więc też to, co tu wypowiadam, aczkolwiek opiera się na poszukiwaniach starannych, nie rości sobie bynajmniej prawa do nieomyślnej pewności. Jeżeli poszukiwania przezemnie uczynione są błędne, to rad będę, gdy kto z ludzi, powołanych do tego, usterki me wytykając, oświeci lepiej i mnie samego i wszystkich tych, którzy, szczerze dbając o czystość i poprawność języka naszego, pragną obronić go przed zanieczyszczającą go coraz bardziej samowolą niedouczonej poprawiaczy, stawiających ponad zasady jego, od wieków istniejące, swe zachcianki chwilowe, albo systemaciki, nie wiedzieć naco i poco bez wyraźnej potrzeby wymyślone.

Zasady i prawidła tworzenia przymiotników nie są tak proste, jak się to zdaje widocznie ludziom z etymologią mniej obeznanym, a myślącym, iż wolno, ot tak sobie, postanawiać, że takie lub owakie zakończenie ma mieć wyłącznie i jedynie znaczenie takie, jakie podług swego widzimisię spodobało im się nadać mu, nie zaś takie, jakie mu język ogólny przyznaje.

Że przyrostki, poprzedzające końcówki właściwe, jako też i one same, mają znaczenie swoje i prawdopodobnie kiedyś, w porze tworzenia się języka, miały pierwotnie tylko jedno, wyraźnie określone, to można uważać prawie za pewnik; jednak że z biegiem czasu i w rozwoju stopniowym języka, nabrały jeszcze i znaczeń ubocznych, które nieraz znów mogły zapanować nad pierwotnem, albo nawet stłumić lub usunąć je zupełnie, to także niewątpliwe. Więc też nas teraz obchodzić musi tu nie to, co dane zakończenie, lub, ściślej mówiąc, nadający mu barwę przyrostek oznaczał pierwotnie, ale rozważyć nam wypadnie znaczenie jego dzisiejsze, obowiązujące nas teraz.

Posłuchajmy, co w sprawie tej mówi A. Małecki \*): „Jak we wszystkich innych imionach, tak samo też i w przymiotniku stanowi kaźdoczesny jego przyrostek ów w nim żywiół słoworodny, który na nim ostateczne piętno i sens, jaki mieć ma, wyciska. Pierwiastek albo temat rodzącego go pierwotnika stanowi wprawdzie pierwsze źródło znaczenia, dla którego ten przymiotnik się rodzi: lecz to znaczenie jest tylko tłem bladej barwy, na którym dopiero przyrostek właśnie żądana, a wybitną pieczęć kładzie. Tak np. *górnny*, *górski*, *górzysty*, i w drugiej linii *górnicy*, tylko przyrostkom tym swoim (*n*, *sk*, *st*, *cz* z *k*) za-

\*) Gramatyka historyczno-porównawcza języka polskiego; T. II, str. 78. — W ustępie przywiedzionym S=przyrostek (*suffixum*) SS=przyrostki. O znaczeniu nazwy samej proszę obaczyć w tymże tomie str. I i nast.

wdzięczają odrębność pojęć każdemu z nich podłożonych — ich wspólny pierwotnik *góra* dał im jedynie zawiązek“.

„Aż do pewnej granicy dałyby się wprowadzić determinować owe funkcye poszczególne, przywiązane raz na zawsze do każdego, w składzie przymiotników spotykanego S (t. j. przyrostka): tak np. S *sk* wyraża pochodzenie, właściwość i przynależność do czego (*pański*); S *in* dzierżawczość (*ciocin*); tenże S *n* po *ia*, więc *ian* — materią (*welniany, szklany*); S *t* bardzo często obfitowanie w co (*sękaty, piaszczysty*); S *w* (jeżeli to jest S) skłonność i dążenie ku czemu (*mściwy — bladey*). Są SS (t. j. przyrostki), które tylko ilościowy, stopniowy odcień danej własności miarkują (*głupowaty, głupawy, głupiuchny; malusi, maleńki, maluchny* i t. d.). Są takie, które coraz inną jakością jej znaczą (*górnny, górski, górzysty*). W ogólności jednak byłoby to nadaremne usiłowanie, gdyby kto zamierzył sobie poruszoną tu materię wyczerpnąć całą systematycznie i zasadniczo, pokrywając wszystkie funkcyje przyrostkami poszczególnymi. Nietylko przeto niepodobna tego dokonać, że wpływają na każdokrotne przymiotników znaczenie zawsze i inne przeróżne względy uboczne (np. z czego ten przymiotnik powstał, ze słowa, czy imienia? i z jakiego, rzeczowego czy przymiotnego i t. d., imienia?): ale głównie byłoby to morzem do wypicia z przyczyny, że w całym słowrodzie imion piastuje każdy S prócz pewnego głównego swego znaczenia, zawsze jeszcze i inne rozmaite funkcyje uboczne, których powód generalny wszelkiemu się już dochodzeniu usuwa“.

Wobec słów powyższych, wypowiedzianych przez usta męża uczonego, o sprawach tego rodzaju sądzić wytrawnie umiającego, zbyt śmiało może wyda się niejednemu porywanie się prostego miłośnika na rozwiązywanie zagadnień tak zawitych. To też nie myślę wcale pisać tu rozprawy o teorii tworzenia przymiotników naszych, bo na to siła i wiedza nie starczą, jeno ograniczę się do przytoczenia szeregu spostrzeżeń mozolnie zebranych, wykazujących rozmaite znaczenie tych samych zupełnie zakończeń, a w snucie teorii wdawać się nie ośmielę. Zresztą nie chodzi mi tu o stanowienie prawideł wątpliwej pewności, ale o wykazanie różnicy rzeczywistej między tem, co w języku naszym istnieje, a tem, co autor nasz samowolnie postanowił.

Że zakończenie przymiotników na *ów, owa, owo* (dziś przeważnie już tylko *owy, owa, owe*) jest pierwotnie dzierżawcze, i to wyłącznie dzierżawcze tylko, nie ulega wątpliwości żadnej; ale i to jest równie pewne, że z dawien dawna inne zakończenia także samo znaczenie niewały, oraz iż w mowie naszej, a to wcale nie od czasów najnowszych dopiero, zakończenie *owy, owa, owe* nabrało równie znaczeń zupełnie innych, i tak:

1. Nadzwyczaj często oznacza materiał, z którego coś jest zrobione lub złożone; np. *blonowy, ciałowy* (z ciała=carneus), *cynowy, cu-*

*krowy, dębowy, klejowy, kruszcowy, lasieczkowy, lojowy, miotłowy, modrzeczowy, ogórkowy, papierowy, perłowy, puchowy, rakowy, rogowy, skórkowy, sosnowy, terpentynowy, wieprzowy, wółowy, zamszowy, zbożowy* i wiele, wiele innych jeszcze.

2 Służy do oznaczenia barwy; np. *fiółkowy, karmazynowy, karminowy, cytrynowy, cynobrowy, lazurowy, malinowy, oliwkowy, perłowy, seledynowy, szafirowy, wiśniowy* i t. p.

3 Wymienia przeznaczenie, do którego coś ma służyć; np.: *ciężarowy, gorączkowy* (od gorączki, przeciwko niej służący), *jarczmyowy* (iugatorius, do jarczma przeznaczony np. wół), *kaszlowy* (medicamentum tussiculare), *paraliżowy* (ziele paraliżowe), *rosołowy* (np. statek, kapłon), *śledzionowy* (ziele śledzionowe *srebro* (np. olstro srebrowe; jako rzecz. = kredencierz), *łomokowy* (sarcinarius, juczny), i t. p.

4. Bardzo pospolicie wyraża miarę, objętość, wagę, wartość; np. *beczkowy, ćwercowy, dloniowy, dukatowy, funtowy, grzywnowy, korcowy, kwartowy, lokciowy, sążniowy, tygodniowy, uncjowy, złotowy* i t. p.

5. Nieraz służy do określenia podobieństwa; np. *beczkowy* (dolio similis), *kostkowy* (np. węgiel), *krzyżowy* (crucis formam gerens), *liljowy* (lilio similis), *perłowy, porostowy* (algae similis), *salatowy* (lactucae similis), *wierszowy* (versiformis), *wachlarzowy* (palma wachlarzowa), *zwierciadłowy kamień* (lapis rutilus, qui speculi ad vicem reddit imagines) i t. d.

6. Nakoniec miewa wyjątkowe jeszcze znaczenia inne; np. *kijowe karanie* (bicie kijem), *pięściowy raz* (pięścią zadany), *łańcuchowy* (na łańcuchu wiązany, trzymany), *początkowy* (principalis), *podwórzowy* (trzymany, hodowany na podwórzku), *przybyszowy* (intercalaris), *przystawowy* (który wszedł w przysłowie), *pyłowy* (przez pytel przesiany), *siodłowy* (pod siodło zdalny), *szychowy* (kłóty, np. rana szychowa), *utarczkowy* (prolusorius non serius), *warunkowy* (conditionalis), *żoldowy* (qui stipendia facit \*).

Że niejednen z przytoczonych powyżej przymiotników miewa także znaczenie dzierżawcze, albo inne, temu zaprzeczać nie myślę, ale nie brak też między nimi takich, które go nie posiadają zgoła nigdy. Względ ten wystarczyłby już może do zachwiania wiary w słusność poglądu autora naszego na zakończenie *σνυ, σνυα, σνυε*, ale jest jeszcze względ inny, bez porównania ważniejszy, obalający ją stanowczo, mianowicie: duch języka naszego nie pozwala nam na tworzenie przymiotników takich od wszystkich rzeczowników.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Dr. med. Józef Peszke.

\*.) objaśnienia łac. w nawiasach zawarte pochodzą ze Słownika Cnapiusa, wyd. z r. 1643.

**Edmund Biernacki.** Chałubiński i obecne zadania lekarskie. Warszawa, 1900 str. 308  
Wydawnictwo „Przeglądu filozoficznego“.

Chałubiński w swych nielicznych pismach lekarskich przypisuje wielkie, czy też największe, w patologii znaczenie: zapaleniu, gorączce i gastrycyzmom. Te same trzy sprawy chorobowe stanowią także oś teorii patologicznej Broussais'go i jego metod leczniczych. Przypuścić więc można, że poglądy Chałubińskiego znajdują się w pewnej zależności od teorii Broussais'go. Przypuszczenie to zaznaczył dr Biernacki. Zbłądził jednak, że, wzorem „systematyków“, których tak ostro ocenia, to jedno spostrzeżenie rozciągnął na całą postać naszego profesora i widzi w nim wprost ucznia Broussais'go choć zdaje się, że sława tej głośniejszej przez pewien czas teorii przebrzmiała już, gdy Chałubiński odbywał studia uniwersyteckie, choć już Rokitański stał na szczycie swego wpływu naukowego, a Virchow rozpoczynał swą świętą działalność. Charakterystyka Chałubińskiego jest wreszcie w książce dra Biernackiego złana w jedno z charakterystyką „systematyków“, t j. Browna, Broussais'go i dalszych ich następców; czytelnik przypuszczać może słusznie, że Chałubiński na swych wykładach mówił ciągle o stenii i astenii, że konewkami krew z chorych wytaczał. Dr Biernacki chciał, wzorem Cuviera, z jednego zęba odtworzyć mamuta i chybił zupełnie, choć od żyjących uczniów Chałubińskiego łatwo mógł zaczerpnąć wiadomości. Gdyby Chałubiński przeczytał tę swoją charakterystykę, wybuchnąłby z pewnością swym szczerym i wesołym śmiechem. Nie był on przedewszystkiem stworzony na niewolniczego ucznia jakiegobądź systemu: zanadto był samodzielnym, za krytycznym, od wszelkiego fanatyzmu zbyt dalekim. Twierdzenie chorego, że się lepiej czuje po lekarstwie, nie wystarczało mu, aby nabrać pewności co do terapeutycznego działania lekarstwa, jak to przypuszcza dr Biernacki. Pamiętam, kiedy, nudzony przez jakiegoś hypochondryka, kazał mu położyć plaster z asafetydy; chory nazajutrz dziękował gorąco za radę, czuł się lepiej, co Chałubińskiego mocno ubawiło.

Chałubiński po za medycyną zajmował się bardzo naukami przyrodniczymi i metodę badania tych nauk stosował też do medycyny. Klinika była prowadzona zupełnie w nowoczesnym, anatomicznym kierunku. Charakteryzowało ten kierunek przedewszystkiem ściśle do pedantyczności, może zbyt ściśle i zbyt częste badanie; zdaje się, że uczniowie Chałubińskiego grzeszyli tą przesadą w badaniu. Badanie nie kończyło się na stosowaniu metod fizykalnych; wszystkie wydzieliny chorego musiały być zbadane chemicznie i pod mikroskopem. Sekcyi dokonywano często, a może i stale. Z bardzo szczegółowego wypytywania i ze wszystkich objawów dostrzeżonych tworzył Chałubiński całkowity i jednolity obraz chorobowy, układając wszystkie „mo-

menty chorobowe“ w ciągły łańcuch związanych z sobą zjawisk, a w tej syntezie był mistrzem niezrównanym. Kończył się obraz chorobowy na zmianach anatomicznych, a przynajmniej te zmiany stanowiły główny fundament całej sprawy. O stenii i astenii nie słyszeliśmy ani razu, ani razu nazwiska Broussais'go. Leczenie było bardzo oględne, wenesekcye zdarzały się może parę razy do roku; jedynie silne rewulsye czasami istotnie sprawiały cierpienia; ale bóle terapeutyczne nie są wyłączną charakterystyką owej epoki: i my mamy przypalania, wstrzykiwania sublimatu pod łącznicę, przesadę w operacjach. Chałubiński z wrażliwością chorych liczył się niesłuchanie i bólów im oszczędzał.

Chałubiński mówił często o leczeniu racjonalnem, ale rozumiał pod tym wyrazem leczenie porządne, podług pewnego planu prowadzone, nie zaś leczenie z teorii patologicznej wywnioskowane. Wszak wyraz „racjonalnie“ ma odmienne znaczenie w filozofii i w życiu, nawet dr Biernacki w tych dwóch znaczeniach mówi o leczeniu racjonalnem. Chałubiński wyraźnie przestrzegał, aby w klinice nie być niewolnikiem teorii naukowych, twierdził, że klinika, a przedewszystkiem terapia, ma drogę odrębną, pod pewnym względem niezależną od teorii i pracowni.

Już nie po raz pierwszy spotyka Chałubińskiego zarzut, że nowiej anatomii patologicznej nie wprowadził do kraju; ale wszak nie leżało to ani w planie, ani w możności nauczyciela klinicznego; w tym zakresie swój obowiązek spełnił chlubnie prof. Brodowski. Nauczyciel kliniczny błądzi owszem i grzeszy, gdy anatomię patologiczną, a nie objawy kliniczne, wysuwa na pierwszy plan w swoich wykładach.

Dr Biernacki mniema, że bezpośredni albo pośredni wpływ Chałubińskiego trwa u nas do dnia dzisiejszego, że metody leczenia są u nas inne, i gorsze, niż gdzieindziej, że wreszcie przez wpływ Chałubińskiego choć w tym punkcie rozumowanie nie jest mi jasnym—publiczność nasza unika lekarzy piszących, uczonych, u mniej uczonych chętniej się leczy. Jeżeli słowa Matlakowskiego mają potwierdzić tę prawdę, to przeczy jej przedewszystkiem życie, działalność i wziętość Matlakowskiego.

Ale pomimo tych wszystkich zarzutów, dr Biernacki ceni bardzo wysoko zasługi Chałubińskiego. Przez swą „metodę wynajdywania wskazań“ wysunął Chałubiński na czoło leczniczą działalność lekarza, wówczas zaniedbaną i lekceważoną, bo utracono wiarę w potęgę leczniczą medycyny. Sformułował, ujął w ścisłe a jasne wyrazy, myślową pracę, jaka bezwiednie w umyśle lekarza się odbywa. A takim postawieniem sprawy wskazał medycynie jej zadanie istotne i zasłużył na wielką sławę.

Kiedy wyszła mała a świetna książka Chałubińskiego o metodzie wynajdywania wskazań, współcześni lekarze uznawali jej wielką war-

tość; dopiero jednak obecnie—i nie pierwszy dr Biernacki—zaczynają jej przyznawać znaczenie epokowe, widzą w niej zapowiedź wielkich zmian w medycynie, przynajmniej w naszej medycynie.

„O niejednej podstawowej prawdzie zapomniała nauka najnowsza, nie chcieli o nich pamiętać najwybitniejsi jej przedstawiciele. Dopiero jeden Chalubiński podniósł i uświadomił drogi, niezmiennie kierujące umysłami lekarzy przy łożu chorego, kierujące ostatecznie jego zadaniami naukowemi, drogi, z których nie zbaczała dawna medycyna. Nie uczynili tego, nie mają tej ważnej zasługi dawniejsi mistrze, zrobił to dopiero Chalubiński, ten ostatni „systematyk“ w Europie i ostatni w nauce. Ale w obec takiego stanu rzeczy nie ma prawa historia naszej nauki odmawiać mu imienia genialnego i nie tylko dla nas, jego rodaków, wydaje się on nieraz większym, niż płomienny de la Boë Sylvius, olimpijski Boerhave, śmiały i kategoryczny Dietl“.

Ten ustęp kończy książkę dr Biernackiego,—poprzednio podana charakterystyka Chalubińskiego stanowi jej początek. Jest wyraźna sprzeczność w tych dwóch tak różnych sądach. Gdyby Chalubiński był istotnie takim, jakim go w początku maluje dr Biernacki, nie zdobyłby się nigdy na silny, śmiały i samodzielny czyn naukowy; a wszak dr Biernacki uważa „metodę“ za taki wielki czyn naukowy.

Jak charakterystyka osoby Chalubińskiego, tak też cała książka podwójny ma charakter: inną jest jej pierwsza połowa, zgoła inną druga. Bo Chalubiński nie wyczerpuje całej treści książki; ocena jego działalności stanowi tylko punkt wyjścia dla rozwinięcia poglądów autora na całą naukę lekarską. Rozpatruje tę naukę z punktu praktycznej działalności lekarza, ze stanowiska terapii, a rozpatruje w historycznym przebiegu, poczynając od wielkich „systematyków“ z końca zeszłego i z początku bieżącego wieku, od Browna i Broussais, rzekomych mistrzów Chalubińskiego.

Swoje wielkie systematy oparli oni na epokowych odkryciach Hallera—pobudzalności mięśni i czułości nerwów. Uznawszy tę własność za podstawowe, za najważniejsze zjawisko życia, uważali wszystkie choroby za jej zбочenia, a sposoby leczenia teoretycznie, „racjonalnie“, wyciągnęli ze swych pojęć; więc stosowali z fanatyzmem okrutne często metody, biorąc każde czysto subiektywne polepszenie za dowód skuteczności leczenia, a przeocząc wyniki niepomysłne.

Rozwój anatomii patologicznej przerwał ten okres panowania „systematów“ i mistycyzmu w nauce; rozpoczął się okres nowy—okres badania obiektywnego i krytycznego myślenia: tak zwykle określamy charakter naukowy naszej epoki. Ale z pewnością poprzednicy nasi tak samo o swoich czasach myśleli; to, co w teorii dziś się wydaje przesadą jednostronną, dla nich było prawda oczywistą i niewątpliwą; a tak samo wierzyli w swój krytyczny pogląd na fakty. Każda epoka

ma to przeświadczenie, że jest epoką krytycyzmu w przeciwstawieniu do teorii dawniejszych, bo nie czujemy despotyzmu teorii panujących. Pragnienia naukowe kierują się zawsze do skończonego systemu i tylko w takiej zaokrąglonej całości znajdują zadowolenie, przynajmniej chwilowe. Stojąc pod chorągwią jakiej teorii, nie obejmujemy jej całości tak jasno, jak z oddalenia; tak całość i postać miasta poznajemy tylko z góry, — z wnętrza naszych mieszkań i ulic objąć jej nie możemy. Ogromna większość ludzi naukowych wierzy bezwzględnie w prawdę panującego systemu, ale zawsze istnieje pewna liczba umysłów krytycznych, których nie zadawalniają prawdy powszechnie przyjęte, które widzą i wskazują braki panującej teorii, burzą ją zwolna i budują nową. Sądzę, że stosunek bezwzględnych wielbicieli teorii panującej do ludzi z okiem krytycznym nie jest dziś mniejszym, aniżeli w epoce wielkich systematów, opartych na pobudzalności.

Dr Biernacki zna też sam dobrze wady poglądu anatomicznego, wskazuje doskonale, że anatomia nie zdołała objąć całej patologii, że wreszcie zmiany anatomiczne nie są najważniejsze, nie są przedewszystkiem pierwotne. „Gmach naukowy budowano pozornie bardzo jednolicie. Ale trafiło się niemało rzeczy, których niesposób było dosztukować i dopasować do anatomicznych jednostek chorobowych. Lekarz musiał np. uznać istnienie różnych stanów chorobowych, przy których nie można znaleźć za życia żadnych zmian narządów; nie mógł ich znaleźć i anatom, jeśli od czasu do czasu dostawał takie przypadki w swe ręce. Dla niego byli to „zdrowi“, dla lekarza „chorzy“. Nic nie znaczy; znajdziemy zmiany później, gdy posiadziemy lepsze metody badania. Szukajcie i szukajmy w przyszłości zmian przedewszystkiem w tych narządach, ze strony których przeważnie widać objawy. Tymczasem nazwijmy te stany chorobami „funkcjonalnymi“. I oto mamy szereg chorób funkcyjalnych, np. „nerwowych...“ i naukowe marzenia wielu anatomów lekarzy, — mózdz zbadać anatomicznie mózdz, rdzeń czy nerwy sercowe w tego rodzaju stanach“. „To samo spostrzeżenie — zależność zmian narządów od zmian naczyniowych — musiało obudzić w anatomach pojęcie następczości, w t ó r n o ś c i zmian anatomicznych przynajmniej w pewnych przypadkach... Pouczaly o tem najjaśniej choroby zakażne, choćby tyfus brzuszny, w którym właściwe zmiany anatomiczne występują mniej lub bardziej wyraźnie dopiero po pewnym czasie trwania choroby“.

Na terapię poglądy anatomiczne wpłynęły szkodliwie. Jedynie leczenie miejscowe i operacje wynikały konsekwentnie z poglądów anatomicznych. Bo choroba zdawała się w ogóle czemś odrębnem od organizmu, co usunąć należy; gdzie nie można było osiągnąć choroby bezpośrednio, szukano środków na oddzielne choroby, specyfików. Terapia oddzieliła się od patologii i do pewnego stopnia



niezależne miała stanowisko. Praca umysłowa lekarza dzieliła się na dwie części: zbadanie chorego i leczenie, a te dwa działania nie miały punktu zetknięcia. Zapanował też szeroko nihilizm w terapii. Sądzę, że jednym z powodów tego nihilizmu była niezmiennosc zjawisk anatomicznych przy zwykłym badaniu na zwłokach i utrwalonych preparatach. Choć to obrazy chwilowe, na gorącym uczynku schwytane, anatomowi wydawać się muszą niezmiennymi i trwałymi. Wszak znamy tylko statykę niejako anatomii. Może dopiero najnowsze badania zmian pierwiastków nerwowych pod wpływem zatrucia wskazują nam, że anatomia ma swoją dynamikę, że organizm—tak niezmienny na pozór—zmienia się co chwila.

Śmiało i logicznie ocenia dr Biernacki pogląd, pod panowaniem którego jeszcze dotychczas jesteśmy, a który niedawno był wszechwładnym w nauce. Taką bystrość okazują zwykle zwolennicy pewnej teorii w wykrywaniu błędów teorii przeciwnej. Bo oto ten ostry krytyk systematów występuje jako „systematyk“ i stawia nową teorię, która ma objąć wszystkie choroby.

Zmiany anatomiczne nie są podstawą spraw chorobowych, są to zjawiska wtórne, zależne. „Jednego biolog współczesny nie będzie mógł pomieścić sobie w głowie: by początkiem wszechrzeczy była forma, by dopiero z jej powstaniem zrodziła się funkcyja... Myśl jego zatrzyma się bądź co bądź przytem, iż czyn, funkcyja, „życie“, jednym słowem abstrakcyja, wytworzyła formę, a nie odwrotnie. Zatrzyma się też na badaniu funkcyi, jako czegoś wyższego, niż forma, czegoś, którego modyfikacje sprowadzają i zmiany formy“. Na tym punkcie schodzi się Biernacki z Bięgańskim. Ale sięga on głębiej i określa ściślej te zmiany funkcyi, które mają być podstawą spraw patologicznych, zasadniczą szkodliwością. Zmiany anatomiczne szkodzą tem głównie, że postać maszyny organicznej ulega zmianie; szkodliwość tych zmian dla organizmu zależy od względnej ważności zajętego organu (co dr Biernacki nazywa topografią celowości formy). „Zasadniczą szkodliwością chorobową i poprzednikiem zmian anatomicznych jest zmiana chemizmu ustrojowego, przy której działanie „trujące“ sprowadza albo obecność istotnych trucizn, nieobecnych prawidłowo, albo też działanie trujące zależy tylko od zmian ilościowych zwykłych składników, względnie od zwiększonej ilości jednego ze składników normalnych i t. p.“.

Wypowiada w ten sposób dr Biernacki nowy pogląd ogólny; zamiast panującej teorii stawia nową, a nie wątpi, że stanowczo prawdziwą. „Wedle dotychczasowych wyników i wedle wszelkich zagłębiań się myśli filozoficznej, bardzo jest wątpliwą rzeczą, aby znalazł się kiedykolwiek wyższy punkt wyjścia, niż ten, o którym mowa. Wątpliwą też jest, czy kiedykolwiek pojęcie choroby będzie mieścić

w sobie „wyższy“ moment chorobowy, niż zaburzenia podstawowej funkcji, przemiany materji i wynikającej ztąd zmiany formy ustroju“.

Jak człowiek, który wiele razy w życiu się kochał, już na początku każdej nowej miłości jej koniec przewiduje, tak i w nauce wiemy już dziś dobrze, że każdy nowy system skończy się kiedyś, rozpadnie i ustąpi miejsca innemu. Przesadna wiara musi jednak rozgrzewać twórców teoryi, a każdy system, choć trwa tylko czas pewien, spełnia w nauce wielkie zadanie, każdy w jej biegu nieskończonym jeden stopień ku prawdzie buduje. Bo ciągłe dążenie naprzód i ciągła zmiana stanowią całą wartość nauki. Ale każdy pogląd ogólny w patologii zyskuje wtedy dopiero nazwę teoryi i może zapanować w nauce, kiedy systematycznie przeprowadzony zostanie przez całą patologię, jak to dla swoich poglądów uczynili: Brown, Rokitański i Virchow. Potrzeba więc zmiany chemiczne ustroju zbadać dokładnie, ułożyć w porządek, wywieść z nich zmiany anatomiczne i wszystkie zjawiska chorobowe i uzasadnić na nich leczenie.

Terapia jednak nie powinna kończyć się na tym poglądzie, z niego jedynie wypływać. „Obowiązkiem naszym będzie uwzględnienie głównych skarg chorego, stwierdzenie, co choremu najbardziej dokuczają... bo dopiero cierpienie uprzytomnia choremu, że jest chorym, cierpienie zmusza go do szukania pomocy, cierpienie jego stworzyło te pomoce, jest ostatecznie przyczyną istnienia medycyny“. To też współczucie dla chorego stanowić powinno koniecznie cechę lekarza, a w działalności jego ważną i istotną odegrywać rolę. „I musi lekarz pierwiastki altruizmu rozdmuchiwać w sobie i rozwijać, boć ostatecznie nauka, której on jest przedstawicielem, w swym celu wytycznym niczemu innemu służyć nie chce, tylko idei altruizmu“.

Cała książka dra Biernackiego składa się z dwóch bardzo różnych części: w pierwszej połowie jest on krytykiem, w drugiej wypowiada i rozwija swoje poglądy. W części pierwszej jest takim, jakim go znamy od lat paru: wątpiący, zgorzkniały, pesymista i sceptyk. Teorya „systematyków“, poglądy anatomiczne, Chałubiński, medycyna warszawska i publiczność warszawska — to wszystko ulega ostrej, czasem gorzkiej, krytyce. W drugiej połowie książki autor jest pogodny, pełen wiary w medycynę i pełen zapału. „Rozrasta się wspaniale nauka lekarska... Z pośród nauk współczesnych najwierniejszych adherentów posiada właśnie medycyna; prędszej i łatwiej, niż inne zawody, budzi ona wśród nich miłość i przywiązanie ku sobie. I na to ona naprawdę zasługuje“.

Zdaje się, jak gdyby w czasie pisania książki przełom nastąpił w duszy autora, przełom, który zapowiada odmienny kierunek jego prac dalszych. I wykład w pierwszej połowie jest nieraz ciężki, zawity, czasem rozwlekły, nie pozbawiony anachronizmów i sprzeczności, — ku

końcowi książki myśl płynie przeważnie jasno, potoczą się, uderza czasem trafnym doborem dosadnych wyrażań.

Choć pod względem języka książka góruje nad innymi pracami dra Biernackiego, muszę jednak wytknąć parę usterek językowych. Objaw przyżyciowy. Przymiotnik ten przybłąkał się niedawno do naszego języka lekarskiego, a jest zupełnie błędny; po polsku mówi się za życia albo podczas życia, nie przy życiu; przymiotnik miałby w każdym razie brzmienie niemiłe, ale też bez niego można się dobrze obejść i mówić o objawach klinicznych albo o objawach spostrzeganych za życia.

„Różne rzeczy przedstawiają sobie narzędzie sugiety“—bardzo często spotykamy w książce to zgoła niepotrzebne sobie. Kląpka w sercu, a natomi zamiast anatomowie. Kunstprodukty umysłowe i symptomokompleksy są poprostu niemożliwe. Zamiast nerwy sercowe lepiej mówić nerwy serca; tak samo chemizm ustrojowy.

Niepotrzebnie też tłumaczy autor wyrazy polskie na obce, w każdym razie mniej dla nas zrozumiałe: dążenie do prawdy (Wissbegierde), czynnik wywołujący (agent provocateur). Może też za często cytuje siebie, a takie cytaty sprawiają wrażenie niemiłe.

Nie wiem, czy krytyk ma prawo udzielać rad autorowi; ale sądzę, że to prawo posiada każdy, byle źródłem rady była jedynie życzliwość. Dr Biernacki powinien opanować swój bujny umysł, nie obejmować każdą książką całej medycyny i książki pisywać rzadziej. Niech zadanie swoje ograniczy, zgłębi i w porządnym systemie ułoży, a wywrze z pewnością wpływ mocniejszy i trwalszy. Swą książkę poświęcił młodzieży lekarskiej—i słusznie, w tę stronę należy się zwracać. Ale młodzieży dawać potrzeba książki gruntownie we wszystkich szczegółach obmyślane i opracowane, bo umysł w tym wieku wszystko żywo chłonie, mniej jest krytycznym i nie posiada dość materiału dla krytycznego porównywania. Dr Biernacki posiada dosyć warunków, aby wpływ wywrzeć na naukę: ma on umysł zarazem krytyczny i twórczy, umie badać i myśleć, ma samodzielność i odwagę wypowiedzenia swych myśli; wreszcie bardzo liczny szereg prac jego świadczy, że pracować umie wytrwale.

*Zygmunt Kramsztyk.*

**Ludzie bezdomni.** Powieść Stefana Żeromskiego. Warszawa, 1900 r.

Nie rozbiór literacki powieści, chcę tylko w piśmie lekarskiem podać myśl jej przewodnią. Bo zasadniczą ideą utworu są nowe szerokie zadania lekarza w społeczeństwie; a przynajmniej czytelnik-lekarz w ten sposób autora rozumieć może.

„Lekarz dzisiejszy jest sługą, lekarzem-sługą ludzi bogatych“. Na swój zawód patrzą lekarze, jako na źródło dochodów jedynie, a że dochody płyną od bogatych, więc życie biednych nie zajmuje ich wcale. Owszem dla oczyszczenia stawu w zakładzie leczniczym, dla wygody i rozrywki kilkuset ludzi zamożnych, nie wahają się zamulić rzeki i malarę rzucić na ludność wiejską“. Ten śmierzący szlam w rzece — to jest działanie zakładu leczniczego — ilustracya szumnych frazesów o „roli społecznej zakładu w Cisach“. Zajmuje lekarzy odczyt o nowych środkach leczniczych, ale zadania społeczne zawodu zgoła ich nie obchodzą.

A tymczasem „czy nie jest obowiązkiem lekarza szerzyć higienę tam, gdzie jej nie ma, ale gdzie panują stosunki tak okropne? Któż to ma uczynić, jeśli nie lekarz?“ „Lekarze mają wszelkie władze niszczenia suteryn, uzdrowotnienia fabryk, mieszkań plugawych, przetrząśnięcia wszelkich krakowskich Kazimierzów, lubelskich dzielnic żydowskich. Jest to w mocy lekarzy. Gdyby tylko chcieli korzystać z przyrodzonych praw stanu, musiałyby im być posłuszną zarówno ciemnota, jak siła pieniędzy“.

Bardzo dobrze uchwycił autor powieści i postawił wyraźnie te nowe zadania, które lekarze coraz lepiej pojmują. Samo istnienie Towarzystwa Hygienicznego, jego działalność i rozprawy, świadczą wymownie, że przynajmniej w zarodku te dążenia kielkują wśród lekarzy.

Tłem powieści są kopalnie, fabryki, warsztaty, drobny handel, zaulki, suteryny, poddasza, wszelka słowem niedola i bieda materyalna. dr Judym, dziecie tego „motłochu“ — pijanej nędzy i wilgotnej suteryny, z łaski ciotki-nierządnicy został lekarzem. Odczuwa on żywo niedolę warstwy, której jest synem, i całe życie swoje poprawie ich doli poświęca: „Ja muszę rozwalić te śmierdzące nory. Nie będę patrzył, jak żyją i umierają ci od cynku“. „Przecie ja jestem za to wszystko odpowiedzialny. Ja jestem. Jeżeli tego nie zrobię ja, lekarz, to któż to uczyni? Tego nikt...“

Swojej idei poświęca — niepotrzebnie — dr Judym szczęście osobiste, ukochaną niewiastę. Przegrywa walki przez błędy własne, spowodowane zbyt dużym zapałem. To wszystko zrozumiałe. Bohater powieści jest samotny, odosobniony, nikt go uznać nie chce i nikt pójść z nim razem. Zapał bezwzględny pioniera jest jedynym motorem wielkich reform społecznych, ale też nieraz wiedzie do przesady i błędów. Jedno tylko za złe mamy bohaterowi, czy autorowi powieści — pobyt dra Judyma w Paryżu. Młody lekarz w Paryżu z pewnością dużo może skorzystać, ale te idee, którym się poświęcił cały, nabył dr Judym w domu, nie w Paryżu.

*Zygmunt Kramsztyk.*

# POLEMIKA.

## PROTEST.

W Nr. 1 Krytyki lekarskiej z r. b., znajdujemy artykuł dra F. Grodeckiego w sprawie bytu lekarzy. Autor zwraca uwagę na poruszany niejednokrotnie w ostatnich czasach w prasie fakt przepelnienia miast lekarzami i braku ich na prowincyi. Wreszcie autor twierdzi: „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“. Kilkanaście wierszy niżej autor mówi: „sądziłbym przeto, że bodaj czy nie w większej mierze przyczynia się do tego druga kategoria domniemyanych przezemnie powodów“. Zestawiając dwie te cytaty, czytelnik musi dojść do wniosku, iż autor zarzuca tu „młodym adeptom medycyny“ brak „poczucia obywatelskiego“. Jako „młody adept medycyny“ ośmielam się twierdzić, że zarzut powyższy uważam za gołosłowny i wprost uwłaczający godności naszej.

W czasach dzisiejszych urobiło się wśród ogółu dziwne zapatrywanie na lekarzy, jako na ludzi, którzy niepowinni ani jadać, ani sypiać, ani ubierać się, ani odpoczywać — tylko leczyć. Każdy z lekarzy, który ośmielił się doraźnie przypomnieć temu lub owemu, że, lecząc, chciałby jednocześnie nie umierać z głodu, ogłaszany jest wprost za wyzutego z poczucia obywatelskiego. Że twierdzi tak ogół, który wolałby lekarzom nie płacić — jest to całkiem zrozumiałe. Trudniej atoli zrozumieć, że wśród stanu lekarskiego znajduje się coraz więcej jednostek, które ogólne to zapatrywanie mas kierują specjalnie ku „młodym adeptom medycyny“. Cały ogół lekarski dzieli się obecnie na „młodych“ i „starych“ lekarzy. Młodzi, zaludniający większe miasta w charakterze proletaryatu inteligentnego, są to właśnie ci, o których dr F. Grodecki twierdzi, że są zniewieściami i nie mają „poczucia obywatelskiego“. Ci „zniewieściami“ i nie mający „poczucia obywatelskiego“ są to ludzie, którzy, bojąc się głodu na prowincyi, cierpią głód w mieście. Ci „zniewieściami“ i nie mający „poczucia obywatelskiego“ są to ludzie, którzy całemi godzinami przesiadują w szpitalach i lecznicach bezpłatnych, którzy gotowi są o każdej porze dnia i nocy, bez względu na stan pogody i na zmęczenie po całodziennej pracy, bezinteresownie biedz na krańce miasta, tam, dokąd by żaden z lekarzy starszych może nie „pojechał“. Ci „zniewieściami“ i nie mający „poczucia obywatelskiego“ są to wreszcie ludzie, którzy zajmują wszystkie bezpłatne i źle płatne posady lekarskie, zostawiając dobrze płatne innym, mającym za to więcej „poczucia obywatelskiego“ i mniej „zniewieściałości“. To, com powiedział, łatwo

sprawdzi dr Grodecki, jeśli zechce zadać sobie trud przejścia się po bezpłatnych lecznicach, jeśli zechce zapytać tych „młodych adeptów medycyny“, gdzie i kogo leczą.

Praktyka lekarska dzieli się w ogóle na płatną i bezpłatną. Bezpłatna należy do lekarzy młodych, płatna jest polem działalności „starszych“. Jest to fakt bijący w oczy i znany wszystkim; dziwnem jest bardzo, że dr. G., niedojrzawszy go, stawia „młodym adeptom medycyny“ zarzut zniewieściałości i braku poczucia obywatelskiego. Młodzi lekarze cierpią nędzę w mieście, ponieważ nie mogą wyjechać na prowincję, albo dla tego, że nie są do tego przygotowani, albo dla tego, że są zdania, iż można być dobrym członkiem społeczeństwa i pożytecznym, lecząc biedaków w mieście, albo też — że chcą pracować naukowo. Niezniewieściałym i mającym poczucie obywatelskie będzie zaiste ten, kto rzuci kilkanaście tysięcy rubli dochodu w mieście i pojedzie do jednej z tych „wprost dziewiczych miejscowości“ (oczywiście w charakterze lekarza, nie zaś właściciela ziemskiego). Jeżeli więc obawa czy niechęć wyjazdu na prowincję ma dowodzić braku poczucia obywatelskiego, to zarzut ten dotyczy wszystkich lekarzy bez różnicy „wieku“. Powiedziałbym nawet, że zarzut ten dotyczy bardziej lekarzy „starszych“, już dostatecznie przygotowanych do działalności lekarskiej, do której młodzi przygotowują się dopiero.

Czas już, aby o tem wszystkim przypomnieli sobie ci, co na barki młodych lekarzy zwalają winę, że prowincya nie ma dostatecznej pomocy lekarskiej. A takich właśnie jest legion cały wśród lekarzy „starszych“, którzy znają tylko jeden niestety sposób, zapobiegający nędzy wpośród lekarzy młodych, mianowicie „wyjazd na prowincję“. Jest to doskonały rzeczywiście sposób... pozbawienia całej masy biedaków miejskich takiej pomocy lekarskiej, jaką by mieć chcieli i mają właśnie dzięki tym „zniewieściałym“ i pozbawionym „poczucia obywatelskiego“ „młodym adeptom medycyny“.

Zadaniem mojem nie była wcale chęć wskazania przyczyn braku lekarzy na prowincyi; szło mi tylko o to, aby zwrócić uwagę dra Grodeckiego i wielu innych, że poczucie obywatelskie powinno być udziałem wszystkich w stopniu jednakowym, zarówno starszych jak i młodych. To co robią „młodzi“ w mieście, zgoła nie dowodzi braku w nich poczucia obywatelskiego. Dla tego też zarzut dra G. uważam za niesprawiedliwy i protestuję przeciwko niemu gorąco w imieniu, jak sądzę, całego ogółu „młodych adeptów medycyny“.

*Dr. Kazimierz Rzętkowski*

---

W sprawach dotyczących prenumeraty, ekspedycji i w ogóle administracji pisma, proszę odnosić się pod adresem: *ulica Wileza Nr. 12, W-na Dr. Stanisława Poptawskiego.*

Redaktor i Wydawca *Zygmunt Kramsztyk, Nowo-Senatorska 8.*

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

# GŁOS

Adres Redakcyi: Warszawa, Złota 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.

**Przenumeratory otrzymują bezpłatnie Dzieło naukowe.**



## SZKICE KRYTYCZNE

# Z ZAKRESU MEDYCYNY

ZYGMUNTA KRAMSZTYKA.

**Warszawa, r. 1899, str. 364,**

*w Księgarni E. Wendego i S-ki.*

Cena rb. 2.



# POGLĄD NA ŚWIAT.

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.

Przenumeratę przyjmują wszystkie księgarnie.