

Józef Dietl

Praktyczne obserwacje na podstawie wyników badań w Szpitalu Okręgowym w Wiedniu

Acta Medicorum Polonorum 3, 149-200

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Praktyczne obserwacje na podstawie wyników badań w Szpitalu Okręgowym w Wiedniu

Practical observations on the basis of the results of the Regional Hospital in Vienna

Józef Dietl¹

Przekład z niemieckiego:
Marzena Szczudlik

Streszczenie: Niniejszy tekst jest pierwszą, w zasadzie pełną (opuszczono dwa krótkie fragmenty dotyczące gorączki kataralnej i reumatycznej), polską edycją pracy Józefa Dietla (1804-1878) „Praktische Wahrnehmungen...”, opublikowanego w połowie XIX w. w Wiedniu. Potrzeba edycji niniejszego tekstu w języku polskim wynika z jego znaczenia dla rozwoju Nowej Szkoły Wiedeńskiej. Dietl wyjaśnił w nim podstawy nihilizmu terapeutycznego oraz uzasadnił znaczenie matematyki, chemii i anatomii patologicznej dla praktyki lekarskiej.

Abstract: This text is a first, apart from two short pieces about some fevers complete, Polish edition of „Praktische Wahrnehmungen...” by Joseph Dietl (1804-1878), published in the mid-nineteenth century in Vienna. This work is classical presentation of views of the New School of Vienna. Dietl explained foundations of therapeutic nihilism and significance of mathematics, chemistry, and pathological anatomy for medical practice.

Słowa kluczowe: historia medycyny, nihilizm terapeutyczny, nowa szkoła wiedeńska, Józef Dietl

Keywords: history of medicine, therapeutic nihilism, New School of Vienna, Joseph Dietl

Przedmowa

Naprzód! – tak brzmi dziś hasło na polu naszej nauki. Ostrymi pociągnięciami skalpela odkrywamy produkty procesów chorobowych, które pozwalają nam poznawać te procesy tak, jak na podstawie efektów poznajemy ich przyczynę.

¹ W oryginale: Józef Dietl, c. k. policyjny lekarz okręgowy oraz ordynator w tymże szpitalu.

Stetoskop skutecznie, a dla nas szczęśliwie, podsłuchuje tajemnice klatki piersiowej i poprzez zmysł słuchu tworzy żywy obraz tego, czego oko nie jest w stanie dostrzec. Mikroskop dociera aż do poszczególnych atomów zwierzęcego ciała i w pewnym sensie prezentuje nam załączki chorób. Chemia rozsiewa wokół świecące iskry i wkrótce rozświetli nam swym jasno rozbłyskającym światłem najgłębsze zakamarki organizmu. Już można wyjaśnić funkcje witalne za pomocą praw chemicznych, już powstały pierwsze założenia nauki o zakażeniach, już rozbłyska pierwsza jutrzienka chemicznej patologii, która właśnie dlatego, że wywodzi się z chemii patologicznej, będzie prawdziwie przynosząca owoce i nieprzemijająca tak, jak oparta na prawach matematycznych nauka, której zawdzięcza swoje powstanie.

Teoria bez tchu podaża za wyprzedzającymi ją badaniami praktycznymi, dążąc do opracowania i uporządkowania ogromnej ilości zgromadzonych materiałów. A jaki jest końcowy rezultat tych wszystkich badań, trudów, dążeń, starań, działań, gromadzenia, selekcjonowania i porządkowania? Jaka korzyść przyniosło to dla terapii oraz dla cierpiącej ludzkości? Jaki pożytek z tego, że stetoskop wykrywa wadę zastawki serca, skalpel powstanie guzka, mikroskop niedobór czerwonych krwinek, a chemia zwiększoną ilość albuminy w przypadku tyfusu? Przecież nie potrafimy wyleczyć wad zastawek serca ani guzków, a nawet tyfus przechodzi najlepiej wtedy, gdy nie próbujemy go leczyć, lecz pozostawimy go łagodnemu działaniu natury. Te i podobne wypowiedzi słyszemy codziennie z ust laików i lekarzy i to, trzeba przyznać, nie całkiem bez powodu, gdyż bogactwo naszej wiedzy w żadnym razie nie jest wprost proporcjonalne do sukcesów w naszej praktyce.

W ostatnich dziesięcioleciach nasza wiedza urosła do zaskakujących wręcz rozmiarów, za to nasze możliwości pomocy chorym zmniejszyły się, nawet jeśli nie w takim samym stopniu, to jednak bardzo znacząco. Nie dlatego, że mając większą wiedzę możemy mniej zdziałać niż nasi przodkowie z ich ograniczoną wiedzą, ale dlatego, że mając właśnie większą wiedzę musimy w wielu przypadkach uznać bezcelowość i beзуyteczność niejednej terapii. Należy zatem słusznie obawiać się, że obszar naszych działań będzie zawężać się proporcjonalnie do powiększania się obszarów naszej wiedzy.

Medycyna, traktowana jako nauka przyrodnicza, nie może stawiać sobie za zadanie wynajdywania eliksirów życia, przeprowadzania cudownych kuracji, pokonania śmierci, uwiecznienia tego, co przemijające, zakonserwowania tego, co podlega rozkładowi; jednym słowem, zatrzymania biegu natury i podważania jej niezmiennych praw. Natomiast może ona stawiać sobie za zadanie tylko poznanie człowieka we wszystkich jego wymiarach, badanie warunków, w których człowiek rozwija się, trwa, choruje, zdrowieje i ginie; jednym słowem: stworzenie wywodzącej się z historii naturalnej, fizyki i chemii, a zatem naukowo uzasadnionej historii naturalnej lub antropologii człowieka. Medycyna praktyczna lub terapeutyka zawiera się zatem w antropologii i tylko z niej może się rozwinąć. Ponieważ jednak ta ostatnia jest jeszcze słabo rozwinięta, to zrozumieliśmy jest fakt, że do dziś nie istniała naukowo uzasadniona terapeutyka. Ponieważ jednak od dawien

dawna leczenie było nazbyt kuszącym i pilnym zajęciem, aby z jego podjęciem długo zwlekać, więc zaczęto leczyć bez uprzedniego zainteresowania się naturą przedmiotu, który chciano wyleczyć. Tak samo jak alchemikom nie udaje się spod żużlu w tyglu wydobyć złota, tak też uzdrowiciele w dawnych czasach podejmując liczne próby leczenia nie potrafili opracować racjonalnych metod terapeutycznych. Jedni i drudzy w trakcie swoich badań, dokonali w sposób niezamierzony niejednego ważnego i pożytecznego odkrycia, które później stały się własnością takiej czy innej dyscypliny naukowej. W ten sposób powstały pierwsze fragmenty medycyny praktycznej: bez podstaw, bez założeń, bez systematycznego rozwoju, bez wewnętrznej organicznej spójności, niepowiązanymi i rozproszonymi pojedynczymi fragmentami, wywodzącymi się z pragnienia leczenia, a nie z praw nauki.

Medycyna praktyczna jest więc o wiele starsza od nauki, z której powinna się wywodzić. „Filia ante matrem” – suma niezliczonych prób leczenia, empiria bez dna. Zresztą oddajemy cześć tej empirii i z wdzięcznością przyjmujemy dobro, które nam oferuje. Ale jej ostatnia godzina jednak już wybiła! Na obecnym etapie rozwoju nauk przyrodniczych już nigdy nie będzie ona dla nas wystarczająca; musi ustąpić wyższemu, ściśle naukowemu kierunkowi. Reforma medycyny jest nieunikniona, a my możemy tylko określić jej cel poprzez jej przyspieszenie. Jedynie to, co jest oparte na prawach nauk przyrodniczych i z nich wynika, może być przejęte w medycynie praktycznej; wszystko inne należy do świata mistyki i nie może przynieść korzyści cierpiącej ludzkości.

Nasi przodkowie zawsze pracowali mając na uwadze dobro cierpiącej ludzkości, niewiele myśląc o rozwoju nauki. My pracujemy nie tylko na rzecz dobra ludzkości, lecz również na rzecz rozwoju nauki! Nasi przodkowie starali się bardziej o skuteczność ich kuracji, natomiast my staramy się bardziej o sukces naszych badań. Nasza tendencja jest zatem czysto naukowa. Nawet jeśli przez tę czysto naukową tendencję znikają jeden za drugim arkana medyczne; jeśli stale przeredza się szereg różnych specyfików; jeśli mistyczna atmosfera, w której dostojnie poruszali się nasi przodkowie, coraz bardziej się rozwiewa; jeśli rzesza wiernych stale maleje, a obszar działania praktykującego lekarza staje się węższy i węższy; to jednak medycyna kroczy wraz z naukami przyrodniczymi, z których to jedynie musi się ona wywodzić, i otrzyma trwałe podstawy tak, jak to jest w przypadku wszystkich nauk przyrodniczych; to pozbędziemy się całej sterty nieprzydatnych środków, które bardziej przysługują się niewiedzy i arogancji niż skromnej sztuce lekarskiej i cierpiącej ludzkości; to w ten sposób obnażymy i rozbroimy znachorów, sekciarzy, mistyków oraz cały orszak konowałów, którzy biorą swój początek z płytkości naszych dotychczasowych metod leczenia; w ten sposób unikniemy szyderstw i upokorzeń, których ofiarą, mimo szczerych starań, jest tak często nasz fach; w ten sposób osiągniemy w końcu pozycję i godność, których podstawą nie są pobożne wierzenia, lecz głębokie przekonanie. Porzucmy zatem dawną tandetę i błyskotki, w które niewiedza przystrajała się przez całe stulecia; porzucmy liczne specyfiki, które w tysiącach liczonymi oszustwami pozbawiły nas wszelkiej wiarygodności;

porzućmy obejmujące wiele tomów farmakologie, które, powstawszy na podstawie podań z dawnych szczęśliwych czasów, po to tylko wypełniają pierś nowicjusza sangwinistycznymi nadziejami, aby go wkrótce tym bardziej zawieść i doprowadzić do zgubnego zwaśnienia z nauką! Nie przechwalajmy się mocami, których nie posiadamy; wyrzeknijmy się niestałych hołdów ze strony tłumu; raczej przyznajmy otwarcie, że pole naszego działania jest ograniczone, a ograniczoność ta, oparta na prawach nauki, jest w pełni uzasadniona. Nie można bowiem medycynie zarzucić, że nie potrafi wyleczyć tej czy innej choroby; natomiast można jej słusznie zarzucić, że tej czy innej choroby dogłębnie nie zbadała. Lekarza należy zatem oceniać na podstawie jego wiedzy, a nie na podstawie skuteczności jego kuracji. Lekarz powinien być szanowany jako badacz natury, a nie jako uzdrowiciel.

Dopóki medycyna będzie kunsztem, dopóty nie będzie dyscypliną naukową; dopóki będą istnieli szczęśliwi lekarze, dopóty nie będzie lekarzy-naukowców. Medycyna jest dyscypliną naukową opartą na podstawach matematycznych jak każda dziedzina nauk przyrodniczych. Natomiast matematyka wyklucza wszelki kunszt. Aby stwierdzić, że kwadrat długości przeciwprostokątnej jest równy sumie kwadratów długości przyprostokątnych, nie potrzeba kunsztu, lecz dowodu; żeby stwierdzić, że dana choroba to zapalenie płuc a nie zapalenie opłucnej, również nie potrzeba kunsztu, tylko dowodu; wreszcie do stwierdzenia, że z zapalenia płuc można wyleczyć się siłami natury, a nie za pomocą sody, też nie potrzeba żadnego kunsztu, lecz dowodu. Podstawy kunsztu są jakby bez dna, tak że nigdy nie da się ich dojrzeć. Kunszt rodzi się, rozwija i zostaje pochowany wraz z indywiduum, które go uprawia; jest własnością pojedynczych osób, ma swoje korzenie w wyczuciu i fantazji. Nauka jest otwartym polem, na które może wkroczyć każdy, mający dar tworzenia sylogizmów; jest wspólnym dobrem ludzkiego umysłu, w którym jedynie ma swoje korzenie. Zajmuje się obiektami, prawami i pojęciami, które ustala i raz na zawsze wyzwała je spod wpływu emocji i arbitralności. Leży poza obszarem subiektywności, która już nigdy nie będzie mogła nią władać. Co więcej, określa niezmiennie prawa, którym każda rozumna istota musi się bezwzględnie podporządkować. Kunszt zawiera w sobie to, co ciemne, chwiejne, niezrozumiałe i mistyczne, a co nauka całkowicie wyklucza. Medycynie przypięto etykietę kunsztu, ponieważ nie potrafiono jej pojąć, nie rozumiano jej praw, nie traktowano jej jako nauki przyrodniczej. Medycyna posiada swój obiekt, własne prawa i metody, jak każda nauka przyrodnicza, a szczególnie medycyna praktyczna lub terapeutyka nie opiera się na pojęciach subiektywnych, lecz na pojęciach obiektywnych. A zatem jest ona dyscypliną naukową, a nie kunsztem.

Tak jak nie istnieje kunszt uzdrawiania, tak też nie istnieją uzdrowiciele. Lekarze całkowicie niezasadnie i tylko z korzyścią dla ignorancji i znachorstwa zaczęli się tak tytułować. Pseudonim artystyczny usprawiedliwia wszystko, uświęca największe pomyłki, kompletnie odrzuca prawa, normy i wiedzę, otwiera całkowicie wolną drogę dla arbitralności oraz czyni z aroganckiego i najgłupszego partacza szczęśliwego i genialnego lekarza. Gdy uzdrowiciel w przypadkach wad serca,

tyfusu i szkorbutu upuszcza dużo krwi; gdy przy zapaleniach kalomelem niszczy zęby i żuchwę; gdy przy obrzękach stosując naparstnicę prawie doprowadza do zatrzymania akcji serca: to zawsze ma po swojej stronie niezmierzone pole swego kunsztu, który nakazuje mu kierować się indywidualnymi wskazaniem. Przytłumiony odgłos opukowy, oddech oskrzelowy, rzęzenie, uczucie ucisku, kaszel i gęsta flegma muszą zawsze i wszędzie być objawami całkowicie rozwiniętego płatowego, krupowego zapalenia płuc, a *Tartarus stibiatus* musi je zawsze i wszędzie leczyć, jeżeli jest specyficznym lekiem na zapalenie płuc. Jeżeli tak się nie dzieje, to znaczy, że takim lekiem nie jest. Tak muszą być sformułowane twierdzenia w medycynie, a wtedy nie będzie ani kunsztu, ani artysty, ani indywidualizowania, ani mistyki, ani bufonady, ani skandali przy łóżku chorego, ani uszczerbku na godności lekarskiej. Będą jedynie nauki medyczne, które wszędzie na świecie będą identyczne oraz dostępne dla każdego, kto potrafi myśleć i swojej zdolności myślenia chce użyć dla dobra swego bliźniego.

W wiedzy, a nie w działaniu jest zatem nasza siła! Działanie musi się jednakże rozwinąć z wiedzy, jak owoc z kwiatu. Pozwólmy wpierv wszystkim naukom przyrodniczym całkiem się rozwinąć i rozkwitnąć, a wtedy medycyna praktyczna rozwinie się w sposób niewymuszony jako ich naturalny owoc. Inna sprawa, czy owoc ten będzie miał takie cechy, aby spełnić wymagania praktykującego lekarza i chorego. Chory szuka pomocy, a lekarz ma jej udzielić. Ma on zgładzić grzechy rodziców, niewiedzy, nieumiarkowania i rozpusty. Ma zlikwidować skutki ubóstwa, biedy, nędzy i rozpacz, niechęci, chandry i zwątpienia. Ma powstrzymać i unieszkodliwić oddziaływanie zimna i skwaru, powietrza i wody, pożywienia i rzemiosła, trucizny i przemocy, zarazków i miazmatów, dżumy i starości! Zawsze ma być gotowy do pomocy, nieustraszony, niestrudzony, podporą ludzkiej ułomności, obrońcą życia, dawcą zdrowia oraz najwyższej ziemskiej rozkoszy! Czy kiedykolwiek uda się z nauk przyrodniczych rozwinąć taką praktyczną medycynę, to, jak już nadmieniałem, zupełnie inne pytanie i takim na zawsze już pozostanie.

Dlaczego nie żąda się od astronoma, żeby zamienił dzień w noc, od fizyka, żeby chłód zimy zamienił w skwar lata, a od chemika, żeby wodę zamienił w wino? Ponieważ jest to niemożliwe, tzn. niezgodne z prawami jego dyscypliny naukowej, a także dlatego, że astronom, fizyk i chemik są na tyle uczciwi, żeby przyznać, że nie są w stanie tego uczynić. Dlaczego więc żąda się od lekarza, żeby wyleczył gruźlicę, puchlinę, artretyzm, wady serca itd.? Czy ma to uzasadnienie w prawach jego dyscypliny naukowej? Bynajmniej! „Tylko natura potrafi leczyć” – tak brzmi najważniejsze podstawowe prawo medycyny praktycznej, którego będziemy musieli się trzymać, nawet kiedy odkryjemy podporządkowaną mu zasadę leczenia.

To najważniejsze prawo było od wszech czasów na wielorakie sposoby niedoceniane. Wyuczony lekarz, nawet dzisiaj, rzadko ma odwagę się do tego prawa wobec chorego przyznać. Za to wielka chmara aroganckich konowałów zawsze była gotowa obiecywać więcej, niż sama natura mogła zdziałać, i leczyć wszystko, co się im tylko napatoczyło. Dlatego zrozumiałym jest, że właśnie od lekarza żąda

się niemożliwego i będzie się żądać tak długo, jak długo nie uświadomi on sobie jasno swoich zasad, które wyraźnie wytyczyły nieprzekraczalne granice jego działania, i nie będzie obiecywał więcej, niż jest w stanie dokonać.

Jednakże lekarz powinien być aktywny przy łóżku chorego. Powinien zawsze być gotów do udzielania pomocy; jego prawdziwym powołaniem jest leczenie. Cóż za korzyść będzie miała cierpiąca ludzkość z wielkiej wiedzy lekarza, jeśli nie potrafi on leczyć? – Będę miał jeszcze okazję udowodnić, że przez ustanowienie wspomnianego podstawowego prawa praca i zasługi praktykującego lekarza nie są nawet w najmniejszym stopniu umniejszane, lecz raczej podnoszone, a absolutna potrzeba jego istnienia okaże się jeszcze bardziej nagląca. Tymczasem czuję się zobowiązany do odpowiedzi na następujący postulat: „Precz z wiedzą beзуżyteczną!”. Pozwólmy lekarzowi być bardziej badaczem natury niż uzdrowicielem, a doskonale wypełni on swoje powołanie. Dlaczego tak niewiele udaje nam się wyleczyć? Ponieważ wmawiamy sobie, że musimy wszystko wyleczyć. Kompletność medycyny praktycznej nie polega na tym, żeby wyleczyć wszystkie choroby rodzaju ludzkiego, lecz na tym, aby leczyć wszystkie choroby, uleczalne i nieuleczalne, w sposób zgodny z prawami nauki. To, czy leczona choroba zakończy się wyzdrowieniem, czy nie, nie zależy od terapii zastosowanej przez lekarza, lecz od ustalonych praw natury, które warunkują taki czy inny koniec choroby. Racjonalna terapia jest zatem najwyższym celem, do którego lekarz powinien dążyć, i największą korzyścią, której ludzkość może od medycyny praktycznej oczekiwać.

Racjonalne metody leczenia mogą opierać się jedynie na dogłębnych badaniach przyrody. Na tym polega wyższość nowszej szkoły. Podczas gdy stara szkoła zaczęła leczyć przed podjęciem badań, to nowsza szkoła rozpoczęła badania, aby móc leczyć. I rzeczywiście, nawet jeśli jej postępy w odniesieniu do wielkiego zadania, które sobie wyznaczyła, są nadal niewielkie, to już znacząco i pozytywnie wpływa na terapię. Nawet jeżeli nie potrafimy wyleczyć w ostatnim czasie tak gruntownie zbadanej naciekowej gruźlicy płuc, to jednak bardzo dobrze wiemy, że często ustępuje ona samoistnie oraz że jest ona skutkiem specyficznego zakażenia krwi i w związku z tym chorego na gruźlicę nie można osłabiać niewielkimi regularnymi upustami krwi ani, według teorii kaszlu wątrobowego, rozpuszczać przez podawanie mu *solventia*, że trzeba zapewnić mu niezbędne pożywienie, ale nie wolno ograniczać go do zup ze ślimaków i pokrzyw, nie mówiąc już o spowalnianiu pracy jego organów trawiennych stertą medykamentów i innych wynalazków. Nawet jeśli nie jesteśmy w stanie skorygować odkrytej za pomocą stetoskopu wady serca, to jednak w miarę dobrze wiemy, że przy jej racjonalnym leczeniu można często znacznie wydłużyć życie chorego, że w przypadku chorego na serce nie wolno brać uczucia ucisku w klatce piersiowej oraz flegmy z krwią za symptomy zapalenia płuc i zwalczać ich heroicznymi upustami krwi, a także że oceniając chorobę serca i gruźlicę tylko na podstawie praktycznego doświadczenia, bardzo często myli się je ze sobą, mimo że każda z nich należy do całkiem innego typu zakażenia, ma zupełnie inne prognozy i wymaga różnych terapii.

Zapalenie płuc jest rodzajem dyskrazji, twierdzi nowa szkoła i wyjaśnia nam ponadto, że płuca, w których nastąpiła hepetyzacja, są anemiczne, a więc nie trzeba już pozbawionemu krwi narządowi jeszcze jej odciągać, że upusty krwi pozbawiają włóknisty wysięk płucny wilgotności, przez co utrudniają jego rozpuszczanie, a nierzadko stanowią przyczynę tworzenia się guzków, a zatem zapalenie płuc można wyleczyć bez puszczania krwi, a nawet bez naparów, bez kataplazmów i bez *nitrum*, gdyż wszystkie te środki nie są w stanie usunąć powodującej je dyskrazji.

To, czego dzięki nowszej szkole dowiedzieliśmy się o naturze tyfusu, nie dało wprawdzie rezultatów terapeutycznych, jednakże pozwoliło pozbyć się całej armii beзуżytecznych leków, uprościć metodę leczenia i dopasować ją lepiej do natury tej choroby. Tak więc możemy obserwować, jak niejeden chory na tyfus szczęśliwie wraca do zdrowia bez waleriany, dzięglu, arniki, kamfory, piżma, kropli Hoffmanna, *spiritus cornu cervi* itp.; nie upuszczamy mu krwi, gdyż dobrze wiemy, że to by go jeszcze bardziej osłabiło, a nie pozwoliłoby usunąć dyskrazji albuminowej; uspokajamy organizm zimnymi okładami; orzeźwiamy chorego napojami chłodzącymi; wszelkimi dostępnymi środkami przeciwdziałamy zakażeniu krwi; łagodzimy poszczególne najpilniejsze objawy i otwarcie przyznajemy, że przy negatywnej postawie lekarza tyfus przechodzi szybciej i pewniej niż przy zbyt energicznym działaniu.

A co dopiero choroby skórne! Okropne metastazy, takie jak: łuszcycowy zanik wzroku, konwulsje, paraliże, apopleksje, zapalenia płuc, astmy, suchoty itd. Gdzie są odwary drzewne podawane bez umiaru, gdzie nie kończące się kuracje potne, oczyszczające, destylujące i filtrujące? – Również świerzb nie wymaga specyficznej siarki, lecz przechodzi w przeciągu kilku dni, a nawet godzin, po zniszczeniu roztoczy. A egzema, tak często drwiąca sobie z maści, odwarów i kąpieli, ustępuje szybko pod strumieniem zimnej wody. Zaś liszajec, który dawniej ufnie traktowano jako zbawienny zióg podstępnie przebiegającej choroby, jest dziś bez komplikacji atakowany i leczony, bez negatywnych konsekwencji, w przeciągu kilku tygodni. Nawet grzybica, opisywana dawniej jako straszliwa choroba, poddaje się dziś bardziej humanitarnej, bezkrwawej terapii. Proszę wybaczyć mi dalsze wyliczanie terapeutycznych postępów nowszej szkoły, które zrodziły się niejako automatycznie dzięki dokładniejszym badaniom przyrodniczym. Nie chciałbym, aby wyglądało to tak, jakbym dostrzegał jedynie zalety nowego, a nie doceniał zalet starego. Bynajmniej! Każdy, dla kogo nauka jest ważna, wysoko ceni to, co w starym jest prawdziwe, uzasadnione, jasne i konsekwentne. Natomiast wszystko, co jest nieprawidłowe, nieuzasadnione, nie do utrzymania, ciemne i mistyczne, należy bezwzględnie odrzucić. Przecież nowa budowla, przy której pracują teraz połączone siły, nie powinna znów stać się tak kruchą jak stara budowla, która teraz rozsypuje się w gruzy. Zatem uważałem, nie ubliżając zasługom starej szkoły i nie wynosząc zasług nowej szkoły ponad miarę, że muszę tylko zwrócić uwagę na tendencje obu szkół.

Najważniejszym celem pierwszej z nich było leczenie, a wiedza była jedynie przypadkowym efektem jej prób leczenia. Najważniejszym celem drugiej jest wiedza, a leczenie koniecznym rezultatem wiedzy. To, która z tych dwóch tendencji jest ważniejsza i pożyteczniejsza, ani przez chwilę nie może ulegać wątpliwości. Pewnym jest, że mimo naszych badań nie będziemy wiedzieli i potrafili leczyć wszystkiego. Jednak pewnym jest również, że dzięki naszym badaniom uzyskamy jasną świadomość naszej wiedzy i naszych działań oraz że dokładnie poznamy granice naszej wiedzy i naszych działań; że pomiędzy wiedzą i leczeniem będzie istniał konieczny związek oraz że leczenie będzie systematycznie wynikać z wiedzy, a nie, jak dotychczas, wiedza z leczenia. Zatem w wiedzy, a nie w działaniu jest nasza siła!

Po tym, co właśnie napisałem, nie będzie się raczej ode mnie oczekiwać, że ograniczę moje praktyczne obserwacje głównie do terapeutycznych rezultatów lub że będę zachwalał nowe środki i donosił o wspaniałych sukcesach. Nie będzie się też ode mnie wymagać, abym chwalił jakąś metodę leczniczą, która nie okazała się w niepodważalny sposób przekonywującą. Słusznie staliśmy się nieufni wobec wszelkiego zachwalania jakiegos środka. Spowodowane jest to faktem, że nie istnieje naukowo uzasadniona wiedza o środkach leczniczych. Nasza dotychczasowa wiedza o środkach leczniczych jest kwintesencją podań i tradycji z dawnych czasów, bez żadnego związku z prawami nauki. Nasza wiedza o środkach leczniczych nie jest wynikiem nauki, nie rozwinęła się z niej, lecz ją poprzedza. Jeśli np. zachwalamy *gentiana cruciata* jako środek na hydrofobię, to nie mamy do tego żadnej innej podstawy niż to, że Lalic ją jako taki podaje. Lalic nie potrafi podać nam uzasadnienia, dlaczego *gentiana cruciata* jest specyficznym środkiem na wodostreć, ale my też nie potrafimy uzasadnić, dlaczego nie mogłaby takim środkiem być.

A zatem to autorytet i pietyzm są nad wyraz marnym fundamentem naszej farmakologii, której jedynym dotychczas zadaniem było porządkowanie zachwalanych środków według najróżniejszych kryteriów klasyfikacyjnych i nadanie im naukowego kształtu. Tak długo, jak nasze farmakologie będą powstawać przy łóżku chorego, to znaczy na podstawie skuteczności, to nie będą miały żadnych naukowych podstaw; będą jedynie wspólną własnością starych bab i znachorów oraz źródłem całkowicie bezradnego zamętu i mistyfikacji. Jeżeli choroba przechodzi podczas stosowania jakiegos środka, to nie znaczy jeszcze, że została wyleczona wskutek stosowania tego środka.

Post hoc, ergo propter hoc – to fatalnie mylny wniosek, który spowodował wprowadzenie do medycyny w ogóle, a szczególnie do farmakologii, największych fałszów i oszustw. Nadszedł czas, by się tych oszustw pozbyć! Wprawdzie ciężko jest wyrzec się dawnej wiary, w której się tak długo spokojnie żyło, ale zaszczytnym, koniecznym i wartym wysiłku było zrobienie pierwszego kroku w stronę wiedzy, nawet jeśli po ustąpieniu oszukańczych fantomów przed światłem prawdy miałby pozostać tylko nad wyraz mizerny szkielet.

Nie zamierzam tu tworzyć zarysów naukowej farmakologii. Jest to zadanie, do którego moich sił by z pewnością nie starczyło. Jednakże jest dla mnie jasne,

że przed podjęciem się tworzenia nauki o środkach leczniczych należy dokładnie rozeznaczyć, na ile potrzebujemy nauki o środkach leczniczych: natura płodzi i utrzymuje przy życiu, a zatem potrafi również leczyć! Ze wszystkich sił leczniczych należy uznać moc leczniczą natury za najwyższą. Czego ona nie potrafi, tego my musimy starać się dokonać. Tego, co jest w stanie sama uczynić, my nie musimy robić. Udowodnione jest, że nawet najsilniejsze zapalenie płuc w sprzyjających warunkach przechodzi samoistnie siłami natury. A zatem całkowicie zbędnym jest poszukiwanie przez naukę o środkach leczniczych specyfiku przeciw zapaleniu płuc, ponieważ to, czego natura jest w stanie raz dokonać, tego potrafi dokonać za każdym razem w tych samych warunkach. Tak więc terapeutyka musiałaby w przypadku zapalenia płuc jedynie zapewnić takie warunki, które są potrzebne do jego wyleczenia. Farmakologii, która podaje specyfiki na zapalenie płuc, nie mamy więc za co być wdzięczni. Taka farmakologia nie jest zaczerpnięta z czystego źródła wiedzy, lecz uzurpuje sobie moc leczniczą natury i śmie świętować niezасłużone triumfy na koszt tej ostatniej.

Zatem jeżeli kiedykolwiek dojdziemy do racjonalnej farmakologii, to przede wszystkim musimy dokładnie znać granice działania natury, gdyż jak długo nie wiemy, czego natura jest w stanie dokonać, tak długo nie możemy wiedzieć, czego mamy dokonać. Zbadanie mocy leczniczej natury jest pierwszym krokiem do wiedzy. W czasie mojej 15-letniej praktyki było to moim najgorętszym pragnieniem. Wiadomo, jak wielkie przeszkody, często nie do pokonania, napotyka praktykujący lekarz przy realizacji tego pragnienia. Moja ówczesna pozycja lekarza szpitalnego pozwoliła usunąć te trudności i wielokrotnie dała mi możliwość obserwacji dążenia natury do samowyleczenia w całej jego doniosłej okazałości. Moim dążeniem na ten czas nie może być nic innego, jak tylko badać i otwarcie przyznać, czego w przypadku obserwowanych schorzeń dokonała natura, a czego sztuka. *Cuique suum!* Jak długo nie oddamy sprawiedliwości naturze, tak długo jej też nie doświadczymy. Obawiam się, że tymi wypowiedziami nie robię dobrego wrażenia, ale tylko prawdę pośląca!

Od założenia Wiedeńskiego Szpitala Okręgowego 6 grudnia 1841 r. do końca grudnia 1843 r. opiekę znalazło w nim 3380 chorych, w tym 1336 mężczyzn i 2044 kobiety. Nie ma ograniczeń w przyjmowaniu chorych, tzn. że przyjmowany jest do niego każdy chory, z wyjątkiem szalejących obłąkanych i cierpiących na wodowstręt, bez względu na rodzaj choroby, wiek i wyznanie.

W okresie tych dwóch lat w określonej kolejności królowały tyfus, ospa i gruźlica. Z początkiem 1842 roku wybuchła jedna z najstraszniejszych epidemii tyfusu i mniej więcej w połowie roku osiągnęła punkt kulminacyjny. Wszystkie ostre choroby zamilkły. Poza związanymi z przebiegiem tyfusu różnymi wysypkami nie było śladów żadnych innych egzantem. Nawet gruźlica zdawała się leżeć w niemocy i zadowalać się ofiarami, które zaatakowała jeszcze przed wybuchem epidemii.

Siła epidemii była złamana. Przypadki tyfusu stają się rzadsze, za to częściej pojawiają się przypadki intensywnej ospy, a w międzyczasie również szkarlatyny

i odry. Gruźlica nadal występuje umiarkowanie co do liczby przypadków jak i przebiegu choroby.

Z końcem 1842 roku także i tyfus zbliża się ku końcowi. Gorączki żołądkowe typu tyfusowego i różyczka idiopatyczna charakteryzują jego ostatnie chwile. Ospa, szkarlatyna, odra i gruźlica stają się częstsze. Szczególnie ostatnia choroba, krocząc z ogromną furją, bezlitośnie pochłania niejako na nowo wszystkie te ofiary, które jej umknęły w ubiegłym roku; szkarlatyna i odra stają się znów rzadsze. Chroniczne choroby skóry występują w zadziwiająco dużej ilości. Ze względu na porę roku dochodzą do tego zapalenia płuc i opłucnej, nieżyty oraz reumatyzmy, jednakże bez poważniejszej reakcji i większego znaczenia. Po tyfusie nie ma już prawie śladu. Tak przedstawiała się zachorowalność pod koniec 1843 roku.

Nie jest w tym miejscu możliwe dalsze rozważanie, jakie z tego można wyciągnąć wnioski pod względem epidemiologicznym. Natomiast pewnym wydaje mi się, że wszystkie epidemiczne procesy chorobowe są ze sobą powiązane; że jeden warunkuje i wywołuje inny; że jeden musi niechybnie nastąpić po drugim, jak wiosna po zimie, zima po jesieni itd.; że epidemie są przedstawicielami zakażeń krwi; że każda epidemia, tak jak zakażenia krwi, sama się osłabia, a tym samym nie tylko dobiega swego końca, lecz pozostawia również zalążek następnej w kolejności epidemii; że epidemia podlega wyższej zasadzie rozwoju niezależnie od obserwowalnych zewnętrznych oddziaływań oraz że w czasie trwania epidemii daremne jest poszukiwanie zewnętrznych momentów.

A teraz przejdę do rozważenia poszczególnych form chorobowych, tak jak je postrzegalem i o ile prezentowały zasługujące na uwagę aspekty.

Gorączka przerywana

W ostatniej dekadzie, w której to rzędy dzieliły między sobą cholera, grypa i tyfus, żadna inna choroba nie stała się tak rzadka jak gorączka przerywana.

Czyżby jej rzadkie występowanie miało związek z przytoczonymi epidemiami? Czy dlatego, że gorączka przerywana stała się tak rzadką, to tyfus występuje tak często? Czyżby została wyparta i zastąpiona przez tyfus? Czyżby tyfus się z niej rozwinął, czy na tej podstawie można stwierdzić pokrewieństwo między nią a tyfusem i zachwalać chininę? Gorączka przerywana bardzo często musiała ukrywać swe oblicze i maskować się, abyśmy mogli wyjaśnić ciemne i złośliwe procesy chorobowe, lub raczej jeszcze lepiej je ukryć! Ja nie widzę żadnej analogii ani żadnego związku między gorączką przerywaną a tyfusem, a tym bardziej nie rozumiem, w jaki sposób tyfus miałby rozwinąć się z gorączki przerywanej.

Wśród ponad tysiąca obserwowanych przeze mnie chorych na tyfus nigdy nie zauważyłem takiego przejścia czy wtórnego rozwoju. W ogóle pojęcie przejścia z jednego procesu chorobowego w drugi jest niedopuszczalne, oparte na złudzeniach, nie potwierdzone doświadczalnie, niezgodne z wszelkimi prawami natury,

ignorujące odrębność chorobotwórczego gatunku i wstrząsające wszelką wiedzę i naukę w ich fundamentach. Każdy proces chorobowy konstytuuje się jako indywidualium, a indywidualium może połączyć się z innym indywidualium, albo zginać i zrobić miejsce innemu, ale indywidualium nigdy nie może przejść w inne indywidualium. Poza tym, jeśli tyfus byłby w ściślejszym związku z gorączką przerywaną, to z pewnością chinina okazywałaby się skuteczniejszą w jego leczeniu.

Zaobserwowane po ustaniu epidemii tyfusu, głównie wiosną tego roku, przypadki gorączki przerywanej przeważnie z objawami żołądkowymi należały prawie wyłącznie do typu trzydniowego i wymagały w większości przypadków do całkowitego wyleczenia podania od 6 do 8 gr. siarczanu chininy, wszystko jedno, czy tą ilość podawano po 1/2 gr. co dwie godziny, czy na krótko przed paroksyzmem, w formie proszku czy roztworu, samą czy z rozcieńczonym kwasem siarkowym. Nigdy niepotrzebne były zabiegi wstępne, nawroty były rzadkie, a powrót do zdrowia w wielu przypadkach długotrwały.

Ikteryczny, ziemisty kolor skóry oraz specyficznie zniekształcona fizjonomia na długo po ostatnim paroksyzmie pozostają śladami przebytej choroby. Największa zapadalność manifestowała się wśród młodych, silnych osób obojga płci, od wieku dojrzewania do 30 roku życia. Nie stwierdzono zewnętrznych wpływów.

Na temat *febris intermittens larvata* lub raczej na temat tego, co się jeszcze dzisiaj z nią wyprawia, należałoby wiele przypomnieć. Jeżeli każdą gorączkę z silnymi nawrotami, każde zapalenie, każdą nerwicę, każdą neuralgię z powracającymi okresowo napadami będziemy uważać za gorączkę przerywaną, to pojęcie to stanie się tak szerokie, że aż zbyt niedokładne, pozbawione treści i bezużyteczne dla terapiutyki. 30-letni, silnie zbudowany cukiernik, który przy produkcji tak zwanego miążskiego cukru musiał często przebywać w największym skwarze wytwarzanym przez rozżarzone węgle i wskutek tego wielokrotnie przechodził zapalenie opon mózgowych, zachorował na *febris intermittens tertiana* i został w krótkim czasie wyleczony przy pomocy kilku gramów siarczanu chininy. Zaraz po powrocie do zdrowia ponownie narażał się na takie samo szkodliwe oddziaływanie i doznał silnego ataku zapalenia opon mózgowych, które w tym przypadku udało się szczęśliwie opanować już po 24 godzinach stosując ścisłą terapię przeciwwzapalną. Trzeciego i piątego dnia wystąpiły ponownie silne, encefalityczne ataki, podczas gdy drugiego i czwartego dnia zaobserwowano całkowity brak gorączki. Szóstego dnia podano choremu największą możliwą dawkę chininy. Siódmego dnia nie wystąpił już paroksyzm i nie było już nawrotów. Podobne objawy zaobserwowałem w przypadku powracającego każdego wieczora silnego bólu głowy, który bezskutecznie leczono inwazyjnymi środkami przez cztery tygodnie, a szczęśliwie wyleczono przy pomocy kilku gramów siarczanu chininy. Te i podobne przypadki dowodzą, że gorączki przerywane występują również w formie zapaleń i neuralgii, a raczej że mogą towarzyszyć zapaleniom i neuralgiom. Jednakże przypadki te są z pewnością o wiele rzadsze, niż do tej pory uważano. Swój początek zawdzięczają szczególnym uwarunkowaniom

etiologicznym danego indywiduum lub wpływowi panującej epidemii gorączki przerywanej. Gdyż tak jak w czasie epidemii tyfusu większość ostrych zachowań ma objawy podobne do tyfusu, tak w czasie epidemii gorączki przerywanej większość ostrych zachowań nabiera podobnych do niej objawów.

A zatem istnieje *intermittens genuina, sui generis*, którą należy ściśle odróżnić od innych okresowo powracających procesów chorobowych, aby nasze podziały przyniosły pożytek dla medycyny praktycznej.

Tyfus

Po tym, jak epidemie cholery i grypy wygasły, z kolei tyfus rozwinął się do rozmiarów epidemii światowej. Jak wyglądało to w 1842 roku w Wiedniu, a w szczególności w Wiedeńskim Okręgu Policyjnym, gdzie w widoczny sposób zbierał największe żniwo, starałem się przedstawić w kronikach medycznych roku 1843. A zatem pozostaje mi tylko uzupełnić je o doświadczenia zebrane od tego czasu.

Raczej nie ma drugiej takiej choroby, której objawy byłyby z jednej strony tak wyraźne, a z drugiej strony tak ukryte, jak w przypadku tyfusu. Sekcje zwłok odkrywały często świeżo powstałe owrzodzenia tyfusowe, podczas gdy chory nie miał żadnych objawów tyfusowych. W szczególności miało to miejsce w przypadku nałogowych pijaków, osób starszych oraz w przypadkach wielu różnych form tyfusu jednocześnie. W przypadku 50-letniej kobiety z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, a także 83-letniej kobiety z rozedmą płuc nie było żadnych objawów tyfusu poza rzucającą się w oczy słabowitością, ale w zwłokach znaleziono świeże owrzodzenia tyfusowe. O ile często trudno było wykryć rzeczywiście rozwijający się tyfus, o tyle równie często można było popełnić odwrotny błąd i szukać go tam, gdzie go wcale nie było. Ostra gruźlica prosówkowa tak łudząco go przypominała, że przy łóżku chorego zupełnie nie można było ich odróżnić. Większość zakażeń krwi o ostrym przebiegu, zwłaszcza te z dominującą albuminozą, takie jak: wykwyty skórne w ostrej postaci, ostre ziarniste zapalenie nerek, rak rdzenia i reumatyzm w ostrej postaci, przebiegała z większą ilością objawów mniej tyfusowych. Objawy tyfusowe oraz objawy tyfusu, gorączka typu tyfusowego oraz gorączka tyfusowa zatem nie oznaczają jeszcze tego samego i mają się do siebie tak, jak rodzaj do gatunku.

Mimo że tyfus wraz z końcem epidemii stracił sporo ze swojego impetu, a także niektóre ze swoich osobliwości, to jednak ciągle nie brakowało przypadków o bardzo gwałtownym przebiegu, a sztywność, zniekształcona fizjonomia, zaczerwieniony język w przypadku lekkiego, a normalnie zabarwiony w przypadku silniejszego bólu jelitowego, niezbyt oskrzeli, biegunka oraz wzdęcia są jego istotnymi objawami, które mogą potwierdzić diagnozę.

Purpurowo-czerwony język szedł zawsze w parze z lekkimi bólami, a normalnie zabarwiony, lecz obłożony język z silniejszymi bólami jelitowymi. Uważam,

że powinienem w tym miejscu powtórzyć moje spostrzeżenie z okresu epidemii, ponieważ może ono być dla praktykującego lekarza przydatnym w diagnostyce objawem. Jeśli bowiem oprócz purpurowo-czerwonego języka stwierdza się pozostałe istotne objawy duru kiszkiowego, to nie można mieć wątpliwości co do jego istnienia. Jednakże jeżeli oprócz zwykłych objawów tyfusowych stwierdza się normalnie zabarwiony, wilgotny i lekko obłożony język jak w przypadku gorączki żołądkowej, to do zdiagnozowania tyfusu konieczne jest jeszcze stwierdzenie silniejszych bólów jelitowych.

Nieżyt oskrzeli był prawie nieodłącznym towarzyszem tyfusu – im później się pojawiał, tym był mniej groźny. Uważam, że temat nieżyty oskrzeli powinienem co nieco uzupełnić. Samo określenie nieżyt oskrzeli może sprawiać wrażenie niegroźnego, ale jest on jednym z najważniejszych i najgroźniejszych objawów tyfusu. Poprzez obrzęk błony śluzowej oskrzeli i zatrzymywanie flegmy, przy ogólnej adynamii, powoduje on uporczywą obliterację oskrzeli, przez co utrudnia dostęp powietrza atmosferycznego do zobliterowanych gałęzi, a tym samym odbywający się w płucach życiodajny proces oksydacji, sprzyja rozwojowi zakażenia żylnego i oprócz duszności, lęków, sinicy, słabowitości i spowolnienia wszystkich procesów życiowych wywołuje również porażenia mózgu, płuc i serca. Widziałem chorych na tyfus, którzy już w pierwszych dniach ulegali objawom silnego nieżyty oskrzeli, zanim jeszcze rozwinęły się dalsze stadia tyfusu. Chorzy na tyfus, którzy już po ustąpieniu gorączki zdawali się zmierzać w kierunku spokojnej rekonwalescencji, w wyniku rozwoju silnego nieżyty oskrzeli ponownie znajdowali się w stanie najwyższego zagrożenia życia. Nieżyt oskrzeli, rozwinęty w stopniu zaawansowanym, wymaga ze strony lekarza największej staranności i szybkiej pomocy. Wprawdzie często udaje się go przezwyciężyć tylko siłami natury, ale równie często nie udaje się to, a wtedy prowadzi on do przedwczesnej śmierci lub staje się przyczyną dużej słabości i przewlekłego przebiegu choroby. Niektórzy upatrują w środkach wymiotnych skutecznej pomocy na wywołane przez niego skutki. Ja zaś uważam, że należy jej szukać w stosowaniu baniek ciętych, które zawsze okazywały się niezrównanym, działającym szybko i pewnie środkiem, dla którego pochwał nigdy za wiele. Nawet przy najgroźniejszych objawach, gdy pot i potówki pokryją tors, nie wolno zrezygnować z ich zastosowania. Zawsze zmniejszają się objawy asfiktyczne, sinica, adynamia; spojrzenie staje się pogodniejsze, a chory odczuwa ulgę.

Biegunkę należy również traktować jako istotny objaw tyfusu, mimo że w wielu ciężkich i śmiertelnych przypadkach prawie wcale się nie pojawiała. Tak działo się przede wszystkim w 1843 roku i w zimie 1844 roku, w którym to czasie na dużym obszarze panowała epidemia ospy, natomiast tyfus nie rozwinął się całkowicie i w ogóle wykazywał wiele anomalii. Obecnie, gdy ospa znacznie osłabła, a przypadki tyfusu znów pojawiają się częściej, wraz z bardziej regularnym przebiegiem choroby silne biegunki są ponownie na porządku dziennym.

Dla praktykującego lekarza nie bez znaczenia jest też burczenie w brzuchu, tak wyraźnie zauważalne w czasie epidemii. Można je wykryć [beim Bütteln des Bauches – *znaczenie niepewne, najprawdopodobniej*: ostukując brzuch opuszkami palców] lub poprzez wielokrotne, nierównomierne obmacywanie okolic jelita i stanowi ono w niejasnych przypadkach, w których nie pojawiła się nawet biegunka, cenną wskazówkę do postawienia diagnozy.

Oprócz tych najistotniejszych objawów, zachodzących zawsze w przypadku całkowicie rozwiniętego tyfusu, należy wspomnieć jeszcze o innych, nie aż tak istotnych objawach, które występują często w połączeniu z nim.

Krwawienie z nosa, tak częste i siejące postrach w czasie epidemii, od tego czasu prawie nie występowało; okoliczność, która nie przemawia za poglądami tych, którzy uważają, że krwawienie z nosa przy tyfusie nie jest złym, lecz dobrym znakiem.

W nielicznych przypadkach zaobserwowano afty na brzegach języka, zarówno przy średnio silnej biegunce, jak i przy bardzo silnych objawach. Skutkowały one stale utratą tkanki, ale ponieważ nieliczni chorzy, u których występowały, powrócili do zdrowia, nie można powiedzieć więcej o ich związku z owrzodzeniami jelita.

Powstawanie strupów było o wiele rzadsze i występowało dopiero po dłuższym leżeniu w łóżku, a nie już w drugim lub nawet w pierwszym tygodniu gorączki, jak to często bywało w czasie epidemii.

Silne wychudnięcie, które w czasie epidemii pozostawało nawet po lżejszych przypadkach, oraz bardzo powolny powrót do zdrowia ograniczały się tym razem tylko do cięższych przypadków.

W czasie epidemii często obserwowane zniedołężnienie durowe, które zaczynało się zwracaniem gęstej, miedziano-zielonej i paskudnie śmierdzącej treści, a kończyło się obkurczeniem części miękkich na podobieństwo mumii i całkowitym wycieńczeniem, po zakończeniu epidemii nie zostało już nigdy więcej zaobserwowane.

Jeśli potraktujemy tyfus jako specyficzne zakażenie krwi z tendencją do wydalania niektórych składników rozwarstwionej krwi, to zrozumieliśmy staję się, że różnorodne formy występowania tyfusu mogą być w istotny sposób uwarunkowane różnorodnością organów, w których odbywa się wydalanie, oraz że tyfus może być jedynie generycznym określeniem różnych procesów wydalania tego samego zakażenia krwi. W ostatnich dekadach tyfus umiejscawiał się prawie wyłącznie w błonie śluzowej jelita krętego i manifestował się w formie duru kiszkowego. Mamy zatem prawo uważać, że dur kiszkowy jest podstawową formą durowego procesu wydalania, a wszystkie pozostałe formy, w odniesieniu do duru kiszkowego, traktować po części jako anomalie, a po części jako formy wtórne.

Z jedną z najrzadszych anomalii mamy do czynienia, gdy tyfus wcale się nie umiejscawia, tj. gdy materia durowa nie jest w ogóle wydalana, lecz pozostaje we krwi i w specyficzny sposób ją zatruwa. Nawet jeśli te przypadki są nader rzadkie, to nie może być wątpliwości co do ich występowania. Osobiście dwa razy zaobserwowałem ten utopijny tyfus w czasie wielkiej epidemii w 1842 roku i przytoczyłem

to w kronikach medycznych. Te przypadki cechowały się eminentnymi objawami durowymi, które obserwuje się w przypadku rozwiniętego tyfusu jelita krętego: dreszczami, konwulsjami, sinicą, napadami duszności i szału przed śmiercią, lekkim, często prawie niezauważalnym obrzękiem śluzówki jelita krętego, specyficznymi właściwościami anatomicznymi krwi i innych organów w zwłokach. Nie można stwierdzić, jakie są czynniki dysponujące lub wywołujące tę anomalię. Raz zaobserwowano ją u młodej i silnej osoby, a drugim razem u starszej, osłabionej pracą w nocy kobiety – oba przypadki w szczytowej fazie epidemii.

Z mniej rzadką anomalią mamy do czynienia, gdy tyfus całkowicie omija swój właściwy narząd wydalający, błonę śluzową jelita krętego, a umiejscawia się na śluzówce innych narządów lub na błonach surowicznych.

Oprócz przypadków przytaczanych już w kronikach medycznych, muszę jeszcze wspomnieć o dwóch absolutnie wyjątkowych przypadkach: lewostronnego zapalenia płuc u 40-letniego robotnika dniówkowego oraz lewostronnego zapalenia opłucnej u 23-letniego stolarza, które szły w parze z najznakomitszymi objawami durowymi w taki sposób, że nie brakowało żadnego z istotnych objawów tyfusu. Pierwszy przypadek zakończył się zejściem śmiertelnym po trzech, a drugi po dwóch tygodniach obłożnej choroby. W pierwszym przypadku oprócz średniej wielkości guza śledziony, lekkiego obrzęku błony śluzowej jelita krętego oraz specyficznych właściwości krwi odkryliśmy również zgorzelinowe zniszczenia całego lewego płuca i puszysty surowiczy wysięk w osierdziu, a w drugim przypadku dużą ilość puszystego surowiczego wysięku, który wypełniał całą jamę opłucnej. Pierwszy przypadek jest przykładem pierwotnego *pneumotyphus*, a drugi pierwotnego *pleurotyphus*. Wszystkie te przypadki dowodzą, że istnieją przypadki tyfusu bez owrzodzeń jelitowych, które nie należą zatem do istotnych elementów definicji tyfusu.

Przy najczęściej spotykanych anomaliach wydalanie następuje nie tylko na śluzówce jelita krętego, lecz również na innych błonach śluzowych, na błonie surowiczej lub na narządach mięsnych, a także na skórze.

Z nozograficznego punktu widzenia anomalie te są formami lub kombinacjami wtórnymi, przy czym są to kombinacje tyfusu jelita krętego z tyfusem ze zmianami gardłowymi, krtaniowymi, oskrzelowymi, płucnymi, opłucnowymi, żołądkowymi, w okrężnicy, torbielowymi, skórnymi itd., jeśli materia tyfusowa osadza się nie tylko na śluzówce jelita krętego, lecz również na błonie śluzowej gardła, krtani, oskrzeli, płuc, żołądka, okrężnicy, pęcherza, na opłucnej, na skórze itd. Przeważająca część tych kombinacji ujawnia się dopiero przy sekcji zwłok. U chorych prezentują objawy tyfusu jelita krętego i można raczej często się ich domyślać, ale rzadko dają się zdiagnozować.

Najczęstsze i najbardziej wyraziste są kombinacje z nieżytem oskrzeli, żołądka oraz z zapaleniem płuc i wysypką.

Kombinacja z nieżytem oskrzeli ma zazwyczaj gwałtowny przebieg oraz powoduje duszności i sinicę.

Kombinacja z nieżytem żołądka ma zazwyczaj długi przebieg oraz powoduje umiarkowanie wysoką gorączkę, umiarkowanie silną biegunkę, dużą słabowość, wychudzenie i powolną rekonwalescencję.

Kombinacja z zapaleniem płuc powoduje nietypowe objawy chorobowe. Nie pojawiają się ani wyraźne objawy zapalenia płuc, ani zapalenia jelita krętego, a oba procesy chorobowe zdają się jakby wzajemnie ograniczać swój rozwój. Pierwszy z nich manifestuje się pustym, bębnowym i ograniczonym do niewielkiego obszaru odgłosem opukowym, nieokreślonym oddechem i specyficzną płwociną. Rzadziej był słyszalny wyraźny oddech oskrzelowy, po części powodowany być może małą pojemnością zhepatyzowanych płuc, a po części mniej plastyczną konsystencją nacieku. Zapalenie jelita krętego manifestuje się zeszywnieniem, adynamią, dwubitnym tętnem, bólami jelitowymi, wzdęciami, umiarkowanie silną biegunką, a nawet często całkowitym jej brakiem. Krupowe zapalenia płuc prezentowały często lekkie objawy tyfusowe. W zwłokach takich pacjentów nie znaleziono żadnych śladów tyfusu oprócz swoistego włóknistego wysięku płucnego sięgającego aż do komórek płucnych. Zatem zapalenie płuc z objawami tyfusowymi nie jest jeszcze tyfusem ze zmianami płucnymi. Kombinacja tyfusu jelitowego z tyfusem ze zmianami płucnymi lub inaczej wtórny tyfus ze zmianami płucnymi zdaje się zawdzięczać swoje istnienie bardziej zahamowaniu wydalania materii tyfusowej na śluzówce jelita niż dużej ilości tej ostatniej. Występowała ona najczęściej w okresie, gdy z powodu panującej epidemii ospy tyfus prezentował wiele anomalii, oraz w miesiącach wiosennych: kwietniu, maju i czerwcu, kiedy była największa skłonność do zachorowań na zapalenie płuc.

Na szczególne uwzględnienie zasługują kombinacje tyfusu jelita krętego z tyfusami powodującymi zmiany skórne lub wysypki. W pierwszej połowie epidemii występowały one bardzo rzadko. Dopiero w jej drugiej połowie, gdy obudziło się już dobroczynne dążenie natury do samoistnego uleczenia, ponownie zaczęły się pojawiać w większej ilości zapowiadając rychły koniec epidemii. Bowiem jeśli tyfus z powodu zahamowania intensywności procesu chorobowego nie umiejscawia się dostatecznie na śluzówce jelita krętego, to pobudzony do większej aktywności narząd skórny przejmuje wyeliminowanie pozostającej we krwi plazmy i w ten sposób powstaje kombinacja tyfusu jelita krętego z tyfusem skórnym. Tyfus skórnym ma się do tyfusu jelita krętego tak, jak tyfus ze zmianami płucnymi do tyfusu jelita krętego. Tyfus skórnym i tyfus jelita krętego są zatem produktami tego samego skażenia krwi i nie różnią się co do swojej natury.

Tyfus skórnym może być pierwotny lub wtórny. Pierwotny jest wtedy, gdy tyfusowy proces wydalania odbywa się wyłącznie na skórze, całkowicie omijając śluzówkę jelita krętego. Takie przypadki są z pewnością tak samo rzadkie jak pierwotnego tyfusu ze zmianami płucnymi, opłucnowymi, gardłowymi itd. Jednak nawet jeśli byłyby one o wiele częstsze, to nadal nie byłoby wystarczających podstaw, aby założyć istnienie niezależnego od tyfusu jelita krętego i istotnie różniącego się od niego tyfusu wysypkowego. Określone wpływy epidemicz-

ne mogą stanowić przyczynę tego, że tyfusowe skażenie krwi obiera sobie za narząd wydalający jednym razem śluzówkę jelita krętego, a innym razem skórę. O tyle nie wolno nam dąsać się na adeptów starej szkoły, że traktują *typhus exanthematicus* jako odrębną chorobę. Jednakże opierając się na niepodważalnych doświadczeniach nie wolno nam zgodzić się z tym, że tyfus wysypkowy uważa się za istotnie różniący się od naszego tyfusu jelita krętego oraz że w przypadku niewystąpienia wysypki w ogóle nie uważa się go za tyfus. Dr Zehetmayer i inni stwierdzili, że ich doświadczenia potwierdzają wyrażone przez mnie poglądy na ten temat. Od tego czasu na podstawie nowszych obserwacji doszedłem do wniosku, że nie ma istotnej różnicy pomiędzy *typhus exanthematicus* i *typhus abdominalis*, a raczej że ich wspólne objawy w formie wykwitów na jelitach oraz pozostałych zmian anatomicznych stwierdzanych w zwłokach świadczą o ich wspólnym pochodzeniu.

Typhus exanthematicus u starszych autorów lub tyfusowa plamica brzuszna to jednak nie jedyna forma skórna tyfusu jelita krętego. Z powodu umiejscowienia na skórze powoduje on raczej wiele rodzajów wysypek, tworzących naturalny szereg. Oprócz już wspomnianej plamicy do najpowszechniejszych rodzajów tyfusu należą róża, wysypka grudkowa i różyczkowa. W kilku przypadkach w połączeniu z tyfusem jelita krętego widziałem rumień, a w jednym przypadku pokrzywkę. Tak więc z wyjątkiem tak zwanych wysypek idiopatycznych: szkarlatyny, odry i ospy, wszystkie inne, tak zwane symptomatyczne wysypki występują w połączeniu z tyfusem jelita krętego. Tak, nawet stwierdzenie, że szkarlatyna, odra i ospa są prymitywnymi rodzajami tyfusu skórniego, nie wydaje się zbyt śmiałe. Albuminowe skażenie krwi, które jest źródłem zarówno tyfusu, jak i ostrych form wysypek, oraz zdecydowane objawy nerwowe, które tym ostatnim tak często towarzyszą, ich zanikanie w fazie rozwoju i pojawianie się na nowo w fazie osłabiania się i po wygaśnięciu epidemii tyfusu oraz wiele innych analogii, wynikających z etiologicznych i terapeutycznych współzależności tych patologicznych procesów – to wszystko niejako przemawia za tym poglądem.

Podobnie jak różne rodzaje tyfusu wysypkowego wyróżniają się ich formą zewnętrzną, tak też charakteryzują się one określonym zachowaniem w stosunku do ich schorzenia głównego. Plamica jest bowiem w ścisłym związku z błoną śluzową narządów oddechowych. Już w pierwszych dniach gorączki towarzyszy jej bardzo silny nieżyt oskrzeli. Róża, różyczka i wysypka grudkowa wykazują bliższy związek z błoną śluzową narządów trawiennych. Występują one dopiero w drugim i trzecim tygodniu gorączki i stale towarzyszą im objawy żołądkowe. A zatem epidemie o charakterze głównie nieżytowym powodują pierwsze formy, a epidemie o charakterze głównie żołądkowym drugie. Być może dlatego też w ostatnich dwóch dekadach, kiedy to „geniusz” żołądkowy trwał nieposkromiony, te drugie formy występowały tak często, a te pierwsze tak rzadko.

Oprócz tych powszechnych kombinacji rzadziej zaobserwowano jeszcze następujące:

Tyfus jel. kręt.	i apopleksja opon mózgowych,	1 raz
— —	i zapalenie żylnie opon mózgowych,	1 —
— —	i tyfus ze zmianami gardłowymi,	1 —
— —	i tyfus ze zmianami oskrzelowymi,	2 razy
— —	i swoista hepatyzacja,	2 —
— —	i zapalenie opłucnej,	2 —
— —	i apopleksja mięśni brzucha,	2 —
— —	i charłactwo pijackie,	1 raz
— —	i wycięczenie starcze,	1 —

To zestawienie pokazuje, że różnorodne formy dyskrazji tyfusowej, zresztą różniące się tylko umiejscowieniem, łączą się wzajemnie, ale nie łączą się z formami innych dyskrazji. Różne kombinacje tyfusu z innymi dyskrazjami można z pewnością ująć w jednym zdaniu. Mianowicie, że na podstawie współobecności różnorodnych produktów dyskrazji w zwłokach nie można wyciągnąć wniosku co do koegzystencji różnorodnych dyskrazji w żywym organizmie. Produkty dyskrazji mogą i zapewne w przytłaczającej większości przypadków muszą współzysztować w zwłokach, ale dyskrazje nigdy nie współzysztują ze sobą, lecz następują po sobie według ściśle określonego chemicznego prawa.

Celem niniejszych wierszy nie może być szczegółowe omówienie kombinacji. Uważam jednak, że powinienem przynajmniej podkreślić, że nauka o kombinacjach jest najcenniejszym darem, jakim obdarzyła nas nowa szkoła. Jest ona pierwszym błogim promieniem światła, który nauka wysyła do ciemnego labiryntu naszych badań, pierwszym stałym punktem [odniesienia], który otrzymaliśmy w nieogarnionym obszarze naszej dziedziny naukowej. O ile nauka o kombinacjach opiera się na nauce o dyskrazjach, nauka o dyskrazjach na chemii, chemia na stechiometrii, a stechiometria na matematyce, o tyle nauka o kombinacjach również opiera się na matematyce. Tym samym medycyna praktyczna poprzez naukę o kombinacjach otrzymuje matematyczną podstawę, która natychmiast wynosi ją ponad poziom mistycyzmu do precyzji i godności dziedziny naukowej. To jest właśnie, pokrótce nakreślona, niezmierna korzyść, jakiej możemy oczekiwać od w pełni rozwiniętej nauki o dyskrazjach i nauki o kombinacjach. Tak, tylko od tej strony medycyna jest dostępna dla matematyki, a więc tylko od tej strony jest możliwy jej naukowy rozwój.

O przebiegu tyfusu nie można powiedzieć nic nowego. Po wygaśnięciu epidemii, choć też nie zawsze regularnie, był on ogólnie rzecz biorąc o wiele łagodniejszy. W początkowej fazie powstawania tyfusu występowały gwałtowne objawy, ale już po kilku dniach tracił on wszystkie swe okropności i bez szczególnej ingerencji ze strony lekarza szybko przechodził w fazę powrotu do zdrowia.

Z etiologicznego punktu widzenia wszystko, co zostało już powiedziane w kronikach medycznych, należy na podstawie niedawnych doświadczeń w całości po-

twierdzić. Największa podatność występowała pomiędzy 15 a 20 rokiem życia. Poniżej 5 i powyżej 40 lat jest już nieznaczna. Najmłodszą chorą była 7-letnia dziewczynka, a najstarszą 83-letnia kobieta. Dyskrazja tyfusowa rozwija się niezależnie od uwarunkowań zewnętrznych pod wpływem konstytucji epidemicznej. Zimno, upał, deszcz, słońce, wiatr, mgła, wichury, góry, doliny, rzeki, mokradła, woda pitna, położenie miejscowości itp. nie mają żadnego wpływu na wybuch i dalszy przebieg epidemii tyfusu, a ubóstwo, nędza, brak żywności, strapienia, zmartwienia, osłabienie, zniedołężnienie i inne przyczyny osłabienia są w przypadku tyfusu raczej czynnikami chroniącymi niż dysponującymi. Jeszcze nigdy nie można było zobaczyć tak młodych, silnych i rozkwitających ludzi w salach szpitalnych jak w czasie kolejnych epidemii tyfusu. Odnośnie zakaźności tyfusu uważam, że powinienem skorygować to, co napisałem w kronikach medycznych. A mianowicie, że stwierdzając, iż tyfus jest tak samo zakaźny jak ospa, miałem nie tyle na myśli stopień intensywności, lecz raczej analogie pomiędzy obydwoma procesami chorobowymi odnośnie sposobu ich namnażania się przez zarazki. Pewnikiem jest, że tyfus prezentuje o wiele mniejszy stopień zakaźności niż ospa, gdyż jeden chory na ospę zaraża całą salę, a nawet, przy nie wystarczającej izolacji, cały szpital, to chorzy na tyfus pozostają zazwyczaj niegroźni dla najbliższego otoczenia. Jednakże pewnym jest też to, że gdy tyfus zadomowi się w danej okolicy, uliczce, domu czy mieszkaniu, to nie daje się stamtąd usunąć, aż zarazi wszystkie dysponowane osoby – rzekłbym – aż wyczerpie się cała suma zastanej tam dyspozycji. Tak samo pewne jest, że w czasie epidemii tyfusu w 1842 roku w Wiedeńskim Szpitalu Okręgowym wszyscy młodzi lekarze, którzy jeszcze nie przechodzili tyfusu, w różnym stopniu nań mniej lub bardziej cierpieli, co często manifestowało się niegroźną niedyspozycją.

Jeśli chodzi o prognozy, to muszę bez reszty odesłać do tego, co napisałem w kronikach medycznych.

Trzeba z ubolewaniem przyznać, że w terapii tyfusu, mimo gruntownych badań jego istoty oraz licznych starań empirycznych, nie poczyniono istotnych postępów. Co prawda uproszczono ją i uwolniono od różnej bezużytecznej tandety, ale nadal brakuje *specificum* na tyfus.

Wiele przypadków tyfusu wyleczono w trakcie stosowania danego środka, ale żadnego przez zastosowanie jednego środka. Odnośnie terapii tyfusu nadal obowiązuje zasada: im mniej, tym lepiej! Podawaliśmy chorym na tyfus *mixt. oleosa* i wracali do zdrowia; pomyliliśmy *mixt. oleosa* z *dec. salep.* i wracali do zdrowia; pomyliliśmy *decoct. salep.* z *nitrum* i również wracali do zdrowia. W końcu pomyliliśmy *nitrum* z *magnesia* i również wracali do zdrowia. Jeśli pomyliliśmybyśmy *magnesia* z *pulv. liquiritiae*, to z pewnością też by wyzdrowieli. Od miesiący wśród naszych chorych na tyfus nie było ani jednego zgonu! Możemy zatem razem z innymi szczęśliwymi terapeutami stwierdzić, że spośród 100 chorych na tyfus, notabene przy zastosowaniu *magnesia*, nie zmarł ani jeden!!! W fazie kulminacyjnej epidemii umierało 33 ze 100 chorych na tyfus, mimo ałunu, kwasów, chloryny, chininy, jodu i kalomelu, mimo wszelkich alopacyjnych i homeopatycznych środków! Któż

w obliczu tych faktów zaprzeczy bezużyteczności wszelkich zachwalanych środków? Któż nie będzie musiał przyznać z bezpretensjonalną skromnością, że leczymy tyfus pod auspicjami dobroczynnej natury? Któż dziś będzie lecząc chorego upierał się przy tym czy owym wielce zachwalanym i wypróbowanym we własnej praktyce środkiem, uważał chorego za straconego, a kolegów za godnych potępienia, jeśli nie zastosuje tego w praktyce? Jak długo jeszcze przy łóżku chorego będzie trwać ten bezgraniczny pietyzm dla materia medica, to upodobanie do nie wypróbowanych, zawsze zwodzących i nigdy nie sprawdzających się środków, ta nietolerancja wobec wszystkiego innego, ta nieuprzejmość i niekoleżeńskość?

Otwarcie przyznajmy przed samymi sobą, że nie mamy leku na tyfus, tzn. że nie mamy środka, aby powstrzymać wywołującą go dyskrazję albuminową i przywrócić już rozwarstwowaną krew do normalnego stanu przed naturalnym zakończeniem przebiegu dyskrazji. Nie mamy ani środka zapobiegającego wystąpieniu dyskrazji tyfusowej, ani takiego, który powstrzymałby rozwój dyskrazji już po jej wystąpieniu. To znaczy, że nie mamy ani środka zapobiegawczego, ani lekarstwa na tyfus. Teraz, gdy tyfus przebiega niezwykle łagodnie i nawet w przypadku najbardziej niekorzystnych jego form prawie we wszystkich przypadkach przechodzi do fazy rekonwalescencji bez specjalnej ingerencji lekarskiej, praktycznie tylko pod wpływem uregulowania stanu chorego, teraz każdy umie go wyleczyć i nie brakuje najwyszukańszych środków przeciwko niemu. Wcześniej, gdy epidemia szalała z niepokromioną i niszczyielską siłą, wtedy wyglądało to zgoła inaczej!

Jeśli tak właśnie ma się sprawa, to leczenie tyfusu tym bardziej wymaga pomocy ostrożnego i aktywnego lekarza. Przede wszystkim tyfus musi być prawidłowo rozpoznany, gdyż ma to istotny wpływ na prognozę i terapię. O tym, jakie trudności nastęrcza często zdiagnozowanie tyfusu, już wspominałem. Zatem potrzeba ostrożnego lekarza.

Jeśli lekarz nie ma do dyspozycji specyficznych leków na daną chorobę, to jego obecność przy łóżku chorego nie jest z tego powodu bynajmniej niepotrzebna. Oprócz tego, że zazwyczaj wnosi on już wiele światła i wiele dobrego stawiając pewną diagnozę, uwzględniając kryteria etiologiczne, formułując racjonalną prognozę oraz regulując oddziaływania zewnętrzne, to jego działanie polegające na zwalczaniu wymagających tego objawów, od których nierzadko zależy to, jak się choroba zakończy, jest niezmiernie korzystne i staje się on w dosłownym słowa tego znaczeniu wybawcą chorego, który był zagrożony. Dzieje się tak szczególnie w przypadku tyfusu, który wywołując trawiącą chorego gorączkę, zapalenia niezbędnych do życia narządów, zwłaszcza płuc, niekończące się biegunki oraz zgorzele narządów zewnętrznych może stanowić bardzo duże zagrożenie życia. O ile więc w terapii sprawdza się zasada: im mniej, tym lepiej, o tyle nieprawdziwe byłoby twierdzenie, że w przypadku tyfusu lekarz powinien być beczynny i całkiem spokojnie przyglądać się przebiegowi choroby. Zwłaszcza wspomniane niedawno objawy wymagają z jego strony ciągłej czujności, a często nawet energicznego działania. Zatem potrzeba aktywnego lekarza.

Dlatego, kiedy po bezowocnych poszukiwaniach *specificum* z elegancją wycofujemy się zasłaniając tak zwanym indywidualnym podejściem, a raczej ukrywamy pod tym pojęciem naszą bezsilność, to mamy na myśli środki zwalczające poszczególne objawy, które nie są skierowane przeciw samemu procesowi chorobowemu, lecz przeciw jego skutkom, przez co często mogą przynosić decydujące korzyści. Środki zwalczające poszczególne objawy są w przypadku tyfusu tak różne jak wtórne objawy, które może on wywoływać. Zimna woda do picia, okłady, przemywanie i lewatywa na rosnącą gorączkę, bańki cięte na zapalenie płuc i duszący niezbyt oskrzeli, ałun na krwotoki jelitowe, kalomel na obfitą biegunkę, kamfora na zgorzele. Zatem jeśli chodzi o tych kilka wymienionych przeze mnie środków działających objawowo, to nie twierdzę, że są one jedyne i najlepsze. Jest ich z pewnością więcej i prawdopodobnie są też lepsze. Muszę jednak jeszcze raz zwrócić uwagę na jeden z tych środków, a mianowicie na kalomel. Już w kronikach medycznych podzieliłem się moimi doświadczeniami z tym środkiem i, jak się spodziewałem, nie uzyskałem poparcia ze strony moich kolegów. Przyczyna tego leży po części w samym środku, a po części w braku nauki o lekach opartej na metodach naukowych. Kalomel z jednej strony jest specyfikiem na kiłę, a z drugiej strony powoduje własną dyskrazję i już z tego powodu musi przewycięzać całkiem naturalną antypatię. Z powodu braku farmakologii opartej na metodach naukowych na potwierdzenie skuteczności danego środka nie można przytoczyć nic innego, jak tylko doświadczenia zebrane przy łóżku chorego. Jak zawodną miarą przy ocenie danego leku są doświadczenia zebrane przy łóżku chorego, wynika chociażby z niezliczonych sprzecznych doświadczeń z jednym i tym samym środkiem, co prowadzi do rosnącego z dnia na dzień niedowierzania we wszelkie pochwały lekarstw, [nawet] oparte na wieloletnich doświadczeniach przy łóżku chorego.

Niestety i tym razem nie mam do dyspozycji innych dowodów niż doświadczenie zebrane przy łóżku chorego! Kalomel jest jedynym środkiem, który pewnie i w bardzo krótkim czasie powoduje stolce z żółcią, które należą do najkorzystniejszych objawów w przebiegu tyfusu. Kalomel jest najskuteczniejszym środkiem na kiłę, a kiła i tyfus to choroby mogące występować razem. Kalomel działa niekorzystnie w przypadku szkorbutu, a szkorbut i tyfus są wykluczającymi się dyskrazjami. Te uzyskane a priori powody zdają się wprawdzie przemawiać za stosowaniem kalomelu, ale są jednakże niewystarczające, aby naukowo dowieść jego skuteczności. Jak długo nauka o środkach leczniczych będzie opierać się tylko na doświadczeniu empirycznym, tak długo będziemy musieli zadowolić się doświadczeniami zdobytymi przy łóżku chorego. To znaczy, że musimy oceniać dany środek po efekcie, który wydaje nam się, że zaobserwowaliśmy u chorego. Żeby na podstawie tego empirycznego doświadczenia uznać dany środek za mający właściwości lecznicze nie wystarczy stwierdzenie, że chory wrócił do zdrowia w czasie jego stosowania. Wyzdrowieć w czasie stosowania danego środka nie oznacza wyzdrowieć w wyniku jego stosowania. Dodatkowo środek musi powodować

Anatomische Klinik
der
Gehirn - Krankheiten.

Von

Dr. JOSEPH DIETL,

k. k. Polizei-Bezirks- und Primararzt, Mitglied der k. k. Gesellschaft
der Aerzte zu Wien.

Als Ergänzung

zu dessen in der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien
erschiedenem Aufsätze über Kopfkrankheiten.

WIEN, 1846.

Kaulfuss Witwe, Prandel & Comp.

wyraźną poprawę stanu chorego i mieć specyficzne oddziaływanie na osoby zdrowe. Nie da się bliżej określić czasu, w którym skuteczny środek musi spowodować poprawę stanu chorego, ale powinno to nastąpić przed naturalnym zakończeniem choroby, a dokładniej przed jej fazą kulminacyjną. Specyficzne oddziaływanie substancji leczniczych na zdrowy organizm nie jest nam jeszcze wystarczająco dobrze znane. Jednak pewnym jest to, że naturalna substancja może być uznana za substancję leczniczą, tylko jeśli potrafi wywoływać specyficzne, tj. wyłącznie z nią związane objawy w zdrowym organizmie. Jod i rtęć wywołują owrzodzenia błony śluzowej i dyskrazję. Lecz tak, jak różnią się między sobą te substancje, tak też wywołują różne dyskrazje: dyskrazję jodową i dyskrazję rtęciową. Zatem jod i rtęć są specyficznie oddziałującymi substancjami naturalnymi i pod tym względem mogą być uznane za substancje lecznicze. Natomiast, gdy wypicie większej ilości naparu prawoślazowego powoduje uczucie gorąca, pocenie się, diurezę, mdłości, wymioty itd., to nie można uznać tego za specyficzne działanie tegoż naparu, ponieważ takie samo działanie ma letnia woda, napar z bzu, napar z kwiatów lipy itd. Ścisłe rzecz biorąc napar prawoślazowy nie jest więc substancją leczniczą. Każdy środek leczniczy jest również substancją naturalną o specyficznym działaniu, ale nie każda substancja naturalna o specyficznym działaniu jest też środkiem leczniczym. Np. rtęć, żelazo i kora chinowca są uznanymi środkami leczniczymi oraz substancjami specyficznie oddziałującymi na zdrowy organizm. Cynk, ołów i naparstnica są substancjami specyficznie oddziałującymi na zdrowy organizm, ale nie są środkami leczniczymi, ponieważ chciałoby się powiedzieć, że do najszcześniejszych iluzji należy przekonanie, że cynkiem udało się wyleczyć nerwicę, ołowiem gruźlicę, a naparstnicą puchlinę. Substancja o specyficznym działaniu staje się środkiem leczniczym, jeżeli ma bliższy związek z procesem chorobowym i potrafi spowodować jego osłabienie jeszcze przed jego fazą kulminacyjną. To stanowi niezmierną przepaść pomiędzy potencjami o specyficznym działaniu a środkami leczniczymi. Jeśli wszystkie potencje o specyficznym działaniu byłyby jednocześnie środkami leczniczymi, to chyba nie istniałaby choroba, która nie miałaby swojego *specificum*. Niestety znamy wiele substancji o specyficznym działaniu, które nie mają żadnego związku z jakąkolwiek chorobą, a więc nie mogą pełnić roli środków leczniczych. Zatem jeśli chcemy oceniać jakkolwiek środek leczniczy na podstawie doświadczeń empirycznych, tj. według jego działania u chorych, to w celu uniknięcia mylnych wniosków musimy uwzględnić następujące dwa kryteria:

1. Dany środek leczniczy musi należeć do substancji naturalnych o specyficznym działaniu.
2. Musi on mieć korzystny wpływ na przebieg choroby, zanim ta osiągnie fazę kulminacyjną.

Tylko wtedy, gdy w przypadku stosowanej substancji leczniczej oba te kryteria są spełnione, możemy z ogromnym prawdopodobieństwem twierdzić, że leczona

choroba została wyleczona nie tylko w czasie stosowania substancji leczniczej, lecz rzeczywiście w wyniku jej stosowania, w związku z czym zastosowana substancja lecznicza jest naprawdę środkiem leczniczym przeciw tej chorobie.

W żadnej substancji leczniczej kryteria te nie są jednak lepiej spełnione niż w przypadku kalomelu, stosowanego na tyfus. Jego specyficzne działanie na zdrowy organizm jest znane na całym świecie, a oddziaływanie na przebieg choroby przetestowałem na 500 do 600 chorych na tyfus. Żaden inny środek nie powstrzymuje tak szybko i niezawodnie biegunki tyfusowej jak kalomel! Stosowałem go niezależnie od doświadczeń innych, które podczas moich pierwszych prób nie były mi znane. Nie podawałem go ani w tak ogromnych dawkach, ani w tym samym celu co inni. Ja nie chciałem kalomelem leczyć tyfusu, lecz jedynie powstrzymać zbyt obfitą biegunkę. Zatem w przypadkach tyfusu z umiarkowaną biegunką lub całkiem bez biegunki nigdy go nie stosowałem.

Każdy tyfus jelitowy z reguły łączy się z biegunką. Zatem umiarkowana biegunka jest nie tylko nieszkodliwa, lecz nawet pożądana, ponieważ tyfus bez biegunki przebiega w sposób mniej regularny i ostrzejszy. Natomiast zbyt obfita biegunka osłabia i powoduje wyższą gorączkę. W takich przypadkach kalomel dokonuje wszystkiego, czego można wymagać od środka leczniczego. W ciągu doby, a często nawet wcześniej, nie kończąca się i wyczerpująca biegunka prawie całkowicie ustępuje lub znajduje się pod kontrolą; gorączka znacznie spada i ma się ku końcowi; wcześniej gorąca i sucha skóra poci się, a chory pogrążony w silnym odrętwieniu pogodnie się rozgląda i czuje się wzmocniony jak umierający z pragnienia po orzeźwiająjącym napoju. Jeśli ta korzystna zmiana nie nastąpi w ciągu doby, to należy zwiększyć dawkę kalomelu, który na początku podaje się po 1/8 gr. co 2 godziny, do 1/2 gr. Jeśli po 24 godzinach podawania nadal nie wystąpi wspomniane korzystne działanie, to znaczy, że biegunka nie jest tylko normalnym produktem odbywającego się w jelicie krętym procesu wydalania, lecz wynikiem zgubnej anomalii przeradzającej się w posocznicę. Dyskrazja tyfusowa przekształca się bowiem w dyskrazję skorbutową i nieuchronnie prowadzi do śmierci chorego. Wysięki krwotoczne oraz cuchnące wypróżnienia o kształcie czekolady są oznakami stanu ostrego rozpadu krwi, przeciw któremu ani kalomel, ani żaden inny środek leczniczy nie jest w stanie nic zdziałać. Z wyjątkiem takiej septycznej biegunki kalomel powstrzymuje każdą inną silną biegunkę tyfusową i tym samym usuwa zarazem wszystkie powodowane przez nią objawy, w szczególności gorączkę i adynamię. Jeżeli tyfus przebiega normalnie, tzn. jeśli umiejscowił się wyłącznie i całkowicie na błonie śluzowej jelita krętego i wywołuje już tylko objawy powodowane utrzymującą się silną biegunką, to kalomel będzie najlepszym antidotum. Czy udałoby się wyleczyć te przypadki bez kalomelu? Nie potrafię tego ani potwierdzić, ani temu zaprzeczyć. Takie rozważania nie mają też żadnego związku z wartością danej terapii, której zadaniem jest szybkie i pewne usuwanie objawów, wymagających szybkiego działania. Kalomel spełnia wszystkie te wymogi co najmniej tak samo dobrze, jak kora chinowca w przypadku zimnicy, rteć

w przypadku kiły, żelazo w przypadku chlorozy, a kwasy w przypadku szkorbutu. Nie mam zatem innego wyjścia, niż ogłosić kalomel środkiem o specyficznym działaniu przeciw silnej biegunce przy normalnym przebiegu tyfusu jelita krętego i ponownie polecić go uwadze moich kolegów.

Tyle na temat leczenia tyfusu, na ile to, co pisałem w kronikach medycznych odnośnie terapii, wymagało sprostowania albo potwierdzenia.

Schorzenia głowy

Przedmowa o chorobach, objawach i diagnozie.

Są tacy patolodzy, których schorzenia głowy, a w szczególności choroby mózgu o ból głowy nie przyprawiają. Potrafią oni odróżnić zapalenie pajęczynówki od zapalenia opony miękkiej jak orzech od ziarna fasoli. Jednakże są też tacy obserwatorzy, którzy nie traktują chorób mózgu tak beztrudno, lecz raczej otwarcie przyznają, że ich diagnozowanie nastęcza powszechnie znane trudności, oraz że w ogromnej większości przypadków można postawić jedynie diagnozę w jakimś stopniu prawdopodobną, a tylko w bardzo nielicznych przypadkach pewną diagnozę. Oświadczam od razu, że przyłączam się do tych ostatnich, ponieważ ani wieloletnie doświadczenie, ani niestrudzenie prowadzone obserwacje chorych nie pozwoliły mi odkryć pewnych kryteriów diagnostycznych dla poszczególnych chorób mózgu.

Zapewne warto podjąć trud dokładniejszego zbadania przyczyn tej fatalnej sytuacji. Z pewnością nie jest ona wystarczająco uzasadniona twardymi osłonami mózgu, uniemożliwiającymi jego obiektywną percepcję, ani trudno dostępnym położeniem tego narządu, ani jego niezaprzeczalnym udziałem w większości chorób, ani niedostateczną wiedzą na temat jego anatomii i fizjologii.

Zdiagnozowanie danej choroby zależy w pierwszym rzędzie od jej symptomatologii, czyli że im dokładniej jest ona w stanie określić charakterystyczne oznaki danej choroby, tym pewniejsza będzie diagnoza i odwrotnie.

Zatem konieczna jest przede wszystkim dokładniejsza analiza wyrażeń: choroba, objaw i diagnoza. Wyrażeń, których używamy codziennie niezliczoną ilość razy, nie uświadamiając sobie jasno odpowiadających im pojęć.

Czym jest choroba? – to do znużenia roztrząsane pytanie, które jednak ciągle jeszcze pozostaje bez odpowiedzi!

Raczej nie ma w medycynie bardziej materialnego tematu niż definicja choroby, a jednak żaden inny temat nie był w takiej mierze podejmowany z niematerialnego punktu widzenia. Bowiem jeśli przeczytamy wszystkie te niezliczone definicje choroby, które wprawdzie różnią się słowami, ale są zgodne co do idei, to dowiemy się, że przedstawiają one chorobę ogólnie rzecz biorąc jako anomalię czynności życiowej. Zaś anomalia czynności życiowej jest najbardziej bezpośrednią przyczyną

choroby, ale nie samą chorobą, i w ten sposób poprzez taką definicję pojęcie choroby nie mogło stać się o wiele łatwiejsze niż samo pojęcie czynności życiowej. A to, że to ostatnie pojęcie należy do najmniej jasnych spośród naszych pojęć, nie wymaga wcale naświetlenia. Z takich transcendentalnych definicji nauka, która ma czysto materialną podstawę, nie mogła mieć najmniejszego pożytku.

Medycyna jest nauką przyrodniczą, tzn. nauką zajmującą się wytworami przyrody. Co nie jest wytworem przyrody, nie może być przedmiotem jej rozważań. Wytwór przyrody może być przedmiotem rozważań na trzy sposoby, a mianowicie:

1. pod względem jego cech zewnętrznych i historii naturalnej;
2. pod względem jego cech wewnętrznych i właściwości chemicznych;
3. pod względem jego zależności od innych substancji naturalnych lub właściwości fizycznych.

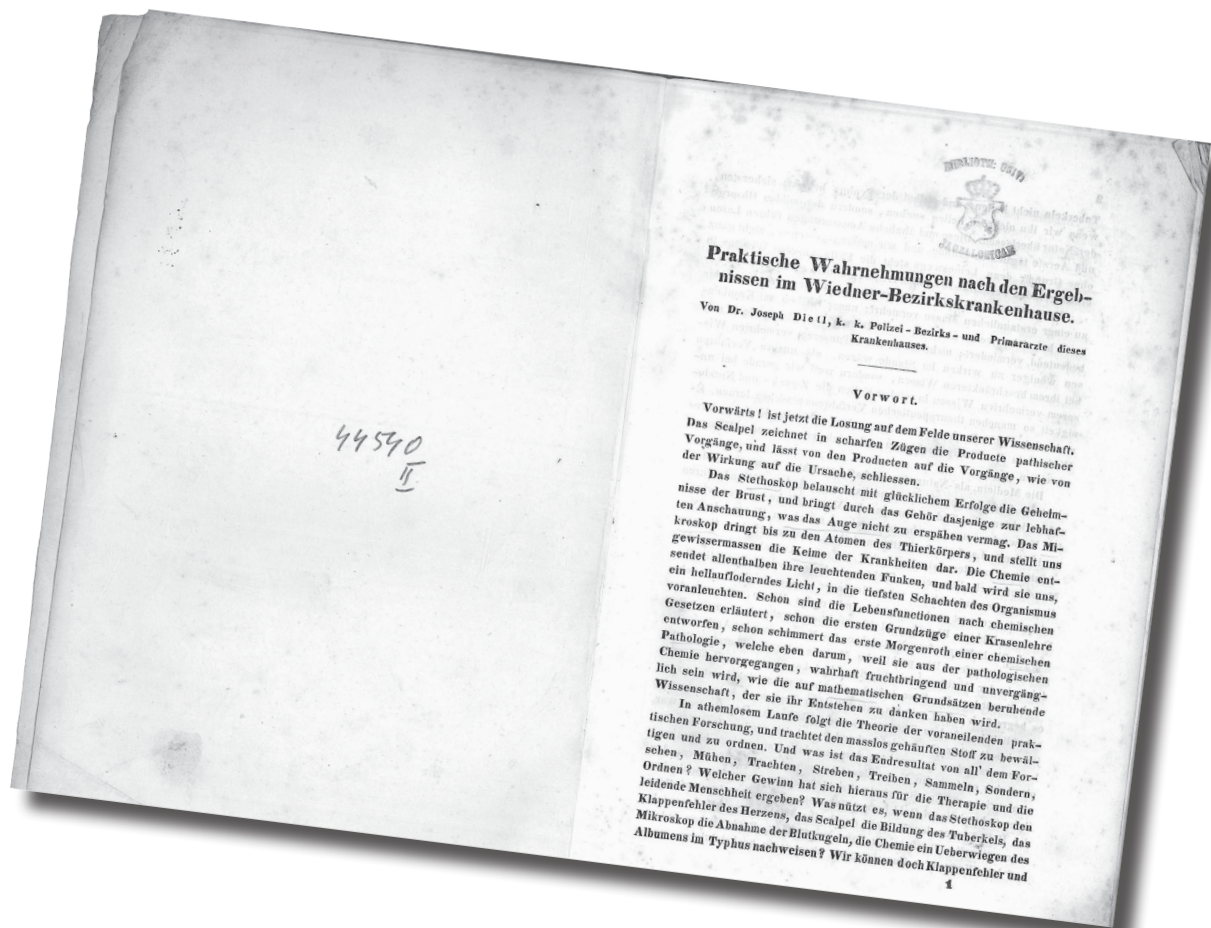
Każda nauka przyrodnicza dzieli się zatem na historię naturalną, chemię i fizykę w wąskim znaczeniu tego słowa: trzy różne dyscypliny, z których każda rządzi się własnymi prawami, w zależności od przedmiotu jej rozważań, i zgodnie z nimi się rozwija. Do tych trzech dyscyplin jako pierwsza dołącza ta, która w oparciu o materialne obserwacje wytworów przyrody zajmuje się tylko rozważaniami na temat mocy, będącej najbardziej bezpośrednią ich przyczyną, a którą nazywamy filozofią przyrody lub, w odniesieniu do wyższych ożywionych wytworów przyrody, biologią.

Historia naturalna bada wytwory przyrody w ich naturalnym, niezmiennym stanie, tak jak są one postrzegane, nie dokonując w nich żadnych zmian ani ingerencji; porządkuje, nazywa i rozróżnia wytwory przyrody według ich podobieństwa z perspektywy historii naturalnej oraz przekazuje w ten sposób uporządkowane i opatrzone określonymi nazwami wytwory przyrody innym dyscyplinom nauk przyrodniczych do dalszych rozważań. Wprowadzając porządek i przejrzystość do chaotycznej różnorodności obiektów naturalnych, nie tylko ułatwia dalsze badania naukowe danego wytworu przyrody, lecz jest też absolutnie niezbędna przy utrwalaniu uzyskanych dzięki nim wyników. Jak inaczej moglibyśmy zbadać np. właściwości chemiczne gipsu, marmuru, fluorytu, kwarcu itd. i jak moglibyśmy odnieść do nich wynik tych badań chemicznych, jeśli nie wiedzielibyśmy, że te wytwory przyrody to rzeczywiście gips, marmur, fluoryt i kwarc?

O tym, że to rzeczywiście one, musimy dowiedzieć się najpierw dzięki historii naturalnej minerałów. Zatem pierwsze naukowe spojrzenie na dany wytwór przyrody należy do historii naturalnej, od której bierze początek wszelka wiedza. Historia naturalna musi poprzedzać chemię, fizykę i biologię, a każdy wytwór przyrody może być z powodzeniem zbadany pod kątem jego właściwości chemicznych, fizycznych i biologicznych tylko po uprzednim zbadaniu i ustaleniu jego uwarunkowań z perspektywy historii naturalnej.

Taki jest porządek i kierunek rozwoju każdej nauki przyrodniczej. Również medycyna, a w szczególności patologia, musi rozwijać się zachowując ten porzą-

dek i kierunek, jeśli ma być nauką przyrodniczą i w ogóle dyscypliną naukową. Czy zachowała ten porządek i kierunek, to staje się jasne dla każdego, kto zaznajomił się z licznymi dziełami na temat patologii. To, że ich nie zachowała, jest przyczyną tego, iż stała się ofiarą mistyki i powodem obecnych waśni i reform. To, co nazywamy patologią, jest doktryną składającą się z czterech różnych, tzn. kierujących czterema różnymi podstawowymi prawami dyscyplin naukowych, która właśnie dlatego, że brak jej spójnej podstawy, jest tylko nagromadzeniem obserwacji stanowiących kompilację spostrzeżeń z perspektywy historii naturalnej, chemii i biologii, ale nie jest [samodzielną] dyscypliną naukową.



Jeśli patologia ma stać się dyscypliną naukową, tzn. opierać się na określonych zasadach, to musi zacząć od historii naturalnej chorób. Jak długo nie będzie istniała historia naturalna chorób, tak długo nie będziemy też mieć [definicji] pojęcia choroby. Zgodnie ze swoimi prawami historia naturalna bada wytwory przyrody w ich naturalnym, niezmiennym stanie wykluczając przy tym wszelkie badania fizyczne, chemiczne i spekulacyjne. Zajmuje się zatem jedynie indywiduum, tzn. takimi wytworami przyrody, które istnieją samodzielnie i jako takie stanowią przedmiot rozważań.

Tak jak historia naturalna jest podstawą nauk przyrodniczych, tak też indywiduum jest podstawą historii naturalnej. Więc, jeśli patologia powinna zacząć od historii naturalnej, to musi posiadać indywiduum.

W ostatnim czasie wielokrotnie starano się nadać patologii charakter naukowy i, w zgodzie z innymi naukami przyrodniczymi, przedstawić systemy naturalne. Jednakże wszystkim tym ze wszech miar godnym pochwały staraniom brak jest ugruntowanej podstawy: patologicznego indywiduum. Zatem słusznie nasuwa się ważne pytanie: czy patologia posiada indywiduum w rozumieniu historii naturalnej, tak jak mineralogia, botanika i zoologia, czy nie? Od odpowiedzi na to pytanie zależy byt patologii jako dyscypliny naukowej, a tym samym również i naukowo rozumianej medycyny. Podziękowanie należy się anatomii patologicznej, dzięki której jesteśmy w stanie twierdząc odpowiedź na to pytanie! Anatomia patologiczna ukazuje nam w postaci tzw. produktów chorobowych, które bada w ich naturalnym, niezmiennym stanie pod kątem ich cech zewnętrznych, indywidua, tzn. wytwory przyrody, które istnieją samodzielnie i są przedmiotem rozważań na podobieństwo indywiduów w królestwach minerałów, roślin i zwierząt.

Indywidua w patologii nie są ani bardziej ani mniej związane z żywym organizmem niż minerały z miejscem ich znalezienia, rośliny z glebą, zwierzęta z miejscem pobytu, a każdy dowolny wytwór przyrody z jakąkolwiek materialną podstawą. Indywiduum patologiczne występuje zatem w tej samej mierze samodzielnie jak indywidua w mineralogii, botanice i zoologii i może być jak one samodzielnym przedmiotem badań. W naturze indywiduum patologicznego leży dążenie do wyniesienia własnej indywidualności nad indywidualność żywego organizmu i do samodzielnego istnienia. Tak jak nie można odmówić indywidualności robakom jelitowym, tak też i innym, w mniejszym stopniu zorganizowanym wytworom chorobowym. Zatem produkty chorobowe są właściwymi i jedynymi indywiduami patologii.

Jednym z najgubniejszych błędów było odnoszenie indywiduum patologicznego do objawów funkcjonalnych i przedstawianie go jako całokształtu wszelkich objawów. Ten błąd, od którego nie do końca potrafili się odciąć nawet najnowsi systematycy, już w zarodku zaprzepaszczał naukowe wykształcenie w dziedzinie patologii. Objawami są, co zamierzam później wyjaśnić dokładniej, tylko takie zmiany w organizmie, które są spowodowane wytworzeniem się w nim patologicznego indywiduum. Objawy dotyczą zatem tylko tych zmian, które w dotkniętym

chorobą organizmie są wywołane jakimkolwiek patologicznym indywiduum, ale nigdy samego indywiduum.

Zatem nawet najbardziej kompletny całokształt objawów nie może nigdy prezentować patologicznego indywiduum, ani być samym patologicznym indywiduum. Objawy nie są obiektami, które istnieją samodzielnie, a więc też nie indywiduami. Zatem jeśli patologia ma stać się dyscypliną naukową, to musi i powinna zacząć od historii naturalnej, musi i powinna zacząć od indywiduum, musi zacząć od produktów chorobowych, ponieważ tylko one są obiektami, które istnieją samodzielnie oraz mogą jako takie być przedmiotem badań i tym samym są właściwymi i jedynymi indywiduami patologicznymi.

Od indywiduum patologia wznosi się dopiero do pojęcia choroby, łącząc patologiczne indywidua o tej samej naturze w jeden patologiczny gatunek, podobne gatunki w jeden rodzaj, podobne rodzaje w jeden rząd, a podobne rzędy w jedną klasę. Pojęcia te będą o tyle tylko obiektywne, a tym samym będą miały wartość naukową, o ile same indywidua, z których będą się wywodzić, będą obiektywne czy rzeczywiste. Zatem choroba i indywiduum chorobowe to to samo.

Choroba to pojęcie utworzone z wyobrażenia wielu indywiduów chorobowych; indywiduum chorobowe jest przedmiotem odpowiadającym temu pojęciu. Choroba bez indywiduum chorobowego jest pustym pojęciem, nie mającym żadnego obiektu jako podstawy. Zatem gdy mówimy o chorobie, to rozumiemy pod tym pojęciem zawsze określone indywiduum chorobowe, które potrafimy sobie wyobrazić, a gdy patologia mówi o chorobie, to mówi o indywiduach chorobowych występujących w organizmie.

Zatem patologia, jako część historii naturalnej, jest systematyczną prezentacją indywiduów istniejących w żywym organizmie pod względem ich cech zewnętrznych lub naturalnych. Choroba to każde indywiduum rozwinięte w żywym organizmie.

Całe stworzenie jest w trakcie nieustającego procesu powstawania w opozycji do stale panującej regresji. Gdy tylko indywidualne życie powstanie i usamodzielnia się, to już inne dąży do tego, aby w nim powstać i usamodzielnic się. Dwa indywidualne życia nie mogą istnieć obok siebie bez wchodzenia ze sobą w konflikt, a ten konflikt dwóch indywidualnych istnień jest tym, co ukazuje się nam jako choroba. Jeśli więc nie chcemy słów bez znaczenia i pojęć bez obiektów, to choroba musi oznaczać indywiduum chorobowe. Proces chorobowy to proces płodzenia, zachorowanie to dokonany akt spółdzenia, wyzdrowienie to śmierć, a śmierć to życie kolejnego indywiduum.

Taka definicja choroby jest jedyną przydatną dla nauk przyrodniczych i wywodzi się bezpośrednio z ich praw. Jest ona zgodna z ogólnym prawem naturalnym dotyczącym powstawania i regresji; jest prosta i materialna, wyjaśnia najróżniejsze objawy i zależności [obserwowane] przy łóżku chorego w najprostszy i najmniej wymuszony sposób; odnosi się bezpośrednio do indywiduum chorobowego, a nie do jego objawów, a więc prezentuje realne obiekty, które są podstawą pato-

logicznych gatunków i tym samym patologii jako dyscypliny naukowej. Tylko na podstawie tej definicji można tworzyć dyscyplinę naukową. Wszystkie pozostałe definicje, które nie odnosiły się do indywiduum chorobowego, lecz do nieprawidłowej czynności życiowej jako najbliższej przyczyny choroby albo do nieprawidłowych przejawów życia jako najbardziej bezpośredniego skutku choroby, nie mogły, mimo okupionego trudem i trafnego ich skonstruowania, służyć za podstawę dla żadnej z nauk przyrodniczych, ponieważ czynność życiowa i przejawy życia nie są realnym obiektami, a tym samym nie są też przedmiotem empirycznych dyscyplin naukowych, które wznoszą się od szczegółu do ogółu i od obiektu do pojęcia.

Poprzez tę definicję produkty chorobowe zostają podniesione do rangi bezpośrednich i właściwych przedmiotów naukowych rozważań. Biologia czy filozofia chorób zapewne tak traktuje produkty chorobowe. Jednakże patologia, jako część historii naturalnej, fizyki i chemii musi rozpoznać w produktach chorobowych samą chorobę, ponieważ tylko w tych produktach jest w stanie wykazać indywidua, a w nich cechy historyczno-naturalne, fizyczne i chemiczne.

Znamiennym i trafnie charakteryzującym skłonność ludzkiego umysłu do mistycyzmu błędem jest to, że przez wieki zwracano uwagę jedynie na życie, siłę oraz to, co w chorobie formalne, niematerialne i bezcielesne, a nie interesowano się wcale tzw. produktami chorobowymi jako znanym efektem nieznannej siły. A przecież patologia, jako nauka przyrodnicza, potrafi sklasyfikować i ująć jeden system jedynie produkty chorobowe, a nie siły, formy, środki czy objawy! Poza tym tak zwane produkty chorobowe są nimi tylko względnie, o ile przeciwstawimy je ich znanej przyczynie. Właściwie to one są przyczyną choroby, ponieważ powstanie indywiduum chorobowego jest ostatecznym powodem wszystkich objawów chorobowych, jak to zostanie wykazane w dalszej części. Zatem produkt chorobowy, indywiduum chorobowe i choroba to identyczne rzeczy oraz właściwy obiekt patologii rozumianej jako część historii naturalnej chorób. Historia naturalna chorób ma swoje korzenie w tak zwanej anatomii patologicznej lub inaczej: anatomia patologiczna stała się w wyniku swojego systematycznego rozwoju samą historią naturalną chorób. Zatem od anatomii patologicznej rozpoczyna się naukowa reforma patologii; bez niej nie ma żadnej wiedzy.

Po tym pojęciu choroby, którego – czego jak mniemam nie mógłbym zbyt często powtórzyć – nie wolno odnosić do objawów, lecz do indywiduum, nie będzie już trudno ustalić pojęcie objawu choroby lub symptomu. Bez zastanowienia przechodzimy nad słowem objaw, nie łącząc z nim żadnego ściśle określonego pojęcia i uważamy, że możemy się zadowolić określeniem objawu jako przejawy lub skutki choroby. Koniecznym jest bliższe zbadanie związku pomiędzy objawem a chorobą, tym bardziej, że postępy w anatomii patologicznej bardzo silnie wstrząsnęły symptomatologią i obecnie spokoju zaznaje tylko ten, kto nie porównuje wyników obserwacji przy łóżku chorego z wynikami przy stole sekcyjnym. Pewnym jest to, że gdzie są objawy, tam też zawsze musi być indywiduum chorobowe. Jednakże

nie jest już pewnym to, czy tam, gdzie jest indywiduum chorobowe, muszą też zawsze występować objawy, co mamy okazję obserwować codziennie przy stole sekcyjnym. Już sam ten codzienny fakt powinien był naprowadzić nas na myśl, że objaw i indywiduum chorobowe nie są ze sobą bezpośrednio związane, gdyż nie istnieją wprawdzie objawy bez indywiduum chorobowego, ale indywidua chorobowe bez objawów już tak.

Ponieważ każdy objaw chorobowy zakłada istnienie choroby, to można zdefiniować pojęcie pierwszego jedynie na podstawie pojęcia tej ostatniej. Choroba jest powstaniem indywiduum w żywym organizmie. Zatem objawy nie mogą być niczym innym, jak tylko zmianami wywołanymi tym powstaniem i muszą przede wszystkim być dzielone na te, które pojawiły się przed powstaniem indywiduum, oraz te, które pojawiły się po nim.

Objawy, które występują przed powstaniem patologicznego indywiduum w organizmie, są zazwyczaj nazywane objawami reakcyjnymi. Przeciw tej nazwie przemawia fakt, że mimo nazywania tych objawów reakcyjnymi, nie należy ich przypisywać rzeczywistej reakcji ze strony zapadającego na chorobę organizmu. Organizm zachowuje się w czasie powstawania indywiduum chorobowego całkowicie pasywnie, tzn. nie wykazuje najmniejszej reakcji, nie stawia mu żadnego oporu, co zostanie później bliżej wyjaśnione. Ponieważ choroba to wytworzenie się indywiduum w żywym organizmie, a każdy wytwór bierze się z krwi, to również każda choroba musi mieć swój początek we krwi. Zatem ponieważ patologiczny proces tworzenia się lub płodzenia bierze swój początek we krwi, to powoduje w niej materialne, tj. mechaniczne i chemiczne zmiany. Spowodowane procesem powstawania materialne zmiany krwi powodują natomiast dysfunkcje i w ten sposób ujawniają się zmiany w organizmie, określane mianem objawów reakcyjnych. Tak zwane objawy reakcyjne, które powinny sposobniej być nazywane objawami powstawania patologicznego indywiduum, są zatem naturalnym wynikiem tego procesu twórczego, a nie jakiegokolwiek reakcji czy oporu ze strony zapadającego na chorobę organizmu, który gdyby był w stanie taki opór stawić, to by w ogóle nie zachorował.

Natura objawów powstawania indywiduum patologicznego zależy w pierwszej linii od natury materialnych zmian we krwi, a natura materialnych zmian we krwi od właściwości samej krwi i od natury procesu twórczego, zaś natura procesu twórczego od właściwości patologicznego indywiduum. Zatem nie ulega wątpliwości, że istnieje pewien związek pomiędzy objawem powstawania a powstającym indywiduum. Jednakże zważywszy, że objawy powstawania nie są tożsame z materialnymi zmianami we krwi, wywołanymi przez powstanie indywiduum patologicznego, lecz tylko spowodowanymi tymi materialnymi zmianami dysfunkcjami oraz że istnieją takie materialne zmiany we krwi, tak jak i w całym organizmie, które nie powodują żadnych zakłóceń funkcyjnych; że te same materialne zmiany często powodują różne, a różne materialne zmiany takie same dysfunkcje, co zostanie dokładniej przybliżone w dalszym ciągu niniejszych

rozważań, dojdzie się do wniosku, że między objawem powstawania indywiduum chorobowego a nim samym nie zachodzi bezpośrednia, lecz pośrednia, nie dająca się określić, lecz nieokreślona zależność oraz że na podstawie objawu powstawania wprawdzie wolno wysnuwać wnioski o powstaniu patologicznego indywiduum, ale już nie o jego bliższych właściwościach. Tak więc można na podstawie bólu głowy, majaczenia, pragnienia, uczucia gorąca oraz przyśpieszonego tętna i oddechu podejrzewać dolegliwość febrylną, ale nie zapalenie opon mózgowych, wodogłowie, szkarlatynę, ospę lub tyfus, ponieważ każda z tych chorób może się rozwinąć wywołując te same objawy powstawania.

Ten wywodzący się bezpośrednio z pojęcia choroby pogląd na temat natury tak zwanych objawów reakcyjnych jest w zgodzie z nauką o dyskrazjach, która w ostatnim czasie nabrała tak dużego znaczenia, i właśnie dlatego, że wywodzi się bezpośrednio z pojęcia choroby, jest jedynym, który potrafi w naturalny sposób wyjaśnić wszystkie procesy zachodzące przy łóżku chorego. Wyjaśnia on nam mianowicie, dlaczego te same choroby powodują różne, a różne choroby takie same objawy powstawania lub objawy reakcyjne; dlaczego większość chorób początkowo, tj. przed powstaniem patologicznego indywiduum, wygląda podobnie; dlaczego proces powstawania przebiega gwałtownie, jeśli patologiczne indywiduum powstaje szybko, a natomiast spokojnie, jeśli powstaje ono powoli z krwi; dlaczego objawy powstawania występują w sposób bardziej jaskrawy, gdy powstające indywiduum jest liczne i rozległe, a w przeciwnym wypadku są łagodniejsze; dlaczego silne i młodsze organizmy częściej ulegają epidemicznym procesom chorobowym niż słabsze i starsze; dlaczego jedna choroba ma ostry przebieg, a inna chroniczny, jedna przebiega z gorączką, a inna bez itd.

Wraz z wytworzeniem się patologicznego indywiduum proces powstawania dobiega końca. Po napięciu następuje rozluźnienie, po wzburzeniu spokój, a po powstaniu [indywiduum] wyczerpanie! Zapoczątkowana przez proces powstawania materialna przemiana we krwi, która przed wytworzeniem się patologicznego indywiduum manifestowała się mniej lub bardziej febrylnym wzburzeniem, zakończyła się wraz z całkowitym wytworzeniem się indywiduum, a ogarnięty chorobą organizm przechodzi teraz w stan błogiego spokoju, jak długo zapewnią mu to mechaniczne i chemiczne uwarunkowania nowo powstałego patologicznego indywiduum i związane z tym oddziaływanie na organizm. Możemy zaobserwować, że gwałtowne i groźne objawy zapalenia płuc słabną, gdy tylko całkowicie wytworzy się patologiczne indywiduum zapalenia płuc, czyli wysięk w komórkach płucnych. Napięcie, majaczenie, uczucie gorąca, pragnienie, gorączka, niepokój i lęk między 5 a 7 dniem znikają jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, a co jest najbardziej uderzającą obserwacją to to, że chory oddycha teraz, gdy często całe jedno płuco jest niedrożne w wyniku osadzania się wysięku, o wiele łatwiej niż przed osadzeniem wysięku, gdy płuco było całkowicie drożne!! Jest to dowód na to, że występujące wcześniej duszności należy przypisać jedynie zapoczątkowanej przez proces powstawania [indywiduum chorobowego] ma-

terialnej przemianie we krwi i spowodowanej przez nią dysfunkcji. Kiedy ospa, szkarlatyna czy odra się już ujawniły, to poprzedzające to ujawnienie gwałtowne objawy słabną i, jak zwykle mawiamy, mija największe niebezpieczeństwo. To samo obserwujemy w przypadku zapalenia opon mózgowych, opłucnej, osierdzia, otrzewnej i tyfusu oraz, bez wyjątku, wszystkich chorób o ostrym przebiegu, przy których jesteśmy w stanie stwierdzić uprzednie powstanie indywiduum. Po uprzedniej infiltracji, tj. po kompletnym wytworzeniu się patologicznego indywiduum, w przypadku zapalenia opon mózgowych, opłucnej, osierdzia, otrzewnej, tyfusu itd. zawsze następuje rzucająca się w oczy remisja wszystkich objawów, która może zostać zakłócona tylko przez powstanie nowego indywiduum patologicznego lub przez materialne oddziaływanie dalej rozwijającego się indywiduum.

Nie ma dla praktykującego lekarza ważniejszego prawa natury niż to, a jednocześnie żadne inne nie było bardziej przez lekarzy niedoceniane. Przyczyną tego był fakt, że nieznanne nam było pojęcie indywiduum patologicznego, ani co za tym idzie pojęcie choroby. W ogóle nieznamość tego ważnego prawa natury była i jest jeszcze dziś przyczyną poważnych terapeutycznych pomyłek, jak możemy to wyraźnie zaobserwować w przypadku różnych zapaleń, a szczególnie zapalenia płuc. Zanim wytworzy się typowy dla zapalenia płuc wysięk, patologiczne indywiduum zapalenia płuc, muszą to poprzedzić mniej lub bardziej silne objawy jego powstawania, które określamy mianem reakcji lub febrilnego wzburzenia. Gdy typowy dla zapalenia płuc wysięk, patologiczne indywiduum zapalenia płuc, całkowicie się wytworzy, to zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem natury te mniej lub bardziej silne objawy muszą siłą rzeczy osłabnąć. Spowodowana przez proces powstawania [indywiduum patologicznego] burza w naczyniach uspokaja się i następuje ze wszech miar korzystny dla chorego spokój. Ponieważ nie znano związku tej burzy z procesem powstawania i uważano ją za szczyt rozwoju samej choroby, to myślano, że owej burzy nie wolno tolerować, lecz że trzeba ją koniecznie uspokajać częstym upuszczaniem krwi. Jednakże w ten sposób z jednej strony nie zapobiegano powstaniu patologicznego indywiduum, przedłużano proces powstawania, a tym samym i chorobę, znacznie osłabiano ogarnięty chorobą organizm i pozbawiano go możliwości niezbędnego wydalenia powstałego w nim indywiduum chorobowego, a z drugiej strony przypisywano następujące po wielokrotnych upustach krwi uspokojenie i pozorną remisję choroby nie naturalnemu spowolnieniu patologicznego procesu powstawania, lecz tym upustom.

Ponieważ powstawanie jednego lub wielu indywiduów chorobowych nie jest kwestią chwili, to jest całkowicie zrozumiałe, że proces powstawania, a tym samym również wywołane nim objawy reakcyjne muszą trwać przez pewien czas. Ze względów praktycznych bardzo ważne jest ustalenie długości okresu, jaki jest potrzebny poszczególnym indywiduom chorobowym do wytworzenia się, tzn. poznanie okresu trwania procesu powstawania różnych indywiduów chorobowych. Jeśli wiedzielibyśmy na przykład, że ospa potrzebuje 3 dni, zapalenie płuc

5 dni, a tyfus 21 dni do wytworzenia swojego indywiduum, to nie wyczekiwali-
byśmy z lękiem i niecierpliwością końca tzw. objawów febrylnych, nie zakłócali-
byśmy przedwcześnie procesu powstawania działaniami terapeutycznymi, przez
co zamiast przyśpieszyć koniec procesu powstawania, jeszcze byśmy go odsunęli
w czasie.

Wraz z powstaniem indywiduum chorobowego w ogarniętym chorobą organi-
zmie zostaje zakłócona jedność indywidualnego istnienia. Utworzyło się indywi-
duum w innym indywiduum, organizm w organizmie. Wprawdzie każdy utwo-
rzony organizm nosi w sobie załazek swej własnej zagłady, ale zanim jej ulegnie,
zgodnie z prawem samozachowania, dąży do jak najpełniejszego rozwoju i stara
się przetrwać tak długo, jak to możliwe. Utworzone indywiduum chorobowe, za-
chowując się zgodnie z tym prawem, tzn. tworząc się i zanikając lub organizując
się zgodnie ze swoim typem organizacyjnym, odpowiadającym jego indywidu-
alnym cechom, stwarzając poprzez swoje materialne istnienie i swój dalszy roz-
wój lub organizację różne mechaniczne i chemiczne uwarunkowania, oddziałując
przez to na rozmaite sposoby na organizm, powoduje w nim najpierw szereg me-
chanicznych i chemicznych zmian, a przez nie dysfunkcje organizmu, które na-
zywamy symptomami, objawami, oznakami lub charakterystyką choroby. Osta-
tecznej i jedynej przyczyny wszystkich objawów chorobowych należy szukać w
mechanicznych i chemicznych uwarunkowaniach nowo powstałego indywidu-
um, które stwarza ono już poprzez samo swe istnienie albo dopiero przez swą dal-
szą organizację, a nie, jak dotąd uważano, w spontanicznym dążeniu ogarniętego
chorobą organizmu do pozbycia się znajdującej się w nim substancji wywołującej
chorobę. Być może to twierdzenie brzmi dziwnie, ale [zaobserwowane] procesy
przy łóżku chorego potwierdzają jego prawdziwość. Co czyni organizm przy za-
paleniu płuc po wytworzeniu się wysięku, żeby się go pozbyć? Absolutnie nic! Po
wytworzeniu się wysięku jest spokojniejszy niż wcześniej. Nie ma wręcz najmniej-
szego zamiaru pozbywać się nieproszonego gościa i o dziwo oddaje się *dolce far
niente*.

Gdy ludzie całymi latami chodzą z guzkami w mózgu, nie zdradzając najmniej-
szych oznak choroby głowy; gdy u innych cały płat płucny jest zhepatyzowany,
a oni ani nie kaszlą, ani nie gorączkują; gdy jeszcze inni całymi miesiącami, a na-
wet latami chodzą, jeżdżą, jeżdżą konno, wykonują ciężkie prace mimo wysięku
spowodowanego zapaleniem opłucnej i zajmującego połowę klatki piersiowej;
gdy w końcu jeszcze inni dotknięci bąblowcami, rakiem rdzeniastym i innymi
wadami ważnych narządów całymi latami aż do późnej starości cieszą się dobrym
zdrowiem, to co wtedy zrobił ich organizm, aby pozbyć się tych tworów choro-
bowych i przewyciężyć chorobę? – Absolutnie nic! Gdy rozwinię się ospa, to co
robi organizm, żeby się od niej uwolnić? I tym razem absolutnie nic! Pęcherzyki
ospowe wypełniają się i ropieją do 9 dnia, a wysychają do 15 dnia. Właściwie ospa
przebiega tak, jak to jest opisywane od stuleci w dziełach dotyczących patologi-
i. Tak samo jak zapłodniony organizm kobiety nie ma władzy, by usunąć przed

czasem rozwijający się w nim embrion, tak też ogarnięty chorobą organizm nie ma władzy, by wytepić rozwijające się w nim indywiduum chorobowe. Embriony i indywidua chorobowe zanikają zazwyczaj samoistnie, organizując się zgodnie ze swoim typem i w ten sposób osiągając swój naturalny kres. Zatem organizm nie ma w sobie żadnej szczególnej siły, żeby przewyciężyć chorobę. Organizm posiada jedynie siłę do samozachowania i jak najpełniejszego rozwoju. Jednakże taką samą siłę posiada też indywiduum chorobowe. Choroba nie wygasa dlatego, że organizm ją przewyciężył, lecz dlatego, że po tym, jak indywiduum chorobowe całkowicie rozwinęło się lub zorganizowało, zmierza ona ku zanikowi i swemu naturalnemu kresowi. Im szybciej i kompletniej organizuje się indywiduum chorobowe, tym szybciej się ono zdezorganizuje i opuści organizm. Niektóre indywidua chorobowe same przez się bardzo szybko się organizują, jak np. szybko przechodzące reumatyzmy, nerwobóle, egzantemy; a inne bardzo wolno, jak np. egzostazy, włóknaki, bąblowce. Na tym opiera się podział na choroby o przebiegu ostrym i chronicznym. Często indywiduum chorobowe organizuje się powoli i niekompletnie, ponieważ nie znajduje w organizmie warunków koniecznych do szybkiej i kompletnej organizacji. Zatem w tym przypadku choroba wygasa, zanim zdąży się dalej rozwinąć, w tak zwanych wczesnych stadiach lub degeneruje się na różne sposoby, najczęściej szkodliwe dla organizmu; np. przy zapaleniu płuc wysięk włóknisty degeneruje się do postaci guzków, ponieważ nie znajduje w organizmie odpowiedniej ilości surowicy, potrzebnej mu do kompletnej organizacji; wysięk albuminowy degeneruje się do rozległej zgorzeli z powodu braku odpowiedniej ilości materii włóknistej, a ospa do zgorzelinowej krusty z braku odpowiedniej ilości białka.

Przebieg choroby zależy zatem od organizacji indywiduum chorobowego, a organizacja indywiduum chorobowego od określonych uwarunkowań, które nazywamy uwarunkowaniami organizacyjnymi. Zaś kwintesencją uwarunkowań organizacyjnych jest to, co określamy jako dążenie do [samo]uzdrowienia czyli *natura medicatrix*. Organizm nie posiada żadnej szczególnej siły uzdrawiającej, ale jest w posiadaniu przytoczonych powyżej uwarunkowań organizacyjnych i o tyle ma swój udział w procesie zdrowienia. Ściśle rzecz biorąc organizm ogarnięty chorobą nic nie uzdrawia, lecz każda choroba przechodzi sama przez się pod pewnymi warunkami, gdy powstałe indywiduum chorobowe organizuje się, tzn. rozwija się i zanika. Szczególnie ważne jest to, aby poznać te warunki, pod którymi różne patologiczne indywidua się organizują. Na nich musi się opierać terapia, jeśli ma być kiedyś pożyteczna, a nie być ciągłą walką z fantastycznymi upiorami, z mistycznymi demonami, z wiatrakami Don Kichota.

Wszelkie uzdrowienie musi być skierowane przeciwko indywiduum [chorobowemu].

Dotychczasowa terapeutyka prawie zawsze robiła wręcz odwrotnie i próbowała zwalczać albo nieznaną przyczynę, albo przypadkowe efekty [obecności lub oddziaływania] indywiduum chorobowego. Jak widać, prawidłowa terapia

może być oparta tylko na prawidłowym pojmowaniu choroby, a niniejsza teoria, o ile wzniesie się ona z poziomu postrzegania do poziomu pojęcia, nie jest tak niemądra, jak lubią twierdzić pełni nadętej indolencji empirycy. Uwarunkowania organizacyjne mogą być tylko natury mechanicznej lub chemicznej. Ich badanie należy do dziedziny fizyki i chemii. Tak więc terapię wywodzi się po części z fizyki patologicznej, a po części z chemii patologicznej. Zdecydowana większość naszych metod leczniczych opiera się na zasadach mechanicznych lub fizycznych, stąd leczenie przez wypróżnienia, a niewielka ich część opiera się na prawach chemicznych, stąd leczenie chlorozy żelazem, kiły rtęcią, a szkorbutu kwasami. Przy obecnym kierunku rozwoju terapię nie potrafi nic innego, jak tylko zniszczyć powstałe indywiduum chorobowe lub pomóc mu się organizować, aby samo się unicestwiło. Jeżeli nie potrafi tego pierwszego, to musi zrobić to drugie, tzn. stworzyć warunki konieczne do pełnej organizacji powstałego indywiduum chorobowego, ponieważ ono właśnie przez to się zdeorganizuje i zostanie wydalone z organizmu. Zatem w wielu przypadkach wyleczenie oznaczało zniszczenie, a w innych organizację indywiduum chorobowego. Proszę wybaczyć mi tę krótką dygresję niedotyczącą sedna naszego pytania. Uważałem jednak, że dla lepszego zrozumienia całości nie powinienem całkowicie jej pominąć.

Powróćmy zatem do objawów, które poznaliśmy jako zmiany w organizmie wywołane przez jakieś powstałe w nim indywiduum chorobowe i obserwowane w organizmie już przed powstaniem indywiduum chorobowego lub dopiero po nim. Te pierwsze są objawami powstawania indywiduum patologicznego, gdyż swoje istnienie zawdzięczają procesowi powstawania oraz zapoczątkowanym przezeń mechanicznym i chemicznym zmianom we krwi. Zaś te drugie są objawami organizacji indywiduum patologicznego, ponieważ zawdzięczają swoje istnienie organizującemu się indywiduum oraz zapoczątkowanym przezeń mechanicznym i chemicznym zmianom w ogarniętym chorobą organizmie. Istota objawów powstawania ukazuje nam stadium powstawania, a istota objawów organizacji – stadium organizacji. Choroba ma zatem tylko dwa stadia.

Choroba powstaje, kiedy rozpoczyna się proces powstawania indywiduum patologicznego; rozwija się, kiedy proces powstawania zatrzymuje się; osiąga swój szczyt, kiedy dobiega on końca; cofa się, kiedy proces jest zakończony, a indywiduum zorganizowane; wygasa, kiedy indywiduum się zdeorganizowało i zostało wydalone. Nasilenie oznacza powstawanie nowego indywiduum, a remisja zakończony proces powstawania.

Objawy powstawania nie pozwalają wyciągać wniosków odnośnie indywiduum, ponieważ ono jeszcze nie istnieje. A zatem nie dają nam one wyobrażenia tegoż indywiduum. Całkiem inaczej ma się sprawa w przypadku objawów organizacji. Pozwalają one wyciągać wnioski odnośnie indywiduum, gdyż są powodowane przez patologiczne indywiduum, i dają nam o nim bezpośrednio lub pośrednio wyobrażenie. Mianowicie, gdy indywiduum chorobowe powstało w organizmie, to albo jest ono zauważalne dla obserwującego z zewnątrz, jak wszyst-

kie indywidua chorobowe uwidaczniające się na skórze, albo niezauważalne, jak indywidua umiejscowione wewnątrz organizmu. W przypadku zauważalnych indywiduów chorobowych oprócz zmian, które wywołują one w organizmie, możemy zaobserwować też ich naturalne lub naturalno-historyczne właściwości, takie jak: barwa, wielkość, kształt, struktura, konsystencja itd. Zatem należy przede wszystkim ściśle rozróżnić pomiędzy naturalno-historycznymi właściwościami a objawami indywiduum chorobowego. I tak np. objawami ospy są: gorączka, majaczenie, wymioty, przyśpieszony oddech, zmieniona barwa moczu, zaleganie stolca itd., a naturalno-historycznymi właściwościami ospy są: czerwone czopy, pęcherzyki, ropne krosty, typowe dla stanów zapalnych otoczki, drewniano-brązowe strupy, kredowobiałe blizny. Właściwości naturalno-historyczne są istotnymi składnikami indywiduum chorobowego, a kwintesencją wszelkich właściwości naturalno-historycznych jest samo indywiduum chorobowe. Zatem badając naturalno-historyczne właściwości indywiduum chorobowego, badamy samo indywiduum i odwrotnie.

W przypadku indywiduów chorobowych umiejscowionych wewnątrz organizmu, które nie pozwalają badającemu na bezpośrednią obserwację lub poznanie zmysłowe, nie może też być mowy o badaniu cech naturalno-historycznych. Zatem w ich przypadku nasze obserwacje ograniczają się do objawów, tj. do powodowanych przez nie zmian w organizmie. Widzimy więc, że to, co dotąd nazywano symptomatologią, rozpada się na dwie części: interpretację właściwości, cech i oznak naturalno-historycznych indywiduum chorobowego oraz interpretację symptomów lub objawów, tj. takich zmian w organizmie, które są wywoływane przez dowolne powstałe indywiduum patologiczne. Pierwsza z nich to semiotyka, a druga to symptomatologia. Obie wspólnie tworzą nozografię lub inaczej opisową część historii naturalnej chorób. Zatem nozografia lub fizjografia chorób zajmuje się, o ile znajduje zastosowanie odnośnie żywego organizmu, nie tylko opisem patologicznego indywiduum, lecz także interpretacją zmian powodowanych w organizmie przez indywiduum patologiczne, a przez to istotnie odróżnia się od fizjografii w innych naukach przyrodniczych.

Każda zmiana w organizmie jest materialna. W organizmie nie ma nic niematerialnego poza ostateczną przyczyną jego istnienia, która z tego właśnie powodu nie może być obiektem badań naukowych. Powstałe indywiduum chorobowe jest obiektem materialnym, a zatem może wywoływać w organizmie tylko materialne zmiany. Pierwsza materialna zmiana, którą indywiduum chorobowe wywołuje w organizmie, jest spowodowana poprzez kontakt, ponieważ w czasie powstawania w organizmie indywiduum siłą rzeczy musi wejść z nim w kontakt, a wchodząc z nim w kontakt musi – w zależności od własnej objętości, formy, konsystencji – na różne sposoby na niego oddziaływać. Zmiany w organizmie wywołane tym oddziaływaniem nazywamy zmianami i objawami mechanicznymi, ponieważ są powodowane mechanicznymi uwarunkowaniami indywiduum chorobowego, i fizycznymi, o ile są one przedmiotem [zainteresowania] fizyki.

Mechaniczne zmiany w organizmie są skutkami, a mechaniczne uwarunkowania indywiduum chorobowego przyczynami tych skutków. Jedne i drugie można, zgodnie z prawami mechaniki, przedstawić jako wielkości matematyczne, a wtedy możemy na podstawie jednej z nich wyciągać wnioski o drugiej z matematyczną oczywistością. Fizyczne objawy dają zatem matematyczną pewność. Np. jeżeli wiemy, że w lewej jamie opłucnej w wyniku jej zapalenia wytworzył się płynny wysięk, to możemy na tej podstawie z całkowitą pewnością wywnioskować, że lewe płuco uległo kompresji, serce zostało wyparte ze swojej pozycji, a przepona wraz z umiejscowioną poniżej śledzioną zostały zepchnięte do jamy brzusznej; i odwrotnie, jeżeli wiemy, że wszystkie te okoliczności mają miejsce, to możemy z całą pewnością wnioskować o istnieniu płynnego wysięku w lewej jamie opłucnej, powstałego w wyniku jej zapalenia.

Mechaniczne uwarunkowania organizmu są bez wątpienia kluczem do wyjaśnienia większości procesów fizjologicznych i patologicznych. Funkcje wzroku, słuchu, oddychania, układu krążenia, trawienia, wypróżniania, ruchów dowolnych itd.; objawy apopleksji, krupy, zapalenia płuc, zapalenia opłucnej, zapalenia osierdzia, rozedmy, różnych kardiopatii, zapalenia otrzewnej, wodobrzusza itd. opierają się ogólnie rzecz biorąc na zasadach mechanicznych i mogą być wyjaśnione jedynie prawami mechaniki. Niestety w ostatnich dekadach badania nad nimi prawie całkowicie upadły, a najbardziej bezpośrednia tego przyczyna leży w niematerialnym, a tym samym nieprawidłowym pojęciu choroby. Najbardziej błyskotliwe umysły tego czasu uznały za dużo bardziej przekonujące poszukiwanie najbardziej bezpośredniej przyczyny materialnych zmian w organizmie w jakiejś ciemnej, tajemniczej, demonicznej, wrogiej i stale knującej jakieś nieszczęście sile, niż w samej materii. Trzeba przyznać, że ostateczną przyczyną tych materialnych zmian jest jakaś wyższa, nieznana nam siła. Jednakże leży ona całkowicie poza obszarem nauk przyrodniczych, a najbardziej bezpośredniej przyczyny wszelkich materialnych zmian w organizmie można doszukiwać się jedynie w materialnych właściwościach samego indywiduum chorobowego.

Tak jak mechaniczne uwarunkowania indywiduum chorobowego wywołują fizyczne zmiany w organizmie, tak proporcje jego mieszanki wywołują zmiany chemiczne.

Wszystko powstaje z krwi, a więc również indywiduum chorobowe powstaje z krwi. Zatem z krwi musi być zaczerpnięta taka ilość i taki rodzaj jej składników, jakie są potrzebne do wytworzenia indywiduum chorobowego. Gdy w organizmie powstaje indywiduum zawierające włókninę, to z krwi pobierana jest włóknina, a gdy powstaje indywiduum zawierające białko, wtedy pobierane jest białko itd. We krwi ujawnia się zatem niedobór włókniny i białka, jeżeli przed powstaniem indywiduum zawierającego włókninę lub białko nie było we krwi absolutnej nadwyżki włókniny lub białka, a nie ujawnia się niedobór, jeśli we krwi była taka nadwyżka. Związek przyczynowy, istniejący pomiędzy krwią a indywiduum chorobowym, jest dla nauki przedmiotem najwyższego zainte-

resowania. W wielu przypadkach to chemiczne zmiany we krwi są przyczyną powstania indywiduum chorobowego, np. obrzęk serca przy chlorozie. Jednak w wielu innych przypadkach jest odwrotnie: to indywiduum chorobowe jest przyczyną zmian chemicznych we krwi; do nich należą wszystkie choroby epidemiczne o ostrym przebiegu, takie jak tyfus, ospa, szkarlatyna itd. W pierwszym przypadku indywiduum chorobowe jest skutkiem, a w drugim przyczyną chemicznych zmian we krwi. W obu przypadkach można na podstawie chemicznych właściwości powstałego indywiduum chorobowego wyciągać wnioski co do chemicznych właściwości krwi oraz jej wydzielin i odwrotnie, a tym samym traktować chemiczne zmiany we krwi i jej wydzielinach jako chemiczne objawy indywiduów chorobowych i korzystać z nich [w praktyce], ponieważ indywiduum chorobowe, czy to będące przyczyną, czy skutkiem rozwarstwienia krwi, zawsze się z niej wywodzi.

Badając mechaniczne i chemiczne zmiany w organizmie wywołane przez indywiduum chorobowe symptomatologia zrobiła wszystko, co do niej jako fizyki i chemii patologicznej należy i nie miałyby już nic więcej do zrobienia, gdyby interpretowane przez nią mechaniczne i chemiczne zmiany nie dotyczyły żywego organizmu. Żywy organizm jest kwintesencją narządów wykonujących zgodnie ze swoimi mechanicznymi i chemicznymi uwarunkowaniami określone czynności, które nazywamy czynnościami lub funkcjami życiowymi, albo po prostu funkcjami. Już z tego prostego pojęcia organizmu wynika, że tak jak całość czynności życiowych, tak też i specyficzne czynności życiowe poszczególnych narządów zależą od ich materialnych właściwości oraz że w związku z tym wywołane przez indywiduum chorobowe mechaniczne i chemiczne zmiany w poszczególnych narządach nie mogą pozostawać bez wpływu na ich funkcje.

Dyskusja na temat związku między materią a siłą, między organizacją a funkcją, jest jedną z najsubtelniejszych w obszarze nauk przyrodniczych i również w przypadku patologii wielokrotnie była powodem zamętu. Raz podporządkowywano czynność życiową materii, innym razem na odwrót, a jeszcze kiedy indziej obie traktowano równorzędnie. Smutny los patologii polegał na tym, że nigdy nie doszła ona do pełnej świadomości swojego przedmiotu. Chorobę identyfikowano z jej najbardziej bezpośrednią przyczyną, traktowano ją jako zaburzenie mechanicznych, chemicznych lub witalnych uwarunkowań w organizmie, ale dysfunkcje już jako skutki tych zaburzeń. Były więc zaburzenia, anomalie, alienacje, procesy, formy, stany, przypadki, okoliczności i wszystko inne, tylko nie obiekty. Jedynie traktując zaburzenia lub objawy funkcyjne jako skutek choroby, można je do niej odnieść. Bez określonego pojęcia choroby nie istnieje określone pojęcie objawów funkcyjnych; pojęcie choroby wychodzi od indywiduum, a więc pojęcie objawów funkcyjnych również musi wychodzić od indywiduum, tzn. to indywiduum jest najbardziej bezpośrednią przyczyną wszystkich objawów funkcyjnych, lub inaczej: wszystkie objawy funkcyjne muszą dać się wyjaśnić na podstawie mechanicznych i chemicznych uwarunkowań indywiduum. W organizmie nie

mieszka ani wroga siła wywołująca chorobę, ani dobroczynna siła, która ją przewycięża. Podczas gdy zgodnie z prawem obecnego w całej przyrodzie dążenia do płodności w organizmie powstaje indywiduum [chorobowe], to organizm nie robi nic, aby się go pozbyć, lecz tak jak i wcześniej stara się o zachowanie własnej integralności, co czyni również indywiduum.

Indywiduum organizuje się, tworzy różne mechaniczne i chemiczne uwarunkowania, wywołuje różne mechaniczne i chemiczne zmiany w organizmie, a w ten sposób staje się bezpośrednią przyczyną wszystkich funkcyjnych objawów chorobowych. Jest to jedyne, prawdziwe, naturalne, proste oraz spełniające racjonalne i naukowe postulaty wyjaśnienie objawów funkcyjnych. Jeśli przyjrzymy się różnym objawom funkcyjnym zapalenia opon mózgowych, krupę, zapalenia płuc, zapalenia opłucnej, różnych wad serca, zapalenia otrzewnej itd., to stwierdzimy, że wszystkie te objawy można wyjaśnić mechanicznymi i chemicznymi zmianami, które są wywoływane w poszczególnych narządach przez będące przyczyną tych chorób wysięki lub indywidua.

Wprawdzie indywiduum jest przyczyną objawów funkcyjnych, ale te ostatnie nie są powodowane bezpośrednio przez nie, lecz przez materialne zmiany wywoływane przez indywiduum w poszczególnych narządach, np. wysięk w mózgu powoduje jego ucisk, a ucisk konwulsje. Przyczyną konwulsji jest więc wysięk, ale nie dlatego, że jest wysiękiem, lecz dlatego, że przez mechaniczne oddziaływanie wywołuje ucisk mózgu. Zatem objawy funkcyjne nie są bezpośrednimi objawami [obecności] indywiduum, którymi są przecież spowodowane przez indywiduum materialne zmiany, a co za tym idzie objawy funkcyjne są objawami objawów, symptomem symptomu.

Już z tego prostego opisu objawów funkcyjnych wynika, że nie mogą one mieć takiej samej wartości naukowej jak objawy fizyczne i chemiczne, które występują zgodnie z określonymi prawami. A jednak od dawien dawna, całkowicie zaniedbując objawy fizyczne i chemiczne, najbardziej zwracano uwagę na objawy funkcyjne i pod pojęciem symptomu zawsze rozumiano tylko objawy funkcyjne, a pod pojęciem symptomatologii – naukę o objawach funkcyjnych. Nawet najbardziej błyskotliwi przedstawiciele naszego fachu próbowali sami się oszukiwać, że wprawdzie nie pojedyncze, ale wszystkie objawy funkcyjne razem wzięte prowadzą do pewnego rozpoznania choroby. Anatomia patologiczna obaliła i to nabożne wierzenie, potwierdzając istnienie indywiduów chorobowych, których nie udawało się zdiagnozować wcale lub diagnozowano nieprawidłowo przy łóżku chorego. Opukiwanie i osłuchiwanie jeszcze wyraźniej obnażyło wady i niedoskonałości symptomatologii funkcyjnej w porównaniu z symptomatologią fizyczną. Jednakże konieczność jest pokarmem dla życzenia, a życzenie pokarmem dla wiary. Ponieważ w większości przypadków przy łóżku chorego musimy ograniczyć się do objawów funkcyjnych, to pragniemy móc diagnozować na ich podstawie i też wierzymy w to. Nie dziwi więc, że wielu praktykujących lekarzy jeszcze wysoko ceni sobie objawy funkcyjne i na podstawie pojedynczych

objawów, które uważa za charakterystyczne, stawia diagnozy, które niestety zbyt często nie są potwierdzane przy stole sekcyjnym. Zatem konieczne jest jeszcze dokładniejsze zbadanie związku pomiędzy objawami funkcyjnymi a chorobą niż to do tej pory uczyniono, po części po to, abyśmy uniknęli błędów w przyszłości, a po części, aby usprawiedliwić popełnione błędy, ku pocieszeniu skromnych lekarzy i jako ostrzeżenie dla aroganckich, których diagnozy nie poddają się surowemu osądowi anatomii patologicznej. Badając ten związek czynimy następujące obserwacje:

1. Już z samego pojęcia objawów funkcyjnych wynika, że nie mają one bezpośredniego związku z chorobą ani z indywidualum chorobowym, co oznacza to samo. Nieznana nam siła tworzy indywiduala chorobowe, indywidualum chorobowe wywołuje materialne zmiany w poszczególnych narządach, a zmiany materialne powodują zmiany funkcjonalne. Zatem na podstawie dysfunkcji można wnioskować o zmianie materialnej, a dopiero na podstawie zmiany materialnej o indywidualum patologicznym.

2. Nie każda materialna zmiana w narządzie musi koniecznie powodować jego dysfunkcję. Na podstawie obecności objawów funkcjonalnych można więc wnioskować o obecności materialnych zmian, ale na podstawie braku objawów funkcjonalnych nie zawsze można wnioskować o braku materialnych zmian w danym narządzie. Prawidłowość tego ważnego prawa ponad wszelką wątpliwość potwierdziła anatomia patologiczna stwierdzając obecność indywidualum patologicznych, których najmniejszego śladu nie znaleziono przy łożku chorego, i właśnie w ten sposób znalazła niepodważalny dowód na to, że każda dysfunkcja ma materialne podłoże. Właśnie dlatego, że każda dysfunkcja jest spowodowana materialnymi zmianami, to funkcjonowanie danego narządu będzie zaburzone tylko wtedy, gdy dotycząca go materialna zmiana jest takiej natury, iż jest w stanie uniemożliwić mu w sposób mechaniczny lub chemiczny, całkowicie lub częściowo dalsze spełnianie jego funkcji, np. wysięk [powstający] przy zapaleniu opon mózgowych nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeśli nie jest na tyle duży, żeby wywierać nacisk na mózg; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych nie będzie wywoływał objawów mózgowych, nawet jeśli kwantytatywnie jest na tyle duży, ale zalega w cienkich warstwach na powierzchni mózgu i z tego powodu nie jest odpowiednio ukształtowany, żeby wywierać nacisk na mózg; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeśli jest płynny i zbiera się w okolicy podstawy czaszki, nie wywierając nacisku na mózg; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeżeli występuje w licznych, lecz niewielkich i rozrzuconych ogniskach; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych mimo wystarczającej do tego ilości nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeżeli wybierze sobie umiejscowienie nie umożliwiające łatwego wywierania nacisku na mózg, np. w okolicy bruzdy Sylwiusza; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych mimo dużej ilości i wywierania znacznego nacisku na mózg nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeżeli ten nacisk będzie

zwiększał się stopniowo i nie powodował uszkodzeń mózgu; wysięk przy zapaleniu opon mózgowych mimo dużej ilości nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeżeli dotknięty nim mózg już wcześniej uległ zmianom chorobowym spowodowanym innymi materialnymi zmianami, np. jeżeli tyfusowe zakażenie krwi już wcześniej wywołało sopor i objawy mózgowie; poza tym wysięk przy zapaleniu opon mózgowych nie będzie wywoływał objawów mózgowych, jeśli nie będzie w stanie z jednej strony wywierać sporego nacisku na mózg, a z drugiej strony poprzez wyższy stopień rozmiękczenia wywołać takich chemicznych zmian w mózgu, które mogłyby zakłócić jego funkcjonowanie. To, co dotyczy wysięków opon mózgowych, dotyczy również wysięków krtani, opłucnej, płuc, osierdzia, serca, przewodu jelitowego, pęcherza itd. A zatem widzimy, od jak różnych okoliczności, ba! – od jakich przypadków zależy to, czy jakaś materialna zmiana w narządzie, spowodowana przez indywidualium chorobowe, wywoła również odpowiadające tej zmianie zaburzenie funkcji.

3. Tak jak z powyższego wynika, że indywidualium patologiczne często nie wywołuje żadnych dysfunkcji w narządzie, w którym jest umiejscowione, tak też wynika z tego, że indywidualium patologiczne może – w zależności od jego wielkości, kształtu, konsystencji, liczby, rozmieszczenia, kombinacji, sposobu utworzenia, właściwości chemicznych – powodować bardzo różnorodne zaburzenia funkcji poszczególnych narządów. Jedno i to samo indywidualium patologiczne lub, co na to samo wychodzi, jedna i ta sama choroba będzie wywoływać w jednym i tym samym organizmie za każdym razem różne objawy funkcyjne. I tak zapalenie opon mózgowych raz może wywoływać objawy podrażnienia mózgu, a innym razem również ucisku mózgu, porażenia, zaniku pamięci, demencji, utraty wzroku, utraty słuchu, czkawki itd. w zależności od tego, czy będący przyczyną zapalenia wysięk wywiera nacisk na mózg raz słabszy, a raz silniejszy, raz dłużej, a raz krócej trwający, raz narastający powoli, a raz powstały nagle, raz bardziej rozległy, a raz bardziej ograniczony, raz dotyczący takiej części mózgu, a raz innej oraz od tego, czy właściwości chemiczne mózgu doznają takiej czy innej zmiany.

4. To samo indywidualium chorobowe wywołuje różne objawy funkcyjne, a różne indywidualia chorobowe wywołują te same objawy funkcyjne, np. zapalenie opon mózgowych, apopleksja, wodogłowie, gąbczaste zwyrodnienie mózgu, hiperostoza itd. wywołują objawy ucisku mózgu i porażenia mózgowego, mimo że są całkowicie różnymi indywidualiami. Zatem na podstawie objawów ucisku mózgu i porażenia mózgowego można wnioskować o nacisku na mózg, ale nie o apopleksji, wodogłowie, gąbczastym zwyrodnieniu mózgu lub hiperostozie.

5. Zapewne istnieją indywidualia chorobowe bez dysfunkcji [nie powodujące dysfunkcji], ale nie mogą istnieć dysfunkcje bez indywidualium chorobowego, ponieważ każdy skutek musi mieć przyczynę. Mimo to w wielu przypadkach anatomia patologiczna nie jest w stanie stwierdzić obecności tych indywidualiów, np. w wielu przypadkach epilepsji, tężca i innych tak zwanych nerwic. Podpierając się tym faktem myślano, że można anatomii patologicznej zarzucić, iż nie jest ona

w stanie stwierdzić samych chorób, lecz jedynie produkty chorobowe, a w wielu przypadkach nie potrafi wykazać nawet tych ostatnich i dlatego nie zasługuje na tak dużą uwagę, jaką poświęcano jej w ostatnich czasach. Udowodniono już, że produkty, które prezentuje nam anatomia patologiczna, nie są produktami, lecz indywidualiami chorobowymi, a zatem samą chorobą. A jeśli anatomia patologiczna nie jest w stanie we wszystkich przypadkach wykazać nam [obecności] indywidualuów, będących przyczyną określonych procesów chorobowych, to tylko dzieli w tym zakresie los swoich siostrzanych dziedzin naukowych: mineralogii, botaniki i zoologii, które również nie potrafią we wszystkich przypadkach obiektywnie opisać swoich indywidualuów, lecz o istnieniu i właściwościach pewnych indywidualuów wnioskuje jedynie na podstawie ich skutków lub objawów. Należą do nich ciepło, światło, elektryczność, magnetyzm oraz liczne wytwory przyrody stojące na najniższym stopniu swojego rozwoju, które do dnia dzisiejszego czekają na decydującą sentencję [na podstawie] badań mikroskopowych. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wśród patologicznych indywidualuów organizmu istnieje pod względem ich stopnia rozwoju podobna hierarchia jak wśród indywidualuów innych królestw w przyrodzie:

Zorganizowane indywidualia potrafiące wykonywać ruchy dowolne: wnątrznia-ki, świerzbowiec.

Zorganizowane indywidualia nie potrafiące wykonywać ruchów dowolnych: polipy, grzyby.

Niezorganizowane indywidualia: wysięki.

Na podstawie analogicznych objawów w innych królestwach przyrody można nie bez powodu założyć, że w szczególności niezorganizowane indywidualia patologiczne rozciągają się od sztywnej konsystencji kości aż do konsystencji skraplającej się cieczy, gazu, strumienia elektrycznego czy podmuchu, co bardziej niż dostatecznie wyjaśnia to, że anatomia patologiczna dotychczas nie jest w stanie w wielu przypadkach wykazać [obecności] indywidualium.

6. Całokształt wszelkich objawów funkcyjnych, powodowanych przez indywidualium chorobowe, jest określany jako postać choroby. Postać choroby i proces chorobowy tworzą pozbawiony treści przedmiot badań dawnej patologii. Brakuje im materialnego jądra, ostatecznego rozumowego odniesienia wszystkich patologicznych rozważań oraz materialnego powiązania. Tym materialnym jądrem, tym materialnym powiązaniem między postacią choroby a procesem chorobowym jest tylko indywidualium, które jest wprawdzie produktem nieznaney nam siły, którą nazywamy procesem chorobowym, ale jednocześnie jest ono również przyczyną wszelkich zaburzeń funkcyjnych, a więc również przyczyną danej postaci choroby. Jeżeli prawdą jest, że nie ma bezpośredniego związku pomiędzy poszczególnymi objawami funkcyjnymi a indywidualiami chorobowymi, to prawdą musi też być to, że również pomiędzy postacią choroby jako całokształtem poszczególnych objawów funkcyjnych a indywidualium chorobowym nie może być bezpośredniego związku. Zatem to, na ile na podstawie postaci choroby możemy pozwolić sobie

na wyciąganie wniosków odnośnie indywiduum chorobowego, rozważymy dokładniej w dalszej części, gdy będziemy omawiać różne rodzaje diagnozy.

7. Istotnymi objawami funkcyjnymi musiałyby być takie objawy, które indywiduum patologiczne musi koniecznie wywoływać, aby przetrwać jako takie; stałymi objawami funkcyjnymi takie, które wywołuje zawsze, a charakterystycznymi takie, które wywołuje wyłącznie [dane indywiduum chorobowe]. Zgodnie ze zdefiniowanym powyżej pojęciem objawów funkcyjnych jest całkowicie jasne, że nie istnieją istotne, stałe i charakterystyczne objawy funkcyjne, ale jak najbardziej istnieją istotne, stałe i charakterystyczne naturalno-historyczne właściwości i materialne objawy patologicznego indywiduum.

8. Pierwotne objawy to takie, które są wywoływane bezpośrednio przez materialne uwarunkowania patologicznego indywiduum, a wtórne objawy to takie, które są przez nie wywoływane pośrednio, np. niedomykalność zastawki dwudzielnej jest pierwotnym objawem mechanicznej wady zastawki, a przekrwienie płuc i spowodowane nim duszności są jej objawami wtórnymi. Objawy funkcyjne są więc zawsze tylko objawami wtórnymi, a objawami pierwotnymi są zawsze objawy materialne.

9. Dopóki indywiduum patologiczne nie utworzyło lub nie umiejscowiło się i pozostaje w obrębie krwiobiegu, występują tylko objawy ogólne, lecz gdy tylko indywiduum patologiczne utworzy lub umiejscowi się i wydostanie się poza krwiobieg, występują również objawy miejscowe lub lokalne.

Zatem objawy ogólne to takie, które są wywoływane przez znajdujące się w obrębie krwiobiegu, a więc nie umiejscowione indywiduum patologiczne, a objawy miejscowe to takie, które są wywoływane przez znajdujące się poza krwiobiegiem, a więc umiejscowione indywiduum patologiczne. Na podstawie objawów ogólnych można wnioskować o chorobie krwi, a na podstawie objawów miejscowych o schorzeniu narządu. Jednakże każda choroba ma swój początek we krwi. Chociażby tylko z tego powodu objawy miejscowe są o wiele bardziej determinujące i przydatne niż objawy ogólne.

Objawy ogólne to przeważnie objawy powstawania, a tylko rzadko objawy organizacji. Natomiast objawy miejscowe zawsze są objawami organizacji, tzn. są powodowane mechanicznymi i chemicznymi uwarunkowaniami umiejscowionego i organizującego się indywiduum. Na podstawie objawów miejscowych można wyciągać bezpośrednio wnioski odnośnie mechanicznych i chemicznych uwarunkowań indywiduum, a na ich podstawie wnioski odnośnie dokładniejszych właściwości samej krwi. Zatem objawy ogólne mają przeważnie nieokreślony związek z indywiduum chorobowym, a objawy miejscowe po części mechanicznie, a po części chemicznie określony z nim związek.

Po tych ogólnych rozważaniach dotyczących pojęć choroby i symptomu możliwe będzie chyba bliższe określenie pojęcia diagnozy przy łóżku chorego.

Słowo diagnoza jest przyjęte wyłącznie w patologii i nie jest zwrotem używanym przez inne nauki przyrodnicze. Okoliczność ta wskazuje na to, że patologia w swoim naukowym rozwoju musiała kroczyć inną drogą niż inne nauki przyrodnicze.

Każda nauka przyrodnicza zaczyna się od historii naturalnej, a historia naturalna zaczyna się od indywiduum. Każda nauka przyrodnicza musi określić swoje indywiduum, tzn. móc określić jego charakter pod względem [przynależności do] klasy, rzędu, rodzaju i gatunku oraz włączyć je do danego systemu pojęciowego. Nie ulega już dłużej wątpliwości, że patologia ma swoje indywiduum, gdyż poddawać w wątpliwość indywiduum patologii oznaczałoby poddanie w wątpliwość samego istnienia patologii. Zatem może tylko chodzić o to, czy i w jaki sposób patologia jest w stanie określić swoje indywidua w poszczególnych przypadkach. W mineralogii, botanice i zoologii określanie indywiduum odbywa się bezpośrednio na podstawie obserwacji jego cech naturalno-historycznych, według których można ocenić jego systematyczny charakter. Obserwacja cech naturalno-historycznych lub, oznaczające to samo, zmysłowe poznanie indywiduum jest zatem nieodzownym warunkiem jego określenia.

W przypadku przytoczonych trzech nauk przyrodniczych obserwacja cech naturalno-historycznych, a tym samym określenie indywiduum, nie wiąże się ze szczególnymi trudnościami, ponieważ minerały, rośliny i zwierzęta są obiektami, które w większości przypadków pozwalają badającemu na poznanie zmysłowe, a my posługujemy się różnymi instrumentami, aby je uzupełnić.

W patologii określanie indywiduum nie może odbywać się w żaden inny sposób. Musi wynikać z obserwacji cech naturalno-historycznych patologicznego indywiduum. Obserwacja cech naturalno-historycznych patologicznego indywiduum, a tym samym jego określenie, też nie wiąże się ze szczególnymi trudnościami, ponieważ indywidua patologiczne są obiektami, które w większości przypadków pozwalają nam na ich zmysłowe poznanie przy badaniu zwłok, a w celu ich uzupełnienia posługujemy się przede wszystkim skalpelem i mikroskopem.

Pod względem jej naukowego wkładu patologia w niczym nie ustępuje innym naukom przyrodniczym, a my dzięki anatomii patologicznej tak samo posiadamy historię naturalną chorób jak dzięki mineralogii, botanice i zoologii naukę przyrodniczą [powinno być: historię naturalną] minerałów, roślin i zwierząt, ponieważ zarzut, że anatomia patologiczna nie jest w stanie opisać wszystkich indywiduów chorobowych, równie dobrze dotyczy innych nauk przyrodniczych, co należy przypisać ograniczoności naszych środków, a czego dziś nie da się opisać, jutro być może będzie możliwe.

Jednakże praktykującemu lekarzowi nie może wystarczyć opisanie indywiduum patologicznego przy badaniu zwłok. Pragnie i powinien on wykrywać [indywiduum chorobowe] przy łóżku chorego.

Indywiduum patologiczne jest najwyższym celem, stałym punktem [odniesienia], na który lekarz powinien kierować swój badawczy wzrok. Każdy objaw zakłada istnienie indywiduum. Zatem gdy lekarz zauważy jakiś objaw chorobowy, to jego następna myśl powinna dotyczyć indywiduum, które ten objaw spowodowało. Wyobrażenie tego indywiduum powinno mu towarzyszyć przez cały przebieg choroby, tj. przez wszystkie stadia rozwoju indywiduum i wynikające

z tego zmiany w organizmie. Gdy indywiduum patologiczne ulega zniszczeniu lub takiej przemianie, że nie zakłóca już materialnych uwarunkowań ogarniętego chorobą organizmu ani mechanicznie, ani chemicznie, to czynności organizmu znów odbywają się bez zakłóceń, a on sam zdaje się być wyleczony.

Indywiduum patologiczne jest więc przewodnikiem praktykującego lekarza przy wszystkich jego rozważaniach, najbardziej bezpośrednią przyczyną bycia chorym, wszystkich objawów chorobowych i wszelkich jego działań przy łóżku chorego. Jeśli utraci on z oczu tę świecąca gwiazdę, to noc przesłoni jego rozum, a niepewność przyćmi to, co już rozpoczął!

Jednak jeśli lekarz ma określić indywiduum patologiczne w żywym organizmie, tj. już przy łóżku chorego, a nie dopiero przy stole sekcyjnym, to musi on mieć możliwość obserwacji cech naturalno-historycznych lub, oznaczającego to samo, poznania zmysłowego już w żywym organizmie, ponieważ obserwacja cech naturalno-historycznych lub poznanie zmysłowe indywiduum jest nieodzownym warunkiem jego bezpośredniego lub inaczej naturalno-historycznego określenia. Jednakże pod tym względem indywidua patologiczne dzielą się na dwie różne grupy: na te, które występują na peryferiach organizmu i pozwalają badającemu na ich zmysłowe poznanie – nazywane indywiduami zewnętrznymi lub chorobami zewnętrznymi oraz na te, które występują we wnętrzu organizmu i nie pozwalają badającemu na ich zmysłowe poznanie – nazywane indywiduami wewnętrznymi lub chorobami wewnętrznymi.

Określanie indywiduów zewnętrznych odbywa się, jak wynika już z powyższych wywodów, na podstawie obserwacji ich naturalno-historycznych cech na sposób bezpośredni, co właśnie dlatego nazywamy bezpośrednią lub naturalno-historyczną metodą określania. Określanie indywiduów wewnętrznych nie może odbywać się na sposób bezpośredni lub naturalno-historyczny, ponieważ jego podstawą nie jest obserwacja cech naturalno-historycznych, a tym samym nie bezpośrednio poznanie zmysłowe.

Indywidua zewnętrzne to wyobrażenia powstałe bezpośrednio przez poznanie zmysłowe, a indywidua wewnętrzne to wyobrażenia powstałe pośrednio na podstawie wniosków. Rozpoznajemy np. ospę, ponieważ ją widzimy; rozpoznajemy wysięk przy zapaleniu płuc nie dlatego, że go widzimy, ale dlatego, że wnioskujemy o jego istnieniu na podstawie zmian, które wywołuje w organizmie. Zatem indywidua wewnętrzne mogą być określane tylko pośrednio na podstawie obserwacji zmian lub objawów, które wywołują w organizmie, co właśnie dlatego nazywamy pośrednią lub symptomatyczną metodą określania.

Tak więc diagnoza to, analogicznie do innych nauk przyrodniczych, określenie indywiduum patologicznego będącego przyczyną danej postaci choroby.

Diagnoza musi zawsze dotyczyć indywiduum, a nigdy [zewnętrznej] postaci choroby, ponieważ tylko indywiduum jest chorobą, tylko indywiduum jest obiektem, a tylko obiekty są przedmiotami wiedzy.

Diagnozę dotyczącą samego indywiduum nazywamy obiektywną, a dotyczącą tylko samej postaci choroby – symptomatyczną. Diagnoza obiektywna daje nam wyobrażenie samego indywiduum, a diagnoza symptomatyczna tylko wyobrażenie jego skutków lub objawów, np. astma, konwulsje, niedrożności czy kolka to czysto symptomatyczne diagnozy, które tak długo nie dają nam żadnego pojęcia o chorobie, jak długo nie określają indywiduów będących przyczyną przytoczonych chorób. Astmę może wywoływać np. włóknisty wysięk w komórkach płucnych albo włóknisty wysięk w rejonie zastawki dwudzielnej i spowodowane tym przekrwienie płuc. Zatem jak długo nie jest określone indywiduum, które ją pierwotnie wywołało, tak długo astma jest diagnozą symptomatyczną, czyli nic nie mówiącą.

To samo dotyczy wszystkich innych diagnoz symptomatycznych, które pełnymi przepychu słowami skrywają zawsze nieobecność pojęcia. A więc nie ma diagnozy bez indywiduum, a tam gdzie jesteśmy zmuszeni takową postawić, musimy otwarcie przyznać, że znajdujemy się na granicy wiedzy i w obszarze fantazji, która nie może stanowić pewnej podstawy dla naszych działań.

Diagnozowanie oznacza określenie patologicznego indywiduum albo na podstawie jego cech naturalno-historycznych, albo na podstawie objawów, które wywołuje w organizmie. Diagnostyka jest działem patologii zajmującym się określaniem patologicznego indywiduum. Diagnostyka opiera się, jak to wynika z powyższych wywodów, częściowo na prawach naturalno-historycznych, a częściowo na prawach fizycznych i chemicznych. Zatem nie jest ona samodzielną dyscypliną naukową, lecz doktryną złożoną z trzech dyscyplin naukowych i stosowaną do określonego celu lub inaczej mówiąc jest ona zastosowaniem [praw] historii naturalnej, fizyki i chemii do indywiduum chorobowego w celu jego określenia, tzn. włączenia do systemu pojęciowego.

Konieczność określania patologicznego indywiduum w żywym organizmie w pewnym sensie powołała diagnostykę do życia, ponieważ jeśli moglibyśmy zadowolić się określaniem patologicznego indywiduum przy badaniu zwłok, to mielibyśmy diagnostykę w czysto naturalno-historycznym sensie, tzn. charakterystykę, którą posiadają inne nauki przyrodnicze. Nie bylibyśmy zmuszeni uciekać się do innych dyscyplin naukowych i zakłócać spójność praw [medycyny], lecz moglibyśmy określać wszystkie dające się opisać indywidua patologiczne za pomocą metody naturalno-historycznej, a określone w ten sposób indywidua przekazywać dalej fizyce i chemii do dalszych badań.

Jednak w przypadku żywego organizmu zastosowanie metody czysto naturalno-historycznej jest możliwe bardzo rzadko. Musimy więc uciekać się jeszcze do innych metod naukowych, aby określić patologiczne indywiduum. Pod tym względem diagnostyka znacznie różni się od charakterystyki innych nauk przyrodniczych, ponieważ ta ostatnia opiera się na prawach historii naturalnej i zawsze określa swe indywidua metodą naturalno-historyczną, natomiast ta pierwsza opiera się częściowo na prawach naturalno-historycznych, a częściowo na

prawach fizycznych oraz chemicznych i określa swe indywidua po części metodą naturalno-historyczną, po części metodą fizyczną, a po części metodą chemiczną.

Metoda naturalno-historyczna jest prosta, ponieważ wymaga jedynie zmysłowego poznania indywiduum; bezpośrednia, ponieważ opiera się bezpośrednio na obserwacji cech naturalno-historycznych; kompletna, ponieważ opisuje nam samo indywiduum z jego charakterystycznymi cechami.

Określenie patologicznego indywiduum metodą naturalno-historyczną oznacza włączenie go do danego systemu pojęciowego zgodnie z jego charakterystycznymi naturalno-historycznymi właściwościami. Jeśli mamy określić patologiczne indywiduum, to badamy wszystkie jego naturalno-historyczne właściwości, a następnie zgodnie z danym systemem wyszukujemy spośród nich najpierw właściwości charakterystyczne dla klasy, potem dla rzędu, rodzaju, gatunku, a w razie potrzeby również dla odmiany i w przypadku pokrywających się cech charakterystycznych włączamy to indywiduum do danego systemu pojęciowego. Mamy np. określić dane indywiduum patologiczne zgodnie z systemem Willana:

Nasze patologiczne indywiduum jest umiejscowione na skórze; ta cecha charakterystyczna jest zgodna z cechami charakterystycznymi jedynej klasy tego systemu, a zatem nasze indywiduum posiada cechy charakterystyczne tej klasy i należy do klasy chorób skórnych.

Elementarną formą naszego patologicznego indywiduum jest krosta; ta cecha charakterystyczna jest zgodna z cechami charakterystycznymi czwartego rzędu tego systemu, a zatem nasze indywiduum posiada cechy charakterystyczne tego rzędu i należy do rzędu: krosty.

Nasze indywiduum zaczyna się od czerwonych czopów; te przekształcają się między 7 a 9 dniem w czopy ropne z czerwonymi otoczkami, które ok. 15 dnia wysychają tworząc drewnianobrazowe strupy i pozostawiają białe blizny. Ta cecha charakterystyczna jest zgodna z cechami charakterystycznymi czwartego gatunku w rzędzie krost, a zatem jest to cecha gatunkowa naszego indywiduum i należy ono do gatunku: ospy.

Stosując tę procedurę włączyliśmy nasze indywiduum do systemu pojęciowego: choroby skórne – krosty – ospy, tzn. określiliśmy je pod względem naturalno-historycznym, rozpoznaliśmy, zdiagnozowaliśmy. Z tego wynika, że patologia postępuje przy określaniu indywiduów, które pozwalają na badanie pod kątem historii naturalnej w żywym organizmie, tak samo jak inne nauki przyrodnicze.

Jednakże tak samo jak mineralogia, botanika i zoologia nie potrafią określać indywiduów, które całkowicie się nie wykształciły lub w przypadku których nie mogą zbadać wszystkich istotnych cech naturalno-historycznych (np. zwierzętych minerałów, uschniętych roślin, okaleczonych zwierząt lub minerałów pozbawionych formy krystalicznej, roślin bez kwiatów, zwierząt bez uzębienia), tak też patologia nie jest w stanie określić pod kątem naturalno-historycznym tych

zewnątrznych indywiduów lub chorób, które nie rozwinęły się całkowicie lub w przypadku których nie może zbadać wszystkich istotnych cech naturalno-historycznych (np. ospy zanim powstaną krosty; szkarlatyny, gdy ogranicza się ona do śluzówki jamy ustnej; egzemy ze zliszajowaceniem, jeśli jest zniekształcona przez substancje żrące, maści, plastry, zanieczyszczenia itd.). Zatem jeżeli patologia przy określaniu podobnych przypadków nie spełnia stawianych jej wymagań, to nie można jej z tego powodu robić nawet najmniejszego zarzutu, ponieważ tam, gdzie nie ma całkowicie rozwiniętych indywiduów, nie mogą istnieć też ich prawidłowe pojęcia.

Jednakże nawet w przypadku całkowicie rozwiniętych, zewnętrznych indywiduów patologia często nie jest w stanie dokonać tego, czego dokonują inne nauki przyrodnicze, a przyczyną tego stanu rzeczy jest jedynie to, że patologia żadną miarą nie ma do dyspozycji takich środków jak one, aby móc dokładnie zbadać naturalno-historyczne cechy swoich indywiduów. Podczas gdy inne nauki przyrodnicze posługują się różnymi instrumentami w celu zbadania naturalno-historycznych cech swoich indywiduów i badają przy tym nie tylko cechy powierzchniowe, lecz również właściwości masy, to patologia przy określaniu swoich zewnętrznych indywiduów w żywym organizmie w większości przypadków musi się ograniczać do badania tych pierwszych tylko poprzez poznanie zmysłowe i wyrzec się wszystkich innych pomocy, a w szczególności skalpela i mikroskopu, tak niezbędnych do zbadania masy. Tak więc nie możemy np. bliżej określić dokładniejszych właściwości raka warg, ponieważ nie możemy przeprowadzić wewnętrznego badania nacieku.

Zatem jeżeli patologia ma określać swoje indywidua z taką samą dokładnością jak inne nauki przyrodnicze, to nie tylko muszą jej być przedkładane całkowicie rozwinięte patologiczne indywidua, lecz należy jej również dać konieczne do badań środki. W tych przypadkach będzie ona w stanie całkowicie zdiagnozować swoje indywidua tylko metodą naturalno-historyczną, tzn. bez posilkowania się metodą symptomatyczną.

Będziemy w stanie sami określić według cech naturalno-historycznych np. szkarlatynę, odrę, ospę, różę itd., jeżeli będą one całkowicie rozwinięte, bez konieczności uwzględniania gorączki, majaczenia, objawów żołądkowych, nieżytych i innych.

Naturalno-historyczna metoda określania jest zatem samowystarczalna we wszystkich przypadkach pozwalających na jej pełne zastosowanie, ponieważ daje nam bezpośredni i kompletny opis patologicznego indywiduum.

Niemniej jednak jednoczesne uwzględnienie objawów powodowanych przez patologiczne indywiduum ma – przynajmniej w tych przypadkach, w których nie można go kompletnie opisać na drodze naturalno-historycznej – duże znaczenie, gdyż uzupełnia niedostateczną charakterystykę i znacznie ułatwia postawienie diagnozy. I tak tym pewniej rozpoznamy nietypową szkarlatynę, jeżeli towarzyszą jej wysoka gorączka oraz zaczerwienienie języka i gardła, a niecałko-

wicie rozwiniętą ospe, jeśli poprzedzały ją przez dwa dni gorączka i dolegliwości żołądkowe itd.

Środki badawcze, które patologia ma do dyspozycji, aby określać swoje indywidua na drodze naturalno-historycznej, ograniczają się, z wyjątkiem mikroskopu i kilku prostych urządzeń, np. wziernika macicznego do lepszej obserwacji indywiduów zlokalizowanych na śluzówce żeńskich narządów płciowych, sondy do badania kamieni nerkowych, igły do znajdowania świerzbowca itp., prawie wyłącznie do zmysłowego poznania patologicznego indywiduum.

Poznanie zmysłowe obejmuje obserwacje za pomocą wszystkich pięciu zmysłów, przy czym obserwacje za pomocą zmysłu wzroku są najważniejsze, ponieważ opisują nam większość naturalno-historycznych cech danego indywiduum, takich jak barwa, kształt, wielkość, struktura, umiejscowienie, rozmieszczenie, stan skupienia itd.

Obserwacje za pomocą zmysłu dotyku służą dokładniejszemu określeniu kształtu, wielkości, twardości, umiejscowienia, stanu skupienia i elastyczności patologicznego indywiduum itd., a więc są obok obserwacji za pomocą zmysłu wzroku najprzydatniejsze do jego określenia na drodze naturalno-historycznej.

Obserwacje za pomocą zmysłu powonienia nie są bez znaczenia, jeżeli pochodzą bezpośrednio od zlokalizowanego indywiduum patologicznego, a co za tym idzie opisują naturalno-historyczne właściwości, a nie przypadkowe wyniki. I tak zapach kału z ust pomaga zdiagnozować gorączkę żołądkową, kwaśny zapach – nieżyt żołądka z gorączką, zgniły zapach – śluzotok płucny, a kwaśno-zgniły zapach – raka macicy, ponieważ wszystkie te zapachy pochodzą od utworzonych na danej śluzówce wysięków lub umiejscowionych tam indywiduów, a co za tym idzie powinny być taktowane jako właściwości naturalno-historyczne indywiduum, a nie jako przypadkowe wyniki.

Obserwacje za pomocą zmysłu słuchu są szczególnie uwzględniane w przypadku fizycznej metody określania, ponieważ różne rodzaje dźwięków, które powstają w wyniku poruszania się różnorodnych indywiduów patologicznych, należą do właściwości fizycznych tych indywiduów. Wrażenia, jakie wywierają majaczenia, kaszel, łkanie, lamenty itd. na nasz narząd słuchu, są objawami, a nie naturalno-historycznymi właściwościami patologicznego indywiduum. Nie mogą zatem wnieść nic do jego określenia na drodze naturalno-historycznej.

Im bardziej kompletne jest poznanie zmysłowe danego indywiduum patologicznego, tzn. im więcej jego naturalno-historycznych właściwości możemy zaobserwować i im dokładniejsze są te obserwacje, tym łatwiej i pełniej udaje się też określić to indywiduum na drodze naturalno-historycznej i w tym przypadku, jak już wspomniałem, metoda naturalno-historyczna będzie wystarczająca, aby włączyć patologiczne indywiduum do danego systemu pojęciowego, tzn. aby je rozpoznać lub zdiagnozować. W tym przypadku objawy danego indywiduum patologicznego zostaną wykorzystane w formie notatek fizjograficznych do uzu-

pełnienia pojęcia zdefiniowanego już na drodze naturalno-historycznej, ale nie są niezbędne do jego określenia.

Im mniej możliwe jest pełne zastosowanie naturalno-historycznej metody określania, tym bardziej niezbędne staje się uwzględnienie powodowanych przez patologiczne indywidualium objawów. Ma to często miejsce nie tylko w przypadku niecałkowicie rozwiniętych zewnętrznych, lecz również w przypadkach tych wewnętrznych indywidualium patologicznych, których pojedyncze właściwości naturalno-historyczne możemy zaobserwować w wyniku wydalania lub dzięki użyciu pewnych urządzeń, np. wykastana krew w przypadku krwotocznego wysięku do komórek płucnych, zwrócona czekoladowobrazowa materia w przypadku raka żołądka, wydalone zmiękczone guzki płucne, kredowobiałe wypróżnienie w przypadku cholery, wypróżnienia z krwią w przypadku dysenterii, ropne wypróżnienia z krwią w przypadku raka macicy, twardość i odgłos w przypadku sondowania kamieni w pęcherzu moczowym itd.

Jednakże tak samo jak mineralogia, botanika i zoologia nie są w stanie określić indywidualium na podstawie jego pojedynczych części, tak też nie potrafi tego patologia. Mimo to obserwacja nawet pojedynczych naturalno-historycznych cech danego indywidualium ma ogromne znaczenie dla diagnostyki, ponieważ opiera się na bezpośredniej, aczkolwiek tylko częściowej obserwacji obiektu i odzwierciedlając rzeczywistość stanowi pewne i niewzruszone punkty odniesienia dla dalszych badań. I tak badanie wydalonego zmiękczonego guzka płucnego oraz ciała powodującego odgłosy w pęcherzu moczowym za pomocą sondy wzmacnia diagnozę gruźlicy płuc oraz kamicy pęcherza moczowego aż do całkowitej pewności, ponieważ teraz widoczny, rozplywający się guzek płucny oraz zaobserwowane za pomocą zmysłu dotyku i słuchu kamienie w pęcherzu moczowym nie są objawami, lecz naturalno-historycznymi właściwościami, a więc integralnymi składnikami patologicznego indywidualium, na podstawie których mamy prawo wnioskować o całości, czyli o indywidualium.

Z powyższych wywodów na temat naturalno-historycznej metody określania wynika, że znajduje ona pełne zastosowanie tylko w przypadku indywidualium zewnętrznych, a niepełne w przypadku takich indywidualium wewnętrznych, których pojedyncze cechy naturalno-historyczne możemy zaobserwować.

Żadnego zastosowania nie ma ona w przypadku takich indywidualium wewnętrznych, które w żaden sposób nie pozwalają na poznanie zmysłowe, jak np. w przypadku chorób mózgu, serca i wszystkich tak zwanych chorób wewnętrznych, przy których ani nie są wydalone składniki produktów chorobowych lub indywidualium, ani nie da się zaobserwować jego pojedynczych cech naturalno-historycznych za pomocą pewnych urządzeń.

To tu patologia, oddzielona od swoich obiektów, jest zmuszona porzucić naturalno-historyczną metodę określania opartą na bezpośrednim poznaniu zmysłowym i uciekać się do pośredniej czy inaczej symptomatycznej metody określania. Tak jak naturalno-historyczna metoda określania opisuje patologiczne indywidualium

na podstawie jego naturalno-historycznych właściwości, tak też symptomatyczna metoda określania powinna opisywać patologiczne indywiduum na podstawie spowodowanych przez nie materialnych zmian lub objawów.

Może tego dokonać tylko, jeżeli naturalno-historyczne cechy wyrażają się w symptomach, jeżeli symptom jest wyrażeniem lub ekwiwalentem cechy naturalno-historycznej, jeżeli można substytuować symptom zamiast cechy naturalno-historycznej i jeżeli na podstawie symptomu można wnioskować o określonej cesze naturalno-historycznej. A to, że między symptomem a cechą naturalno-historyczną nie ma takiego związku, wynika z omówionego już pojęcia objawów, a będzie jeszcze jaśniejsze dzięki następującym rozważaniom.

Indywiduum chorobowe oddziałuje na ogarnięty chorobą organizm jak materia na materię, a nie jak indywiduum na indywiduum.

Patologiczne indywidua wywołują w ogarniętym chorobą organizmie zmiany czy objawy nie dlatego, że są indywiduami, ale dlatego, że są materią, np. rak opony twardej mózgowia wywołuje objawy ucisku mózgu nie dlatego, że jest tworem o okrągłym rdzeniu, zabarwionym na białe lub na czarno, często włóknistym i mocno unaczynionym, ale dlatego, że jest ciałem czy materią, która rozprzestrzeniając się jest w stanie wywierać nacisk na mózg. Te same objawy ucisku na mózg mogą być też wywoływane przez hiperostoze, wysięki związane z apopleksją i zapaleniem opon mózgowych, a nawet przez zwykłe przekrwienia i to nie dlatego, że są hiperostoza, wysiękami związanymi z apopleksją i zapaleniem opon mózgowych lub przekrwieniami, ale dlatego, że są w ogóle ciałami lub materią, które dzięki swoim mechanicznym właściwościom są w stanie wywierać nacisk na mózg. Rak wątroby nie dlatego powoduje bóle i żółtaczkę, że jest rakiem, ale dlatego, że jest ciałem, które poprzez swój rozmiar powoduje ucisk i napięcie, zatyka przewody żółciowe i włącza żółć z powrotem do krwi. Takie same objawy mogą być również powodowane przez guzki oraz kamice żółciową.

Guzki w płucach nie dlatego zaburzają funkcjonowanie płuc, że są guzkami, tzn. okrągłymi, szarawobiałymi, przezroczystymi, włóknistymi i serowato-wilgotnymi ziarnkami, ale dlatego, że są ciałami, które dzięki swoim materialnym właściwościom są w stanie zakłócić funkcjonowanie płuc, a takie same objawy mogą też być powodowane przez wysięk krupowy, rakowy i krwotoczny.