

# KRYTYKA LEKARSKA.

## GLÓWNE PRĄDY

## W MEDYCYNIE XIX-go WIEKU.

Dr. Ig. Baranowski

W dziejach cywilizacji spostrzegano niejednokrotnie, że gdzie dwa poniekąd przeciwne prądy krzyżują się, powstaje często bardzo żywotny zarodek nowych myśli. Fakt podobny ujawnił się w dziejach medycyny w zaraniu XIX-go wieku. Ku końcowi zeszłego stulecia panowały w medycynie dwie idee: jedna była dzieckiem systematycznej, nowożytnej patologii, wynikiem uogólniającej siły umysłu, która brak faktów wypełnia marzeniami i tworzy systematy, potężne w swym całokształcie, lecz wsparte na kruchej podstawie; druga wyłoniła się z móżolnej, mrówczej pracy, z empiryi, która ceni nadewszystko fakty i unika śmiałych uogólnień. Pierwsza nosiła nazwę witalizmu, druga dała początek anatomii patologicznej. Witalizm powstał we Francyi w drugiej połowie XVIII-go w. Stanowił on wyraz reakcyi przeciw panującym w medycynie od stu lat przeszło i wojującym ze sobą szkołom patologicznym jatrofizyków i jatrochemików. Pomimo wybitnych różnic w swych poglądach, szkoły te nauczały zgodnie, że życie jest tylko przejawem sił fizycznych lub chemicznych i objaśniały zjawiska życia bądź przez zjawiska mechaniczne ruchu, bądź przez chemiczne (fermentacya). Wbrew temu witalizm głosił, że zjawiska życia nie dadzą się wyjaśnić siłami fizycznymi lub chemicznymi, że podstawą ich jest odrębna siła żywotna (vis vitalis, z kąd właśnie i nazwa witalizmu powstała).

Historycy medycyny uważają za twórcę witalizmu lekarza francuzkiego, Teofila Bordeu (ur. w r. 1722, um. w 1776). Dodać wszakże muszę, że zasadnicza idea witalizmu, jako reakcyi przeciw mechanicznemu pojmowaniu życia, tkwiła już w dawniejszej animistycznej patologii Stahla, we współczesnej witalizmowi teorii Browna, oraz w pracach Hallera, znakomitego fizjologa szwajcarskiego, którego dzieła ukazały się prawie równocześnie z głośną pracą Bordeu'go o gruczolach. Idea ta była więc wynikiem ducha czasu, wyrazem ogólnego niezadowolenia z panujących dotychczas teorii.

W poglądach witalistycznych z całą słusnością wyróżnić należy pierwiastek metodologiczny od teorii fizjologicznych i patologicznych,

które stanowią treść tej nauki. Właśnie cała zasługa witalizmu polegała na tem, że szkoła ta wprowadziła do nauki nową metodę badania. Opracowana szczegółowo przez ucznia Bordeu'go, Bartheza, prof. medycyny w Montpellier, oraz znanego twórcę psychiatrii Pinela, nowa metoda wynikała bezpośrednio z poglądów na siłę żywotną. Ponieważ życie jest wynikiem siły żywotnej, zupełnie odrębnej od sił fizycznych i chemicznych, przeto nie możemy badać go za pomocą tych samych sposobów, jakimi się posługujemy przy badaniu zjawisk fizycznych lub chemicznych. Aby poznać zjawiska życia, trzeba porównywać rozmaite jego przejawy, poszukiwać w nich najpierwotniejszych czynników i z tych dopiero wyprowadzać coraz więcej złożone. Jest to więc metoda badania analityczna, która drogą porównania poszukuje pierwiastków w zjawiskach złożonych i wyjaśnia te zjawiska za pomocą syntezy. Właściwie w metodzie tej wyróżnić można dwa kierunki: jeden analityczny i porównawczy, drugi — syntetyczny, uogólniający. Z biegiem czasu, pod wpływem panujących poglądów filozoficznych, to jeden, to drugi kierunek zyskiwał przewagę, co wybitnie oddziaływało na dalszy rozwój szkoły witalistycznej, a nawet i wszystkich nauk przyrodniczych.

We Francji pod koniec XVIII-go w. wywierała ogromny wpływ na umysły filozofia angielska. Dzieło Locke'a o umyśle ludzkim było już w połowie tegoż stulecia przełożone na język francuzki i cieszyło się wielkiem uznaniem. Znany ówczesny filozof Condillac był zwolennikiem poglądów Locke'a i krzewicielem metody analitycznej w naukowem badaniu. To też we Francji kierunek badania analityczny i porównawczy zyskał przewagę nad syntetycznym, uogólniającym. W Niemczech, przeciwnie, witalizm napotkał inny grunt: filozofia Kanta, a właściwie idealistyczna filozofia jego następców, panowała tam powszechnie. Pod jej wpływem kierunek syntetyczny, uogólniający, zyskał przewagę i wytworzył t. zw. filozofię natury, która opanowała wszystkie działy nauk przyrodniczych, nie wyłączając medycyny, i trwała w nauce niemieckiej przez pierwsze trzy dziesięciolecia XIX w.

Dzięki witalizmowi i u nas badania naukowe przyjęły podobnie uogólniający kierunek. Przypadło to na sławną w dziejach naszej oświaty dobę odnowienia uniwersytetu wileńskiego, który pomiędzy swymi profesorami liczył wybitnego biologa Jędrzeja Śniadeckiego. Jego sławne dzieło „Teorya jestestw organicznych“, tłumaczone na języki francuski i niemiecki, było właśnie wyrazem kierunku uogólniającego w nauce. Śniadecki był w swych zasadniczych poglądach witalistą; siła organizująca, która tak wielką rolę odgrywa w całokształcie jego teorii, jest niczem innym, tylko siłą żywotną francuskiego witalizmu. Jako witalista posługiwał się metodą badania porównawczą, z przewagą kierunku syntetycznego, uogólniającego. Stąd też jego „Teorya jestestw organicznych“, której zadaniem było objąć całość biologii, fizjologii, a nawet

patologii, przypomina w ogólnym zarysie dzieła zwolenników filozofii natury w literaturze niemieckiej.

Metoda analityczno-porównawcza, wprowadzona do badań naukowych przez witalistów, okazała się niezmiernie płodną w następstwa. Jest to powszechnie znany fakt w dziejach nauki, że każdy postęp w odkryciach naukowych znajduje się w bezpośrednim związku z metodą badania. Ta, którą witalizm zalecał, była bardzo dobrze zastosowana do badania zjawisk biologicznych, niezmiernie zawitych. Chcąc je skutecznie poznać, należy zjawiska te rozłożyć na proste pierwiastkowe czynniki i wtedy dopiero poddać wszechstronnej ocenie. W tym celu musimy porównywać rozmaite zjawiska biologiczne, wyszukiwać pomiędzy nimi najmniej zawile, najprostsze i od tych dopiero postępować kolejno do więcej zawitych. Dzisiaj zasady te są ogólnie znane, ale w dobie, kiedy po raz pierwszy wypowiedziane zostały, stanowiły wielką nowość. Niespożyłą zasługą witalizmu pozostanie na zawsze, że właśnie szkoła ta wprowadziła biologię na właściwe tory badania. Nic też dziwnego, że uczeni, posługując się metodą analityczną i porównawczą, doszli wkrótce do zadziwiających rezultatów. W ciągu ostatnich lat XVIII i na początku XIX w. odkrycia w zakresie nauk biologicznych sypały się jak z rogu obfitości: w tym czasie właśnie udoskonalono systematykę zoologiczną i botaniczną, stworzono nowe gałęzie nauk biologicznych, opartych na porównaniu, jak morfologię i antropologię, poczyniono poważne odkrycia w dziedzinie anatomii porównawczej, paleontologii i t. d. Nazwiska biologów z tej doby, jak Cuvier, Lamarck, Blumenbach i inni, pozostaną wiekopomnymi w dziejach nauki.

Rzecz godna uwagi, że witalizm, który wywołał tak wielki ruch w naukach biologicznych, na patologię nie wywarł sam przez się dodatniego wpływu. Zależnem to było od wielu warunków. Przedewszystkiem stosowanie metody analityczno-porównawczej było w patologii niemożliwem, już choćby z tego względu, że przedmiot badania - choroba, jako abstrakcja kliniczna, nie nadawał się do badań porównawczych i analitycznych. Nie należy bowiem zapominać, że choroby, znane w patologii z końcem XVIII w., były tylko zbiorem objawów klinicznych, pojęciem abstrakcyjnym bez żadnej konkretnej podstawy. Lekarze nie znali jeszcze wówczas lokalizacji chorób; w większości przypadków nie mieli nawet pojęcia o trwałych zmianach anatomo-patologicznych. Analiza takich abstrakcyi mogła doprowadzić najwyżej do poznania pojedynczych objawów, ale znajomości samej sprawy nie posuwała ani na krok naprzód. Następnie cel praktyczny medycyny domagał się pomocy w chorobach, a patologia stanowiła tylko środek do udzielania wskazówek leczniczych. Trzeba więc było z konieczności dopełniać zapomocą teorii braki faktyczne i przedstawiać uczącym się mniej więcej zaokrągloną całość. Witalizm tedy, podobnie jak teorie jatrofizyczne i jatrochemiczne, był

tylko skończonym teoretycznym systematem, gdzie rolę sił fizycznych i chemicznych spełniała siła żywotna. Ta siła w istocie swej była ciemną zagadką, ze wszech stron niedostępną dla badania. Siły fizyczne i chemiczne były już wtedy cokolwiek znane: umiano je badać doświadczalnie i zebrano nawet pewien zasób faktów na tem polu. Tymczasem o sile żywotnej nic nie wiedziano; była to jałowa hipoteza, podstawienie zamiast jednej niewiadomej drugiej, jeszcze więcej nieznaney i tajemniczej. Wszystkie te warunki złożyły się na bezpłodność szkoły witalistycznej w patologii.

Co więcej, nie tylko nie zreformowała ona dotychczasowej patologii, lecz dała początek nowym systematom teoretycznym, oryginalnym i krańcowym. Powtórzyło się tutaj to, co się zazwyczaj dzieje, mianowicie, że następcy prześcignęli pierwotnych założycieli tej szkoły, że uczniowie okazali się więcej krańcowi, aniżeli ich mistrze. Dzieła pierwszych autorów witalistów (Bordeu, Barthez, Pinel) nie świadczą bynajmniej o krańcowym systemacie szkoły, znajdujemy tam bowiem ściśle rachowanie się z faktami oraz panowanie nad teorią. Dlatego właśnie zasługi ich w postępie nauki lekarskiej nie są pozbawione pewnego znaczenia. Nawet prace Pinela nad psychiatrią są wiekopomne: podłożyły one trwałą podstawę pod tę gałąź wiedzy lekarskiej, dzięki ściśle stosowanej metodzie analitycznej. W późniejszym jednak okresie, mianowicie już w początkach XIX w., z witalizmu powstały liczne systematy krańcowe, z pomiędzy których najgłośniejsze były: systemat Broussais'ego i homeopatyja Hahnemanna. Nie mam wcale zamiaru podawać charakterystyki tych szkół, już choćby ze względu na brak miejsca; zresztą w obecnym szkicu mam tylko na myśli ogólny przegląd ruchu naukowego, więc szczegóły muszę pozostawić na uboczu.

Ostatecznie szkoła witalistyczna, wraz z niemiecką filozofią natury i rozmaitymi systematami patologicznymi, upadła całkowicie w czwartym dziesiątku bieżącego stulecia. Z krytyką siły żywotnej wystąpili przede wszystkim fizyologowie (głównie fizyolog francuzki Magendie). Wskazywali oni na jałowość tej hipotezy, na jej bezużyteczność przy wyjaśnianiu naukowem zjawisk życia. Najdotkliwszy jednak cios zadała szkole wspomnianej nauka kliniczna, oparta na anatomii patologicznej.

Nauce tej dał początek witalista Bichat, który, posługując się metodą analityczno-porównawczą, zdołał natchnąć nowem życiem dotychczasową anatomię patologiczną i wskazać jej nowe zadania. Anatomia patologiczna powstała we Włoszech, a za twórcę jej historia medycyny uważa lekarza włoskiego Morgagni'ego, który w dziele swem „de sedibus et causis morborum“, wydanem w 1761 r., daje nam pierwszy traktat, poświęcony tej sprawie i obejmujący jej całokształt. Istniały wprawdzie luźne wzmianki o zmianach anatomicznych w dziełach anatomów XVI i XVII w., ale po większej części niekrytyczne i błędne, więc do właściwej nauki bardzo było od nich daleko. Morgagni pierwszy

poświęcił swe obszerne dzieło tylko badaniom anatomo-patologicznym. Wprawdzie nie była to jeszcze nauka w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż brakowało tam powiązania części w jedną całość, wyjaśnienia spotykanych zmian; była to raczej kazuistyka anatomo-patologiczna, sumiennie i znakomicie opracowana. Autor trzymał się w swem dziele, jak sama nazwa wskazuje, metody klinicznej, i w zmianach, które spostrzegał na trupie, poszukiwał przyczyny dla znajdujących klinicznie objawów. Ztąd wynikało, że przy jednym i tym samym objawie klinicznym spotykane były rozmaite zmiany anatomiczne, lub jedne i te same zmiany przy różnych objawach klinicznych. Rzecz prosta, że takie wyniki nie mogły ustalić pojęcia o lokalizacji chorób, lecz przemawiały raczej przeciwko niej. W każdym jednak razie dzieło Morgagni'ego zwróciło ogólną uwagę na anatomię patologiczną, i odtąd w klinikach i szpitalach częściej dokonywane były oględziny pośmiertne w tym celu, aby wyjaśnić spostrzegane objawy kliniczne.

W takim stanie znajdowała się anatomia patologiczna aż do czasu, kiedy na tem polu pracować zaczął Bichat (ur. w r. 1771 — zm. w 1802), wyraźny zwolennik witalizmu. Jako uczeń szkoły lekarskiej w Montpellier, która była wówczas główną krzewicielką zasad witalistycznych, zastosował on do anatomii patologicznej metodę analityczną i porównawczą i stworzył wiekopomne swe dzieło: „Anatomię ogólną“. Idąc śladem witalistów, szukał on w ciele ludzkim pierwiastków, a potem dopiero badał zmiany, jakim pierwiastki te ulegają przy sprawach chorobowych. Na miejsce więc dawnej anatomii patologicznej, która opisywała tylko zmiany, zachodzące w całych narządach, Bichat wprowadził nową naukę, traktującą o zmianach w pierwiastkach anatomicznych, czyli w t. zw. tkankach. Rozpatrując te zmiany, doszedł do kapitalnych uogólnień, które stały się odtąd podstawą nauki lekarskiej w ciągu całego XIX w. Uogólnienia te były następujące: 1) Objawy choroby wynikają bezpośrednio ze zmian, zachodzących w tkankach; 2) każda tkanka może ulegać oddzielnie zmianom patologicznym; 3) jednakowe tkanki, choćby rozmaicie umiejscowione, ulegają w chorobie jednakowym zmianom.

Najważniwszem było niewątpliwie pierwsze uogólnienie, gdyż ono utrwaliło zasadę lokalizacji chorób. Choroby powstają wskutek zmian anatomicznych w tkankach. Każde więc spotęgowanie tych zmian musi się wyrazić spotęgowaniem choroby i odwrotnie. Poznać chorobę — to znaczy poznać odpowiednie jej zmiany anatomiczne. W dobie, kiedy ta myśl zasadnicza wypowiedziana została, chorobę uważano tylko za zbiór objawów klinicznych; spostrzegane zmiany anatomiczne przyjmowano bardzo często za następstwo choroby, a na związek, zachodzący pomiędzy niemi i klinicznymi objawami, zapatrywano się jako na przypadkowy i niestały. Nauka Bichat'a musiała więc wywołać ogromny prze-

wrót w pojęciach patologicznych i ukazała lekarzom nowe, dziewicze jeszcze pole badania.

Wszczął się tedy ruch naukowy, jakiego medycyna dawno nie pamiętała i jaki w jej dziejach ujawnił się chyba w XVI w. tylko, kiedy we włoskich wszechnicach rozpoczęto badania anatomiczne. Ruch ten w pierwszych latach XIX w. powstaje wyłącznie we Francji, wśród szczupłego grona klinicystów, przeważnie paryzkich. Ukazują się w tym czasie właśnie znakomite prace Laenneca nad gruźlicą, nad marskością wątroby, nad dyagnostyką fizykalną chorób płuc i serca; prace Corvisat'a i Piorry'ego nad perkusją, Bretonneau nad błonicą, Louis nad tyfusem i t. d. Metoda badania, stosowana we wszystkich tych pracach, była jednakowa, znana nam już jako metoda analityczno - porównawcza. Porównywano tam szczegółowo objawy kliniczne, spotykane za życia, ze zmianami anatomicznymi, które znajdowano na trupach, oraz zmiany anatomiczne pomiędzy sobą, w różnym okresie trwania choroby. Porównania te czynione były po szczegółowej analizie objawów klinicznych i zmian anatomicznych. Jeżeli dodamy do tego wzorową sumiennność badań, niesłychaną pracowitość badaczy i genialną prawie intuicję takich przedstawicieli ówczesnego ruchu naukowego, jak Laennec, Bretonneau, to zrozumiemy, że wyniki tych badań były zdumiewające. Wszyscy przodownicy postępu w ówczesnej medycynie francuskiej byli klinicystami i anatomo-patologami zarazem: sami spoglądali objawy kliniczne u chorych w szpitalach i sami sprawdzali je niejednokrotnie na trupach. Dlatego właśnie prace ich stanowią po największej części doskonałe monografie spraw patologicznych, rozważanych równocześnie z klinicznego i anatomo-patologicznego stanowiska.

Pomimo to nowe poglądy z trudnością zyskiwały sobie zwolenników w szerokich kołach lekarzy. Lekarze praktyczni żądali przede wszystkim wskazówek terapeutycznych, a tych wspomniane monografie, skądinąd znakomite, nie zawierały. Nawet we Francji nowa szkoła stoczyć musiała uporczywą walkę ze zwolennikami systematu Broussais'go i dopiero w czwartym dziesięcioleciu XIX-go wieku zdołała rozpowszechnić swe poglądy. Jeszcze przez 20, 30 lat potem medycyna francuska (Grisolle, Trousseau) kroczyła śladem swych wielkich mistrzów; następnie upadła i czerpała natchnienie z medycyny niemieckiej, która, jak to zaraz zobaczymy, ukształtowała się nieco odmiennie. Ostatnim przedstawicielem wielkiej plejady francuskich uczonych, pracujących w kierunku klinicznym i anatomo-patologicznym, był Charcot, który posługiwał się tą samą metodą, co Laennec i Bretonneau, i poczynił wielkie odkrycia w dziedzinie chorób układu nerwowego.

W tym samym czasie, kiedy zasady anatomo - patologiczne zajęły panujące stanowisko we Francji, przedostały się one i do Anglii. Z angielskich lekarzy pracowali w tym właśnie kierunku Stokes, autor zna-

nej ogólnie i cenionej pracy o chorobach płuc i serca, Bright - twórca nauki o zapaleniu nerek, Graves i inni. Nowe poglądy szybko się tam rozpowszechniły, gdyż zamiętanie do trzeźwej obserwacji było od czasów Sydenhama głęboko wkorzenione w umysły badaczy angielskich.

Do Niemiec przedostała się medycyna francuzka względnie późno. Przyczyniło się do tego wiele okoliczności: najpierw szowinizm narodowy i nienawiść do Francuzów, bardzo pospolite w Niemczech po wojnach napoleońskich, a następnie wyłączne prawie panowanie filozofii natury, która powstała wprawdzie także z witalizmu, lecz metodologicznie zasadniczo się różniła od nowego kierunku w medycynie francuzkiej. Najwcześniej przyjęły się nowe poglądy w Wiedniu, gdzie znalazły odpowiedni grunt w żywych jeszcze tradycjach z XVIII w. (pierwsza praca o perkusji wiedeńskiego lekarza Auenbruggera, aforyzmy anatomico-patologiczne Vettera) i gdzie filozofia natury nie liczyła wielu zwolenników. Już w czwartym dziesiątku XIX w. lekarze wiedeńscy zaczęli się interesować nową szkołą i na tle nowych poglądów wywołują duży ruch naukowy (t. z. szkoła wiedeńska, sławna w całej Europie w połowie XIX w.). Tam po raz pierwszy anatomia patologiczna zyskuje odrębne, samoistne stanowisko w nauce. Wspominałem już, że w pracach następców Bichat'a we Francji anatomia patologiczna była ściśle zespolona z obserwacją kliniczną. Pierwszą zaś pracą, poświęconą wyłącznie anatomii patologicznej, obejmującą systematyczny wykład całej tej nauki, był znakomity podręcznik Rokitanskiego, wiedeńskiego anatomico-patologa (pierwsze wydanie w 1842 r.). Doskonale opanowanie materiału, wyborny, jasny wykład sprawiły, że dzieło to zyskało wielki rozgłos i rozpowszechniło pojęcie o anatomii patologicznej wśród szerokich kół lekarskich. Szkoła wiedeńska przyczyniła się nie tylko do spopularyzowania postępów tej gałęzi wiedzy lekarskiej, lecz rozwinęła i rozpowszechniła zarazem zasady dyagnostyki fizykalnej. Jeden z przedstawicieli tej szkoły, Skoda, dopełnił pod wieloma względami dawniejsze prace francuskie nad dyagnostyką fizykalną. Starał się on wyjaśnić za pomocą doświadczeń zjawiska przysłuchowe i opukowe i sprostował tym sposobem niektóre błędne poglądy Laennec'a i Corvisart'a, oparte przeważnie na klinicznej obserwacji. Z Wiednia nowe prądy przedostały się powoli do innych ognisk nauki niemieckiej. Filozofia natury i przesiąknięte nią jałowe teorie lekarskie musiały wszędzie ustępować przed ożywczym tchnieniem nowej myśli. Już około połowy XIX w. przyjęła się wszechstronnie w Niemczech nowa nauka medycyny, oparta na anatomii patologicznej, a równocześnie sama anatomia uległa wybitnym zmianom. W pracach Bichat'a i jego następców opierała się ona przeważnie na badaniu makroskopowym. Niedokładności w budowie mikroskopów były przyczyną, że badacze ówczesni nie przywiązywali wielkiej wagi do badań drobnowidzowych. Do-

piero w początku XIX w. postępy w technice udoskonaliły przyrządy optyczne i pozwoliły czynić przy ich pomocy ważne odkrycia naukowe i dokonać reformy anatomii patologicznej.

W 1837 r. botanik niemiecki Schleiden odkrył komórkę roślinną, w dwa lata później Schwann odnalazł tę samą komórkę w tkankach zwierzęcych. Odkrycie to było drogą do niezmiernego postępu, co uwydatniło się przede wszystkim na dalszym rozwoju anatomii patologicznej. Podług Bichat'a i jego szkoły pierwiastkiem ustroju była tkanka; obecnie odnaleziono pierwiastek mikroskopowy—komórkę. Należało tylko dowieść, że wszystkie tkanki składają się z komórek mniej lub więcej zmienionych. Uczynili to wkrótce po odkryciu komórki: Naegeli — dla tkanek roślinnych, a Virchow dla tkanek zwierzęcych. Wobec takiego stanu rzeczy przekształcenie anatomii patologicznej stało się sprawą konieczną. Zamiast dawnej, opisującej zmiany w tkankach, powstać musiała anatomia patologiczna, opisująca zmiany w komórkach. Reformy tej nauki dokonał Virchow całym szeregiem swych prac, które ukazały się pomiędzy 1850 a 1860 rokiem. Przytem nie tylko zreformował on anatomie patologiczną, ale usystematyzował ją zarazem i jeszcze bardziej wyodrębnił jako samoistną naukę, której zadaniem było wyjaśnianie spraw chorobowych. Ze względu na to zadanie do zakresu anatomii patologicznej weszła nowa gałąź nauki, t. zw. fizjologia patologiczna, która musiała posługiwać się temi samemi metodami, jakie posiadała do swego rozporządzenia fizjologia normalna. Ztąd właśnie nazwano fizjologię patologiczną inaczej patologią doświadczalną i ta nabiera później wielkiego znaczenia, zwłaszcza w pracach ucznia Virchowa, Cohnheima.

Reforma Virchowa wywarła ogromny wpływ na dalszy rozwój nauk lekarskich. Anatomia patologiczna, która dotychczas była, że tak powiem, służebnicą kliniki, uzyskała nie tylko odrębne, ale zarazem i panujące stanowisko w patologii. Teraz klinika odgrywała rolę podrzędną i we wszystkich swych wnioskach stosowała się do wskazówek, jakich udzielała jej anatomia patologiczna. Ponieważ patologię usystematyzowano stosownie do zaprowadzonej reformy, przeto powstał układ chorób anatomo-patologiczny. Oczywiście, że zmiany takie nadać musiały odrębne piętno nauce niemieckiej i stały się wkrótce rozgłosne daleko po za granicami Niemiec. Przyczynili się do tego w znacznym stopniu znakomici klinicyści, jak: Traube, Griesinger, Niemayer oraz cały szereg współczesnych, przez swe wybornie ułożone podręczniki. Przełożone na wszystkie języki europejskie, prace te krzewiły zasady nauki niemieckiej we Włoszech, w Anglii, a nawet we Francji, gdzie większość współczesnych klinicystów na nich się wzoruje (Jaccoud i inni).

Do nas zasady szkoły anatomo-patologicznej w medycynie przedostały się nieco później, aniżeli do Niemiec. Witalizm, krzewiony przez pro-



fesorów uniwersytetu wileńskiego, nie zapuścił u nas głęboko korzeni i upadł wraz z zamknięciem akademii medyko-chirurgicznej w Wilnie (1839 r.). Pomiędzy 1840 a 1860 r. nowa szkoła anatomo-patologiczna zaczyna zyskiwać zwolenników wśród wybitniejszych lekarzy w Warszawie. Ponieważ w stolicy kraju nie było wtedy wyższej szkoły lekarskiej, więc nowe prądy nie mogły wywołać ożywionego ruchu naukowego; jednakże w Towarzystwie lekarskiem zauważyć się dawał wyraźny zwrot w nowym kierunku. Ogłaszano coraz liczniejsze spostrzeżenia szpitalne, poparte oględzinami pośmiertnymi, a już w r. 1841 ukazał się pierwszy w naszej literaturze podręcznik, poświęcony auskultacji (Kremera).

Nowe prądy przeniesione zostały do naszego kraju dwiema drogami: wprost z Francji do Warszawy przez lekarzy emigrantów i drogą pośrednią, przez Wiedeń do Krakowa. Wskutek tego w Warszawie przez długi czas miała przewagę pierwotna nauka francuzka. Tak zwana szkoła warszawska, stworzona przez Chałubińskiego, kształciła się na francuzkich wzorach a właściwe jej: sumienna i wszechstronna obserwacja kliniczna i dokładna analiza objawów klinicznych przypominają w zupełności doskonałe prace klinicystów francuzkich z początku XIX w. Praktyczne zaś zasady tej szkoły i zabiegi lecznicze pokrewne są w pewnym stopniu systematowi Broussais'ego. Szkoła Chałubińskiego posiadała przeważające stanowisko w Warszawie do r. 1870; odtąd zaczynają się do nas przedostawać poglądy nowszej medycyny niemieckiej, szerzone przez wykłady Brodowskiego i Hoyera oraz przez liczne tłumaczenia podręczników niemieckich. Około r. 1880 panują one już w prasie lekarskiej i w całym ruchu naukowym u nas. W Krakowie krzewione były zasady szkoły wiedeńskiej przez profesorów uniwersytetu, którzy ztamtąd czerpali zwykle swą naukę, a najwybitniejszym przedstawicielem tego kierunku był Dietl. Później jednakże i tu zapanowały poglądy współczesnej medycyny niemieckiej.

Tak się przedstawiają w krótkim zarysie dzieje nowego kierunku medycyny, opartego na anatomii patologicznej. Mówiliśmy dotychczas o teoretycznych podstawach i o metodzie badania medycyny naukowej obecnie przejdziemy do bardzo ważnego pytania, mianowicie: jakie następstwa kierunek ten sprowadził w praktyce lekarskiej? Rzecz prosta, że wielkie zmiany w zapatrywaniach naukowych, które zaszły na początku XIX w., nie mogły pozostać bez wpływu na praktyczną stronę medycyny, na t. zw. sztukę lekarską, bowiem jest ona zawsze wynikiem teorii i zdąża w ślad za jej rozwojem. Otóż najpierwszem, bezpośredniem następstwem zmiany w poglądach teoretycznych na istotę choroby, był ogromny rozwój dyagnostyki. Jeżeli istotę choroby stanowią, jak głosiła nowa nauka, ukryte zmiany anatomo-patologiczne, przeto pierwsze zadanie lekarza polegać będzie na ich rozpoznaniu. W myśl tej zasady

poczyniono już w pierwszych latach XIX w. wielkie odkrycia na polu dyagnostyki fizykalnej. Nieśmiertelny Laennec wpadł na pomysł auskultacji i po mistrzowsku zastosował ten sposób badania do dyagnostyki chorób płuc i serca. Wtedy również udoskonalono i rozpowszechniono zarzucone próby perkusji, wprowadzone do nauki lekarskiej już w końcu XVIII w. przez wiedeńskiego lekarza Auenbruggera. Dalsze opracowanie metod dyagnostyki fizykalnej przypadło w udziale szkole wiedeńskiej; około 1850 r. doprowadzono ją już do doskonałości, i odtąd nie ulegała ona wybitniejszym zmianom w ciągu drugiej połowy XIX w.

Obok dyagnostyki fizykalnej zwrócono również uwagę na chemiczne i mikroskopowe badanie krwi i moczu w celach dyagnostycznych. Znaczne postępy, jakie uczyniła chemia w początkach XIX stulecia, pozwoliły dokonać w tym właśnie zakresie wielu ważnych odkryć. Pierwszy usystematyzowany podręcznik semiotyki moczu, opartej na badaniach chemicznych, opracował francuzki klinicysta Becquerel w r. 1841. Później chemicy niemieccy: Liebig, Kühne i inni, położyli wielkie zasługi na polu chemii fizyologicznej i patologicznej.

Potrzeba uwidocznienia ukrytych zmian anatomo-patologicznych w celach rozpoznawczych wywołała również wynalazek całego szeregu rozmaitych wzierników. Z pomiędzy nich oddały wielkie usługi medycynie praktycznej: oftalmoskop, wynaleziony przez Helmholtza w r. 1851, oraz laryngoskop, znany w bardzo pierwotnej postaci już w pierwszych dziesiątkach XIX-o stulecia, a udoskonalony przez wiedeńskich lekarzy Czermaka i Tobolda (pomiędzy 1850 i 1860 r.). Po za tem wynaleziono jeszcze wiele innych wzierników, jako to: cystoskop, gastroskop, endoskop i t. p. Nawet wziernik maciczny, znany w starożytności, znalazł powszechne zastosowanie dopiero w XIX wieku.

To samo powiedzieć możemy o termometrii klinicznej. Termometr do mierzenia temperatury ciała używany już był w XVIII w., ale ogólnie stosować go zaczęto do badań klinicznych dopiero w połowie XIX stulecia, zwłaszcza po wyczerpujących pracach niemieckiego klinicysty Wunderlicha.

Z powyższego króciutkiego szkicu widzimy, że prawie cała współczesna dyagnostyka lekarska powstała w XIX w., pod wpływem zasad nowej nauki lekarskiej.

Wywarły one również wielki wpływ na terapię. Bezgraniczna wiara, jaką dawni lekarze pokładali w działaniu lekarstw, możliwą była tylko wówczas, kiedy na chorobę zapatrywano się, jako na zaburzenie funkcjonalne. Od czasu jednak, kiedy za istotę choroby uważać zaczęto zmiany anatomiczne, ta wiara, jako niczem nieuzasadniona, utrzymać się nie mogła. Stało się wtedy zbyt trudnem do pojęcia, w jaki sposób rozmaite nastoje i wyciągi ziół lub mineralne środki lekarskie wpływać mogą na usuwanie zmian anatomicznych. Ostatecznym więc i zupełnie konse-

kwentnym wynikiem kierunku anatomo-patologicznego stał się nihilizm terapeutyczny. W dziełach pierwszych wyznawców nowej szkoły klinicystów francuzkich, nihilizm w leczeniu nie był jeszcze widoczny, albowiem zasady praktyczne w medycynie nie ulegają tak szybko zmianom, jak teoretyczne poglądy, lecz dążą powoli dopiero za ich postępem. Wyraźny zwrot w terapii zapoczątkowany został w szkole wiedeńskiej, która przyjęła nihilizm terapeutyczny za zasadę, powołując się na myśl, wypowiedzianą przez Hippokratesa, że natura leczy sama choroby, lekarz jest zaś tylko pomocnikiem natury. Owo pomaganie naturze sprowadzało się w szkole wiedeńskiej do zera; zaufanie pokładano tam jedynie w użyciu środków narkotycznych, i to właściwie w celu uśmierzenia cierpień chorego. Wraz z upadkiem tej szkoły szerzona przez nią zasada traci swe znaczenie, ale pomimo to w całej późniejszej medycynie niemieckiej przeważa krytycyzm terapeutyczny i brak wiary w działanie lekarstw. Z tego powodu w podręcznikach terapia zesłała na ostatni plan i była tylko pobieżnie traktowana. Dopiero w ostatnim czasie zaczyna się reakcja w tym względzie pod wpływem nowego zwrotu w teorii, o którym jeszcze mówić będziemy.

Cokolwiek dałoby się powiedzieć o nihilizmie w terapii, jedną ważną zasługę przyznać mu musimy, mianowicie pogrzebanie dawnej polifarmacji oraz tych strasznych upustów krwi, które dawna medycyna bez miary i prawie bez opamiętania stosowała.

W miarę tego, jak znikająca wiara w skuteczność farmaceutycznych środków lekarskich, lekarze poszukiwać zaczęli innych zabiegów, któreby mogły poniekąd zastąpić dawną terapię. Poczęto więc stosować w medycynie: leczenie zimną wodą, elektrycznością, gimnastyką leczniczą, kąpielami i wodami mineralnemi. Leczenie zimną wodą, znane już w starożytności, stosowane było również przy wielu chorobach przez lekarzy angielskich w XVIII-ym w. Szerokie jednak rozpowszechnienie w chorobach gorączkowych i nerwowych hydroterapia zyskała dopiero w drugiej połowie XIX stulecia. Zasady elektroterapii opracowali w tym samym czasie: we Francyi Duchenne, znany badacz chorób nerwowych i Remak w Niemczech. Gimnastykę leczniczą rozpowszechnił szwed Ling, wskutek czego właśnie znaną jest pod nazwą szwedzkiej. O rozwoju balneoterapii i klimatoterapii w XIX w., świadczą niezliczone miejsca kąpielowe, które w tym wieku powstały i znajdują się dotychczas w stanie kwitjącym. Niespożyte zasługi na tem polu położył u nas, w Polsce, Dietl, wychowaniec i wyznawca szkoły wiedeńskiej, a profesor uniwersytetu krakowskiego; jemu to liczne miejscowości w Galicyi mają dużo do zawdzięczenia.

Jedynie jednak racjonalną terapię z punktu widzenia nowej medycyny, opartej na anatomii patologicznej, stanowiło leczenie miejscowe chirurgiczne. Jeżeli bowiem istotą choroby są zmiany, zachodzące

w tkankach, to leczenie powinno być skierowane na usunięcie tych zmian jakimkolwiek sposobem. Ponieważ nie możemy się spodziewać, że przez użycie środków lekarskich farmaceutycznych zmiany te usunięte zostaną, przeto wyprowadzamy ztąd oczywisty wniosek, że należy je wycinać, wypalać, słowem usuwać na drodze chirurgicznej. Ta zasadnicza myśl była jedną z głównych przyczyn niezwyklego rozwoju chirurgii w XIX w. Nie mogę tu opisywać, ani nawet streszczać wszystkich zdobyczy, jakie uczyniono na tem polu w ciągu bieżącego stulecia. W obecnej pracy zaznaczamy tylko ogólne prądy, jakie w tym czasie panowały w medycynie, szczegółów więc poruszać nie możemy.

To tylko zasługuje na podkreślenie, że chirurgia w XIX w. niezmiernie rozszerzyła zakres swego działania. Nie jest to już sztuka specjalna, która leczy uszkodzenia ciała, lecz przez swe zabiegi wkracza ona w najrozmaitsze działy medycyny wewnętrznej, usuwa zmiany patologiczne w najrozmaitszych narządach w myśl wskazań, ustanowionych przez nową naukę lekarską. Takie rozległe zastosowanie chirurgii umożliwiły w pewnym stopniu dwa wielkie odkrycia, które nauka zawdzięcza chirurgom angielskim. Mam tu na myśli narkotyzację przy operacjach i opatrunek przeciwgnilny. Jakkolwiek już oddawna czyniono próby usypiania operowanych za pomocą środków znieczulających, niewątpliwie jednak największe zasługi w tym względzie przypisać należy Simpsonowi. On pierwszy wprowadził w 1847 r. użycie chloroformu do narkotyzacji i przez swe liczne prace przyczynił się do rozpowszechnienia tego zabiegu. Opatrunek przeciwgnilny został w 20 lat później zastosowany przez Listera i wskutek tego usunięta została, lub przynajmniej zmniejszona do minimum, możliwość zakażenia wtórnego po operacjach.

Z poglądu na lokalizację chorób, ustanowionego przez medycynę XIX w., wynikało w sposób zupełnie uzasadniony pewne następstwo w praktyce lekarskiej, mianowicie specjalizacja. Doszła ona w ciągu XIX stulecia do niebywałych, krańcowych rozmiarów. Specjalne zabiegi chirurgiczne, przedsiębrane w chorobach pewnych narządów, specjalne sposoby badania zachodzących w ustroju zmian uprawniały niewątpliwie do wyodrębnienia wielu działów medycyny. Najwcześniej jako samoistna, specjalna nauka wystąpiła okulistyka. Już za dawniejszych czasów ujawniała się pewna skłonność ku temu, ale pomimo to, jeszcze w początku XIX stulecia okulistyka uprawiana była zarówno przez internistów jak chirurgów, a o specjalności, w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, i mowy nie było. Dopiero dokładne poznanie zmian anatomo-patologicznych, postępy fizjologii, a głównie wynalezienie oftalmoskopu i rozpowszechnienie wielu nowych operacji na narządzie wzroku, zdołało naukę tę wyosobnić. W ślad okulistyki wstąpiła ginekologia, dentystyka, następnie laryngologia, otyatria i t. d.

Jak już wspomniałem, specjalizacja powyższa była poniekąd uprawniona przez odrębne sposoby badania i specjalne zabiegi chirurgiczne, lecz po za tem wkrótce wszczęło się niesłychane, niczem nieuzasadnione rozdrabnianie całości nauki lekarskiej. Byli więc i są dotych czas lekarze specjaliści w chorobach płuc, serca, żołądka, układu nerwowego it. d. Rozdrabnianie takie dosięgło kulminacyjnego punktu swego rozwoju w ostatnich zwłaszcza czasach i jest dzisiaj z całą słuszością potępiane.

Takie następstwa, o których powyżej mówiliśmy, sprowadził w praktyce lekarskiej nowy kierunek nauki, oparty na badaniach anatomo-patologicznych. Zapanował on ogólnie w drugiej połowie XIX w. i znalazł się u szczytu swego rozwoju około 1880 r. Od tego czasu kierunek ten zaczyna powoli ulegać zmianie, powstaje reakcja i pod jej wpływem urabiają się inne poglądy zasadnicze. Przedewszystkiem pogląd anatomo-patologiczny na istotę choroby, który ustanowił lokalizację chorób, przedstawiał ten brak zasadniczy, że nie wszystkie choroby był w stanie tym sposobem wyjaśnić. Po dokładnem zbadaniu pozostawało wiele chorób, gdzie albo zmian anatomo-patologicznych nie było, albo były tak mało wybitne i właściwe, że żadną miarą za istotę choroby przyjmowane być nie mogły. Na razie tego rodzaju sprawy patologiczne pomijano zwykle w ogólnem tłumaczeniu; starano się je wyjaśnić drobnymi, mikroskopowymi zmianami, mało dostępnymi dla znanych dotychczas sposobów badania i czyniono przytem nadzieję, że kiedyś, przy ulepszonej metodzie poszukiwania, i te choroby być przestaną wyjątkami. Zresztą uwaga ogólna tak dalece pochłonięta była gromadzeniem ze wszech stron zdobyczami nauki na polu lokalizacji chorób, że wyjątki z ogólnego prawidła nie budziły żadnej wątpliwości. Powoli jednak, kiedy dorobek naukowy już się ustalił, owe wyjątki coraz więcej zwracały na siebie uwagę swoją tajemniczością. Zajęła się nimi żywo klinika, a prace amerykańnina Barda o neurastenii oraz Charcota o histeryi okazały, że t. zw. choroby funkcyjne, bez zmian anatomicznych, są i bardzo częste i bardzo ciekawe pod względem klinicznym. Było to, że tak powiem, pierwsze zastrzeżenie, zapisane na hipotece anatomii patologicznej. Dalsze zastrzeżenia poczyniła również klinika w dziale samoistnych chorób mięśnia serca, których anatomia patologiczna nie była w stanie dokładnie rozgraniczyć, ani wyjaśnić. Następnie zwrócono jeszcze uwagę na pewne zasadnicze błędy, tkwiące w nauce od czasu Virchowa, dotyczące błonicy i gruźlicy i t. d. Ostatecznie, pod wpływem spostrzeżonych braków, klinika, ujarzmiona dotąd niejako przez anatomie patologiczną, poczęła dążyć do pewnej samodzielności.

Równocześnie w innym dziale patologii, który dotychczas nie posiadał należytego tłumaczenia anatomo-patologicznego, mianowicie w nauce o chorobach zakaźnych, powstał nowy ruch w kierunku etyologicznym. Ruch ten, który w późniejszym czasie stworzył nową naukę, bakteryologię, wywiązał

się wskutek prac Pasteura nad fermentacją, dokonanych około r. 1860. Myśl Pasteura o udziale drobnoustrojów w sprawach fermentacyjnych przeniesiono przez analogię na pojęcie zakażenia, a rozumowanie takie poparte zostało przez przypadkowe odkrycie lasecznika węglowego (Pollender i Davaine w r. 1855). Odkrycie spiryl przy gorączce powrotnej przez Obermayera w r. 1873 jeszcze bardziej upewniło o udziale drobnoustrojów w powstawaniu chorób zakaźnych. Prawdziwy jednak postęp w bakteriologii zaczął się dopiero od czasu, kiedy Koch zapoznał świat naukowy z opracowaną przez siebie metodą badań bakteriologicznych, t. j. od r. 1880. Odtąd każdy rok przynosił nowe odkrycia na polu etyologii chorób zakaźnych.

Jak tylko odkrycia te ustaliły w nauce pojęcie o pasożytniczem pochodzeniu chorób zakaźnych, zaraz powstało pytanie: w jaki sposób bakterye chorobotwórcze działają na ustrój? Zadawalającą odpowiedź dały tu badania Roux i Yersina nad zakażeniem błoniczem, ogłoszone w 1889 r., i późniejsze prace Behringa nad tą samą sprawą i jadem tężcowym. Badania nowe przekonały, że bakterye działają na ustrój za pośrednictwem wytwarzanych przez siebie trucizn, t. zw. toksyn, które krążą we krwi i wywołują wskutek tego zmiany anatomiczne w ustroju. Był to punkt zwrotny w nauce, niezmiernej doniosłości, albowiem wobec nowych odkryć naukowych nie można już było pochytywać za istotę choroby zmian anatomicznych, znajdujących w ustroju, lecz raczej obecność pewnych substancji chemicznych. Zmiany anatomo-patologiczne są właściwie następstwem zatrucia ustroju przez toksyny, a nie sprawą pierwotną, istotą choroby. Zasadnicze tedy pojęcie o istocie choroby uległo w ostatnich latach wyraźnej zmianie.

Zdumiewające postępy bakteriologii zwróciły ogólną uwagę lekarzy na etyologię chorób. Powstał więc w nauce kierunek etyologiczny, który pozostaje niejako w sprzeczności z dawnym, anatomo - patologicznym. Praca nad etyologią chorób zakaźnych zdobyła nam wiele faktów, które burzą ustanowione przez anatomo-patologów pojęcie o lokalizacji chorób. Sprawy uważane dawniej za miejscowe, jak np: zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, pochytywać musimy, wobec nowo odkrytych faktów, za przejaw zakażenia ogólnego. Umiejscowienie zmian anatomicznych staje się sprawą mniejszej wagi, że tak powiem, przypadkową, zależną od przypadkowego usadowienia się zarazka lub również przypadkowego osłabienia żywotności tkanek. Coraz szerzej rozpowszechnia się pogląd, że niema chorób miejscowych, lecz są natomiast miejscowe przejawy ogólnego zakażenia lub zatrucia ustroju.

Rzecz prosta, że wszystko to są uogólnienia, oparte na względnie niewielkiej ilości materiału faktycznego. Dzisiaj nie jesteśmy w stanie uporządkować wszystkich spraw chorobowych w ramach dat etyologicznych, gdyż poza zakażeniem daty te są nam mało znane. Obecny

kierunek w medycynie posiada właściwie charakter krytyczny w stosunku do zasad anatomo-patologicznych; krytykuje je i burzy, lecz nie jest w stanie na ich miejscu trwałych podstaw zbudować; stoją temu na przeszkodzie ogromne braki w naszej znajomości spraw chemicznych, jakie zachodzą w ustroju. Wiemy np., że istnieją toksyny, ale nie znamy wcale ich składu chemicznego, ani też sprowadzonych przez nie zmian chemicznych. Wogóle nasze wiadomości o przemianie materii w ustroju są tak niedokładne i powierzchowne, że na ich podstawie żadną miarą teorii chorób budować nie możemy, lecz musimy sprawę tę pozostawić przyszłości. Kończący się wiek XIX pozostawił przyszłym stuleciom kielkującą ideę, która okaże się zapewne również płodną w następstwa, jak była ongi idea anatomii patologicznej i lokalizacji chorób

Aby ideę tę zapłodnić, wiek przyszły odnaleźć musi właściwą metodę badania; bez tego i ona pozostanie jałową, podobnie jak anatomia patologiczna, która dopóty nie wydawała owoców, dopóki Bichat nie natchnął jej nowem życiem przez zastosowanie odpowiedniej metody badania.

Gdyby mi wolno było wyrazić tu moje osobiste przypuszczenie, to powiedziałbym, że metoda ta będzie doświadczalną, opartą na mikrochemii. Za pomocą odczynów mikrochemicznych będziemy kiedyś poszukiwali w komórkach zmian, zachodzących pod wpływem rozmaitych podniet chemicznych. Będziemy rozpatrywali zmiany dynamiczne, a nie statyczne, jak czyni współczesna anatomia patologiczna. Za pierwiastek anatomiczny będziemy uważali nie tkankę, jak to czynił Bichat, nie komórkę, jak to czynił Virchow, lecz pewne pierwiastki, cząstki protoplazmy komórki, których tak wytrwale poszukują dzisiaj biologowie (że tu wspomnę teorię Altmanna i inne pokrewne), a które przez dalsze postępy mikrochemii ujawnione zostaną. Gdyby spodziewane postępy dały zbyt długo na siebie czekać, to istnieje, z punktu widzenia historycznego, uzasadniona obawa, że cała nauka nasza może się pogрузić w okres jałowych spekulacji, które przypominać będą czasy witalizmu i filozofii natury. Brak faktycznych, rzeczywistych podstaw może się stać powodem, że nowa idea przybierze kształty lotnych, daleko sięgających teorii. Już dziś istnieją w nauce pewne znamiona takiego obrotu rzeczy w licznych i niezmiernie fantastycznych teoriach: działania toksyn, zakażenia, odporności i t. d. Spółczesna przewaga idealizmu w ogólnym biegu myśli ludzkiej mogłaby również sprzyjać podobnemu kierunkowi naszej nauki; lecz gdyby nawet tak było, o jej przyszłym rozwoju wątpić nie mamy prawa.

Idea, kielkująca u schyłku XIX wieku, jest niewątpliwie słuszna i, prędzej lub później, nawet z zamętu spekulacji wyłonić się musi budowa nowej nauki.

*Władysław Biegański.*

# Stosunek psychologii do psychiatrii.

## STUDYUM KRYTYCZNE

przez

D-ra Adama Wizła,

ordynatora oddziału psychiatrycznego Szpitala Starozakonných na Czystem w Warszawie.

*Rzecz napisana dla sekcji psychologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

(*Ciąg dalszy*).

Jacobi stworzył szkołę. Idee jego dały pochop do bardzo sumiennych, ściśle naukowych poszukiwań (Flemming, Jessen, Zeller). Psychiatrizy zaczęli stosować do swych badań metodę empiryczną, nie wdając się w żadne spekulacje idealistyczne, badali choroby umysłowe wyłącznie ze strony najdostępniejszej, bo ze strony materjalnej. Ale jednocześnie u następców Jacobi'ego zaczyna się zmniejszać skrajna jednostronność poglądów ich mistrza: nie przestając badać chorób umysłowych ze stanowiska somatycznego, psychiatrzy ci poczynają wszakże współcześnie zwracać baczniejszą uwagę na stany psychiczne same w sobie i zaczynają stany te analizować. Tym sposobem tendencye somatyczne zaczęły się powoli uzupełniać tendencyami psychologicznymi, aż wreszcie powstał nowy kierunek w psychiatrii niemieckiej, kierunek somatyczno-psychologiczny, który najdoskonalszy swój wyraz znalazł w genialnem dziele *Griesingera*, p. t. „*die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*“. Epokowe to dzieło ukazało się po raz pierwszy w r. 1845 (następne wydania pojawiły się w 1861 i 1867 r.). Z chwilą ukazania się jego, psychiatria niemiecka wstąpiła w najlepszą swą fazę, stanęła odrazu na tem stanowisku, na jakim stoi aż do obecnej chwili.

Cóż to jest za stanowisko? Psychiatria, zainaugurowana przez Griesingera, tem się przedewszystkiem różni od systematów Heinrotha i Jacobięgo, że się wyrzekła wszelkich dyskusji nad zagadnieniami transcendentalnemi. Nie jest ona ani spirytualistyczną, ani też materjalistyczną, jeno pozytywną. Jest ona taką, jaką była w tymże czasie psychologia angielska, t. j. rozważa i rozpatruje rozmaite sprawy psychopatologiczne, nie poruszając zgoła zasadniczej kwestyi, a mianowicie kwestyi istoty duszy. O psychiatrii pozytywnej Griesingera można powiedzieć to samo, co się mówi o psychologii pozytywnej, a mianowicie, że jest to psychiatria bez duszy. „Istoty duszy, mówi Griesinger, nie wyjaśnia ani materjalizm, który usiłuje wyprowadzić zjawiska duchowe z fizycznych, ani spirytualizm, który usiłuje ciało objaśnić za pomocą duszy. Gdybyśmy nawet poznali wszystko, co zachodzi w mózgu podczas jego



czynności, gdybyśmy zbadali jaknajdokładniej wszystkie procesy chemiczne, elektryczne i t. p., i to cóż pomoże? Toć wahania i wibracye, zjawiska elektryczne i mechaniczne nie stanowią jeszcze procesu duchowego, nie są wyobrażeniem. W jaki sposób powstaje ono, będzie to po wsze czasy nierozwiązalną zagadką, i twierdzą śmiało, że, gdyby dziś anioł zstąpił do nas z nieba i wytłomaczył nam wszystko, umysł nasz nie byłby w stanie tego zrozumieć“. A dalej mówi: „w całym świecie nie ma zgoła nic analogicznego do czynnika duchowego lub nerwowego. Teorya, jak powiedział jeszcze Locke, napotyka te same trudności, zarówno wówczas, gdy każe myśleć materji jak i wówczas, gdy chce zrozumieć wpływ istoty niematerialnej na materję“ (str. 7). Rozważając stosunek duszy do ciała, jedno tylko, zdaniem Griesingera, można wywnioskować, a mianowicie, iż czynnościom duchowym towarzyszą procesy materialne, że czynności te znajdują się w ścisłej zależności od funkcji mózgowych.

W poglądach powyższych, mówi Griesinger, mieści się już odpowiedź na pytanie, które, jakśmy widzieli, było zmorą dawnej psychiatrii, a mianowicie, z czem mamy do czynienia przy chorobach umysłowych: z chorobą duszy czy też z chorobą ciała? Naturalnie, że z chorobą duszy, z tem jednak zastrzeżeniem, bylebyśmy nie mówili o chorobach samej duszy, lecz o chorobach mózgu, dzięki którym czynności duchowe ulegają zaburzeniom (str. 8).

Słowa powyższe, wypowiedziane przez genialnego Griesingera, stanowią po dziś dzień credo filozoficzne psychologii i psychiatrii. Tylko taki punkt widzenia jest jedynie racjonalny, tylko taki umożliwia prawdziwe badania naukowe. Podobny akt wiary godzi obydwaj kierunki psychiatryczne: anatomo-kliniczny i psychologiczny. Z jednej strony uprawnia on badanie chorób umysłowych ze stanowiska somatycznego i czysto klinicznego, z drugiej uznaje analizę zjawisk psychicznych, badanie przejawów duchowych samych w sobie.

Dzieło Griesingera, to jedno z najwspanialszych zjawisk w całej literaturze psychiatrycznej. W dziele tem psychiatria po raz pierwszy staje się harmonijną całością, staje się tem, czem być powinna.

Wyłożywszy we wstępnym rozdziale swe pojęcia filozoficzne, Griesinger przechodzi później do anatomii układu nerwowego ośrodkowego, a następnie dwa rozdziały poświęca psychologii oraz psychopatologii ogólnej.

Jakkolwiek rozdziały te dalekie są od doskonałości, widzimy tu już jednak wytrawną metodę badań, doskonałą znajomość ówczesnej literatury fizyo-psychologicznej, gruntowne władanie przedmiotem. Griesinger opiera się na wynikach badań znanych podówczas fizjologów, a z psychologów najczęściej się powołuje na Locke'go i Herbart'a.

Zaburzenia psychiczne elementarne dzieli Griesinger na trzy wielkie kategorie: 1) zaburzenia uczuć, 2) zaburzenia wyobrażeń, 3) zabu-

zenia woli. — Mówiąc o zaburzeniach wyobrażeń, Griesinger pierwszy wprowadził podział tych zaburzeń na: zaburzenia formalne i zaburzenia pod względem treści. Cała ta klasyfikacja zbroczeń elementarnych utrzymuje się do tej pory w psychiatrii niemieckiej.

Co się zaś tycze klasyfikacyi chorób umysłowych, to Griesinger opiera ją wyłącznie na podstawie psychologicznej. Czynniki: etyologiczny i anatomo-patologiczny nie odgrywają żadnej roli. Bezład postępujący figuruje jako dodatek do grupy ołepieniowej. Jest to, naturalnie, ujemna strona klasyfikacyi Griesingera, — brak ten u następnych psychiatrów został szybko usunięty.

Dzięki Griesingerowi psychiatria niemiecka zaczęła się na dobre rozwijać i doskonalić. Idee przewodnie Griesingera i stworzona przezeń metoda badań posłużyły za punkt wyjścia dla licznych jego następców. Następcy ci, stąpając dalej po drodze, wytkniętej im przez mistrza, pogłębiali i rozwijali jego naukę coraz więcej, w czem wielce im dopomagał z jednej strony ogólny postęp nauk lekarskich i przyrodniczych, a z drugiej bujny rozkwit psychologii niemieckiej. Uczni, o których zaraz mówić będziemy, pisali w owej epoce, kiedy w psychologii niemieckiej zajaśniały takie nazwiska, jak Lotze, Weber, Fechner, Wundt, że pominę tu wiele innych. Bezpośrednimi następcami Griesingera byli dwaj znakomici psychiatrzy niemieccy, którzy pracowali współcześnie, a pisali niezależnie jeden od drugiego, a mianowicie: Schüle i Emminghaus.

*Schüle i Emminghaus*, choć się wzajemnie nie indukowali, mają ogromnie dużo wspólnego ze sobą, co się tłumaczy tem, że obaj podlegali silnemu wpływowi psychologii Wundta. Ogólne poglądy psychologiczne spotykane u jednego i drugiego są niemal identyczne, i dla tego uważamy za właściwe o dwóch tych psychiatrach, jako o przedstawicielach jednego i tego samego kierunku, mówić w tem miejscu jednocześnie. Psychiatrię, stworzoną przez Schülego i Emminghaus'a, najchętniej ochrzciłibyśmy mianem psychiatrii Wundtowskiej. Szkoła ta ma w Niemczech największą ilość przedstawicieli. — do nich należy również bezpośredni kontynuator poglądów Schülego i Emminghaus'a, znany psychiatra Krafft-Ebing. Schüle, Emminghaus i Krafft-Ebing stanowią w psychiatrii niemieckiej nierozdzielną trójcę, jak się o tem czytelnik zaraz poniżej przekona.

Wszyscy ci psychiatrzy przejęli przedewszystkiem od Wundta pojęcie „appercepcyi“. Pojęcie to dobitnie określa Schüle. „Nasze ja mówi on — stopniowo uczy się samo wybierać swój materyał, formować nowe szeregi konstrukcyjne według własnego planu, t. j. w kierunku natężonej innerwacyi. Tak na tym stopniu życia duchowego powstaje stopniowo coś w rodzaju hierarchii monarchicznej: ogromna ilość szeregów wyobrażeń ze zwiększającymi się stopniami pobudliwości, stoso-

wnie do większego lub mniejszego powinowactwa ich względem grupy centralnej „ja“ (p. *Schüle*. Klinische Psychiatrie).

Appercepcyi przypisuje wielką wagę również Emminghaus. W dziele swem (*Allgemeine Psychopathologie*, 1878) na str. 106, mówi on: „Tworzenie pojęć może się urzeczywistnić jedynie dzięki złożonym procesom wyobraźniowym, które muszą się odbywać według pewnych określonych praw, warunkujących te formy wyobraźniowe. Że do tego niezbędnym jest proces, polegający na układaniu w pewien szyk wyobrażeń wynika to z samej wężkości świadomości, która dopuszcza wstęp jednemu tylko wyobrażeniu. Tylko na to jedno wyobrażenie uwaga może być zwrócona, tak samo jak punkt środkowy widzenia może się skierować jedynie na jeden punkt w przestrzeni, i dla tego zupełnie słusznie uwagę porównano z procesem wyraźnego widzenia. Punktowi środkowemu widzenia odpowiada w zakresie wyobrażeń appercepcya, t. j. wnikanie do pola świadomości jednego tylko wyobrażenia zupełnie jasnego, polą zaś widzenia odpowiada percepcya, która polega na niewyraźnym zwracaniu uwagi na inne wyobrażenia. Wężkość świadomości, jak widzimy, powoduje, że wyobrażenia to stają się jasnymi, to zapadają w mrok, i że uwaga znajduje się ciągle w zmiennym stosunku do pojedynczych wyobrażeń“.

Rozpatrując zaburzenia uczuciowe, autorowie wcale nie dwuznacznie wyrażają się o stosunku uczuć do czuć i wyobrażeń. *Schüle* mówi: „wszystkim naszym wyobrażeniom, a nawet samemu mechanizmowi wyobraźniowemu towarzyszą uczucia, poruszające się w granicach przyjemności i przykrości z ich indyferentnymi punktami równowagi. Tym sposobem cały bieg naszych wyobrażeń, narastanie podobnych i zacieranie się niepodobnych wyobrażeń, nie odbywa się po za naszym „ja“ i w sposób dlań zupełnie obcy (choćby i w sferze nieświadomej), lecz przeciwnie, każde z tych wyobrażeń posiada towarzyszący mu określony ton uczuciowy“.

To samo mówi Emminghaus twierdząc, że czucia zmysłowe otrzymują zabarwienie od uczuć, które nadają im specjalny ton uczuciowy, i które się wahają w granicach przykrości i przyjemności (str. 63). To samo wreszcie mówi Krafft-Ebing (*Lehrbuch der Psychiatrie*): „naszym wyobrażeniom konkretnym towarzyszą ciągle pewne wzruszenia psychiczne, które zwiemy afektami. Uczuciowe zabarwienie wyobrażeń stanowi fakt, przypisywany t. zw. uczuciu (*Gemüth*)“.

Pogląd ten na przynależność uczuć do czuć i wyobrażeń wzięli autorowie od Wundta, który do dwóch zasadniczych znamion czuć (napięcie i jakość) dołącza jeszcze i trzecie, a mianowicie ich zabarwienie uczuciowe.

Wundt jednak, jak wiadomo, nie zadowolnił się tem ogólnem skonstatowaniem faktu, lecz usiłuje głębiej wniknąć w istotę uczuć.

Zdaniem Wundta, w zabarwieniu uczuciowem należy upatrywać przejaw bardziej centralnego procesu. Uczucie nie może istnieć bez appercepcyi, stanowi ono rodzaj reakcyi ze strony appercepcyi na czuciowe podrażnienia. Pogląd ten przeniknął i do systematów psychologicznych Schülego, Emminghausa i Krafft-Ebinga. Najwyraźniej czuć się on daje w części psychopatologicznej.

Z charakterystyki psychologicznej depresyi melancholijnej i egzaltacyi maniakalnej wypada, że uczeni ci podporządkowują uczucia apercpcyi, że się zapatrują na nie jako na wynik reakcyi apercpcyi na podniety zmysłowe.

Schüle mówi: „świadomość melancholika toleruje jedynie wyobrażenia przygnębiające, każde nowe uczucie otrzymuje od niej zabarwienie na kolor czarny lub szary“. Ten sam pogląd najdobitniej wyrażony znajdujemy u Krafft-Ebinga: „Świadomość melancholika jest wypełniona bólem psychicznym; wskutek tej zmiany nastroju wszystkie procesy zachodzące w narządzie psychicznym, mają odcień bólu, wrażenia świata zewnętrznego odbijają się w zwierciadle zmienionego nastroju w postaci wrażeń bolesnych“.

Jest to pogląd, jak zobaczymy niżej, wręcz przeciwny poglądowi Zichena (jednego z najznakomitszych psychiatrów współczesnych), dla którego zjawiskiem pierwotnem i zasadniczem jest zabarwienie czuć i wyobrażeń, nastrój zaś, a jak chce Krafft-Ebing, zmiana świadomości jest zjawiskiem wtórnem, stanowi wypadkową tonów uczuciowych.

Nader wyraźnym ukazuje się wpływ Wundta na Schülego, Emminghausa i Krafft-Ebinga w dziedzinie poglądów na zaburzenia woli.

Wiadomo, że Wundt przypisuje woli charakter aktywny i uważa ją jedynie za specjalną odmianę appercepcyi. Idea ta przebija się w wielu miejscach u wzmiankowanych psychiatrów.

Tak np. Schüle, mówiąc o zaburzeniach psychomotoryjnych przy rozmaitych stanach chorobowych, tłumaczy je bądź zanikiem zdolności hamującej woli (w przypadkach ekzaltacyi maniakalnej), bądź brakiem woli (w przypadkach przygnębienia). Choć z drugiej strony, trzeba przyznać, tenże Schüle ogromną wagę przypisuje walce motywów. „Nasze chcenie—powiada on w innem miejscu,—uwarunkowane jest naszymi motywami. Myśmy wolni jedynie w obliczu naszej świadomości, jako widzowie przyływu i odpływu motywów. Wahanie się to między czynnością i beczynnością, zanim zostanie powzięte postanowienie, sprawia na nas wrażenie zupełnej niezależności i daje nam psychologiczne złudzenie, jakoby wola nasza była wolna. Lecz motyw same są to pewne określone siły, których nie jesteśmy w stanie zmieniać bezpośrednio, a możemy na nie działać wywoływaniem motywów przeciwnych. Siła motywów, a zarazem i los naszego wpływu redukuje się do potęgi motywów zwyciężkich... Urzeczywistnienie się postępku, jak rów-

nież i nasze postanowienie jest wynikiem równoległoboku sił motywów. My musimy chcieć. Wola z psychologicznego stanowiska przedstawia proces appercepcyjny“.

Z cytaty tej widzimy, że Schüle w działalności woli upatruje dwa czynniki: bierny i czynny. Postanowienia nasze są wynikiem walki motywów, ale z drugiej strony rozmaite motywy jesteśmy w stanie dowolnie wywoływać, czyli, mówiąc językiem Wundta, możemy czynnie zwracać uwagę (appercepcya) na te lub inne wyobrażenia.

Ten sam pogląd znajdujemy u Emminghaus, który utrzymuje (str. 214 i 215), iż akt dowolny jest następstwem wyboru, wybór zaś jest to proces poznawczy (Erkenntnisvorgang), którego rezultat stanowi o impulsie woli. Wola u Krafft-Ebinga jeszcze silniej się zarysowuje, jako zjawisko czynne. Chwilami zdaje się nawet, jak gdyby Krafft-Ebing zapatrywał się na wolę, jako na pewną samodzielną władzę. Tak np. analizując brak woli u melancholików, autor ten powiada: „może w tym przypadku mamy do czynienia w istocie z bardzo silną wolą, tylko straciła ona zdolność przejawiania się w skutek rozmaitych centralnych zahamowań“.

Tak się przedstawia pobieżna charakterystyka zasadniczych poglądów psychologicznych Schülego, Emminghaus i Krafft-Ebinga. Zasadnicze te poglądy przeniknęły do systematów psychopatologicznych zarówno do ogólnej, jak i do specjalnej psychopatologii. Oczywiście tendencje te psychologiczne musiały wyraźnie się odbić na charakterze dzieł. Każda choćby najbardziej szczegółowa kwestya, posiada podwójne oświetlenie: anatomo-kliniczne i czysto psychologiczne. To też dzieła wzmiankowanych autorów noszą na sobie wyraźne piętno dwóch zespolonych w jedną całość kierunków.

W dobie współczesnej na widownię nauki wyplął znakomity psychiatra niemiecki, *Kraepelin*, profesor chorób umysłowych w Uniwersytecie Heidelbergskim (przedtem w Dorpackim). Jest to umysł głęboki i oryginalny, uczony o rozległej wiedzy i ogromnych zdolnościach obserwacyjnych. Całą psychiatryę szczegółową, rzecz można, zreformował do gruntu, — niema prawie ani jednej kwestyi, której rozwiązanie nie nosiłoby na sobie piętna jego indywidualności. Do psychiatryi klinicznej wniósł on mnóstwo punktów widzenia, całkowicie obcych poprzednim psychiatrom, — stąd też klasyfikacya jego opiera się na zasadach zupełnie oryginalnych. Wiele z tych punktów odznacza się jeszcze w obecnej chwili charakterem hypotetycznym, — i przyszłość dopiero rozstrzygnie, o ile są one niewzruszonymi prawdami.

Obok tych wielkich zalet, jako klinicysta, Kraepelin posiada również wielkie zalety jako doskonały znawca psychologii, jako samodzielny badacz w dziedzinie psychologii doświadczalnej. Uczony ten założył w Heidelbergu pracownię dla badań psychologiczno-doświadczalnych,

skąd wychodzą liczne prace jego i jego uczniów, drukowane w specjalnym organie, p. t. „*Psychologische Arbeiten*“.

Psychopatologia ogólna, stanowiąca bardzo poważny i oryginalnie opracowany rozdział w psychiatrii Kraepelina (*Psychiatrie*, Lipsk, 1896, 5 wyd.), odzwierciadla dokładnie pojęcia jego z zakresu psychologii normalnej. Z rozdziału tego najwyraźniej okazuje się, że Kraepelin także należy do szkoły Wundta. Wiele ustępów z dzieła jego fakt ten w zupełności potwierdza. Mówiąc np. o zaburzeniach pojmowania, Kraepelin powiada: „wielka ilość czuć, jakie codziennie odbieramy, są same w sobie dość mgliste i niewyraźne; stają się one jasnymi i cennymi dla nas wrażeniami dopiero wówczas, gdy znajdują w gotowych już obrazach pamięciowych pewne rezonatory, których współczesne pobudzenie działa potęgуюco na bodziec zmysłowy. Dzięki temu procesowi, który Wundt nazywa appercepcją, natychmiast powstaje również skojarzenie pojedynczego wrażenia z ogólnem naszym doświadczeniem, łączność z licznymi innymi wyobrażeniami i stąd pojmowanie danego czucia“.

W tymże rozdziale powiada dalej Kraepelin: „najważniwszem następstwem wpływu, jaki wywiera nabyty skarb wyobrażeniowy na wrażenia, jest możliwość „wybierania“ pośród następujących się czuć“... „Zdolność trwałego zwracania uwagi na pewną określoną grupę wrażeń, zdolność duchowego ześrodkowywania się, posiada olbrzymie znaczenie dla całego rozwoju pojmowania“.

W rozdziale znów o zaburzeniach kojarzenia idei, Kraepelin mówi: „ogólna własność tych zaburzeń polega, jak mi się zdaje, na trwałej lub przelotnej niezdolności chorego do skierowywania biegu swych wyobrażeń (Gedankengang) na pewien określony cel“.

I w rozdziale o zaburzeniach woli znajdujemy analogiczny pogląd „u zupełnie rozwiniętego i zdrowego człowieka istnieje zdolność opanowywania w pewnej mierze naturalnych popędów i zadawania im jedynie wówczas, gdy żadne uboczne, dokładnie wyrozumowane, względy nie domagają się ich poskromienia (str. 181).

Jakkolwiek Kraepelin jest zwolennikiem Wundta, mówimy tu jednak o nim oddzielnie, a to z tego powodu, iż uczony ten, pierwszy z psychiatrów niemieckich, posunął znajomość psychologii do najdalejszego kresu. O ile Schüle, Emminghaus i Krafft-Ebing posiłkują się psychologią z konieczności i uciekają się do niej jedynie w celu zrozumienia zaburzeń psychicznych, Kraepelin uznaje psychologię jako taką, i zajmuje się nią również gorliwie jak i psychiatrią. I dla tego-to Kraepelin pierwszy łączy w swej osobie harmonijnie dwie role: psychologa i psychiatry.

Z góry przewidzieć można, jak będzie opracowaną strona psychologiczna w psychiatrii przez uczzonego tej miary, co Kraepelin. W ca-

łym wykładzie „psychiatrii“, zarówno w części ogólnej jak i szczegółowej, czujemy ciągle, iż przemawia do nas samodzielny i doskonale znający swój przedmiot psycholog.

Nie będziemy się tu wdawali w szczegółowy rozbiór wszystkich poszczególnych zapatrywań autora, gdyż zaprowadziłoby to nas zbyt daleko,—dość, gdy stwierdzimy fakt ogólny, że w psychiatrii Kraepelina psychologia poraz pierwszy wznosi się na te wyżyny, na jakich zawsze znajdować się powinna.

Obok Kraepelina musimy postawić innego znakomitego psychiatrę doby współczesnej, a mianowicie prof. *Ziehen* z Jeny. I Ziehen, tak samo, jak Kraepelin, jest przede wszystkim doskonałym psychologiem, tem się jednak różni od psychiatry Heidelbergskiego, iż, jako psycholog, należy do wręcz przeciwnej szkoły.

Ziehen jest przeciwnikiem Wundta, hołduje natomiast zasadom psychologii t. zw. assocyacyjnej, która największą ilość przedstawicieli liczy wśród psychologów angielskich. W przedmowie do swej psychiatrii (*Psychiatrie*, Berlin 1884) mówi on: „wszystkie hipotezy mniej lub więcej metafizyczne, które niestety zbyt silnie jeszcze czuć się dziś dają w psychiatrii (pojęcie o appercepcyi, woli, samowiedzy i t. p.) uznałem za konieczne odrzucić. Zagadnienia psychiatrii klinicznej można doskonale wyjaśnić za pomocą psychologii assocyacyjnej“.

*Ciąg dalszy nastąpi.*

## P O L E M I K A.

*Odpowiedź kol. Mutermilchowi.*

Kol. Mutermilch oczywiście nie zdał sobie dokładnie sprawy z celu mego wystąpienia. Mnie chodziło o to, aby lekarze nie wyciągali zbyt pośpiesznie wniosków co do istoty choroby z cyfr, dostarczonych przez analizę moczu, a kol. M. widocznie się zdawało, że ja zmniejszam wartość analiz moczu, i w tym celu przytoczył najkrótsze dane co do ważności tych analiz. To też, powiada on, że cyfra mocznika znajdzie zawsze wyjaśnienie we wpływie wszystkich przez niego przytoczonych czynników. Toż samo i ja twierdziłem, tylko, że czynniki te mogą być określone jedynie w pracowniach; gdy zaś w praktyce to się nie da zrobić, a więc i cyfra mocznika, nawet dokładnie oznaczona, nie daje nam w tych warunkach, w jakich badamy chorych w praktyce prywatnej, prawa do wyciągania daleko idących wniosków. Jest to chyba tak jasne, że nie wiem, co przeciw temu powiedzieć można. Toż samo, tyl-

ko jeszcze w wyższym stopniu, można powiedzieć i o kw. moczowym. I tak choćby nawet było niewątpliwem, że ilość kw. moczowego zmniejsza się przed napadem dny, to cóż z tego za korzyść w praktyce, kiedy chory napadu dostaje nagle, i nic go w przeddzień napadu nie skłania do robienia analizy moczu. Na to, co kol. M. mówi o znaczeniu określenia kw. moczowego przy kamicy nerkowej, nie mogą się zgodzić, albowiem z ilości kw. moczowego nie możemy wyciągać żadnych wniosków co do stanu kamicy nerkowej, do powstawania której potrzebny jest przede wszystkim pewien anormalny stan błony śluzowej. Że staramy się ograniczyć produkcję kw. moczowego w tych razach, robimy to raczej przez ostrożność, aniżeli z tego mocnego przeświadczenia, że im więcej kw. moczowego tem łatwiej powstają jego złogi. Że te ostatnie mogą powstawać nawet przy normalnej zawartości kw. moczowego, o tem wielokrotnie już mówiono i pisano.

Niesłusznem też jest twierdzenie kol. M., że sposób Pfügera oznaczania mocznika jest ścisłym; nie wykazuje on wprawdzie całego azotu, ale określa amoniak. Sposób Möruere-Sjöquista ma być wolny od tego błędu, ale proszę mi powiedzieć, kto go wykonywa dla praktycznych celów? Po cóż więc nie brać rzeczy tak, jak są?

Co się tycze ostatniego ustępu artykułu kol. M., to nigdy nie twierdziłem, aby nie miało znaczenia określanie rozmaitych ciał w moczu. Pozwolę sobie tu więc kol. M. tylko zauważyć: 1) reakcja Ehrlicha wykonywaną bywa od pewnego czasu stale na moim oddziale. Była ona przez czas jakiś zupełnie zarzucona, od pewnego czasu zwrócono na nią znów uwagę. Mówić o jej znaczeniu dla rokowania w suchotach jest jeszcze zawcześnie. Dla rozpoznania ma też ograniczone znaczenie, zawodzi bowiem tam, gdzie mogłaby być najpotrzebniejsza. 2. Oznaczenie hemoglobiny w moczu przy hemoglobinurii jest rzeczą pierwszorzędną wagi. Dodam jednak, że widząc przez wiele lat po kilka tysięcy chorych rocznie, spotkałem tylko jeden wypadek hemoglobinurii a frigore; demonstrowałem go kolegom, zajmującym się w mym oddziale. 3. Pepton, lindykan, urobilina posiadają nadzwyczaj małe znaczenie pod względem rozpoznawczym.

*Teodor Dunin.*

---

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

---

Redaktor i Wydawca *Zygmunt Kramszyk, Nowo-Senatorska 8*



Cena pisma wynosi w Warszawie:  
rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2, na prowincyi rocznie rb. 5,  
półrocznie rb. 2 kop. 50.

Wszyscy członkowie rzeczywisci Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego otrzymują „Zdrowie“ bezpłatnie.

Członkowie zwyczajni płacą za Zdrowie rocznie w Warszawie rb. 2, na prowincyi rb. 3.

### Numery okazowe na żądanie gratis i franco.

Prenumerować można w kancelaryi Tow. Hyg. Warsz. (Krakowskie Przedmieście Nr 66) w godzinach od 11 r. do 3 p. p. oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie.

Redaktor *Dr Med. W. Janowski.*

«Zdrowie», jako organ Towarzystwa Hygienicznego rozsyłany bezpłatnie wszystkim członkom rzeczywistym, jest pismem bardzo poczytnem i tem samem odpowiedniem, do pomieszczania ogłoszeń, których cena jest następująca:

N A O K Ł A D C E		
Cała strona	strona zewnętrzna	strona wewnętrzna
rub. 15	rub. 12	Za tekstem rub. 10
pół strony „ 8	„ 7	„ 6
1/4 strony „ 5	„ 4	„ 3.50

Przy ogłoszeniach rocznych i półrocznych odstępuje się odpowiedni rabat.

### Wyciąg z Ustawy Towarzystwa Hygienicznego.

- § 5. Członkowie dzielą się na rzeczywistych i zwyczajnych.
- § 8. Członkowie rzeczywisci wybierani są przez Radę Towarzystwa za pomocą głosowania tajnego i płacą składkę roczną w kwocie rubli 10.
- § 9. Członkami zwyczajnymi są osoby, wnoszące do kasy Towarzystwa nie mniej niż rubli 50 jednorazowo, albo rubli 3 rocznie.

Prezes Rady Prof. **J. Kosiński.**

Sekretarz Towarzystwa Dr **W. Szumlański.**

Дозволено Цензурою. Варшава 4 Декабря 1900 года.

WARSAWA.—W Drukarni St. Niemiry Synów, plac Warecki 4.

# PROSPEKT.

ORGAN TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO

## „ZDROWIE,”

PISMO, POŚWIĘCONE SPRAWOM HYGIENY

W NAJSZERSZYM ZAKRESIE,

wychodzi regularnie na początku każdego miesiąca zeszytami, obejmującymi od 4 — 5 arkuszy druku (64 — 80) stron niniejszego formatu.

TREŚĆ ZESZYTÓW STANOWIĄ:

- 1) Prace oryginalne z dziedziny higieny, zwłaszcza krajowej.
- 2) Postępy urzędzeń higienicznych w kraju.
- 3) Streszczenia zbiorowe, obejmujące większe działy higieny.
- 4) Streszczenia z poszczególnych prac cudzoziemskich, dotyczących higieny.
- 5) Korespondencje ze zjazdów naukowych.
- 6) Szczegółowe streszczenia obrad wszystkich posiedzeń Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego (ewentualnie posiedzeń oddziałów prowincjonalnych tego Towarzystwa, gdyby zostały otwarte).
- 7) Bibliografia prac higienicznych.
- 8) Meteorologia, (stałe prowadzona przez p. Gabryela Tołwińskiego).
- 9) Zawiadomienia od Rady Tow. Hygienicznego.
- 10) Wiadomości bieżące ze wszystkich działów higieny teoretycznej i stosowanej.
- 11) Skrzynka do listów.
- 12) Ogłoszenia.

# „GŁOS”

Najtańszy Tygodnik Naukowo-Literacki Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze. Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie. Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos” zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencye w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezye; 3)

## „Przegląd Naukowy i Etyczny”,

który zawiera: 1) Artykuły ogólne *w kwestjach naukowych*, filozoficznych, społecznych i wychowawczych; 2) Artykuły *w sprawach etycznych*, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki *współczesnego ruchu naukowego*; 4) Artykuły poświęcone *sprawom samokształcenia*.

## Co miesiąc Dodatek Bezplatny.

W Dodatkach miesięcznych pomieszczone są: 1) Rozprawy, dotyczące *Zagadnień doby bieżącej*; 2) Streszczenia *nowych wiekszych dzieł* wybitnej wartości.

PRENUMERATA: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1.75, miesięcznie kop. 60  
Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2.25.

Adres: Warszawa, Złota 26.

—>> Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco. <<—

WYDAWNICTWA „GŁOSU”.

*Belot i Gide*: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.  
*Ferrero*: Czynniki postępu moralnego 30 kop., *Münsterberg*: Nauka w stosunku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow*: Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop.; *Ribot*: O wyobraźni twórczej.

# Wydawnictwa wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w prenumeracie.



Wydział matematyczno-przyrodniczy, pragnąc uzyskać jak największe koło czytelników, a przez to może i współpracowników, postanowił od Nowego Roku 1901 wydawać główny swój organ „Rozprawy wydz. mat.-przyr.“ w prenumeracie. Ze względu na ogromny obszar wiedzy, który wchodzi w zakres badań wydziału, Rozprawy będą wychodzić w dwu działach. Dział A. matematyczno-fizyczny obejmie zatem n. p. analizę matematyczną, geometryę, mechanikę, astronomię, geofizykę, meteorologię, fizykę, chemię, krystalografię, mineralogię, petrografię, oraz ich historię. W dziale B. biologicznym znajdzie się n. p. botanika, zoologia, anatomia, embryologia, histologia, anatomia patologiczna, patologia ogólna, fizyologia, psychologia doświadczalna, farmakologia, geologia, paleontologia, geografia, oraz ich historia.

Każdy dział będzie wychodzić w zeszytach, obejmujących o ile możliwości cały materiał posiedzenia miesięcznego wydziału (których jest 10 do roku), w całych arkuszach druku z ciągłą paginacją. Z końcem roku dołączona zostanie do ostatniego zeszytu każdego działu karta tytułowa i spis prac, w tomie zawartych. Bez względu na możliwą ilość materiału, zawartego w tomie, ilość rycin lub tablic, cena tomu z działu A. wynosić będzie tylko 3, a z działu B. 4 rb. rocznie.

Każdy prenumeratorem będzie otrzymywać bezpłatnie co miesiąc (oprócz feryi w sierpniu i wrześniu) „Sprawozdanie z posiedzeń wydziału matematyczno-przyrodniczego“.

Skład główny w księgarni pp. Gebethner i Wolff w Warszawie, którzy przyjmują prenumeratę i zajmują się ekspedycją główną.

*Józef Rostański,*  
sekretarz wydziału.



## MERAN—TYROL POŁUD.

17 godzin jazdy od Wiednia bez zmiany wagonu, ciepła, słoneczna i sucha stacya klim. zimowa, bez kurzu i wiatrów. Główny sezon od stycznia do maja. Sumienna dezynfekcyja. Znakom. urządzenie leczn. do przeprowadzenia wszelkich kuracyi fizykalno-dyetycznych. Główne wskazania: Choroby ustrojowe, stany rekonwalescencyi i osłabienia, chron. choroby dróg oddechowych, choroby serca i nerek. Pensyonaty dobre i tanie (od 3 złr. pokój z utrzymaniem).

Blizszych wyjaśnień udziela: lekarz-polak **Dr. Binder** Willa Gothensitz.