

velkých kolektivních trestů; člověk 19. století se nakazil tuberkulózou, aby tím vyplnil, v oné horečce, která stíhá věci a zrazuje je, své nesdělitelné tajemství. Proto jsou nemoci hrudníku naprosto stejné povahy jako nemoci lásky; jsou vášnivým utrpením, životem, jemuž smrt dodává tvář, kterou nelze změnit.

Smrt opustila své tragické nebe a stala se lyrickým jádrem člověka: jeho neviditelnou pravdou, jeho viditelným tajemstvím.

Kapitola desátá KRIZE HOREČEK

V této kapitole bude otázkou závěrečný proces, v němž anatomicko-klinické vnímání nachází formu své rovnováhy. Kdybychom se nechali unášet detailními událostmi, byla by to kapitola skutečně dlouhá: teorie esenciálních horeček a Broussaisova kritika této teorie zaujímaly významné místo v medicínském výzkumu po dobu téměř pětadvaceti let (od roku 1808, kdy se objevila *Histoire des phlegmasies chroniques*, až po rok 1832, kdy převážily diskuse o choleře); jde o místo nepochybně mnohem významnější, neboť jej nemusel autorizovat problém, dostatečně rychle určený na rovině pozorování; ovšem množství polemik, potíže v dorozumění, pokud šlo o shodu nad fakty, užívání takové šíře argumentů cizích oblasti patologie, to vše indikuje zásadní konfrontaci, poslední (a také nejprudší a nejkomplikovanější) z konfliktů mezi dvěma nesouměřitelnými typy lékařské zkušenosti.

Metoda, ustavená Bichatem a jeho prvními následovníky, nechala otevřené dvě řady problémů.

První se týkaly samotného bytí nemoci a jejího vztahu k fenoménům poškození. Když konstatujeme serózní výron, degenerovaná játra, plicní lakunu, jsou to zánět pohrudnice, ciróza, souchotiny, které vidíme jako takové, v jejich patologické hloubce? Je poškození původní, trojrozměrnou formou nemoci, jejíž existence by tak byla prostorové povahy – nebo je nutné jej ihned situovat vně, do oblasti blízkých příčin, či bezprostředně před ní, jako první manifestaci procesu, který by zůstával skrytý? Vidíme jasně – ale až ve zpětném pohledu –, jakou odpověď předepisu-

je logika anatomicko-klinického vnímání: pro ty, kteří toto vnímání praktikovali poprvé v dějinách medicíny, věci tak jasné nebyly. M.-A. Petit, který celou svou koncepcí entero-mezenterické horečky založil na pozorováních patologické anatomie, se nedomníval, že by ve střevních poruchách, doprovázejících některé horečky, zvané adynamické či ataktické, odkryl samu podstatu nemoci či její konečnou pravdu; šlo tu pouze o „sídlo“ nemoci, ale toto geografické určení mělo pro lékařské poznání menší význam než „obecný soubor symptomů, které odlišují nemoci jedny od druhých, a tím objevují jejich pravou povahu“, a to natolik, že terapeutika se mylí, když se zaměřuje na vnitřní poškození, místo aby sledovala symptomatické indikace, které předepisují posilující prostředky.¹ „Sídlo“ je pouze prostorovým umístěním nemoci; její esenci signalizují jiné chorobné projevy. Tato esence zůstává zásadním předpokladem, který utváří spojení mezi příčinami a symptomy, a odsouvá tak poškození do sféry nahodilosti; tkáňový či organický záchvat představuje pouze přístupový bod nemoci, oblast, kde se postupně rozvine její kolonizační podnik: „Mezi hepatizací plic a příčinami, které ji vyvolají, se odehrává něco, co nám uniká; stejně je tomu se všemi poškozeními, s nimiž se setkáme při otevření těla; nejsou zdaleka první příčinou všech jevů, jež jsme pozorovali, samy jsou ve skutečnosti zvláštní potíží v tajemné činnosti našich orgánů; ovšem tato poslední činnost uniká všem prostředkům našeho zkoumání.“² Čím přesněji určuje patologická anatomie sídlo nemoci, tím hlouběji, zdá se, se nemoc sama uchyluje do intimity nepřístupného procesu.

Existuje ještě další řada otázek: Mají všechny nemoci svůj korelát v poškozeních? Je možnost připsat jim nějaké místo na základě obecného principu patologie, nebo se to týká jen zcela specifické skupiny chorobných jevů? A můžeme v tom případě začít studovat nemoci prostřednictvím klasifikace nosografického typu (organické potíže – neorganické potíže), dříve než vstoupíme do oblasti patologické anatomie? Bichat vytvořil prostor pro nemoci bez poškození – ale dostal se při jejich pojednání

1 M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, Paris, 1812, s. 147–148.

2 A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale*, Paris, 1817, s. 523.

sotva dále než k náčrtu: „dejte stranou určité druhy horeček a nervových afektů a vše ostatní je téměř přesně v oblasti této vědy (patologické anatomie)“.³ Laënnec od počátku přijímal rozdělení nemocí na „dvě velké třídy: nemoci, které jsou spojeny s evidentním poškozením v jednom orgánu či v několika orgánech; to jsou nemoci, které jsou už několik let označovány jako organické nemoci; a dále nemoci, které nezanechávají v žádné části těla trvalé změny, avšak k nimž můžeme přiřadit jejich původ; to jsou nemoci, kterým říkáme obvykle nemoci nervové“.⁴ V době, kdy psal Laënnec tento text (1812), nezaujal ještě definitivní postoj ve vztahu k horečkám: měl ještě velice blízko k „lokalizátorům“, od nichž se brzy odpojil. V té době Bayle rozlišoval *organické* nikoli od *nervového*, nýbrž od *vitálního*, a proti organickým poškozením, vadám pevných látek (jako jsou například otoky), kladl životní poruchy, „alterace životních vlastností či funkcí“ (bolest, zvýšená teplota, zrychlený pulz); jedny i druhé se mohly překrývat, jako například při souchotinách.⁵ Tuto klasifikaci převzal brzy Cruveilhier, ještě v poněkud komplexnější formě: poruchy organické, jednoduché a mechanické (fraktury), poruchy původně organické, a následně vitální (hemorragie); původně vitální afekce, zdvojené organickými poškozeními ať už hluboké (chronická flegmasie) nebo povrchní (akutní flegmasie); a nakonec vitální choroby bez jakéhokoli poškození (neurózy a horečky).⁶

Marně se tvrdilo, že naprosto celá oblast nosologie zůstávala pod kontrolou patologické anatomie a že vitální nemoc může být jako taková doložena pouze negativně, a to nezdarem při zkoumání poškození, zůstává nicméně faktem, že právě díky této oklice byla znovu objevena forma klasifikační analýzy. Povahu nemoci určoval její druh – nikoli její sídlo, ani příčina; a sám fakt, zda má či nemá lokalizovatelné ohnisko, byl předepsán předběžnými formami tohoto určení. Poškození není nemoc, ale pouze

3 Bichat, *Anatomie générale*, sv. I, s. xcvi.

4 Laënnec, článek Anatomie pathologique v *Dictionnaire des Sciences*.

5 Bayle, druhý článek, Anatomie pathologique, *tamtéž*, s. 62.

6 J. Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, Paris, 1816, díl I, s. 21–24.

první z projevů, jimiž se ukazuje tento generický charakter, jenž staví nemoc do protikladu k afektům bez opory. Zájem anatomických patologů paradoxně navrátil klasifikační ideji platnost. Právě odtud získalo Pinelovo dílo svůj smysl a svou kuriózní prestiž. Pinelovo myšlení, které se formovalo v Montpellier a v Paříži v tradici Sauvagesově a pod nejčerstvějším vlivem Cullenovým, bylo svou strukturou klasifikační; mělo však smůlu i štěstí současně, protože se rozvinulo v době, kdy téma kliniky, a později anatomicko-klinické metody, zbavilo nosologii jejího skutečného obsahu, ale nikoli bez účinků, byť dočasných, vzájemného posílení: viděli jsme, jak byla idea třídy korelativní určitému neutrálnímu pozorování symptomů,⁷ jak klinické dekódování implikovalo čtení esencí,⁸ nyní vidíme, jak se patologická anatomie spontánně řídí jistou formou nosografie. Neboť celé Pinelovo dílo vděčí za svou platnost každému z těchto posílení: jeho metoda vyžadovala kliniku či anatomii poškození jen druhotně; v zásadě jde o organizaci podle reálné, avšak abstraktní koherence přechodných struktur, s jejichž pomocí hledal klinický pohled či anatomicko-patologická percepce v již existující nosologii svou podporu či svou okamžitou rovnováhu. Žádný z lékařů staré školy nebyl vnímavější a vstřícnější než Pinel vůči novým formám lékařské zkušenosti; byl dobrovolným profesorem na klinice a pitval bez přehnané zdrženlivosti; vnímal však pouze účinky opakování, které po zrození nových struktur vycházely jen z obrysů podpory, které převzaly od těch starých:⁹ takže nosologie byla v každém okamžiku potvrzována a nová zkušenost v ní byla předem zapojena. Bichat byl patrně jediný, kdo mohl od počátku chápat neslučitelnost své metody s metodou nosografů: „Odkrýváme, jak nejlépe umíme, přírodní procesy... nepřikládejme

přehnaný význam té či oné klasifikaci“; žádná z nich nám nikde neposkytne „dokonalý obraz přírodního pochodu“.¹⁰ Laënnec naopak přijímá bez problémů obalení anatomicko-klinické zkušenosti prostorem nosologického rozdělení: otevřít mrtvá těla, najít poškození, to znamenalo vynést na světlo skutečnost, že „v lokálních chorobách existuje něco pevnějšího, pozitivnějšího a méně proměnlivého“; znamenalo to tedy izolovat „to, co je musí charakterizovat či specifikovat“; a to nakonec tím, že nosologii poskytne jistější kritéria, má posloužit jako její příčina.¹¹ V tomto duchu položila Společnost pro soupeření, která seskupila mladou generaci a věrně reprezentovala novou školu, při konkurzu v roce 1809 slavnou otázku: „Které nemoci je třeba považovat speciálně za organické?“¹² Jistě, otázka mířila na pojem esenciální horečky a její neorganičnosti, k němuž Pinel zůstával připoután, ale přesně v tomto bodě zůstával kladený problém stále ještě problémem druhu a třídy. Diskutovalo se o Pinelovi, ale jeho medicína nebyla úplně přehodnocena.

To udělá až Broussais v roce 1816 v *Examen de la Doctrine généralement admise*, kde radikalizuje kritiku, kterou již formuloval o osm let dříve v publikaci *Histoire des phlegmasies chroniques*. Tato explicitně fyziologická medicína, tato tak snadná a uvolněná teorie sympatií, obecné užívání pojmu iritace, a tím návrat k jistému patologickému monismu, úzce spjatému s monismem Brownovým, to vše bylo neočekávaným způsobem potřebné, aby byla patologická anatomie skutečně osvobozena od poručnictví nosografů a aby problematika chorobných esencí přestala zdvojovat perceptivní analýzu organických poškození. Jak šel čas, velmi rychle se zapomnělo, že struktura anatomicko-klinické zkušenosti mohla být vyvážena jen díky Broussaisovi; v paměti zůstaly jen zuřivé útoky na Pinela, jehož nepostřehnutelný dohled naopak

7 Viz výše, kap. I, s. 33–34.

8 Viz výše, kap. VII, s. 142.

9 P. A. Prost vypráví, jak ukázal „pánům Corvisartovi a Pinelovi záněty a poruchy vnitřní střešní membrány, jež byly natolik nepochybné, že mrtvá těla, na nichž se toto demonstrovalo, prošla jejich rukama, aniž by bylo třeba střeva otevírat“. (*Traité de cholera morbus*, 1832, s. 30)

10 X. Bichat, *Anatomie descriptive*, sv. I, s. 19.

11 Laënnec, *Traité de l'auscultation*, předmluva, s. xx.

12 V pojednání, které bylo oceněno, kritizuje Martin příliš zjednodušené užívání termínu „nemoc“, jež by raději vyhradil pro záněty, zapříčiněné nedostatky ve vyživování tkání, srov. *Bulletin des Sciences médicales* 5, 1810, s. 167–188.

tak dobře podporoval Laënnec; bude se vzpomínat pouze na nezkrtného fyziologa a jeho ukvapené generalizace. A nejnověji nalézá dobrák Mondor pod laskavostí svého pera mladickou svěžest adolescentních urážek, které vrhá na stíny Broussaisových předchůdců.¹³ Tento nerozvážený člověk ony texty nikdy nečetl, nebo jim dobře neporozuměl.

Zde jsou.

Esenciální neurózy a horečky byly koncem 18. a počátkem 19. století na základě dostatečně všeobecné shody považovány za nemoci bez organického poškození. Nemoci ducha a nervů obdržely, a to díky Pinelovi, zcela zvláštní statut, takže jejich historie, přinejmenším až do objevu A.-L. Bayleho v letech 1821–1824, nijak nezasahuje do diskusí o organičnosti nemocí. Centrem problému jsou naopak po dobu více než patnácti let horečky.

Projděme si nejprve některé obecné linie pojmu horečky v 18. století. Především se pod tímto pojmem rozuměla účelná reakce organismu, který se jí brání proti patogennímu záchvatu či substanci. Horečka, která se objevuje v průběhu nemoci, jde opačným směrem a má snahu zvrátit její průběh; je znakem nikoli nemoci, nýbrž odporu vůči nemoci, „afekce života, který se snaží odvrátit smrt“.¹⁴ Má tedy v přísném slova smyslu blahodárnou hodnotu: ukazuje, že organismus „morbiferam aliquam materiam sive praeoccupare sive removere intendit“.¹⁵ Horečka je pohyb extrakce s očištěným zaměřením: *februaire* znamená rituálně vypudit z domu stíny zemřelých.¹⁶

Na pozadí této finality se pohyb horečky a její mechanismus analyzují snadno. Posloupnost symptomů indikuje její různé fáze:

13 H. Mondor, *Vie de Dupuyfren*, Paris, 1945, s. 176: „opilý lékař komediantů... planý, velkohubý šarlatán... jeho triky, jeho nestoudnost, jeho bojovná mnohomluvnost, jeho krasořečnické omyly... jeho iluzionistické sebevědomí.“

14 Boerhaave, *Aphorisme*.

15 Stahl, citovaný in: Dagoumer, *Précis historique de la fièvre*, Paris, 1831, s. 9.

16 Citováno *tamtéž*.

třesavka a prvotní pocit chladu prozrazují periferní spasma a zředění krve v kapilárách, vedoucích těsně pod kůží. Narůstající tepová frekvence ohlašuje, že srdce reaguje tak, že nechává téci co nejvíce krve zpět do končetin; horkost ukazuje, že krev ve skutečnosti cirkuluje rychleji a že jsou tím urychleny všechny ostatní funkce; přiměřeně k tomu klesají motorické síly: odtud dojem ochablosti a snížení svalového napětí. Konečně pot indikuje úspěch této horečnaté reakce, která dosahuje očištění od chorobné substance; když se však tato substance dokáže dočasně obnovit, člověk trpí střídavými horečkami.¹⁷

Tato jednoduchá interpretace, která spojila v naprosto evidentním smyslu manifestní symptomy s jejich organickými koreláty, měla v dějinách medicíny trojí význam. Na jedné straně pokrývala analýza horeček ve své obecné formě dokonale mechanismus lokálních zánětů; v obou případech docházelo ke srážení krve, kontrakcím, zapříčiněným více či méně dlouho trvajícím stáží, později snahou systému obnovit cirkulaci a v důsledku toho násilným pohybem krve; bude vidět, že „červené krvinky začínají postupovat do lymfatických tepen“, což způsobí v lokálním měřítku například výplach spojivky, či v globálním měřítku horkost a rozrušení celého organismu; jestliže se pohyb zrychluje, nejjemnější částice krve se oddělí od těch těžších, které zůstanou v kapilárách, kde „se lymfa přemění v jakési želé“: proto dochází v případě celkového zánětu k hnisání v respiračním či střevním systému, nebo v případě lokální horečky k abscesům.¹⁸

Pokud však existuje funkční identita mezi zánětem a horečkou, pak proto, že oběhový systém je základním prvkem procesu. Jde tu o dvojitý posun v normálních funkcích: nejprve zpomalení, poté přehánění; nejprve dráždivý jev, poté jev podráždění. „Všechny tyto jevy musí být odvoditelné ze zvyšující se a pod-

17 Až na několik odlišností se toto schéma nachází u Boerhaavea (*Aphorismes*, č. 563, 570, 581), u Hoffmana (*Fundamenta medica*), u Stolla (*Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres*), u Huxhama (*Essai sur les fièvres*) a u Boissiera de Sauvages (*Nosologie méthodique*, díl II).

18 Huxman, *Essai sur les fièvres*, fr. překlad, Paris, 1752, s. 339.

něcované dráždivosti srdce a tepen, nakonec z činnosti jakéhokoli podnětu a z odporu života takto podrážděného zhoubným stimulem.¹⁹ Takže horečka, jejíž vnitřní mechanismus může být stejně tak celkový jako lokální, nachází v krvi organickou a izolovatelnou oporu, která ji může učinit lokální nebo celkovou, nebo také nejprve lokální a poté celkovou. Prostřednictvím tohoto rozptýleného podráždění systémem krevního oběhu může horečka být vždy obecným symptomem nemoci, která zůstává lokální po celou dobu svého rozvoje: aniž se cokoli změní v průběhu jejího rozvoje, může být stejně dobře esenciální, jako sympatetická. V takovém schématu nemohla být otázka existence esenciálních horeček bez poškození, které by jim bylo možné přisoudit, vůbec položena: ať byly její forma, její počáteční bod či povrch manifestace jakékoli, horečka měla vždy stejný typ organické opory.

A konečně, fenomén horkosti má daleko ke konstituování podstaty febrilního pohybu; představuje pouze jeho nejpovrchnější a nejpřechodnější vyvrcholení, zatímco hlubokou podstatu horečky indikují proudění krve, nečistoty, které krev přijímá nebo se jich zbavuje, projevy zbytnění či pocení. Grimaud nabádá k opatrnosti vůči fyzickým nástrojům, které „nám s jistotou mohou zprostředkovat pouze poznání stupně intenzity horkosti; a tyto rozdíly jsou pro praxi nejméně důležité... lékař se musí snažit především rozlišovat v horečnatých teplotách kvality, jež mohou být vnímány jen silně vycvičeným dotykem a které unikají a vyhýbají se všem prostředkům, jež může fyzika nabídnout. Taková je například štiplavá a dráždivá kvalita horečnaté teploty,“ která přináší stejný pocit jako „dým v očích“ a která ohlašuje hnisavou horečku.²⁰ Pod homogenním jevem zvýšené teploty má tedy horečka své vlastní kvality, jistý druh substanciální a diferencované stability, která dovoluje roztřídit horečku podle specifických forem. Přechází se tedy přirozeně a bez problémů *od horečky k horečkám*. Posun ve smyslu a v pojmové úrovni, který

19 Stoll, Aphorisme sur la connaissance et la curation des fièvres v *Encyclopédie des Sciences médicales*, 7. oddíl, sv. 5, s. 347.

20 Grimaud, *Traité des fièvres*, Montpellier, 1791, díl I, s. 89.

bije do očí,²¹ mezi popisem společného symptomu a určením specifické nemoci, nemohla medicína 18. století, za dané formy analýzy, již dešifrovala mechanismus horečky, postřehnout.

Ve jménu velice homogenní a koherentní koncepce „horečky“ přijme tedy 18. století značný počet „horeček“. Stoll jich uznával dvanáct, k nimž přidal ještě horečky „nové a neznámé“. Specifikují se jednou podle cirkulačního mechanismu, který je vysvětluje (zánětlivá horečka, analyzovaná J.-P. Franckem a označovaná tradičně jako synocha), jednou podle nejvýznačnějšího nehorečnatého syndromu, který je doprovází (Stahlova, Selleova, Stollova vznětlivá horečka), jindy podle orgánů, v nichž se zánět projeví (mezenterická horečka Baglivioho), ještě jindy podle kvality výměšků, které vyvolávají (Hallerova, Tissotova, Stollova hnilobná horečka) nebo nakonec podle rozmanitosti forem, jichž nabývají, a podle vývoje, který je jim vyhrazen (maligní či ataktická horečka Selleova).

Tato síť, pro naše oči zamotaná, začala být zmatená až ode dne, kdy lékařský pohled změnil svou epistemologickou oporu.

K prvnímu setkání mezi anatomii a symptomatickou analýzou horeček došlo dávno před Bichatem, dávno před prvními Prostovými pozorováními. Bylo to čistě negativní setkání, protože anatomická metoda se zřekla svých práv a uznala připisování nějakého sídla určitým horečnatým onemocněním. V listu číslo 49 svého *De sedibus* Morgagni říká, že po otevření těl lidí, kteří zemřeli na prudké horečky, nenašel „vix quidam... quod earum gravitati aut impetui responderet; usque adeo id saepe latet per quod faber interficiunt“.²² Analýza horeček, postavená pouze na jejich symptomech a bez snahy o jejich lokalizaci, byla považována za možnou, ba dokonce nutnou: aby se poskytla struktura rozmanitým formám horeček, bylo třeba organický objem nahradit prostorem rozmístění, do něhož vstupovaly pouze znaky a to, co označovaly.

21 Bouillaud to analyzuje zcela jasně v *Traité des fièvres dites essentielles*, Paris, 1826, s. 8.

22 Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, list 49, článek 5.

Opětovné uspořádání, vypracované Pinelem, nespočívalo pouze v linii jeho vlastní metody nosologického dekódování; přesně zapadalo do rozdělení definovaného touto první formou patologické anatomie: horečky bez poškození jsou esenciální; horečky s lokálními poškozeními jsou sympatické. Tyto idiopatické formy, jež jsou charakterizovány svými vnějšími manifestacemi, nechávají vystoupit „společné vlastnosti jako ztráta chuti k jídlu a digesce, změny v oběhu, přerušování některých typů sekrece, nespavost, zvýšená či snížená rozumová činnost, změna některých smyslových funkcí nebo dokonce jejich vyřazení, narušení svalové hybnosti, pokaždé svým způsobem“.²³ Rozmanitost symptomů však také dovoluje čtení různých druhů: zánětlivá či angiotonická forma „vyznačující se zvržením, zduřením či tlakem krevních cév“ (je častá v pubertě, na počátku těhotenství nebo po přehnané konzumaci alkoholu); „meningo-gastrická“ forma s nervovými symptomy, ale také s dalšími, mnohem jednoduššími příznaky, které, zdá se, „souvisejí s oblastí nadbříšku“ a které v každém případě následují po žaludečních potížích; adeno-meningická forma, „jejíž symptomy indikují podráždění hlenových membrán střevního ústrojí“; nacházíme ji především u subjektů s lymfatickým temperamentem, u žen a u starých mužů; oslabující forma, „která se manifestuje navenek znaky extrémní ochablosti a všeobecné svalové atonie“; způsobuje ji pravděpodobně vlhkost, nečistota, častá návštěva špitálů, věznic a amfiteátrů, špatná výživa a zneužívání venerických rozkoší; a nakonec ataktická či maligní horečka, pro niž je charakteristické „střídání excitace a ochablosti, spojené s nejpodivnějšími nervovými anomáliemi“: shledáváme u ní téměř totéž chování jako u adynamické horečky.²⁴

Paradox spočívá v samotném principu této specifikace. V obecné formě je horečka charakterizována jen svými účinky; je odříznuta od veškerého organického substrátu; a Pinel dokonce nezmiňuje ani teplotu jako podstatný znak či hlavní symptom třídy horeček; když však jde o to rozdělit tuto esenci, funkce rozčlenění

23 Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, 5. vyd., 1813, díl I. s. 320.

24 *Tamtéž*, s. 9–10 a s. 323–324.

je zajišťována principem, který vychází nikoli z logické konfigurace druhů, ale z organické spaciality těla: krevní cévy, žaludek, střevní sliznice, svalový či nervový systém jsou stále znovu volány k tomu, aby sloužily jako bod koherence beztvaré rozmanitosti symptomů. A mohou-li se organizovat tak, aby tvořily druhy, není to proto, že by byly esenciálními výrazy, ale proto, že jsou lokálními znaky. Princip esenciality horeček nemá jiný konkrétní a specifický obsah než možnost jejich lokalizace. Od Sauvagesovy *Nosologie* po Pinelovu *Nosographie* se konfigurace převrátila: u Sauvagese přináší lokální manifestace vždy možnost zobecnění; u Pinela zahrnuje obecná struktura nutnost lokalizace.

Za těchto podmínek je pochopitelné, že Pinel věřil, že bude moci do své symptomatologické analýzy integrovat horečky objevené Roedererem a Waglerem: ti v roce 1783 dokázali, že hlenová horečka byla vždy doprovázena vnitřním či vnějším zánětem v trávicím traktu.²⁵ Je také pochopitelné, že akceptoval výsledky Prostovy pitvy, jež doložil zjevná střevní poškození; ale je také pochopitelné, proč je sám neviděl:²⁶ lokalizace poškození se podle něj objevovala sama od sebe, avšak jen jako druhotný jev, v rámci symptomatologie, kde lokální znaky neodkazují k sídlu nemoci, ale k její esenci. A konečně také chápeme, proč mohli v Pinelovi jeho obháji spatřovat prvního lokalizátora: „Neomezoval se v žádném případě jen na klasifikování objektů; tím, že v jistém smyslu materializoval vědu do té doby příliš metafyzickou, se snažil lokalizovat, můžeme-li to tak říci, každou nemoc, nebo jí určit místo její původní existence. Tato idea se zřetelně ukazuje v jeho novém pojmenování, prosazeném u horeček, které nadále nazýval esenciální horečky, jako by tím chtěl vzdát poslední poctu do té doby vládnoucím představám, ale připsal každé z nich zvláštní místo, takže například dospěl k tomu, že žlučové a hlenové horečky souvisejí s jinými na základě speciálního podráždění určitých částí střevní trubice.“²⁷

25 Roederer a Wagler, *De morbo mucoso*, Göttingen, 1783.

26 Viz výše, s. 206, pozn. 9.

27 Richerand, *Histoire de la chirurgie*, Paris, 1825, s. 250.

Pinel ve skutečnosti lokalizoval nikoli nemoci, ale znaky, a lokální hodnota, která jim byla přidělena, nevyznačovala regionální původ, prvotní místo, odkud nemoc vyvozovala zároveň svůj zrod i svou formu; umožňovala pouze rozpoznání nemoci, jež tím sama dávala tento signál jako charakteristický symptom své esence. Za těchto podmínek nevedl kauzální a časový řetězec, který bylo třeba stanovit, od poškození k nemoci, ale od nemoci k poškození jako k jejímu následku a snad i přednostnímu vyjádření. Chomel zůstával ještě v roce 1820 věrný *Nosographii*, když analyzoval vředovatění střev, sledovaná Broussaisem, „jako důsledek a nikoli příčinu horečnatého zápalu“: neobjevují se snad relativně pozdě (až desátý den nemoci, když nadýmání, citlivost pravé břišní strany a hnisavé výkaly prozradí jejich existenci)? Neobjevují se v té části střevního ústrojí, kde látka, již podrážděná chorobou, zůstává nejdéle (konec kyčelníku, slepé střevo a vzestupný trakčník), a v sestupných segmentech střeva častěji než ve vertikálních či vzestupných úsecích?²⁸ Tak se nemoc usazuje v organismu, zakotvuje zde lokální znaky, sama se rozmísťuje v druhotném prostoru těla; ale její esenciální struktura zůstává předchůdná. Organický prostor je opatřen referencemi k této struktuře; signalizuje ji, ale neřídí.

Examen z roku 1816 dosahuje základu Pinelovy doktríny, aby zde s udivující teoretickou jasností popsal její postuláty. Počínaje *Histoire des phlegmasies* se však to, co bylo dosud považováno za dokonale slučitelné, klade formou dilematu: horečka je buď idiopatická, nebo je lokalizovatelná; a každá úspěšná lokalizace zbaňuje horečku jejího statutu esenciality.

Tato neslučitelnost, která se logicky zapisovala do nitra anatomicko-klinické zkušenosti, byla nepochybně v tichosti formulována či přinejmenším tušena Prostem, když ukazoval horečky, jež se lišily jedna od druhé podle „orgánu, jehož zánět je přivodil“, nebo podle „způsobu porušení“ tkání;²⁹ tušili ji také Récamier

a jeho žáci, když studovali nemoci, které byly tak slibné pro budoucnost medicíny, meningitidy, jež indikovaly, že „horečky tohoto druhu jsou zřídkakdy esenciálními chorobami, že patrně vždy závisejí na onemocnění mozku, jako je flegmasie či serózní městnání“.³⁰ Avšak to, co Broussaisovi umožnilo transformovat tyto prvotní přístupy do systematické formy interpretace všech horeček, byla bez jakékoli pochyby různorodost a současně koherence polí lékařské zkušenosti, jimiž prošel.

Vzdělával se v medicíně 18. století v době těsně před Revolu-
cí, poznal jako námořní důstojník-lékař problémy vlastní klinické medicíny a chirurgické praxi, byl žákem postupně Pinelovým a kliniků nové École de Santé, navštěvoval Bichatovy přednášky a přednášky na Corvisartově klinice, které jej uvedly do patologické anatomie, vrátil se do vojenské služby a doprovázel armádu od Utrechtu po Mainz a z Čech do Dalmácie, cvičil se jako jeho učitel Desgenettes ve srovnávací lékařské nosografii a v širokém rozsahu praktikoval metodu pitvy. Všechny formy lékařské zkušenosti, které se na konci 18. století setkávaly, mu byly důvěrně známé; není divu, že z jejich souboru a z jejich protínajících se linií dokázal vyvodit radikální lekci, která musela poskytnout smysl a závěry každému. Broussais je pouze bodem konvergence všech těchto zkušeností, individuálně tvarovanou formou jejich celkové konfigurace. Sám to ostatně věděl a mluví o tom za něj „ten lékař pozorovatel, který nepohrdá zkušeností druhých, ale který si přeje obohatit ji svou vlastní... Naše lékařské školy, které se dokázaly osvobodit od jha starých systémů a chrání se před nakažením novými, již několik let vychovávají jedince schopné zpevnit dosud vratký postup lékařského umění. Rozeseti mezi svými spoluobčany či rozmístění v našich armádách, pozorují a meditují... Jednoho dne bezpochyby nechají zaznít svůj hlas.“³¹ Po návratu z Dalmácie publikuje Broussais svou *Histoire des phlegmasies chroniques*.

28 A.-F. Chomel, *De l'existence des fièvres essentielles*, Paris, 1820, s. 10–12.

29 Prost, *La médecine des corps éclairée par l'ouverture et l'observation*, Paris, rok XII, díl I, s. xxii a xxiii.

30 P.-A. Dan de La Vautrie, *Dissertation sur l'apoplexie considérée spécialement comme l'effet phlegmasie de la substance cérébrale*, Paris, 1807.

31 F.-J.-V. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, díl II, s. 3–4.

Ta znamená náhlý návrat k předklinické představě, že horečka a zánět náleží ke stejnému patologickému procesu. Avšak zatímco v 18. století činila tato identita rozlišení mezi obecným a lokálním druhotnou věcí, u Broussaise je přirozeným důsledkem Bichatova tkáňového principu, tedy nutnosti nalézat povrch organického ataku. Každá tkáň má svůj vlastní způsob proměny: právě analýzou konkrétních forem zánětu na rovině částí organismu je tedy třeba začít studium toho, co se nazývá horečky. Existují záněty tkání, hustě prostoupených krevními kapilárami (jako cévnatá mozková plena či plicní laloky), které způsobují silný horečnatý záchvat, změnu nervových funkcí, poruchu sekrece, případně svalové potíže (podráždění, kontrakce); záněty tkání, jen málo vybavených kapilárami (tenké membrány), vyvolávají podobné potíže, ovšem se slabou intenzitou; a konečně zánět lymfatických cév vyvolává potíže s vyživováním a se sekrecí hlenu.³²

Na základě této zcela obecné specifikace, jejíž styl je velmi blízký Bichatovým analýzám, se svět horeček pozoruhodně zjednodušuje. V plicích již nacházíme pouze ty flegmasie, které odpovídají prvnímu typu zánětu (katar a pleuropneumonie), ty, které se odvozují od druhého typu (pleuritida), a konečně ty, jejichž původem je zánět lymfatických cév (tuberkulózní souchotiny). U systému zažívání může být sliznice zasažena jednak na úrovni žaludku (gastritida), jednak ve střevech (enteritida, peritonitida). Pokud jde o jejich rozvoj, ten je konvergentní podle logiky tkáňového šíření: zánět krevní, pokud přetrvává, zasahuje vždy také lymfatické cévy; je tomu tak proto, že flegmasie respiračního systému „ústí všechny do plicní tuberkulózy“;³³ zatímco střevní záněty vedou obvykle k vředům a k peritonitidě. Flegmasie, homogenní ve svém původu a konvergující ke stejným konečným formám, rozmnožují různé symptomy pouze v oblasti mezi těmi dvěma okraji. Pomocí sympatie získávají nové oblasti a tkáně: někdy se jedná o postup prostřednictvím kroků organického života (tak může zánět střevní sliznice změnit žlučové či urinální sekrece nebo způsobit vznik skvrn na kůži či povlaku v ústech);

32 *Tamtéž*, sv. I, s. 55–56.

33 *Tamtéž*, sv. I, předmluva, s. xiv.

někdy následně napadají další funkce (bolesti hlavy, svalů, závratí, usínání, delirium). Všechny symptomatologické variety tak mohou vzejít z této generalizace.

Zde spočívá velká konceptuální proměna, kterou Bichatova metoda autorizovala, ale ještě neobjasnila: právě lokální nemoc tím, že se generalizuje, dodává každému druhu jedinečné symptomy; avšak zachycena ve své prvotně geografické formě, není horečka ničím jiným než lokálně individualizovaným fenoménem v obecné patologické struktuře. Jinak řečeno, jedinečný (nervový či hepatický) symptom není lokálním znakem; je to naopak index zobecnění; jedině obecný symptom zánětu s sebou přináší požadavek jasně lokalizovaného bodu postižení. Bichat zůstal zaujat snahou organicky fundovat obecné choroby: odtud plyne jeho výzkum organických univerzalit. Broussais rozpojuje dublety, jedinečný symptom – lokální poškození a obecný symptom – celková změna, kombinuje jejich prvky a ukazuje celkovou změnu v jedinečném symptomu a geografické poškození v obecném symptomu. Od této chvíle je organický prostor lokalizace skutečně nezávislý na prostoru nosologické konfigurace: ten druhý se lehce nasouvá na ten první, přesouvá ve vztahu k němu své hodnoty a odkazuje k němu pouze za cenu převrácené projekce.

Co je však zánět – proces obecné struktury, projevující se ale vždy v lokalizovaném bodě? Stará symptomatologická analýza jej charakterizovala zduřením, zarudnutím, teplotou a bolestí, což neodpovídá formám, kterých nabývá v tkáních; zánět membrány s sebou nese ani bolest, ani teplotu, a tím méně zarudnutí. Zánět není konstelace znaků, je to proces, který se vyvíjí uvnitř tkáně: „každá lokální exaltace organického pohybu, dostatečně rozsáhlá na to, aby narušila harmonii funkcí a dezorganizovala tkáň, na niž je fixována, musí být považována za zánět“.³⁴ Jde tedy o jev, který zahrnuje dvě patologické vrstvy na různé rovině a s různou chronologií: nejprve napadení funkcí, poté napadení tkáně. Zánět má fyziologickou realitu, která může anticipovat anatomickou dezorganizaci, jež ji učiní očima postřehnutelnou. Odtud plyne nutnost fyziologické medicíny, „pozorující život,

34 *Tamtéž*, díl I, s. 6.

nikoli život abstraktní, ale život orgánů a v orgánech, vzhledem ke všem činitelům, které na ně mohou mít vliv“;³⁵ patologická anatomie chápána jako jednoduché pozorování neživých těl představuje sama o sobě vlastní omezení, zatímco „role a sympatie všech orgánů ani zdaleka nejsou úplně známé“.³⁶

Aby pohled odhalil tento prvotní a základní problém, musí se dokázat odpoutat od ohniska poškození, neboť to zde nepředstavuje počáteční vstup, ačkoli nemoc je ve svém původním zakořenění vždy lokalizovatelná; ve skutečnosti je třeba odkryt právě její organický kořen předcházející poškození, a to pomocí funkčních potíží a jejich symptomů. Zde nachází symptomatologie svou roli, avšak roli zcela založenou na lokálním charakteru patologického ataku: tím, že prochází zpětně cestu organických sympatií a vlivů, musí pod nekonečně rozsáhlou sítí symptomů „indukovat“ či „dedukovat“ (Broussais užívá obě slova ve stejném významu) počáteční bod fyziologického porušení. „Studovat změněné orgány bez odkazování k symptomům nemocí, to je, jako bychom uvažovali o žaludku nezávisle na zažívání.“³⁷ Takže namísto nadšení, s nímž bylo „v módě bezmezně se vyjadřovat o výhodách popisu“, přičemž se zcela znehodnocovala „indukce ve jménu hypotetických teorií, ve jménu systému *a priori* marných dohadů“,³⁸ bylo v pozorování symptomů ponecháno slovo samotnému jazyku patologické anatomie.

To znamená novou organizaci lékařského pohledu ve srovnání s Bichatem: od doby *Traité des membranes* byl absolutním pravidlem princip viditelnosti a lokalizace představovala pouze jeho důsledek. S Broussaisem se pořádek obrátil, protože nemoc je pro něj ve své podstatě lokální, a tedy viditelná až druhotně. Broussais, především v *Histoire des phlegmasies*, připouští (a jde v tom dokonce ještě dále než Bichat, podle nějž vitální nemoci nemusejí nutně zanechávat stopy), že každý „patologický zápal“

35 Broussais, *Sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine*, Paris, 1832, s. 19–20.

36 Broussais, *Examen des doctrines*, 2. vydání, Paris, 1821, díl II, s. 647.

37 *Tamtéž*, s. 671.

38 Broussais, *Mémoire sur la philosophie de la médecine*, Paris, 1832, s. 14–15.

implikuje „specifické přízpůsobení jevu, který obnovuje naše těla podle zákonů anorganické hmoty“: proto „zdála-li se nám někdy mrtvá těla nemá, bylo to tím, že jsme neovládali umění klást jim otázky“.³⁹ Má-li však atak převážně fyziologickou formu, mohou být tyto změny stěžejí postřehnutelné; nebo také mohou, jako skvrny na kůži u střevních horeček, po smrti zmizet; mohly vybočovat, v každém případě co do rozsahu a perceptivního významu, z jakéhokoli měřítka spjatého s potíží, kterou vyvolaly; důležité ve skutečnosti není to, co se z těchto poruch nabízí *pohledu*, ale to, co je na nich určováno *místem*, v němž se rozvíjejí. Tím, že Broussais prorazil nosologickou přepážku, zavedenou Bichatem, mezi vitální či funkční potíže a organickou poruchu, dokázal z důvodů zjevné strukturální nutnosti překonat princip viditelnosti směrem k axiomu lokalizace. Nemoc existuje *v prostoru*, místo aby existovala *pro pohled*. Zmizení dvou velkých apriorních tříd nosologie otevřelo medicíně plně prostorové pole bádání, determinované od počátku až do konce oněmi lokálními hodnotami. Překvapivé je zjištění, že tato absolutní specializace lékařské zkušenosti nebyla způsobena úplnou integrací normální a patologické *anatomie*, ale prvotním úsilím o definování *fyziologie* chorobného jevu.

Musíme se však vrátit ještě hlouběji do konstitutivních prvků této nové medicíny a položit si otázku po původu zánětu. Zánět začíná lokálním vybuzením organických pohybů, předpokládá v tkáních jistou „způsobilost k pohybu“ a v kontaktu s těmito tkáněmi předpokládá činitele, jenž ony mechanismy podnítl a přežene. Takovým činitelem je dráždivost, „schopnost tkání vyvolat pohyb v kontaktu s cizím tělesem... Haller připisoval tuto vlastnost pouze svalům; avšak dnes se shodneme na tom, že je společná všem tkáním.“⁴⁰ Nelze ji zaměňovat se senzibilitou, která je „uvědoměním si pohybů, vyvolaných cizími tělesy“ a ve vztahu k dráždivosti představuje pouze dodatečný a druhotný fenomén: embryo ještě není senzibilní, apoplektik už také ne; oba však mají schopnost podráždění. Nárůst dráždivého jednání je vyvolán

39 Broussais, *Histoire des phlegmasies*, díl I, předmluva, s. v.

40 Broussais, *De l'irritation et de la folie*, Paris, 1839, díl I, s. 3.

„tělesy či objekty, živými či neživými“⁴¹, jež vstupují do kontaktu s tkáněmi; jsou to tedy činitelé vnitřní či vnější, v každém případě však cizí ve vztahu k fungování orgánu; seróznost jedné tkáně se může stát dráždivou pro tkáň jinou nebo pro ni samotnou, je-li příliš vydatná, nebo také díky změně klimatu či vyživovacího režimu. Organismus je nemocný pouze v závislosti na podnětech vnějšího světa či na proměnách svého fungování či své anatomie. „Po mnoha zakolísáních na svém pochodu se medicína konečně vydala jedinou cestou, která může vést k pravdě: cestou pozorování vztahů mezi člověkem a vnějšími modifikacemi a vzájemných vztahů mezi lidskými orgány.“⁴²

Prostřednictvím této koncepce vnějšího činitele či vnitřní modifikace obešel Broussais jedno z témat, které ovládalo, až na několik výjimek, medicínu od Sydenhama: nemožnost definovat příčinu nemoci. Nosologie od Sauvagese po Pinela představovala z tohoto hlediska figuru zapuštěnou do nitra tohoto popření kauzálního vykazování: nemoc se zdvojovala a zakládala sama sebe ve své esenciální afirmaci, a kauzální řady byly pouze prvky v rámci tohoto schématu, kde jako účinná příčina sloužila přirozenost patologického hlediska. S Broussaisem se lokalizace dožaduje obklopujícího kauzálního schématu – toho ještě u Bichata nebylo dosaženo: sídlo nemoci je pouze místem ukotvení dráždivé příčiny, místem, které je určeno současně dráždivostí tkáně a dráždivou silou činitele. Lokální prostor nemoci je současně a bezprostředně prostorem kauzálním.

Takto – a to byl velký objev roku 1816 – zmizelo *bytí* nemoci. Organická reakce na dráždivého činitele, patologický jev, nemůže již patřit do světa, v němž by nemoc ve své jedinečné struktuře existovala ve shodě s panujícím typem, který jí předcházela a v němž se ona soustředila, jakmile byly odstraněny individuální variace a všechny nepodstatné akcidenty; je zachycena v organickém pletivu, kde jsou struktury prostorové, determinace kauzální, fenomény anatomické a fyziologické. Nemoc již není ničím více než určitým komplexním pohybem tkání v reakci na příčinu

41 *Tamtéž*, s. 1, pozn. 1.

42 *Tamtéž*, Předmluva k vydání z roku 1828, Paris 1839, díl I, s. lxxv.

podráždění: v tom spočívá celá podstata patologického, neboť již neexistují ani esenciální nemoci, ani podstaty nemocí. „Všechny klasifikace, jež nás vedou k tomu chápat nemoci jako jedinečná jsoucna, jsou chybné a soudný duch je neustále, i když někdy navzdory sobě samému, veden ke zkoumání nemocných orgánů.“⁴³ Tak ani horečka nemůže být esenciálním jsoucnem: není „ničím jiným než zrychlením proudění krve... doprovázeným zvýšením teploty a poruchou hlavních funkcí. Tento ekonomický stav je vždy závislý na lokálním podráždění.“⁴⁴ Všechny horečky se rozpouštějí v jednom dlouhém organickém procesu, téměř v úplnosti naznačeném v textu z roku 1808,⁴⁵ potvrzeném v roce 1816 a znovu schematizovaném o osm let později v *Catéchisme de la Médecine physiologique*. Na počátku všech horeček stojí jediné a vždy stejné gastrointestinální podráždění: nejprve slabé zarudnutí, později čím dál tím početnější skvrny vinné barvy v ileocekální oblasti; tyto skvrny se často rozvinou do opuchlých oblastí, z nichž nakonec vznikají vředy. Nad touto konstantní anatomicko-patologickou osnovou, která definuje původ a obecnou formu gastroenteritidy, se proces rozvětjuje: když podráždění trávicího traktu zasáhne více do šíře než do hloubky, vyvolá významnou sekreci žluči a bolest v pohybových svalech: Pinel to nazývá žlučová horečka; u lymfatického subjektu nebo když jsou střeva vyplněna hlenem, gastroenteritida nabývá formy, která byla označena jménem hlenová horečka; to, co bylo nazýváno adynamická horečka, „není nic jiného než gastroenteritida, jež dospěla do takového stupně intenzity, že oslabuje životní síly, intelektuální schopnosti se otupují... jazyk se zbarvuje dohněda, ústa jsou pokryta načernalým povlakem“; když podráždění zasáhne prostřednictvím sympatií mozkové blány, máme tu formy „maligních“ horeček.⁴⁶ Skrže tato a jiná rozvětvení zasahují gastroenteritidy

43 Broussais, *Examen de la doctrine*, Paris, 1816, předmluva.

44 *Tamtéž*, vydání z roku 1821, s. 399.

45 V roce 1808 dával ještě Broussais stranou nemoci maligního tyfu (ataktické horečky), pro něž dosud pomocí pitvy neobjevil viscerální zánět (*Examen des doctrines*, 1821, díl II, s. 666–668).

46 Broussais, *Catéchisme de la Médecine physiologiste*, Paris, 1824, s. 28–30.

postupně naprosto celý organismus: „Je jisté pravda, že oběh krve je rozšířen do všech tkání, to však nedokazuje, že příčina těchto jevů spočívá ve všech bodech těla.“⁴⁷ Je proto třeba odebrat horečce status všeobecného stavu a „deesencializovat“ ji ve prospěch fyziologicko-patologických procesů, které specifikují její projevy.⁴⁸

Toto rozpuštění ontologie horeček, včetně omylů, které s sebou přineslo (v době, kdy začínal být jasně vnímán rozdíl mezi meningitidou a tyfem), je nejznámějším prvkem analýzy. Ve skutečnosti představuje v obecné struktuře své analýzy pouze negativní protiváhu pozitivního a mnohem subtilnějšího prvku: ideje lékařské metody (anatomické, a především fyziologické), aplikované na organické nemoci: je třeba „čerpat z fyziologie charakteristické rysy nemocí a učenou analýzou rozluštit často zmatené výkřiky nemocných orgánů“.⁴⁹ Tato medicína nemocných orgánů zahrnuje tři momenty:

1. Určit, který orgán je zasažen, což se děje na základě zjevných symptomů, ovšem za podmínky, že známe „všechny orgány, všechny tkáně, které konstituují prostředky komunikace, s nimiž jsou tyto orgány navzájem propojeny, a všechny změny, kterými se modifikace jednoho orgánu může projevit na ostatních“.
2. „Vysvětlit, jak se orgán stane nemocným“ na základě vnějšího činitele, a to tak, že se vezme v úvahu zásadní fakt, že podráždění může vyvolat hyperaktivitu nebo naopak funkční astenii a že „téměř vždy existují tyto dvě modifikace v naší ekonomii společně“ (působením chladu se aktivita kožní sekrece snižuje, zatímco plicní sekrece se zvyšuje).
3. „Indikovat, co je třeba učinit, aby onemocnění ustalo“, to znamená eliminovat příčinu (chlad v případě pneumonie), ale rovněž zahladit „účinky, které ne vždy zmizí poté, co přestala

47 *Examen des doctrines*, 1821, díl II, s. 399.

48 Vyjádření se nachází v Broussaisově odpovědi Foderéovi na jeho *Histoire de quelques doctrines médicales* v *Journal universel des Sciences médicales*, díl XXIV.

49 Broussais, *Examen de la doctrine*, Paris, 1816, předmluva.

působit příčina“ (po podráždění plic pneumonií překrvení přetrvává).⁵⁰

V kritice medicínské „ontologie“ jde pojem organického „onemocnění“ bezpochyby ještě dále a hlouběji než pojem podráždění. Podráždění stále ještě implikuje abstraktní konceptualizaci: univerzalita, která mu umožňuje vysvětlit vše, zformovala pro pohled, zaměřený na organismus, poslední obrazovku abstrakce. Pojem „onemocnění“ orgánů zahrnuje pouze ideu vztahu orgánu k činiteli nebo k prostředí, ideu reakce na atak, ideu abnormálního fungování a nakonec ideu rušivého vlivu napadeného prvku na ostatní orgány. Prostor nemoci je beze zbytku a bez posouvání významu samotným prostorem organismu. Vnímání choroby je jistým způsobem vnímání těla.

Medicína nemocí dospěla ke svému konci; začíná medicína patologických reakcí, struktura zkušeností, která dominovala devatenáctému století a do jisté míry i století dvacátému, protože medicína patogenních činitelů v ní byla, ačkoli ne bez určitých metodologických modifikací, již obsažena.

Můžeme ponechat stranou nekonečné diskuse, které stavěly Broussaisovy věrné stoupence proti posledním Pinelovým následovníkům. Anatomicko-patologické analýzy provedené Petitem a Serresem na entero-mezenterických horečkách,⁵¹ Caffinem znovu zavedené rozlišení mezi symptomy teploty a takzvanými horečnatými onemocněními,⁵² Lallemandovy práce o náhlých mozkových příhodách⁵³ a konečně Bouillaudovo *Traité*, zasvěcené „horečkám zvaným esenciální“⁵⁴ se postupně dostávaly mimo

50 *Examen des doctrines*, 1821, díl I, s. 52–55. V textu o *L'influence des médecins physiologistes* (1832) Broussais doplňuje mezi body 2. a 3. ještě určení působení nemocných orgánů na jiné.

51 M.-A. Petit, Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, Paris, 1813.

52 Caffin, *Traité analytique des fièvres essentielles*, Paris, 1811.

53 Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, Paris, 1820.

54 Bouillaud, *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, Paris, 1826.

oblast skutečného problému, který by dále živil polemiky. Nakonec polemiky ustaly. Chomel, který v roce 1821 potvrdil existenci obecných horeček bez poškození, v roce 1834 uznal, že mají všechny organickou lokalizaci;⁵⁵ Andral věnoval jeden svazek prvního vydání své *Clinique médicale* třídě horeček; ve druhém vydání je rozdělil mezi viscerální flegmasie a flegmasie nervových center.⁵⁶

A přesto byl až do posledního dne Broussais cílem vášnivých útoků; ani po jeho smrti diskreditace neustávala. Nemohlo tomu ani být jinak. Broussais uspěl při vyhýbání se ideji esenciálních nemocí pouze tím, že za to zaplatil velmi vysokou cenu; byl nucen znovu vyzbrojit starý, tak kritizovaný (a právě patologickou anatomii) pojem sympatie; musel se vrátit k hallerovskému pojetí podráždění; uzavřel se do patologického monismu, který připomínal Browna, a navrátil do hry, v souladu s logikou svého systému, staré praktiky pouštění žilou. Všechny tyto návraty byly epistemologicky nutné, aby se mohla zjevit ve své čistotě medicína orgánů a aby se lékařské vnímání osvobodilo od každého nosologického předsudku. Riskovalo tím vším ale, že se opět ztratí v rozmanitosti jevů a homogenitě procesů. Vnímání oscillovalo mezi monotónností podráždění a nekonečným násilím „křiku nemocných orgánů“, dokud nezafixovalo nevyhnutelný řád, na němž se všechny singularity zakládají: řád skalpelu a pijavice.

Vše se zdálo ospravedlněno zuřivými útoky, jimiž se do Broussaise pouštěli jeho současníci. Přesto tomu tak úplně nebylo: toto anatomicko-klinické vnímání, konečně dovedené k úplnosti a schopné samo sebe ovládat, toto vnímání, jehož jménem měli oni oproti Broussaisovi pravdu, vděčilo za svou existenci či přinejmenším za konečnou formu dosažené rovnováhy právě „fyzilogické medicíně“. U Broussaise bylo vše namířeno proti duchu doby, ale přece pro svou dobu fixoval poslední prvek *způsobu vidění*.

55 Chomel, *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles*, 1821, *Leçons sur la fièvre typhoïde*, 1834.

56 Andral, *Clinique médicale*, Paris, 1823–1827, 4 sv. Koluje anekdota, že Pinel měl záměr ve svém posledním vydání *Nosologie* překonat třídu horeček a že mu v tom zabránil editor.

Od roku 1816 se může oko lékaře zaměřit na nemocný organismus. Historické a konkrétní *a priori* moderního lékařského pohledu dosáhlo své konstituce.

Dešifrování struktur probíhá pouze díky rehabilitacím. Ale protože až dosud existují lékaři a další, kteří se domnívají, že dělají historii tím, že píšou biografie a rozdávají zásluhy, zde je jim věnován text jednoho lékaře, který v žádném případě nebyl ignorant: „Vydání knihy *Examen de la doctrine médicale* je jednou z těch významných událostí, jejichž věčnou památku zachovávají kroniky medicíny... Lékařská revoluce, jejíž základy položil pan Broussais v roce 1816, je bezpochyby tím nejvýznamnějším, co dokázala medicína v moderní době.“⁵⁷

57 Bouillaud, *Traité des fièvres dites essentielles*, Paris, 1826, s. 13.