



Lek. Jacek Rytkowski
Kołobrzeg

KILKA UWAG O STANIE MEDYCYNY KLINICZNEJ W OKRESIE II RZECZPOSPOLITEJ NA TLE UWARUNKOWAŃ HISTORYCZNYCH ORAZ PRAWNYCH I ORGANIZACYJNYCH

Abstract

In this article was discussed some special selected issues from the history of polish clinic medicine, during the times of II Rzeczpospolita. The subject had been recognized in the context of the origins historical conditioning and transformations this branch of science. The beginnings of polish clinic medicine is strictly connected with the doctor Herman Boerhaave from Leydy. By writing this article especially we had wanted to highlight a special circumstance that emphasize of the polish clinic medicine development are fitted in the frame of the polish interwoven traditions. The one of the most important facts is that polish clinicians were a directly connected with the leading trends in the European clinic medicine, and also in a many cases they had contributed to the development of this branch of medical science. On this substantive background it was shown the most important development elements of polish clinical medicine achievements during the interwar period in a many medical specialities as immunology, blood treatment and blood donation, hematology, and diagnosis methods in internal medicine, including diabetology, neurology and microbiology etc. By writing this article we wanted to stay focused on the achievements of polish clinic doctors, which have been recognized as the specific Polish contribution to the development of world clinical medicine.

Streszczenie

W artykule podjęto wybrane zagadnienia z dziejów polskiej medycyny klinicznej w okresie II Rzeczypospolitej. Zostały one ujęte w kontekście historycznych uwarunkowań genezy i przemian tej dziedziny wiedzy medycznej, której początki związane są z holenderskim lekarzem Hermanem Boerhaave z Leydy. W artykule starano się wyeksponować okoliczność, iż rozwój polskiej klinicyzacji w okresie międzywojennym wpisuje się w jej tradycje z okresu niewoli narodowej. Ówczesnie działający polscy klinicyści mieli bezpośredni kontakt z przodującymi nurtami („szkołami”) europejskiej medycyny klinicznej, a w wielu wypadkach wnosili w jej rozwój swój oryginalny wkład. Na tym tle ukazano najważniejsze elementy dorobku polskiej klinicyzacji w okresie międzywojennym, w takich specjalnościach jak, immu-

nologia, krwiolecznictwo i krwiodawstwo, hematologia, metodyki diagnozowania chorób wewnętrznych, w tym diabetologii, neurologii, mikrobiologii itp. Skupiono się na tych, dokonaniach, które uznaje się za oryginalny polski wkład w dorobek światowej medycyny klinicznej.

Wstęp

Pojęcie medycyny klinicznej wiąże się z prowadzeniem działalności leczniczej połączonej z kształceniem medycznym przy łóżku chorego. Za jej prekursora uważany jest holenderski lekarz Herman Boerhaave (1668-1738), z Leydy w Holandii (*Lugdunum Batavorum*)¹. Przymiotnik „kliniczna”, przesądzający o jego znaczeniu, wywodzi się od greckiego słowa *klinē* - łóżko (łóże)². Rozwój praktyki klinicznej związany jest rozwojem nauk teoretycznych w obszarze medycyny, ale przede wszystkim z rozwojem diagnostyki i szkolnictwa medycznego i aktywnością takich klinicystów jak Austriacy, Gerard van Swieten (1700-1772), Johann Leopold Auenbrugger (1722-1808), Szwajcar, Albrecht von Haller (1708-1777), Francuz, Jean Nicolas Corvisart (1755-1821) czy Anglik Robert Graves ((1796-1853). Polski wkład do diagnostyki medycznej, silnie, jak zaznaczono stymulującej rozwój, medycyny klinicznej, reprezentuje Adam Raci-borski, autor wydanego w 1835 roku po francusku podręcznika poświęconego perkusji i auskultacji - *Nouveau manuel complet d'auscultation et de percussion*³.

Rozwój medycyny klinicznej na ziemiach polskich, której to kwestii, ze szczególnym uwzględnieniem II Rzeczypospolitej, poświęcony jest niniejszy artykuł, był funkcją historycznych uwarunkowań, tj. brakiem polskiej państwowości, co było istotnym ograniczeniem rozwoju tak medycyny, jak jej praktycznych zastosowań. Ograniczenia te znikły, przynajmniej nominalnie, po odzyskaniu przez Polaków własnego państwa. Społeczne funkcje medycyny stały się przedmiotem polityki państwa (ochrona zdrowia), regulowanej mocą stanowionego przez organy niepodległego państwa polskiego prawo. Niepodległe państwo tworzyło także przestrzeń wolności do badań naukowych w dziedzinie medycyny, rozwijania praktyki medycznej oraz kształcenia kadr na jej potrzeby. Sprzyjały temu ruch naukowy w obszarze medycyny, czego przejawem było nie tylko szkolnictwo medyczne, ale również liczne lekarskie towarzystwa naukowe, a także samorządu lekarskiego, emanacją którego były izby lekarskie. Pomimo więc oczywistych barier i ograniczeń wynikających z przesłanek historycznych medycyna kliniczna odnotowała szereg istotnych osiągnięć, które w niniejszym artykule zostano przybliżone.

¹ W. Szumowski: Historia medycyny. Warszawa 1961 s.284-300; B. Seyda: Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa 1977 s.427; Z. Domaśłowski: Wprowadzenie do medycyny. Jelenia Góra 2007 s.40-41; R. W. Gryglewski: Narodziny kliniki lekarskiej w Polsce, *Arch. Hist. Fil. Med.* 2011 T. 74 s.14; Ł. B. Pilarz, G. Bajor, W. Bułska (dalej: Ł.B. Pilarz i in.): Hermann Boerhaave (1668-1738) – ojciec medycyny klinicznej w czasach nowożytnych, *Ann. Acad. Med. Sil.* 2013, nr 4, s.276- 282; M. Nowacka, Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku. *Rocz. Filoz.* 2014 nr 4 s. 106

² M. Nowacka: Rozwój medycyny..., s.107

³ Z. Domaśłowski: Wprowadzenie..., s. 49-51

1. Medycyna kliniczna - zarys historyczny

Jak już sygnalizowano początki medycyny klinicznej wiąże się z postacią H. Boerhaave z uniwersytetu w Leydzie, uważanego w XVIII wieku za „nauczyciela całej Europy” (totius Europae praeceptor). Istotą zmian, jakie wprowadził w praktyce medycznej było połączenie leczenia z kształceniem kadr teoretycznych oraz prowadzeniem badań i eksperymentów naukowych, tj. testowaniem nowych procedur diagnostycznych czy terapeutycznych. W toku postępowania leczniczego prowadzone były obserwacje, notowano je, następnie zaś opracowywano, systematyzowano i na ich podstawie formułowano wnioski. Taki model nauczania medycyny utrzymał się w zasadzie do dziś. Kanadyjski patolog Wiliam Osler, rekapitułując wkład leydeyskiego lekarza w rozwój medycyny określił go jako pierwszego w historii wybitnego klinicystę, autora pierwszych zasad nowoczesnego badania fizykalnego. Medycynę oparł on na podstawach filozoficznych. Sam zasłynął tym, że przeczytał w oryginale cały dorobek myśli filozoficznej. Spośród dyscyplin medycznych, szczególne zainteresowania przejawiał anatomią. Z nazwiskiem omawianego uczonego wiąże się eponim - zespół Boerhaave’a, którego istotą jest samoczynne pęknięcie i perforacja przełyku, powstające na ogół pod wpływem masywnych wymiotów. Tę znaną od starożytności przypadłość Boerhaave jako pierwszy systematycznie przebadał i opisywał, wskazując na jej etiologię oraz zaproponował procedurę jej leczenia⁴

Wśród niewątpliwych zasług Boerhaave’a wymienić także należy wykształcenie swoich następców. Był niewątpliwie największą sławą lekarską swoich czasów, o kontakty z którym zabiegali tacy oświeceniowi luminarze jak Linneusz czy Wolter, a praktykom jego miał poddać się car Piotr I, ale z punktu widzenia własnych dokonań najważniejsze było to, że potrafił wychować swoich następców. Wspomnieć w tym kontekście należy zwłaszcza o głównym przedstawicielu pierwszej wiedeńskiej szkoły medycznej Gerardzie van Swietenie, oraz Albrechcie van Hallerze⁵. Dodać warto, iż nowatorski program studiów medycznych opracował wybitny uczoney Gotfried Wilhelm Leibniz (1646-1716). Jego projekty nie były wszakże dostępne szerszemu ogółowi, więc nie mogły wpłynąć na rozwój nauczania medycyny. Tym niemniej współczesna historia medycyny uznaje je za szczególnie interesujące i poświęca im odrębną uwagę⁶.

Szczególny wkład w rozwój medycyny klinicznej przypisuje się van Swietenowi. Studiował on pod kierunkiem Boerhaave’a w Leydzie, ale rozzarowany tamtejszymi stosunkami (jako katolik źle się czuł w protestanckim otoczeniu), przeniósł się do Wiednia, dokąd, korzystając z protektoratu cesarzowej Marii Teresy, przeniósł model

⁴ Ł.B. Pilarz i in.: Hermann Boerhaave... s. 278

⁵ Ł.B. Pilarz i in.: Hermann Boerhaave... s. 278

⁶ M. Nowacka: Rozwój medycyny s. 107-113

lejejski czym zapoczątkował gruntowaną kształcenia lekarzy w Austrii. Po upaństwowieniu wiedeńskiego uniwersytetu zreformował jego Wydział Lekarski, przesczepiając na grunt austriacki model kliniczny leczenia (terapia prowadzona przy łóżku chorego) i kształcenia (polegało na demonstracjach, pokazach i obserwacjach przy łóżku chorego). W wiedeńskiej klinice van Swieten'a było pierwotnie tylko 12 łóżek: po sześć dla kobiet i mężczyzn. W praktyce jednak metodą kliniczną objęto dużo więcej chorych, jako że do kliniki transportowani byli chorzy z innych szpitali Wiednia. Tam szczegółowo analizowano dany przypadek i odwożono chorych z powrotem. W ramach procedur klinicznych przywiązywano wielką do badań anatomopatologicznych zmarłych, które następnie drobniawczo dokumentowano. Wkrótce wzór wiedeński został przyjęty w innych ośrodkach kształcenia lekarzy, Pawi (1770) i Freibergu (1780), a także w Pradze i Peszcie (1784).

Dzieło van Swieten'a kontynuował innych z wychowanków Leydy de Haen (1704-1776), ale nie wyszedł w tym zakresie poza osiągnięcia swojego poprzednika⁷ Zwieńczeniem reformy van Swieten'a nastąpiło dopiero w 1784 roku, a więc już po jego śmierci.

Nastąpiło wtedy przekształcenie, na mocy decyzji cesarza Józefa II dawnego domu dla ubogich, instytucji łączącej dotąd funkcje lecznicze i poprawcze, w instytucję łączącą leczenie i kształcenie lekarzy. Znajdowało się w nim ponad 2000 jednoosobowych łóżek. W jego obrębie zbudowane zostało Narrentum (wieża dla szaleńców). W rok później, w związku z reformą nauczania medycyny w Austrii, do omawianego obiektu dobudowano gmach Josephinum, czyli Medyczno-Chirurgicznej Akademii Wojskowej, na ponad tysiąc łóżek. Kształcić miała ona certyfikowanych przez państwo chirurgów, nazywanych odtąd lekarzami niższego stopnia⁸. W ten sposób model kliniki zyskał dojrzałą formę i stał się wzorcem do podobnych placówek w całej Europie w XIX wieku.

Van Swieten zainicjował także, warto nadmienić, nowoczesną diagnostykę i leczenie chorób wewnętrznych przy pomocy wód leczniczych, ziół, ruchu, diety i klimatu, co dało asumpt do nazwania prowadzonego przezeń ośrodka mianem „krynicy wiedzy lekarskiej”⁹. Można więc uznać van Swieten'a za prekursora lecznictwa uzdrowiskowego, którego szczególnie rozkwit przypada na XIX wiek. W tym kontekście warto dodać, iż do jego rozwoju w znacznym stopniu przyczynił się, uchodzący za twórcę naukowej balneologii, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Józef Dietl (1804-1878). Przeprowadził on gruntowne badania nad walorami leczniczymi wód w Krynicy i ustalił metody leczenia przy ich wykorzystaniu, początkując w ten sposób historię uzdrowiska w Krynicy. Liczba kuracjuszy wzrosła dzięki temu ze 131 w 1850 roku do 3000 w 1880

⁷ Z. Domasłowski: Wprowadzenie... s. 41

⁸ Medycyna polska. Bydgoszcz 2016 s. 93

⁹ M. Miętała: Rozwój terapii balneoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy (druga połowa XIX i pierwsza połowa XX wieku). Opole 2009 s. 30

roku. Wraz z Edwardem Korczyńskim powołał Dietl w Krakowie komisję balneologiczną¹⁰.

Wracając do głównego wątku rozważań zwrócić należy uwagę, iż silny impuls rozwojowy zyskała medycyna kliniczna za sprawą, wspomnianego już, innego z austriackich klinicystów. Johann Leopold Auenbrugger (1722-1809), odkrywca metody opukiwania. Wyniki swoich obserwacji dociekań zawarł w krótkiej rozprawie *Inventum novum*, gdzie metodę tę opisał w zastosowaniu do badania klatki piersiowej¹¹. Prawdziwego wszakże przełomu w medycynie klinicznej dokonał wszakże, również już wcześniej nadmieniany, szwajcarski fizjolog von Haller. Jest on autorem 8-tomowego dzieła pt. *Elementa physiologiae corporis humani* (1757-1766), uważane za prekursorskie w rozwoju fizjologii eksperymentalnej. Jako podkreślają historycy medycyny badacz ten „po raz pierwszy objął terminem fizjologii całokształt czynności zdrowego organizmu ludzkiego”. Wprowadził on do medycyny dwa pojęcia drażliwość (*irritabilitas*), jako specyficzna właściwość mięśni, i czułość (*sensibilitas*), jako specyficzna właściwość nerwów¹².

Wskazani powyżej lekarze i nauczyciele medycyny położyli podwaliny pod medycynę kliniczną, zasadniczy rozwój której nastąpił w XIX wieku. Obok szkoły wiedeńskiej pojawiły się kolejne szkoły kliniczna, paryska, londyńska i dublińska. Z tą ostatnią związany był wspomniany już Graves, któremu medycyna zawdzięcza opis klasycznych objawów nadczynności tarczycy (choroba Gravesa-Basedowa). Za najwybitniejszego klinicystę drugiej połowy XIX wieku uchodzi profesor Uniwersytetu w Paryżu Jean Martin Charcot (1725-1893), autor badań nad padaczką, płasawicą i histerią. W kontekście szkoły paryskiej pojawia się kolejny polski akcent. We Francji swoją działalność na przełomie XIX i XX wieku prowadził syn polskich emigrantów Józef Babiński (1857-1932), autor przełomowych badań dla neurologii (nad odruchami ścięgnistookostnowymi) oraz przełomowych dla neurochirurgii procedur (interwencje chirurgiczne w niektórych chorobach nerwowych)¹³.

Rozwój medycyny klinicznej bazował na rozwoju badań podstawowych we wszystkich zasadniczych dziedzinach medycyny. Kliniki, jako placówki lecznicze i kształcące, powstawały w XIX wieku głównie przy uniwersytetach, ale coraz częstsze były placówki tego rodzaju zakładane przez lekarskie towarzystwa naukowe, a także przez samych, mających już pewną renomę lekarzy. Ziemia polskie uczestniczyły w tych procesach na tyle, na ile pozwalały na to ograniczenia, wynikające z przesłanek ogólnorozwojowych i historycznych.

¹⁰ B. Małecka, J. T. Marcinkowski: Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. *Prob. Hig.-Epid.* 2007 nr 2 s.140

¹¹ Z. Domałowski: Wprowadzenie... s. 41

¹² Z. Domałowski: Wprowadzenie..., s.41

¹³ Z. Domałowski: Wprowadzenie..., s.51-52

2. Początki medycyny klinicznej na ziemiach polskich

Wspominano już w poprzednim podrozdziale, iż polskie nazwiska (Raciborski, Bażyński) przewijają się w dziejach medycyny klinicznej w XIX wieku, z tym jednak, że ich działalność związana jest z ośrodkami zagranicznymi. Zaznaczyć wszakże trzeba, iż pierwsze próby wdrożenia modelu klinicznego pojawiły się już u schyłku dawnej

Rzeczypospolitej. Związane są one z osobą Jędrzeja Badurskiego, lekarza wykształconego w Bolonii, który kierującemu reformą Uniwersytetu Jagiellońskiego w duchu oświeceniowym Hugonowi Kołłątajowi, jako wzorzec reformy kształcenia lekarzy w tej uczelni rekomendował wiedeński model kliniki, wypracowany na bazie dokonań van Swieten. Rekomendacje Badurskiego w pełni zaaprobował Kołłątaj. W rezultacie, w 1780 roku w pojezuickim kompleksie klasztornym przy krakowskim Małym Rynku utworzony został pierwszy polski szpital kliniczny św. Barbary, na czele którego stanął Badurski¹⁴. Ze współczesnego punktu widzenia „był to przełomowy moment w dziejach Akademii i polskiej medycyny. Istotą planowanej reformy było bowiem oparcie uniwersyteckiej nauki lekarskiej na strukturze kliniki, rozwiązania w ówczesnej Europie świeżej daty”¹⁵.

Blizsza analiza koncepcji Badurskiego, pokazuje, iż próbował on pogodzić nowoczesne rozwiązania Starej Szkoły Wiedeńskiej, jak zwykło określać się rozwiązania przyjęte za sprawą van Swieten, z anachronicznymi już w dużym stopniu rozwiązaniami funkcjonującymi w Bolonii. Jak się ocenia, był to swoisty ukłon Badurskiego w kierunku konserwatywnej profesury krakowskiej, sposobem na to, aby łatwiej im było zaakceptować nowoczesne koncepcje wiedeńskie¹⁶. Pierwotną wykładnię propozycji Badurskiego zawiera dokument zatytułowany *Propositio instituendi collegii medicici causa facta; a reformato hodierno medicae artis Studio petita, ataque opportuniiori modo ordinationis accomodata a. 1776*¹⁷. Kres reformie Badurskiego położyły kryzys jaki ogarnął krakowską klinikę niedługo po jej utworzenia, ostatecznie zaś jego śmierć w 1789 roku. Nadciągając wówczas zaczęły jednak gorsze czasy nie tylko dla polskiej reformy oświeceniowych, ale i dla polskiej nauki i szkolnictwa, związane z upadkiem polskiej państwowości. Fiasko reformy Badurskiego oznaczało wejście krakowskiego wydziału lekarskiego „w mrok zaborów”¹⁸.

Dużo pomyślniej potoczyły się dzieje kształcenia lekarskiego w Wilnie. Co prawda

¹⁴ R. W. Gryglewski: *Narodziny kliniki lekarskiej*.. s. 16

¹⁵ *Medycyna...*, s. 103

¹⁶ R. W. Gryglewski: *Narodziny kliniki lekarskiej* .. s. 16

¹⁷ Jego obszerna analiza patrz.: R. W. Gryglewski, *Narodziny kliniki lekarskiej* ..., s.16-177. Szerzej na temat postaci Badurskiego i reformy klinicznej zob.: F. Leśniak, *Profesor Andrzej Badurski w służbie wielkiej reformy. Szpital kliniczny św. Barbary w Krakowie. Bibl. Współcz. Myśli Pedagog.* 2014 T.3 s. 217-230

¹⁸ *Medycyna...*, s. 103

nie powiodła się, podobnie jak w Krakowie, reforma wileńskiego uniwersytetu, podjęta w 1774 roku pod auspicjami Komisji edukacji Narodowej, ale zarazem upadek państwa nie spowodował upadku wileńskiej medycyny, ale - paradoksalnie - stał się początkiem jej złotej ery. W 1803 roku został powołany do życia Cesarski Uniwersytet Wileński, co oznaczało zamknięcie dotąd funkcjonującego uniwersytetu, w tym także istniejącego w jego ramach Wydziału Lekarskiego. Był z nim przez lata, jako profesor patologii i terapii lekarskiej, związany światowej sławy chemik Jędrzej Śniadecki. Funkcję profesora pełnił w omawianej uczelni także wybitnie uzdolniony, ale słabszego charakteru (kolaborował z zaborcą, w Dziadach Adama Mickiewicza sportretowany jako bezwzględnie wysługujący się mu kolaborant) Wacław Pelikan, jeden z prekursorów chirurgii plastycznej. Zajęcia ze studentami prowadził w Wilnie także po 1803 roku prekursor nowoczesnej okulistyki, Wincenty Herberski (1784-1827). Swoją dysertację poświęcił nowatorskim jak na tamte czasy metodom diagnostycznym auskultacji i perkusji¹⁹.

Cesarski Uniwersytet Wileński został zamknięty w ramach represji po powstaniu listopadowym. Kształcenie lekarzy miało odbywać się odtąd w Akademii Medyko-Chirurgicznej. Znalazła się ona (podobnie jak zmieniony w odrębną szkołę duchowną wydział teologiczny) w gestii Ministerstwa Spraw Wewnętrznych²⁰. Wśród czterdziestu kursów, jakie miały być „dawane” w nowej uczelni znajdować się miały Klinika chorób wewnętrznych (na 20 osób), Klinika chorób zewnętrznych z okulistiką (na 20 osób) oraz Klinika położnicza (dla małych dzieci niewiast) (na 12 osób)²¹. Miały one być usytuowane w szpitalach miejskich pozostających w gestii Sióstr Miłosierdzia, a ich liczebność miała być zwiększana w miarę potrzeb²². Generalnie jednak powstanie uczelni tej uczelni oznaczało przedłużenie okresu świetności wileńskiej medycyny. Najważniejszą jej postacią pozostał J. Śniadecki, który prowadził klinikę chorób wewnętrznych. Pięcioletnie studia odbył w niej jeden z przyszłych luminarzy polskiej medycyny, Tytus Chałubiński²³. Wileńska uczelnia także padła ofiarą polityki. Jej studenci bowiem czynnie zaangażowali się w spisek Szymona Konarskiego, emisariusza sprawy narodowej, straconego w 1839 roku²⁴. W 1840 car Mikołaj zdecydował o przeniesieniu wileńskiej Akademii do Kijowa i włączyć jako wydział lekarski w struktury tamtejszego Uniwersytetu Św. Włodzimierza jako wydział lekarski. W związku z tym zostały

¹⁹ Medycyna..., s. 105

²⁰ J. Bieliński: Stan nauk medycznych w Polsce za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej bibliograficznie przedstawiony. Przyczynek do dziejów medycyny w Polsce. Warszawa 1888 s. 13

²¹ J. Bieliński: Stan nauk medycznych w Polsce... s. 33

²² J. Bieliński: Stan nauk medycznych w Polsce... s. 39-40

²³ A. Wrzosek: Młodość Tytusa Chałubińskiego. *Arch. Hist. Filozofii Med. Hist. Nauk Przyr.* 1936/1937 T. 16 s.1-28

²⁴ Więcej na jego temat: S. Kieniewicz, Szymon Konarski. W: Polski słownik biograficzny. T. 13. Wrocław – Warszawa – Kraków 1967/1968 s. 477-479

zamknięte pierwsze trzy realizowane przez nią kursy, a dwa lata później - pozostałe dwa²⁵. Oznaczało to kres istnienia szkolnictwa medycznego w Wilnie. Jego odrodzenie nastąpiło dopiero po odrodzeniu polskiej państwowości w 1918 roku. Dodać w tym kontekście warto, iż w Wilnie działało w latach 1806-1864 Towarzystwo Lekarskiego, którego kilkakrotnym prezesem (po raz ostatni w 1836 był J. Śniadecki)²⁶.

Dużo gorsze było położenie nauczania medycyny w innych głównych polskich miastach, łącznie z Warszawą. We Lwowie, niedługo po pierwszym rozbiórze Polski (1784) utworzono Uniwersytet z wydziałem lekarskim, który jednak nie cieszył się zbyt dużym powodzeniem. Lokalne potrzeby na kadry medyczne zaspokajało Studium Medyko-Chirurgiczne, kształcące felczerów, chirurgów i położników. Szkołę tę po 1817 roku przemianowano na Instytut Medyko-Chirurgiczny, który nie został włączony w struktury utworzonego w tym czasie Uniwersytetu Franciszka I. Kształcenie lekarzy na poziomie uniwersyteckim powróciło we Lwowie dopiero w 1894 roku²⁷. Podobnie jak we Lwowie sytuacja przedstawiała się sytuacja w Warszawie, gdzie jeszcze przed zaborami udało się utworzyć zaledwie szkołę chirurgiczną przy szpitalu św. Łazarza, której organizatorem był Walenty Gagatkiewicz (1750-1805). Jej żywot był jednak krótki - przestała istnieć w roku III rozbioru Polski. Za sprawą Jacka (Hiacynta) Dziarkowskiego (1747-1828) utworzona została w okresie Księstwa Warszawskiego Akademia Lekarska, która dysponowała trzema klinikami: chirurgiczną, położniczą i terapeutyczną. Przestała ona istnieć wraz z Księstwem Warszawskim. Dziarkowski wszakże pozostał aktywny i objął kierownictwo wydziału akademicko-lekarskiego w utworzonym w 1816 roku Uniwersytecie Warszawskim. Także i ta uczelnia miała żywot efemeryczny: została, podobnie jak Cesarski Uniwersytet Wileński, zamknięta w ramach represji po powstaniu listopadowym. Powstała później Akademia Medyko-Chirurgiczna, w 1862 roku jako wydział lekarski weszła w skład odrodzonego uniwersytetu: Szkoły Głównej Warszawskiej. Ta została jednak zlikwidowana w ramach represji po powstaniu styczniowym. Powołany w jej miejsce w 1869 roku Uniwersytet Warszawski był uczelnią rosyjską, z rosyjskim językiem wykładowym, z założenia czysto prowincjonalna, a więc co do zasady nie przejawiająca jakichkolwiek ambicji twórczych, także w dziedzinie medycyny²⁸. Także i do Warszawy szkolnictwo lekarskie na uniwersyteckim poziomie powróciło dopiero wraz z odrodzeniem polskiej państwowości.

Nieco inaczej przedstawiała się sytuacja w Krakowie, gdzie zastój w dziedzinie uniwersyteckiego nauczania medycyny, co oznaczało także regres medycyny klinicznej, trwał do połowy XIX. Momentem zwrotnym w tym zakresie okazało się przybycie

²⁵ A. Wrzosek: *Młodość Tytusa...* s. 20

²⁶ J. Bieliński: *Stan nauk medycznych w Polsce...* s. 754-773

²⁷ *Medycyna ...* s. 106

²⁸ *Medycyna...* s. 107

do Krakowa na początku lat pięćdziesiątych XIX wieku wspomnianego już wcześniej w innym kontekście J. Dietla. Ryszard W. Gryglewski, pisze, iż należał on „do grona najwybitniejszych lekarzy internistów XIX wieku. Jego wpływ na rozwój krakowskiej kliniki lekarskiej był decydujący. Wykształcony w Wiedniu, stając się jednym z głównych propagatorów jej poglądów. Jego autorstwa *Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiedner-Bezirkskrankenhaus* (1845) stały się swoistym „manifestem” nowej, opartej o ścisłe badanie anatomopatologiczne medycynie”²⁹. Dietl był jednym z głównym reprezentantów rozkwitającej wówczas Młodszej Szkoły Wiedeńskiej, za twórcę której uchodzi Karla von Rokitansky. Kładła ona główny nacisk na anatomię patologiczną, windując ją do rangi samodzielnej dyscypliny badawczej³⁰. Uniwersytecką kliniką chorób wewnętrznych w Krakowie kierował w latach 1851-1865, bazując w decydującej mierze na swoich wiedeńskich studiach i doświadczeniu wyniesionym z prowadzonej we Wiedniu praktyki. W swojej koncepcji praktyki klinicznej podstawowe znaczenie przywiązywał do diagnostyki. Uznawał ją za fundament medycyny i podstawę skutecznej terapii. Dlatego też w prowadzonej przez siebie klinice szczególną wagę przywiązywał do opukiwania i osłuchiwania. Kanonem pracy klinicznej stały się także sekcje zwłok. Dlatego staraniem Dietla powstało pierwsze w Krakowie prosektorium. Wydzielając w swojej klinice odrębne pomieszczenie na laboratorium chemiczne, położył Dietl podwaliny pod rozwój analityki medycznej³¹. Koncepcje kliniczne Dietla bazujące na anatomii patologicznej kontynuowali jego następcy. Twórcą anatomopatologicznego ośrodka badawczego w Krakowie był wychowanek uniwersytetu wiedeńskiego Alfred Biesiadecki (1839-1889). W nauce uznaje się jego pierwszeństwo w histopatologicznym opisie zmian skórnych, co stawia go w gronie twórców nowoczesnej dermatologii. Model krakowski promieniował na inne ośrodki naukowe na ziemiach polskich. Pierwszym profesorem anatomii patologicznej we Lwowie był Andrzej Obrzut (1854-1910). Buł on absolwentem studiów lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie otrzymał również tytuł doktorski³².

Powyższy przegląd upoważnia do wniosku, iż polska medycyna kliniczna ukształtowała się pod wpływem rudymenarnych wzorców lejdejskich. Na trop ten wskazują silne i bezpośrednie wpływy, jakie na rozwój polskiej klinicytyki wywarła Starsza Szkoła Wiedeńska, której twórcą był uczeń Boerhaave’a, van Swieten. Drogę tym wpływom utorował J. Badurski. Podobną rolę odegrał w przypadku Młodszej Szkoły Wiedeńskiej J. Dietl. Trzeba jednak stanowczo podkreślić, iż polska medycyna klinicz-

²⁹ R. W. Gryglewski: Notatki z kliniki lekarskiej prof. Józefa Dietla, *Prz. Lek.* 2014 nr 5 s. 303. Por. także: A. Magowska: Manifest nowej szkoły wiedeńskiej, czyli choroba i jej leczenie według Józefa Dietla, *Acta Med. Pol.* 2013 nr 3 s.141-145

³⁰ Medycyna ... s. 116

³¹ R. W. Gryglewski: Notatki z kliniki lekarskiej s. 305

³² Medycyna..., s. 117

na czerpała również z własnego potencjału, zwłaszcza kadrowego, czego przykładem jest ośrodek wileński, zawdzięczający swoją świetność głównie geniuszowi J. Śniadeckiego. Rozwój polskiej medycyny klinicznej hamowała polityka, ściślej brak własnego państwa. Ośrodek wileński i tu jest przykładem koronnym.

3. Uwarunkowania rozwoju medycyny klinicznej w II Rzeczypospolitej

Po odzyskaniu niepodległości powstały wreszcie przesłanki rozwoju medycyny w ogóle, w tym także medycyny klinicznej, zgodnego z potrzebami i priorytetami społecznymi. Niepodległe państwo w swojej polityce w tej dziedzinie uwzględniać wszakże musiało nie tylko tego rodzaju potrzeby. Stało wobec ogromu wyzwań jakie niósł katastrofalny stan zdrowia publicznego odziedziczony nie tylko niszczycielskiej wojnie, ale również po nędzy czasów zaborów, kiedy państwo z różnych względów nie tylko nie dbało o kształcenie lekarzy, ale również o potrzeby zdrowotne ludności. Uchwalone zostało przede wszystkim ustawodawstwo medyczne, tak sanitarne, jak i odnoszące się do praktyki lekarskiej³³. W sensie instytucjonalnym kwestie powyższe pozostawały w gestii najpierw Ministerstwa Zdrowia, a od 1923 - departamentu zdrowia w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej. Od 1919 roku władze państwowe podjęły pilne kwestie epidemiologiczne, zapleczem naukowym dla których był powstały wówczas przy Uniwersytecie Warszawskim Instytut Epidemiologiczny, usytuowany w strukturze Zakładu Bakteriologii³⁴.

W odradzających się po okresie zaborczym oraz nowo tworzonych, jak poznański, polskich uniwersytetach, podejmowały działalność wydziały lekarskie. Obok wspomnianego uniwersytetu poznańskiego, dotyczyło to uniwersytetów w Krakowie, Lwowie, Warszawie, Lwowie i Wilnie³⁵. Był to w dużej mierze rezultat aktywności samego środowiska lekarskiego, dysponującego istotnymi instrumentami wpływu, jakim były tworzone jeszcze w czasach zaborczych towarzystwa lekarskich. Początki ich działalności towarzystwa warszawskiego sięgały 1820 roku, krakowskiego i poznańskiego - 1866 roku, a radomskiego - 1871 roku³⁶. W Polsce niepodległej organizacje te, zwłaszcza mające profil zawodowy, „prowadziły rozległą działalność mobilizując

³³ Przegląd tego ustawodawstwa patrz: Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1936, opr. S. Konopka, Warszawa 1936, s.XV-XXI. Ostatnią ustawę zdrowotną przed wybuchem II wojny światowej podpisał prezydent RP Ignacy Mościcki 15 czerwca 1939 roku. Była to Ustawa o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. z 1939 r. Nr 54, poz. 342). Uchylała ona Zasadniczą ustawę sanitarną z dnia 19 lipca 1919 roku (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371). Ona sama, co interesujące uchylona została, dopiero w 2002 roku, mocą ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności, Dz.U z 2002 r. Nr 166, poz.1360.

³⁴ Medycyna... s. 144

³⁵ Medycyna... s. 150

³⁶ Więcej na temat towarzystw lekarskich z okresu zaborów i II Rzeczypospolitej zob.: Katarzyna Hanisz: Polskie towarzystwa medyczne specjalistyczne i zawodowe oraz inne towarzystwa wspomagające rozwój nauk medycznych. *Forum Bibl. Med.* 2009 s. 92-93

lekarzy do wspólnej pracy na rzecz zdrowia publicznego, zarówno w sensie teoretycznym, jak i aplikacyjnym. Ich członkowie brali udział w tworzeniu rodzimego modelu opieki zdrowotnej, polskiego prawodawstwa sanitarnego, ubezpieczeń społecznych i samorządów zawodowych. Wykazywali duże zaangażowanie w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych, a zwłaszcza w leczeniu i profilaktyce gruźlicy i chorób wenerycznych³⁷. Miarą aktywności środowisk medycznych w reaktywację szkolnictwa lekarskiego w okresie powojennym może być to, iż na czele uniwersyteckich wydziałów lekarskich zaraz po wyzwoleniu aż w trzech przypadkach - Poznań, Lwów i Wilno - stali lekarze; niektórzy pełnili nawet funkcje rektorów³⁸. Uniwersyteckie studia medyczne, które musiały mieć swoje zaplecze kliniczne, gdyż taki model kształcenia kadr medycznych ukształtował się - o czym była mowa w poprzednich podrozdziałach - w przeszłości, trwały 16 trymestrów, tj. pięć lat i kwartał. Trzy trymestry składały się na jeden kurs. Pierwsze lata studiów poświęcano na tzw. przedmioty wstępne, dopiero później przystępowano do klinicznych. Także egzaminy łączono w grupy. Pierwszą tworzyły przedmioty kliniczne, z zakresu medycyny wewnętrznej, takie jak: interna, pediatria, dermatologia, psychiatria z neurologią. Nauka na wydziałach lekarskich, podobnie jak i przygotowanie do egzaminów były odpłatne³⁹. Z tego względu studia medyczne miały charakter elitarny. Według szacunków z połowy lat trzydziestych ub. wieku, średniorocznie wydziały lekarskie wypuszczały ok. 957 osób, co uwzględniając rotację o charakterze naturalnym i wynikającą z mobilności społecznej (zaprzestanie praktyki, wyjazd z kraju), dawało średnioroczny przyrost kadr lekarskich na poziomie ok. 297 osób⁴⁰.

Rozwój klinicyzacji polskiej w okresie II Rzeczypospolitej limitowany był możliwościami kadrowymi (spośród niewielkiej relatywnie liczby wykształconych lekarzy, niewielu poświęcało się badaniom i kształceniu kadr), materialnymi, potrzebami społecznymi (ograniczanymi niskim statusem materialnym ogółu społeczeństwa) oraz polityką i możliwościami państwa, które nadto musiały koncentrować się na potrzebach zdrowia publicznego, prewencją i zwalczaniem zagrożeń epidemiologicznych, oświatą zdrowotną i sanitarną itp. Na tego rodzaju zadaniach koncentrowały się istniejące w analizowanym czasie placówki szpitalne. Według współczesnych obliczeń w 1938 roku w Polsce było 677 szpitali, a w nich 74 999 łóżek (w praktyce każdy powiat i miasto posiadało szpital). Publiczny charakter, państwowy lub samorządowy, miała jednak tylko niespełna połowa spośród nich: 72 należały do państwa, a 283 do jednostek samorządowych różnych szczebli. Az 214 szpitali prowadzonych było przez organizacje i towarzystwa, głównie lekarskie, i finansowane były ze środków pozabudżetowych. Relatywnie liczne - 1008 - były szpitale prywatne, ale znajdowało się w nich tylko 1971

³⁷ Katarzyna Hanisz: *Polskie towarzystwa medyczne specjalistyczne...* s. 93

³⁸ *Medycyna...* s. 150

³⁹ *Medycyna...* s. 150

⁴⁰ *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej...* s. VIII.

łózek⁴¹. Potencjał medycyny klinicznej w Polsce stanowiły zatem tylko szpitale uniwersyteckie oraz placówki prowadzone przez towarzystwa lekarskie, gdzie praktykę swoją, połączoną z badaniami medycznymi dydaktyką, prowadziło wielu wybitnych medyków. Pozostałe koncentrowały się na praktyce leczniczej, tj. zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności, w skali, jaka była wówczas możliwa.

Wybrane elementy dorobku polskiej medycyny klinicznej w II Rzeczypospolitej

Pomimo powyższych ograniczeń medycyna kliniczna w Polsce odnotowała istotne osiągnięcia. Nie sposób kwestii tej omówić w tym miejscu wyczerpująco, ale zasygnalizować warto kilka najważniejszych, dotyczących takich dziedzin jak immunologia, krwiolecznictwo i krwiodawstwo, hematologia, metodyki diagnozowania chorób wewnętrznych, w tym diabetologii, neurologii, mikrobiologii, ale i innych specjalności, np. tworzącej się urologii i ortopedii. Wyniki badań klinicznych znajdowały swoje zastosowanie w profilaktyce i terapii⁴².

Do najbitniejszych postaci nauk medycznych omawianego czasu należał, związany z Uniwersytetem Warszawskim, Ludwik Hirszfeld (1884-1954), badacz grup A, B, AB, 0; kwestie różnicowania grupowego; wprowadzania do praktyki oznaczenia grup krwi i czynnika Rh. Dzięki jego odkryciom możliwe stało się ratowanie niemowląt zagrożonych konfliktem serologicznym z matką. Główne materiały badawcze w tym zakresie opublikował on wraz z Teodorem Zaborowskim w 1925 roku. W dwa lat później stały się one na równi z ustaleniami niemieckiego internisty Emila von Dungernera (1867-1961) podstawą do oznaczenia grup krwi uznanych za jedynie obowiązujące przez Komitet Higieny Ligi Narodów. Obowiązują one do dziś.

Duże osiągnięcia w badaniach nad krwią miał również ośrodek lwowski i krakowski, które badania te zainicjowały jeszcze w 1914 roku. We Lwowie kierował nimi Stanisław Laskownicki (1892-1978) i Władysław Dobrzaniecki (1897-1941), a w Krakowie z Julianem Aleksandrowicz (1908-1988); ten ostatni kontynuował je w Warszawie z udziałem m.in. Juliana Jelenkiewicza. Z ośrodkiem warszawskim związane są także znaczące osiągnięcia w badaniu przewlekłej patogenezy krążenia. Kierujący tymi badaniami Witold Eugeniusz Orłowski (1874-1966), ustalił, iż dotyczy ona nie tylko samego mięśnia sercowego, ale również układu naczyniowego, a jej geneza może być efektem zmian tak o charakterze pierwotnym, jak i wtórnym. Był autorem wydanej w latach trzydziestych ub. wieku obszernej pracy *Patologia i terapia szczególności chorób wewnętrznych*. Warto w tym kontekście dodać, iż jeden z asystentów

⁴¹ Z. Wiśniewski: *Lekarze w II Rzeczypospolitej*. Ostatnia ustawa zdrowotna II Rzeczypospolitej, *Gazeta Lekarska* 2008 nr 3 wykorzystano wersję elektroniczną dostępną w wersji elektronicznej pod adresem internetowym: <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2008/n200806/n20080623>

⁴² Przegląd dorobku polskich badań klinicznych w II Rzeczypospolitej na podstawie: *Medycyna...*, s.159-161

Orłowskiego Jakub Węgierko (1889-1960), opracował i wdrożył w 1925 roku własną procedurę terapii insulinowej, dwa lata po wprowadzeniu insuliny do obiegu medycznego.

Polskie osiągnięcia w neurologii reprezentują dokonania związanego z Uniwersytetem Warszawskim Adamem Opalskim (1897-1963). Jego działalność kliniczna i naukowa związana była z diagnostyką i leczeniem mózgowia, rdzenia kręgowego. W 1929 roku odkrył i opisał komórki glejowe charakterystyczne dla choroby Wilsona. Zostały one w nauce nazwane komórkami Opalskiego. Istotny wkład do neurologii wniósł także Jan Piltz (1870-1930), który w fachowej literaturze światowej znany jest z opisanych przez siebie odruchów źrenicznych, tj. rozszerzania źrenicy w czasie jej oświetlania, co jest charakterystyczne dla kiły trzeciorzędowej.

Szczególne miejsce historii polskich nauk medycznych zajmują dokonania związanego z uniwersytetem lwowskim Rudolfa Weigla (1883-1957), który od połowy lat dwudziestych ub. wieku prowadził badania nad stworzeniem szczepionki przeciwko tyfusowi plamistemu. Oparował w tym celu własną metodę tzw. przyżyciowej hodowli zarazków (*Rickettsia prowazekii*) w jelitach wszy. Były one wyhodowaną przez niego krzyżówką najpierw typu kaukaskiego później łączoną z afrykańską (w 1939 r.). Do karmienia wszy używane były świnki morskie i świnię. Wysiłki te zostały uwieńczone powodzeniem. Szczepionki wyprodukowane przez Weigla wykorzystywane były w licznych krajach, m.in. w Etiopii i Chinach.

To tylko wybrane przykłady osiągnięć medycyny klinicznej. Tylko na ich podstawie można stwierdzić, iż pomimo niesprzyjających warunków historycznych, pozostała ona w głównym nurcie światowej nauki.

Zakończenie

Dzieje polskiej medycyny klinicznej wpisują się w główny nurt rozwojowy tej dziedziny nauk medycznych, zapoczątkowanej przez Boerhaave'a. Do Polski ten model postępowania medycznego: połączenie leczenia przy łóżku chorego z badaniami, obserwacjami oraz ich gromadzeniem i systematyzowaniem, a także kształceniem lekarzy, trafił do Polski już pod koniec XVIII wieku, w okresie reformowania polskich uniwersytetów - krakowskiego i wileńskiego pod auspicjami KEN. Reformatorzy, którym przewodził H. Kołłątaj, wzorowali się na rozwiązaniach, tzw. Starszej Szkoły Wiedeńskiej, której twórcą był uczeń Boerhaave'a, van Swieten. Fiasko tych reform oraz rychły upadek państwa, zahamowały rozwój medycyny klinicznej na ziemiach polskich.

Chlubnym wyjątkiem było Wilno, gdzie na otwartym w 1803 roku Uniwersytecie Cesarskim prężnie rozwinął się wydział lekarski. Po zamknięciu tej uczelni po powstaniu listopadowym, tradycje tego wydziału kontynuowała Akademia Medyko-Chirurgiczna. Oba te wątki łączyła postać wielkiego uczonego, także lekarza J. Śniadeckiego.

Likwidacja Akademii oznaczała kres świetności medycyny klinicznej w Wilnie. Odrodziła się ona dopiero w niepodległej Polsce.

Punkt ciężkości jej rozwoju przeniósł się do Krakowa i Lwowa, gdzie zaznaczyły się wpływy Młodszej Szkoły Wiedeńskiej. Jej najwybitniejszym reprezentantem był Profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, później także jej rektor – J. Dietl.

W powyższy sposób powstały podwaliny do rozwoju medycyny klinicznej w wolnej Polsce. Głównymi jej ośrodkami były miasta uniwersyteckie, gdzie na wydziałach lekarskich kształcono przyszłych lekarzy. Działalność kliniczną prowadziły także kliniki prowadzone przez towarzystwa lekarskie. Pomimo trudności, wynikających przede wszystkim z zapóźnienia cywilizacyjnego kraju polska medycyna kliniczna odnotowała szereg osiągnięć liczących się w nauce światowej.

Bibliografia

- Bieliński J.: Stan nauk medycznych w Polsce za czasów Akademii Medyko- Chirurgicznej Wileńskiej bibliograficznie przedstawiony. Przyczynek do dziejów medycyny w Polsce. *Warszawa 1888*
- Domasłowski Z.: Wprowadzenie do medycyny. Jelenia Góra 2007
- Gryglewski R. W.: Narodziny kliniki lekarskiej w Polsce. *Arch. Hist. Fil. Med.* 2011, 1 74
- Gryglewski R. W.: Narodziny kliniki lekarskiej.... s. 16-177
- Gryglewski R.W.: Notatki z kliniki lekarskiej prof. Józefa Dietla. *Prz. Lek.* 2014 nr 5
- Hanis K.: Polskie towarzystwa medyczne specjalistyczne i zawodowe oraz inne towarzystwa wspomagające rozwój nauk medycznych *Forum Bibl. Med.* 2009
- Kieniewicz S.: Szymon Konarski T. 13. W: Polski słownik biograficzny. Wrocław-Warszawa-Kraków 1967-1968
- Leśniak F.: Profesor Andrzej Badurski w służbie wielkiej reformy. Szpital kliniczny św. Barbary w Krakowie. *Bibl. Współcz. Myśli Pedag.* 2014 T.3
- Magowska A.: Manifest nowej szkoły wiedeńskiej, czyli choroba i jej leczenie według Józefa Dietla. *Acta Med. Pol.* 2013 nr 3
- Małecka B., Marcinkowski J.T.: Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. *Prob. Hig.-Epid.* 2007 nr 2
- Medycyna polska. Bydgoszcz 2016 s. 93
- Migała M.: Rozwój terapii balneoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy (druga połowa XIX i pierwsza połowa XX wieku). Opole 2009
- Nowacka M.: Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku. *Rocz. Fil.* 2014 nr 4
- Pilarz Ł.B., Bajor G., Bulska W.: Hermann Boerhaave (1668-1738) – ojciec medycyny klinicznej w czasach nowożytnych. *Ann. Acad. Med. Sil.* 2013 nr 4
- Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1936, opr. Stanisław Konopka, Warszawa 1936
- Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie, Warszawa 1977
- Szumowski W.: Historia medycyny, Warszawa 1961
- Wiśniewski Z.: Lekarze w II Rzeczypospolitej. Ostatnia ustawa zdrowotna II Rzeczypospolitej, *Gaz. Lek.* 2008 nr 3 wykorzystano wersję elektroniczną dostępną w wersji elektronicznej pod adresem internetowym: <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2008/n200806/n20080623>.
- Wrzosek A.: Młodość Tytusa Chałubińskiego. *Arch. Hist. i Fil. Med. Hist. Nauk Przyr.* 1936/1937 T. 16