

Stański, Mieczysław

Spoleczne funkcje metodologii medycyny w Polsce na przełomie XIX i XX wieku

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 17/1, 59-69

1972

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.



SPOŁECZNE FUNKCJE METODOLOGII MEDYCYNY W POLSCE NA PRZEŁOMIE XIX I XX WIEKU

1. KRYZYS STRUKTURALNO-METODOLOGICZNY W MEDYCYNIE

Kompleksowa problematyka metodologii medycyny omawianego okresu nie znalazła uwzględnienia w dotychczasowej literaturze zarówno ogólnej, jak i specjalistycznej. Nie znaczy to jednak, iżby przedstawiciele środowiska lekarskiego nie przedsięwzięli wysiłków badawczych w tym kierunku. Mając na celu nie tylko ocenę aktualnego stanu rzeczy lecz także nakreślenie założeń programowych medycyny w Polsce, podejmowali je m.in.: W. Biegański, E. Biernacki, H. Hoyer, K. Kaufman, Z. Kramszyk, G. Lewin, J. Lipsztat, H. Nusbaum i S. Sterling. A zatem — co chciałbym szczególnie podkreślić — w większości byli to przedstawiciele pozauniwersyteckiej medycyny praktycznej. Rezultaty ich dociekań znajdujemy przeważnie na łamach czasopism medycznych, szczególnie zaś w „Krytyce Lekarskiej”. Przeważnie są to jednak próby jedynie fragmentarycznie ujmujące sposoby myślenia i działania w medycynie, czasami tylko luźne refleksje na temat używanych podówczas pojęć, dominującej teorii, bądź uznanych sposobów rozwiązywania zadań praktycznych. Rzadziej natomiast spotyka się krytyczne oceny całokształtu metodologii nauki medycznej, a tym bardziej jej społecznych konsekwencji. W tych warunkach uzasadniona jest chyba próba przedstawienia tak postawionego tematu.

Jest to problematyka bardzo skomplikowana, głównie z powodu niejednorodnej podlegającej ciągłym zmianom, strukturze wewnętrznej nauk medycznych. Niemalże trudności następcza także problem wewnętrznej więzi między poszczególnymi dyscyplinami w tym specyficznym wobec innych nauk układzie, jakim jest medycyna. Ważną jest wreszcie kwestia historycznie zmiennego przyporządkowania funkcji poszczególnych elementów tej złożonej instytucji społecznej z punktu widzenia jej podstawowych zadań poznawczych i praktycznych. Z tych to przede wszystkim względów, jak się wydaje, metodologia medycyny nie została dotychczas w pełni określona przez samych uczonych — medyków¹.

W tych warunkach nie pretenduję do pełnej jej rekonstrukcji; pragnę podjąć kwestię społecznych konsekwencji, będących wyrazem niektórych jedynie elementów metodologii ówczesnej medycyny polskiej.

Istotną rolę w kształtowaniu zabiegów poznawczych spełniają historycznie zmienne wyobrażenia o otaczającej rzeczywistości. Norbert Wiener twórca cybernetyki, zauważył, że o ile np. w XVII—XVIII stuleciu

¹ Podjęta przez F. Widy Wirskiego problematyka w pracy *Z podstawowych zagadnień historii medycyny*. Warszawa 1964, dotyczy zagadnień metodologicznych odniesionych tylko do rozwoju ochrony zdrowia, a nie do naukowych zabiegów poznawczych stosowanych w medycynie.

wyobrażano sobie świat w postaci ogromnego mechanizmu, w XIX wieku — jako maszynę energetyczną, natomiast obecnie — jako system cybernetyczny. Każde z tych wyobrażeń narzuca pewne ogólne „ramy”, na których wyrastają i rozwijają się poszczególne nauki. Podstawowymi ich elementami są kategorie ogólne, takie jak: struktura, treść, istota, system, element itd. Na ich tle wyrasta metodologia nauki. Dzieli się ona na ogólną, ustalającą pojęcia tych typów poznawczych, które występują we wszystkich naukach, choć mogą one w różnych naukach spełniać różne funkcje, oraz na metodologię szczegółową, określającą pojęcia tych typów zabiegów poznawczych, które występują w niektórych tylko naukach. Będą to np. pojęcia: obserwacji, eksperymentu, pomiaru, sprawdzania hipotez i inne, a więc takie typy zabiegów poznawczych, które występują w tzw. naukach realnych (przyrodniczych i humanistycznych), a które nie występują w tzw. naukach formalnych (matematycznych). Metodologie szczegółowe, dysponując aparatem ogólnych i szczegółowych pojęć metodologicznych opisują w ogólnych zarysach całość postępowania poznawczego stosowanego w tych naukach².

Działalność poznawcza w dziedzinie medycyny wyrosła z konieczności zaspokajania praktycznych potrzeb człowieka, nie zmieniła swego praktycznego charakteru z chwilą ukonstytuowania się w naukową instytucję społeczną.

Jej struktura wewnętrzna ulegała stopniowym przeobrażeniom w zależności od poziomu wiedzy o świecie, a tym samym o człowieku jako jego części. Wiek XIX, zwłaszcza druga jego połowa, jest okresem szczególnie charakterystycznym pod tym względem. Burzliwy rozwój nauk przyrodniczych tego czasu przyczynił się do wzbogacenia wiedzy, rzutużącej bezpośrednio na naukową i praktyczną stronę rozwiązywania zadań leżących w gestii medycyny. Ta ostatnia bazując na tworzących jej strukturę naukach biologicznych i wyodrębnionych dziedzinach działalności praktycznej, zajmowała początkowo zdecydowanie nieufne stanowisko wobec osiągnięć szerzej pojętego przyrodoznawstwa. Powstała więc sytuacja kryzysu strukturalno-metodologicznego w medycynie szczególnie charakterystyczna dla rozwoju medycyny w Polsce omawianego okresu, pozostającej pod przemożnym naporem nowych teorii i metod naukowych wyrosłych w znacznej mierze na obcym gruncie — nierzadko na gruncie krajów zaborczych. O wpływie czynników politycznych na rozwój naukowej myśli medycznej w Polsce pisał dr Teodor Dunin w 1909 r.: „Nawet w dziedzinach, w których robi się znacznie więcej, niż w innych naukach, jak np. w medycynie, dotyka się przeważnie praktycznej strony przedmiotu [...]. Życie naukowe w ścisłym tego słowa znaczeniu praktycznie nie istnieje, a to głównie dlatego, że rwało się ono co chwila, podcinane wypadkami politycznymi. Odcięci od blisko 40 lat od większego ogniska własnej nauki, jesteśmy, co najwyżej, przezuwaczami cudzych myśli”³.

Ta daleko posunięta ostrożność głównie wobec teoretycznych problemów nauki, uwarunkowana była także świadomością uczonych medyków, ujemnego wpływu na działalność poznawczą różnego rodzaju teorii i hipotez spekulatywnych, nie potwierdzonych przez praktykę.

² K. Ajdukiewicz: *Logika pragmatyczna*. Warszawa 1965.

³ A. Puławski: *Nekrolog poświęcony dr T. Duninowi*. „Gazeta Lekarska” R. 44: 1909 nr 14 s. 76.

2. JEDNOSTRONNY EMPIRYZM I JEGO SPOŁECZNO-POZNAWCZE
KONSEKWENCJE

Następstwem takiego stanu rzeczy było zahamowanie przejścia w rozwoju medycyny od poznania empirycznego do poznania teoretycznego. Trwała ona nadal przy dotychczas stosowanych typach zabiegów poznawczych, w których dominującą rolę odgrywało gromadzenie mnożących się wciąż faktów i ich opis, zaznaczający tylko istnienie przedmiotów i zjawisk, rzadziej natomiast podejmowano próby ich uporządkowania.

Zawężenie więc działalności poznawczej do obserwacji i eksperymentu, skądinąd odgrywających ważną rolę w dziedzinie nauk określanych mianem „medycyna”, pozostawało bez znaczenia, a co gorsza wywierało ujemny wpływ na postęp wiedzy w sytuacji unikania teoretycznej podbudowy ogólnometodologicznej. Dr J. Polak tymi słowami charakteryzuje omawianą sytuację w medycynie: „Upadek filozofii w ostatnich czasach zagraża nauce ruiną i nigdzie bardziej tego dostrzec nie można, jak w obszarze nauk, stanowiących ogół wykształcenia lekarza. Brak logicznej podstawy tak jest wyraźny w większości teorii nowych, że 1/100 doboru medycznego z ostatnich czasów jest czegoś warta [...]”⁴.

Ten stan rzeczy eliminował z rozważań uczonych medyków poglądy na zjawiska życia w jego szeroko pojętych uwarunkowaniach, utrudniał także dostrzeganie zmian w zakresie wartości pojęć, obejmujących całość kształt zjawisk życiowych.

Na utrzymywanie się wśród zabiegów poznawczych owego jednostronnego empiryzmu w medycynie polskiej omawianego okresu, nie bez znaczenia pozostawała modna podówczas na gruncie polskim filozofia pozytywistyczna, dla której jedyną wartością naukową stanowiła właśnie wiedza empiryczna.

Dostrzegając ujemne konsekwencje tego, E. Biernacki w 1898 r. pisał: „Chcieć cokolwiek obecnie zrobić poważniejszego, pożytecznego dla współczesnej nauki, trzeba mieć coraz lepsze ogólne przygotowanie przyrodnicze, coraz lepszą znajomość fizycznej, chemicznej, bakteriologicznej itd. metody. To jednakże pachnie „teorią” i to coraz trudniej wykonać przy ciągłym ograniczaniu swego widnokągu umysłowego do wąskiej specjalności”⁵.

Prawidłowości rozwoju nauki stwarzają konieczność równorzędnego traktowania jej strony faktograficznej i ogólnoteoretycznej. To prawda, że zasadnicze znaczenie w nauce mają fakty, że stanowią one podstawę, na której nauka się wznosi, że są jedynym źródłem, z którego ona wyrasta i w którym jest niejako zawarta. Teorie naukowe nie tworzą się wszak niezależnie od faktów lecz właśnie uczeni odwołując się do nich, formułują je. Ułatwiają one ujęcie mnogości faktów w jaknajmniejszą liczbę orzeczeń i praw, ukazujących nie tylko istotę całych szeregów zjawisk, ale także związki między nimi, głównie zaś związki przyczynowe. Taki właśnie sposób poznawania natury — zdaniem dra M. Kaufmana — stanowi właściwą naukę. „Nie może uchodzić za człowieka z wyższym wykształceniem ten — pisze tenże autor — kto zna nazwy mięśni, wie cokolwiek o funkcjach organów, pamięta kilka formułek z receptury,

⁴ J. Polak: *Głos w dyskusji na temat ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarza*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 5 s. 112.

⁵ E. Biernacki: *Nasz ogół lekarski i nasza praca lekarska*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 3 s. 79.

rozpoznaje niektóre postacie chorobowe, posiada nawet trochę wiadomości przyrodniczych, ale nie ma pojęcia o wartości metod naukowych, o względności poznania, o stosunku świadomości do świata zewnętrznego”⁶.

Aczkolwiek zasygnalizowany kierunek zabiegów poznawczych ujęty w wielkim skrócie, jako przebieg od faktów do teoretycznych uogólnień, stanowi pewien postęp w nauce wobec wstępnego jej stadium rozwojowego, ograniczającego się wyłącznie do gromadzenia wiedzy, to jednak nie wyczerpuje on bynajmniej skomplikowanego mechanizmu naukowego poznania. Badając ruch naukowy w którejkolwiek z dyscyplin realnych, rejestruje się poglądy, głoszące, że poszukiwania i badania szczegółowe stanowią podstawowy materiał nauki, główną jej wartość a nawet istotę. Myśl naukowa zaś, teoria z owego materiału koniecznie wpływa. Tymczasem, jakże często rzecz się ma odwrotnie. Myśl, teoria wyprzedza poszukiwania badawcze, pobudza je i kieruje nimi. Teorie naukowe spełniają przeto dwojakiego rodzaju funkcje: podsumowują wiedzę zdobytą w drodze dociekań empirycznych, a równocześnie są swego rodzaju stymulatorem w zakresie kierunku i sposobów badań naukowych. Ułatwiają one — jak pisze Z. Kramsztyk — „[...] spojrzenie w przyszłość, dążenie, tęsknotę ku czemuś lepszemu, ujawniając zarówno dzisiejsze nasze tajemnice i niedołęstwa, ukazując wreszcie wiedzę wspanialszą, o którą trzeba i warto się ubiegać, choć walka z aktualnością nie jest łatwa i nie daje natychmiastowego zadowolenia”⁷.

Bazowanie w nauce wyłącznie na stronie faktograficznej, bądź teoretycznej prowadzić musi do zahamowania jej rozwoju — to jedno niebezpieczeństwo metodologiczne. Drugie zaś — nie obce medycynie polskiej omawianego okresu jak stwierdza wspomniany już Z. Kramsztyk⁸, ma dostęp wówczas gdy całą uwagę koncentruje się na stronie faktograficznej, a teoretyczną nadbudowę dopasowuje się do ogólnych koncepcji stworzonych przez innych. Jest to — jego zdaniem — bezkrytyczna wiara w autorytety. Ostrze krytyki, zarówno z jego strony, jak i szeregu innych, tzw. praktycznych lekarzy polskich tamtych czasów, wymierzone było w utrzymującą się jeszcze podówczas hipotezę anatomo-patologiczną, dotyczącą istoty choroby.

3. HIPOTEZA ANATOMOPATOLOGICZNA DOTYCZĄCA ISTOTY CHOROBY ORAZ JEJ SPOŁECZNE NASTĘPSTWA

Niechętnie na ogół stanowisko uczonych medyków wobec teoretycznych problemów nauki nie uchroniło ich od aprobaty niektórych koncepcji metodologicznych, głównie zaś hipotezy anatomopatologicznej dotyczącej istoty choroby. Począwszy od drugiej połowy XVIII w. (od czasów J. Morgagniego) aż do połowy XIX w. miały ją stanowić zmiany morfologiczne makroskopowe, od tego czasu zaś (R. Virchow) — zmiany zachodzące w komórkach w przebiegu różnych chorób. Zmiany morfologiczne zawsze odgrywały w patologii ważną rolę, głównie ze względu na okoliczności poznawcze. Są one ze wszystkich zmian patologicznych najbardziej widoczne, a zatem najłatwiejsze do uchwycenia. Spośród wszyst-

⁶ M. Kaufman: *Filozofia a nauki lekarskie*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 8 s. 34.

⁷ Z. Kramsztyk: *Aktualność*. „Krytyka Lekarska” R. 11: 1907 nr 11—12.

⁸ Z. Kramsztyk: *Fakt kliniczny*. „Krytyka Lekarska” R. 1: 1897 nr 1 s. 65—66.

kich zjawisk zachodzących w głębi organów, jedynie zmiany morfologiczne obserwowane były (w omawianym okresie) po śmierci. Narzucały się one przeto umysłowi jako trwałe, choć takiego charakteru nie miały za życia⁹.

W myśl panujących podówczas poglądów na ten temat problem zrozumienia istoty choroby sprowadzał się, jak pisze W. Biegański¹⁰, do następujących zabiegów poznawczych: „[...] zbadać i opisać zmiany anatomiczne, które stanowią jej (choroby-MS) podstawę, czy właściwie samą chorobę, a wszystkie inne zjawiska patologiczne wyprowadzić z koniecznością tych zmian, jakim uległa budowa”. Nad tym, że owym zmianom można przypisać rozmaitą rolę, że nie są one ani początkiem, ani fundamentem choroby, że stanowią w niej jedno tylko, niekoniecznie niezbędne ogniwo, podówczas jeszcze szerzej nie zastanawiano się.

W tych warunkach wspomniana hipoteza na długie lata zaważyła nie tylko nad rozwojem anatomii patologicznej, ale również nad całą medycyną.

Logicznym jej następstwem w terapii było koncentrowanie uwagi przede wszystkim, jeśli nie wyłącznie, na leczeniu tzw. miejscowym. Jeśli bowiem istotę choroby stanowić miały w myśl tej hipotezy zmiany morfologiczne, to leczenie skierowane było na ich usunięcie za pomocą wycinania, wypalania — słowem na drodze chirurgicznej. Jak dalece sprawy te rzutowały na działalność terapeutyczną świadczy następująca umiarkowana w formie, wypowiedź Z. Kramsztyka z 1902 r.: „Dziś wszyscy, czy przeważna część lekarzy do operacji dąży; gdzie tylko można jakiegokolwiek dla operacji znaleźć wskazanie, już operacji dokonywują; wartość lekarza oceniają przeważnie z techniki i rezultatów operacji — jakby operacje wypełniały całkowicie pole działania lekarza”¹¹.

Stając w obronie interesów społecznych, w obronie chorego przed uczynieniem zeń materiału do operowania, a równocześnie wychodząc z najbardziej istotnych zadań medycyny, pojedynczy lekarze praktycy ostro krytykowali ową przesadną tendencję do działalności operacyjnej, jako „błędną”, „szkodliwą”, jako „zboczenie w sztuce lekarskiej”.

Stwierdzić trzeba, że dodatkowym czynnikiem potęgującym następstwa wspomnianej hipotezy w postaci dominandy leczenia chirurgicznego były względy ekonomiczne (honoraria) samych lekarzy. W ostatniej instancji jednakże konsekwencje metodologiczne tego stanu rzeczy nie były tak jednoznaczne, jak to wynika z ocen krytycznych niektórych lekarzy ówczesnych. Ujemną ich stroną była przede wszystkim podnoszona kwestia nihilizmu terapeutycznego¹² poza, rzecz jasna, leczeniem chirurgicznym. Negatywnie także oceniano koncentrowanie uwagi na chorym organie, a nie na chorym organizmie.

⁹ W. Biegański: *Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich*. „Nowiny Lekarskie” R. 42: 1905 nr 10 s. 17.

¹⁰ W. Biegański, jw., s. 26.

¹¹ Z. Kramsztyk: *Operacje i operatorzy*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 9 s. 29.

¹² Zapoczątkowany w tzw. szkole wiedeńskiej, która przyjęła nihilizm terapeutyczny za zasadę, powołując się na myśl Hipokratesa, że natura leczy sama choroby, a lekarz jest tylko pomocnikiem natury. Stanowisko takie przeniesione zostało następnie na grunt polski za pośrednictwem wychowanków Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wiedeńskiego (m. in. Dietl), podejmujących działalność naukową w Uniwersytecie Jagiellońskim i praktyczną w szeregach polskiej służby zdrowia. Por. W. Biegański: *Główne prądy w medycynie XIX wieku*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 1 s. 87.

Równocześnie nie można nie dostrzegać pewnych, społecznie dodatnich aspektów tkwiących w następstwach omawianej hipotezy. Wraz z zapewnieniem chirurgicznej metody terapeutycznej zaistniały szersze niż dotychczas możliwości zastosowania w medycynie osiągnięć techniki, które systematycznie doskonalone, ułatwiły przejście samej chirurgii z etapu praktyki na poziomie „rzemieślniczym” do przeprowadzania zabiegów w sposób bardziej nowoczesny, o wiele mniej niebezpieczny dla zdrowia i życia chorego. Nauki przyrodnicze obejmujące fizykę, chemię i nauki techniczne, stanowią system obiektywnych wiadomości o przyrodzie żywej i nieożywionej, sprawdzonych i udowodnionych w praktyce. Związki między biologią, mechaniką, matematyką, chemią i fizyką a ich zastosowaniem w naukach medycznych są dziś oczywiste. Czym byłaby medycyna bez promieni X, promieni pozafioletkowych, bez radu, diatermi krótko- i długofalowej, bez aparatów elektrycznych, akustycznych, optycznych, bez licznych zastosowań fluorescencji, termometrii termoelektrycznej, bez terapii mikrofalowej i neutronowej, bez mikroskopu elektronowego, pozwalającego obserwować wirusy i cząstki białka, bez tych perspektyw, które obiecuje dać zastosowanie ultradźwięków i izotopów? ¹³ W omawianym okresie jednakże, poza chirurgią, związki te nie były szerzej dostrzegane, a co gorsza, przedstawiciele medycyny świadomie i nieświadomie kontaktów takich unikali.

W miarę jak znikająca wiara w skuteczność dość prymitywnych wówczas jeszcze farmakologicznych środków leczniczych, w pozachirurgicznych dziedzinach medycyny, klinicznej zaczęto szukać innych zabiegów jak hydroterapia, elektroterapia, gimnastyka lecznicza, kąpiele i wody mineralne, szczególnie charakterystyczne właśnie dla przełomu XIX i XX wieku ¹⁴

Równoległe do upowszechniania terapeutycznej metody chirurgicznej następowała coraz to dalej idąca specjalizacja w medycynie. Przez wielu lekarzy ówczesnych była ona oceniana zdecydowanie ujemnie głównie ze względu na potęgujące się w jej wyniku trudności całościowego ujmowania problematyki zdrowia i choroby.

Równocześnie jednak nie można nie dostrzegać także dodatniej roli owego procesu specjalizacji, zwłaszcza na omawianym etapie rozwojowym medycyny, stwarzającej przecież dogodniejsze warunki dla bardziej wnikliwego i dogłębnego poznania zjawisk chorobowych. A zatem hipoteza anatomopologiczna dotycząca istoty choroby mimo, iż ogólnie biorąc hamowała postęp w rozwoju medycyny, to jednak pod pewnymi względami (rozwój chirurgii i specjalizacji w medycynie) posiadała społecznie dodatnie następstwa.

4. SPOŁECZNE ZNACZENIE HIPOTEZY ZMIAN FUNKCJONALNYCH ORGANIZMU JAKO ISTOTY CHOROBY

Obok omówionych już, dominujących tendencji, w ostatnich latach XIX w. zaznaczył się wyraźnie ogólnoteoretyczny i krytyczny prąd w nauce lekarskiej, powodujący odrodzenie popularnego w swoim czasie kierunku funkcjonalnych zaburzeń organów i organizmu, którego pre-

¹³ W. K a p u ś c i ń s k i: *Nowsze postępy fizyki i ich znaczenie dla biologii i medycyny*. „Polski Tygodnik Lekarski” R. 22: 1950 nr 46 s. 12—15.

¹⁴ A. S o k o ł o w s k i: *W pogoni za zdrowiem*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 4 s. 42.

kursorem w Polsce był T. Chałubiński. Na przełomie XIX i XX w. kontynuatorem tego kierunku był W. Biegański, który główną uwagę w patologii przeniósł z budowy na czynność z anatomii patologicznej na fizjologię patologiczną. Funkcje zatem stanowiąc mają życie i dopóki trwa życie, czynność w każdej części organizmu odbywa się bezustannie, czynność dla każdego organu odmienna i jemu tylko właściwa. Funkcja polega na zwrotnym działaniu dwóch czynników: pobudliwości organizmu oraz bodźców zewnętrznych i wewnętrznych. Bodziec przy tym jest zawsze czynny w pewnym minimalnym natężeniu i żadna funkcja organizmu nigdy nie spoczywa, lecz trwa ciągle w pewnym stopniu napięcia. W miarę narastania, wzmagania się podniety, wzrasta i funkcja do pewnego stopnia: przy nadmiernym działaniu bodźca funkcja zmienia się, słabnie, ginie; zmieniona zatem funkcja stanowi chorobę. W myśl zatem koncepcji W. Biegańskiego konieczną w chorobie jest zmiana funkcji, u której podstaw tkwią zmiany chemiczne zachodzące w komórkach¹⁵. Ten nowy kierunek, stanowiący wyraźny postęp na drodze poznania istoty zdrowia i choroby, nie od razu zdobył sobie pełne prawo obywatelstwa w działalności poznawczej medycyny, głównie ze względu na utrzymujący się nadal kierunek anatomopatologiczny z jego szerokimi konsekwencjami w zakresie pojęć dotyczących właśnie istoty choroby.

5. POZNAWCZO-PRAKTYCZNE KONSEKWENCJE TEORII BAKTERIOLOGICZNEJ O ETIOLOGII CHORÓB

Bodźcem niejako do odrodzenia wspomnianej już koncepcji zmian funkcjonalnych organizmu, jako istoty choroby, były stopniowe osiągnięcia bakteriologii. Powodowały one w środowisku medyków zmiany poglądów na patogenezę wielu spraw chorobowych. W ten sposób zapoczątkowana została reakcja przeciwko bezwzględnemu panowaniu anatomii patologicznej w medycynie i stworzono warunki uzyskania dla kliniki pewnej przynajmniej samodzielności. Postępy bakteriologii zwracały uwagę uczonych na sprawę etiologii chorób, których przyczynę stanowi ujemne oddziaływanie na człowieka mikroorganizmów. W pierwszym okresie jej rozwoju wobec nieznamości istoty mikroorganizmów, szczupłości materiału faktycznego oraz braku upowszechnienia mikrochemicznych metod badawczych w medycynie, jedynym sposobem walki z chorobami zakaźnymi była izolacja chorych. Aczkolwiek był to zabieg racjonalny i z punktu widzenia interesów zdrowia ludzkiego konieczny, to jednak przesadnie stosowany, prowadził do daleko idących ujemnych konsekwencji społecznych. Taką opinię wyraża na ten temat w 1902 r. dr G. Lewin słowami: „Chwilę obecną, chwilę w medycynie badań przeważnie bakteriologicznych przyszły historyk medycyny będzie mógł śmiało nazwać epoką strachu i bojaźni, epoką tchórzostwa. Otaczają nas ze wszystkich stron miliardy drobnoustrojów o najżarłoczniejszych instynktach [...]. W rezultacie — wystrzeżenie się każdego człowieka, cierpiącego na jakąkolwiek chorobę zakaźną. Obawa przed zakażeniem bywa często przyczyną najdzikszego egoizmu i niehumanitarnego postępowania z chorym¹⁶”. W tych warunkach niejedyn chory umierał, nie tyle w wyniku chorobotwórczego działania mikroorganizmów, ile na skutek psy-

¹⁵ W. Biegański: *Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich*. „Krytyka Lekarska” R. 10: 1906 nr 3 s. 65.

¹⁶ G. Lewin: *Bakteriologia*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 2 s. 7.

chicznej i społecznej atmosfery, jaką wokół niego wytworzono. Sytuacja ta ukazywała wyjątkową złożoność zjawisk życiowych, w których obok procesów fizjologicznych występują także skomplikowane zjawiska psychiczne. Wobec wzajemnego oddziaływania na siebie jednego i drugiego wspomnianych szeregów, niektórzy lekarze zwracali uwagę na to, iż badacz nie powinien wybiórczo koncentrować się na jednym z nich, lecz możliwie ujmować je w sposób kompleksowy¹⁷. Wynikała stąd konieczność równorzędnego traktowania wśród zabiegów leczniczych, metod psychoterapii, usuwających się stopniowo z pola widzenia lekarzy wraz z rozwojem specjalizacji co zawężyło przedmiotowo ich działalność poznawczą. Dodatkowym powodem tego było nierzadko zafascynowanie samym zabiegiem poznawczym z równorzędnym pominięciem sprzężonego systemu reakcji nań samego obiektu — człowieka. Utrzymujący się tego rodzaju niepełny stosunek terapeutyczny, rzutował ujemnie na rezultaty działalności poznawczo-praktycznej lekarza, a w ostatniej instancji na zdrowie pacjenta. Zwracali na to uwagę niektórzy lekarze-praktycy, pisząc: „Jeżeli zważymy, jak dużo moralnej terapii wymaga chory, wyrwany spośród otoczenia osób najbliższych, a więc znajdujący się w warunkach ciężkich nawet dla fizycznie zdrowego osobnika, ile nadziei pokłada on w lekarzu, jak śledzi każdy jego ruch, jak jedno niebaczne słowo, jeden gest znaczący może go pogрузić w pewną rozpacz, to zrozumiemy, że „ton” [atmosfera psychiczna — społeczna — MS] oddziały szpitalnego jest rzeczą częstokroć ważniejszą, niż sumienne nawet opukiwanie chorego lub przepisanie mu mikstury”¹⁸. Na dodatnią rolę samopoczucia psychicznego w stosunku terapeutycznym wskazywano nie tylko w odniesieniu do oczekiwań chorego, ale także do samego lekarza. W piśmiennictwie medycznym znajdujemy, sporadycznie wprawdzie, następujące relacje lekarzy na ten temat: „Przed czekającą mnie operacją pacjentki, osoby dobrze mi znanej — przeżywam ogromny niepokój. W wyniku osobistej refleksji na ten temat doszedłem do wniosku, aby przy stowarzyszeniu lekarskim powołać odrębną sekcję operatorów. Człowiek wymagający zabiegu operacyjnego zgłaszałby się więc do stowarzyszenia, a nie do pojedynczego lekarza. Stowarzyszenie delegowałoby swego członka, który w masce i bezimiennie przeprowadziłby operację. Zdaje mi się, że operacje szłyby daleko lepiej, bo lekarz pozbyłby się połowy albo 1/90 niepokoju”¹⁹.

W rezultacie część lekarzy podjęła problem koniecznego stosowania zabiegów psychoterapeutycznych, przypisując im ważną rolę w procesie przywracania zdrowia.

6. ROZWÓJ POGLĄDÓW W ZAKRESIE KOMPONENTÓW ZDROWIA I CHOROBY

Dodatnią stroną wspomnianych zabiegów poznawczych w dziedzinie bakteriologii było także przyspieszenie rozwoju i wzrostu rangi społecznej nauki higieny, której zainteresowania dotyczyły nie tylko wpływu środowiska przyrodniczego na człowieka w zdrowiu i chorobie, ale także,

¹⁷ H. Hoyer: *O krytyce lekarskiej*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 1 s. 33.

¹⁸ J. Lipsztat: *W sprawie stosunku niektórych lekarzy szpitalnych do chorych*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 9 s. 83.

¹⁹ *List przez lekarza pisany do lekarza*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 9 s. 41.

aczkolwiek nie zawsze w sposób zamierzony, środowiska społecznego z jego kulturą zdrowotną włącznie. Rozwój cywilizacji przemysłowej wysuwał bowiem konieczność dostosowania zakładów produkcyjnych do aktualnych wymogów nauki higieny. Zapoczątkowany został zatem ruch na rzecz racjonalnego odżywiania mas robotniczych przez organizowanie w większych ośrodkach przemysłowych tzw. tanich kuchni, higieny osobistej robotników, kolonii letnich dla dzieci²⁰. Ze strony lekarzy-praktyków podjęto krytykę konserwatywnych zasad wychowania zdrowotnego młodzieży szkolnej. Zmieniające się warunki życia jednostek i całych grup społecznych wywierały wpływ na zmianę roli społecznej lekarza. Podstawowe, do niedawna jeszcze, jego zadanie ograniczane do indywidualnego leczenia, na przełomie XIX i XX w. w części tylko odpowiadało zapotrzebowaniom społecznym. Zwracali na to uwagę poszczególni przedstawiciele medycyny praktycznej, apelując do swych kolegów w zawodzie o rozszerzenie działalności na rzecz „uzdrowiania” środowisk życia i pracy całych zbiorowości społecznych terytorialnych i kulturowych. Wychodzili oni bowiem z założenia, że „Nikt wyraźniej niż lekarz nie może widzieć ścisłego związku pomiędzy warunkami życia a zdrowiem”²¹. Dzięki wspomnianym już osiągnięciom punkt ciężkości w medycynie zaczął się stopniowo przesuwac z dziedziny lecznictwa na inne ważniejsze pole, tj. na działalność zapobiegawczą. „Terapeuta przyszłości nie będzie już żywą fabryką recept — pisał H. Hoyer²², ale sumiennym i doświadczonym doradcą rodziny, który ją chronić powinien od całej falangi niebezpiecznych chorób. Higiena publiczna zajmie nader ważne stanowisko z nieprzewidzianą dotąd działalnością”.

Aczkolwiek stanowisko większości ówczesnego środowiska lekarskiego w tym względzie nie było bynajmniej jednoznaczne, to jednak w dziedzinie poznania naukowego medycyny zaczęto stopniowo podejmować badania nad zjawiskami i procesami zdrowia i choroby występującymi w takim właśnie „zbiorowym pacjencie” i jego środowisku przyrodniczym. Mamy tu na uwadze zastosowanie w działalności poznawczej medycyny metod statystycznych i socjologicznych, uwzględniających coraz szerszą gamę nie tylko zmiennych biologicznych i przyrodniczych, ale także czynników społecznych warunkujących zdrowie i chorobę. „Nigdy tak zgodnie, jak obecnie nie przyznawano znaczenia warunkom higienicznym ogólnym dla przebiegu chorób zakaźnych — pisze dr S. Sterling — powietrze, światło, pożywienie, samopoczucie psychiczne — to wszystko co sżuka pielęgnowania chorych obejmuje — uważamy za środki lecznicze, bo oszczędzające energię ustroju”²³.

Wobec zafascynowania metodami statystycznymi w odniesieniu nie tylko do zjawisk epidemicznych i zdrowia publicznego, gdzie spełniają one ważną rolę, ale także do problematyki etiologicznej a także terapii, niektórzy lekarze ówczesni²⁴ przestrzegali przed schematyzmem liczb,

²⁰ S. Łagowski: *W sprawie medycyny społecznej*. „Krytyka Lekarska” R. 10: 1906 nr 7 s. 3 i nr 8 s. 92.

²¹ H. Hoyer: *O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasożytniczym pochodzeniu chorób zakaźnych*. „Gazeta Lekarska” R. 22: 1887, t. 7 s. 1 i dalsze.

²² Tamże.

²³ S. Sterling: *Kartka ze statystyki lekarskiej*. „Krytyka Lekarska”. R. 9: 1907 nr 2 s. 92; W. Biegański: *O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego*. „Krytyka Lekarska” R. 6: 1902 nr 3 s. 13.

²⁴ Np. Z. Kramsztyk pisał o tym w artykule *O statystyce w medycynie*. „Gazeta Lekarska” R. 21: 1886, t. 6 nr 28 s. 57 i dalsze.

które żywiołowo stosowane, nie ułatwiają bynajmniej zgłębienia tajemnic tak dynamicznej przyrody. Powoływali się przy tym na starą zasadę, wymagającą od lekarza indywidualizowania chorych.

Różnorodność koncepcji, hipotez, teorii i sposobów rozwiązywania zadań praktycznych medycyny, jakże często kontrowersyjnych, odzwierciedlała stopniowy postęp w coraz szerszym i głębszym poznaniu zjawisk życia i choroby. Mimo nie sprzyjających warunków politycznych (lata rozbiorów) i braku ogólnopolskiej instytucji koordynującej i subsydiującej badania naukowe, główne trendy rozwojowe medycyny polskiej tych czasów w zakresie poszukiwań metodologicznych, niewiele odbiegały od sytuacji w rozwoju medycyny innych krajów europejskich.

Dotądnie ze społecznego punktu widzenia rezultaty zabiegów poznawczych uzyskiwane w naukach przyrodniczych, ukazujące szeroki wachlarz komponentów zdrowia i choroby, zadecydowały ostatecznie o włączeniu przede wszystkim niektórych nauk przyrodniczych i ich metod badawczych do działalności poznawczej i praktycznej medycyny polskiej pod koniec drugiego dziesięciolecia XX w.

W ten sposób istniejący od drugiej połowy XIX w. kryzys strukturalno-metodologiczny w medycynie polskiej, uległ częściowemu rozwiązaniu zgodnie z zasadą naukowej metodologii zakładającą, że „[...] wspólnym przedmiotem poznawania każdej bez wyjątku dziedziny jest przede wszystkim poznanie stosunku danej dyscypliny do całości wiedzy [...]”²⁵, a następnie wielopłaszczyznowe, w oparciu o różne metody badawcze, rozwiązywanie poszczególnych problemów.

M. Stański

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ МЕТОДОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ В ПОЛЬШЕ НА ПЕРЕЛОМЕ XIX И XX ВЕКОВ

Структурно-методологический кризис в развитии медицины в Польше в упомянутый период, вызванный прежде всего своеобразной изоляцией этой науки от относительно крупных достижений (особенно теоретических) естествоведения того времени, привел в результате к торможению процесса превращения медицины из эмпирической науки в теоретическую науку. Медицина продолжала использовать известные в то время познавательные методы, в которых решающую роль играли наблюдение и эксперимент. Это устроило из поля зрения ученых-медиков взгляды на жизнь с ее широко понимаемыми обусловленностями, а также осложняло восприятие перемен в оценке явлений, связанных с этой областью.

Этот односторонний эмпиризм способствовал поддержанию анатомопатологической гипотетической концепции, которая предполагала, что сущность болезни — это морфологические изменения в органах и организме. Следствием этого был характерный для того времени терапевтический нигилизм в медицине, за исключением хирургии, в которой отмечался значительный прогресс, вызванный использованием технических достижений.

Критика упомянутой анатомопатологической гипотезы, в основном со стороны врачей-практиков, облегчала пропаганду новых научных теорий и методов, которые постепенно изменяли характер диагностической и терапевтической деятельности в медицине во все более прогрессивном направлении. Особенную роль играли здесь: концепция функциональных изменений в органах и организме, преддрешающих сущность болезни (В. Беганьски), бактериологическая теория, позволяющая пон-овому взглянуть на проблему этимологии

²⁵ H. N u s b a u m: *O ważności wykształcenia filozoficznego*. „Krytyka Lekarska” R. 2: 1898 nr 5 s. 213.

болезней, и наконец, развитие гигиены, показывающей связи между здоровым и больным человеком и его общественной средой, включая санитарную культуру. Развитие идей по вопросу широко понимаемых компонентов здоровья и болезни облегчало, в свою очередь, использование медицинской целого ряда исследовательских методов, применяемых до того времени в естественных и общественных науках. Благодаря этому, главные направления развития медицины в Польше тех времен в области методологических поисков, несмотря на неблагоприятные политические условия и нехватку государственных учреждений, координирующих и субсидирующих научные исследования (эпоха разделов), немного отличались от существующего положения в медицине других европейских государств.

M. Stański

THE SOCIAL METHODOLOGICAL FUNCTION OF MEDICINE IN POLAND AT THE TURN OF THE CENTURY

The structural-methodical crisis in the development of medicine in Poland in the period named was caused primarily by the special isolation of this science from the considerable achievements, especially theoretical, of the natural sciences in those times. This had the effect of inhibiting the development of medicine from empirical to theoretical knowledge. This was continued in the application of the then methods of cognition in which the dominant role was that of observation and experiment. It discarded from the medical scientists' field of vision views of the phenomena of life in their broadest meaning and also interfered with the perception of changes in the concepts connected with this domain.

This one-sided empiricism favoured the maintainance of the hypothetical conception of anatomopathology which established that the essence of illness constitutes changes in the morphology of organs and the organism. The consequence of this was the therapeutic nihilism then characteristic of medicine, with the exception of surgery which showed an impressive development due to the use of technical advances.

Critics of the anatomopathological hypothesis mentioned above, mainly practicing physicians, made it easier to propagate new scientific methods and theories which gradually altered the character of conceptual procedure and therapeutic activity in medicine in an increasingly progressive spirit. A particular role was played in this connection by the concept of the functional changes in the organs and the organism which are the essence of illness (W. Biegański), the theory of bacteriology which enabled a new outlook on the etiology of illness, and finally the development of hygiene which showed the relation between the health or illness of man and his social environment, including the benefits of civilization. The development of opinions on the components of health and illness, broadly viewed, in turn enabled medicine to make use of many research methods so far applied in the natural and social sciences. As a result the general developmental trends of research in Polish medicine at the time did not deviate much from the development of these aspects of medicine in other European countries, despite the unfavourable political conditions and the lack of state institutions to coordinate and subsidise scientific research (this was in the period of partitions).