

Urbanek, Bożena

XIX-wieczne drogi powstawania specjalizacji w medycynie w latach 1800-1914 : (próba ujęcia zagadnienia)

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 54/3-4, 99-122

2009

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Bożena Urbanek

Instytut Historii Nauki PAN

Warszawa

**XIX-WIECZNE DROGI POWSTAWANIA
SPECJALIZACJI W MEDYCYNIE W LATACH 1800–1914
(PRÓBA UJĘCIA ZAGADNIENIA)**

Wyodrębnianie się medycznych specjalności następowało przez wiele stuleci. Początków można się doszukiwać już w odległych cywilizacjach i epokach¹. Jednak dopiero ogólny rozwój wiedzy na przełomie XVIII i XIX w., jej efektywny transfer za pośrednictwem prasy, kontakty zawodowe, w tym zagraniczne, sprzyjały uświadomieniu potrzeb i rozpoczęciu działań w społecznościach lekarskich. Niemałą rolę w formowaniu się poszczególnych specjalności odegrał postęp techniczny, wynalazki² usprawniające procesy poznawcze w naukach przyrodniczych, przyspieszające odkrywanie nowych prawd, znajdujące również zastosowanie w lecznictwie. Dokonania te uwidaczniają w XIX w. główne drogi warunkujące powstawanie węższych dziedzin, określanych mianem specjalności, obowiązujących dziś w medycynie. Bliższe ich poznanie ukazuje złożoność tego zjawiska. Wskazuje, bowiem i przy tej okazji, na znaczenie jeszcze innych powodów sprawczych: pozamedycznych, natury społecznej, ekonomicznej czy politycznej, dotąd mniej u nas badanych. Tymczasem w niektórych krajach, zwłaszcza anglosaskich, stanowią one już od połowy lat 40. XX w. istotny przedmiot zainteresowań historycznych³.

UWARUNKOWANIA MEDYCZNE

Jako jedną z niekwestionowanych przyczyn rozwoju medycyny XIX w. są osiągnięcia anatomii patologicznej⁴. Z pomocą jej ustaleń, korzystając z materiałów sekcyjnych, poszukiwano zmian chorobowych w całym ludzkim organizmie i w poszczególnych jego częściach. Wiązanie symptomów klinicznych z patologicznymi zmianami sprawiło, że sekcje zwłok stawały się ważnym, o ile nie najważniejszym, przedmiotem zainteresowań badaczy zwłaszcza w I połowie XIX w., w austriackich, czy niemieckich instytucjach leczniczych⁵. Aczkolwiek wyjaśnienie tła obserwowanych zjawisk, i to przez dłuższy czas, nie było jeszcze możliwe. Ograniczano się zatem we „wnikanie” w ciało, w najmniejsze jego cząstki: tkanki, komórki, później wytwory organizmu, w tym płyny ustrojowe⁶. Dokonywano coraz bardziej szczegółowego opisu podziału anatomicznego ciała ludzkiego, rozpoznając układy, funkcje narządów wewnętrznych, a od II połowy XIX w. wydzielania dokrewnego. Postrzegano w ten sposób nie tylko konkretne skutki działania choroby lecz także jej lokalizację i zasięg. Anatomia patologiczna stała się bardzo przydatna w chirurgii. Zwiększała efektywność operatorów, celność nakierowaną na konkretny obiekt penetracji zabiegowej, nierzadko zainicjowane wcześniejszym, sekcyjnym poznaniem. Doświadczenia te stawały się przydatne w diagnozowaniu chorób skórnych. Ich różnicowanie pierwszy opisał Ferdinand Hebra (1816–1860), związany z tzw. nową szkołą wiedeńską⁷. Swą klasyfikację Hebra opierał na makroskopowych i mikroskopowych zmianach tkanek, odchodząc od dawnych założeń opartych wyłącznie na lokalizacji samego schorzenia⁸. Anatomia patologiczna, jak stwierdza Ch. Lawrence, z pomocą sekcji zwłok ciała ludzkiego dotkniętego różnymi chorobami, wprowadzona została podobnie jak histologia do „nowej medycyny”⁹. Ważną rolę zaczęły odgrywać fizjologia, embriologia, których podstawy znalazły odbicie prawie w każdej powstającej specjalności.

Jednak mimo tych ustaleń, odkryć, ciągle jeszcze aż do lat 40. XIX w. pozostawiano przyczyny zmian chorobowych w sferze dociekań, często spekulacyjnych teorii. Następowało przy tym filozoficzne uzasadnianie medycznych teorii i praktyk, a także powstrzymywanie się i nierzadko zwalczanie wyłanianych nowych, jednostkowych dziedzin, będących zaczątkiem specjalizacji. Swoistą rolę w tym względzie odegrała niemiecka *Naturphilosophie*. Jej zwolennicy starali się nie dopuścić do narastającej od XVIII w. tendencji wydzielenia się somatycznej, a więc materialnej i obiektywnej perspektywy badawczej, w przeciwieństwie do duchowej (intelektualnej), można powiedzieć: często subiektywnej¹⁰. Pomimo iż fakty świadczące o konkretnym stanie chorobowym potwierdzano już w przeprowadzanych sekcjach. Jednak niemożność wykrycia rzeczywistej przyczyny, a w efekcie zaordynowania skutecznej kuracji, zaowocowała powstaniem tzw. nihilizmu terapeutycznego¹¹. Przykładem w tym względzie była w I połowie XIX w. świadomość bezskuteczności zmagania lekarzy

z epidemiami, przede wszystkim z cholera nawiedzającą cyklicznie społeczności ówczesnej Europy¹². Ordynowano bowiem znane od wieków postępowanie, chociaż zazwyczaj nieskuteczne, odwołujące się do tzw. siły natury, czy to indywidualnego organizmu człowieka, czy też otaczającej przyrody, zalecając w żywieniu wstrzymywanie się od posiłków, stosowanie odpowiednich diet. Jednak i w tym nurcie, pomimo beznadziejności postępowania w wielu przypadkach, możemy doszukać się początków wyłaniania pewnych dziedzin – specjalności medycyny, jak np. dietetyki czy balneologii¹³. Stan bezradności lekarskiej stał się też asumptem do poszukiwań jeszcze w latach 40. XIX w. ukierunkowanej, stymulowanej racjonalnymi przesłankami terapii¹⁴.

Odkrywanie przyczyn zmian chorobowych rozpoczęło się w latach 70. i 80. XIX w. W tym czasie rodziła się, za sprawą Louisa Pasteura (1822–1895) i Roberta Kocha (1843–1910), niezwykle pomocna w tych ustaleniach nowa dziedzina – bakteriologia. Następował postęp nie tylko w analizach bakteryjnych, ale i chemicznych. Zaczęto prowadzić już szczegółowe badania: krwi¹⁵, moczu oraz płwociny, kału, treści żołądkowej¹⁶. Początkowo największe znaczenie spełniał tutaj mikroskop, skonstruowany jeszcze w końcu XVII w.¹⁷, lecz ulepszony w II połowie XVIII w. przez zastosowanie m. in. soczewek achromatycznych¹⁸. Uzupełniany pomocniczymi przyborami, laboratoryjnymi próbkówkami, lejkami rozdzielczymi, sączkami, palnikiem Bunsena (1857 r.) i innymi¹⁹. Ponadto bardziej skomplikowanym technicznie sprzętem, przeznaczonym do specjalnych celów. Stosowany był od połowy lat 70. hemoglobinometr Williama Gowensa, w latach 80. sacharymetr Maxa Einhorna²⁰, czy też skonstruowany w 1885 r. przez polskiego fizjologa, Napoleona Nikodema Cybulskiego, fotohemotachometr²¹. Wprowadzano różne odczynniki, np. na obecność wolnego kwasu solnego²². W połowie XIX w. zaczęto posługiwać się preparatami barwionymi: karminem, indygiem, a pod koniec wieku płynami konserwującymi²³. Dzięki tym udoskonaleniom z końcem XIX w. potrafiąco określić ponad 10 różnych parametrów we krwi²⁴ i wskaźników zmian chorobowych występujących w moczu²⁵, następnie w kale, czy w treści żołądkowej i dwunastniczej²⁶.

Tego typu badania diagnostyczne prowadzono początkowo w laboratoriach przyaptecznych, lecz także lokalizowanych poza ich obrębem, głównie w szpitalach. Poszukiwano zarówno źródła przyczyn chorób, ale i prowadzono eksperymenty z udziałem zwierząt²⁷. Rodziła się analityka lekarska²⁸ i medycyna eksperymentalna. Znaczenia w badaniach nabierała metoda stawiania hipotez. Często prowokowana dążeniem do zweryfikowania dowodu przeciwnego. Poszukiwano tą drogą reguł funkcjonowania życia zarówno w sferze fizjologii, jak i w patologii. Jedno z pierwszych laboratoriów uniwersyteckich zorganizował w 1826 r. zaledwie 23-letni Justus von Liebig, późniejszy interpretator procesu odżywiania i koncepcji przemiany materii. W połowie lat 60. m. in. z udziałem francuskiego fizjologa, Claude Bernarda (1813–1878), laboratoria, które

nazywano „świętyniami wiedzy” a szpitale jej „przedSIONkami”, stawały się polem obserwacji²⁹, nieco później także edukacji medycznej³⁰. Informacje w nich zebrane, uznawane jako nieodzowne łączono z innymi spostrzeżeniami związanymi bezpośrednio z chorym, w tym podkreślając ważność danych o wahanach temperatury³¹, tętna, przyporządkowując je do konkretnych, określonych schorzeń i przypadków³². Rozpoczęto mierzenie ciśnienia krwi za pomocą sfigmografu, wprowadzonego do użytkowania przez francuskiego lekarza, Etienne Jules Mareya (1830–1904)³³. Ukoronowaniem diagnostyki były w 1895 r., odkrycia W. C. Roentgena. Poznano zachodzące w organizmie patologiczne zmiany za pośrednictwem nieznanych dotąd promieni, a bez konieczności ingerencji skalpela. W bliskiej przyszłości dokonywano nawet z ich pomocą, leczenia³⁴. Dzięki współdziałaniu rozwijanych nowych działów szpitalnych, obserwacji stanu chorych i podejmowanych w laboratorium eksperymentów, dokonano odkrycia podstaw arytmii występującej w pracy serca, co zapoczątkowało wyłanianie się kardiologii. Należy dodać, że zrozumienie podstaw tych zaburzeń miało miejsce w laboratorium fizjologicznym Cambridge University³⁵. Poważne zatem znaczenie w formowaniu się poszczególnych specjalności należy przypisać diagnostyce, a zwłaszcza różnorodności podejścia, postępowania, odmienności w wykonywaniu czynności poznawczych zależnych od rodzaju materiału badawczego, podyktowanych już na wstępie specyfiką choroby³⁶.

TABELA 1. Rozwój diagnostyki krwi w latach 1840–1910 r. ³⁷

Lp.	Data – rok	Nazwa badania	Twórca metody
1.	1840 1865 1882	Opisanie płytek krwi	A. Donne M. Schultz G. Bizzozero
2.	1850	Ustalenie zawartości krwi, składników: organicznych, nieorganicznych, wody	C. Schmidt
3.	1851–52	Obliczanie upostaciowionych cząstek, liczby krwinek czerwonych	C. Vierordt
4.	1854	Ustalenie: liczby krwinek białych; średniego wymiaru krwinki czerwonej; oznaczenie barwnika (zapoczątkowanie)	H. Welcker
5.	1864–1865	Nazwanie barwnika krwi – hemoglobina; kolorymetryczne oznaczanie jej poziomu	F. Hoppe-Seyler
6.	1875	Opisanie komórek plazmatycznych	W. Waldeyer
7.	1878	Różnicowanie barwienia wymazów krwi (metoda ulepszana w następnych latach do 1908r.)	P. Ehrlich (rozpoczęcie badań)

8.	1878–1910	Oznaczanie czasu: krzepnięcia krwi; czasu krwawienia	C. Vierordt, W.W. Duke
9.	1891	Oznaczanie wskaźnika hematokrytowego	S.G. Hedin
10.	1897	Ustalenie szybkości opadania krwinek	A. Biernacki
11.	1901	Odrębność grupowa	K. Landsteiner
12.	1904	Podział krwinek białych na : kwaso, zasado i obojętno chłonne	P. Ehrlich, J. Arneht

TABELA 2. Rozwój diagnostyki moczu do 1882 r.³⁸

Lp.	Data – rok	Nazwa badania	Twórca metody
1.	1644	Chemiczne badanie moczu	J.B. van Helmont
2.	1694–1827	Na obecność białka, łączenie z chorobami nerek	F. Dekkers, J. Blackall, Bright
3.	1775	Osad moczu (obecność)	J.W. Tichy
4.	1776–1844	Obecność cukru	M. Dobson, Mitscherlich
5.	1823-1824	Barwniki żółci	F. Tiedemann, L. Gmelin
6.	1860	Aceton	J. Kaulich
7.	1882	Prosta próba wykrywania acetonu	E. Legal

Ważną rolę w tych dokonaniach odegrały kliniki, istniejące już od poprzedniego stulecia, jako wydzielone miejsca kształcenia przyszłych lekarzy i indywidualnej obserwacji chorych. Stosowano w nich często nowe metody i nowinki w zakresie instrumentarium³⁹. Pojawiał się sprzęt specjalistyczny służący badaniu określonych funkcji czy organów, jak wynaleziony w 1851 r. przez lekarza i fizyka, H. Helmholtza, wziernik oczny do obserwacji siatkówki i dna oka. Dzięki temu urzędzeniu niemiecki okulista, Albrecht von Graefe, mógł wprowadzić nowatorskie sposoby leczenia niektórych schorzeń wzroku⁴⁰. Podobne znaczenie miały dokonania w zakresie laryngologii⁴¹. Skupieni w klinikach w coraz większej liczbie, lekarze tworzyli szkoły medyczne, wśród nich znaną wtedy wspomnianą już szkołę wiedeńską, gdzie wypróbowywano i wprowadzano do praktyki wiele do dziś znanych technik, wynalezionych np. przez Leopolda Auenbrugera (1722–1809): auskultacji i perkusji, wykrywania zmian chorobowych w klatce piersiowej udoskonalonych w 1816 r., dzięki wprowadzeniu przez Francuza René Laënnaca stetoskopu⁴².

Ważną rolę odegrały usprawnienia w zakresie terapii. Dokonania te wsparte były obserwacjami, poznaniem działania poszczególnych środków na organizmy zwierzęce i ludzkie. Niemalą rolę odegrały ustalenia, jeszcze na początku

XIX w., francuskich i niemieckich badaczy, m. in. J. F. Derosnera, A. Seguina, a wreszcie F. W. A. Serturnera, w tym jego doświadczenia nad morfiną⁴³. Do lat 20. udało się wyodrębnić część alkaloidów⁴⁴, dziesięć lat później glikozydy. Wyizolowano kwas salicylowy, a w 1859 r. przeprowadzono jego syntezę⁴⁵. W późniejszym czasie w Anglii, w latach 1868 – 1869, badania Alexandra Crum Browna i Thomasa R. Frasera rozwinęły farmakologię w kierunku ustalenia związku między skutecznością leku a jego budową chemiczną⁴⁶. Od lat 70. terapia stawać się mogła nie tylko oszczędna w doborze skutecznych farmaceutyków, ale i racjonalna, dostosowywana do rodzaju oraz natężenia przebiegu dolegliwości⁴⁷.

Stopniowe nagromadzenie materiału medycznego, opisywanie wielu podobnych przypadków, spostrzeżeń z przebiegu i leczenia choroby, pozwoliło na wyciąganie wniosków przydatnych w sporządzeniu jego studium. Nieocenioną rolę odegrała tutaj, począwszy od II połowy XIX w., statystyka. Pozwalała ona grupować uzyskiwane dane w zbioru. Ułatwiała analizę, szukanie podobieństw czy ich różnicowanie, dokonywanie podziałów wraz porządkowaniem informacji o jednostkach chorobowych. Zastosowaniem do spraw zdrowia jej teorii zajął się w 1839 r. jako jeden z pierwszych, angielski lekarz, William Farr (1807–1883)⁴⁸, a następnie Francuz, Jules Gavarret, autor publikacji z 1840 r. na ten temat⁴⁹. Statystyka od II połowy XIX w. stała się jedną z ważnych, chociaż pomocniczych, dziedzin medycyny. Była ona przydatna w wykluczaniu pewnych sposobów terapeutycznych z powodu np. małej ich skuteczności lub nawet braku. Jednym z przykładów w tym względzie były ówczesznie powszechnie stosowane upusty krwi. Ich racjonalność podważył, właśnie dzięki wykorzystaniu statystyki, Pierre Charles Alexander Louis (1787–1872)⁵⁰. Zasady statystyki wykazały się nie tylko użyteczne, lecz otworzyły nowe możliwości dokonywania naukowej weryfikacji metod terapeutycznych⁵¹. Podobną, pozytywną rolę w kształtowaniu specjalizacji medycznych, odegrała rozwijana przez Richarda Brighta (1789–1858) praktyka wydzielania osobnych oddziałów, z odmiennym instrumentarium służącym badaniu podobnych schorzeń, pogrupowanych w zależności od miejsca występowania, bądź trybu leczenia⁵². Zwyczaj ten pojawił się już wcześniej. Zapoczątkowany został jeszcze w poprzednich stuleciach, w XVII czy nawet XVI w., dzięki tworzeniu wydzielonych szpitali psychiatrycznych, czy nawet oddziałów położniczych z niewielką liczbą łóżek. Na znaczeniu zyskała kwestia mianownictwa medycznego, dotycząca zarówno opisu poszczególnych anatomicznych części organizmu, jak i określenia rodzaju schorzeń. Zasługi w tej dziedzinie mają klinicyści, w dużej mierze francuscy, jak Pierre Bretonneau (1778–1862), który wprowadził do medycznej nomenklatury termin „dyfteryt”⁵³. Postęp w tym zakresie, i to również za sprawą angielskich oraz niemieckich lekarzy, obejmował coraz szerzej wydzielone grupy chorób, także neurologicznych i psychicznych⁵⁴. Niemały w tym udział miał rozwijający się warsztat naukowy lekarza i metodologia badań naukowych. Oprócz przytoczonej statystyki ważną rolę odgrywały różne inne sposoby rejestracji danych,

w tym od 1857 r. zastosowanie fotografii w dokumentacji lekarskiej, ilustrującej szczególnie przypadki chorobowe pacjentów, wygląd zmian patologicznych w poszczególnych narządach⁵⁵. Jako jeden z pierwszych użył jej neurolog francuski, Guillaume Benjamin Duchenne (1806–1875), utrwalając kamerą w 1852 r. swe badania nad faradyzacją. Podobnie w tymże roku jego rodak, Charles Emmanuel Sedillot (1804–1883), opracował pierwsze fotograficzne *dossier* chirurgiczne. Istotne w tym względzie były wspomniane już odkrycia W. C. Roentgena. Efektem wielu eksperymentów było wydanie w Paryżu, jeszcze w 1893 r., pionierskiej pracy *La Photographie m'edicale*.

Upowszechnieniu informacji i ugruntowaniu wiedzy sprzyjał rozwój piśmiennictwa, literatury naukowej, w tym monografii i podręczników⁵⁶. Posługując się istniejącymi opracowaniami, głównie słownikowymi, można stwierdzić, że odnotowano ich wydawanie nieomal od początku XIX w. Jednymi z najwcześniejszych były prace dotyczące laryngologii, i to już w 1804 r. Następne z chirurgii, kardiologii, dermatologii, które ogłoszono w roku 1806. Dwa lata później ukazały się prace dotyczące chorób dolnych dróg oddechowych. Miejscem ich druku była najczęściej Anglia i Francja. Wśród pierwszych podręczników z chirurgii odnajdujemy polską książkę Jakuba Szymkiewicza *Nauka chirurgii teoretycznej i praktycznej*. W gronie autorów francuskich mamy nazwiska Jeana F. Deschamps (1740–1824) – autora publikacji z rhinologii z 1804 r., Jeana N. Corvisarta des Maresta (1755–1821) – twórcy dzieła z zakresu chorób serca i naczyń wydanego w 1806 r., a także z tegoż roku Jeana L. Aliberta (1766–1837) opisującego choroby skórne, leczone w paryskim szpitalu św. Ludwika⁵⁷. Wśród angielskich autorów pierwszych specjalistycznych prac są nazwiska Roberta Willana (1757–1812), który napisał studium *On cutaneous diseases* wydane w 1808 r., i z tegoż roku praca autora monografii o chorobach oskrzeli, Charlesa Badhama (1780–1845), który po raz pierwszy miał użyć terminu „bronchitis”⁵⁸. W latach 30. pojawiają się opracowania dotąd nieobecnych dyscyplin, takich jak ortopedia (1828), neurologia (1830), psychiatria (1834)⁵⁹. Wkrótce po nich ogłoszono prace z zakresu ginekologii, położnictwa oraz okulistyki; nieco później z urologii. Autorami byli tym razem lekarze niemieccy, szkoccy oraz rosyjscy. W latach 40. ukazał się podręcznik z pediatrii klinicznej i praktycznej dwóch francuskich autorów, Antoine Ch. Bartheza (1811–1891) i Frederica Rillieta (1814–1861)⁶⁰. Pod koniec tej dekady wydano opracowanie z zakresu krwiolécznictwa i chorób zakaźnych. Opisom wyodrębnionych grup chorób i ich leczeniu towarzyszyły inne uznawane wtedy formy wydawnicze, takie jak atlas chorób oczu przygotowany przez niemieckiego lekarza, Friedricha A. Ammona (1799–1861), czy atlas *Systemu nerwowego i narządów zmysłu* opracowany przez polskiego anatoma, Ludwika Maurycego Hirszfelda (1816–1876), wydrukowany w Paryżu w 1851 r.⁶¹ Sposobem przekazania wybranych informacji stawały się prace poświęcone wyłącznie diagnostyce,

w tym polskich autorów, np. Konstantego J. Rose (1826–1893) *Diagnostyka fizyczna chorób płuc i serca ze szczególnym uwzględnieniem na auskultację i perkusję*, z 1860 r.⁶², a także słowniki fachowego mianownictwa. Notowania o publikacji przekazywano za pośrednictwem ukierunkowanej bibliografii, w tym od 1878 r. *Indexu medicus*, który mógł służyć gronu lekarzy, pierwszych specjalistów również z innych krajów⁶³.

TABELA 3. Rozwój podręczników lub opracowań monograficznych w XIX w. oraz do I wojny światowej⁶⁴ w krajach europejskich, według dyscyplin i miejsca (kraju) wydania⁶⁵

Dyscyplina	Data publikacji i kraj
Chirurgia	Dawne ziemie polskie – 1806, 1811, 1816, 1817–1818, 1827, 1828, 1850, 1863, 1868, 1886; Francja – 1832–1854; Anglia – 1861, 1870; Niemcy – 1863; Rosja – 1863, 1865–66
Choroby nerwowe	Szkocja – 1830; Dawne ziemie polskie – 1856, 1867, 1906, 1910; Niemcy – 1863 (?) Rosja – 1863; Francja – 1849, 1865, 1871; Anglia – 1868, 1869;
Choroby oskrzeli i płuc	Anglia – 1808; Francja – 1850; Dawne ziemie polskie – 1901–1905
Choroby wewnętrzne	Niemcy – 1858, 1882, 1889; Rosja – 1867, 1875; Dawne ziemie polskie – 1841, 1896, 1905
Choroby zakaźne i tropikalne	Dawne ziemie polskie – 1847; Rosja – 1849; Niemcy – 1868; Anglia – 1898
Dermatologia i choroby weneryczne	Francja – 1806, 1845; Anglia – 1808, 1863, 1864, 1867, 1870; Austria – 1860, 1879
Ginekologia i położnictwo	Niemcy – 1838, 1863; Dawne ziemie polskie – 1893, 1894
Kardiologia i choroby naczyń	Francja – 1806, 1891; Szkocja – 1809; ziemie włoskie – 1810; Anglia – 1831, 1838; Dawne ziemie polskie – 1860, 1879, 1891; Niemcy – 1866
Krwiolecznictwo	Rosja – 1848; Dawne ziemie polskie – 1829, 1836;
Laryngologia ⁶⁶	Francja – 1804, 1821, 1837; Niemcy – 1867; Dania – 1868; Dawne ziemie polskie – 1868, 1878, 1901
Okulistyka	Niemcy – 1838, 1856, 1858, 1865, 1866, 1868, 1907; Austria – 1856; Holandia – 1864; Szwajcaria – 1869; Dawne ziemie polskie – 1869–1870, 1872, 1888
Ortopedia	Francja – 1828; Dawne ziemie polskie – 1828, 1834, 1837; Szwecja 1840

Pediatrya	Francja – 1843; Dawne ziemie polskie – 1810;
Psychiatria	Rosja – 1834, 1890; Francja – 1836, 1838, 1854; Niemcy 1845, 1863; Dawne ziemie polskie – 1831, 1845, 1847, 1864, 1865, 1868, 1878, 1886
Urologia	Francja – 1839, 1881; Dawne ziemie polskie – 1886

UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE

Coraz częściej uświadamiano sobie, że specjalizacja w medycynie, zapoczątkowana przez przedstawicieli dwóch dziedzin – chirurgii i położnictwa⁶⁷ – jest naturalnym i kolejnym etapem rozwoju medycyny, a nawet może być jej napędem⁶⁸. Określana była – przez niektórych jako szansa dla profesji – „wiosna” w zawodzie”, stwarzająca możliwości nowej kariery lekarskiej, awansu finansowego, a za tym i pozycji społecznej. W Wiktoriańskiej Anglii następowała prawdziwa „eksplozja” specjalistycznych instytucji leczniczych. Jak stwierdziła M. Jeanne Peterson, między rokiem 1850 a 1890 powstało w samej tylko metropolii 12 specjalności i 22 nowe, reprezentujące je miejsca leczenia⁶⁹. Największy przyrost tego typu lecznic przypada na I połowę XIX w.⁷⁰ Zakładano wówczas także specjalistyczne szpitale, czy tylko oddziały, w innych częściach Europy. We Francji, już w 1802 r., utworzono szpital dziecięcy i rok ten uznany tam został jako data wyłonienia się pediatrii⁷¹. Podobna placówka powstała w Petersburgu w 1834 r.⁷²

Inicjatywa zakładania specjalistycznych instytucji leczniczych nierzadko zależała od przedsiębiorczości poszczególnych osób, zajmujących się daną dziedziną medyczną. Tak było w przypadku Williama J. Little’a, który w 1838 r. założył w Londynie Orthopaedic Institution, przekształcony pięć lat później w Royal Orthopaedic Hospital; Jamesa M. Simsa (1813–1883) w Nowym Yorku, organizatora w 1855 r. pierwszego szpitala ginekologicznego w Ameryce⁷³. Jednak nie zawsze stawało się to regułą. Czasem zamiar ich założenia wypływał od różnych majątnych osób, przedstawicieli sfery finansowej powiązanych z ośrodkami władzy, parlamentem. Przykładem może być londyński National Hospital przy Queen Square, ukierunkowany na leczenie chorób nerwowych, funkcjonujący pod patronatem lorda Halsbury, członka parlamentu⁷⁴. Inicjatywa ta dotyczyła także krajów pozaeuropejskich, wspomnianej już Ameryki Północnej, wykazując tendencję wzrostową⁷⁵. Właściciele fortun, lokując środki w ówczesnym segmencie zdrowia, co ciekawe również nauki, spodziewali się pomnożenia tą drogą swojego kapitału, co często osiąkali. Nierzadko głosili, że ten nowy kierunek inwestowania w medycynę jest instrumentem postępu. Przykładem może być amerykańska rodzina Rockefellerów i powstały w 1901 r. Instytut Rockefellera, gdzie prowadzono badania pod kierunkiem wybitnego

bakteriologa, Simona Flexnera (1863–1946)⁷⁶. Poważną rolę w tym względzie odegrały także inne liczące się rody, czy osobistości, w tym Daniel Guggenheim, John Pierpon Morgan, Andrew Carnegie⁷⁷. Wcześniejsza filantropia, pojmowana jako „przykrywka stanu” i doraźna ochrona grupy ludzi zamożnych przed otaczającą biedą oraz wiążąca się z nią groźba niepokojów społecznych, stawała się teraz nowoczesnym instrumentem rozwoju, wsparcia nauki, w tym wiedzy medycznej. Sprzyjały tym działaniom znane autorytety medyczne, których dokonania i sława mogły być gwarantem sukcesów. Warto w tym miejscu przytoczyć fakt utworzenia w 1900 r., we Frankfurcie nad Menem, dla Paula Ehrlicha, Instytutu Medycyny Eksperymentalnej, a także instytucji badawczych dla innych, wymienionych już osobistości naukowych⁷⁸. Dzięki takiemu wsparciu na Wyspach Brytyjskich, i nie tylko tam, zakładano nowe szpitale i specjalistyczne oddziały. Uruchamiano w nich laboratoria analityczne. Postępowała, zwłaszcza od schyłku XIX w. technizacja a z nią modernizacja placówek⁷⁹. Z powyższymi, innymi już zadaniami szpitala, wiązało się w tym czasie tworzenie odmiennej organizacji zarządzania, kształtowanie sylwetki pracownika medycznego – profesjonalnego technokraty⁸⁰. Pojawiały się nowe zawody i funkcje pomocnicze w opiece nad chorym i w diagnostyce. Przykładem jest radiologia. Aczkolwiek utworzenie tej specjalności napotykało wiele trudności i przeszkód. Doświadczenia w tym zakresie były niewielkie.

Jak pisze St. Leszczyński, pionierom radiologii brakowało zawodowej rutyny. Klinicyści odnosili się do ich dokonań nieufnie, traktując ich jako „fotografów” lub co najwyżej „techników” bez większych kompetencji⁸¹. Wspomniane powiązania, a także nowy kierunek w rozwoju medycyny, od samego zresztą początku rodziły różne zainteresowania, w tym poza kręgami zawodowymi, co szczególnie opisywano w prasie, nawet w formie satyry, jak np. w angielskim „Punchu”, gdzie w dowcipny i złośliwy sposób pisano o specjalistach od „gardła i kłębków usznych” czy też zajmujących się „epileptycznym tańcem”⁸². Pośrednio przyczyniano się do ich reklamy, intrygując opinię publiczną nową formą pomocy medycznej. Rodziły się wątpliwości co do słuszności drogi „postępu”. Pojawiały się nawet protesty samych lekarzy. I tak, w październiku 1860 r., w angielskiej prasie medycznej, i co gorsza w opiniotwórczym „Timesie”, odnotowano nazwiska 415 lekarzy ze szpitali ogólnych z Londynu i z kraju, wyrażających swe negatywne stanowisko wobec funkcjonowania specjalistycznych szpitali⁸³. Pokutowały od lat utarte poglądy o działaniach w nich szarlatanów, pozbawionych wiedzy i uprawnień. Często zresztą tak było. Brakowało ogólnego nadzoru i odpowiednich uregulowań prawnych. Towarzyszyła temu nierzadko bezradność pacjenta poszukującego skutecznej pomocy leczniczej⁸⁴. Zdarzało się też, że instytucje te nie były trwałe. Znikały po pewnym czasie z wykazów czynnych placówek. Powodem był zazwyczaj brak sukcesów w terapii i słabe zainteresowanie ze strony pacjentów, zapewne też dezawuowanie

opinii o ich działalności. Nie zawsze miały one dostateczne warunki do funkcjonowania, w tym odpowiednią bazę lokalową zwłaszcza w początkowym okresie działalności. Londyński Szpital pod wezwaniem św. Jana przez trzy lata nie posiadał zaplecza łóżkowego. W 1866 r. zainstalowano w nim trzy łóżka a przez następny rok liczbę tę udało się powiększyć do 12 miejsc. Inny – pod wezwaniem św. Piotra, o profilu chirurgicznym, nie dysponował salą operacyjną, co w wielu przypadkach i w innych krajach było swoistą normą. Początkowo placówki te spełniały zadania przychodni, nastawionych głównie na praktykę prywatną. Trzeba dodać, że instytucjom tym stawiano inne już cele, kierując je głównie do zamożniejszej klienteli, a nie ubogich pacjentów, którym szpitale ogólne świadczyły opiekę charytatywną, często bezpłatną. Personel szpitali o tradycyjnym profilu, jak już wspomniano, nie akceptował nowego kierunku w medycynie. Obawiano się utraty dotychczasowej klienteli, a mianowicie chorych, dzięki którym dokonywano obserwacji i przeprowadzano eksperymenty, uzyskując m. in. materiał „ciała” do poznawczych sekcji⁸⁵. Prawdopodobnie z powodu konkurencji i jeszcze niepełnej świadomości odnośnie potrzeby istnienia specjalistycznych placówek leczniczych ich byt był zagrożony. Zdarzało się też, co prawda po upływie pewnego czasu, że zainteresowane nową formą pomocy medycznej było kierownictwo szpitali ogólnych, tak jak miało to miejsce w przypadku londyńskiego szpitala św. Tomasza, gdzie uruchamiano, od 1882 r., kolejne oddziały specjalistyczne: chorób skóry, leczenia schorzeń uszu, a dwa lata później – ginekologii. Posunięcia te mogły wynikać ze względów merkantylnych, ale i zapewne postępującej mody – „ducha czasów”. Mogły być już wtedy podyktowane potrzebami ówczesnej medycyny, zarówno diagnostyki, jak i terapii. Względy finansowe, możliwości realizacji danej dziedziny specjalizacji na polu lekarskiej praktyki prywatnej stawały się ważnym argumentem⁸⁶. Warto zauważyć, że proces ten miał w pewnym stopniu charakter oddolny, na skutek nacisku ze strony niektórych kręgów lekarskich. Zjawisko to obserwowano w krajach o pewnym nasyceniu kadrami lekarskimi i traktowano jako przeciwwagę narastającego niebezpieczeństwa bezrobocia. Problem ten pojawiał się w niektórych krajach, np. w monarchii austro-węgierskiej. Pisano o tym na łamach medycznej prasy prowincjonalnej w XX w. składając nawet poselskie interpelacje w Wiedniu. Fakt taki miał tam miejsce, na przykład, 19 czerwca 1905 r.⁸⁷

Pomimo istniejących trudności, pewnych oporów, a nawet sprzeciwów w środowiskach medycznych w różnych krajach tworzenie specjalności medycznych postępowało naprzód i było trudne do zahamowania. Inspirowała do tych działań powstająca bez większych ograniczeń prasa specjalistyczna, nierzadko sponsorowana przez różne firmy farmaceutyczne. Ważną rolę odgrywały towarzystwa naukowe skupiające grupę lekarzy często o tych samych zainteresowaniach medycznych, prowadzących podobne badania czy terapię⁸⁸.

Towarzystwa były forami wymiany poglądów, różnych koncepcji teoretycznych i praktycznych⁸⁹. Nierzadko pobudzały działalność placówek specjalistycznych, czy też lekarzy. Pomagały mimo trudności w uzasadnianiu celu ich funkcjonowania. Często – z pomocą towarzystw – zatrudniano w „nowych miejscach leczenia” osoby zajmujące się danymi schorzeniami, których już można nazwać – pierwszymi specjalistami⁹⁰. W Anglii proces tworzenia tego typu organizacji nastąpił w latach 20. XIX w., dalsze pojawiły się w połowie tego samego wieku. Jako jedne z pierwszych wymienia się Towarzystwo Położników w Londynie z 1825 r.⁹¹ Inne łączyły dwie i więcej dyscyplin, jak np. Towarzystwo Chorób Skórnych i Wenerycznych, odnotowane co prawda dopiero w 1883 r.⁹², które po blisko 30 latach działalności rozdzieliło się na dwie organizacje, o węższym charakterze, grupując oddzielnie specjalistów z wyżej wymienionych dziedzin⁹³. Dodać można, że u schyłku XIX w. nastąpiło wydzielenie się neurologii z neuropsychiatrii, przy wspólnej dotąd nazwie dziedziny, używanej i to dość powszechnie jeszcze od czasów Pinela⁹⁴. Powyższy przykład oddaje charakter przemian w ruchu naukowym, w tym także mających miejsce w obrębie poszczególnych stowarzyszeń. Na kontynencie amerykańskim pierwszym stowarzyszeniem, datowanym już w 1844 r., było zrzeszenie psychiatrów, którego działalność poprzedziło Association of Medical Superintendents of America Institutions for the Insane⁹⁵. W rozwoju specjalistycznych organizacji lekarskich w Wielkiej Brytanii szczególnie ważny był rok 1880, kiedy to powołano 6 nowych towarzystw⁹⁶. Sporym ułatwieniem był tam brak ograniczeń prawno-politycznych a inicjatywa ich utworzenia spoczywała jedynie w rękach zainteresowanych osób. W skład niektórych towarzystw o charakterze narodowym wchodził przedstawiciele z innych krajów, pełniąc funkcje honorowych przewodniczących lub korespondentów. Przykładem jest Amerykańskie Towarzystwo Ortopedyczne, utworzone w 1887 r. Z inicjatywy zagranicznych jego członków powstało w 1894 r. Brytyjskie Towarzystwo Ortopedyczne. Działalność amerykańskiej organizacji zaważyła też na funkcjonowaniu innych europejskich stowarzyszeń, organizowanych z początkiem XX w., we Francji czy w Niemczech⁹⁷.

Druga połowa XIX w. i lata do roku 1912 obfitowały w konferencje, zjazdy, kongresy o charakterze międzynarodowym, skupiające lekarzy specjalistów. Zgromadzenia te stawały się zachętą do tworzenia w różnych krajach towarzystw o podobnych celach i zadaniach, na przykład założeniu w 1902 r., Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów towarzyszył odbywający się w Brukseli Międzynarodowy Kongres Chirurgiczny. Prawdopodobnie zrzeszeni w tej międzynarodowej organizacji chirurdzy opowiedzieli się także za zwołaniem do tego miasta kolejnego spotkania cztery lata później.

Najwcześniejszym odnotowanym zgromadzeniem lekarzy specjalistów był Pierwszy Międzynarodowy Kongres Okulistów, który obradował w 1857 r.

w Brukseli⁹⁸. Kongresy i zjazdy przyjmowały nazwę danej dyscypliny zapewne dla podkreślenia jej ważności a także z powodu nieusankcjonowanego jeszcze prawnie istnienia lekarskich specjalności. Najczęściej miejscem ich organizowania stawała się właśnie Bruksela lub Paryż po latach wojny prusko-francuskiej. Rzadziej inne, liczące się miejsca i ośrodki medyczne ówczesnej Europy. Najwięcej spotkań odbywało się już w XX w., szczególnie od 1906 r. Wtedy też, po raz pierwszy, zebrali się pediatrzy, podobnie jak lekarze zainteresowani medycyną pracy. Dwa lata później, jak donosił polski „Przegląd Pediatryczny” w Paryżu, 15 grudnia 1908 r., na wniosek prof. Troickiego rozpatrywano zwołanie międzynarodowego zjazdu lekarzy-pediatrów, który zamierzano odbyć w 1910 r., i to wspólnie ze specjalistami z higieny szkolnej⁹⁹. Powodem zgromadzeń lekarzy różnych specjalności były także ówczesne problemy zdrowotne, zagrożenia nękające ówczesne społeczności, jak np. gruźlica w 1902 r., choroby nowotworowe w 1906 r.¹⁰⁰ Po roku 1912 zjazdy i kongresy rzadziej odbywały się na skalę międzynarodową. Zapewne wpływ miała na to ogólna sytuacja polityczna i społeczna, narastające konflikty i niebezpieczeństwo wojny.

TABELA 4. Międzynarodowe kongresy-zjazdy specjalistyczne w latach 1857–1912¹⁰¹

Lp.	Rok	Nazwa	Miejsce przeprowadzenia
1.	1857	Kongres Okulistów	Bruksela
2.	1878	Kongres Psychiatrii	Paryż
3.	1880	Kongres Laryngologii	Mediolan
4.	1888	Kongres Przeciwgruźliczy	Paryż
5.	1889	Kongres Dermatologiczny	Paryż
6.	1892	Zjazd Położniczo-Ginekologiczny	Bruksela
7.	1897	Kongres Neurologiczny	Bruksela
8.	1897	Kongres Przeciw Trądowi	Berlin
9.	1902	Kongres Chirurgiczny	Bruksela
10.	1906	Zjazd Chirurgiczny	Bruksela
11.	1906	Zjazd Medycyny Pracy	Liege
12.	1908	Zjazd Laryngologiczny	Wiedeń
13.	1910–1912?	Zjazd Pediatryczny	Paryż

Prasa specjalistyczna zaczęła być wydawana, przynajmniej w Anglii, dopiero w latach 40. XIX w, co jest, jak wydaje się, zrozumiałą okolicznością. Jednak pierwsze zwiastuny pojawienia się tego typu piśmiennictwa, odwołując się do wspomnianej

już okulistyki, można zaobserwować, na tamtejszym rynku wydawniczym z początkiem XIX w. Ukazujące się czasopisma specjalistyczne zazwyczaj były organami działających już zrzeszeń, tak jak w przypadku tamtejszego Towarzystwa Ginekologii i Położnictwa. Wyłaniały się one spośród prasy o szerszym, ogólnolekarskim profilu. Niektóre zresztą w swej ofercie początkowo proponowały wspólne tytuły, nie zawsze ze sobą znaczeniowo spokrewnione, jak np. medycyna tropikalna i wojskowa, dermatologia i laryngologia itp. Rozkwit tej prasy przypada na lata 80. a zwłaszcza 90., podobnie jak miało to miejsce ze specjalistycznymi organizacjami. W latach 90. adresowano ją już do odbiorców poszukujących konkretnej wiedzy w ukierunkowanych tematycznie periodykach¹⁰².

TABELA 5. Specjalistyczne periodyki w Wielkiej Brytanii w latach 1830–1899¹⁰³

Przedmiot–Tematyka	Lata 1830–39	Lata 1840–49	Lata 1850–59	Lata 1860–69	Lata 1870–79	Lata 1880–89	Lata 1890–99
Okulistyka	1		1	2		2	1
Dentystyka		2	3	1	1	1	5
Zdrowie Publiczne		2	2	3	3 (?)	4	5
Położnictwo- Ginekologia		1	1	1	2	1	3
Gruźlica					1		1
Laryngologia						1	2
Ortopedia							1
Radiologia							1
Anestezjologia							1
Pediatria							1
Dermatologia				1	1	1	2
Medycyna tropikalna				1			4
Medycyna wojskowa				1			4

Odmienne odbywało się zakładanie specjalistycznych periodyków poza Anglią. Jednym z pierwszych był „Magazin für psychische Heilkunde”, wydawany w obszarze państw niemieckich, od 1805 r., przez fizjologa i anatoma Johanna Ch. Reila (1759–1813)¹⁰⁴. Kolejnym był periodyk „Annales d’Oculistique et de Gynecologie”, założony w 1838 r. przez Belga Flosenta Cuniera (1812–1852), prawie równoległe ukazujący się z pismem o podobnym charakterze na Wyspach Brytyjskich¹⁰⁵. Dalszym był „Journal für Kinderkrankheiten” utworzony w 1843 r. uznany jako pierwsze na świecie czasopismo pediatryczne, powołane przez lekarzy: Stephana F. Bareza (1790–1856) i Moritza H. Romberga

(1795–1873)¹⁰⁶. Następnym to „Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten” założony w 1848 r. Można dodać, że w tym roku zaczęło się ukazywać w Niemczech pismo stomatologiczne „Der Zahnarzt”¹⁰⁷. W tych dokonaniach piśmienniczych znaczący był udział niemieckich lekarzy. Podobnie było i w II połowie tego samego stulecia, kiedy drukowano dalsze periodyki, w tym okulistyczne (1854), psychiatryczne (1868) ginekologiczne (1870 i 1878[?]), dermatologiczne (1883)¹⁰⁸.

TABELA 6. Specjalistyczne placówki lecznicze w Londynie w latach 1800–1890¹⁰⁹

Rodzaj schorzeń	Lata 1800–49	Lata 1850–59	Lata 1860–69	Lata 1870–79	Lata 1880–89
Pediatryczne	Brak	1	4	2	4
Choroby nerwowe	Brak	2	1	1	1
Okulistyka	5	2	Nie odnotowano danych	Nie odnotowano	Nie odnotowano
Dermatologia	1	2	3	Nie odnotowano	1
Laryngologia	1	Nie odnotowano	Nie odnotowano	3	Nie odnotowano
Ortopedia	3	1	1	Nie odnotowano	Nie odnotowano
Onkologia	1	Nie odnotowano	Nie odnotowano	Nie odnotowano	Nie odnotowano
Dentystyka	Brak	1	1	Nie odnotowano	Nie odnotowano
Choroby nóg (?)		1	Brak danych	Brak danych	Brak danych
Łącznie	11	10	10	6	6

Wyodrębnianiu się poszczególnych specjalności towarzyszyły, jak już wspomniano, dyskusje, a nawet kampanie, znajdujące odbicie nie tylko na łamach prasy, lecz także toczące się w różnych gremiach lekarskich. Często były inspirowane poprzez czynniki urzędowe, czy uczelniane, co było podyktowane szerszymi interesami nie tylko społeczności lekarskiej. Coraz częściej pojawiały się głosy, zwłaszcza od drugiej połowy lat 60. XIX w., i to nie tylko na Wyspach Brytyjskich, że wyodrębnianie się poszczególnych specjalności nie może powodować eliminowania podstawowego przygotowania zawodowego, czy nawet obniżenia jego rangi, a takie tendencje miały tam miejsce. Zaznaczano przy tym, że proces kształcenia lekarza nie może odbywać się z pominięciem „rodzicielskiego pnia”, lecz tylko poprzez studia medyczne i po uzyskaniu, co dziś wydaje

się tak oczywiste, „ogólnego doświadczenia lekarskiego”¹¹⁰. Nawiązywano do negatywnych praktyk, przypominając wspomnianych już „pseudo-specjalistów”, np. kręgarzy itp. Nawoływano do wyznaczenia granic „rozdrabniania medycyny”. Zastanawiano się nad nową klasyfikacją i nomenklaturą, uniemożliwiającymi nadmierne jej rozczłonkowanie. Jako przykład przytaczano pojawiający się tytuł specjalisty od „chorób mózgu”. Okazywało się, że sama podstawowa definicja „specjalisty” przysparza niemałych problemów. Ogólnie rozpatrywano jej sens z perspektywy koniecznych umiejętności czy nawet zręczności, w tym manualnych. Jednak łączono coraz częściej status specjalisty z obowiązkiem nabycia aktualnej wiedzy związanej z postępem nauki, ale z uwzględnieniem innych, dodatkowych dyscyplin medycznych¹¹¹. Specjalizacja według założeń, np. na obszarze Austro-Węgier, miała być czynnikiem podnoszącym naukową wartość pracy lekarza. Regulacje miały dotyczyć toku nabywania specjalizacji, a także ustalenia niezbędnego minimum wiedzy dla konkretnej dziedziny. Domagano się przy tej okazji zrównania w prawach zarówno samych lekarzy, jak i samodzielnych pracowników nauki: profesorów i docentów, którzy, jak stwierdzano, tytuł specjalisty używali dla podkreślenia ważności reprezentowanej przez nich dziedziny, a często jako środek do uzyskania lukratywnej praktyki, traktując swoją działalność pedagogiczną „ubocznie”¹¹². Zakładano obowiązek wprowadzenia trzyletniego doskonalenia zawodowego pod kierunkiem uznanego specjalisty. Jako zasadne dostrzegano kształcenie i nabywanie uprawnień w zakresie: chorób wewnętrznych, chirurgii, chorób oczu, dermatologii, otolaryngologii, neurologii, ginekologii i chorób dziecięcych. Natomiast inne tytuły, którymi posługiwali się tamtejsi lekarze, uważano za bezzasadne a nawet bezprawne¹¹³. W niemieckiej Bawarii zakazywano wkroczenia w praktykę lekarską obejmującą zakres innej specjalności¹¹⁴, przy czym powszechne było, i to nie tylko w krajach niemieckich, łączenie leczenia chorób skórnych z wenerycznymi przez tego samego specjalistę¹¹⁵. Zwyczaj ten przetrwał i utrzymywany jest nadal także ze względów pozamerytorycznych, np. psychicznych. Wielokrotnie pisano o niebezpieczeństwie reklamy, w tym za pośrednictwem prasy, o dbałości o „tanią popularność”, przynoszącą zysk i zawiżanie wysokości opłat za usługi a ponadto o możliwościach osiągnięcia tą drogą uprzywilejowanej pozycji zawodowej. Obawy te zgłaszane były, jak już wspomniano, przez lekarzy ogólnych podkreślających pośrednio konkurencyjność ze strony specjalistów¹¹⁶. Dysonans już w latach 60. wywoływało nierozdzielanie funkcji pracowników lecznictwa ogólnego, w tym szpitali oraz osób zatrudnianych w tzw. miejscach wydzielonych, gdzie prowadzono terapię określonego rodzaju schorzeń. Zastanawiano się nad zaprowadzeniem stanowiska konsultanta, lecz zdawano sobie sprawę z ograniczonej jego roli i możliwości działania. Pytano, „[...] czy konsultant powinien rozpatrywać tylko trudne, indywidualne przypadki czy opiekować się szerszą grupą chorych?”¹¹⁷. Zaprzeczano

zarazem ekskluzywności tej formy pomocy medycznej. Wysuwano jednocześnie argument niemożności całkowitego zastąpienia leczenia ogólnego opieką specjalistyczną. Silny był tutaj głos oponentów wprowadzenia specjalizacji, upominających się o interesy pacjentów: całościowego, a nie tylko organicznego ujmowania choroby i to niezbyt wąskiego, o czym także już wspomniano, jej pojmowania. Pojawił się nawet postulat konieczności konsultowania diagnoz lekarskich z różnych dziedzin. Przypominano o indywidualnym cierpieniu pacjenta i ogólnym jego odczuwaniu, potwierdzonym reakcją całego organizmu na zaistniały stan chorobowy. Poważnym argumentem, wysuwany przez wielu, była więc sprawa zwiększonej odpowiedzialności zawodowej specjalisty.

Oceniając sytuację, pisząc memoriały na ten temat, domagano się utworzenia grupy koordynującej różne, często sporne opinie w powyższych sprawach. Pomimo świadomości niedostatków podejmowano się w tych wystąpieniach obrony nowego kierunku, prowadzącego do zmian w opiece medycznej. Stwierdzano, że błędy, a nawet pewne „nadużycia”, mogą pojawić się w takiej sytuacji, lecz skoryguje je „czas a wraz nim doświadczenie”¹¹⁸.

Drażliwe kwestie w niektórych krajach rozważały specjalnie ciała, niekiedy powoływano komitety ds. etyki, czy nawet angażowano parlament. Zachował się raport medycznego komitetu ds. etyki Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego, przygotowany w 1866 r.¹¹⁹. W ramach postulatów zgłaszanych przez niektórych jego przedstawicieli jak np. Henry I. Bawditcha domagano się m. in. wprowadzenia sankcji dyscyplinarnych ze strony stowarzyszeń zawodowych dla osób nadużywających swych kompetencji, łącznie z pozbawieniem praw członkostwa¹²⁰. Podkreślanym mankamentem, i to dość powszechnym, były wspomniane już brak uprawnień oraz kwestia rejestracji osób i instytucji do tego upoważnionej. Odwoływano się do tradycji zawodu a nawet tzw. polityki pragmatycznej, pośrednio krytykując istniejący monopol w nadawaniu kompetencji lekarza¹²¹. Niektóre towarzystwa z własnej inicjatywy podejmowały próbę wprowadzania doskonalenia zawodowego w ramach wyodrębnianych specjalności, uzyskiwanych licencjonowanych uprawnień, określały konieczne normy niezbędne do ich spełnienia. Jak pisze Jeanne Peterson, już w końcu lat 70. w Anglii rozpoczęto działania zmierzające do uprawomocnienia tych zamierzeń. W tym celu, jako jedno z pierwszych, tamtejsze Towarzystwo Położników i Okulistów zwróciło się do Royal College of Physicians o poparcie ich propozycji. Jednak nie otrzymano zgody, a negocjacje przeciągnęły aż po lata 20. XX w.¹²². Także w innych środowiskach lekarskich, pomimo istniejącej w wielu krajach opozycji, głównie instytucji nadzoru ale i po części ośrodków nauczania medycyny, podejmowano próby uzyskania potwierdzonych prawnie kompetencji lekarza specjalisty. Inicjatorami były towarzystwa lekarskie, aczkolwiek nie zawsze o charakterze specjalistycznym, starające się przełamać istniejące opory i uprzedzenia. Na kontynencie amerykański liderem w tym zakresie było od lat

90. XIX w. American Medical Association. Po 14 latach starań rozpoczęto wprowadzanie reformy określającej minimum dopuszczające do uzyskania specjalizacji. Podobnie było w Wielkiej Brytanii aż do lat 20. XX w.¹²³.

Specjalizacja w medycynie nie była jedynie efektem rozwijającej się wiedzy, wspieranej nowymi metodami pracy i wprowadzania techniki. Oprócz zasadniczego wpływu nauki i ówczesnych zdobyczy medycyny ważną rolę, nieraz niedocenianą w dziejach, odgrywały czynniki pozamerytoryczne, w tym: społeczne, ekonomiczne, polityczne. Duże znaczenie miały konkretne dążenia osób, indywidualności z własnymi ambicjami a także poparcie środowiska, aczkolwiek nie zawsze jednoznacznie dostrzegającego korzyści z ich działań.

Przypisy

¹ Wiadomo, że już w Egipcie ok. 2. 500 r. p. n. e. funkcjonowali lekarze, wtedy związani ze służbą sakralną, interesujący się określonymi chorobami, konkretnymi organami i częściami ciała. Podobnie było w innych cywilizacjach, np. w starożytnych Indiach. Występowało tam bogactwo wierzeń, symboli związanych z medycyną. Odwoływano się do nich, co prawda wyłącznie z historycznych już powodów jeszcze w XX w, czego przykładem był odbywający się w 1937 r. w Kairze, kongres oftalmologów. W czasach cywilizacji egipskiej prym w tym względzie wiedli kapłani zajmujący się np. chorobami oczu. Wskazują na ten fakt papirusy Edwina z 1600 r. p. n. e., Ebersa z 1500 r. p. n. e. i inne późniejsze. W zapisach papirusu Ebersa wśród 237 recept aż 100 dotyczy chorób oczu. Por. G. G o r i n: *History of Ophthalmology*. Delaware 1982, Part 1, Publish or Perish INC, Wilmington.

² Dokonane m. in. przez M. Faradaya w zakresie prądu elektrycznego, użytego w terapii medycznej. Obserwacje i traktat na ten temat przedstawił Armand Duchenne de Boulogne (1806–1875). Stały się one podstawą do stosowania elektroterapii. Por. A. S. L y o n s, R. J. P e t r u c e l l i: *Ilustrowana historia medycyny*. Warszawa 1996, s. 174.

³ Pierwszą publikacją z tego cyklu była praca Georgesa R o s e n s a: *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophtalmology*, New York 1944 r. Kolejne powstawały w latach 60. i 70. XX w. Wykaz piśmiennictwa dotyczący kształtowania się specjalizacji w medycynie, głównie jednak amerykańskiego, opublikował Charles E. R o s e n b e r g: *The Origins of Specialization in American Medicine an Anthology of Sources*. London-New York 1989.

⁴ Ch. L a w r e n c e: *Rockefeller Money. The Laboratory and Medicine In Edinburgh 1919–1930. New Science in an Old Country*. University of Rochester Press 2005, s. 12.

⁵ Wśród największych jej zwolenników wymienia się Karla Rokitanskyego (1804–1878), który w ciągu 50 lat przeprowadził wraz swoimi uczniami 60 tysięcy sekcji zwłok. Podobnie, jak i młodszy od poprzednika, Rudolf Virchow (1821–1902). Por. A. S. L y o n s, R. J. P e t r u c e l l i, dz. cyt., s. 508.

⁶ Tutaj wielkim zwolennikiem tych badań był niemiecki lekarz Johann Lukas Schönlein (1793–1864). Tamże, s. 520.

⁷ F. Hebra z pomocą swojego mistrza, Josepha Skody (1805–1881), miał założyć oddział dermatologiczny. Tamże, s. 520.

⁸ Dodać trzeba, że fundamenty dermatologii ustalił działający w Wiedniu wspomniany powyżej Hebra, który w 1849 r. został pierwszym profesorem dermatologii. Tamże, s. 539. Por. R. Dzierżanowski: *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Warszawa 1983., s. 166.

⁹ Ch. Lawrence, *Rockefeller Money...*, s. 12.

¹⁰ H. Schott: *Kronika medycyny*. Warszawa 2002, s. 144.

¹¹ Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution: Medicine ... and Social Change in 19 c America*(w:) M. J. Vogel,

Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine*. Pensylvania Press 1979, s. 8, 15, 17.

¹² Tzw. wędrówka cholery do Europy rozpoczęła się, jak twierdzi R. Dzierżanowski, w 1823 r., poprzez Azję, wschodnią część Europy i dotarła w 1831 r. na Zachód. W tym czasie w samej tylko Francji w ciągu 5 lat z powodu tej zarazy zmarło 100 tysięcy osób. R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 143–144.

¹³ Tamże. Na Wyspach Brytyjskich wielkim znawcą i propagatorem rozwoju balneologii okazał się Samuel Hyde (1849–1899), twórca British Balneology and Climatologi Society i pisma: „Journal of British and Foreign Health Resorts and British Balneology and Climatology Society”. Por. G. O. Storey: *A History of Physical Medicine*. New York 1992, s. 1.

¹⁴ Ch. Rosenberg, dz. cyt. s. 15.

¹⁵ Pierwszą analizę chemiczną składu krwi wykonał w 1850 r. niemiecki biochemik Carl Schmidt (1822–1894). Osiem lat później Hermann Welcker (1822–1897) określił ogólną objętość krwi człowieka oraz liczbę czerwonych krwinek. R. Dzierżanowski: dz. cyt. s. 168, 179.

¹⁶ W 1852 r. J. F. Heller w wiedeńskim szpitalu prowadził badania moczu na obecność białka. Por. A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt. s. 157. R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 160. *Encyklopedia odkryć i wynalazków*. Warszawa 1979, s. 12. Dodać tutaj można, że już w 1812 r., lekarz angielski William Charles Wells pierwszy opisał krwimocz i białkomocz w przypadku puchliny wodnej oraz powikłania sercowe w reumatyzmie. R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 127.

¹⁷ Skonstruowany m. in. przez Antony’ego von Leeuwenhoek’a ok. 1677 r. Por. *Encyklopedia* ., s. 207, 455.

¹⁸ Dzięki Johnowi Dollondowi i Josepowi von Fraunhoferowi, którzy skonstruowali pierwsze tzw. obiekty „achromatyczne”, możliwe stało się wyeliminowanie zniekształceń w obrazie, występujących na skutek rozszczepienia światła. Dalsze udoskonalenia mikroskopu miały miejsce XIX w. *Encyklopedia...*, s. 207, 439, 443, 455. W 1839 r.; Charles Louis Chavalier wydał w Paryżu podręcznik o posługiwaniu się tym urządzeniem. R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 153.

¹⁹ Por hasło: *Analityka lekarska, diagnostyka laboratoryjna*. [w:] *Encyklopedia...*, s. 11.

²⁰ Tamże, s. 12. S. P a r k e r: *Patrzę, poznaję, nauka. Medycyna*. Warszawa 1997, s. 31.

²¹ (Przyrząd do mierzenia szybkości przepływu krwi). T. D z i e r ż a n o w s k i, dz. cyt. s. 228, 407.

²² Wprowadzony przez A. Günzburga w 1887 r. Por. *Analityka lekarska...*, [w:] *Encyklopedia...*, s. 12. Ale o obecności wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym doniósł W. Prout w 1824 r. Tamże.

²³ *Encyklopedia ...*, s. 11. R. D z i e r ż a n o w s k i, dz. cyt. s. 249.

²⁴ Por tab. 1.

²⁵ Por. tab. 2.

²⁶ R. D z i e r ż a n o w s k i, dz. cyt. s. 265.

²⁷ Wykorzystywanie od lat 20 XIX w. zwierząt w badaniach medycznych budziło już od początku sprzeciw różnych sfer, w tym i medycznych. Ch. L a w r e n c e, dz. cyt. s. 17.

²⁸ *Encyklopedia odkryć...*, s. 11.

²⁹ A. S. L y o n s, R. J. P e t r u c e l l, dz. cyt. s. 170. C. Bernard spędzał w swym laboratorium wiele godzin, poznając funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Dużo czasu m. in. poświęcił badaniu zasad homeostazy. Tamże, s. 503.

³⁰ Kształcenie studentów prowadzono także w laboratoriach zwłaszcza w dziedzinach eksperymentalnych. Dość systematyczne nauczanie miało miejsce w amerykańskich uniwersytetach od połowy lat 90. XIX w. Por. R. E. K o h l e r: *Medical Reform and Biomedical Science*; Ch. E. R o s e n b e r ...: *The Therapeutic Revolution...*, s. 31.

³¹ W tym zakresie już w latach 50. XIX w. duże zasługi przypisywano Karlowi Reinholdowi Wunderlichowi (1815–1877). R. D z i e r ż a n o w s k i, dz. cyt. s. 171, 488.

³² Badanie tętna pod kątem szybkości i jakości praktykowane było od początku XVIII w. F l o y e r opublikował na ten temat pracę *Rzut oka na badanie tętna przez lekarza...* W XIX w. z pomocą zegarka pomiarów tętna dokonywała jedna z pierwszych angielskich lekarek Elizabeth Garrett Anderson (1837–1917). S. P a r k e r, dz. cyt. s. 29. Dodać trzeba, że tętnem interesowali się już starożytni, poszukując przyczyn choroby.

³³ S. P a r k e r, dz. cyt. s. 38. Jednak już w 1853 r. pierwszy przyrząd do tych celów miał skonstruować Karl Vierordt z Tybingi. R. Dzierżanowski wymienia J. L. Poiseuille'a jako autora pierwszego manometru z pomocą którego Poiseuille już w 1828 r. wykonywał badania. Zdaniem Dzierżanowskiego w 1856 r. J. Faivre przeprowadził jako pierwszy pomiary ciśnienia krwi u człowieka, łącząc r tęciowy manometr z tętnicą. Tamże, s. 141, 176.

³⁴ Ch. L a w r e n c e, *Rockefeller Money...*, s. 14.

³⁵ Tamże, *Raport...*

³⁶ W. H o o k e r, J. Kennedy: *Raport of the Committe of Medical Ethics on Specialties*. Philadelphia 1866, s. 22.

³⁷ *Analityka lekarska, diagnostyka laboratoryjna*. [w:] *Encyklopedia...*, s. 1–12.

³⁸ Por. *Analityka lekarska, Encyklopedia...*, s. 12. Ponadto w II połowie XIX w. zaczęto wykrywać w moczu: urobilinę, kwasy żółciowe, urobilinogen w 1907 r. Tamże.

³⁹ Dość duży przyrost liczby klinik miał miejsce na obszarze Niemiec, co wiązało się częściowo z ich decentralizacją ale także z rozwojem tego typu instytucji w tej części Europy. A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt. s. 520. Ch. Lawrence, dz. cyt. s. 12.

⁴⁰ H. Schott: *Kronika medycyny*, Warszawa 2002, s. 351. *Encyklopedia ...*, s. 241–242.

⁴¹ A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt. s. 539. W tym wprowadzenie do praktyki wielu przydatnych wynalazków, np. lusterka krtoniowego pomysłu Emanuela Garcia . Por. „*Medycyna*” 1906, nr 30, s. 571. W tym właśnie numerze doniesiono o śmierci, w Londynie 102-letniego wtedy wynalazcy tego urządzenia. Niemalże w tym względzie były dokonania z 1858 r. czeskiego badacza Janosza Czermaka. A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt. s. 539.

⁴² A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt., s. 474; S. Parker, dz. cyt. s. 29. Chodzi także o wspomniany powyżej zwyczaj dokonywania pomiarów temperatury, a w ośrodku wiedeńskim popularyzowany przez Antona de Haena (1704–1776). Tamże.

⁴³ Tamże, s. 507.

⁴⁴ M. in. morfinę, strychninę. Por. R. Dzierzanowski, dz. cyt. s. 492. Prace w tym zakresie kontynuowano w II połowie XIX w.

⁴⁵ Tamże, s. 519.

⁴⁶ A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt.

⁴⁷ Zaprzestano ordynowania środków leczniczych np. według tzw. kategorii wpływów i ustalonych jeszcze przez Galena odczuć fizjologicznych, stosując np. leki moczopędne, wypróżniające czy narkotyczne. Por. Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution...*, s. 15

⁴⁸ R. Dzierzanowski, dz. cyt., s. 153.

⁴⁹ Tamże, s. 155.

⁵⁰ Nie można jednak też zapominać, że w 1847 r. przeciwko krwuiupostom stosowanym w zapaleniu płuc wystąpił polski lekarz, profesor Józef Dietl, który dwa lata później opublikował w Wiedniu pracę na ten temat. Tamże, s. 163, 166.

⁵¹ A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt. s. 513.

⁵² Do zasług R. Brighta należą opisy chorób nerek. Tamże, s. 516.

⁵³ A. S. Lyons, R. J. Petrucci, dz. cyt.

⁵⁴ R. Dzierzanowski, dz. cyt., s. 174, 176.

⁵⁵ R. Dzierzanowski, dz. cyt. s. 177.

⁵⁶ Dokładne ustalenie liczby wszystkich, wydanych publikacji wymaga przeprowadzenia ukierunkowanej kwerendy.

⁵⁷ R. Dzierzanowski, dz. cyt., s. 121, 123.

⁵⁸ Tamże, s. 124.

⁵⁹ R. Dzierzanowski uważa, że autorem „pierwszego, nowoczesnego podręcznika”, który ukazał się w 1838 r., był Jean Etienne Esquiriol (1772–1840). Tamże, s. 151.

⁶⁰ Tamże, s. 158.

⁶¹ Tamże, s. 151, 169.

⁶² Tamże, s. 182.

⁶³ Tamże, s. 214.

⁶⁴ Według informacji R. Dzierżanowskiego. Wykaz ten wymaga jednak uzupełnień, bowiem uwzględnia jedynie większe pozycje a szczególnie dawnych ziem polskich. Ponadto pominięto wyodrębniającą się u schyłku XIX i na początku XX w. radiologię. Por. *Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej*. Pod red. Stanisława Leszczyńskiego. Kraków 2000.

⁶⁵ R. Dzierżanowski, dz. cit. „Neurologia Polska” 1910/1911, t. I, s. 124; W. H. Melanowski: *Dzieje okulistyki*. Warszawa 1972, s. 371.

⁶⁶ Jak pisał w sierpniu 1907 r. członek amerykańskiego towarzystwa medycznego George E. Shambaugh, laryngologia rozwinęła się w ciągu krótkiego czasu a doczekała się ogromnej literatury. Można zatem na tej podstawie podejrzewać że powyższa tabela ukazuje jedynie pewną, niejako reprezentacyjną część, tych publikacji.

⁶⁷ W. Hooker, J. Kennedy: *Raport of the Committee of the Medical Ethics on Specialties*. Philadelphia..., 1866, s. 26.

⁶⁸ H. D. Noyes: *Specialties in Medicine. Read before the American Ophthalmological Society, June 1865* [w:] Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution...*, s. 63.

⁶⁹ M. J. Peterson: *The Medical Profession in Mid. Victorian*. London 1978, s. 262–263.

⁷⁰ Por. tab. 4.

⁷¹ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 121.

⁷² Tamże, s. 147.

⁷³ Tamże, s. 152, 175, 444, 473.

⁷⁴ M. J. Peterson, s. 264.

⁷⁵ Ch. Lawrence, dz. cyt., s. 18.

⁷⁶ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 267.

⁷⁷ Ch. Lawrence, dz. cyt. s. 19.

⁷⁸ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 262.

⁷⁹ Pod tym kątem wydawano też publikacje o charakterze reklamowym i nie tylko czasopisma, jak np. amerykańskie „The Modern Hospital”. Ch. Lawrence, dz. cyt.

⁸⁰ Tamże, s. 17–18.

⁸¹ *Historia radiologii...*, s. 155.

⁸² M. J. Peterson, s. 264.

⁸³ Tamże, s. 274.

⁸⁴ Tamże, s. 264–265.

⁸⁵ Tamże, s. 261, 264.

⁸⁶ Ch. Lawrence, dz. cyt. s. 12.

⁸⁷ B. Urbanek: *Czy „w jedności siła”? Geneza galicyjskiego konfliktu lekarzy-techników dentystycznych* [w:] *Zawód dentysty – lekarza stomatologa na ziemiach polskich*. Pod red. Bożeny Urbanek. Warszawa 2007, s. 37.

⁸⁸ Tamże, s. 264–266.

⁸⁹ H. D. Noyes, dz. cyt. H. I. Bowditch: *Raport of the Committee of Medical Ethics on Specialties*. Philadelphia 1866, [w:] Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution...*

⁹⁰ M. J. Peterson, dz. cyt., s. 266.

⁹¹ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 138.

⁹² M. J. Peterson, dz. cyt., s. 266.

⁹³ Tamże.

⁹⁴ A. S. Lyons, R. J. Petrucelli, dz. cyt. s. 539.

⁹⁵ Ch. E. Rosenberg: *The Origins of Specialization in American Medicine...*, [w:] Ch. E. Rosenberg: *The Therapeutic Revolution...* (bez pag.).

⁹⁶ M. J. Peterson, dz. cyt. s. 265. Por. tabele.

⁹⁷ D. L. Vay: *The History of Orthopaedics...*, New Jersey 1990, s. 617–618, 623, 628–630. Por. *Korespondencja. Ortopedia za granicą*, „Przegląd Pediatriczny”, 1908/9, t. 1, s. 193.

⁹⁸ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 178.

⁹⁹ „Przegląd Pediatriczny” 1908/1909, r. I, s. 515. Wtedy też założyć miano francuski związek pediatriczny oraz powołać komitet organizacyjny międzynarodowego zjazdu. Tamże.

¹⁰⁰ W 1902 r. zebrali się np. członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, a w 1906 r. w dwóch miastach – Heidelbergu i Frankfurcie nad Menem, zorganizowano Pierwszą Międzynarodową Konferencję Przeciwrakową. Tamże, s. 270, 279.

¹⁰¹ Tamże, s. 216, 219, 236, 239, 246, 257, 270, 277, 279, 285, 294.

¹⁰² Por. Tab. nr 4.

¹⁰³ M. J. Peterson, dz. cyt. s. 270–271.

¹⁰⁴ R. Dzierżanowski, dz. cyt. s. 122.

¹⁰⁵ R. Dzierżanowski twierdzi, że pismo założone przez Cuniera było pierwszym pismem okulistycznym. Tamże, s. 151. Por. tabela 4.

¹⁰⁶ Tamże, s. 158.

¹⁰⁷ Tamże, s. 163.

¹⁰⁸ Tamże, s. 173, 196, 200, 213, 223

¹⁰⁹ Tamże, s. 262–263. Trzy lata później zakładano dalsze placówki, uwzględniając ówczesne potrzeby; np. w latach 1893–1907 założono w okolicach Londynu cztery szpitale, nastawione na leczenie psychicznie chorych. *Listy z Londynu*, „Neurologia Polska”, 1910/1911, t. 1, s. 121. Powiększał się stan oddziałów także w innych specjalnościach, o czym informowały inne polskie medyczne periodyki np. „Gazeta Lekarska” w 1904 r. Por. *Wiadomości bieżące*, „Gazeta Lekarska” 1904, nr 7, s. 170.

¹¹⁰ W. H o o k e r, J. K e n n e d y: *Raport...*, s. 24.

¹¹¹ H. D. Noyes, dz. cyt. s. 62, 66, 69, 70–73.

¹¹² B. U r b a n e k, dz. cyt. s. 37.

¹¹³ „Medycyna” 1909, t. 44, nr 5, s. 128.

¹¹⁴ „Medycyna I Kronika” 1910, z. 32, s. 729.

¹¹⁵ „Gazeta Lekarska” 1884, nr 45, s. 877.

¹¹⁶ W. H o o k e r, J. K e n n e d y, dz. cyt. s. 23, 26–27.

¹²¹ Ch. Rosenberg: *Doctors and Credentials – The Roots of Uncertainty* [w:] M. J. Vogelai Ch. E. Rosenberga: *The Therapeutic Revolution...*, s. 295.

¹²² M. J. Peterson, dz. cyt., s. 279.

¹²³ R. E. Kohler, dz. cyt. s. 33.

Recenzent: *doc. dr hab. Jaromir Jeszke*

Bożena Urbanek

WAYS OF APPEARING NEW BRANCHES IN MEDICINE
IN THE YEARS 1800 – 1914.
AN ATTEMPT AT FORMULATION OF AN ISSUE.
SUMMARY

A process of appearing medical branches lasted for many centuries. Its origins can be found already in long-ago civilizations. However, the comprehensive development of knowledge on the turn of the 18th century, its transmission by the press, professional contacts, including the foreign ones, brought about the consciousness of needs and activities in medical circles. A significant role in the process of appearing particular domains was played by technological progress. The inventions improved on cognitive processes within natural sciences and quickened exploring the new truths that were also employed in medical care. All these achievements of the 19th century, in Author's opinion, resulted in the significant development of particular domains called branches that nowadays are commonly accepted. Among medical and important for the development of separate branches one often mentions the achievements of pathological anatomy, and even bacteriology, which influenced the beginnings of medical analytic and development of diagnostics. Moreover, the progress of therapy in the years 1840 – 1870 brought about modern methods of getting pharmaceutical remedies and ways of using medications. The knowledge together with experiences let prepare description of particular diseases. There was also created a scientific workshop and methodological tactic, which was distinct for separate cases of illnesses. A great role was played by statistics and different ways of registering particulars, also by means of photography. Bibliography and scientific literature were to transmit and compare the knowledge. All these circumstances show the intricacy of the discussed issue. Additionally, the described conditions reveal the importance of other reasons that played a significant role in setting up separate specialization – non-medical reasons of social, economic or political nature. The last ones have not been analyzed inherently by us. What interesting, in some countries and especially in Anglo-Saxon lands, the non-medical reasons have been a significant subject of historical interests and studies already since the half of the 1940s. Also the Author's article is treating on them.