

Płonka-Syroka, Bożena

Problem przemian w medycynie europejskiej w XVI-XIX w. w świetle wybranych koncepcji z zakresu metodologii historii nauki

Medycyna Nowożytna 4/1 - 2, 5-38

1997

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

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Bożena Płonka-Syroka

Warszawa

Problem przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX w. w świetle wybranych koncepcji z zakresu metodologii historii nauki

Przed współczesnym historykiem medycyny, zainteresowanym badaniem przemian, jakie się dokonały w europejskiej medycynie pomiędzy XVI stuleciem a połową XIX wieku, staje problem wyboru jednej z koncepcji z zakresu metodologii i filozofii nauki, mogących mu dostarczyć hipotez o charakterze pomocniczym. W historiografii medycyny obecne są współcześnie trzy modele, wokół których buduje się narrację historyczną. Najstarszy z nich, zwany modelem eklektycznym¹, ogranicza narrację w zasadzie

¹ O nurcie eklektycznym w historiografii XIX wieku por. N. Tsoyopoulos, *Andreas Röschlaub und die Romantische Medizin. Die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin*, Stuttgart-New York 1982, s. 11–28; U. Wiesing, *Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik*, Stuttgart-Bad Cannstadt 1995, s. 22–23. Do przedstawicieli nurtu eklektycznego należeli m.in. August Friedrich Hecker, Friedrich Ludwig Augustin, Burkhard Eble, R. H. Rohatsch, Bernard Hirschel, Heinrich Rohlf's i Heinrich Haeser.

do opisu następstwa faktów historycznych. Historia medycyny jawi się w tym ujęciu jako ciąg odkryć i ich teoretycznych uogólnień, dokonywanych przez wybitne jednostki. Model ten, zrodzony i upowszechniony w XIX wieku, już wówczas spotkał się z opozycją wywodzącą się z inspiracji pozytywistycznej², która skłaniała się do ukazania dziejów medycyny jako procesu zmieniającego w pewnym kierunku. W początkach XX wieku oba te nurty spotkały się z kolei z krytyką ze strony nowo wyodrębniającego się nurtu społeczno-kulturowego³, który zdobywał stopniowo wśród historyków medycyny coraz szersze uznanie. Stał się on obecnie w światowej historiografii medycyny nurtem dominującym. Współcześnie i w obrębie tego nurtu wyróżnić możemy różnorodne tendencje⁴, nadające budowanej w nawiązaniu do nich narracji historycznej właściwe dla nich ukierunkowanie tematyczne.

Zamiar ukazania przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX w. jako procesu o pewnej swoistej dynamice zwrócił uwagę hi-

² O nurcie pozytywistycznym w historiografii medycyny por. N. Tsoyopoulos, *op.cit.*, s. 28–37; U. Wiesing, *op.cit.*, s. 25–31. Do przedstawicieli nurtu pozytywistycznego należeli m.in. Carl August Wunderlich, Rudolf Virchow, Herman Baas, Julius Petersen, August Hirsch, Julius Pagel.

³ Jednym z pierwszych przedstawicieli nurtu społeczno-kulturowego w historiografii medycyny był Karl Sudhoff (por. W. von Brunn, *Nachruf auf Karl Sudhoff*, Leipzig 1938; G. Hochmuth, R. Zaunick, *Bibliographie Carl Sudhoffs*, Leipzig 1838). Do tego nurtu należą także Owsei Temkin, Ernst Hirschfeld, Martin Heun, Iago Galdstone, Fielding Garrison, George Rosen i in. (por. np. R. Fülöp-Miller, *Kulturgeschichte der Heilkunde*, München 1937). O założeniach nurtu społeczno-kulturowego w historiografii medycyny por. E. Fabian, *Kulturgeschichte der Wissenschaft. Probleme und Positionen*, "NTM" 1988, t. 25, z. 2, s. 85–8. Por. też B. Płonka-Syroka, *Społeczno-kulturowy kontekst historii medycyny – przegląd koncepcji i propozycje badawcze*, "Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny" 1995, t. 2, z. 1, s. 14–20. Przykłady nowszych praw tego nurtu por. J. Erdmann, *Wissenschaft und Zeitgeist: Aufbruch zur Moderne Medizin, Naturwissenschaft und Technik*, Coburg 1978; R. Groh, *Weltbild und Naturaneignung: zur Kulturgeschichte der Natur*, Frankfurt am Main 1991.

⁴ W obrębie nurtu społeczno-kulturowego wyodrębnił się kierunek zwany społeczną historią medycyny. Jednym z jego założycieli był Henry E. Sigerist (por. A. Thom, *Henry E. Sigerist (1891–1957): Begründer einer modernen Sozialgeschichte der Medizin; ausgewählte Texte*, Leipzig 1981; E. Berg-Schörn, *Henry E. Sigerist (1981–1957); Medizinhistoriker in Leipzig und Baltimore. Standpunkt und Wirkung*, Köln 1978). O założeniach nurtu por.: J. F. Hutchinson, *Historical method and the social history of medicine*, "Medical History" 1973, t. 17, s. 423–428; A. E. Imhoff, L. Oivind, *Sozialgeschichte der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*, Oslo 1976. Do przedstawicieli tego kierunku należał także polski historyk medycyny, Ludwik Fleck. Wiele prac badaczy zaliczanych do nurtu społeczno-kulturowego w historiografii medycyny także wykazuje inspiracje socjologiczne, co powoduje, że oba nurty często bywają omawiane łącznie. Przykładem realizacji założeń nurtu we współczesnej praktyce badawczej mogą być prace F. F. Cartwrighta (*A Social History of Medicine*, London 1977) czy P. Riddera (*Sozialgeschichte der Medizin*, Stuttgart 1990).

storyków medycyny, tworzących w drugiej połowie XIX⁵ i pierwszej połowie XX wieku⁶ na program historiografii, zbudowany w oparciu o pozytywistyczną koncepcję nauki. Program ten zakładał pewne tezy, które kierowane były w stronę historyków medycyny w formie postulatów metodologicznych.

Pozytywistyczna koncepcja nauki⁷ zakładała wyraźny rozdział pomiędzy nauką a medycyną a innymi formami świadomości. Zakreślała także sztywne kryteria tego rozdziału. Przyjmowała jako przedmiot badań historiografię medycynę, definiowaną jako obszar wolny od wpływów zewnętrznych, operujący swoistym dla siebie językiem, złożonym z pojęć naukowych. Teorie medyczne pojmowane być miały w świetle tej koncepcji jako logiczno-matematyczne interpretacje, systemy formalne, zmierzające do coraz większej precyzji i spójności, tj. do stanu koherencji i potwierdzonej empirycznie zgodności z faktami. Wszelkie teorie nie spełniające tych postulatów określane bywały jako "nienaukowe", "przednaukowe", zawierające co najwyżej pewną intuicję prawdy. Powyższy model medycyny opierał się na koncepcji poznania naukowego jako procesu coraz doskonalszego odkrywania prawdy, coraz precyzyjniejszego i bardziej adekwatnego wobec rzeczywistości odzwierciedlenia rzeczywistości przyrodniczej, wyrażanego w języku nauki. Wprawdzie odzwierciedlenie to uznawano jedynie za przybliżone, jednak adekwatność kolejnych przybliżeń wykazywać miała tendencję rosnącą.

W świetle omawianej koncepcji lekarz ma w swej praktyce badawczej do czynienia z faktami. Na drodze indukcji formułuje na ich temat hipotezy, które sprowadza z czasem do skończonej, wewnętrznie spójnej postaci teorii naukowych. Na drodze dedukcji wyprowadza z tych teorii wnioski, konfrontując je ze

⁵ Por. np. J. Oettinger, *Umiejętność lekarska wobec szkół, a w szczególności wobec urojonej szkoły dawnej i nowej. Badanie historyczno-krytyczno-lekarskie*, Kraków 1863; H. Haeser, *Historia medycyny*, t. 2, *Dzieje medycyny nowożytnej*, Warszawa 1886 (tł. H. Luczkiewicz); J. Petersen, *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, Warszawa 1882, tł. Gustaw Fritsche.

⁶ Do inspiracji pozytywistycznej nawiązuje w swoich pracach np. Erwin Ackerknecht.

⁷ Charakterystyka pozytywistycznej koncepcji nauki por.: R. Wójcicki, *Teorie w nauce. Wstęp do logiki, metodologii i historii nauki*, Warszawa 1991, s. 3-11, J. G. Kemeny, *Nauka w oczach filozofa*, Warszawa 1967, *passim*. Do przedstawicieli tego nurtu w historiografii medycyny należeli w drugiej połowie XIX i I połowie XX w., m.in. Carl August Wunderlich, Hermann Baas, Julius Petersen, August Hirsch, Julius Pagel. Wpływy koncepcji pozytywistycznej obecne były w większości podręczników historii medycyny tego okresu. Przejawiały się m.in. w stosowaniu podziału dziejów medycyny na okres przednaukowy i naukowy, zgodny ze współczesnym standardem wiedzy i w wartościowaniu opisywanych teorii i doktryn medycznych, które dzielono na naukowe i nienaukowe, racjonalne i nieracjonalne itp.

znanymi sobie faktami i dokonując wyboru teorii najbardziej adekwatnej wobec faktów. Rozstrzygające znaczenie może mieć w tym wypadku tzw. eksperyment krzyżowy. Kolejne, dostatecznie dobrze potwierdzone empirycznie hipotezy, uzyskiwać mają w ten sposób w medycynie status teorii naukowych, którym przysługuje domniemanie prawdy. Ich zasób stale się powiększa, rozszerzając zakres wiedzy na temat przyrody. W modelu tym mamy więc do czynienia z koncepcją obiektywnego wzrostu wiedzy, który ma charakter kumulatywny.

Pozytywistyczny model nauki postuluje opisywanie teorii i doktryn medycznych w sposób normatywny. Posługuje się przy tym kryterium obiektywnej racjonalności naukowej, wyznaczonej przez współczesny standard wiedzy. Analizując poszczególne teorie i doktryny medyczne, współczesne i historyczne, historyk medycyny powinien je oceniać pod kątem ich racjonalności, ekonomiczności i efektywności. Za racjonalne winien uznawać teorie dobrze potwierdzone empirycznie, prostsze i bardziej skuteczne poznawczo, mające przy tym szersze zastosowanie w praktyce badawczej. Teorie i doktryny medyczne pojmowane są przy tym jako konstrukcje, które winny być zasadniczo wolne od wątków kulturowych, elementów świadomości społecznej epoki. Jeżeli takie wątki w badanych teoriach się spotyka, pojmowane być winny jako "zanieczyszczenia" procesu odzwierciedlania faktów. Ich stopniowe usuwanie z teorii medycyny uważa się nie tylko za możliwe i praktycznie się dokonujące w historii tej dziedziny nauki, ale i wyznaczające rzeczywisty kierunek obiektywnego rozwoju medycyny.

Teorie i doktryny medyczne, które nie spełniają powyżej zarysowanego programu, uznaje się w tym modelu za przynależne do tak zwanej fazy "przednaukowej" (nienaukowej) w dziejach medycyny. Uważać się je powinno nie za teorie naukowe w pełnym tego słowa znaczeniu, ale jedynie za zespoły pewnych przekonań o charakterze przednaukowym, metafizycznym, "przedteoretycznym", jako elementy nauki zideologizowanej. Tworzy to sytuację, w której historiografia dzielić powinna medyczne *res gestae* na dwa wyraźnie odgraniczone etapy, dla których cezurą bywa oparcie się medycyny na właściwej metodzie, tj. indukcji i uzyskanie za jej pomocą obiektywnie racjonalnych rezultatów. Zdarzenia, które miały miejsce wcześniej niż w połowie XIX stulecia⁸ zaliczane są na

⁸ Wygodną datą graniczną między okresem "przednaukowym" i "naukowym" w dziejach medycyny stał się w historiografii europejskich krajów kontynentalnych rok 1848, kiedy to reformy o charakterze polityczno-ustrojowym umożliwiły wprowadzenie zasadniczych zmian w programach nauczania uniwersyteckich

ogół w świetle postulowanego modelu do "etapu przednaukowego" w dziejach medycyny, przy czym okres od XVI wieku do połowy XIX stulecia opisywany bywa jako okres modernizacji medycyny, to jest jej stopniowego oczyszczania się z obecnych w niej dotąd elementów kulturowych – metafizycznych i filozoficznych, a tym samym zbliżania się do właściwego naukowego standardu.

Powyższy program, sformułowany wobec historiografii medycyny w formie postulatywnej, pomimo że nie spotkał się w zasadzie z pełną recepcją swych założeń ukierunkował jednak tę dziedzinę badań w charakterystyczny sposób. Za zagadnienie priorytetowe dla historiografii medycyny uznano poszukiwanie pionierów nowoczesności wśród konserwatywnych i ulegających przesadom przedstawicieli medycyny dawnych epok. Pojedyncze odkrycia próbowano łączyć w ciągi, wiodące ku współczesnemu standardowi wiedzy. Istotne stały się dyskusje na temat tak zwanych momentów przełomowych w historii medycyny lub w dziejach danej specjalności. Dążono do precyzyjnego zakreślenia granic poszczególnych epok w dziejach medycyny, pozostających w określonym stosunku wobec współczesnego standardu wiedzy, przyjmując jednocześnie optykę postępu wiedzy i wzrastającego zakresu poznania lekarskiego. Dokonywano normatywnego podziału opisywanych odkryć, teorii i doktryn medycznych, wydzielając spośród nich te, które utrzymały swój status poza badaną epoką historyczną i stały się podstawą teorii, którym współcześnie przysługuje status teorii naukowych (lub ich poprzedniczek). Opisywano twierdzenia dawnej medycyny, niegdyś cieszące się uznaniem i popularnością – lecz nie spełniające współczesnych kryteriów racjonalności – posługując się kategorią "pseudoodkrycia", zaś budowane na ich podstawie teorie i doktryny otrzymywały status

wydziałów lekarskich. W historiografii brytyjskiej za cezurę uważa się także rok 1837. Przyjmowane jest także rozwiązanie o charakterze najwyraźniej umownym, wysuwające jako cezurę pomiędzy etapami przednaukowym i naukowym dokładnie połowę XIX stulecia. Por. np. V. Nutton (red.), *Medicine at the Courts of Europe: 1500–1837*, London 1990; R. H. Shryock, *The Emergence of Modern Medicine 1800–1850*, [w:] tenże: *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, Philadelphia 1936, s. 149–166; G. Baader, *Die Revolution von 1848, die Medizinalreformbegegnung und die Berliner Charité*, [w:] P. Schneck, H.-U. Lammel (red.), *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850*, "Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften" 1995, z. 67, s. 269–284; J. Bleker, *Über den Zusammenhang zwischen politischen und wissenschaftlichen Tendenzen in deutscher Medizin um 1848*, "Münsterische Beiträge zur Geschichte und Theorie der Medizin" 1978, t. 13, s. 60–75.

koncepcji spekulatywnych lub pseudonaukowych, zaś ich twórcy określani bywali jako doktrynerzy lub sekciarze⁹.

Ponieważ celem tak definiowanej historiografii medycyny miało być odtworzenie procesu obiektywnego rozwoju dziedziny wiodącego do jej współczesnego standardu, dzieje medycyny bywały opisywane z punktu widzenia współczesnego obserwatora i dziś obowiązujących kryteriów racjonalności. W związku z tym podstawą przyjmowanej w omawianym ujęciu periodyzacji stało się kryterium zaistnienia przełomowych odkryć. Dzieje medycyny lub jednej z jej wyodrębnionych specjalności dzielono na etapy, wyznaczane przez pojawianie się odkryć stanowiących kolejne przybliżenia do współczesnego standardu racjonalności, niezależnie od rzeczywistego zasięgu recepcji danego odkrycia w świadomości społeczności naukowej epoki, w której odkrycia dokonano. Wyraźnie rozgraniczano przy tym pojęcie medycyny naukowej w znaczeniu bliskiej jej współczesnego standardu i medycyny okresu przednaukowego, mniej lub bardziej oddalonej w zakresie obowiązujących w niej przekonań teoretycznych i rozwiązań praktycznych od współczesnego standardu racjonalności.

Uznanie zyskał także wartościujący model narracji historycznej (ściśle związany z prezentowanym wyżej ujęciem periodyzacji) – epoki w dziejach medycyny poddane są zróżnicowanej ocenie w zależności od ich "odległości" od poziomu współczesnej wiedzy. Za wartościowe poznawczo uznano przede wszystkim badanie dziejów medycyny czasów stosunkowo niedawnych, w zasadzie ograniczających się do XIX i XX wieku, podczas gdy badanie epok wcześniejszych, kiedy obowiązujący w medycynie standard zasadniczo odbiegał od pojęć współczesnych, uważa się za mało wartościowe pod względem wartości poznawczej. Z prezentowanego wyżej modelu, jako inspirująca historiografię idea, przyjęła się także w piśmiennictwie historyczno-medycznym linearna koncepcja postępu wiedzy medycznej.

Pozytywistyczny model nauki i związane z nim możliwości uprawiania historii medycyny spotkały się już w XIX stuleciu z opozycją, która przybrała na sile w pierwszej połowie XX wieku. Krytycy wychodzili z założenia, że podstawowy problem historiografii medycyny, jakim jest zagadnienie periodyzacji, opiera się na niewłaściwych założeniach teoretycznych. Próby oddzielenia

⁹ Por. rozdział zatytułowany *Doktrynerzy i sekciarze*, poświęcony m.in. doktrynom Johna Browna, Francoisa Broussais'ego czy Franza Antona Mesmera, w podręczniku W. Szumowskiego, *Historia medycyny*. Warszawa 1961, s. 300-308.

naukowego i przednaukowego (nienaukowego) światopoglądu są bowiem niemożliwe do zrealizowania¹⁰. W wewnętrznej strukturze medycyny spotkać bowiem możemy twierdzenia wolne od bezpośredniego związku z podstawą empiryczną. Są one wyrazem głęboko zakorzenionych w danej społeczności przekonań, powiązanych z uznawaniem w niej systemem wartości. Budowanie wiedzy medycznej dokonuje się wprawdzie przez interpretację materiału empirycznego, jednak o tym, co uznajemy za element materiału empirycznego i w jaki sposób dokonujemy weryfikacji twierdzeń na jego temat decydują także czynniki o charakterze nieempirycznym. Każda społeczność historyczna wytwarza bowiem głęboko zakorzenione przekonania o tym, co jest w niej uznawane za naturalny porządek rzeczy. Medycyna rozwija się zawsze wewnątrz tego systemu przekonań i wyznaczonych przez nie kryteriów racjonalności.

Krytyka pozytywistycznej koncepcji medycyny podważała tradycyjne pojmowanie faktu naukowego, uznawanego za podstawowe tworzywo teorii naukowych¹¹. To, co może stać się faktem naukowym uznano za zależne od tego, co jest badaczom w danej epoce dostępne, co uważają oni za naturalne i racjonalne. Fakty naukowe pojmowano więc jako wytwory cywilizacji na danym etapie jej rozwoju, nie jako odkrywane, ale wytwarzane z elementów dostępnego ich percepcji tworzywa doświadczalnego, przy użyciu metod przez nich uznawanych za naukowe, zgodne z poczuciem porządku naturalnego, wewnątrz uznawanej przez nich koncepcji nauki. Uczony nie był już pojmowany jako bierny rejestrator strumienia faktów¹², ale aktywny poszukiwacz odpowiedzi na pytania, jakie sobie stawia. Fakty naukowe są w tym ujęciu zawsze interpretowane przez teorię, która stoi pomiędzy świadomością badacza a przyrodą. Decyduje to o historycznej zmienności tego, co jest przez lekarzy różnych epok uznawane za fakt naukowy, który staje się podstawą budowania teorii.

Ujęcie społeczno-kulturowe opiera się na założeniu, że poznanie naukowe jest zawsze zakorzenione w świadomości społecznej i praktyce danej epoki. Interpretacje dziejów medycyny winny być przeto odnoszone nie tylko do poziomu wiedzy i techniki badanej społeczności w danym okresie jej rozwoju, ale i ogólnego poziomu rozwoju jej kultury. Moment wyboru

¹⁰ Por. R. Wójcicki, *op.cit.*, s. 133.

¹¹ S. Amsterdamski, *Postłowie*, [w:] J. G. Kemeny, *op.cit.*, s. 272-273.

¹² *ibidem*, s. 274.

danego zespołu elementów społecznego doświadczenia i nadanie mu statusu faktu naukowego zawiera bowiem zawsze w sobie ich interpretację. Zjawisko lub zespół zjawisk musi być bowiem przez lekarzy danego okresu nie tylko dostrzeżone, ale i zrozumiane, wpisane jakoś w kontekst ich dotychczasowej wiedzy, odniesione do jednej z teorii obecnych w ich świadomości. W momencie interpretacji wyróżnić zawsze możemy wpływy pozanaukowe obecne w świadomości badacza. W podejmowanych przez niego decyzjach obecne jest bowiem zawsze zasadnicze poczucie porządku naturalnego właściwe dla społeczności, w której żyje, kryteria obowiązującej w niej racjonalności oraz system wartości, który uznaje. Nowe ujęcie zakładało, że obraz dziejów medycyny kreowany w historiografii nawiązującej do inspiracji pozytywistycznej jest obrazem sztucznym, bowiem operując obrazem wolnego od wszelkich wpływów zewnętrznych uczonego – nieuprzedzonego rejestratora strumienia faktów oraz kreśląc obraz medycyny zmieniającej się według kryteriów wyłącznie logicznych¹³ mija się z prawdą źródeł, dostępną percepcji historyka. Za sztuczny uznano także obraz indywidualnego, niczym nie uwarunkowanego odkrywcy. Przedstawiciele nowej orientacji historiografii wpisywali myśl medyczną w tkanekę kulturową poszczególnych epok, wprowadzając jednocześnie koncepcję zewnętrznej periodyzacji dziejów medycyny w oparciu o kryterium ogólnokulturowe. W tym ujęciu podejmowano badania nad medycyną renesansu czy baroku¹⁴, poszukując zasadniczych powiązań obecnych w niej idei z umysłowością epoki¹⁵ i charakterystycznym dla niej światopoglądem.

Nowy program historiografii medycyny inspirował badania obejmujące obok zagadnień tradycyjnych, takich jak biografie twórców i opisy ich dokonań, także i szereg zagadnień z ogólnej historii kultury – obejmujących historię filozofii, historię sztuki i wychowania, a także z czasem historię polityczną, gospodarczą i społeczną. Zainteresowano się problemem upowszechniania odkryć i teorii naukowych, wskazując na obecne w świadomości epoki sposoby myślenia, uznawane za naturalne. W historiografii medycyny posługiwano się zaczęto kategorią śro-

¹³ ibidem, s. 274.

¹⁴ Por. np. T. Bilikiewicz, *Die Embryologie im Zeitalter des Barock und des Rokoko*, Leipzig 1932, passim.

¹⁵ Posługując się tym pojęciem w znaczeniu, które przyjmuje P. Hazard w pracy pt. *Kryzys świadomości europejskiej 1680–1715*, tł. J. Lalewicz i A. Siemek, Wstęp A. Żurowski, Warszawa 1974, s. X.

dowiska pojęciowego epoki¹⁶, które jest w niej w miarę powszechnie przyjmowane. Środowisko pojęciowe (konceptualne) pojmowano jako zespół poglądów danej społeczności na temat przyrody i społeczeństwa. Odróżniano je od środowiska postrzeżeniowego (perceptualnego), definiowanego jako zespół postrzeżeń dotyczących tych zagadnień. Pojęcia te umożliwiły prowadzenie badań różnych, współczesnych sobie społeczności naukowych, które dysponując tym samym standardem odkryć oraz poziomem wiedzy i techniki mogły wytwarzać odmienny pojęciowy obraz rzeczywistości. Nowe podejście metodologiczne nie oznaczało negacji roli indywidualnych twórców poszczególnych odkryć i autorytetów danej społeczności. Środowisko pojęciowe, mimo iż wytwarzane jest społecznie, podlega bowiem wpływowi autorytetów¹⁷, który ma zwykle rytm i charakter pokoleniowy¹⁸.

Historiografia medycyny nurtu społeczno-kulturowego zdołała zakreślić szerszy, niż omówiona wcześniej – nawiązująca do inspiracji pozytywistycznej – program badań. Uznawała bowiem za wartościowe poznawczo badanie teorii i doktryn medycznych odległych epok, w ich kontekście kulturowym i społecznym. Ukie-runkowywała zainteresowania historyków medycyny badaną epoką, nie zaś wyłącznie poszukiwaniem jej odniesień wobec standardu racjonalności współczesnej medycyny akademickiej.

Założenia nurtu społeczno-kulturowego upowszechnione w Europie i USA w pierwszej połowie XX wieku¹⁹, okazały się inspirujące dla badań nad procesem przemian modernizacyjnych w medycynie europejskiej między XVI a XX wiekiem. Zwrócono bowiem uwagę na fakt, że teorie i doktryny medyczne można by w pewien sposób pogrupować, wyodrębniając w ten sposób

¹⁶ Por. R. Dubos, *Pochwała różnorodności*, Warszawa 1986, s. 9, 67 i in. Por. też J. Ziman, *Spółczesność nauki*, Warszawa 1972, s. 42; F. Znaniecki, *Spółeczne role uczonych a historyczne cechy wiedzy*, "Przegląd Socjologiczny" 1978, t. 28, s. 117 i in.; T. Hołówa, *Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku*, Warszawa 1986, s. 154–158 i in.; B. Chwedeńczuk, *Spór o naturę prawdy*, Warszawa 1984, s. 82 i in.; H. G. Gadamer, *Rozum, słowo, dzieje. Szkice wybrane*, Warszawa 1979, s. 30–31; B. Dixon, *Nie igrza się z nauką*, Warszawa 1984, s. 66 i in.

¹⁷ Por. J. Goćkowski, *Autorytety świata uczonych*, Warszawa 1984, s. 83, 189 i in.; B. Dixon, *op.cit.*, s. 47, 92, 148, 161–165, 179–189, 231; W. Krajewski, *Rola czynników wewnętrznych i zewnętrznych w rozwoju nauki*, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1988, t. 24, z. 3–4, s. 439–449.

¹⁸ Por. R. Dubos, *op.cit.*, s. 65; M. Planck, *Scientific Autobiography*, New York 1950, s. 33–34.

¹⁹ Do grona autorów amerykańskich, którzy przejęli inspiracje społeczno-kulturowego nurtu w historiografii (reprezentowanego m.in. przez H. E. Sigerista, E. Hirschfelda, E. Pagela i O. Temkina) należeli R. H. Shryock (por. *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, Philadelphia 1936), Ch. A. Doan (*Modern Medicine. The Crossroads of the Social and Physical Sciences*, Washington 1939), G. Rosen.

wśród nich odrębne nurty²⁰. Zainteresowano się także zróżnicowaną recepcją owych nurtów w poszczególnych krajach europejskich²¹, dostrzegając zjawisko subiektywnej racjonalności społeczności naukowych. Te same teorie i doktryny medyczne w jednych społecznościach krajowych, w tym samym czasie, uznawano za prawdziwe i słuszne, podczas gdy w innych takich cech im odmawiano²². Zwrócono także uwagę na fakt, iż obraz kumulatywnego wzrostu wiedzy medycznej budzi poważne zastrzeżenia. Osobiste doświadczenie zawodowe niektórych badaczy, lekarzy-historyków medycyny, prowadzących badania historyczne w pierwszej połowie XX wieku, narzucało spostrzeżenie, iż postęp w medycynie dokonuje się nie tylko poprzez kumulację wartościowych osiągnięć dotychczasowej wiedzy, lecz także na drodze eliminacji wielu koncepcji, wcześniej bezdyskusyjnie uznawanych za słuszne²³, które w późniejszym okresie

²⁰ Już w XIX wieku pojawia się w historiografii medycyny idea podziału teorii i doktryn medycznych według nurtów cechujących się wspólnotą podstawy filozoficznej. Np. J. Petersen, w pracy pt. *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, Warszawa 1882, wyróżnia m.in. następujące nurty doktryn medycznych: hermetyczny (s. 6, 7, 17, 20, 26, 36), empiryczny (s. 16, 29, 41-53), dynamiczny (s. 31-38), medicinistyczny (s. 31), witalistyczny (22-28, 37-58). Podział ten utrzymuje się w piśmiennictwie XX wieku. W XIX wieku pojawia się także pojęcie doktryny medycznej, pojmowanej jako odrębna konstrukcja, por. A. Cricton, *Commentaries on some doctrines of a dangerous tendency in medicine*, London 1842; L. Peisse, *La médecine et les médecins. Philosophie, doctrines, institutions et biographies médicales*, Paris 1857, t. 1-2; E. Bôuckut, *Histoire de la médecine et des doctrines médicales*, Paris 1864; Ch. Daremberg, *La médecine. Histoire et doctrines*, Paris 1865.

²¹ Najważniejszym nurtem w dziejach medycyny europejskiej był nurt humoralny, obudowany wokół teorii hipokratesowej. A. Elefteriadis (*Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin: logischer Aufbau und dynamische Entwicklung der Humoralpathologie*, Frankfurt am Main, 1991) ukazuje proces rozwoju teorii humoralnej na przykładzie dwóch doktryn, Hipokratesa i Galena, które zachowując wspólny rdzeń wykazują pewne istotne różnice jeżeli chodzi o rozwiązania szczegółowe. Podobny proces ukazać można także na przykładzie nurtu hermetycznego w medycynie, którego teoria zbudowana jest na bazie neoplatonizmu. Tak różnie w swym zewnętrznym wyrazie doktryny, jak paracelsyzm, homeopatia czy mesmeryzm obudowane zostały wokół wspólnego teoretycznego rdzenia, który stanowi oś ich struktury (por. B. Płonka-Syroka, *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*, "Medycyna Nowożytna. Prace Historyczno-Medyczne", IHNOiP PAN, Warszawa 1992, s. 7-38; też: *Mesmeryzm jako doktryna medyczna*, [w:] też: *Mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii*, Wrocław 1994, s. 58-70).

²² O możliwości wyciągania przeciwstawnych wniosków z tych samych obserwacji przez zwolenników medycyny akademickiej (allopatii) i zwolenników homeopatii, por. B. Płonka-Syroka, *Recepcja doktryn medycznych przelomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*, Wrocław 1992, s. 35 i in. Jako przykład długotrwałego opierania się uznaniu koncepcji, ostatecznie uznanej za prawidłową, może służyć interpretacja procesu krążenia krwi, dokonana przez Harveya.

²³ Zagadnienie to rozważał m.in. polski mikrobiolog, Ludwik Fleck w wydanej w latach 30-tych pracy pt. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, Basel 1935, passim.

zostawały wypierane jako niedostatecznie uzasadnione i nieracjonalne.

Proces przemian w medycynie europejskiej pomiędzy XVI a XIX wiekiem jest w świetle prezentowanego wyżej ujęcia wypadkową czynników z zakresu ogólnej historii kultury i wewnętrznej treści samej medycyny jako nauki. Przemiany te interpretuje się i opisuje kładąc główny nacisk na idee, zaś w mniejszym zakresie na ich twórców. Historiografia nurtu społeczno-kulturowego łączy przemiany w medycynie z następstwem kolejnych epok w historii kultury, z których każda – renesans, barok, klasycyzm, romantyzm itp. – zrodziła własną koncepcję medycyny²⁴.

Społeczno-kulturowe ujęcie procesu przemian w medycynie europejskiej XVI–XIX wieku doczekało się rozwinięcia i sprecyzowania w koncepcji polskiego lekarza, Ludwika Flecka²⁵. Jego propozycje pozwalały nadać badaniom procesu modernizacji medycyny europejskiej charakter wykraczający poza historię idei, a zwracający się ku ich twórcom. Nie był to jednak zwrot ku indywidualistycznie pojmowanej biografistyce, utrzymującej od XIX wieku w historiografii medycyny swe znaczenie, ale próba opisu rywalizacji idei w szerszym kontekście społecznym. Fleck oparł się na założeniu, że powstanie i rozwój teorii medycznych ma charakter społeczny, rodzą się one bowiem w społeczności naukowej jako wyraz jej grupowej świadomości. Poszczególni badacze doprowadzają ów system zbiorowych przekonań do poziomu sformalizowanego, nadając mu tym samym swoje osobiste piętno. Bez naukowego podglebia, jakie wytwarza społeczność naukowa, której twórca danej koncepcji jest członkiem, powstanie teorii nie jest – zdaniem Flecka – możliwe. Nie jest także możliwe jej rozpowszechnienie poza tą społecznością, toteż jest ona zawsze podstawową grupą odniesienia dla głoszonych przez twórcę poglądów. To wobec społeczności badacz uzasadnia racjonalność twierdzeń, którym pragnie zapewnić recepcję i uży-

²⁴ Por. np. prace poświęcone medycynie doby romantyzmu - D. Papp, *Vision sinoptica de la ciencia del romanticismo (1800-1838)*, [w:] P. Lain-Entralgo (red.), *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona 1973, t. 5, s. 165-175; O. Temkin, *Basic Science, Medicine and the Romantic Era*, "Bulletin of the History of Medicine" 1963, t. 37, s. 93-129; I. Gladstone, *The Romantic Period in Medicine*, "Bulletin of the New York Academy of Medicine" 1956, t. 32, s. 340-362.

²⁵ Szerzej o poglądach Ludwika Flecka por. B. Płonka-Syroka, *Ludwik Fleck (1896-1961), mikrobiolog, prekursor nowoczesnej metodologii historii medycyny*, "Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny" 1994, t. I, z. 1, s. 47-82; O Flecku jako historyku medycyny por. B. Płonka-Syroka, *Ludwik Fleck, Słownik Biograficzny Polskich Nauk Medycznych XX wieku*, t. 1, z. 2, s. 37-40; Por. też B. Płonka-Syroka, *Poglądy metodologiczne Ludwika Flecka (1896-1961) i ich recepcja w literaturze światowej w latach 1935-1993*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1994, t. 57, z. 4, s. 497-512.

skąć status twierdzeń o charakterze normatywnym. Twórca musi więc uwzględniać kryteria racjonalności naukowej uznawane w grupie, do której kieruje swe twierdzenia. Może to być zarówno grupa, z której się wywodzi i do której należy, jak i grupa nie będąca jego grupą macierzystą. Twórca danej koncepcji musi uwzględniać priorytety badawcze uznawane w grupie, a także unikać prowadzenia badań w obrębie obszarów zakazanych, wykraczających poza uznawane w społeczności naukowej standardy racjonalności lub naruszające przyjmowany system wartości. Powyższe czynniki sprawiają, że medycyna rozwija się poprzez systemy twierdzeń będące wyrazem zbiorowej świadomości, style myślowe.

Koncepcja ta, bliska w swej genezie prezentowanemu wyżej ujęciu kulturowemu, okazała się interesującą inspiracją dla badacza procesu przemian w medycynie europejskiej XVI-XIX wieku, pozwala bowiem na pogłębienie analiz dzięki podejmowanym próbom wnikięcia w wewnętrzną strukturę społeczności naukowej, skupiającej twórców i odbiorców poszczególnych teorii i doktryn medycznych.

Różne ugrupowania społeczności naukowej wytwarzają, zdaniem Flecka, odmienne, charakterystyczne dla siebie style myślowe określające między innymi ich stosunek wobec przyrody. Wewnątrz historycznej społeczności naukowej Europy mogą więc w tym ujęciu współdzystawać ze sobą ugrupowania, posługujące się odmiennymi stylami myślowymi, silnie zakorzenionymi kulturowo, związanymi z pewnymi systemami wartości, pozostające pod wpływem oddziaływań (zróżnicowanym co do nasilenia) instytucji zewnątrznaukowych. Owe ugrupowania zmierzają do nadania swym poglądom powszechnie obowiązującego statusu normatywnego. Wspierają się w tych usiłowaniach o instytucje pozanaukowe (państwo, Kościół), zainteresowane rozwijaniem pewnej koncepcji nauki, zgodnej z zasadniczym zespołem interesów owych instytucji. Państwo i Kościół wywierają czasem wpływ dostatecznie silny, aby zapewnić określonym poglądom status teorii normatywnych w danej społeczności, a określonemu stylowi myślowemu status obowiązujący. Dokonuje się to przez politykę naukową, nominacje akademickie, cenzurę, prasę. Społeczności naukowe pozostają zawsze, zdaniem Flecka, w sytuacji charakterystycznego rozdarcia między odpowiedzialnością na społeczne (instytucjonalne) wpływy pozanaukowe a autonomicznymi decyzjami, wpływającymi z systemu przekonań poszczególnych członków społeczności naukowej. Silne, o dużym stopniu wewnętrznego samostanowienia społeczności naukowe osiągają możliwość

znaczącej autonomii wobec zewnątrz naukowych wpływów instytucjonalnych. Pozostają jednak zawsze pod wpływem czynników kulturowych, kształtujących styl myślenia poszczególnych badaczy.

Stworzona przez Flecka wizja medycyny ukazuje tę dziedzinę nauki jako obszar ludzkiej aktywności, nie wolny od osobistych interesów, przekonań o charakterze pozaempirycznym, zakorzenionych uprzedzeń, ambicji, a nawet namiętności. Nauka tworzona jest przez ludzi wychowanych w określonej kulturze i przejmujących (najczęściej) charakterystyczny dla niej punkt widzenia. Rywalizacja idei staje się także rywalizacją ludzi (i społeczności). Rodziło się więc pytanie o możliwości opisanie mechanizmu owej rywalizacji wykraczającego poza ujęcie personalne. Fleck w odpowiedzi na nie odwołał się do koncepcji rywalizacji stylów myślowych poszczególnych społeczności.

Koncepcja stylów myślowych sformułowana przez Flecka wykazywała pokrewieństwo z omówioną wyżej kategorią środowiska pojęciowego epoki (por. przypis 16). Fleck próbował odpowiedzieć sobie na pytanie, czy możemy wyróżnić w tym zbiorowym sposobie myślenia pewne elementy podstawowe, wokół których obudowują się dalsze pojęcia, będące rozwinięciem pojęć podstawowych. Uznał za owe pojęcia podstawowe niesporne poznawczo w danej społeczności elementy doświadczenia, posiadające dla danej społeczności istotne znaczenie. Nadał im nazwę *paradygmatów* (paradygmat – wzór, odkrycie podstawowe). Wokół nich tworzone są teorie, odwzorowujące w swojej treści system przekonań i wartości charakterystyczny dla danej społeczności. Fleck uznał, że elementy kulturowe wchodzi bezpośrednio i w sposób trwały do siatki pojęć naukowych, z której nie sposób ich wykorzenić bez naruszenia spójności całej konstrukcji.

O tym, co spośród dostępnych w danej epoce elementów doświadczenia uzyskuje status faktów naukowych decydować miała, zdaniem Flecka, ich stosowna interpretacja, dokonywana przez członków społeczności naukowej. Nie wszystkie bowiem spostrzeżenia wchodziły w obręb wiedzy, uznawanej przez nich w danej epoce historycznej za naukową.

Według Flecka fakty naukowe mają charakter złożony i historyczny. W odróżnieniu od pozytywistów nie uważał ich za podstawowe, obiektywne tworzywo ludzkiej wiedzy, lecz za subiektywną konstrukcję złożoną z podstawowych elementów doświadczenia. O historyczności tak pojmowanych faktów naukowych decydować miała zmienność ich zakresu w zależności od epoki. Zdaniem Flecka, w danej epoce historycznej pewien zespół podstawowych elementów doświadczenia zostaje uznany przez

społeczność za fakt naukowy. Utrzymuje ten status przez pewien czas, gdyż zarówno społeczno-kulturowe otoczenie nauki danej epoki, jak i zasób podstawowych, dostępnych ówczesznie elementów doświadczenia nie ulegają większym zmianom. Z czasem dochodzi jednak do poszerzenia zasobu dostępnego danej społeczności doświadczenia, ulega także zmianie społeczno-kulturowe otoczenie nauki, co powoduje, że dany kompleks elementów doświadczenia nie jest już w społeczności naukowej przyjmowany bezdyskusyjnie. Zaczyna budzić wątpliwości i bywa podważany przez krytyków. W ostatecznym rezultacie pierwotna struktura faktu naukowego ulega rozbiciu. Nie oznacza to jednak eliminacji wszystkich związanych z dawną strukturą fragmentów wiedzy. Niektóre z nich zostają usunięte poza zakres wiedzy w nowej epoce historycznej uznawanej za naukową, jednakże inne pozostają i stają się zacznym nowej konstrukcji faktu naukowego. Mogą stać się twórczym faktu naukowego o odmiennej strukturze lub zostać uzupełnione o nowe elementy doświadczenia i kulturowo zakorzenione interpretacje. Koncepcja faktu naukowego przybiera więc u Flecka postać dynamiczną. Każdy praktycznie z historycznych elementów doświadczenia w przyszłości bowiem może zostać podważony wraz z rozwojem metod badawczych i poszerzeniem zakresu ogólnej ludzkiej wiedzy. W koncepcji tej niesporne poznawczo (tj. uznawane za bezspornie istniejące) elementy doświadczenia uzyskują charakter subiektywny. Nie oznacza to, iżby Fleck podważał wartość epistemologiczną wiedzy uzyskanej na drodze empirycznej, uczulał jednak historyka ludzkiej wiedzy na relatywny charakter uzyskanych rezultatów.

Koncepcję faktu naukowego zarysowaną wyżej Fleck ukazuje na przykładzie zmienionego interpretowania kiły w różnych epokach historycznych²⁶. To, co dla XV–XVII-wiecznego badacza było dobrze ugruntowanym faktem naukowym, potwierdzonym empirycznie, w wieku XIX zaczyna budzić wątpliwości, w wieku XX natomiast niektóre elementy dawnej struktury zostają usunięte, a w ich miejsce wprowadzone nowe. Rudyment pozostaje – kiła nadal jest postrzegana jako choroba zakaźna przenoszona drogą płciową, wykazująca określone objawy. Poza strukturę faktu naukowego usunięto czynniki związane z koncepcją fizjologii, charakterystyczną dla wieków XVI–XVIII (humoralizm), a także czynniki związane z postrzeganiem tej choroby jako kary za grzechy (moralny wymiar choroby). Do struktury faktu naukowego

²⁶ L. Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Lublin 1986, tł. M. Tuszkiewicz, s. 25–31 i in.

włączono natomiast współczesną interpretację czynnika zakaźnego kiły, zgodną ze współczesnym standardem medycyny.

Fleck ukazuje postrzeganie i interpretowanie przyrody za pośrednictwem stylów myślowych i związanych z nimi teorii, które stoją zawsze pomiędzy rzeczywistością przyrodniczą a badaczem, jego świadomością twórczą. W koncepcji Flecka fakt naukowy jest konstrukcją o charakterze historyczno-subiektywnym. Staje się i rozwija. Nie jest trwałą cegiełką w kumulatywnie wzrastającym gmachu nauki, lecz raczej nośnikiem tworzywa, z którego będzie można kształtować nowe cegiełki. Fleck pokazuje na przykładach z historii medycyny zależność postrzegania zjawisk od stylu myślowego badacza, należącego do pewnej społeczności naukowej²⁷. Pozostawia jednocześnie indywidualności twórczej dużą swobodę. Jego wizja nauki nie jest więc wizją deterministyczną. Poszczególni badacze mogą bowiem dokonywać wyboru stylu myślowego, do którego nawiązują. Wybór ten ma charakter osobisty. Większość badaczy ulega wpływom środowiska, do którego należy. Niektórzy jednak w sposób świadomy tworzą wobec niego w opozycji, która jest zawsze opowiedzeniem się wobec pewnego punktu widzenia, stylu myślowego. Badacz może dokonać wyboru spośród współczesnych sobie stylów myślowych, nawiązać do jednego ze stylów wcześniejszych lub stworzyć podstawy nowego stylu myślowego, który sam zainicjuje.

Sformułowana przez Flecka koncepcja medycyny jako nauki wytwarzanej przez społeczność naukową nie zyskała od razu tak szerokiego rezonansu, aby można było wyróżnić w historiografii medycyny aż do połowy lat 70-tych odrębny nurt interpretacyjny, podejmujący problem modernizacji medycyny w zaproponowanych przezeń kategoriach. Wyznaczyła jednak pewien standard, który został podjęty przez badaczy okresu powojennego²⁸.

Koncepcja Flecka zdołała się szerzej upowszechnić w interpretacji nadanej jej przez Thomasa Samuela Kuhna²⁹, który wniósł

²⁷ *ibidem*, s. 160-183 i in.

²⁸ Przykłady takich interpretacji por.: B. Płonka-Syroka, *Ludwik Fleck (1896-1961), mikrobiolog...*, s. 65-69, 70-74 i in.

²⁹ T. S. Kuhn, *Przewrót kopernikański. Astronomia planetarna w dziejach myśli*, Warszawa 1966; tenże, *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 1968; tenże, *Dwa bieguny. Tradycja i nowatorstwo w badaniach naukowych*, Warszawa 1985. Por. wybór recenzji tej ostatniej pracy: J. Rosicka, "Historyka" 1988, t. 18, s. 93-100; A. Chmielewski, "Odra" 1987, R. 27, nr 11, s. 99, 1-101; M. Perek, "Człowiek i Światopogląd" 1987, nr 1, s. 131-136; M. Bocian, "Nowator" 1986, nr 12, s. 44; M. Perek, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1986, t. 22, nr 4, s. 711-716. O interpretacji koncepcji Kuhna por. m.in. B. Chwedeńczuk, *Spór o naturę prawdy*, Warszawa 1984, s. 105 i n.; J. Rosicka, *Kaczko-królik Thomasa S. Kuhna*, "Kwartalnik Historii Nauki i Techniki" 1986, R. 31, nr 304, s. 852-863; K. Jones, *Czy Kuhn jest socjologiem?* tł. M. Tempczyk, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1988, t.

do niej znaczące osobiste piętno. Podstawowa różnica dotyczy dwóch zasadniczych kwestii – interpretacji pojęcia *paradygmat* oraz mechanizmu wymiany teorii w społeczności naukowej. Dla T. S. Kuhna pojęcie paradygmatu nie ogranicza się do koncepcji wzoru, odkrycia podstawowego, będącego podstawą nadbudowywanych nad nim teorii naukowych. W interpretacji Kuhna paradygmat jest pojęciem szerszym, które może oznaczać w ogóle pewien sposób uprawiania nauki w danej społeczności w oparciu o określone kryteria. Na wieloznaczność pojęcia paradygmatu w koncepcji Kuhna zwracało uwagę wielu autorów³⁰.

T. S. Kuhn widzi mechanizm przemian w nauce jako następstwo kolejnych paradygmatów w świadomości społeczności naukowej. Dawny paradygmat zostaje zastąpiony nowym. Wiele fragmentów dawnej wiedzy nie wchodzi w skład nowego jej zakresu. Paradygmaty są więc niewspółmierne. Ich następstwo ma, zdaniem Kuhna, charakter chronologiczny. Jeden obszar twierdzeń wypiera drugi. Proces ten ma w ostateczności charakter rewolucyjny. Z koncepcji Flecka wydedukować można natomiast odmienną wizję tego procesu. Teoria stylów myślowych, którymi posługują się poszczególne ugrupowania powszechnej społeczności naukowej, narzuca obraz możliwego współistnienia wielu możliwych stylów, nawiązujących do odmiennych paradygmatów. Może to być współistnienie stosunkowo długotrwałe, o ile poszczególne społeczności (wraz z charakterystycznym dla nich stylem myślowym) zachowują swoją żywotność przez dłuższy czas. Nadanie określonemu stylowi myślowemu statusu wiedzy obiektywnej i prawdziwej dokonuje się – jak można dedukować dalej – raczej w wyniku sukcesu danej społeczności w rywalizacji z innymi i głoszonego zgodnie z jej stylem myślowym programu badawczego, niż w wyniku zaakceptowania tego programu i związanych z nim rezultatów przez zwolenników innego stylu myślowego, wyłącznie na podstawie przesłanek wewnątrznaukowych.

24, s. 303–311; S. Zamecki, *Pojęcie odkrycia naukowego a historia dziedziny nauki*, Wrocław 1988, s. 223 i n. Por. też S. Wallen, *Historiography of Thomas S. Kuhn*, New York 1988; P. Hoyningen-Huene, *Wissenschaftsentwicklung und Wirklichkeit in der Theorie Thomas S. Kuhn*, "Deutsche Zeitschrift für Philosophie" 1989, t. 37, s. 509–517; tenże: *Die Wissenschaftsphilosophie Thomas S. Kuhn: Rekonstruktion und Grundprobleme. Mit einem Geleitwort von Thomas S. Kuhn*, Braunschweig 1989; tenże: *Idealists elements in Thomas Kuhn's Philosophy of Science*, "History of Philosophy Quarterly" 1986, t. 6, s. 393–401.

³⁰ Por. np. K. Jodkowski, *op.cit.*, s. 456. Por. tegoż: *Interpretacja Kuhnowskiej tezy o niewspółmierności paradygmatów*, "Roczniki Filozoficzne" 1984, t. 32, z. 4, s. 173–198; B. Tuchańska, *Kuhnowskie pojęcie paradygmatu a problem opisanía rozwoju nauki*, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1987, t. 23, z. 1, s. 69–84. Samo pojęcie paradygmatu wprowadził do historii nauki Ch. Lichtenberg, profesor nauk przyrodniczych w Getyndze w połowie XVIII w.

Takie ujęcie mechanizmu przemian w nauce nie narzuca koncepcji rewolucji naukowej, lecz skłania do analizy procesu utraty konotacji racjonalności przez niektóre teorie oraz procesu rozkładu kompleksów elementów doświadczenia grupowanych w postaci faktów naukowych, procesu tworzenia nowych faktów z niektórych dawniej konstytuujących je elementów, z dodaniem nowych, zgodnych z nowym stylem myślowym. Wizja Flecka narzuca więc raczej ewolucyjne ujęcie procesu modernizacji europejskiej medycyny, pozwala na analizę tego procesu w przeciągu kilku stuleci dostarczając historykom medycyny interesujących inspiracji³¹. Koncepcja Kuhna jest jednak bardziej znana.

W światowej historiografii medycyny lat 80-tych i 90-tych wiele prac podejmujących problem modernizacji medycyny (w tym wiele podręczników) odwołuje się do poglądów Kuhna i posługuje się zaproponowaną przezeń szatą pojęciową. Ponieważ jednak proste zastosowanie tej koncepcji (stworzonej na podstawie analiz z zakresu historii fizyki) do analizy źródeł w historii medycyny ukazało ograniczenia, wynikające z szybszego tempa przemian w dziedzinie teorii i doktryn medycznych oraz ich większej różnorodności, recepcja poglądów Kuhna dokonuje się w historiografii medycyny w sposób wybiórczy i wykazuje znaczne zindywidualizowanie w pracach poszczególnych badaczy³². W tym zakresie może być przydatnym narzędziem inspirującym badania procesu modernizacji medycyny, postrzeganego jako wynik działań społeczności naukowej, nie zaś rywalizacji wypreparowanych z historycznego kontekstu teorii.

W badaniach procesu modernizacji medycyny podejmowanych przez historiografię medyczną możliwe jest także wykorzystanie wielu innych koncepcji metodologicznych. Przed historykiem medycyny staje więc problem wyboru inspiracji spośród koncepcji konkurencyjnych, którego rozwiązanie nie jest w stanie wyelimi-

³¹ Por. R. S. Cohen, T. Schnelle (red.), *Cognition and Fact - Materials on Ludwik Fleck*, Dordrecht 1986; W. Baldamus, *Ludwik Fleck and the Development of the Sociology of Science*, [w:] P. R. Gleichmann, J. Goudsblum, H. Korte (red.), *Human Figurations. Essays for Norbert Elias*, Amsterdam 1977; S. E. Toulmin, *Ludwik Fleck and the Historical Interpretation of Science*, Hamburg 1981; T. Schnelle, *Ludwik Fleck - Leben und Denken: zur Entstehung und Entwicklung des soziologischen Denkstils in der Wissenschaftsphilosophie*, Hamburg 1982.

³² W jednym z ważniejszych europejskich czasopism historyczno-medycznych, "Sudhoffs Archiv", omówienia i interpretacje koncepcji Kuhna pojawiają się w latach 1969 (t. 53) - 1986 (t. 70) wielokrotnie, por. np. A. Nitschke, *Naturwissenschaftliche Revolutionen und Wandel der Gesellschaftsstruktur*, "Sudhoffs Archiv" 1969, t. 53, z. 4, s. 337-361; K. Meyer, *Das Kuhnsche Modell wissenschaftlicher Revolutionen und die Planetentheorie des Copernicus*, ibidem, 1974, t. 58, s. 25-45; H.-W. Schutt, *Lichtenberg als "Kuhnianer"*, ibidem, 1979, t. 63, z. 1, s. 87-90.

nować wątków subiektywnych. Wśród wielu możliwych inspiracji historyk zwykł jednak wybierać te, które wydają się najbliższe analizowanej przezeń uprzednio rzeczywistej materii źródeł. Koncepcje, które wydają mu się interesujące, pozwalają bądź to na dokonanie dogodnej i jasnej klasyfikacji źródeł, bądź też na prowadzenie pogłębionych analiz. Historyk jednak zawsze zachowuje świadomość, że posługując się tego typu koncepcjami narzuca źródłom pewien sposób uporządkowania, być może jasny i dogodny, lecz bynajmniej nie jedyny z możliwych. Z tą świadomością nieuniknionego subiektywizmu narracji historycznej, będącej wynikiem zastosowania tych, a nie innych koncepcji metodologicznych (lub o wiele częściej – ich elementów przydatnych historykowi w opisie analizowanego problemu) podjąć można próbę opisanego procesu modernizacji medycyny europejskiej, jaki dokonał się pomiędzy XVI stuleciem a połową XIX wieku. Do inspiracji czerpanych z koncepcji przedstawionych wyżej, a wśród nich przede wszystkim z koncepcji Ludwika Flecka, dodać pragnę w próbie opisu tego procesu także wątki nowe, zaczerpnięte od innych autorów.

Do niewątpliwie interesujących dla historyka medycyny propozycji metodologicznych należy koncepcja Imre Lakatosa³³, który kreśli wizję mechanizmu przemian w nauce jako długotrwałego procesu. Według Lakatosa, przedmiotem badań historyka nauki winny być nie pojedyncze teorie, izolowane wzajemnie od siebie i wyodrębnione z ogólnego kontekstu społeczno-kulturowego, ale ciągi teorii, powstałe w odpowiedzi na pewien program badawczy. W strukturze takiego programu badawczego możemy wyodrębnić trzon, tzw. *hard core* i pas ochronny, tzw. *protective belt*. Trzon obejmuje zespół twierdzeń będących osią danego programu. Pas ochronny natomiast składa się z wielu wspomagających hipotez, które mogą być w praktyce badawczej zastępowane jedne przez drugie. W sferze pasa ochronnego znajdują się możliwe do zinterpretowania zgodnie z danym programem badawczym anomalie. Badacz aprobujący dany program badawczy bierze pod uwagę przede wszystkim wytyczaną przez ów program perspektywę badawczą, ignoruje natomiast anomalie, dopóty, dopóki za pomocą hipotez należących do pasa ochronnego programu badawczego jest w stanie je zinterpreto-

³³ I. Lakatos, A. Mosgrave (red.), *Criticism and the Growth of Knowledge*, Cambridge 1970. Por. też I. Lakatos, *The Methodology of Scientific Research Programmes*, Cambridge 1978. O koncepcji Lakatosa por. S. Zamecki, op.cit., s. 249–264. Tu: biografia prac poświęconych koncepcji I. Lakatosa. Por. też I. Lakatos, E. Zahar, *Dlaczego program badawczy Kopernika wyparł program Ptolemeusza?* tł. W. Sady, "Colloquia Communia" 1987, t. 47, z. 3/4, s. 71–95.

wać. Samo pojawienie się anomalii nie podważa w świadomości badaczy nawiązujących do danego programu jego zasadności. Dopiero niemożność ich ignorowania lub reinterpretacji za pomocą uznawanej teorii stanowić może wstęp do rozkładu trzonu danego programu badawczego.

Koncepcja Lakatosa uzasadnia zjawisko długotrwałego utrzymywania się w danej społeczności naukowej pewnych ciągów teorii związanych z danym programem badawczym, pomimo świadomości występowania sprzeczności niektórych faktów i obserwacji z ogólnymi zasadami teorii w danej społeczności uznawanej za normatywną. Dopóki pewien program badawczy i obudowane wokół niego teorie odpowiadają na pytania, mające w świadomości danej społeczności znaczenie zasadnicze, dopóty nawet wyraźne postrzeżenie anomalii nie jest w stanie usunąć dotąd akceptowanej w owej społeczności teorii normatywnej. Dopiero zmiana zasadniczych kwestii, w danej społeczności uznawanych za istotne, zmiana kryteriów racjonalności naukowej, zmiana granic obszarów zakazanych dla badań naukowych, podważa rangę dotychczas dominującego programu badawczego i stwarzać może zaczyn dla prób sformułowania nowego programu, wokół którego obudowywać się będą nowe teorie i doktryny.

Według Lakatosa, w poszczególnych epokach konkurują ze sobą programy badawcze obudowane teoriami naukowymi. Niektóre odnoszą sukces w rywalizacji, co prowadzi do eliminacji programów, które wykazały mniejszą skuteczność. Nie oznacza to jednak eliminacji całej niesionej przez nie treści, gdyż pewne elementy wypieranego programu mogą się znaleźć wewnątrz nowego rdzenia (*hard core*).

Na pierwszy rzut oka koncepcja ta wydaje się możliwa do prostego zastosowania w badaniach z zakresu historii medycyny. Posługuje się bowiem językiem pojęć, który można by spróbować w prosty sposób przełożyć na zakres zjawisk znanych historykowi medycyny. Należy do nich bez wątpienia podział teoretycznej medycyny na poszczególne nurty interpretacyjne, opisywany już w historiografii wywodzącej się z XIX stulecia. Koncepcja Lakatosa pozwala także na analizę zjawisk długotrwałych w dziejach medycyny, do których należy bez wątpienia proces modernizacji. Pozwala podjąć próbę interpretacji długotrwałej rywalizacji medycyny scholastycznej z rodzącym się stopniowo programem nowożytnym. Bliższe przyjrzenie się jednak źródłom ukazuje trudności w zastosowaniu powyższej koncepcji w próbach opisu procesu modernizacji medycyny europejskiej. W XVI–XIX w. mieliśmy bowiem do czynienia z rywalizacją programów badawczych – witalistycznego, her-

metrycznego, dynamicznego, empirycznego na bazie sceptycyzmu, mechanistyczno-materialistycznego, pozytywistycznego i in. Pozostawały one w różnym stosunku wobec instytucji dydaktycznych, wobec społeczności naukowych poszczególnych kręgów kulturowych, wobec wpływowych instytucji pozanaukowych oddziałujących w pożądanym dla siebie kierunku na środowisko naukowe. Owe czynniki o charakterze społecznym, nie zaś wyłącznie logicznym, wywierały wpływ na możliwości upowszechniania się danego programu. Wydaje się więc, że w analizie procesu modernizacji medycyny europejskiej należałoby wziąć pod uwagę nie tylko wewnętrzną treść danego programu, wyznaczającą możliwości jego sukcesu w rywalizacji z innymi programami, ale i czynnik o naturze społecznej, a mianowicie historycznie ukształtowane preferencje zaznaczające się w badanych społecznościach naukowych, które wpływają na proces wyboru, akceptacji lub odrzucenia podstaw danego programu. Historia medycyny przynosi nam przykłady tego zjawiska³⁴.

W analizie procesu modernizacji europejskiej medycyny przydatna być może także interpretacja koncepcji, stworzonej przez Kurta Gödla³⁵. Wychodząc w swych badaniach od koncepcji nauki przyjmowanej przez neopozytywizm, Gödel pragnął zbudować całkowicie sformalizowany system matematyczny, koherentny i ściśle ograniczony. Usiłowania te doprowadziły go do wniosków sprzecznych z pozytywistycznym modelem nauki. Sformułował dwa prawa, które dały podstawę interpretacjom z zakresu filozofii nauki. Zgodnie z filozoficzną interpretacją twierdzeń Gödla, systemy złożone z wielu niekoherentnych twierdzeń w miarę swego rozbudowywania się zmierzają do coraz większego uporządkowania. Ten rodzaj praktyki może być identyfikowany z Kuhnowskim "rozwiązywaniem łamigłówek", które stanowi dlań podstawę nauki normalnej. Społeczność naukowa bowiem usiłuje raczej, zdaniem Kuhna, usunąć sprzeczności z systemu wyznawanych poglądów, dopracować je, wypełnić luki, postawić nowe pytania oboczne, niż stawiać coraz to nowe otwarte hipotezy. W ten sposób systemy twierdzeń naukowych osiągają z czasem coraz większą spójność i złożoność. Zdaniem

³⁴ O odmienności przebiegu recepcji doktryny F. A. Mesmera i wywodzącej się z niej koncepcji terapii hipnotycznej oraz sugestywnej, w zależności od warunków społeczno-kulturowych por. B. Płonka-Syroka, *Nadzieje lekarzy*, [w:] *Mesmeryzm...*, s. 88–120. O odmienności recepcji doktryny J. Browna w zależności od powyższych uwarunkowań por. B. Płonka-Syroka, *Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych...*, s. 18–28 oraz też: *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku...*, s. 20–23, 65–71 i in.

³⁵ E. Nagel, I. R. Newman, *Twierdzenie Gödla*, Warszawa 1966; C. Gorzka, *Poglądy filozoficzne Kurta Gödla*, "Ruch Filozoficzny" 1986, t. 43, nr 2, s. 160–166.

interpretatorów twierdzeń Gödla, dla każdego takiego systemu twierdzeń o przyrodzie postawić można przynajmniej jedno twierdzenie, którego nie da się włączyć do tego systemu bez złamania zasady jego wewnętrznej spójności. Opiera się ono bowiem na teorii łamiącej wewnętrzną racjonalność systemu. Filozoficzna interpretacja twierdzeń Gödla zaprzecza głoszonej przez pozytywizm możliwości zbudowania wiedzy tworzącej system w pełni sformalizowany i koherentny.

Wychodząc od twierdzeń Gödla można by poszukiwać strukturalnych mechanizmów przemian wewnątrz medycyny, ujmowanej jako system pozostający w stanie nierównowagi i zmienności. Wraz z osiągnięciem przez pewien obszar twierdzeń maksymalnej możliwej spójności wyczerpuje się jego zdolność dokonywania innowacji i włączania twierdzeń dalszych do już sformalizowanego systemu. Koncepcja ta wyjaśniać może długotrwały przebieg kryzysu medycyny scholastycznej, gdyż od sformułowania wczesnych krytyk, od postrzegania anomalii, do uznania ich charakteru jako zdarzeń istotnych i wyciągnięcia stąd praktycznych wniosków upłynęły ponad trzy stulecia. W tym okresie dokonywała się z jednej strony formalizacja dotychczasowych założeń teorii humoralnej, znajdująca swój ostateczny wyraz w fizjologii Albrechta Hallera³⁶ i neohipokratyzmie Thomasa Sydenhama³⁷, z drugiej tworzone były teorie alternatywne, obudowane wokół programów konkurencyjnych (mechanicyzm, hermetyzm). Formalizacja humoralizmu ujawniła jego ograniczenia i stała się podstawą podejmowanych w XVII, XVIII i w pierwszej połowie XIX stulecia prób jego zastąpienia inną teorią lub oparcia medycyny na podstawie eklektycznej³⁸. Interpretacja twierdzeń Gödla ukazuje także proces modernizacji medycyny europejskiej jako swoście zdeterminowany. Wszelkie próby re-

³⁶ Por. A. Bednarczyk, *Spory wokół ogólnych poglądów teoretycznych Albrechta von Hallera – w dwusetną rocznicę śmierci*, "Kwartalnik Historii Nauki i Techniki" 1978, R. 23, nr 3-4, s. 603-635. Por. też H. Balmer, *Albrecht von Haller*, Bern 1977.

³⁷ Por. H. Brinkmann, *Thomas Sydenham (1624-1689). Die Einflüsse d. Hippokratismus auf seine Medizin*, Wuppertal 1970; D. Hesse, *Thomas Sydenham (1624-1689) als Empiriker. Die Beziehung zwischen Sydenham und d. hellenistischen Empirikerschule*, Wuppertal 1970. Zestawienie obu tych prac ukazuje korzenie nowożytnego eklektyzmu w medycynie teoretycznej i praktycznej, która zerpała impulsy modernizacyjne z różnych teorii, o odmiennych podstawach.

³⁸ O eklektyzmie w medycynie przełomu XVIII i XIX wieku por. V. Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, "Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften" 1993, z. 66, s. 152-156. Typowym przedstawicielem eklektyzmu w medycynie tej epoki był Ch. W. Hufeland (por. W. Brednow, *Christoph Wilhelm Hufeland, Arzt und Erzieher im Lichte der Aufklärung*, Berlin 1964). O tendencjach eklektycznych w medycynie polskiej 1 poł. XIX w. por. B. Płonka-Syrocka, *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku...*, s. 82, 96 i in.

stauracji teorii medycznych, stworzonych wcześniej niż doszło do wytworzenia się sformalizowanego systemu medycyny scholastycznej, okazują się w tym ujęciu skazane na niepowodzenie. Teorie te, o starożytnym rodowodzie, osiągnawszy niegdyś maksymalną możliwą spójność (jak metodyzm, inspirujący doktryny dynamiczne) lub doprowadzone do postaci sformalizowanej już w czasach nowożytnych (jak humoralizm czy hermetryzm) okazują się bowiem odporne na możliwości wchłonięcia do swej struktury elementów doświadczenia, wytworzonych w epoce nowożytnej. Ustępują tym samym teoriom nowym, zdolnym objąć szerszy zakres elementów doświadczenia, w tym elementów uznawanych za istotne dla konkretnych historycznych społeczności lekarskich. Koncepcja Gödla może być przydatna dla zrozumienia genezy zjawiska, które wystąpiło w medycynie europejskiej w latach 1830–1850, jakim był nihilizm terapeutyczny³⁹, i jako postawa, i jako praktyka. Świadomość całkowitego wyczerpania się zdolności interpretacyjnych właściwych dotychczasowym teoriom i doktrynom medycznym, jaka cechowała to pokolenie badaczy, skłaniając ich do zarzucenia wszystkich dawnych metod i koncepcji, umożliwiła sformułowanie podstaw nowego programu dla medycyny.

Kolejną z propozycji metodologicznych, możliwych do zastosowania w badaniach procesu przemian europejskiej medycyny pomiędzy XVI a XIX wiekiem jest koncepcja ideałów nauki sformułowana przez Stefana Amsterdamskiego⁴⁰. Nawiązuje ona do pojęć wprowadzonych przez T. S. Kuhna, szczególnie do pojęcia paradygmatu w najszerszym z przyznawanych mu znaczeń, które Amsterdamski proponuje zastąpić pojęciem ideału nauki. Ideał nauki Amsterdamski definiuje jako zespół najszerzej pojmowanych wyobrażeń, dotyczących wiedzy, jej struktury ogólnej i jej treści. Wewnątrz ideału nauki mieszczą się wszelkie możliwe hipotezy, z których krystalizują się z czasem teorie uznawane w społeczności danej epoki za naukowe. Wszelka wiedza tworzona jest zatem, wg Amsterdamskiego, wewnątrz uznawanego w danej społeczności w danym czasie ideału nauki. Zakreśla on bowiem granice tego, co

³⁹ Z obszernej literatury na ten temat por. H. Buess, *Zur Frage des therapeutische Nihilismus im 19. Jahrhundert*, "Schweizer Medizinische Wochenschrift" 1957, nr 14, s. 1–444, Beiheft; I. Eckle, *Thomas Sydenham (1624–1689) und seine Krankheitslehre; seine Rezeption durch Böerhaave in Leiden und dessen Schüler in d. Ersten Wiener Schule*, Berlin 1988. C. Wiesemann, *Josef Dietsch und der therapeutische Nihilismus: zum historischen und politischen Hintergrund einer medizinischen These*, Frankfurt am Main 1991.

⁴⁰ S. Amsterdamski, *Między historią a metodą. Spory o racjonalność nauki*, Warszawa 1983.

racjonalne. Ideał nauki ma charakter społeczny. Uczni świadomie do niego nawiązują. Ich sposób myślenia o nauce jest bowiem przez ten ideał swoiście określany. Amsterdamski podkreśla, że różne grupy i społeczności wytwarzały odmienne struktury, za pomocą których dokonywały opisu dostępnego im doświadczenia. To, co w jednej społeczności wyznaczało priorytety badawcze, w innej plasowało się wewnątrz obszarów zakazanych dla naukowej eksploracji. Ideały nauki współwystępujące w danym okresie historycznym mogą posiadać różnorodny zakres wpływów. Jedne cieszą się szerokim uznaniem, mają dostęp do instytucji naukowych i dydaktycznych wyznaczających normy i standardy, kształtują świadomość potoczną szerokich kręgów społeczeństwa także poza społecznością naukową. Inne plasują się na marginesie zainteresowań społecznych. Znajdują uznanie wąskich kręgów społeczności naukowej, czasem kręgów pozbawionych wpływów opiniotwórczych. Rzeczywiste dzieje nauki stanowią, wg Amsterdamskiego, realizację pewnego ciągu społecznie akceptowanych ideałów nauki⁴¹. Społeczno-kulturowe zakorzenienie nauki przejawia się w tej koncepcji w tym, iż ideał nauki obejmuje zarazem zespół uznawanych w danym czasie poglądów na cele działalności naukowej, na ogólny etos nauki i dopiero później na jej metody.

Ideał nauki jest więc konstrukcją szerszą niż poszczególne dyscypliny badawcze, które rozwijają się wewnątrz określonych przezeń ram teoretycznych. Paradygmatycznie zorientowana działalność badawcza tych dyscyplin uchodzi w danym okresie historycznym za naukową wówczas, gdy jej paradygmat jest uznawany za zgodny z ideałem nauki. Wewnątrz jednego ideału nauki mogą, zdaniem Amsterdamskiego, współistnieć i konkurować teorie nawiązujące do różnych ideałów nauki. W związku z tym, zmiana paradygmatu wewnątrz dyscypliny może być związana zarówno ze zmianą ideału nauki, jak i dokonywać się wewnątrz jednego ideału nauki. Pozwala to na porzucenie dyrektywy poszukiwania rewolucji naukowej w rozumieniu Kuhnowskim i uznanie, że wymiana teorii normatywnych w nauce dokonywać się może w dłuższym okresie czasu. Amsterdamski podkreśla, że właśnie ideał nauki stanowić może *consensus omnium*, w którego ramach możliwa jest racjonalna dyskusja przy zmianie paradygmatów wewnątrz danej dziedziny nauki.

Koncepcja ideałów nauki traktuje wiedzę jako zjawisko uwarunkowane kulturowo. Wybór przez społeczność naukową dane-

⁴¹ *ibidem*, s. 23.

go ideału nauki jest bowiem zawsze uwarunkowany przez wartości i wzory kultury żywe w danej epoce, posiadające swoje głębsze zakorzenie wobec takich systemów odniesień, jak świadomość religijna, struktura społeczna, ustrój polityczny. Tworzona wewnątrz ideału nauki wiedza odpowiada na wyrażane przez społeczność naukową potrzeby, będące odbiciem świadomości szerszych kręgów społecznych. Rekonstruując konkretne teorie naukowe, możemy odtworzyć ideał nauki, do którego nawiązują. Pozwala to historykowi nauki na badanie procesu genezy i recepcji teorii naukowych w konkretnych społecznościach. Według Amsterdamskiego, ideały nauki spełniają w rzeczywistej działalności poznawczej konkretną rolę:

1) wyznaczają potencjalne granice zjawiska zwanego nauką, to jest określają, jaka wiedza może być do zakresu nauki zaliczana, jakie problemy do niej należą, jak mogą być rozstrzygane metodami uznawanymi za naukowe⁴²;

2) stanowią filtr, który powoduje, że jedne problemy badawcze – spośród możliwych do podjęcia w danej epoce – zostają uznane za godne badania, ważne, interesujące, natomiast inne zostają sklasyfikowane jako marginalne, nienaukowe itp.⁴³;

3) implikują określony etos naukowy i wiążą się z wewnętrzną organizacją społeczności naukowych⁴⁴.

Proces modernizacji medycyny europejskiej opisywany przez historyka medycyny w kategoriach pojęciowych zaproponowanych przez Amsterdamskiego, przybrałby postać procesu ewolucyjnego, zbliżonego w swej naturze do intuicji prezentowanych w historiografii o ukierunkowaniu społeczno-kulturowym. Poszukiwany przez Amsterdamskiego *consensus omnium*, który zapewnić miała konstrukcja ideału nauki, byłby w tym sensie zbieżny z pojęciem umysłowości epoki występującym w historiografii tego nurtu. Historyk medycyny może jednak zastosować proponowaną przez Amsterdamskiego konstrukcję w inny sposób, bardziej dostosowany do rzeczywistej materii źródeł, z którą obcuje. Narzuca mu ona spostrzeżenie, że ideały nauki nie następowały kolejno po sobie zawłaszczając całą przestrzeń intelektualną i społeczną, lecz współistniały ze sobą w ciągu stuleci w świadomości poszczególnych społeczności krajowych, jak również wewnątrz owych społeczności w różnych mniejszych ugrupowaniach. Średniowieczny ideał nauki długo, bo aż do połowy XVIII wieku, akceptowany był przez powiązaną z wydziałami lekarskimi uni-

⁴² ibidem, s. 32.

⁴³ ibidem, s. 35.

⁴⁴ ibidem, s. 40.

wersytetów społeczność akademicką. W 1 połowie XIX stulecia inspirował powstanie niemieckiej medycyny romantycznej o orientacji antimaterialistycznej, zaś w 2 połowie XIX wieku nadal znajdował uznanie u jej epigonów. Elementy nowożytnego ideału nauki natomiast występowały na niektórych uniwersytetach włoskich już w wieku XV i XVI, w XVII stuleciu upowszechnił się on w środowisku naukowym w Anglii, na przełomie XVII i XVIII stulecia znalazł recepcję w Holandii. W wieku Oświecenia stopniowo przenikał na wydziały lekarskie innych krajów europejskich, by w 1 połowie wieku XIX (poza Niemcami) zyskać tam już dominującą pozycję. Uzyskany obraz procesu modernizacji różniłby się, jak widać, znacznie od perspektywy tego procesu, wykreślonej przez omówioną wyżej historiografię medycyny, operującą wizją kolejnych epok w historii kultury i powiązanych z nimi okresów w dziejach medycyny.

Na podstawie pracy samego Amsterdamskiego, jak również literatury poświęconej historii nauki⁴⁵, można pokusić się o dokonanie rekonstrukcji ideałów nauki, zaznaczających swoje wpły-

⁴⁵ Literatura podstawowa, która posłużyła mi do rekonstrukcji założeń poszczególnych ideałów nauki:

J. D. Bernal, *Nauka o dziejach*, Warszawa 1957; A. R. Hall, *Rewolucja naukowa 1500-1800. Kształtowanie się nowożytnej postawy naukowej*, Warszawa 1960; A. C. Crombie, *Nauka średniowieczna i początki nauki nowożytnej*, Warszawa 1960, t. 1-2; M. Uklejska, *Zarys rozwoju nauki i jej organizacji*, Warszawa 1963, t. 1-2; H. Butterfield, *Rodowód współczesnej nauki 1300-1800*, Warszawa 1963; W. Krajewski (red.), *Pojęcie prawa nauki w XIX wieku. Zbiór rozpraw*, Warszawa 1967; N. M. Wildiers, *Obraz świata a teologia*, Warszawa 1985; J. Norwood, *Fizyka współczesna*, Warszawa 1982, s. 15-26; H. Hadryś, *Trzy mechaniki. Od Arystotelesa do Einsteina*, "Studia Filozoficzne" 1988, nr 8, s. 3-23; R. Hooykaas, *Religia i powstanie nowożytnej nauki*, Warszawa 1975; M. Heller, J. Życiński, *Wszechświat - maszyna czy myśl? Filozofia mechanistyczna; powstanie, rozwój, upadek*, Warszawa 1988; W. Eamon, *Od tajemnic przyrody do wiedzy potocznej: początki pojęcia otwartości w nauce*, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1987, t. 23, z. 2, s. 245-265; J. Sawicki, *Kryzys mechanicyzmu w naukach biologicznych a narodziny neoscholastyki*, "Człowiek i Światopogląd" 1987, nr 12, s. 27-40; K. Lastowski, *Rozwój teorii ewolucji. Studium metodologiczne*, Poznań 1987, I. S. Fiut, *W poszukiwaniu współczesnego ideału nauki*, "Studia Filozoficzne" 1988, nr 12, s. 69-76; I. B. Cohen, *Puritanism and the Rise of Modern Science: The Merton Thesis*, New Brunswick 1990; H. O. Taylor, *Medieval mind*, London 1938, t. 1-2; H. D. Weber, *Vom Wandel des neuzeitlichen Naturbegriffs*, Konstanz 1989; J. Bronowski, *The New Scientific Thought and its Impact*, [w:] *History of Mankind. Cultural and Scientific Development*, London 1966, t. 1, cz. 1; s. 121-165.

ŚREDNIOWIECZNY IDEAŁ NAUKI W MEDYCYNIE (wybór literatury): D. Belgum (red.), *Religion and Medicine. Essays on meaning, values and health*, Iowa 1967; H. Biedermann, *Medicina magica: metaphysische Heilmethoden in spätantiken und mittelalterlichen Handschriften*, Graz 1983; P. Diepgen, *Über den Einfluss des autoritativen Theologie auf die Medizin des Mittelalters*, Wiesbaden 1958; A. Funkenstein, *Theology and the Scientific Imagination from the Middle Ages to the Seventeenth Century*, Princeton 1986; K. Goldamer, *Naturphilosophie und Theologie der Heilung und der Heilmittel bei Paracelsus. Der Begriff der*

wy w procesie modernizacji europejskiej medycyny nowożytnej (XVI–XIX wiek) (Tabele 1–3).

Poniżej zarysowane struktury myślowe wykazują ewolucję w charakterystycznym kierunku, od pojęcia wiedzy uwarunkowanej pozapodmiotowo i niedyskursywnie (Średniowieczny ideał nauki), poprzez pojęcie dyskursywnej wiedzy obiektywnej wytwarzanej przez poszczególne wolne podmioty poznające (Nowożytny ideał nauki), aż po koncepcję wiedzy zapośredniczonej przez podmiot i jego myślową strukturę, wartości i wzory kultury oraz techniczne wyposażenie (Współczesny ideał nauki). W każdej z kolejnych epok obserwujemy zmiany zakresu pojęcia zwanego nauką, dokonujące się przez redukcję lub całkowitą eliminację pewnych elementów z podanego wyżej zakresu i stopniowy rozwój innych pojęć, nabierających coraz to większej precyzji. Z pewnością mamy tu do czynienia ze strukturami myślowymi możliwymi do wyodrębnienia w procesie analizy historycznej rzeczywistości nauki. Dyskusyjny dla historyka medycyny pozostaje natomiast status ontologiczny ideałów nauki jako struktur w pełni świadomie odbieranych przez lekarzy, twórców teorii i doktryn medycznych. Jak się wydaje, właściwszym dla historyka medycyny byłoby tu podejście bardziej umiarkowane, plasujące wprawdzie poszczególne teorie i doktryny medyczne wewnątrz wyodrębnio-

"arcanum" und andere Begriffe der philosophischen und religiösen Medizin, [w:] K. Goldammer, *Der Göttliche Magier und die Magierin Natur. Religion, Naturmagie und die Anfänge der Naturwissenschaften vom Spätmittelalter bis zur Renaissance. Mit Beiträgen zum Magieverständnis des Paracelsus*, s. 75–96; P.-G. Ottosson, *Scholastic medicine and philosophy: a study of commentaries on Galen's Tegni (ca. 1300–1450)*, Napoli 1984; J.-E. Pleines, (red.), *Zum teleologischen Argument in der Philosophie: Aristoteles, Kant, Hegel*, Würzburg 1991; H. Schipperges, *Der Garten der Gesundheit: Medizin im Mittelalter*, München-Zürich 1985.

NOWOŻYTNY IDEAŁ NAUKI W MEDYCYNIE (wybór literatury) Ch. Barthel, *Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung: Aspekte des öffentlichen Gesundheitskurses im 19. Jahrhundert*, Frankfurt am Main 1989; H. G. Buchholz, *Die Medizintheorie Claude Bernards: ihr philosophischer und wissenschaftlicher Hintergrund*, 1985; A. Cunningham, *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, Cambridge 1990; Th. Fuchs, *Harvey und Descartes – der vitale und mechanistische Aspekt des Kreislaufs*, München 1990; B. L. Gordon, *Medieval and Renaissance Medicine*, London 1959; J. M. D. Olmsted, E. Harris-Olmsted, *Claude Bernard and the Experimental Method in Medicine*, New York 1938; W. Pagel, *William Harvey's Biological Ideas. Selected Aspects and Historical Background*, Basel – New York 1967; *The Reaction to Medicine and History*, Oxford 1953; Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett. Hermann Böhraave und die altere Wiener medizinische Schule*, t. 1, (1701–1787), Wiesbaden 1973; H. Schipperges, H. Pfeil, *Das menschliche Leib aus medizinischer und philosophischer Sicht*, 1984; N. Tsouyopoulos, *Der Einfluss des Neoplatonismus auf die Wissenschaft der Renaissance*, "Sudhoffs Archiv" 1976, t. 60, z. 1, s. 33–44.

WSPÓŁCZESNY IDEAŁ NAUKI nie znalazł jeszcze w pełni odbicia w medycynie, choć przyczynia się do formułowania postulatów krytycznych wobec jej standardu opartego na ideałach nowożytnym.

Tabela I

Średniowieczny ideał nauki

<p>nauka jest sposobem poznawania świata podporządkowanym religii i objawieniu; treść teorii naukowych winna być uzgadniana wobec twierdzeń o świecie opartych na dogmatyce religijnej</p>
<p>porządek natury jest dostępny umysłowi ludzkiemu w sposób ograniczony; w tych aspektach, w których świat jest poznawalny, podlega osądowi doświadczenia potocznego i zdrowego rozsądku</p>
<p>poznanie naukowe dociera do prawdy w sposób ograniczony co do zakresu; prawda, która jest dostępna człowiekowi ma charakter obiektywny; pewność ludzkiej wiedzy w zakresie dla niej wyznaczonym gwarantuje pewność Objawienia; prawda jest adekwatnością rzeczy i sądu o niej; poznanie ma charakter ostateczny, gdyż dociera do prawdy o rzeczach, która jest stała i niezmienna</p>
<p>przyroda jest jednością ze względu na akt stworzenia i miejsce w planie Bożym; świat jest uporządkowany celowo i hierarchicznie, każdy byt zajmuje wyznaczone mu w sposób preustanowiony miejsce</p>
<p>natura ma charakter celowo ustanowionej harmonijnej całości; podstawową metodą naukową jest teleologia, poszukiwanie celowych powiązań danego zjawiska (bytu) w strukturze zjawisk</p>
<p>zjawiska przyrodnicze występują w sposób zdeterminowany przez akt Boskiej kreacji; ich przebieg może być odkształcony w sposób supranaturalistyczny (cud)</p>
<p>nauka obejmuje badanie przedmiotów widzialnych, dostępnych bezpośrednio zmysłom oraz traktuje o bytach poznawanych pozaempirycznie i na sposób niedyskursywny (np. przez objawienie, <i>visio intellectualis</i>)</p>
<p>badanie naukowe powinno mieć charakter jakościowy; jego celem jest opis zjawisk i poszukiwanie ich związków celowych z innymi zjawiskami</p>
<p>metodą naukową jest dedukcja poszczególnych twierdzeń z prawd uznawanych za niepodważalne i nie wymagające dowodu</p>
<p>wyjaśnianie naukowe polega na sprowadzaniu tego, co nieznanne, do tego, co dane w bezpośrednim doświadczeniu</p>
<p>w wyjaśnianiu naukowym należy posługiwać się kategoriami przyczyn materialnych, formalnych, sprawczych i celowych</p>

Tabela II

Nowożytny ideał nauki

nauka jest jedynym sposobem obiektywnego, prawomocnego poznawania świata bytów fizycznych; orzekanie o nich winno być wolne od wątków religijnych i kulturowych
porządek natury jest dostępny człowiekowi, który poznaje świat eksperymentalnie, tj. przez stawianie pytań naturze; nauka poszukuje ukrytych mechanizmów zjawisk, niedostępnych doświadczeniu potocznemu; celem badań jest poznanie świata dla podporządkowania go potrzebom człowieka
poznanie naukowe odtwarza rzeczywisty porządek natury; pewność ludzkiej wiedzy gwarantuje jej wywodzenie z doświadczenia, które dociera do ładu naturalnego o stałych właściwościach; poznanie naukowe ma charakter pewny i ostateczny, o ile opiera się na właściwej metodzie; prawda jest adekwatnością rzeczy i sądu o niej
przyroda jest pojmowana jako jedność, podlegająca powszechnie obowiązującym prawom o charakterze obiektywnym; zbudowana jest z jednego tworzywa; miejsce każdego bytu w ogólnej strukturze zjawisk jest wyznaczone przez prawa przyrody
natura ma charakter harmonijny; zdeterminowanie jej przez prawa uprawnia do poszukiwania miejsca danego bytu w szeregu <i>przyczyna – skutek</i> ; metodą naukową jest kauzalizm, połączony z krytyką teleologii uznawanej za przejaw antropomorficznej interpretacji przyrody zjawiska przyrodnicze zachodzą w sposób określony przez prawa; ich przebieg może być odkształcony przez zmianę warunków zachodzenia
nauka obejmuje badanie bytów widzialnych i obserwowalnych za pomocą aparatury badawczej; orzekanie naukowe o bytach niewidzialnych i intersubiektywnie nieobserwowalnych usunięte z zakresu nauki
badanie naukowe winno mieć charakter ilościowy, obiektywny, powtarzalny i porównywalny; wyniki powinny być ujmowane w języku pojęć matematycznych;
metodą naukową jest indukcja; na podstawie prostych elementów podstawowych układa się teorie, którym przysługiwać ma walor ogólności; teorie są weryfikowane eksperymentalnie
wyjaśnianie naukowe polega na sprowadzaniu danych doświadczenia potocznego do uzyskanych na sposób eksperymentalny danych na temat ukrytej struktury zjawisk
w wyjaśnianiu naukowym należy posługiwać się pojęciami przyczyn materialnych i formalnych; pojęcia przyczyn sprawczych i celowych usunięte z zakresu nauki, wraz z teleologią

Tabela III

Współczesny ideał nauki

nauka jest sposobem poznania bytów fizycznych, subiektywnie racjonalnym, zrelatywizowanym wobec wartości i wzorów kultury i wobec podmiotu poznającego
nauka bada porządek natury o charakterze rzeczywistości pozapodmiotowej, który jest źródłem sądów powziętych na podstawie eksperymentów – przy założeniu, iż każdy eksperyment ingeruje w rzeczywistą strukturę zjawisk; celem nauki jest tworzenie coraz doskonalszych teorii, umożliwiających człowiekowi rozumne korzystanie z zasobów środowiska naturalnego
poznanie naukowe ma charakter względny; podmiot poznający nie dociera do rzeczywistej struktury zjawisk, ale tworzy na ich temat hipotezy, wypierane przez doskonalsze przybliżenia ładu naturalnego; o wartości hipotez orzeka się na podstawie ich zgodności z doświadczeniem (przy uwzględnieniu zasady nieoznaczoności), ich zgodności z innymi hipotezami (kryterium koherencji), ich użyteczności (kryterium pragmatyczne), mocy eksplanacyjnej i możliwego zakresu eksploracji przy ich stosowaniu
przyroda jest pojmowana jako podlegająca przemianom ewolucyjnym, jednostajna i niezdeterminowana; obecny jej stan jest realizacją jednej z możliwych wersji zdarzeń
natura ma charakter harmonijny i jednostajny; poznanie naukowe zmierza do jej zobiektywizowanego opisu, przy zachowaniu świadomości, iż akt poznania nie jest w stanie uchwycić wszystkich możliwych zależności, zaś wydzielając jakiś fragment ładu naturalnego w celach poznawczych badacz jednocześnie ingeruje w jego rzeczywistą strukturę, tak za pomocą pojęć, jak i aparatury zjawiska przyrodnicze nie zachodzą w sposób jednoznacznie zdeterminowany; zachodzi jedna z możliwych wersji ich przebiegu
nauka obejmuje badanie bytów widzialnych, obserwowalnych i uznawanych za istniejące, tj. stwierdzalne w wyniku eksperymentów, mimo że nie poddają się obserwacji
badanie naukowe ma charakter ilościowy, powtarzalny, porównywalny, zmierzający do maksymalnego możliwego zobiektywizowania; wyniki ujmowane są w języku matematyki
metodą naukową jest eksperyment, rzeczywisty i myślowy, którego wyniki można zmatematyzować; dostarcza wiedzy o charakterze hipotezy, przy założeniu aktywnej roli podmiotu poznającego w tworzeniu sądów i sterowaniu aparaturą, której użycie odkształca realny przebieg zjawisk w pewnych granicach
wyjaśnianie naukowe polega na tworzeniu kolejnych hipotez i ich weryfikacji (falsyfikacji) na drodze eksperymentalnej
w wyjaśnianiu naukowym należy odrzucić pojęcie przyczyn na rzecz poszukiwania "warunków brzegowych" zachodzenia zjawisk, ich stosunku współistnienia z innymi zjawiskami, uwarunkowań zmienności itp.

nych ideałów nauki, lecz z zachowaniem świadomości, iż mamy tu do czynienia raczej z zabiegiem interpretacji źródeł historycznych, idącej w określonym kierunku, niż całkowicie świadomym nawiązaniem przez twórców teorii i doktryn medycznych do wyraźnie odgraniczonych, sformalizowanych koncepcji o charakterze ponadteoretycznym (w znaczeniu – wykraczającym swoją ogólnością ponad poziom teorii medycznych), mających charakteryzować poszczególne epoki (średniowieczne, czasy nowożytne i współczesne). Za tego typu sposobem wykorzystania koncepcji ideałów nauki dla potrzeb analizy procesu modernizacji europejskiej medycyny nowożytnej przemawia także nieostrość wielu teorii i doktryn medycznych w zakresie ich granic, to znaczy nawiązywania przez nie w wewnętrznej szacie pojęciowej do elementów obecnych np. w Średniowieczny Nowożytnym ideale nauki równocześnie. Powyżej przyjęta interpretacja statusu ideałów nauki nie oznacza, iżby w świadomości twórców teorii i doktryn medycznych nie były obecne pewne zakorzenione myślowe struktury, nadające ich poszukiwaniom pewne ukierunkowanie. Struktury takie możliwe są do odtworzenia przez historyka medycyny, pozwalając na śledzenie procesu eliminacji pewnych koncepcji i zastępowania ich przez bardziej adekwatnie spełniające zapotrzebowania danej społeczności medycznej w zakresie dostarczenia podstaw teoriom, umożliwiającym poszerzenie możliwości praktyki lekarskiej i nadanie jej większej skuteczności.

Rekapitułując możliwości prowadzenia analizy procesu modernizacji europejskiej medycyny za pomocą kategorii zaczerpniętych z powyżej omówionych koncepcji metodologicznych, ułożyć możemy pewien zestaw pytań badawczych, inspirujących poszukiwania historyka medycyny. Może on badać historyczne teorie i doktryny medyczne (jak humoralizm, hermetyzm czy dynamizm i konkretne doktryny na ich podstawie zbudowane, jak np. hipokratyzm, paracelsyzm, brownizm) odnosząc właściwy im standard racjonalności do dzisiejszego poziomu wiedzy. Może poszukiwać ciągów rozwojowych teorii prowadzących do współczesnego standardu wiedzy, postrzeganego jako racjonalny, obiektywny i efektywny. Może badać wewnętrzną strukturę teorii i doktryn medycznych, poszukując odniesień obecnych w nich pojęć do światopoglądu epoki, w której powstały i w której znalazły swą recepcję. Historyk medycyny może także badać różnice między tak zwanym środowiskiem pojęciowym a środowiskiem postrzeżeń⁴⁶ twórców teorii i doktryn medycznych należących w

⁴⁶ Por. przypis 25. Różnice te widoczne są szczególnie w okresach kryzysowych w medycynie, kiedy teoria uznawana za standardową poddawana zostaje w wątpliwość. Różne kręgi społeczności naukowej, postrzegając dotychczasową teorię

jednej epoce do odmiennych kręgów interpretacyjnych, uwarunkowanych kulturowo (krąg katolicki, anglikański, luterkański). Badania idące w tym kierunku mogą okazać się szczególnie pożyteczne w procesie analizy strukturalnego kryzysu medycyny europejskiej XVI–XVIII stulecia i odmiennych dróg i metod jego przezwyciężania podejmowanych przez różne społeczności krajowe. Przedmiotem uwagi historia medycyny może być także odtworzenie miejsca nauki (w tym medycyny) w świadomości i światopoglądzie badanej społeczności. Poddać on może analizie wartości obecne w tym światopoglądzie, określające częstokroć niewypowiedziane założenia obecne w badanych teoriach i doktrynach medycznych. Historyk medycyny może także śledzić uwarunkowania społeczno-kulturowe stawiania sobie przez badaczy danej epoki pewnych pytań badawczych, a pomijania innych, możliwych już do zadania w oparciu o dostępną w tej epoce wiedzę. Badać także może społeczno-kulturowe zakorzenienie pojęć naukowych, zmienność tego, co uzyskuje status wiedzy normatywnej ("prawdziwej"), uwarunkowania usuwania niektórych teorii i doktryn poza obszar wiedzy uznawanej w danej epoce za racjonalną.

Zaproponować można w rezultacie pewien program badań procesu modernizacji medycyny europejskiej między XVI a XIX wiekiem, obejmujący badanie tworzonych w społeczności naukowych tej epoki teorii i doktryn medycznych w ich kontekście. Opiera się on na koncepcji społeczno-kulturowego zakorzenienia pojęć naukowych z zakresu przyrodoznawstwa. Program przybiera postać próby hierarchicznej rekonstrukcji całościowej wizji świata obecnej w świadomości danej społeczności naukowej, w jej zakresie, który uznajemy za istotny dla odtworzenia dziejów myśli medycznej. Rekonstrukcja ta obejmuje następujące poziomy:

- 1) odtworzenie przekonań na temat kosmosu i porządku naturalnego, które są podłożem wszystkich teorii uznawanych w danej społeczności za racjonalne;

- 2) odtworzenie koncepcji filozoficznych, przedstawiających interpretację rzeczywistości w danym okresie uznawaną za naturalną;

normatywną (np. galenizm w XVI w., hipokratyzm w XVIII–XIX w.) jako nieadekwatną wobec postrzeganego stanu rzeczy, próbują ją zmodernizować wprowadzając do niej zróżnicowane elementy lub zastąpić nowo utworzoną teorią. Środowisko postrzeżenia społeczności lekarskiej Europy XVI–XIX wieku składało się w zasadzie z tych samych elementów doświadczenia, natomiast środowisko pojęciowe wykazywało daleko idące zróżnicowanie. Świadomość pewnego stanu rzeczy w zakresie teorii (zasób faktów) i praktyki medycznej (ocena skuteczności terapii) nie narzucała społecznościom naukowym różnych krajów sposobów rozwiązania kryzysu medycyny akademickiej. Podejmowane próby jego rozwiązania bywały natomiast ukierunkowywane przez teorie, uznawane w danej społeczności za niewątpliwe i wiarygodne oraz pytania badawcze uznawane za racjonalne.

3) odtworzenie teorii i doktryn nauk szczegółowych, w tym medycyny, przy ukazaniu ich podwójnego zakorzenienia – w stosunku do przekonań dotyczących naturalnego porządku rzeczy oraz wobec teorii filozoficznych na temat owego porządku.

Obraz świata wytwarzany przez różne, współczesne sobie, społeczności medyczne może być zatem odmienny, w zależności od przyjmowanych odpowiedzi na pytania z wyżej prezentowanego zakresu.

Z prezentowanej wyżej koncepcji wyłania się obraz medycyny jako nauki powodowanej swoistą dynamiką wewnętrzną. Gdy dany system twierdzeń (teoria lub doktryna medyczna) osiąga pewien stopień spójności, przyznany mu może zostać w społeczności naukowej status systemu normatywnego, akceptowanego społecznie, wykorzystywanego w dydaktyce. W miarę swojego rozwoju, dojrzewania, system ten osiąga taki rodzaj spójności, że będąca jego podstawą teoria obejmuje prawie powszechny zakres dostępnych percepcji społeczności lekarskiej zjawisk, zaś obudowane wokół niej doktryny uzyskują znaczny stopień sprawności operacyjnej. W tym momencie pojawić się może odkrycie, twierdzenie lub zespół twierdzeń posiadające niekwestionowany status ontologiczny, tj. uznawane przez społeczność naukową za istniejące, niewątpliwe, racjonalne, użyteczne itp. Nie da się go jednak włączyć do obowiązującego systemu. Jest to etap Kuhnowskiego postrzegania anomalii. Świadomość koherencji danego systemu implikuje więc świadomość anomalii. Kuhnowskie "rozwiązywanie łamigłówek" zostaje na tym etapie zakończone, pozostawiając pewne ważne elementy doświadczenia i teorie poza strukturą wiedzy normatywnej danej społeczności. Wyraźne postrzeganie anomalii oznacza rozpoczęcie w danej społeczności zjawiska określanego mianem sytuacji kryzysowej. Poszczególne kręgi społeczności naukowej zachowują się wobec anomalii w sposób zróżnicowany. Ugrupowania związane z nauką akademicką poszukują najczęściej rozwiązań modyfikujących dotąd obowiązującą teorię normatywną lub usiłują ją zastąpić teorią zbliżoną. Ugrupowania luźno związane z nauką akademicką częściej zwracają się ku teoriom dawniej już sformułowanym, nie są bowiem zainteresowane utrzymaniem statusu teorii obowiązującej jako teorii dydaktyczno-normatywnej. Z powyższych kręgów wywodzą się także najczęściej autorzy śmiałych projektów odnowy teoretycznej, którzy nie są zmuszeni od razu ich wprowadzać w życie i nie mają zresztą takich praktycznych możliwości. Przyjmując punkt widzenia Gödla, usiłowania zwolenników wszystkich teorii, które zyskały w przeszłości status

teorii normatywnej, skazane są na niepowodzenie ze względów strukturalnych. System twierdzeń opisujących ład naturalny przy osiągnięciu stanu spójności wyczerpuje bowiem swą dalszą moc eksplanacyjną i eksploracyjną i musi być zastąpiony systemem nowym, stworzonym przez społeczność naukową wokół innego programu badawczego, zdolnego włączyć postrzegane teraz anomalie uznawane za istotne w owej społeczności.

Przedstawione powyżej koncepcje teoretycznej interpretacji procesu modernizacji medycyny europejskiej nie wyczerpują możliwości prowadzenia badań modelowych w tym kierunku. Co więcej, wskazują na pewne obszary wymagające dokładniejszego sprecyzowania, pozostawione przez autorów omawianych koncepcji inwencji innych badaczy. Niezwykle płodna w inspiracje koncepcja Ludwika Flecka może nadawać kształt ogólny dalszym poszukiwaniom, dzięki sprecyzowaniu przez tego autora własnego modelu medycyny i wyznaczeniu podstawowych kierunków badania jej dziejów. Koncepcja T. S. Kuhna, występująca we współczesnej historiografii medycyny w roli koncepcji klasycznej⁴⁷ także pozostawia pewne pytania bez odpowiedzi, co winno skłaniać kolejnych badaczy do ich podejmowania. Użytecznych inspiracji dostarczyć mogą także koncepcje Lakatosa i Amsterdamskiego. Jest to punkt wyjścia dla współczesnych historyków medycyny, którzy przyjmując za podstawę model Flecka – Kuhna mogliby się pokusić – na podstawie analizy źródeł – o własne ujęcie procesu modernizacji. Moje propozycje w tym zakresie pozwoliłam sobie zaproponować w druku⁴⁸.

⁴⁷ W zachodniej historiografii medycyny lat 70-tych i później uznanie zyskało Kuhnowskie pojęcie rewolucji naukowej, które bywa często przywoływane dla określenia procesu przemian, jakie się dokonały w medycynie okresu nowożytnego. Ze względu na długotrwałość tego procesu trudno uznać go jednak za proces rewolucyjny, aczkolwiek zachodzące ówczesnie zmiany miały w istocie zasadniczy charakter i doprowadziły do całkowitego zastąpienia pewnego zespołu przekonań teoretycznych innym. Pojęcie rewolucji odnosi się więc w tych pracach raczej do zmiany zakresu wiedzy uznawanej w społeczności medycznej za naukową, niż do charakterystyki przebiegu tego procesu.

⁴⁸ Por. B. Płonka-Syroka, *Spoleczno-kulturowy model nauki i nowe metody jego analizy*, "Zagadnienia Naukoznawstwa" 1996, nr 4, s. 509–524; B. Płonka-Syroka, *Problem wyboru teorii przez społeczność naukową na przykładzie nauk medycznych*, "Prace Naukowe WSP w Częstochowie. Filozofia i Socjologia" 1995, t. IV, s. 177–193.

The Problem of Reforms in the European Medicine Between 16th and 19th Century in the Light of Selected Concepts of Methodology of the History of Science

Summary

The article depicts major concepts present in the contemporary historiography of medicine (positivistic and social-cultural trends) and some of the concepts of modern methodology of the history of science, reviewing the possibilities of its use in the analysis of the process of modernizing the European medicine that was implemented between the 16th and the 19th century. The author advocates the social-cultural trend that dominates the contemporary historiography of medicine. She discusses and analyzes the concepts developed by Ludwik Fleck, Samuel Kuhn, Imre Lakatos, Kurt Gödl, Stefan Amsterdamski in respect of their sue to a historian of modern medicine.

Das Problem der Veränderungen in der europäischen Medizin im 16.-19. Jh. angesichts der ausgewählten Konzepte aus dem Bereich von Methodologie der Wissenschaftsgeschichte

Zusammenfassung

Der Artikel stellt die Hauptkonzepte dar, die in der gegenwärtigen Geschichtsschreibung der Medizin (positivistische und gesellschaftlich-kulturelle Strömung) present sind, wie auch manche Konzepte aus dem Bereich der modernen Methodologie von Wissenschaftsgeschichte. Er bespricht die Möglichkeit ihrer Ausnutzung in der Analyse des Modernisierungsprozesses von europäischer Medizin, der sich zwischen dem 16. und dem Ende des 19. Jahrhunderts vollzog. Die Autorin befürwortet die in der gegenwärtigen Geschichtsschreibung der Medizin dominierende gesellschaftlich-kulturelle Strömung. Sie bespricht und analysiert die Konzepte von Ludwik Fleck, Samuel Kuhn, Imre Lakatos, Kurt Gödl, Stefan Amsterdamski im Sinne deren Verwendbarkeit für Historiker der modernen Medizin.