

Sak, Jarosław Jerzy

Kategoria "style myślenia" w badaniu historii idei medycznych

Medycyna Nowożytna 6/2, 5-61

1999

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.



Jarostaw Jerzy Sak

Kategoria „style myślenia” w badaniu historii idei medycznych*

Współczesna refleksja historyczno-medyczna odczuwa brak podstawowych pojęć, które można by uznać za pojęcia naukowe. Występuje niekorzystne zjawisko oderwania historii medycyny od historii nauki i filozofii nauki. Uświadomienie tych niekorzystnych tendencji zmusza do poszukiwań teorii, które mogłyby być użyteczne w interpretacji historii medycyny. Nieliczne głosy domagały się zmian, a spośród nich najwyraźniej zabrzmiały głosy Z. Jastrzębowski i T. Srogosza na łamach „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”¹, wskazujące na potrzebę docenienia i uwzględnienia, we współczesnej refleksji historycznej nad

* Publikujemy artykuł J. J. Saka mając świadomość, że poruszane w nim zagadnienia omawiali już na naszych łamach inni autorzy. Jednakże z uwagi na stale niedostateczną znajomość tych zagadnień w środowisku historyków medycyny, ich wagę oraz inne, miejscami kontrowersyjne ujęcie, wsparte konkretnymi przykładami z historii medycyny, zdecydowaliśmy się oddać artykuł do druku bez skrótów. Pozostawiamy również bez zmian stosowaną przez autora terminologię jako charakterystyczną dla prac tego typu, mimo że, naszym zdaniem, wiele terminów można by bez strat dla treści artykułu spolszczyć. Jednocześnie chcieliśmy tym artykułem zakończyć prezentowanie postulatów Flecka i Kuhna w zastosowaniu do historii nauk medycznych (Redakcja).

¹ Z. Jastrzębowski, T. Srogosz, *Z rozważań nad wykorzystaniem niektórych współczesnych nurtów filozofii nauki w historii medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1990, t. 53, z. 3 s. 67-74.

medycyną, prac historyków i filozofów nauki, m.in.: A. C. Crombiego, H. Butterfielda, D. J. de Sola Price'a oraz T. Kuhna i L. Flecka. Podkreślając doniosłość koncepcji Kuhna i Flecka wspomniani autorzy wyrazili nadzieję, że uwzględnienie tych dokonani pozwoli na uniknięcie „ślizgania się po powierzchni zjawisk” umożliwiając dotarcie do „głębszych warstw procesu historycznego”².

Niedostatki refleksji historycznej są nie tylko właściwością kręgu medycznego, występują one niemal w całej współczesnej myśli historyczno-naukowej. Zwraca na to uwagę B. Skarga konstatując: „Ileż prac już wydano, w których mówi się o życiu i dziele jakiegoś uczonego, o dziejach jednego odkrycia lub teorii, a nawet całej gałęzi nauki, o instytucjach naukowych itp., jak mało z nich próbuje odpowiedzieć na pytanie, dlaczego nauka przyjmowała w danej epoce właśnie taki, a nie inny kształt”³. Ta sama autorka wskazuje jednocześnie na stosunkowo niewielką znajomość w Polsce prac autorów z kręgu filozofii frankofońskiej, „dzięki którym historia nauki wyszła ze swych wąskich metodologicznych opłotków”⁴.

Warto również wspomnieć o dorobku polskiej szkoły filozofii medycyny, której twórcy: T. Chałubiński, Wł. Biegański, L. Fleck, H. Nusbaum czy Z. Kramsztyk, już znacznie wcześniej przeczuwali potrzebę adekwatnych badań historyczno-medycznych. Ten ostatni zaś w następujący sposób podkreślał konieczność prowadzenia takich badań jako warunku zrozumienia istoty nauki: „Nauka jest jako bystro płynąca rzeka. Jej początek, jej źródła są skromne i drobne; płynie ona coraz dalej, łączy się z innymi źródłami, rozszerza się, zakręca, zmienia i coraz jest inna. Zwykłemu uczonemu nauka przedstawia się zawsze nieruchomo – dla historyka jest ona płynącym, rwącym się potokiem, dla jednego nauka istnieje, dla drugiego staje się [...] Z dzisiejszego stanu nauki nie można odgadnąć jej przeszłości, jak nie można odgadnąć całego biegu rzeki z jednego jej przekroju, choć w każdym miejscu znajdują się wody ze wszystkich źródeł wyższych [...] Poznać naukę w całości, zrozumieć ją głęboko, to poznać ją w tym całym zmiennym przebiegu”⁵.

W Polsce w okresie powojennym prace badawcze w zakresie metodologii medycyny podjęte zostały dopiero w drugiej połowie

² Ibidem, s. 73.

³ B. Skarga, *Historia nauki a formacje intelektualne*, „Studia Filozoficzne”, 1979, nr 8(165), s. 59.

⁴ Ibidem, s. 66. B. Skarga przypomina o pracach Gonsetha, Bachelarda, Koyrego, Plageta.

⁵ Z. Kramsztyk, *O znaczeniu wiedzy historycznej*, „Krytyka Lekarska” R. III, 1999, nr 9, s. 254.

lat pięćdziesiątych i początkowo eksponowały marksistowskie ujęcie dziejów medycyny⁶. W późniejszym okresie należy odnotować tylko nieliczne prace o charakterze ściśle metodologicznym, przeważnie artykuły autorstwa Z. Kuchowicza, J. Tyszkiewicza, T. Brzezińskiego czy R. W. Gutta⁷. Postulaty R. W. Gutta o konieczności bezustannego modernizowania wszelkich pojęć opisujących zjawiska historyczne oraz o potrzebie dostrzegania „ducha czasu” opisywanego odkrycia i „klimatu” pozwalającego temu odkryciu „zakiełkować w praktyce”⁸, nie miały znaczącego wpływu na dociekania prowadzone przez historyków medycyny. Zapowiedzią zmiany tego niekorzystnego stanu rzeczy są badania historyków medycyny prezentowane na łamach periodyku „Medycyna Nowożytna”, na przykład propozycja badawcza B. Płonki-Syroki, inspirowana teorią T. S. Kuhna, dotycząca sposobu badania doktryn medycznych⁹ oraz uwagi J. Jeszkego odnośnie potrzeby prowadzenia badań nad historią historiografii medycznej, który ocenia, że „nowe perspektywy ujmowania dziejów sztuki leczenia torują sobie drogę z [...] trudem. Dość powiedzieć, że wprowadzająca pojęcie patocenozy (jako analogiczne do pojęcia biocenozy) oryginalna koncepcja M. Grmeka i z tej perspektywy traktująca dzieje medycyny, została zaprezentowana w polskiej literaturze naukowej [...] nie przez przedstawicieli środowisk zawodowo parających się historią nauk medycznych. Brak też wśród polskich badaczy chętnych do uprawiania dziejopisarstwa medycznego w sposób jaki zaprezentował M. Foucault w *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu*”¹⁰.

Współczesne ujęcia dziejów medycyny rzeczywiście cierpią, zresztą nie tylko na gruncie polskim, na brak zasobów pojęcio-

⁶ Prace Widy-Wirskiego i Skarżyńskiego. Zob. F. Widy-Wirski, *Z podstawowych zagadnień historii medycyny. Próba wstępu do naukowej historii medycyny*, Warszawa 1959 oraz B. Skarżyński, *Problematyka historii medycyny w Polsce Ludowej*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1957, nr 1-2.

⁷ Zob. Z. Kuchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985; tenże, *Z badań nad stanem biologicznym polskiego społeczeństwa (od schyłku XVI do końca XVIII wieku)*, Łódź 1972; J. Tyszkiewicz, *Uwagi o historii medycyny w Polsce*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1975, t. 23, z. 2; T. Brzeziński, *Miejsce i rola historii medycyny w naukach medycznych*, [w:] *Pamiętnik XII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny*, Łódź 1981, „Annales Academiae Medicae Lodziensis”, t. 22, suppl. 22 oraz R. W. Gutt, *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1985.

⁸ R. W. Gutt, *O potrzebie reinterpretacji niektórych przedawnionych ocen medykohistorycznych*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1985, t. 48, z. 1, s. 28.

⁹ Zob. B. Płonka-Syroka, *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*, „Medycyna Nowożytna. Prace historyczno-medyczne”, Warszawa 1992, s. 7-38.

¹⁰ Zob. J. Jeszke, *O potrzebie badań nad historią historiografii medycznej*. Ibidem, s. 39-45.

wych, które mogłyby być wykorzystywane w celu rzetelnej oceny zjawisk historycznych. Obrazem tego są ujęcia zaliczane do historii mentalności (G. Vigarello, P. Leuillot, G. Thillier, F. Lebrun), które starają się dotrzeć do istoty procesu historycznego (często procesu lokalnego pod względem społecznym i czasowym), uwzględniając społeczne i kulturowe uwarunkowania. To nastawienie badawcze dobrze charakteryzują słowa P. Leuillota, który stwierdza: „[...] historia medyczno-społeczna jest to historia interesująca się przede wszystkim mentalnością. Dla historyka najważniejsze są doświadczenia przeżyte przez chorego (jednostkę lub zbiorowość chorych), jego reakcje wobec choroby, lekarza czy pielęgniarki, wobec lekarstw. Nie można też pomijać człowieka o tak zwanym „dobrym zdrowiu”, przeciwnie, trzeba się zająć jego postawą wobec własnego ciała, życia, śmierci, seksu, instytucji rodziny, jego tradycyjnymi przesadami”¹¹. Brak deklaracji pojęciowej czyni jednak te ujęcia, jak sądzę, niestety niezbyt przejrzystymi. Często można również odnieść wrażenie jakby brakowało pewnego pojęcia dopełniającego całość, zwłaszcza jeżeli współlistnieje przekonanie, tak jak u G. Thilliera, że w złożonej dziedzinie historii medyczno-społecznej tradycje, sposoby myślenia odgrywają tak wielką rolę, iż w konsekwencji bardzo trudnym staje się wyciągnięcie wniosków¹².

Ujęcia z zakresu historii mentalności są obecne we współczesnym zachodnim piśmiennictwie medycznym, zaś praktycznie niestety nie istnieją na gruncie polskim. Tutaj studia nad historią medycyny ogniskowały się w ostatnich dziesięcioleciach na biografistyce, kronikarstwie życia naukowego oraz na preferencjach badawczych dla tzw. „postępowych tradycji polskiej medycyny i organizacji opieki zdrowotnej”. To wszystko sprawia, że istnieje potrzeba wskazania, wypracowania a może tylko odkrycia *de novo* pojęcia lub pojęć-narzędzi badawczych mogących być użytecznymi w refleksji filozoficznej i historycznej nad medycyną.

Problemy z jakimi zмага się współczesna refleksja nad dziejami medycyny nie pozostawiają, wobec powyższego, niezbyt dużego wyboru. Nie mogą bowiem być one rozwiązane przez doskonalenie warsztatu historyka¹³, lepszy dobór źródeł czy intensyfikację analiz. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną znacznego

¹¹ P. Leuillot, *O współczesną historię medyczno-społeczna*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” R. XXIII, nr 2, 1975, s. 262.

¹² Zob. *ibidem*, s. 258.

¹³ Por. Z. Podgórska-Klawe, *Kilka uwag o warsztacie historyka medycyny*, „Archiwum Historii Medycyny” 1981, t. 47, nr 1, s. 94–99 oraz T. Ostrowska, *O technice pisania prac historyczno-medycznych słów kilka*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1985, t. 48, nr 4, s. 539, 548.

oporu ze strony materiału historycznego, jaki jest odczuwany w tradycyjnych, scjentyistycznych ujęciach dziejów medycyny, są niedostatki metodologiczno-pojęciowe. Słowa A. Paszewskiego będące krytyką oderwania nauk historycznych od podłoża biologicznego, można z powodzeniem zaadresować przez analogię również do izolacjonizmu społeczno-kulturowego współczesnej historii medycyny: „Humanista traktuje kulturę tak, jakby biolog zajął się wyłącznie plastrem miodu w oderwaniu od pszczół, które go wytworzyły. Niestety, humaniści przyzwyczaili się do abstrahowania od podstaw biologicznych kultury [...]”¹⁴. Opisywanie, z perspektywy współczesnego badacza bardziej lub mniej odległych faktów bez wnikania w aurę psychologiczną pojęć i bez uwzględniania (relacjonowania a nie relatywizowania!) uwarunkowań społeczno-kulturowych w badaniach ich genezy, jest tym, czym mogłoby być abstrahowanie od zasady względności we współczesnej fizyce.

Próba rozwiązania problemu w postaci eksploratywnie rzetelnego ujmowania faktów w ich procesie historycznym powinna, jak sądzę, obejmować przywołanie istniejących sposobów nastawienia metodologicznego, a więc określonych *strategii badawczych*.

Zarówno w ubiegłym, jak i w bieżącym stuleciu, większość prób ujmowania medycyny w procesie historycznym posługiwała się strategią esencjalistyczną. Charakterystyczne dla tej strategii jest to, że uwaga badaczy kierowana jest przez pozytywistyczny mit postępu na domniemaną progresywność medycyny w procesie historycznym. Taki nastrój generuje niebezpieczeństwo oceny dawnych idei medycznych współczesnymi danymi. Wiąże się to również, oprócz lekceważenia kontekstu kulturowego, z nie uwzględnianiem historycznie zmiennych fenomenów społeczno-psychologicznych. Jak silnie tendencja ta jest zakorzeniona w świadomości historyków, świadczą częste oceny wartości wiedzy historycznej w odniesieniu do epoki współczesnej. Przykładem tego może być ocena galenowskiej teleologii przeprowadzona jeszcze przez Wł. Szumowskiego, który stwierdzał: „Jakkolwiek [...] można by powiedzieć, że galenowskie ujęcie tego problemu

¹⁴ Cyt. za: Z. Kuchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985, PWN, s. 62. Podobny postulat wyraził D. Bloor: „Socjologia wiedzy powinna być uzupełniona biologicznym modelem natury człowieka, brać pod uwagę informacje zmysłowe, z którymi człowiek musi sobie radzić. To, co każdy słyszy, widzi, co czuje przez dotyk, wraz ze zdolnością albo brakiem zdolności przetwarzania zmysłowej informacji, tworzy część ogólnego obrazu przy czynowego”. D. Bloor, *Wittgenstein i Mannheim o socjologii matematyki*, tłum. W. Szydłowska i Z. Jankiewicz, [w:] B. Barnes i D. Bloor [wybór:] *Mocny program socjologii wiedzy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1993, s. 39.

filozoficzno-biologicznego było w porównaniu z arystotelesowskim cofnięciem się, a nie postępem, to jednak w poszczególnych naukach biologicznych i lekarskich znajdziemy u Galena prawdziwy i duży postęp¹⁵. Przejawem subiektywizmu epoki jest również przedkładanie porównań ówczesności do współczesności ponad potrzebę wniknięcia w warstwę sensów, znaczeń i wzorów kształtujących w ówczesnym czasie kulturę a więc i medycynę. Warto w tym miejscu znów przytoczyć jako przykłady tego rodzaju uproszczenia: ocenę prób leczenia „czarnej śmierci” w okresie Średniowiecza dokonaną przez Wł. Szumowskiego: „Leczenie dotkniętych morem nie dawało pomyślnych wyników. Za dobry lek uważano alkohol, którym upajano chorych, co ze stanowiska dzisiejszej medycyny było zupełnie słuszne, gdyż w ten sposób podtrzymywano czynność serca i wzmagano siły obronne ustroju”¹⁶. Innym przykładem jest ocena przez A. Drygasa paracelsusowskiej idei chorób: „Ważna też jest jego [Paracelsusa] teoria o «tartarusie». Pod słowem «tartarus» Paracelsus rozumiał osady w ciele ludzkim, które mogą spowodować choroby. Dziś już wiemy, że był to pogląd całkiem prawidłowy; ponieważ nie potrafił jeszcze odróżnić kwasu moczowego od osadów cholesterolu, wszystkie stałe wydzieliny uważał za takie same”¹⁷.

Współczesną próbą wyjścia ze ślepej uliczki tradycyjnego nastawienia badawczego jest historia mentalności. Następuje tutaj zdecydowane odejście od tendencji esencjalistycznych, które były charakterystyczne dla dotychczasowego piśmiennictwa historycznego. Strategia esencjalistyczna zostaje zastąpiona *strategią historii postmodernistycznej*¹⁸. Odrębności tej strategii upatrywać należy w przesunięciu przedmiotu zainteresowania badacza ze struktur makrohistorycznych na mikrohistoryczne sytuacje i relacje życia codziennego, opisywane przez badacza historii mentalności. Porównując historię do drzewa – jak czyni to F. R. Ankersmit – można powiedzieć, że tradycja esencjalistyczna w historiografii kierowała uwagę historyków na pień drzewa: zawsze zмирzano do zrekonstruowania esencjalistycznej linii przecinającej całą przeszłość lub przynajmniej znaczącą jej część. Z pozycji postmodernizmu natomiast celem badacza historii mental-

¹⁵ Wł. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, Sanmedia, s. 131.

¹⁶ Ibidem, s. 274.

¹⁷ A. Drygas, *Zarys dziejów farmacji z elementami zagadnień metodologicznych dla studentów farmacji*, Gdańsk 1994, Akademia Medyczna w Gdańsku, s. 123.

¹⁸ Zob. F. R. Ankersmit, *Historiografia i postmodernizm*, tłum. E. Domańska, [w:] *Postmodernizm* R. Nycz [red.], Warszawa 1997.

ności nie jest już integracja, synteza i całość. Uwaga skupiona jest na *drobinach*: świadectwa wyobrażeń dotyczących zdrowia i choroby, epokowo zrelatywizowane, mogą być ujmowane przy pomocy narzucających się pojęć np.: różnorodność idei „zdrowia” przez stałość pojęć: siła i oczyszczanie¹⁹ Wykorzystując w dalszym ciągu drzewo jako metaforę procesu historycznego należy podkreślić, że w antyesencjalistycznej strategii historii mentalności zbieranie „liści” przeszłości nie dokonuje się z uwzględnieniem miejsca, jakie zajmowały one na drzewie, lecz z określeniem wzoru „jaki można z nich ułożyć teraz”, sposobu „w jaki ów wzór może zostać zastosowany do innych kształtów, jakie przybrała współczesna cywilizacja”²⁰ i w jaki sposób dostrzegane współcześnie wyobrażenia, idee przeszłości pomagają zmagać się z problemami współczesnymi.

Nie sądzę jednak, aby środkiem do przewyciężenia wspomnianych wcześniej trudności mogło być wprowadzanie do analiz wielu nowych pojęć, zwłaszcza pojęć nie uwzględniających wspomnianych kontekstów i realizujących założenia historii mentalności. Można, a nawet należy natomiast szukać pojęcia-narzędzia, za pomocą którego można by było zrealizować postulat uwzględnienia w refleksji filozoficznej i historycznej różnorodności kontekstów wiedzy medycznej.

Wybór takiego „centralnego pojęcia” powinien uwzględnić specyficzne właściwości przedmiotu badań. Refleksja nad dziejami medycyny, nad powstawaniem i egzystencją idei medycznych, powinna brać pod uwagę odrębności myślenia występujące w tym obszarze kultury. Sądzę, że najistotniejsze są następujące problemy: relacja myślenia logicznego i intuicji oraz powiązany z tym problem rozstrzygnąć co do charakteru medycyny, probabilizm medyczny, kryteria racjonalności, a także pewien ogólny model myślenia medycznego, pozwalający różnicować ten typ działalności z innymi dziedzinami nauki. Aby samemu uniknąć błędu przykładania miary współczesności do historii myśli medycznej, ograniczę się do zarysowania propozycji rozwiązań powyższych problemów i do uchwycenia pewnych stałych różnic, jakie występują między medycyną a innymi obszarami racjonalnej działalności ludzkiej.

W filozoficznej refleksji nad medycyną w ciągu XIX i XX stulecia konkurowały ze sobą odmienne kwalifikacje metodologiczne statusu medycyny. Jako rozstrzygnięcia skrajne można potraktować

¹⁹ Zob. G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby*, tłum. M. Szymańska, Warszawa 1997, Volumen.

²⁰ F. R. Ankersmit, *op.cit.*, s. 167.

wać zarówno stanowisko Schweningera uznające medycynę za sztukę i tylko sztukę, co implikowało pogląd, że potrzebne jest tu nie tyle naukowe poznanie lecz intuicyjne²¹, jak i stanowisko przeciwne, kwalifikujące medycynę wyłącznie jako naukę. Skrajny pogląd Schweningera złagodził G. Honigmann, podkreślając odrębność celów i zagadnień medycyny w stosunku do nauk biologiczno-patologicznych. Medycyna – według tego ostatniego – potrzebuje wprawdzie wsparcia naukowego, ale sama nauką nie jest. Honigmann wskazywał na takie zdolności poznawcze, jak: intuicja, wczucie się i „przejrzenie chorego”, uznając je za najistotniejsze w praktyce lekarskiej i właściwe ludzkiemu myśleniu a istniejące obok zdolności „ściśle naukowych”²². Również T. Chałubiński postrzegał „medycynę jako sztukę leczenia tylko, naukę zaś podporządkowywał zupełnie sztuce”²³. Dlatego on również kład duży nacisk na leczenie chorych, nie zaś na samo studiowanie chorób. Podobny pogląd prezentował jego uczeń Z. Kramsztyk, który uważał, że medycyna nie jest nauką ścisłą lecz sztuką, czy też mówiąc językiem współczesnym, nauką stosowaną²⁴. Odmienne rozwiązanie problemu, zbliżające medycynę do bieguna czysto naukowego, proponował natomiast Wł. Biegański. Sądził on, że „terapia powinna być podniesiona do godności nauki ściśle rozumowanej, opartej na szerokich podstawach logiki i ogólnych wynikach wszystkich innych teoretycznych nauk lekarskich”²⁵. Biegański starał się wykazać, że lekarz, który pragnie znaleźć właściwą terapię dla danego chorego i naukowiec w laboratorium kierują się identycznymi zasadami logiki, chociaż przyznaje on, że w medycynie istnieje „element sztuki”. Jednakże fakt istnienia tego elementu, nie umniejsza naukowości medycyny, występuje on bowiem również w naukach przyrodniczych. Wykonanie zabiegu lekarskiego, ale i każdego doświadczenia laboratoryjnego, a nawet napisanie referatu wymaga specyficznych umiejętności, które można określić jako „sztuka”²⁶. Podobny pogląd zaprezentował Wł. Szumowski, przyznający również praktyce medycznej cechę naukowości²⁷.

²¹ Zob. Wł. Szumowski, *Medycyna jako nauka i sztuka*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1927, nr 6, s. 196; zob. także J. Sawliński, *Poglądy Honigmana na medycynę, jej istotę i podstawy filozoficzne*. 1926, t. V, nr 2, s. 278.

²² Tamże, s. 195.

²³ Wł. Biegański, *Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich*, s. VIII.

²⁴ Zob. I. Lowy, *Polska szkoła filozofii medycyny. Od Tytusa Chałubińskiego do Ludwika Flecka*, s. 29.

²⁵ Wł. Biegański, op.cit., s. 292.

²⁶ Zob. I. Lowy, op.cit., s. 25.

²⁷ Zob. Wł. Szumowski, *Medycyna jako nauka...* s. 196.

Analizując przedstawione poglądy można spostrzec, że spory o istotę medycyny, oprócz pewnych różnic w rozumieniu pojęć *nauka i sztuka*, były powodowane głównie przez różnice w rozumieniu elementu praktycznego. Honigmann był więc przekonany, że tylko poznanie ma cechy naukowości, „wykonawstwo” zaś nie, natomiast Biegański i Szumowski byli przeciwnego zdania. Jednakże nawet Biegański nie łudził się co do możliwości pełnego poznania w medycynie. Zdawał sobie sprawę z tego, że lekarz nie jest w stanie poznać wszystkich relacji zachodzących między przyczynami chorobotwórczymi a ich skutkami, a nawet poznać wszystkich przyczyn wywołujących chorobę (a przecież trzeba chorego leczyć!). Dlatego jako obronę logiczności i naukowości praktyki medycznej a zarazem jako przewyżczenie sceptycyzmu terapeutycznego, zaproponował teorię przewidywizmu, która miała poradzić sobie z obszarem nieoznaczoności w odtwarzaniu relacji między przyczyną i skutkiem, unikając w przeciwieństwie do Schweningera czy Honigmanna, wprowadzania w obszar myślenia medycznego intuicji. Biegański dostrzegał konieczność rozważania zależności celowej w myśleniu medycznym, co miało odróżniać ten rodzaj rozumowania od innych dziedzin nauki, jak bowiem podkreślał: „Mechanika, fizyka i chemia rozpatrują tylko zjawiska w układach luźnych, które rozszerzać i zmieniać możemy dowolnie, i w których przez to nie zmieniamy żadnych bliższych stosunków pomiędzy częściami i całością. [...] Zależność przyczynowa bezpośrednia wystarcza w zupełności do objęcia poznawczego zjawisk fizycznych i chemicznych, ale nie wystarcza do poznania zjawisk biologicznych, gdyż te mają jeszcze inne wzajemne powiązania”²⁸. Owa niedookreśloność jest nie do uniknięcia również w medycynie najnowszej. Przewidywizm Biegańskiego (prekursora, jak się często potocznie podkreśla, współczesnej logiki postępowania lekarskiego) w interesujący sposób koresponduje z dzisiejszymi poglądami na specyfikę myślenia medycznego, przyjmującymi, że „[...] istotą sukcesów w medycynie jest nie tyle perfekcyjność działania, co umiejętność unikania błędów. Jest to mniej więcej podobne do gry w brydża i w szachy. Lepiej gra ten, kto popełnia mniej błędów w licytacji i rozgrywce lub ten, kto lepiej analizuje sytuacje i szybciej wybiera skuteczne rozwiązania”²⁹. Element intuicji przekształca się zatem we współczesnych poglądach w element gry, ujmowany poprzez prawa statystyczne.

²⁸ Wł. Biegański, *Logika medycyny*, Warszawa 1908, s. 133, 135.

²⁹ P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990, PZWL, s. 4.

Patrząc jednakże na dzieje sporów o istotę medycyny w XIX i XX w., nie sposób oprzeć się refleksji, że poglądy te ewoluują nie tracąc jednakże doceniania pierwiastka niedookreśloności, intuicji a zmieniając jedynie zakres jego udziału w całości struktury poznawania i rozumowania lekarskiego. Można zatem przyjąć, że w myśleniu medycznym ujawnia się jego zasadnicza dwoistość: ściśle ujmowanie zjawisk i dążenie do logicznego operowania relacjami z jednej strony, z drugiej zaś tendencja do intuicyjnego ujmowania rzeczywistości. Sygnalizowany jest tutaj nie tyle problem właściwości umysłu ludzkiego, co raczej problem właściwości myślenia, rozumowania. W celu określenia najbardziej charakterystycznych elementów, właściwości myślenia medycznego, warto posłużyć się opinią L. Flecka, który podkreślał, że myślenie lekarskie „różni się w zasadzie tym od przyrodniczego, że używa systemu współrzędnych Gaussa, a przyrodnicze myślenie systemu Descartesa. Obserwacja lekarska nie jest punktem, lecz małym kółkiem. Nie umieszczamy jej na systemie pod stałym kątem nachylonych współrzędnych prostych, lecz na systemie dowolnych krzyżujących się krzywych, których bliżej nie znamy”³⁰. Fleck wspomina również o bardzo istotnej trudności, jaką musi ten typ myślenia pokonywać w każdym okresie historycznym. Jest to mianowicie konieczność odgraniczenia i określenia różnicy pomiędzy stanem zdrowia i choroby, tym trudniejsza, że nie ma ściślej granicy między tym co jest zdrowe a tym co chore. Nigdy bowiem nie spotyka się po raz drugi tego samego obrazu chorobowego. Podstawowym zadaniem poznawczym medycyny jest zatem przewyciężenie wariantywności, indywidualności obrazów chorobowych, ujęcie ich w stabilne jednostki chorobowe. „W jaki sposób znaleźć prawo dla zjawisk nieprawidłowych? – tak brzmi zasadnicze zagadnienie myślenia lekarskiego. Jak ująć je i jakie związki między nimi przyjąć by otrzymać dziedzinę racjonalną?”³¹. Taka właściwość myślenia może powodować skłonność do metaforyzowania, którą bardzo wyraźnie dostrzec można nawet i we współczesnej medycynie. Jednym ze sposobów odpowiedzi na postawione pytanie mogą więc być słowa H. Arendt: „[...] analogie, metafory i symbole w samym procesie myślenia są modelami zachowania pozwalającymi uniknąć ślepego błędzenia tam, gdzie wiedza empiryczna, jedynie relatywnie pewna, nie może być naszym przewodnikiem”³². Jest to tym istot-

³⁰ L. Fleck, *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego* „AHIFM”, 1927, t. VI, nr 1, s. 64.

³¹ *Ibidem*, s. 56.

³² H. Arendt, *Myślenie*, tłum. H. Buczyńska-Garewicz, Warszawa 1991, s. 161.

niejsze, że w żadnej innej gałęzi wiedzy poza medycyną obiekty badań nie mają tylu specyficznych cech, czyli cech nie dających się sprowadzić do wspólnych elementów. Proces abstrahowania zatem stwarza w medycynie pojęcie gatunku, którego fikcyjność – jak zaznacza L. Fleck – jest znacznie większa niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie wiedzy [...]”³³.

Nie jest zatem rzeczą łatwą, stosując tradycyjną terminologię angielską: *hard science* i *soft science*, jednoznacznie zaklasyfikowanie medycyny zgodne z którymś z tych pojęć. Terminem *hard science* określa się bowiem zwykle taki typ wiedzy, który charakteryzuje się znaczną precyzyjnością języka, dużym stopniem weryfikacji sądów, wreszcie badający coś, co można uważać za rzeczywistość, chociaż nigdy nie przedstawiający jej wszechstronnie, w pełni adekwatnego modelu, a jedynie dostarczający w różnym stopniu uzasadnialnych hipotez. *Soft science* natomiast znacznie trudniej, albo wręcz w ogóle nie spełnia tradycyjnego postulatu naukowości. Myślenie naukowe jest tu w znacznie większym stopniu uzależnione od przeświadczeń aksjologicznych twórców. Tradycyjnym przekonaniem jest, że fizyka reprezentuje *hard science*, zaś psychologia czy socjologia – *soft science*. Niejednolita charakterystyka myślenia lekarskiego uniemożliwia – jak wspomniałem – jednoznaczne sklasyfikowanie medycyny w odniesieniu do powyższego rozróżnienia. Obok bowiem elementów *hard science* istniały i istnieją w jej obszarze wyraźne motywy *soft science*. Odróżnienie myślenia medycznego od innych dziedzin wiedzy stanowi zatem pierwszy, istotny „wektor” wyboru kategorii szczególnie przydatnej do wyjaśniania historii idei medycznych.

Drugą przesłanką wyboru stosownego narzędzia badawczego są konsekwencje wynikające ze wzmiankowanej uprzednio konieczności uwzględnienia takiego kontekstu, w jakim egzystuje wiedza medyczna. Dziejów wiedzy bowiem nie można zrozumieć abstrahując od innych dziedzin kultury danego okresu. Nie ulega zatem wątpliwości, że historia nauki, historia medycyny zaś jako jej uszczegółowienie, powinna mieć na celu zbadanie i określenie, dlaczego wiedza przyjmuje taką, a nie inną postać i w taki, a nie inny sposób określa i wizualizuje swój przedmiot. Chodziłoby więc w historii nauki o to, aby ujawnić „warunki, które pozwalają przedmiotom znaleźć się w polu możliwości”³⁴. Wymaga to takiego osobliwego typu refleksji, który B. Skarga określa jako trans-

³³ L. Fleck, *O niektrych...*, s. 58.

³⁴ F. Jacob, *Historia i dziedziczność*, Warszawa 1970, s. 28.

racjonalizm czy też racjonalizm epistemologiczny³⁵. Współcześnie bardzo powszechne są wątpliwości, czy można zrozumieć np. teorie alchemików: Paracelsusa lub Michała Sędziwoja porównując je z obecnym stanem wiedzy chemicznej, czy też chociażby uznać leczenie drakwią za etap w rozwoju nowożytnej farmakologii, jak czyni to esencjalistyczna strategia badań dziejów medycyny. Podobnie trudno jest interpretować teorie witalistyczne z przełomu XVIII i XIX wieku nie uwzględniając ówczesnych filozofii przyrody i nie porównując ich z innymi ówczesnymi dokonaniem naukowymi. Jak zaznacza A. Wajs: „Badając medycynę jako pewien rodzaj specyficznej działalności ludzkiej [...] można chyba powiedzieć, że kształt pewnych działań lekarskich zależy w dużej mierze od tego, jak rozumie się naturę człowieka i jak pojmuje się istotę otaczającego nas świata”³⁶.

Transracjonalistyczna strategia badania dziejów medycyny

Kształtuje się przeświadczenie, że nie przez odwoływanie się do terażniejszości, jak to zakłada strategia historii mentalności, lecz właśnie w kontekście przeszłości należy szukać wytłumaczenia przebrzmiałych pojęć i wyobrażeń jako ówczesnych dyspozycji intelektualnych. Uwzględnienie kontekstu oznacza zatem odkrycie horyzontu epistemologicznego czy też, jak pisał o tym G. Bachelard, epistemologicznego pola epoki, określającego wariantywność kategorii organizujących doświadczenie³⁷. Transracjonalistyczne nastawienie badawcze jest w stanie stworzyć perspektywę dla wyjaśniania przyczyn pojawiania się takich, a nie innych problemów i prób ich rozwiązania oraz określania progów epistemologicznych i przyczyn nieprzekraczalności ich przez ówczesną wyobraźnię badawczą³⁸. Z tego punktu widzenia dewaluje się też problem progresywizmu naukowego, a więc i zagadnienie prekursorstwa, tak charakterystyczne dla klasycznego racjonalizmu starego typu, którego epistemologia wyrosła na gruncie filozofii kartezjańskiej i heglowskiej. Racjonalizm klasyczny odwołuje się bądź do pojęcia umysłu, posiadającego własne prawa rozwoju, bądź do pojęcia rozumu określanego na sposób kartezjański, kantowski czy heglowski: jako realizującego się, wyposażonego w wieczne idee, aprioryczne formy poznania; ewentu-

³⁵ Zob. B. Skarga, *Historia nauki...*, s. 62.

³⁶ A. Wajs, *Myśli o przedmiocie i zadaniach filozofii medycyny*, „AHIFM” 1985, t. 48, z. 3, s. 281.

³⁷ Zob. G. Bachelard, *La philosophie du non*, Paris 1970, s. 144–145, cyt. za B. Skarga, op.cit.

³⁸ Zob. B. Skarga, op.cit., s. 64–65.

alnie odwołuje się tylko do pojęcia racjonalności jako immanentnej własności poznania naukowego, a nawet samej nauki. Tymczasem, jak podkreśla B. Skarga, coraz częściej zwraca się uwagę, że pojęcie rozumu jako źródła wiedzy jest wręcz nieracjonalistyczne, zaś teza o zależności dziejów nauki od rozwoju rozumu, podtrzymywana wciąż jeszcze przez wielu historyków nauki nie daje się obronić. To nie rozum tworzy naukę, ale w zależności od struktury myślenia naukowego w danej epoce powstają różne koncepcje rozumu³⁹. Nie można bowiem mówić o ewolucji rozumu, nie zakładając istnienia pewnych jego własności wyprzedzających postulowaną ewolucję⁴⁰, podobnie jak nie można mówić o prekursorstwie gdy nie ma identyczności zamierzeń badawczych i systemów pojęć oraz gdy sens pojęć na przestrzeni epok zmienia się zasadniczo⁴¹. Obronę przed „dyktaturą nauki posługującej się ideologią racjonalizmu” postulował również P. Feyerabend: „[...] jedność, która sugerowana jest przez takie terminy jak «nauka» i «racjonalizm» jest fikcją. A bez takiej jedności nie ma sensu mówić o autorytecie nauki i racjonalizmu. [...] tradycje pozanaukowe, jeśli tylko dać im szansę, często przewyższają nauki już na obszarze porównywania samych tylko racjonalistycznonaukowych wartości: mają lepsze wyniki, wyniki osiągane są mniejszym kosztem i łatwiej, zaś przygotowanie (np. diagnoza u pacjentów itd.) i przeprowadzenie konkretnych działań wiąże się z mniejszymi kosztami (medycyna, gospodarka rolna, psychiatria)”⁴².

Zwrócenie się w stronę racjonalizmu epistemologicznego jest zatem, jak się wydaje, niezbędne w poszukiwaniu kategorii użytecznej w badaniach nad historią myśli medycznej. Wskazać więc można trzy najistotniejsze kategorie, które w różnym stopniu funkcjonują w transracjonalistycznie zorientowanej filozofii nauki. Stosunkowo najstarszym spośród nich jest pojęcie „styl myślenia”. Nieco późniejszy, za to znacznie bardziej utrwalony w filozofii nauki, jest termin „paradygmat”. Jeszcze później pojawia się termin „formacja intelektualna”.

Pojęcie paradygmatu w takim znaczeniu, jakie mu nadał T. Kuhn, stosuje się do określania powszechnie uznawanego osiągnięcia naukowego, ustalającego wzorcowe sposoby prezentacji

³⁹ Ibidem, s. 61.

⁴⁰ Por. G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris 1968, s. 198, cyt. za: ibidem.

⁴¹ Ibidem, s. 22.

⁴² P. Feyerabend, *Rückblick*, [w:] H. P. Duerr [red.], *Versuchungen. Aufsätze zur Philosophie Paul Feyerabends*, Frankfurt/M 1981, s. 28, cyt. za: S. Magala, *Filozofia nauki po Popperze i Kuhnie*, „Studia Filozoficzne”, 1984, nr 2(219), s. 170.

problemów i ich rozwiązań⁴³. Paradygmat wiąże się również z procesem instytucjonalizacji nauki, wiążąc w danej dziedzinie poszczególne teorie w jedną spójną całość, stanowiącą koherentny system zasad naukowego postępowania. Dlatego również może on funkcjonować jako „matryca dyscyplinarna” lub jako „macierz dyscypliny naukowej” – określenie zaproponowane przez K. Jodkowskiego⁴⁴ – rozumianej jako najszerszy paradygmat. Paradygmat określony przez T. Kuhna jako „ogólnie uznane osiągnięcie naukowe, które w pewnym czasie dostarcza modelowych problemów i rozwiązań określonej grupie ludzi uprawiających naukę”, stanowi pojęcie obejmujące kompleks spraw, uogólnień i teorii, odnoszących się do pewnej grupy zjawisk. Wszystkie badania oparte o pewien paradygmat mają charakter zmian ilościowych, nagromadzających się, tworzących okres nauki normalnej (*normal science*). W przypadku jednak stwierdzenia przez określoną dziedzinę badań istnienia zjawisk nie dających się wytłumaczyć znanymi prawami, i w przypadku powstawania sprzeczności w dotychczasowych teoriach, nauka przeżywa kryzys – aż do pojawienia się rewolucji naukowej i powstania nowego paradygmatu: „Rewolucje społeczne mają na celu zmianę instytucji w sposób, który jest przez te instytucje zabroniony. [...] Badanie zmian paradygmatu ujawnia analogiczny charakter rozwoju nauki”⁴⁵. Nowy paradygmat, jego pojawienie się, posiada charakter zmiany jakościowej i zapoczątkowuje kolejny okres *normal science*. Dojrzała nauka normalna wyraża się w szczegółowej teorii opartej na rozwiniętej matrycy dyscyplinarnej. Jako przykład tak rozumianego pojęcia paradygmatu może posłużyć teoria heliocentryczna Kopernika, mechanika Newtona, teoria ewolucji Darwina czy też falowa teoria światła.

W medycynie natomiast trudno byłoby (jak tego dowodzą chociażby wspomniane uprzednio spory na temat jej istoty) rekon-

⁴³ Nie jest to jednak jeszcze pełna charakterystyka pojęcia paradygmatu, T. Kuhn bowiem jako czynniki paradygmatyczne wymienia również: dzieła wyznaczające w sposób bezpośredni uprawnione metody i problemy badawcze, określoną tradycję badawczą, konkretne osiągnięcia naukowe, wzorce tworzące model a obejmujące jednocześnie teorie, prawa, zastosowanie i wyposażenie techniczne, zespół charakterystycznych przekonań i uprzedzeń, przyjęte zasady postępowania, przyjęty wzorzec, skuteczny środek rozwiązywania niektórych problemów uznawanych przez grono praktyków za szczególnie ważne, przekonania instrumentalne, metafizyczne, teoretyczne oraz quasi standardowe zastosowania rozmaitych teorii zarówno w zakresie pojęciowym, jak i doświadczalnym. T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa 1968, PWN, s. 1, 26–40 i 57–59.

⁴⁴ Zob. K. Jodkowski, *Wspólnoty uczonych, paradygmaty i rewolucje naukowe*, Lublin 1990, s. 143.

⁴⁵ T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, s. 111.

struować spójny, paradygmatyczny system naukowego myślenia. Myślenie medyczne stanowi znacznie bardziej „otwarty” pod względem relacji naukowych obszar niż ten, który mógłby zostać objęty pojęciem paradygmatu. Ponadto pojęcie to wskazuje na teorie, które w różnych epokach spełniały funkcje paradygmatyczne, czyli „matrycowe” jak np. teoria mechaniki klasycznej czy teoria ewolucji. W historii medycyny zaś trudno byłoby forsować tezę o matrycowym charakterze określonej teorii naukowej we właściwej jej epoce historycznej. W medycynie bardziej można byłoby doszukiwać się „matrycowych” idei, a nie teorii. To zatem, co jest w miarę sprecyzowane w naukach przyrodniczych jako *hard sciences*, można próbować wyjaśniać pojęciem paradygmatu, w medycynie natomiast pojawia się znacznie więcej cech niedookreśloności przechodzących w model pól, czy nawet przestrzeni, nie ujmowanych paradygmatycznie. Można tu nawet zaryzykować twierdzenie o spaczalności anty-paradygmatycznej⁴⁶ medycyny w procesie historycznym. Nie można byłoby więc tego mówić, zgodnie z powyższymi zastrzeżeniami, np. o paradygmacie farmaceutycznym czy chirurgicznym, ponieważ z reguły subobszary myśli medycznej w określonej epoce konstytuowane są przez odmienne, wcale nie jednorodne tendencje teoretyczne, niesprowadzalne do opisu matrycowego. Należy więc zgodzić się z opinią R. RembIELIŃskiego i B. Kuźnickiej, że „[...] teoria Kuhna daje się z powodzeniem zastosować do dziejów szeregu nauk podstawowych (astronomia, fizyka, biologia), których rozwój dokonywał się rzeczywiście w wyniku rewolucyjnych odkryć (np. teoria Kopernika, Newtona, Darwina), poprzedzielanych długimi okresami «normalnej nauki». W historii farmacji niełatwo jest wskazać na analogiczne zjawiska. Nowy etap w rozwoju nauki o leku był z zasady determinowany nie jednym, lecz szeregiem odkryć w naukach podstawowych, jak również w medycynie i w technice”⁴⁷. Pojęcie paradygmatu T. Kuhna, ze względu na swoją założeniową „twardość”, znacznie lepiej nadaje się do interpretacji wiedzy typu *hard science*, aniżeli dziedzin nauki typu *soft science*, czy o pośredniej strukturze, jaką charakteryzuje się właśnie medycyna. Wydaje się zatem, zgodnie z powyższym, że kategoria

⁴⁶ Spaczalność jako wyeksponowanie wzmiankowanej wyżej „otwartości” relacji naukowych w obszarze myśli medycznej i nawiązanie do opinii L. Flecka o myśleniu medycznym jako wykorzystującym „system współrzędnych Gaussa”. Myślenie medyczne może się odwoływać bardziej do modelu przestrzeni, aniżeli płaszczyzny. Płaszczyzna zaś może modelować myślenie paradygmatyczne w obszarze *hard sciences*.

⁴⁷ R. RembIELIŃski, B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Warszawa 1972, PZWL, s. 38.

paradygmatu nie może być szczególnie przydatna w refleksji nad historią medycyny⁴⁸. Tę nieprzydatność potwierdza również związane z nią postrzeganie przejścia od jednego systemu myślowego do innego, odmiennego systemu, na drodze makrorewolucji naukowej. W historii medycyny natomiast należy podejrzewać istnienie takich przejść na sposób rozłożonej w czasie mikrorewolucji czy nawet raczej – zespołu mikrorewolucji.

Interesującym terminem jest pojęcie „formacji intelektualnej” prezentowane na gruncie polskim przez B. Skargę, a będące próbą nadania sensu teoretycznej działalności człowieka nie z pozycji aktualnych perspektyw badawczych, lecz zgodnie z ówczesnymi intencjami twórczymi. Pojęcie to uwzględnia zarówno problematykę myślenia naukowego, jak i „rejestr” sposobów artykulacji problemów wraz z aparaturą pojęciową, charakterystyczną dla danej epoki. Uwzględnia również system reguł, według których funkcjonowała myśl w określonym okresie historycznym. Jednym i tylko jednym z komponentów tej kategorii może być zatem *episteme* M. Foucaulta, co, w założeniu autorki, ma przezwyciężyć antypsychologizm i antysocjologizm sygnalizowany w teorii tego francuskiego myśliciela. Warto przypomnieć, że pojęcie *episteme* miało określać zespół zakodowanych dyrektyw determinujących w danej epoce język, schematy percepcji, schematy technik badawczych, hierarchię działań praktycznych determinujących interpretacje rzeczywistości i zakreślających granice możliwości poznawczych w danej epoce.

Zaproponowana przez B. Skargę kategoria „formacja intelektualna” wskazuje nie na jedną, określoną teorię, i nie na jedną dziedzinę ludzkiej twórczości, lecz na całokształt tzw. rzeczywistości teoretycznego myślenia. Zakłada wyjaśnianie procesów percepcyjno-twórczych w danym okresie historycznym zgodnie z ówczesnymi systemami wartości i ówczesną ontologiczną wizją świata. Przeciwstawia się zatem dążeniom do odchodzenia od ontologii i aksjologii w myśleniu teoretycznym, tendencji tak charakterystycznych dla nastawienia pozytywistycznego. Również z tych więc względów pojęcie formacji intelektualnej wydaje się być niezmiernie kuszącą propozycją dla współczesnego historyka medycyny. Należy jednak zwrócić uwagę, że formacja intelektu-

⁴⁸ Tym bardziej, że późniejsze prace T. Kuhna ujawniają zmianę jego pierwotnego stanowiska: „Czymkolwiek by były te paradygmaty – pisał Kuhn – są one własnością każdej naukowej społeczności, włącznie ze szkołami tak zwanego okresu przedparadygmatycznego. Fakt, iż nie dostrzegłem jasno tej okoliczności sprawił, że paradygmat zaczął wydawać się tworem *quasi*-mystycznym czy też właściwością, która jak charyzmat przekształca tych, co są nią obdarzeni”. T. Kuhn, *Raz jeszcze o paradygmatach*, [w:] Tenże, *Dwa bieguny*, PIW 1985, s. 408.

alna, jakkolwiek słusznie z założenia ujawniać powinna zespół tez ontologicznych i aksjologicznych, właściwych dla danej epoki, determinujących granice jej horyzontu badawczego, to niewspółmiernie mniej stara się wnikać w samą subtelną strukturę myślenia epoki, traktując ją przez *episteme* jako pewnego rodzaju genetyczną jedność myśli danego okresu historycznego, nie dostrzegając zaś jego zróżnicowania. Jeżeli zatem w tym samym okresie może istnieć kilka różnych konkurujących ze sobą tendencji, to formacja intelektualna może być jedna, choć sama nie tworzy ona tak zbornego systemu przekonań jak paradygmat⁴⁹. Istotny element formacji – *episteme* ustanawia epokę, generując i prowokując występowanie problemów, nie wykraczających poza zakresłone przez nią pole epistemologiczne⁵⁰. Jak podkreśla zresztą sama B. Skarga: „Kultura pozostaje tym systemem, którego związki między elementami są przez nas dostrzegalne, a jednocześnie tajemnicze. Formacja intelektualna, która może być uznana za jeden z podsystemów kultury, jest bardziej zwarta, toteż zmiany w *episteme* lub np. w problematyce mogą zbulwersować całość”⁵¹. W historii medycyny natomiast, oprócz epistemicznych podstaw epoki, należy badać różnorodność struktur myślowych, często uciekających poza pole epistemologiczne epoki. Dlatego też pojęcie formacji intelektualnych jest znacznie bardziej użyteczne w badaniu kultury jako historycznej całości, aniżeli medycyny jako dziedziny nauki.

Należy przypuszczać, że specyficzna dziedzina kultury – myślenie i działanie medyczne znacznie lepiej podda się ujęciu poprzez kategorię stylu myślowego. Warto chyba tę wstępną intuicję poddać teoretycznej ocenie, przytaczając pokrótce funkcjonującą już w refleksji nad historią medycyny epistemologię Ludwika Flecka.

„Styl myślenia” jako narzędzie badawcze. Teoria „stylów myślowych” według L. Flecka

Poglądy L. Flecka można umiejscowić na mapie rywalizacji o nieomylność wyjaśniania nauki. Program teorii poznawania, którego zwolennikiem jest Fleck, wpisuje się w horyzont kulturowego ujęcia nauki, egzystującego w opozycji do ujęcia logicznego. Charakteryzuje się on obecnością trzech najważniejszych wektorów kultury: elementu psychicznego, społecznego i tradycji. Czynniki psychiczny wyrażany jest w pojęciu stylu myślowego,

⁴⁹ Zob. B. Skarga, *Historia nauki...*, s. 65.

⁵⁰ Zob. B. Skarga, *Granice historyczności*, Warszawa 1989, PIW, s. 205.

⁵¹ *Ibidem*, s. 208.

element społeczny w pojęciu kolektywu myślowego, zaś tradycja jest tłumaczona przez koncepcję *praidai*. Na taką propozycję rozwiązania miały wpływ, jak przyznaje sam autor, jego ścisłe związki z naukami biologicznymi i medycznymi: „Biologia – jak podkreślał Fleck – nauczyła mnie badać każdą podlegającą rozwojowi dziedzinę wiedzy zawsze z punktu widzenia historii jej rozwoju. Któż dzisiaj uprawiałby anatomię bez embriologii? Toteż każda teoria poznania pozbawiona badań historycznych i porównawczych jest pustą grą słów, epistemologią *imaginabilis*. Wiara, że historia poznania tyle tylko ma wspólnego z treścią nauki, co historia aparatu telefonicznego z treścią rozmów telefonicznych, jest złudzeniem: co najmniej trzy czwarte, jeśli nie całość treści nauki jest uwarunkowana i może być wytłumaczona przez historię myśli, psychologię i socjologię myślenia”⁵². W odróżnieniu od teorii poznania, teoria poznawania L. Flecka nie zakłada dwuelementowej relacji między podmiotem poznającym a przedmiotem poznawany. Wprowadza trzeci człon tego stosunku – jako podstawowy czynnik każdego nowego poznania – jest nim, określane przez daną epokę stan wiedzy. Poznanie w takim ujęciu nie jest więc indywidualnym procesem „świadomości w ogóle”, lecz jest rezultatem działania społecznego. Według L. Flecka stwierdzenie, że „ktoś przyznaje coś” nie jest zdaniem pełnym, ponieważ wymaga pewnego uzupełnienia jak chociażby: „zgodnie z określonym stanem wiedzy” lub precyzyjniej: „jako członek określonego środowiska kulturowego i w pewnym określonym stylu myślenia, w określonym kolektywie myślowym”⁵³.

Wspomnianym trzecim członem relacji poznawczej jest kolektyw myślowy, którego istnienie i funkcję sygnalizuje pojęcie stylu myślenia. Jak pisze bowiem L. Fleck – [...] jeśli zdefiniujemy kolektyw myślowy jako wspólnotę ludzi związanych wymianą myśli lub wzajemnym oddziaływaniem intelektualnym, to posiadamy w nim nośnik rozwoju jakiejś dziedziny myśli, określonego stanu wiedzy i kultury, więc określonego stylu myślenia”⁵⁴.

Pomimo tego, że kolektyw myślowy składa się z jednostek, to nie stanowi on ich prostej sumy. Jednostka nie ma bowiem nigdy, lub prawie nigdy, świadomości kolektywnego przymusu myślenia. Nie oznacza to jednak, że jednostka może być pominięta jako czynnik poznania. Jak bowiem podkreśla Fleck: „[...] fizjo-

⁵² L. Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, tłum. M. Tuszkiewicz, Lublin 1986, Wydawnictwo Lekarskie, s. 48.

⁵³ *Ibidem*, s. 67–68.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 68.

logia jej narządów zmysłowych i psychologia są na pewno bardzo ważne, ale dopiero badanie zespołu myślowego stwarza gruntowną podstawę teorii poznania [...] Jednostka jest porównywalna z pojedynczym piłkarzem, kolektyw myślowy ze zgraną drużyną futbolową, poznanie z przebiegiem gry. Czy można i czy należy analizować przebieg gry tylko z punktu widzenia pojedynczych kopnięć? Zagubiłby się cały sens gry⁵⁵.

Jedną z inspiracji dla Flecka był, cytowany zresztą przez niego pogląd Gumpłowicza, że to, co w człowieku myśli, to wcale nie on sam – ale jego społeczna wspólnota, źródłem własnego myślenia nie jest on, ale jego społeczne otoczenie, w którym żyje, społeczna atmosfera w której egzystuje⁵⁶. Fleck podważa tradycyjne przekonanie, wedle którego istnieje i jest precyzyjnie wyznaczalna, ostra granica między poznaniem naukowym a sferą wartości, emocji, nastawień aksjologicznych: „Pojęcie myślenia w ogóle pozbawionego emocji nie ma żadnego sensu. Nie istnieje wolność od emocji jako takiej, ani czysta racjonalność jako taka – w jaki sposób można by je stwierdzić? Istnieje tylko zgodność lub różnica emocjonalna, a powszechna zgodność emocjonalna w danej zbiorowości uważana jest – w jej obrębie – za wolność od emocji [...] Takie myślenie jest wówczas nazywane myśleniem racjonalnym⁵⁷. Stanowi to pewnego rodzaju nawiązanie do powszechnej w filozofii frankofońskiej tendencji zbliżania na płaszczyźnie epistemologicznej poznania naukowego i potocznego. Jest to przecież wyraźnie widoczne chociażby u P. Duhema czy E. Meyersona.

Nie istnieje zatem, według Flecka, badacz izolowany od działających na niego sił społeczeństwa myślowego, pozbawiony uprzedzeń i tradycji. Warto więc znów przytoczyć jego słowa: „Myślenie jest czynnością zbiorową, jak śpiew chóralny lub rozmowa, podlega ono swoistym zmianom w czasie, wykazuje historyczną ciągłość tych przemian. Produktem jego jest pewien obraz, widoczny tylko dla tego, kto w tej czynności społecznej bierze udział, lub myśl, jasna również tylko dla członków kolektywu. Co myślimy i jak widzimy, zależy od kolektywu myślowego, do którego należymy⁵⁸. Faktyczny przebieg poznania zatem nie realizuje się poza sferą wartości, emocji, mniemań, ideologii. Jednostka jako podmiot aktywności poznawczej nie jest – jak pod-

⁵⁵ Ibidem, s. 74.

⁵⁶ Ibidem, s. 76.

⁵⁷ Ibidem, s. 79.

⁵⁸ L. Fleck, *O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle*, „Przegląd Filozoficzny”, 38/1935, s. 76.

kreśla Z. Cackowski – „czysto” autonomiczna, bowiem jej sposób myślenia wyznaczony jest przez jej przeszłość oraz przeszłość dziedziny kulturowej, która miała wpływ na kształtowanie się tej jednostki i której treść współtworzy jej myślenie⁵⁹. Nie chodzi jednakże Fleckowi o odautonomizowanie jednostki, co można byłoby wnosić po interpretacji Z. Cackowskiego, ale o docenienie kontekstu społecznego i społeczno-psychologicznego w badaniu nauki oraz określenie na tej podstawie tak, jak czynić to później będzie socjologia wiedzy, granic poznawczych jednostki. Socjologia wiedzy nie zamierza odebrać jednostce, jak podkreśla J. Mizińska, osobistych praw poznawczych, chce tylko pokazać ich granice, jako granice ciągle płynne i przekraczalne⁶⁰. Jeżeli poznanie jest działalnością zbiorową, to istnieje pewien problem w opisywaniu tego fenomenu, na co zwraca uwagę Z. Cackowski. Działalność bowiem zakłada świadome nią sterowanie. O „współdziałaniach” nieświadomych, czyli o subobszarze Fleckowskiej teorii, nie można raczej mówić jako o działaniach, lecz należy chyba odnieść do nich określenie „proces”. Te nieświadome procesy, procesy oscylacji myśli między jednostkami, których okrucy są tylko przez świadomość rejestrowane (ale i one szybko ze sfery świadomości „bezpowrotnie wyparowują”), wyznaczają zasadniczy kierunek rozwoju myślenia i poznania⁶¹.

W epistemologii porównawczej Flecka poznanie nie jest ujmowane jako relacja dualna między poznającym podmiotem a przedmiotem poznawanym. Trzecim partnerem tej relacji jest istniejący już zasób wiedzy jako czynnik bazowy nowej wiedzy. Akt poznania zależy zawsze od tego co jest już znane, co uprzednio zostało poznane i stanowi społeczny dorobek danej dziedziny wiedzy.

Intencją Flecka było zatem stworzenie – mówiąc językiem antypozytywistycznym – transracjonalistycznego programu badania nauki. „Wiedza wydawała się zawsze dla tych, co się nią zajmowali, systematyczną, sprawdzoną, użytkową i oczywistą. Wszystkie obce systemy były dla nich kontrowersyjne, nie udowodnione, bezużyteczne, fantastyczne lub mistyczne. Czy nie byłoby na czasie przyjęcie nieco mniej egocentrycznego, ogólniejszego punktu widzenia i mówienia o porównawczej teorii poznania?”⁶²

⁵⁹ Z. Cackowski, *Epistemologia Ludwika Flecka*, „Studia Filozoficzne”, 1982, nr 5–6(198–199), s. 68.

⁶⁰ J. Mizińska, *Obiektywność a społeczna i kulturowa determinacja wiedzy. Od epistemologii do doksologii*, Lublin 1989, UMCS, s. 123.

⁶¹ Z. Cackowski, *Główne idee epistemologii Ludwika Flecka*, „Nauka” 1998, nr 3, s. 150.

⁶² L. Fleck, *Powstanie...*, s. 50.

Potwierdzają to pojęcia praidei i stylu myślowego. Pojęcie praidei przewyżcza tradycyjne pojęcie prekursorstwa (które oznaczało wskazanie na, czy raczej ukazanie istnienia pierwotnej treści twierdzeń naukowych). Tymczasem praidea spełnia jedynie warunek czasowy prekursorstwa, nie pokrywa się natomiast w żaden sposób treściowo z poprzedzonym przez siebie odkryciem. Przykładami praidei, do których nawiązuje L. Fleck są: praatomistyka Demokryta czy prateoria zakażenia jeszcze przed wynalezieniem mikroskopu. Podobnie miało być i z innymi teoriami: z ideą pierwiastka chemicznego i związku chemicznego; z prawem zachowania materii, z ideą kulistości Ziemi i systemem heliocentrycznym. Wszystkie one rozwijały się historycznie z mniej lub bardziej niejasnych praidei, które istniały dużo wcześniej niż ich przyrodoznawcze dowody. Zanim osiągnęły swój nowoczesny wyraz, były one różnie w różnych epokach uzasadniane. Praidea jest rozumiana przez Flecka jako załączek nowożytnej teorii powstałej na gruncie określonego społecznego myślenia⁶³. Jest zatem pewnego rodzaju impulsem wyzwalającym treści naukowe.

Praidea w koncepcji Flecka pełni epistemologiczną funkcję upostaciowienia tradycji. Można ją określić jako przednaukowe przecucie związku pomiędzy jakimś zjawiskiem a jego głębiej ukrytą w rzeczywistości przyczyną. Praidea wraz ze stylem myślowym współdecyduje o treści rezultatów poznawczych, nadając poznaniu określony kierunek, implikując pewną selektywność możliwych sposobów opisu rzeczywistości. Praidea jest przyczyną powodującą, że dokonywane w różnych epokach wybory problematyki naukowej i pojawiające się rozstrzygnięcia nie dają się logicznie uzasadniać. Jest ona pojęciem retrospektywnym – co nią jest wiemy dopiero po zakończonym sukcesem znalezieniu rozwiązania. Poznawanie nie jest zarówno całkiem dowolne, jak i jednoznacznie zdeterminowane. Dzieje poznawania kreślą schemat wielu możliwych linii rozwojowych i niewielu faktycznie mających miejsce⁶⁴. Przebieg poznawania nie dokonuje się logicznie ze względu na różnice pomiędzy tym, do czego się dąży (założenie wyjściowe) a tym co się rzeczywiście odkrywa.

Związek pomiędzy jakąś praideą a jej konkretnym rozwinięciem jest określony psychologicznie, historycznie i socjologicznie. To powoduje, że przekonanie o możliwości dowiedzenia, że tylko jedno rozwiązanie jakiejś zagadki poznawczej jest logicznie mo-

⁶³ Ibidem, s. 52-53.

⁶⁴ Por. N. Rotenstreich, *The Proto-Ideas and Their Aftermatch*, [w:] R. S. Cohen, Th. Schnelle [ed.], *Cognition and Fact - Materials on Ludwik Fleck*, Dordrecht 1986, D. Reidel Publishing Co., s. 161-178.

żliwie i że tylko jakaś jedna praidea nadaje się do opisania danego aspektu rzeczywistości jest nieuzasadnione⁶⁵. To również powoduje, że nie tylko sam proces poznawania nie może przebiegać logicznie, ale również nie jest możliwa jego logiczna rekonstrukcja: „Początku poznawania z pewnością nie udaje się już określić w momencie narodzin, a nawet i w życiu płodowym nie jest to możliwe, gdyż zdolności odbierania wrażeń i wrażenia powstają równolegle i synchronicznie poprzez wzajemne oddziaływanie. Jest to tak samo niemożliwe jak ustalenie filogenetycznych początków poznawania”⁶⁶. Racjonalna teoria poznania opiera się, według L. Flecka, na trójczłonowości funkcji poznania i wzajemnych związkach między poznaniem i jego trzema czynnikami. Prowadzi więc ona w konsekwencji do badania stylu myślowego jako swojego właściwego przedmiotu.

Pojęcie stylu myślowego stanowi kategorię wyjściową praktycznie dla wszystkich rozważań Flecka, stara się on nadać jemu walor pewnego rodzaju samoistności. Samoistności takiej nie posiadają dwa pozostałe pojęcia charakteryzujące proces poznawczy: kolektyw myślowy i praidea. Jak zauważa A. Dorobiński, te dwa pojęcia mają w pewien sposób uzupełnić pojęcie stylu myślenia. Wyraźnie jest to widoczne w przypadku tych zjawisk wiążących się ze stylami w myśleniu, których w oparciu wyłącznie o pojęcie stylu nie da się wyjaśnić, chodzi tu zwłaszcza o zagadnienie zmienności stylów⁶⁷. Styl myślowy według L. Flecka jest to: „[...] określony przymus myślowy, więcej: jest to całościowa intelektualna gotowość, gotowość takiego a nie innego widzenia i działania. Zależność faktu naukowego od stylu myślenia jest niezaprzeczalna”⁶⁸. Według Flecka nie są zatem autonomiczne w nauce ani „fakty”, ani teorie pojmowane jako konstrukcje logiczne. Posiadają one bowiem szerszy kontekst kulturowy, są pochodnymi stylu myślowego danej społeczności, kolektywu badaczy. Stanowiło to uzasadnienie twierdzenia, że rozpoznanie choroby (jej charakterystyka) nie może być sprowadzalna na przykład do prostego faktu wykrycia zarazków.

Każdy obserwator ukształtowany jest przez określoną kulturę i reprezentuje styl myślowy określonego kolektywu badawczego, zaś styl ten wyznacza zakres jego czynności obserwacyjnych: „Je-

⁶⁵ Zob. A. Dorobiński, *Kulturowe ujęcie nauki na przykładzie koncepcji L. Flecka*, s. 106–107.

⁶⁶ L. Fleck, *On the Crisis of „Reality”* (Zur Krise der Wirklichkeit), [w:] R. S. Cohen, Th. Schnelle [ed.], *Cognition and Fact – Materials on Ludwik Fleck*, Dordrecht 1986, Reidel Publishing Co., s. 48.

⁶⁷ Zob. A. Dorobiński, *op.cit.*, s. 101.

⁶⁸ L. Fleck, *Powstanie...*, s. 94.

śli oglądam preparat mikroskopowy, np. hodowli błonicy, to mówiąc językiem potocznym, widzę jedynie pewną ilość kresek o pewnej swoistej strukturze (wzgl. zabarwieniu), pewnym kształcie i pewnym układzie. Ale na próżno próbowałbym opisać te trzy elementy obrazu tak, aby jednoznacznie dla laika oddać słowami obraz tej charakterystycznej postaci, jaką widzi obserwator wyszkolony, a której laik po prostu nie umie zobaczyć. Po krótkim jednak czasie zdobywają prawie wszyscy uczniowie zdolności postrzegania jej i dochodzą do zgodnych (przynajmniej w dużym procencie) wyników. Trzeba się więc dopiero uczyć patrzeć, aby móc spostrzegać to, co stanowi podstawę danej dyscypliny"⁶⁹. Ujawniają się tu związki L. Flecka z ideą *Gestaltpsychologie*. Sta- ją się one bardziej wyraziste w świetle polemiki z 1939 r. pomiędzy Fleckiem i Bilikiewiczem, przypomnianej współcześnie przez S. Symotiuka⁷⁰. Bilikiewicz był zwolennikiem socjologii wiedzy opartej na idei *Geisteswissenschaften*, funkcjonującej w nurcie wywodzącym się od Diltheya, M. Webera, M. Schelera i K. Mannheima. Dla tej opcji charakterystycznym było posługiwanie się pojęciem *wzorów kultury* przejawiających się w modzie, obyczajach, prądach literackich, wpływających na twórców w sposób „niewidzialnego przymusu”⁷¹. Szkoła *Geisteswissenschaften* próbowała określić organiczne związki między kulturą a życiem i również między różnymi zjawiskami kultury, np. zarys morfologii dziejów Sprenglera czy teoria kultury Panofskiego, stwierdzająca związki między średniowieczną scholastyką a gotykiem w architekturze. W przekonaniu Bilikiewicza *wzory kultury* pozwalają na podstawie fragmentu domyślać się struktury całości, np. dzięki fragmentom utworu muzycznego domyślić się jego autora czy epoki powstania. Aby posługiwać się tą metodą interpretacji należałoby stosować metody „rozumienia humanistycznego” i „przeżywania odtwórczego”⁷². Takie ujęcie zbliża się ku pojęciu formacji intelektualnej. Związki *Gestaltpsychologie* L. Flecka najpełniej odsłania w artykule: *Patrzeć, widzieć, wiedzieć*. Te same przedmioty inaczej są postrzegane przez artystę, prawnika, lekarza: w zależności od wykonywanego zawodu i środowiska życia. Różnice te nie wynikają z form poznania o charakterze apriorycznym, ale z zespołowej natury postrzegania. Każdy bowiem przedmiot poznania jest modelowany przez szablon, którego dostarcza

⁶⁹ Tenże, *O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle*, s. 58–59.

⁷⁰ Zob. S. Symotiuk, *Dwie socjologie wiedzy. Polemika Flecka z Bilikiewiczem*, „Studia Filozoficzne” 1983, nr 10.

⁷¹ Ibidem, s. 131.

⁷² Ibidem, s. 132.

kolektyw. Myślenie kolektywne podaje więc „sankcję na wyodrębnianie pewnych całości ze zbioru pewnych elementów”⁷³. Podkreślić tutaj należy, że całości te, o których wspomina Fleck, nie przejawiają się poprzez części, które zatracają się w całości, będąc pozbawione własnego pierwotnego sensu; są one niedostrzegane w całości. Rozwinięciem przytoczonego wcześniej określenia pojęcia stylu są więc słowa L. Flecka: „Właściwie widzimy dopiero wtedy postać jako całość gotową stać się elementem dalszych, nadrzędnych postaci, gdy zapominamy przynajmniej w dużej części o jej elementach i strukturze. Inaczej drzewa przesłaniają las, zgłoski nie pozwalają rozpoznawać słów i zdań. Żeby widzieć, trzeba najpierw wiedzieć, a potem umieć i pewną część wiedzy zapomnieć. Trzeba posiadać skierowaną gotowość widzenia”⁷⁴. „Gotowość” takiego a nie innego widzenia i działania charakteryzują dwie komplementarne tendencje: „zapominania” i „selektywnego dostrzegania”, wyznaczone przez określony stan wiedzy poprzedzający poznanie, upowszechniany przez dany kolektyw. Można zatem ogólnie definiować styl myślenia jako „ukierunkowane postrzeganie wraz z odpowiednią obróbką myślową i rzeczową tego co postrzegane. Charakteryzują go wspólne cechy problemów, którymi kolektyw jest zainteresowany; sądów, które uważa za oczywiste; metod, których używa jako środków poznawczych. Towarzyszy mu ewentualnie techniczny i literacki styl systemu naukowego”⁷⁵.

Spacjalno-temporalny program badania dziejów medycyny

Niekorzystne tendencje w historii medycyny, jak chociażby koncentracja uwagi na historiografii i biografistyce, oparte są wyłącznie o parametr czasu. Są „na wskroś” temporalne. Badanie historii idei medycznych nie może, jak sądzę, ograniczyć się tylko do tego parametru, historia idei bowiem wyznacza i pokrywa się z pewnego rodzaju „czasoprzestrzenią myślenia”. W wysiłkach badawczych filozofa i historyka medycyny uwzględnić zatem należy element spacjalny. Element spacjalny praktycznie nie dostrzegany w dziedzinie badań historyczno-medycznych jest uwzględniany w innych obszarach badawczych: w psychologii odmianną spacjocentryzmu jest gestalteryzm, w lingwistyce – strukturalizm, we współczesnej mikrosocjologii – „prosemika” zaś w historiografii – wizje kręgów kulturowych wielowarstwowych, połą-

⁷³ L. Fleck, *Patrzeć, widzieć, wiedzieć*, „Problemy” 1947, nr 2, s. 75.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 77.

⁷⁵ L. Fleck, *Powstanie...*, s. 130–131.

czonych „szlakami historycznymi”⁷⁶. Warto odnotować, że terminu „przestrzeń wiedzy” („space of knowledge”) używa M. Foucault w celu uwzględnienia nieświadomego elementu wiedzy, umykającego uwadze uczonych a będącego częścią naukowego dyskursu⁷⁷.

Wydawać by się mogło, że próbą dotarcia do przestrzeni myślenia w analizach historii medycyny są badania przeprowadzone przez B. Płonkę-Syrokę. Autorka wskazuje na niedostateczność wyłącznie opisowego traktowania problematyki doktryn medycznych, zaś badania, które podejmuje, zmierzają do wyjaśnienia genezy i mechanizmów upowszechniania się teorii i doktryn medycznych w społecznościach uczonych⁷⁸. Postrzegając doktrynę medyczną jako strukturę nie tylko o charakterze opisowym, ale również i operacyjnym (doktryna medyczna jest konstrukcją stworzoną w sposób świadomy przez jednego autora w odpowiedzi na zapotrzebowanie ze strony praktyki lekarskiej⁷⁹), autorka wyróżnia w jej obrębie układ trójpoziomowy. Zgodnie z tym, poziom konstytutywny ujawnia obraną przez twórcę doktryny filozofię przyrody oraz teorię medyczną, do której nawiązuje. Poziom ten wskazuje kryteria racjonalności naukowej, prawomocności sądów, skuteczności działania. Dokonany wybór podstawy teoretycznej służy autorowi doktryny jako uzasadnienie naukowej prawomocności proponowanych rozwiązań praktycznych oraz ogólnych twierdzeń, wyrażających poglądy na istotę choroby, czy też naukowo uzasadnionej terapii. Według autorki, to właśnie poziom konstytutywny poszczególnych doktryn pozwala na wyodrębnienie w historii medycyny nurtów opartych na wspólnej teoretycznej podstawie. Drugi poziom doktryny medycznej, który określany jest mianem nomotetycznego, zostaje wyznaczony przez kilka charakterystycznych dla danej doktryny elementów, określających sposób uporządkowania pozostałych. Elementy te łączą podstawę teoretyczną z konkretnymi rozwiązaniami praktycznymi, są zwornikami danej doktryny w jej strukturze „archi-

⁷⁶ S. Symotiuk, *Filozoficzne aspekty problemu przestrzeni* [w:] S. Symotiuk, G. Nowak [red.], *Przestrzeń w nauce współczesnej*, Lublin 1998, Wyd. UMCS, s. 11. „Dziś najbardziej epatujące formuły spacjalne nie budzą żadnej zgrozy.” Ibidem, s. 11.

⁷⁷ Zob. M. Foucault, *The Order of Things. An Archeology of the Human Sciences*, London 1970, Travistock Publications, s. XI.

⁷⁸ B. Płonka-Syroka, *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społecznościach uczonych*, „Medycyna Nowożytna” Warszawa 1992, s. 8.

⁷⁹ Takim zapotrzebowaniem jest według B. Płonki-Syroki sytuacja kryzysowa, kiedy stan praktyki medycznej jest oceniany jako niezadowolający, zaś będąca jej podstawą teoria jako niezadowolająca. Autorka nawiązuje do teorii T. S. Kuhna. Ibidem, s. 8 oraz 35, przypis 12.

tektonicznej”. Poziom wariacyjny, jako trzeci poziom, utworzony jest przez elementy podporządkowane zasadniczej regule doktryny wyznaczonej przez poziom nomotetyczny; elementy te są czerpane z dostępnego dla twórcy doktryny zasobu doświadczenia. Te same elementy we współczesnych sobie doktrynach medycznych uzyskują zupełnie inną rangę, ich twórcy podejmują je i przetwarzają we wciąż nowy sposób, zgodnie z wyznawaną przez nich teorią⁸⁰.

Przytoczona wyżej propozycja nie może być jednak potraktowana jako zadowalające rozwiązanie problemu badania historii medycyny jako „czasoprzestrzeni myślenia”. Nasuwa się tu bowiem spostrzeżenie założeniowego ograniczenia obszaru badawczego do wydzielonych z większej całości obszarów: doktryn medycznych. W powyższej propozycji utrzymuje się również tradycyjna dysocjacja obszaru medycyny na sferę teorii i praktyki, których połączenie istnieje w modelu doktryny dopiero na drugim poziomie. Jeżeli więc można byłoby rozpatrywać omówioną propozycję jako teoretyczne rozwiązanie, mające uwzględniać aspekt spacyjny w refleksji nad historią medycyny, należałoby chyba mówić o pewnej „zwiniętej” spacyjności, przestrzenności ograniczonej do doktryn medycznych. Dlatego też omówiona propozycja badania doktryn medycznych nawiązuje, jak sądzę, w dużym stopniu do tradycyjnych ujęć historii medycyny, pomijających aspekt spacyjny lub co najwyżej badających go w formie „poszatkwanej”⁸¹. Nie daje ona również możliwości dotarcia do „momentu wyjaśniającego” procesu przemiany w nauce, chociaż zakłada istnienie „przewrotów naukowych”.

Powyższe uwagi skłaniają do poszukiwania takiego nastawienia badawczego, które uwzględniałoby potrzebę opisywania i wyjaśniania spacyjności myślenia medycznego w procesie historycznym. Jednym z aspektów przestrzenności wiedzy medycznej w procesie historycznym są związki pomiędzy różnymi faktami i ideami, często uwikłanymi w odmienne konteksty kulturowe. Dla porównywania idei i uchwycenia ich ewentualnych związków (porównanie idei pomiędzy odległymi genetycznie i kulturowo stylami myślowymi) proponuję mówić o występowaniu odległej interferencji. Dla porównania natomiast idei pomiędzy różnymi sty-

⁸⁰ Zob. *Ibidem*, s. 9–10.

⁸¹ Można chyba stwierdzić, że tradycyjny badacz historii medycyny w dotychczasowych swoich wysiłkach: „[...] Lękając się przestrzeni nieskończonych chce on raczej zadomowić się myślowo w przestrzeniach ograniczonych” oraz że „Umysłowość europejska podatna jest na «szatkowanie» przestrzeni, pokrywanie jej sieciami linii nie z jakis reliktowych zachowań «terytorialnych» [...] Jest tu raczej emocjonalność lękowa bardziej fundamentalna: strach przed nicością”. S. Symotluk, *op.cit.*, s. 12–13.

lami, lecz w obrębie tego samego lub bardzo bliskiego kręgu kulturowego należy mówić, jak sądzę, o bliskiej interferencji idei⁸².

„Bliskość” lub „odległość” (charakterystykę głównie spacialną) idei można rozwinąć i uzupełnić charakterystyką wertykalno-horyzontalną. Interferencji horyzontalnej odpowiadałoby oddziaływanie pomiędzy ideami przynależnymi do całkowicie odmiennych kręgów kulturowych, z zaznaczonym następstwem czasowym (krąg kulturowy występuje tu w znaczeniu raczej makroprzestrzeni myślowej, dla której można najlepszym opisem byłby opis przez pojęcie formacji intelektualnej, a nie, zwłaszcza potocznie rozumianej, tradycji kulturowej). W charakterystyce horyzontalnej mieści się, w moim przekonaniu, pojęcie praidei według L. Flecka (praidea jako załączek nowożytnej teorii powstałej na gruncie określonego społecznego myślenia i jednocześnie przednaukowego przecucia związku pomiędzy jakimś zjawiskiem a jego głębiej ukrytą przyczyną⁸³). Pojęcie praidei w swojej podstawowej funkcji ukierunkowywania poznania mieścić się może w pojęciu idei interferencyjnej, jako jej szczególny przypadek.

Interferencji wertykalnej natomiast odpowiadałby opis oddziaływań i związków idei w obrębie jednej makroprzestrzeni myślowej, jedynie z zaznaczonym następstwem czasowym. W tej charakterystyce mieścić powinno się, jak sądzę, pojęcie praidei. Czyliac bowiem rozróżnienie pomiędzy praideą jako wspólnym przecuciem związku a preideą jako poprzedzeniem związku można byłoby praideę odnieść do interferencji odległej, preideę zaś do interferencji bliskiej.

Konwergencyjno-dywergencyjna koncepcja „stylów myślenia”

Każda idea, którą odnajdujemy badając historię medycyny, przynależy do określonego kontekstu, podobnie jak indywidualne procesy poznawcze są uwikłane w pewną „ojczyznę myślenia”⁸⁴, do której należy jednostka – człowiek, zawsze będący częścią większej całości. W badaniu idei i ich wzajemnych relacji napotykamy na binarną tendencję: z jednej strony potwierdzanie, legitymizacja idei

⁸² Za ideę interferencyjną dla dwóch różnych stylów S i T można uznać ideę z, jeżeli generuje ona lub wzmacnia przestrzeń myślenia S(z) i T(z).

⁸³ Zob. L. Fleck, *Powstanie...*, passim.

⁸⁴ Socjologia wiedzy zmierza, co podkreśla J. Mizińska, do wypracowania specjalnej siatki pojęciowej adekwatnej do studiów nad strukturą umysłu zbiorowego. Miano tej orientacji obliguje do rozpatrywania indywidualnych procesów poznawczych jako zawsze uwikłanych w pewną „ojczyznę myślenia”. Zob. J. Mizińska, op.cit., s. 94.

wzorcowej, czyli to, co L. Fleck dostrzegał jako określony przymus myślenia; można również powiedzieć, że jest to grawitacyjna, inercjalna właściwość przestrzeni myślenia⁸⁵, stylowość myślenia. Z drugiej zaś strony tendencja przeciwstawna: antygravitacyjna właściwość, poszerzanie pierwotnej, zinercjalizowanej przestrzeni percepcyjnej, przewycięzanie określonego przymusu myślenia, prowadzące do kształtowania się innego przymusu. Można zatem, dokonując terminologicznego zapożyczenia z obszaru badań psychologii twórczości, zaproponować konwergencyjno-dywergencyjne⁸⁶ wyjaśnianie idei i ich relacji w obszarze historii medycyny, jakiego może dostarczyć kategoria „style myślenia”. Proponuję przebudowanie koncepcji „stylów myślenia” według L. Flecka na drodze przemieszczenia kategoriałnego⁸⁷. Wprowadzam do samego rdzenia konstrukcji wyjaśniającej pojęcia: konwergencja i dywergencja, które jak dotychczas występowały zwłaszcza w koncepcjach psychologicznych, w badaniach epistemologicznych mogły być co najwyżej niejasno nadmieniane, nie istniejąc jako narzędzie bądź charakterystyka narzędzia badawczego⁸⁸. Założyć można zatem istnienie w obszarze historii medycyny idei konwergencyjnych (konwergencyjnych właściwości idei) i generowanych przez nie konwergencyjnych przestrzeni myślenia oraz idei dywergencyjnych (dywergencyjnych właściwości idei) i generowanych przez nie dywergencyjnych przestrzeni myślenia.

Czyniąc powyższe rozróżnienie należy odwołać się do koncepcji idei według G. C. Junga. Zgodnie z nią ideę można rozumieć jako kompleks autonomiczny oraz jako pojęcie intelektualne. Ideom zostaje przypisana żywiołowa siła w stosunku zarówno do

⁸⁵ L. Fleck intuicje te wyraził słowami: „Jeśli tylko w rzece jest wystarczająca ilość wody i jeśli jest pole grawitacyjne, wszystkie rzeki muszą w końcu trafić do morza. Pole grawitacyjne odpowiada nastrojowi nadającym kierunek, woda – pracy całego kolektywu myślowego. Nie chodzi tu o chwilowy kierunek każdej kropli, wynik zależy od ogólnego kierunku grawitacji”. L. Fleck, *Powstanie...*, op.cit., s. 110.

⁸⁶ Przyznaję się do inspiracji teorią myślenia twórczego według J. Guilforda. Zgodnie z nią myślenie dywergencyjne (później Guilford zastępuje termin „myślenie” terminem „wytwarzanie”) związane jest z płynnością, giętkością myślenia i giętkością adaptacyjną (zmianą strategii) oraz płynnością skojarzeniową; myślenie (wytwarzanie) konwergencyjne zaś charakteryzuje się sztywnością, fiksacją funkcyjną, podatnością na ograniczenia oraz przynależnością do dziedziny dedukcji logicznej. Zob. J. P. Guilford, *Natura inteligencji człowieka*, tłum. B. Czarniawska, W. Kozłowski, J. Radzicki, Warszawa 1978, PWN.

⁸⁷ Przemieszczenia kategoriałnego dokonał również A. Zybortowicz. Dążąc do przeorganizowania dotychczasowych koncepcji epistemologicznych przemieszczył pojęcie „przemoc” w taki sposób, aby nadać mu rangę jednej z podstawowych metafor organizujących analizę. Zob. A. Zybortowicz, *Przemoc i poznanie. Studium z nieklasycznej socjologii wiedzy*, Toruń 1995, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, wyd. I, s. 28 i dalsze.

⁸⁸ Por. G. Loeck, *Wissenserzeugung durch Beobachteranderung*, „Erkenntnis” 26/1987, s. 195–229.

jej wyznawcy (a nawet tzw. twórcy tej idei), jak i w odniesieniu do całych społeczeństw, które ona opanowuje, zdobywając zwolenników spontanicznie i masowo. Taką władzę posiadać mogą idee, przy spełnieniu jednakże, co podkreśla A. Motycka, pewnych warunków. Przede wszystkim idei musi towarzyszyć pewna energia materialna w formie reakcji uczuciowej ze strony podmiotu, która niejako wychodzi idei naprzeciw. Reakcja uczuciowa jest niezbędna jako droga przekazu, spełniając funkcję pośredniczącą. Pośrednictwo właśnie takiej reakcji afektywnej sprawia, że idea nabiera siły, uzyskując tzw. postawę autonomiczną (kompleks autonomiczny). Idea uzyskuje władzę w obecności uczuć i pewnej nieświadomej gotowości podmiotów. Spełnienie tych warunków stwarza możliwość wytworzenia postawy autonomicznej idei posiadającej siłę kształtującą: idea wpływa na życie⁸⁹. Idea nie wsparta reakcją uczuciową jest pojęciem czysto intelektualnym, pozbawionym siły zdobywania władzy, jest zwykłym słowem⁹⁰. Nasuwa się w tym miejscu skojarzenie i intuicja, którą przez analogię fizyczną można wyartykułować jako tezę o „korpuskularno-falowej” naturze idei. Z elementem falowości może korelować fenomen oddziaływania, ścierania się czy zazębiana idei, a raczej ich „przestrzeni władzy”, który moglibyśmy określić jako fenomen interferencji idei, wymagający odrębnej charakterystyki.

Wszelkiego rodzaju potocznie uznawane za przełomowe odkrycia, zmieniające spojrzenie na istniejące już uprzednio problemy mieszczą się w antygrawitacyjnej, dywergencyjnej przestrzeni percepcyjnej. Jak podkreśla A. Zybertowicz, zgodnie z konstruktywistycznym modelem poznania, odkrywanie jest docieraniem do prawd, dla których przestrzeń została już uprzednio ustanowiona, lecz które nie zostały w danej kulturze dotychczas wyartykułowane⁹¹. W tym miejscu warto przytoczyć słowa L. Flecka: „Z każdej wypowiedzi coś pozostaje: rozwiązanie lub problem, choćby tylko jako problem racjonalności tego problemu. Każde sformułowanie problemu zawiera już połowę jego rozwiązania. Każde późniejsze sprawdzanie odbywa się już po ułożonych torach my-

⁸⁹ Le Bon natomiast był przekonany, że „Każda idea, aby zawaładnęła tłumami, musi im być podana w formie bardzo obrazowej i nadzwyczaj prostej. Idee przemienione w obrazy nie są ze sobą połączone żadnym logicznym związkiem analogii bądź następstwa i mogą następować jedna po drugiej jak szkła w czaroksięskiej latarni, wyjmowane jedno po drugim z kasety, do której je włożono. To nam tłumaczy owo równoznaczne istnienie w duszy tłumy najsprzecznijszych idei”. Le Bon, *Psychologia tłumy*, tłum. B. Kaprocki, Warszawa 1986, s. 59.

⁹⁰ A. Motycka, *Nauka a nieświadomość. Filozofia nauki wobec kontekstu tworzenia*, Fundacja na rzecz nauki polskiej, Wrocław 1998, s. 17–18.

⁹¹ Zob. A. Zybertowicz, op.cit., s. 130.

ślowych: nigdy przyszłość nie jest zupełnie wolna od – normalnej czy anormalnej – przeszłości, chyba że odrzuci ją, powodowana własnymi prawami swojej specjalnej struktury myślowej”⁹².

Przypisanie wydarzeniu statusu odkrycia zakłada istnienie wspólnego języka czy kodu znaczeń w ramach pewnej wspólnoty paradygmatycznej – jak twierdzi B. Siewierski. Inny, mniej oczywisty warunek stwierdza postrzeganie potencjalnego odkrycia jako w ogóle możliwego lub będącego do przyjęcia, co wydaje się przeczyć potocznie uznawanej wizji odkrycia naukowego jako czegoś zdecydowanie nowego i – w znacznym stopniu – nieprzewidywalnego. Percepcja faktu naukowego zakłada, że nawet wtedy, gdy odnosi się on do czegoś nieznanego, obiekt musi mieścić się w ramach tego, co możliwe i określone przez to, co P. Berger nazywa „strukturą wiarygodności”⁹³.

Konwergencję i dywergencję jako dwie tendencje w organizowaniu przestrzeni myślenia stylowego można przyrównać do dwóch obszarów wyróżnianych przez A. Zybertowicza w obrębie kultur. Pierwszy z nich jest wyznaczony przez treści potocznego doświadczenia społecznego, które podlegają przyswajaniu przez jednostkę w procesie socjalizacji. Drugi z tych obszarów stanowią jeszcze przez nikogo nie wyartykułowane treści, założenia, elementy kultury, choć są one jednak już określone, niejako „zadane” przez podstawowe założenia gier (grami są kultury) i wynikają z właściwych im mechanizmów⁹⁴. Do tego drugiego obszaru odnoszą się te elementy, które charakteryzują również dywergencyjność stylów myślenia. Używając zamiennie wspomnianej wcześniej terminologii i dla lepszego ugruntowania rozgraniczenia pojęciowego pomiędzy konwergencją i dywergencją można, jak sądzę, tę ostatnią tendencję odkreślić jako równoznaczną z redefiniowaniem gier kulturowych⁹⁵. Tendencja ta odnosi się nie tylko do sfery czysto poznawczej, lecz również wnika w wysiłkach eksplanacyjnych w obszar zagadnień społeczno-kulturowych, uwzględniając Fleckowskie spostrzeżenie o zależności myślenia od sfery aksjologicznej.

⁹² L. Fleck, *Powstanie...*, op.cit., s. 66–67.

⁹³ Zob. B. Siewierski, *Niektóre aspekty uprawomocnienia faktu naukowego. Próba podejścia socjologicznego*, [w:] Wojciech Świątkiewicz [red.], *Społeczny świat i jego legitymizacje*, Katowice 1993, UŚ, s. 49.

⁹⁴ Zob. A. Zybertowicz, op.cit., s. 129–130.

⁹⁵ W kontekście konstruktywistycznego modelu poznania, jak zaznacza A. Zybertowicz, pytanie o poznanie należy formułować następująco: „Jaki jest mechanizm wprowadzania w obręb kultury nowych definicji sytuacji? Jaki jest mechanizm ich instytucjonalizacji, tj. czynienia ich rutynowymi, standardowymi elementami pewnych praktyk życiowych? Epistemologiczne pytanie o poznanie przekształcone jest tu w socjologiczne zagadnienie mechanizmu redefinicji gier kulturowych”. *Ibidem*, s. 143.

Spór o rzetelność w zakresie doboru odpowiedniej aparatury do badania przestrzeni myślowych w historii medycyny można, jak sądzę, pojednać wspomnianym wcześniej założeniem o dwoistej „korpuskularno-falowej” naturze idei. Konsekwencją tego założenia byłoby przyznanie zróżnicowanego (sytuacyjnego) ujawniania się natury idei w różnych warunkach kolektywno-kulturowych. Natura korpuskularna charakteryzuje sytuację idei kluczowej, matrycowej dla danej przestrzeni myślowej (korpuskularność charakteryzuje ideę nie podlegającą modyfikowaniu). W tak zaprojektowanym pojęciu korpuskularności w odniesieniu do idei nie mieszczą się oddziaływania pomiędzy różnymi ideami, względnie oddziaływania te są bardzo przypadkowe, niejako nie zaprogramowane. Możliwa jest tu analogia, na przykład do sytuacji zapomnianego dzieła, książki, która przypadkowo może dostać się w ręce jakiegoś czytelnika. Korpuskularność ujawnia dystynktywność danej idei względem innych idei (podkreślenie rewolucyjności, bezwzględnej odrębności). Wydaje się wobec tego, że znacznie szerszym zakresem eksplanacyjnym legitymować się powinno pojęcie opisujące inną sytuację. Natura „falowa” idei charakteryzowałaby bowiem sytuację każdej idei nie przypadkowo oddziaływującej z ideą lub ideami innymi: interferującą zarówno w swojej genezie z ideami pre-kreatywnymi (interferencja pre-kreatywna), jak i w genezie idei post-kreatywnych (interferencja post-kreatywna i ewentualna możliwość wzbudzania procesów dywergencyjnych). Natura falowa idei odpowiadałaby również jej sile do sprawowania władzy nad faktami, czyli właściwościom konwergencyjnym lub dywergencyjnym danych idei, mówiąc jeszcze inaczej, ich właściwościom przestrzeniotwórczym. Falowość idei mogłaby, jak sądzę, rzetelnie ujmować proces stawania się (a nie trwania) idei uznawanych potocznie za „matrycowe”, czyli tych o naturze korpuskularnej, chociaż nie pozbawionych (już nie potocznie) cech falowych: tu z kolei możliwa jest analogia do sytuacji tworzenia dzieła literackiego i przedyskutowywania jej zawartości (interferencja pre-kreatywna) lub dużej poczytności już stworzonego dzieła, oddziaływującego na „umysły wielu” (na przykład „Dziady” A. Mickiewicza oddziaływujące na polską świadomość, w tym i na późniejsze zdarzenia twórcze, jako przypadek interferencji post-kreatywnej).

Są to nieco podobne intuicje, jakich doświadczał M. Foucault: w analizach dotyczących władzy i polityki dostrzegał nie tylko organy i instytucje państwowe, ale również „pole ważności”, które „rozpościera się pomiędzy tymi wielkimi maszynieriami, a samymi ciałami i ich materialnością i siłą”⁹⁶. Podobnie więc tak jak „te-

⁹⁶ M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komentant, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998, s. 28.

chnologii politycznej ciała” nie można umiejscowić w określonym typie instytucji ani w aparacie państwowym⁹⁷, tak też praktyki i wiedzy medycznej (technologii medycznej ciała) nie można sprowadzić (zredukować) do korpuskularnych, dystynktywnych teorii medycznych. Pomiedzy teoriami a konwergencyjnymi i dywergencyjnymi ideami medycznymi rozpościera się „grawitacyjne” pole ważności, nie uwzględniane w dotychczasowej refleksji historyczno-medycznej i do tego obszaru można odnieść pojęcie falowości, oddające charakter zarówno już w nim zachodzących, jak i ewentualnie możliwych oddziaływań.

Z powyższego może wynikać również swoista koncepcja historii idei medycznych jako swoistej gry z wyróżnialnymi zasadami: taktyką i strategią. M. Foucault badając technologię władzy, jej mechanizmy i rezultaty, umiejscawia ją na płaszczyźnie „mikrofizyki władzy”. Badanie tej mikrofizyki zakłada z kolei, że „sprawowanie władzy nie będzie pojmowane jako własność, ale jako strategia; że efekty dominacji przypisywane będą nie „zawłaszczeniu”, lecz dyspozycjom, manewrom, taktykom, działaniom; że odczyta się w niej raczej sieć nieustannie aktywnych stosunków, niż jakiś przysługujący na stałe przywilej; że jej modelem będzie prędzej nieustanna bitwa niż cesja lub podbój zawłaszczający jakąś domenę. [...] Zburzenie tych „mikrowładz” nie podlega prawu „wszystko albo nic”; nie osiąga się go raz na zawsze przez kontrolę nad aparatem czy przez nowe sposoby funkcjonowania instytucji czy ich destrukcje; każdy lokalny epizod tej walki wpisuje się do historii jedynie przez efekty, jakie wprowadza do ujmującej go całościowej sieci relacji”⁹⁸.

Do opisu korupuskularnej struktury myślowej mogłoby być przydatne pojęcie paradygmatu, ujmujące matrycowość i dystynktywność idei. Do wyjaśniania natomiast zmienności i oddziaływania idei we wszystkich fazach wyłaniania myśli nie może ono wystarczyć. Niezbędne jest, jak sądzę, w wyjaśnianiu falowej natury idei i przestrzeni przez te idee wyznaczonej (generowanej), pojęcie „style myślenia”, którego przydatność w badaniu historii medycyny została już wcześniej zasygnalizowana. W historii medycyny bardzo wyraźnie zaznaczają się obszary, w których unikanie wyjaśniania różnorodności oddziaływań pomiędzy często

⁹⁷ Technologia polityczna ciała jest według M. Foucaulta „rozproszona, rzadko kiedy ujmowana bywa w jakiś ciągły i systematyczny dyskurs; często składa się jedynie z luźno powiązanych elementów, a narzędzia i procedury, jakimi się posługuje, są bardzo różnorodne; zazwyczaj, mimo spójności uzyskiwanych rezultatów, jest tylko zestrojeniem wielu form”. Ibidem, s. 27–28.

⁹⁸ Ibidem, s. 28.

wieloma ideami może oznaczać niezrozumienie sensu historycznego w ogóle.

W opisie poznawczych zmagani człowieka można wyróżnić, zgodnie z wcześniejszymi uwagami, dwie rzeczywistości: wewnętrzną i zewnętrzną. Dialektyka przestrzeni, zwłaszcza tego, co „wewnętrzne” i „zewnętrzne”, przejawia się w wielu koncepcjach analizujących strukturę wyobraźni przestrzennej człowieka⁹⁹. Rzeczywistość wewnętrzna zagospodarowywana jest przez ludzkie poznanie i świat kulturowy. Rzeczywistość zewnętrzna jest w takim stopniu niemal całkowicie bezkształtna, że można jej przypisać tylko dwie cechy: po pierwsze stawia ona opór, czyli nie pozwala się dowolnie konceptualizować, po drugie jest podatna na „zagospodarowanie” przez poznanie i działanie¹⁰⁰. Analogicznie do tego rozróżnienia, konwergencyjna przestrzeń myślenia naukowego stanowi, jak sądzę, „wewnętrzną rzeczywistość, dywergencyjna jest zaś jej „rzeczywistością zewnętrzną”, wychyleniem poza krawędź danego stylu myślenia, patrząc oczywiście z perspektywy tego stylu. Określenie perspektywy patrzenia jest w badaniu historii idei naukowych niezmiernie istotne, np. z perspektywy stylu myślenia A idea x jest ideą konwergencyjną, generującą lub wzmacniającą przestrzeń myślenia A(X), czyli tworzącą właściwą temu stylowi charakterystykę genetyczną i funkcjonalną, idea y zaś jest ideą dywergencyjną, generującą przestrzeń myślenia Y(A/B), czyli wyłamującą się, przewyciężającą charakterystykę funkcjonalną, chociaż przynajmniej częściowo (pierwotnie) przynależną genetycznie do stylu A. Z perspektywy natomiast stylu B idea y może być uznawana za ideę konwergencyjną, generującą przestrzeń myślenia B(Y). Doskonale oddają tę właśnie sytuację słowa Goethego: „czyniąc pierwszy krok jesteśmy wolni, z następnym stajemy się poddanymi”¹⁰¹. Te poetyckie dwa kroki (w adekwatnym przekazie prozatorskim musiałyby być ich więcej) odzwierciedlają intuicję sytuacji dywergencyjnej: przejścia od stylu A do stylu B (często w filozofii nauki mówi się o takim przejściu jako o „przełomie” lub „przewrocie naukowym”¹⁰²). Teoretycznie opisana sytuacja: A(X)... Y(A/B)... B(Y) może mieć zastosowanie do badania przekształceń w obszarze

⁹⁹ Zwraca na to uwagę S. Symotiuł, *Intuicje przestrzeni w sztuce, nauce i filozofii*, „Studia Filozoficzne” 1985, nr 4(233), s. 72-73.

¹⁰⁰ Zob. A. Zybortowicz, op.cit., s. 151.

¹⁰¹ Cyt. za: Ibidem, s. 129.

¹⁰² Najczęściej oznacza to, że rozstrzygnięcia istniejące w ramach danego stanowiska czy teorii nie dają się uzgodnić z rozstrzygnięciami istniejącymi w obrębie teorii chronologicznie wcześniejszej. Konsekwencją tego jest, że argumenty jednego z tych stanowisk nie mogłyby być wykorzystywane w ramach tego drugiego. Charakter takiego „przewrotu naukowego” bardzo często określa się takimi kategoriami jak rewolucja czy też gwałtowne (nagłe) zerwanie.

myślenia stylowego, zwłaszcza kiedy styl B powstaje na gruncie stylu A, i dzieje się to w granicach jednego kręgu kulturowego.

Zgodnie z powyższym, przypatrując się historii medycyny i stosując takie narzędzie, jakim jest kategoria *style myślenia* uznać należy, że właściwą charakterystyką myślenia medycznego w procesie historycznym będzie ujawnienie „spacjalnych” jego właściwości, wytwarzanych przez idee zarówno konwergencyjne, dywergencyjne, jak i interferencyjne.

Dywergencja i kontynualistyczne wyłanianie się anatomopatologicznego stylu myślenia

Zaproponowaną koncepcję stylów myślowych można teraz odnieść do historycznego materiału i tu poszukiwać scharakteryzowanych teoretycznie właściwości i zależności idei.

Zainteresowanie anatomią w środowiskach zarówno akademickich, jak i pozaakademickich formowało pewien ukierunkowany sposób porządkowania przestrzeni myślowej, której ideą konwergencyjną była idea łączenia przyczyny choroby ze zmianami anatomicznej struktury ludzkiego ciała. Sama przyczyna choroby była spostrzegana w wyniku interferencji myślowej z ideami konkretnego stylu myślenia. Anatomiczne widzenie choroby było związane z zastosowaniem w praktyce zabiegów chirurgicznych. Było ono obecne zatem zarówno w czasach starożytnych, średniowieczu, jak i w okresie nowożytnym, interferując z konwergencyjnymi ideami poszczególnych stylów myślenia. Zgodnie z tym, to, co wydawało się być dostrzegane jako zmiana w strukturze organizmu, w galenowskim stylu myślenia korelowało z nieciągłością części homoiomerycznych lub zmianami w *mixis*. W teorii solidarnej szkoły metodyków łączyło się natomiast z ideą niewłaściwego stosunku wielkości atomów do wielkości porów (*status strictus* lub *status laxis*). W okresie Średniowiecza jeżeli obserwowano zmiany anatomiczne (czyli to, co uważano w stylowym „widzeniu” za nieprawidłowe), łączono je z nieczystością ciała i duszy. Wszystkie jednak te korelacje w stosunku do „widzianych” zmian anatomicznych nie miały charakteru pierwotnego. Oznacza to, że nie zmianom struktury anatomicznej przyporządkowywano chorobę, lecz zmiany te traktowane były jako jeden z możliwych przejawów zaburzeń pierwotnie nie związanych ze strukturą anatomiczną: anatomia nie konwergowała przestrzeni myślenia, lecz była jednym ze elementów konwergencyjnych przez idee tworzące „jądro” danego stylu. Proces prze-

suwania się idei anatomicznej przyczyny choroby w stronę centrum „stylowego” myślenia można obserwować już jednak od schyłku średniowiecza. Można bowiem wskazać tutaj na dzieło Benevieniego (ok. 1440–1502) i wyd. w 1507 roku, *De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis* zawierające opis przypadków chorób połączonych z obserwacjami zebranymi w wyniku sekcji zwłok, jako „przecucie” idei anatomicznej przyczyny choroby. Proces ten był jednak długotrwały. W XVII wieku Theophilus Bonetus w rozprawie *Sepulchretum* traktuje dziwnie wyglądające narządy jako miejsce procesów niepożądanych, czyli miejsce przyczyny choroby i samej choroby. Dywergencyjność, powolne wylanianie się nowego stylu myślenia, manifestuje się również w obserwacjach Stephana Blankaarta (1650–1702), który opisując w 1688 roku przypadki sekcji zwłok usiłował określić przyczyny chorób, które doprowadziły do zgonu. Jego wyjaśnienia opierały się jeszcze o „stary” styl humoralny, był on bowiem przekonany, że przyczynami zmian anatomicznych, jakie obserwował są zaburzenia dotyczące soków, zaburzenia te jednak miały być w odróżnieniu od idei humoralnych „przypisane” do konkretnego narządu lub narządów, chociaż jeszcze w tym czasie dosyć powszechne było przekonanie (i nie pozostawało to zapewne bez wpływu na Blaankarta), że człowiek choruje jako całość. Przesuwanie się idei anatomicznych w kierunku centrum konwergującego zaznacza się jednak coraz wyraźniej. W XVII wieku humoralne wyjaśnienia przyczyn chorób stopniowo zostają zastępowanie wyjaśnieniami anatomicznymi. Przykładem tego jest zastąpienie humoralnego poglądu, że zaćma w oku powstaje ze szkodliwej materii, spływającej z mózgu lub wznoszącej się od żołądka i następnie w oku tężejącej, przez przekonanie, że jest to choroba, której przyczyna powstaje wyłącznie w gałce ocznej, a jej lokalizacja dotyczy soczewki¹⁰³. Wspomniane przemieszczenie idei anatomicznych do centrum myślenia „stylowego” i ich wystąpienie w funkcji konwergencyjnej anatomopatologicznego stylu myślenia, w znaczeniu dokonanym, miało miejsce w badaniach G. B. Morgagniego (1682–1771), który w 1761 roku przedstawił sekcyjne obserwacje anatomiczne skorelowane z objawami znanymi jeszcze przed zgonem pacjenta. Istotne były wyprowadzone z tych obserwacji przez Morgagniego wnioski, że narządy

¹⁰³ Pogląd ten dojrzał w XVII wieku na tyle, że można było go na początku XVIII wieku przedstawić jako naukowy. Uczynił to Michael Brisseau (1676–1762) wyjaśniając w 1709 roku, że przyczyną katarakty jest zmetniała soczewka. Zob. E. Sienkowski, *Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX i XX wieku*, [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia medycyny*, wyd. II, s. 370.

nie pozostają ze sobą w ścisłym związku (chorować nie musi całe ciało) oraz że choroba zlokalizowana w danym narządzie ma w nim swoją siedzibę. Czyli że zmiana w obrębie tego narządu nie jest tylko objawem, ale również umiejscowieniem choroby. W *Traktacie o membranach*, opublikowanym w 1800 roku, X. Bichat (1771–1802) przedstawił pierwszą systematyczną koncepcję choroby jako fenomenu lokalnego. Nie postrzegano więc już choroby jako odrębnego bytu, który przejawiać się miał w różnych formach, i to w całym ciele. Identyfikacja choroby została skorelowana z konkretnym zaburzeniem, uaktywniając się w tkankach. Sekcje zwłok wykonywane celem weryfikacji teorii Bichata wykazały, że choroby w ciele rozprzestrzeniają się od tkanki do tkanki¹⁰⁴.

Poszerzenie perspektywy obserwacyjnej w medycynie a kulturowe uwarunkowania tendencji badawczych na przełomie wieków XVIII i XIX

Postrzeganie ludzkiego ciała z perspektywy anatomicznej i dostrzeganie tych elementów budowy ludzkiego ciała, które w humoralnym stylu myślenia nie były „widziane” (np. przewodów gruczołów ślinowych czy przewodów trzustki), interferowało z innym bardzo istotnym sposobem porządkowania rzeczywistości. Możliwość nowego postrzegania tworzywa ludzkiego ciała stworzyło uzbrojenie ludzkiego oka w mikroskop. Dzięki temu nastąpiło rozszerzenie perspektywy widzenia. Można było spojrzeć na ludzkie ciało i jego poszczególne części już nie tylko z zewnątrz, ale również wnikać w wewnętrzną, bardzo bogatą, jak dostrzeżono, strukturę. Długotrwały proces przemieszczania się mikroskopowej wizji świata, w tym również obrazu ludzkiego ciała, w

¹⁰⁴ Ten nowy pogląd na chorobę, jak pisze James Burke, „doprowadził do zerwania bezpośredniego związku pacjenta z lekarzem. Warunki w szpitalach sprzyjały jego izolacji. Lekarze szpitalni odgrywali teraz dominującą rolę, stali się elitą swego zawodu. Zmienił się także status pacjentów. W ogromnej większości byli to biedni, pozbawieni środków do życia żołnierze, a z racji wojskowego przeszkolenia przyzwyczajeni do przyjmowania rozkazów, którzy nie potrafili się wypowiadać. Leżeli w szpitalach tysiącami, bierni i posłuszni, poszturczeni i badani przez studentów, którzy mogli podchodzić do ich łóżek, kiedy tylko chcieli. Powszechną praktyką było wywieszanie przed szpitalem latarni zawiadamiającej, że zdarzył się jakiś interesujący przypadek lub ciąża, które można obejrzeć. [...] Jeżeli pacjent protestował przeciw stosowanej kuracji, zazwyczaj był bezzwłocznie usuwany ze szpitala. Jednakże większość pacjentów pochodziła z robotniczej biedoty, która mieszkała w opłakanych warunkach w domach tak przepełnionych, że publiczne oddawanie moczu, defekacja i spółkowanie było dla nich czymś normalnym. Konieczność rozebrania się do naga przed studentem nie wywoływała więc na ogół żadnych sprzeciwów, co znacznie ułatwiało nauczanie”. J. Burke, *Osiem stopni wtajemniczenia...*, s. 271–273.

XVII i XVIII wieku w kierunku „jądra” (centrum) generującego stylowe myślenie, zaowocował pod koniec XVIII wieku i w wieku XIX wyodrębnieniem się histologicznego stylu myślenia. Na wspomniane przemieszczenie zapewne nie bez wpływu pozostawała ogólnokulturowa tendencja okresu oświecenia do racjonalistycznego, materialistycznego i ściśle naukowego postrzegania rzeczywistości. Tu zaznaczają swoją obecność również „wzorce kultury” jako elementy wpływające na kształtowanie się stylów myślenia.

J. Burke sugeruje, że na zainteresowanie mikroskopowym obrazem ludzkiego ciała miała wpływ filozofia F. Schellinga, a pośrednio również i I. Kanta. Lekarze dostrzegali w Kancie wroga dogmatu, pełni nadziei, że poprowadzi on ich ku pewności i skuteczności osiąganey dzięki rozumowi. Kant jednak poprowadził ich jeszcze dalej, głosząc, że rozumienie świata jest możliwe dzięki temu, że w umyśle istnieją już wcześniej pewne idee: czasu, przestrzeni, przyczynowości, działające podobnie jak matryca, w której muszą zmieścić się wszelkie wrażenia. Kant stwierdził zgodnie z tym, że nie istnieją prawa natury samej w sobie – to formy istniejące w ludzkim umyśle kształtują bezładne dane natury. Nauka jest sposobem usystematyzowania zjawisk w taki sposób, aby umożliwić jak najbardziej klarowne ich zrozumienie oraz ich wzajemny związek. Naukę można zatem sprowadzić do niewielkiej liczby zasad funkcjonujących w każdych okolicznościach. Schelling, profesor medycyny w Bambergu, rozwinął te idee w system myśli filozoficznej określanej jako *Naturphilosophie*, który to system wywarł istotny wpływ na nurt romantyczny i naukę euorpejską. Schelling postanowił bowiem odkryć kilka tych fundamentalnych zasad, wierząc, że człowiek tworzył pierwotnie z naturą jedność, jednak wykształcając zdolność myślenia, stopniowo się od niej odsunął. Celem myślenia powinna być zatem eliminacja sztucznej, „refleksyjnej” przepaści między człowiekiem i naturą. W zrozumieniu tej „jedności wszystkiego” leży wspólna wszystkim stworzeniom tajemnica życia. Schelling był przekonany, że obszarem badań, po którym można najrychlej spodziewać się odsłonięcia owej tajemnicy, jest medycyna. W 1805 roku napisał: „Nauka medyczna jest koroną i zwieńczeniem wszystkich nauk naturalnych, tak jak życie organiczne, a w szczególności ludzki organizm jest zwieńczeniem stworzenia”. Musi istnieć kilka podstawowych, prostych praw, które można byłoby poznać dzięki obserwacji, a które pokazałyby, czym jest fundamentalna siła życiowa. Marzenie o odnalezieniu tej siły pobudziło niemiecką medycynę do skupienia się przez następane

czterdzieści lat na zjawiskach mikroskopowych, ze szkoda, jak uważa Burke, dla pozostałych obszarów badań¹⁰⁵.

Ideą konwergencyjną stylu histologicznego była idea uporządkowanej i zrationalizowanej tkankowej budowy ludzkiego ciała. Terminu „tkanka” użył po raz pierwszy wspomniany wcześniej Marie F. Xavier Bichat (1771–1802), znany ówczesny francuski anatom i chirurg, z przekonania witalista. Bichat, chociaż mikroskopu używał niezwykle rzadko, wyróżniał 26 rodzajów tkanek¹⁰⁶. Wyróżnienie tylu różnych rodzajów tkanek przez Bichata, przy marginalnym jednak udziale techniki mikroskopowej, można wyjaśnić konwergencyjną siłą stylu anatomopatologicznego nakazującego badaczowi stawiać takie pytania, jak chociażby to: „Czymże bowiem jest obserwacja, jeżeli nie będzie się dostrzegać miejsca schorzenia?”¹⁰⁷. Podobnie, jak nie istnieje czynność bez narządów, w tym stylu myślenia niemożliwe jest również istnienie choroby bez umiejscowienia. Można dopatrywać się tu również pewnego wpływu sensualizmu filozoficznego. Etienne Condillac, który uważał, że świat można zrozumieć tylko przy założeniu, że podstawowymi danymi poznawczymi są wrażenia, wszystkie zaś idee i zdolności rozumienia stanowią związki idei prostych, te natomiast są efektem wrażeń odkrywanych poprzez analizę idei złożonych: *Penser c'est toujours sentir* (Myśleć znaczy czuć)¹⁰⁸, był bliski nauczycielowi Bichata – Philippowi Pinelowi, jednemu z pierwszych przełożonych paryskiej szkoły École de Santé. Pinel w pracy zatytułowanej *Filozoficzna klasyfikacja chorób, czyli zastosowanie analizy w medycynie* stwierdzał, że koncepcja choroby oparta na samym jej zewnętrznym obrazie (fenomenie), nie jest właściwa. W celu zrozumienia, poznania choroby niezbędna staje się obserwacja kliniczna, pozwalająca dotrzeć do źródeł choroby umiejscowionych w konkretnych narządach. Analiza taka nie zadowalała jednak uczniów Pinela, zwłaszcza Bichata, który zastosował elementarną analizę Pinela do statycznej struktury ciała. Stanowiło to mniej skomplikowane zadanie, aniżeli badanie żywego organizmu. Bichat mógł sądzić, że owym prostym nierozkładalnym elementem, o którym mówił Condillac, jest tkanka. Zaczął więc „widzianą” tkankę badać na różne sposoby. Najpierw przykrawał ją do postaci włóknistej, następnie badał jej reakcje

¹⁰⁵ Ibidem, s. 262–263.

¹⁰⁶ Zob. E. Miętkiewski, *Rozwój nowożytnych nauk morfologicznych i fizjologicznych*, [w:] T. Brzeziński [red.], op.cit., wyd. I, s. 273.

¹⁰⁷ X. Bichat, *Anatomie generale appliquée a la physiologie et a la médecine*, vol. 1–3, Paris 1801, cyt. za: R. W. Gutt, *Historia patologii w XIX wieku*, Gdańsk 1972, PAN – Zakład Historii Nauki i Techniki, s. 14.

¹⁰⁸ J. Burke, *Osiem stopni...*, op.cit., s. 261–262.

podczas gnicia, gotowania, moczenia, pieczenia, działania kwasów lub zasad. Mniej jednak interesował się składem chemicznym tkanki, aniżeli jej „organizacją” i „charakterem”. Postrzegał tkankę jako źródło prostej, zmysłowej informacji i wyróżnił ostatecznie różne jej rodzaje, między innymi: tkankę komórkową, nerwową, skórną, naskórkową, płucną, tętniczą, żylną, kostną, szpikową, chrząstkową, mięśniową, śluzową, surowicową, chłonna, włóknistą, włóknisto-chrząstkową¹⁰⁹. Zgodnie z anatomopatologicznym „ciążeniem” konwergencyjnym, J. B. Bouillaud stwierdził: „ustalenie siedziby choroby, jej lokalizacja, to jedno z najpiękniejszych zwycięstw nowoczesnej medycyny”¹¹⁰.

Na idee anatomopatologiczne, ideę tkankowej budowy ludzkiego ciała oraz uprzednią specjalizację badań anatomicznych, można wskazać jako na czynniki, które przyczyniły się do wyodrębniania się w XIX wieku ze względnie jednolitego „pnia” medycyny (ewentualnie „pni”: medycyna wewnętrzna i chirurgia) specjalności pokrewnych. Proces ten dotyczył zarówno medycyny wewnętrznej, jak i chirurgii: dystynkcja tych dwóch głównych obszarów medycznych stawała się sytuacją widoczną już co najmniej w okresie średniowiecza. Można, jak sądzę, postawić tezę, że poszerzenie perspektywy widzenia ludzkiego ciała i dostrzeżenie wielu „nowych” szczegółów (mikroskop), jak i „nowe” możliwości interpretacji zjawisk życiowych i chorobowych (techniki chemiczne) wraz z konwergencyjną ideą stylu anatomopatologicznego stworzyły w dziewiętnastowiecznej medycynie nastawienie dyfrakcyjne. Bardzo istotne było, jak sądzę, przeładowanie obrazu ludzkiego ciała wieloma szczegółami mogącymi zacierać oczywistą wcześniej wizję całości. Wymuszać to mogło ucieczkę w mniejszy, lecz wyobrażeniowo znacznie bardziej dostępny, obszar wiedzy i sztuki medycznej. To nastawienie dyfrakcyjne mogło zadecydować o wyodrębnianiu się wielu nowych specjalności medycznych. Jak podkreśla bowiem współczesny historyk medycyny R. W. Gutt: „Zarówno postępy chemii, jak i mikroskopii znalazły wśród klinicyстів wielu entuzjastów obok zatwardziałył konserwatyistów, przeciwnych jakimkolwiek nowościom”¹¹¹ dalej zaś pisząc: „Nowe spostrzeżenia i mnożące się odkrycia powodowały, że coraz częściej lekarze skupiali swą uwagę na jednej wybranej dziedzinie chorób wewnętrznych. Początkowo były to tylko szczególne zain-

¹⁰⁹ Ibidem, s. 270–271.

¹¹⁰ J. Bouillaud, *Philosophie médicale*, Paris 1831, s. 259, cyt. za: R. W. Gutt, *Historia patologii w XIX wieku*, op.cit., s. 14.

¹¹¹ R. W. Gutt, *Rozwój klinicznej medycyny wewnętrznej i specjalności pokrewnych*, [w:] T. Brzeziński [red.], op.cit., wyd. II, s. 325.

teresowania, przy jednoczesnym uprawianiu całej medycyny wewnętrznej, później, a zwłaszcza w czasach nam współczesnych, ograniczenie zainteresowań do jednego układu i związanej z nim patologii. [...] Głoszona współcześnie idea medycyny holistycznej jest niejako odpowiedzią na zbyt wąskie, narządowe, a nie całościowe traktowanie istoty ludzkiej¹¹². „Narządowe” traktowanie istoty ludzkiej było jednak koniecznym warunkiem anatomopatologicznego stylu myślenia i jego, zwłaszcza dziewiętnastowiecznych, pochodnych.

Warto również zauważyć, że „przecucie” odrębnych umiejętności w sztuce medycznej istniało już w starożytnym, egipskim stylu myślenia: lekarz oczu, lekarz jelit itp. Można byłoby również i tutaj dopatrywać się pewnych związków pomiędzy istnieniem staroegipskich „specjalizacji” a anatomią, która była dostrzegana i uświadamiana w procesie przygotowywania do mumifikacji i mumifikowania zwłok. Związek ten w odniesieniu do idei prenowożytnych można tłumaczyć przez pojęcia praidei.

J. Burke dostrzega, można tak powiedzieć „wzorcowo-kulturowe, uwarunkowania nastawienia badawczego na przełomie XVIII i XIX wieku twierdząc, że Francuzów bardziej aniżeli Niemców interesowało praktyczne zastosowanie teorii medycznych i filozoficznych, w związku z czym nie ulegli oni obsesji badania tajemnic wszechświata kosztem pacjenta. Swoją ciekawość natomiast skierowali w inną stronę, koncentrując się na dokładnej obserwacji i analizie dostępnych zmysłom danych. Takie nastawienie wynikało głównie z medycznych, społecznych i intelektualnych przemian związanych z wydarzeniami rewolucji 1789 roku. W czasie rewolucji wszystkie organizacje lekarskie zostały przymusowo zamknięte i we Francji zapanowała medyczna anarchia. Lekarze, jako w większości należący do klas wyższych musieli zostać poddani reedukacji. W hierarchii społecznej awansowali natomiast chirurdzy, dotąd uznawani za rzemieślników. Jeszcze przed zburzeniem Bastylli w 1743 roku uzyskali oni prawo wstępowania na uniwersytet, gdzie mogli otrzymać stopień magistra i prawo do tytułu doktora. Spotkało się to z gwałtownym protestem ze strony lekarzy, którzy starali się jak mogli, aby chirurgom wolno było uprawiać ich fach tylko w szpitalach, gdzie leczono biedotę. Uniwersytecki wydział medycyny dawał im radę: „Niech szpitale służą ci za biblioteki, a trupy za książki”. Gdy po rewolucji wybuchły wojny, we Francji było więcej chirurgów niż lekarzy. Liczebna przewaga chirurgów w czasach, gdy byli

¹¹² Ibidem, s. 339.

oni najbardziej potrzebni, stanowiła bardzo istotny czynnik wspomnianych wcześniej „wzorcowo-kulturowych” przemian w medycynie. Znajomość anatomii dawała chirurgom istotną przewagę nad lekarzami¹¹³.

Przekształcenia kulturowe mogły mieć znaczący wpływ na wyłonienie się niektórych specjalizacji medycznych, jak chociażby pediatrii. W czasach starożytnych, jak i w Średniowieczu, zainteresowanie zdrowiem dziecka było minimalne. W dziełach lekarskich Hipokratesa, Soranosa (II wiek przed Chr.) czy Awicenny występują jedynie pojedyncze rozdziały bądź wzmianki dotyczące ówczesnego postrzegania nawet nie tyle chorób dziecka, ile jego pielęgnacji w pierwszym okresie życia, pisane przy okazji omawiania ciąży i porodu. Dzieło, które wyszło spod pióra Rhazesza, noszące w późniejszym przekładzie łacińskim tytuł: *Capitulum de curis puerorum in prima aetate* (*Rozprawa o leczeniu dzieci w pierwszym okresie życia*), dotyczyło głównie karmienia i pielęgnowania niemowląt¹¹⁴.

W społeczeństwie średniowiecznym, jak wynika to z analiz Philippe'a Ariеса, nie istniało poczucie specyfiki dzieciństwa: „Świadomość dzieciństwa to nie to samo, co czułość dla dzieci; mieć świadomość dzieciństwa, to zdawać sobie sprawę z odrębności dziecka, które w zasadniczy sposób różni się od młodego nawet dorosłego. Otóż takiej świadomości nie było. Gdy tylko dziecko mogło obejść się bez stałej opieki matki, piastunki czy niani, wchodziło w świat dorosłych i nie wyróżniało się w nim niczym osobliwym. [...] Samo słowo, dziecko, nie miało wtedy tak wąskiego jak dziś znaczenia; mówiło się «dziecko», tak jak dziś w języku potocznym mówi się gars (chłopak, facet). Nieokreśloność wieku występowała wyraźnie w każdej aktywności społecznej: w zabawie, w pracy, w wojsku. [...] Dziecko zupełnie malutkie, zbyt delikatne, żeby się mieszać z dorosłymi, nie liczy się”¹¹⁵. Nie dostrzegano w dziecku przyszłej dorosłej osoby. Za wiele ich umierało „odumierają mnie wszystkie w kołysce”, tak pisał Montaigne, powszechnie zaś, tak jak i francuski myśliciel, nie dostrzegano w dziecku „poruszeń duszy ani wyraźnego kształtu ciała, przez który mogłyby się stać lube [...]”¹¹⁶. Taka postawa wobec dzieciństwa nie zanikła w XVI i XVII wieku. Od czternastego stulecia jednak, w sztuce, ikonografii, kulcie zmarłych, za-

¹¹³ J. Burke, *Osiem stopni wtajemniczenia...*, op.cit., s. 263-264.

¹¹⁴ Zob. R. W. Gutt, *Rozwój klinicznej medycyny wewnętrznej i specjalności pokrewnych*, [w:] T. Brzeziński [red.], op.cit., wyd. II, s. 330.

¹¹⁵ Ph. Aries, *Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w dawnych czasach*, przeł. Maryna Ochab, Gdańsk 1995, Wyd. Marabut, s. 130-131.

¹¹⁶ M. Montaigne, *Próby*, II, i, tłum. T. Żeleński (Boy), Warszawa 1957, s. 71.

znacza się tendencja do podkreślania w poetycki bądź familiarny sposób osobowości dziecka i jego odrębności. Pojawienie się mody na dziecięce portrety może świadczyć o utracie przez dzieci anonimowości, na którą, według Ph. Ariesa, skazywały je nikłe szanse na przeżycie. Znamienne, że w czasach „demograficznego marnotrawstwa” odczuwano potrzebę utrwalenia rysów dziecka, zarówno tego, o którym sądzono, że będzie żyć, jak i tego, które umrze. Portrety zmarłych dzieci świadczą o tym, że przestano je traktować jako nieuchronną stratę¹¹⁷.

W XVI i XVII wieku poczucie odrębności dziecka pojawiało się w wyższych warstwach społeczeństwa. Przejawem tego był specjalny strój wyróżniający je od dorosłych. W społeczeństwie, dla którego formy zewnętrzne i ubiór posiadały duże znaczenie, wyspecjalizowany strój dla dzieci, zwłaszcza chłopców, świadczył o głębokiej przemianie stosunku do nich¹¹⁸. W tekstach z końca XVI i XVII wieku występuje wiele uwag na temat umysłowości dziecka i dostosowania do niej metod nauczania. Autorzy troszczą się o dzieci, bo mają one w sobie czystość chrztu, są podobne aniołom, umiłowane przez Chrystusa. Akcent położony jest na surowość wychowania, przeciwieństwo rubasznych i swobodnych obyczajów. Pod koniec wieku siedemnastego wychowawcy starają się jednak godzić łagodność z rozsądkiem. Według opata Goussault: „spoufalając się z dziećmi, rozmawiając z nimi o wszystkim, traktując je jak ludzi rozumnych i pozyskując sobie łagodnością, niezawodnie uczynimy z nich to, co chcemy. Dzieci są jak młode rośliny, które trzeba pielęgnować i często podlewać. W porę dana rada, dowody czułości i przyjaźni w stosownym czasie, wzruszają i zaskarbiają młode serce”¹¹⁹.

W okresie średniowiecza, na początku epoki nowożytnej i jeszcze znacznie później, w niższych warstwach społeczeństwa dzieci żyły pospołu z dorosłymi; gdy tylko uznawano, że mogą się obejść bez pomocy matek czy piastunek, niewiele lat po odstawieniu od piersi, mniej więcej od siódmego roku życia, wkraçały one do wielkiej ludzkiej wspólnoty, z młodymi i starymi przyjaciółmi dzieliły prace i zabawy. Pęd życia zbiorowego zagarniał niczym fala ludzi w różnym wieku i różnego stanu, nie dając nikomu czasu na samotność i intymność. Jak stwierdza Ph. Aries: „Cywilizacja średniowieczna zapomniała o paidei starożyt-

¹¹⁷ Ph. Aries przemiany te śledzi na przykładzie putta, portretu dziecięcego i wizerunku dziecka przedwcześnie zmarłego. Zob. Ph. Aries, *Historia dzieciństwa*, op.cit., s. 49-55.

¹¹⁸ Ibidem, s. 131.

¹¹⁹ Goussault, *Le portrait d'une honnête femme*, 1693, cyt. za: ibidem, s. 136.

nych, a nie miała jeszcze pojęcia o edukacji nowożytnej. Dziś nasze społeczeństwo zależy – i wie o tym, że zależy – od swego systemu kształcenia. Ma taki system, ma koncepcje oświaty i jest świadome jej znaczenia. Nowe gałęzie nauki, takie jak psychoanaliza, pediatria czy psychologia, badają problemy dzieciństwa, a ich wskazówki docierają do rodziców za sprawą obszernej literatury popularnonaukowej. Fizyczne, moralne i seksualne problemy dzieciństwa stały się obsesją naszych czasów. Cywilizacja średniowieczna nie miała takich zmartwień: dziecko odstawione od piersi stawało się rychło naturalnym towarzyszem dorosłego¹²⁰.

Powstanie pediatrii jako odrębnej specjalności medycznej nastąpiło w początkach XIX wieku. Jako ideę dyfrakcyjną, indukującą wyłanianie się tej specjalności, wskazać można ideę Rousseau nakazującą w ogóle zajmować się dzieckiem. We Francji w okresie porewolucyjnym wystąpiła szczególna makrokulturowa tendencja do zajmowania się pokrzywdzonymi, słabymi. Przy próbach rozwiązywania różnych problemów społecznych zainteresowano się również sprawą zakładania osobnych szpitali dla dzieci. Pierwszy taki szpital z 300 łózkami otwarty w Paryżu w 1802 roku, powstał z przekształconego domu dla sierot i podrzutek. Szpital ten przeznaczony wyłącznie dla dzieci stworzył podwaliny nieco późniejszej pediatrii klinicznej. Za przykładem Francji podażyły również inne kraje. W Petersburgu powstaje szpital dla dzieci z 60 łózkami w 1834 roku, w Wiedniu natomiast mały szpital prywatny dla dzieci w 1837 roku, w którym po rozbudowie powstała w 1850 roku klinika pediatryczna¹²¹. Otwarcie szpitali dziecięcych miało zasadnicze znaczenie dla wyodrębnienia się pediatrii jako specjalności lekarskiej, ponieważ szpitale stały się ośrodkami skupiającymi i kształcącymi pediatrów¹²². Na rozwój pediatrii na ziemiach polskich miała zapewne wpływ myśl Jędrzeja

¹²⁰ Ph. Aries, *Historia dzieciństwa*, s. 235–236.

¹²¹ Zob. Wł. Szumowski, *op.cit.*, s. 634.

¹²² W Polsce pierwsze łóżka dla dzieci wyodrębniono w krakowskiej klinice położniczej w 1831 roku, zaś pierwszy szpital dziecięcy powstaje w 1845 roku we Lwowie, następne w Krakowie w 1865 roku, w Warszawie w 1869 roku, w Łodzi w 1905 roku oraz w Lublinie w 1911 roku. W 1865 r. powstaje pierwsza w Polsce, a czwarta na świecie, katedra pediatrii z pierwszym na ziemiach polskich wykładowcą pediatrii Maciejem Jakubowskim (1837–1915) od 1874 r. prowadzącym również klinikę pediatryczną. Pierwsza katedra tej specjalności powstała w 1845 roku w Sztokholmie, kolejne w Wiedniu (1850), Nowym Jorku (1860), Krakowie, Berlinie (1875), zaś w inicjującym zainteresowanie dzieckiem Paryżu dopiero w 1879 roku. Zob. R. W. Gutt, *Rozwój klinicznej medycyny wewnętrznej i specjalności pokrewnych*, [w:] T. Brzeziński [red.], *op.cit.*, wyd. II, s. 332.

Śniadeckiego, interferująca z ideami J. J. Rousseau, a wyrażona w 1805 roku w dziele pt. *Uwagi o fizycznym wychowaniu dzieci*. Śniadecki w swoich ideach stworzył podwaliny racjonalnego wychowywania dziecka, zwracając uwagę na właściwą pielęgnację, sposób odżywiania, ubierania, korzystne działanie ćwiczeń fizycznych na rozwój dziecka. Omawiał zagadnienia wychowania, analizował przyczyny bardzo dużej śmiertelności w domach dla podrzutków i sierot, przywiązując duże znaczenie do higieny, profilaktyki oraz zwalczania różnych przesądów¹²³

Nie ulega wątpliwości, że dostrzeganie odrębności wieku dziecięcego i związanych z tym problemów medycznych było uwarunkowane w podstawowym stopniu przekształceniami w obrębie wzorców kulturowych. Wyodrębnianie się pediatrii w nieco późniejszej fazie związane było jednak również z upowszechnianiem metod badania klinicznego oraz rozwojem patomorfologii. Wyrazem tego może być dzieło czeskiego lekarza Alojzego Bednařa wydane po niemiecku w 1850 roku: *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*, oparte na badaniach anatomopatologicznych. Po „wzorcowo-kulturowym” wyodrębnieniu pediatrii zaczęła ona podlegać podobnym „naciśkom stylowym”, jakim podlegała medycyna dorosłych, a więc dyfrakcji przez idee anatomopatologiczne, chemiczne i mikroskopowe.

Przemiany stylów myślenia na przykładzie ewolucji poglądów na budowę i funkcję oka

Potocznie uważa się Andreasa Vesaliusa (1514–1564) za tego, który zerwał z tradycją Galena i jego „błędna” anatomia¹²⁴. Jeżeli jednak przyjrzymy się wesaliuszowskiej „wizji” oka, takie mniemanie powinno bez wątpienia zostać zachwiane. Wesaliusz, który sekcje wykonywał nie na materiale zwierzęcym, tak jak Galen, lecz na zwłokach ludzkich, mając do dyspozycji rysunki znakomitego malarza Johanna de Kalkara (ucznia Tycjana), zachowuje pojęcie Galena o siedmiu mięśniach ocznych łącznie z nie występującym u człowieka *retractor bulbi* oraz co

¹²³ Zob. *Rys historyczny pediatrii*, [w:] St. Nowak, St. S. Nowak, *Propedeutyka pediatrii*, s. 7–8.

¹²⁴ Według Galena nerw wzrokowy jest przedziurawiony, a płyn nerwowy, krążący w mózgu, przepływa swobodnie do oka i otacza ciało lodowate – soczewkę, która jest narządem widzenia. Na soczewce rysuje się obraz prosty oglądanych przedmiotów (jest to konwergencja humoralna: ciecz jako zasada strukturalna i funkcjonalna). Oko składa się z czterech błon, trzech cieczy i sześciu mięśni, które powodują jego ruchy. Otoczone jest błonami okołocznymi i nigdzie nie styka się bezpośrednio z kością.

ważniejsze ideę soczewki jako umiejscowionej pośrodku gałki ocznej¹²⁵. *Retractor bulbi* został usunięty z anatomii ludzkiego oka dopiero przez ucznia Vesaliusza – Gabriele Fallopio (1523–1562). Nie jest to jednak konwergencja humoralna (jak u Galena), potoczne „zerwanie” wyraża się bowiem w przekonaniu Vesaliusza tym, iż soczewka oczna powiększa, podobnie jak soczewka szklana, zaś barwa tęczy oka nie zależy od płynów, lecz od barwnika i że głównym narządem widzenia jest nie soczewka, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa siatkówka¹²⁶.

Podobnie jak Vesaliusz – a więc, że soczewka nie jest *primum visibile*, ale tylko przepuszcza piramidę świetlną na rozgałęzienie nerwu wzrokowego – twierdził Franciscus Maurolycus (1494–1577). W dziele zatytułowanym *Photismi de lumine et umbra* (1575) pisał, że krótkowzroczne są oczy, których soczewka jest za silna, dalekowzroczne zaś te, których soczewka jest za mało wpuklona. Występuje tutaj dywergencja względem wcześniejszej idei krótkowzroczności jako „słabości ducha wzroku”. Poprawa krótkowzroczności szklami wklęsłymi również nie została zapoczątkowana nagle. Jeszcze zanim wydane zostało dzieło Maurolycusa, bo już około 1517 roku Rafael Sanctio namalował papieża Leona X Medici z wklęsłą soczewką w lewej ręce.

Drugą istotną ideą, „uświadomioną” w okresie Renesansu, była idea oka jako ciemni optycznej. Ideę tę realizowała nie tyle twórczość Vesaliusza, który około 1543 roku jedynie o niej wspomina, czy twórczość Maurolycusa, lecz chronologicznie wcześniejsze dokonania Leonardo da Vinci (1452–1519). L. da Vinci opisywał odbicie przedmiotów wewnątrz oka w płynie białkowym. Dopiero Felix Plater (1536–1614) opisał w 1583 roku oko z wykorzystaniem obydwóch idei: „[...] Krystaliczny płyn soczewkowy jest zwierciadłem dla nerwu wzrokowego i przede wszystkim, jako

¹²⁵ W. H. Melanowski „przejęty” progresywnym modelem rozwoju nauki stwierdził, że A. Vesalius „Po 5-letnich studiach jako wykładowca napisał dzieło *De fabrica humani corporis* (1543), w którym zerwał z tradycją Galena, słusznie uważając dawną anatomię za błędną, bo opartą w najlepszym razie na materiale zwierzęcym. Sam natomiast korzystał z sekcji zwłok ludzkich, co zresztą, chociaż miał do dyspozycji rysunki znakomitego malarza Johanna de Kalkara, ucznia Tycjana, nie uchroniło go od przedstawienia oka ludzkiego z szeregiem dawnych błędów”. Ibidem, s. 81. „Dawne błędy” przeczą „zerwaniu” wydając się być zaburzeniami w wyjaśnianiu budowy i funkcji oka. W konwergencyjno-dywergencyjnym wyjaśnianiu historii idei medycznych „dawne błędy” potwierdzają słuszność kontynualistycznego ujęcia „przewrotu naukowego”.

¹²⁶ Badania Vesaliusza i fakty, które ogłaszał przysporzyły mu wielu przeciwników, był nim również jego dawny nauczyciel Jacques Dubois (Sylwiusz). Oburzony atakami Vesaliusz spalił rękopisy i wyjechał z Padwy. Zmuszono go również do odbycia pielgrzymki do Jerozolimy. Zob. ibidem, s. 81, także: O. Munk, *Conceptions of dynamic accommodation in vertebrate eyes: from the 17th to the early 20th century*, Copenhagen 1996.

umieszczony w otworze źrenicznym, zbiera obrazy wpadające do oka, przyjmuje dla całej siatkówki i odbija jak w zwierciadle [...]”¹²⁷. Na dywergencyjność rodzącego się nowego ujęcia oka wskazują także poglądy Giambattisty della Porty (1538–1615), który chociaż porównywał oko, podobnie jak Leonardo da Vinci, do ciemni optycznej, jednak nie akceptował jeszcze odbicia „siatkówkowego”, twierdząc, że obrazy odbijają się na tylnej powierzchni soczewki. Della Porta wskazywał jednocześnie na możliwość stosowania wypukłych szkieł w starczym osłabieniu wzroku, zaś szkieł wklęsłych w upośledzeniu widzenia nie związanym ze starością¹²⁸. W stanowisku tego uczonego zaznacza się pośredni etap w przemianie dywergencyjnej obrazu oka. Mikroprzemiana zaznacza się tutaj przez zaakceptowanie tylko jednego z pary przekonania współtworzących „przewrót” w wyjaśnianiu funkcji oka.

Na kontynualistyczną cechę zmiany w nauce o oku mogą wskazywać również dokonania Georga Bartischa (1535–1606), autora pracy *Ophthalmouoleia* (1583). W przedmowie tego dzieła można bowiem odnaleźć ideę interferującą ze średniowiecznym wyobrażeniem choroby: „[...] Bóg karze człowieka za grzechy ślepotą, ale daje mu też środki lecznicze i sztukę lekarską. Człowiek ślepy – to nędzarz [...] Okulista powinien pochodzić od pobożnych rodziców, być pobożnym, uczyć się łaciny, być cyrulikiem, mieć zdrowe oczy i ręce itp.”¹²⁹. Idea budowy oka bardzo wyraźnie interferuje tu z ideą wesaliuszowską. Sposoby wyjaśniania przyczyn chorób interferują zaś ze stylem humoralnym. Do przyczyn upośledzenia wzroku G. Bartisch zaliczał: „[...] nieodpowiednie jedzenie, a zwłaszcza raki, boby, jagody [...] Szkodliwy też jest pobyt w ciemności, silne światło, szczególnie odbite od śniegu [...] czytanie zbyt drobnego druku [...] ogólna słabość, szczególnie od nadmiernego puszczania krwi [...] picie mocnego wina [...]”¹³⁰. Uważa on jednocześnie za bezzasadne twierdzenie, że zaćmę może wywołać spożywanie lub kąpiel w wodzie, którą pił szpak. W przekonaniu Bartischa zaćma jest powodowana przez płyn zapalny ściekający z opon mózgowych do oka między *retina et se-*

¹²⁷ Cyt. za: W. H. Melanowski, op.cit., s. 82. Władysław H. Melanowski zauważa jednocześnie kontynualistyczną cechę „przewrotu naukowego”, stwierdzając: „Widzimy więc, jak stopniowo była torowana droga do optyki Johana Keplera i jaką przesadą jest twierdzenie, że optyka zaczęła się od Keplera. Zwłaszcza nie mają prawa sądzić tak ci, którzy wszelkimi siłami odrzucili, i to zupełnie niesłusznie, autorytet Witela. Ibidem, s. 82.

¹²⁸ Ibidem, s. 95.

¹²⁹ Bartisch przy okazji omawiania zaćmy, którą konsekwentnie postrzega jako karę za grzechy, ilustruje to starotestamentalnym przykładem Tobiasza. Cyt. za: Ibidem, s. 88.

¹³⁰ Cyt. za: Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 88.

cundina, ale również przez krew pochodzącą z „zatwardziałego” żołądka, wątroby i śledziony, ze złego pożywienia, od nadmiernego płaczu, zatrzymania kaszlu, spermy itd. (wyraźna konwergencja humoralna), a także poprzez uraz. Zaćma, której przyczyna pochodzi z żołądka bądź głowy upośledza widzenie tylko okresowo, na przykład w czasie pełni księżyca lub w czasie nowiu. Zaćma natomiast pochodząca z mózgu ma dużo cięższe następstwa, upośledzenie wzroku zaś narasta¹³¹. Zaćmę dzielił on na białą, szarą, błękitną, zieloną oraz żółtą. Do dojrzewania zaćmy szarej wystarcza okres czterech miesięcy. Zaćma błękitna występuje u osób kompleksji melancholijnej. W jej leczeniu użyteczny jest zwłaszcza napar z liści róży, tojadu (*Aconitum*), śladu (*Althea off.*), a także kolendra. Zaćma zielona: jej wystąpienie związane jest z przewagą humorów cholerycznych i w przekonaniu Bartischa powinna być leczona płynem czyszczącym z senesem lub zmywaniem głowy naparem z kwiatu lipowego lub z ruty. Zaćmę żółtą zaleca leczyć powidełkami z miodu z angeliką, pietruszką, kubebą lub anyżem. Wcześniej, jeżeli stosowano chirurgiczne usunięcie zaćmy, dokonywano tego zwykle po siedmiu latach niewidzenia. Bartisch dokonał jednak zepchnięcia wielu zaćm w osiem, dziesięć lub dwanaście tygodni od momentu zaniewidzenia oka, z wyjątkiem zaćmy białej, którą należy spychać nie wcześniej aniżeli po sześciu latach trwania. W okulistyce Bartischa występuje jednocześnie wyraźne przekonanie, że jeżeli choroba oczu prowadząca do utraty wzroku rozpoczęła się od bólów głowy, to *spiritus visivus* zanikł i nadziei na odzyskanie wzroku nie ma¹³². Humoralne elementy okulistyki Bartischa widoczne są również w przekonaniu, że rak oka i powiek, zdarzający się zwłaszcza u choleryków i melancholików, pochodzi ze złej krwi i często ulega owrzodzeniu. W tym przypadku skuteczne jest stosowanie leczenia oczami rakowymi oraz przysypką, w skład której wchodzi korzenie *Cardui benedicti* z tlenkiem cynku oraz proszkiem spalonego perłopławu. Humoralnym jest również przekonanie, „widzące” przetokę w kącie oka (łzową) u kobiet jako najczęstsze następstwo utraty miesiączki¹³³.

Analiza renesansowych poglądów na choroby związane z „okiem”, ujawnia powolne, wręcz „pełzające” przemieszczanie charakterystyk myślenia z przestrzeni humoralnego stylu myślenia ku nowożytnym przestrzeniom myślowym. Takie „rozpełzanie” przekonań, popierające tezę o kontynualistycznym charakte-

¹³¹ Zob. Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 89.

¹³² Ibidem, s. 89–90.

¹³³ Ibidem, s. 93.

rze zmiany naukowej w medycynie widoczne jest również w medycynie siedemnastowiecznej¹³⁴.

W wieku XVII, zwracając uwagę na wyłanianie się nowożytnej optyki, należy dostrzec liczbowe ujęcie prawa załamania światła przedstawione w kartezjańskim dziele *Dioptrices* (1637). Niezmiernie istotne dla wyjaśnienia „stylowego nastroju” w tej epoce jest teoria widzenia Johanna Keplera (1571–1630) przedstawiona w 1604 roku w dziele *Ad Vitellonem paralipomena*: „[...] Objasniam, że widzenie całej półkuli świata znajdującej się przed okiem następuje drogą odrzucenia obrazu na białą ścianę wklęsłej siatkówki [...] Soczewka oczna z tyłu ma powierzchnię hiperboliczną, a z przodu kulistą, a to dla lepszego załamania światła. Punkt środkowy siatkówki ma najlepszą siłę widzenia. Tęczówka służy jedynie jako przesłonka [...] Oczy, które widzą wyraźnie przedmioty dalekie, a bliskie niewyraźnie, wymagają soczewek wypukłych; te zaś, które widzą niewyraźnie z daleka, a wyraźnie z bliska, potrzebują szkieł wklęsłych [...]”¹³⁵. Między innymi w powyższy sposób odpowiedział Kepler na pytanie swojego mecenasa Ludwiga von Dietrichsteina o znaczenie okularów, postawione jeszcze trzy lata przed wydaniem jego dzieła.

Christoph Scheiner (1575–1650), zajmując się w sposób doświadczalny problemem załamania w oku promieni świetlnych w 1625 roku zademonstrował, że obrazy rysują się na siatkówce i są odwrócone. Ośrodkiem widzenia jest siatkówka. Badacz ten prowadził także badania zmierzające do ustalenia współczynników załamania promieni świetlnych przez poszczególne części oka. Według niego współczynnik załamania cieczy wodnistej odpowiada współczynnikowi wody, zaś współczynnik załamania promieni świetlnych przez soczewkę jest zbliżony do współczynnika załamania przez szkło. Jednocześnie współczynnik załamania ciała szklistego jest wartością pośrednią. Interesującym doświadczeniem wykonanym przez Scheinera było porównanie obrazu odbitego okna na powierzchni rogówki oraz na powierzchni kul szklanych, których promienie krzywizny były znane: z jednakowej wielkości uzyskanego obrazu można było wnioskować o promieniu krzywizny rogówki¹³⁶.

¹³⁴ Władysław H. Melanowski charakteryzując medycynę w wieku siedemnastym stwierdza: „[...] naukę w ogóle, jak i medycynę i okulistykę w tym okresie cechowało wiele kontrastów. Wydatnie rozwinęły się filozofia, optyka, fizjologia, natomiast w leczeniu postęp był bardzo mierny, trwały nadal wiekowe przesady, a szalejące epidemie wyludniały miasta i zatrzymywały często pracę ognisk naukowych”. Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 95.

¹³⁵ Cyt. za: ibidem, s. 96–97.

¹³⁶ Zob. Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 98.

Jatromatematyczna konwergencja ujawniła się również w tendencjach ścisłego, matematycznego ujęcia „oka”. Athanasius Kircher (1602–1680), profesor matematyki z Würzburga dokonał pomiarów długości gałki ocznej. Christian Huygens (1629–1695), aby ułatwić sprawdzenie odkrytych praw optycznych (teoria fal świetlnych), a zarazem objaśnienie właściwości optycznych żywego oka skonstruował w 1654 roku oko schematyczne, które składało się z półkulistego naczynia szklanego, wypełnionego wodą i pokrytego przesłonką nieprzenikliwą dla światła. W części środkowej przesłonki ponad jej otworem była umieszczona szklana półkula o średnicy trzykrotnie mniejszej aniżeli średnica naczynia. Następne „oczy schematyczne” konstruowali: Rohault w 1672 roku, Deschales w 1674 roku, Hamberger w 1696 roku oraz J. H. Muller w 1713 roku.

„Rozmiar” gałki ocznej zaczął pełnić rolę bardzo istotną. Georg Albert Hamberger, profesor matematyki uniwersytetu w Jenie oraz twórca jednego z „oczy schematycznych” ogłosił w 1696 roku pracę *Optica oculorum vitia sub praesidio*, omawiając zagadnienia wad wzroku. Według tego autora zarówno krótkowzroczność, jak i nadwzroczność mogą być związane z większymi lub mniejszymi rozmiarami gałki ocznej, nie jest to jednak reguła ścisła, jak świadczy o tym chociażby krótkowzroczność starców, niezależna od rozmiarów oka. Zeza uważał Hamberger za następstwo nieodpowiedniej, naruszającej harmonię długości mięśni ocznych, często wskutek uporczywego patrzenia w jednym kierunku. Widzenia przedmiotów dalekich ułatwione jest dzięki skróceniu mięśni skośnych oka, przedmiotów bliskich zaś dzięki wydłużeniu gałki ocznej przez cztery mięśnie proste¹³⁷.

Interferencje ze starożytnymi ideami Lactantiusa i Ptolemeusza dostrzec można w pracy François d'Aquillona, *Opticorum libri sex philosophis juxta et mathematici utiles*, ogłoszonej w 1613 roku. Aquillon interesował się zagadnieniami widzenia obuocznego, posługując się pojęciem horopteru, którego „przecucie” jako praidea siedemnastowiecznego horopteru, wystąpiło około 150 roku po Chrystusie u Ptolemeusza. Już wtedy „przeczuwano”, że widzenie obuoczne odpowiada linii fiksacyjnej wyimaginowanego oka cyklopa, zaburzenie zaś sprawności widzenia może doprowadzić do podwójnego widzenia (dwu-widzenia), jak opisywał to Lactantius w roku 312: „[...] szaleni i pijani wszystko widzą zdwojone [...] podobnie zdarza się i zdrowym. Mianowicie, kiedy przedmiot zbyt przybliżymy, zobaczymy go podwójnie

¹³⁷ Ibidem, s. 102–103.

[...] Dopiero z odpowiedniej odległości obrazy otrzymane przez każde oko łączą się [...] ¹³⁸.

Anatomiczne badania Edmonda Mariotte'a (1620–1684), fizyka i duchownego, ustaliły, że zarówno u ludzi, jak i u zwierząt nerw wzrokowy wychodzi z gałki ocznej nie w tylnym biegunie, ale zarówno nieco przynosowo, jak i powyżej niego. W. H. Melanowski to spostrzeżenie łączy z nieco późniejszym wnioskiem, że narządem widzenia jest naczyniówka ¹³⁹.

E. Mariotte wykazując, że nie występuje samo-świecenie dna oka ani u ludzi, ani u zwierząt, jak „widzieli” to niektórzy z jego poprzedników: oczy świecą, szczególnie u niektórych zwierząt mających jasne dno oka, jednak zawsze tylko światłem odbitym, nigdy zaś w zupełnej ciemności, „wygenerował” w 1668 roku preideę względem późniejszej, dziewiętnastowiecznej idei badania oftalmoskopem: „[...] Ustawcie nocą zapaloną świecę przed oczami i sprawcie, aby pies oddalony o osiem lub dziesięć kroków popatrzył na was: zobaczycie wtedy w jego oczach światło dosyć lśniące; uważam, że pochodzi ono od blasku świecy, której obraz rysuje się na naczyniówce psa; mając wiele bieli czyni ona ten odblask bardzo silnym, gdyby zaś pochodził od soczewki lub od siatkówki, wyglądałby podobnie w oczach ludzi i tych ptaków i innych zwierząt, które mają naczyniówkę czarną[...]” ¹⁴⁰.

Spośród lekarzy praktyków w siedemnastowiecznej Francji niewielu było „przejętych” nastrojem jatromatematycznym czy jatromechanicznym. Chociaż Lasnier w 1651 roku i Borel w roku 1653 „wygenerowali” preideę późniejszej idei M. Brisseau, że zaćma to zmętniała soczewka, ich spostrzeżenia pozostały praktycznie niezauważone. Znacznie bardziej charakterystyczne dla praktycznego „nastroju” praktyki lekarskiej związanej z chorobami oczu były przekonania chociażby Francoisa Ranchina (1565–1648), profesora z Montpellier, stwierdzającego, że okulary dostsoowane do wieku zapobiegają rozproszeniu ducha widzenia, skupiając promienie wzrokowe tak, że odtwarzają one powiększone obrazy oglądanych przedmiotów. Podobnie inny profesor z tegoż uniwersytetu Lazare Riviere (1589–1655), pozostając w przestrzeni myślowej konwergowanej ideami humoralnymi, ślepotę dzienną (nyctalopia) uzależnia od „*humoribus, vel tunicis crassioribus, vel pupilla angustiore*”. Jeszcze inny profesor z

¹³⁸ Cyt. za: ibidem, s. 104.

¹³⁹ Podstawowe znaczenie siatkówki dla procesu widzenia zostało określone i przesądzone w połowie XIX wieku. Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 110–111.

¹⁴⁰ Cyt. za: ibidem, s. 111.

Montpellier, Pierre Sanche (zm. w 1667 roku), który, jak sugeruje W. H. Melanowski, powinien już znać prace Keplera, twierdząco odpowiada na pytanie: *An humor crystallinum sit formule organum visus?*¹⁴¹

Jean Mery (1645–1722) w 1684 roku opisał obserwację dna oka kota po zanurzeniu głowy zwierzęcia w wodę. Dostrzegł on naczynia okolicy nerwu wzrokowego oraz siatkówki poprzez silnie rozszerzoną źrenicę topionego kota. J. Mery był przekonany, że narządem widzenia jest zatrzymująca obrazy świetlne naczyniówka. Na jego naukowej biografii odwzorowywała się również dywergencja w postrzeganiu zaćmy. Początkowo jego przekonania ciążyły ku idei zaćmy jako zmętnieniu płynu (zdecydowanie występował przeciwko poglądom M. Brisseau), później zaakceptował ideę zaćmy jako zmętniałej soczewki, równie mocno broniąc tego nowego, dywergencyjnego względem humoralnego poglądu. Na uwagę zasługuje także jego obserwacja łącząca powstawanie cieczy wodnistej z wyrostkami ciała rzęskowego, dokonana w oparciu o przypadek, w którym w oku z zarośniętą źrenicą ciecz wodnista gromadziła się wewnątrz gałki ocznej¹⁴².

W osiemnastym stuleciu pojawiają się pierwsze urzędowe wykłady okulistyki, traktowanej początkowo jako część chirurgii. Wykłady takie prowadzili: Heister, Boerhaave, Quelmalz, Mauchart, Jun-Stilling, Richter, Beer, zaś autorami licznych podręczników chorób oczu byli między innymi: Saint-Yves, Scarpa, Camper, Plenck, Travers, Demours, Beer. W nastrój epoki wpięły się przemiany dywergencyjne dotyczące postrzegania budowy i funkcji oka. Ze starymi siłami konwergencyjnymi, „wymuszającymi” humoralne ukształtowanie oka, rywalizowały poglądy nowe.

Typowym ówczesnym wykładem w dziedzinie optyki oraz fizjologii oka jest praca Claude'a le Cata (1700–1768) *O zmysłach* (wydanie I – 1739 rok). W tomie II autor przedstawia ówczesne „widzenie” narządu i mechanizmu widzenia, refrakcji, akomodacji, pomiarów oka. Krytycznie również omawia teorie światła Kartezjusza i Newtona. Powołując się na spostrzeżenia Mariotte'a uważa błonę naczyniową oka za główny narząd widzenia, walcząc z poglądem (m.in. Albrechta von Hallera), że narządem odczuwania światła jest siatkówka: „[...] Oko jest nie tylko narządem otrzymującym wrażenia obrazów, ale jest też przyrządem optycznym, umożliwiającym ich prawidłowe odczucie. Ta dwoista

¹⁴¹ Zob. Władysław H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, s. 111–112.

¹⁴² Ibidem, s. 117–118.

czynność jest rozdzielona na różne części tego narządu: oko jest rodzajem lunety nieskończenie dokładnej, która przenosi obrazy dokładnie i precyzyjnie na swe dno; dno to jest otoczone tkanekami nerwowymi, na których odbija się obraz i wytwarza wrażenie, jedna z tych tkanek jest więc narządem bezpośrednim [...] Oko jest rodzajem ciemnej komory¹⁴³. Nicolas le Cat dowodzi, że ani nerw wzrokowy, ani siatkówka, która jest przezroczysta i nie zatrzymująca promieni, nie są narządem bezpośredniego widzenia, jest nim natomiast naczyniówka. O udziale jej w procesie widzenia świadczy jej dalszy ciąg: tęczówka reagująca zwężeniem źrenicy. Naczyniówka jest przedłużeniem opony miękkiej mózgu, stanowiącej główny narząd odczucia. Siatkówka otaczająca ciało szkliste i soczewkę wywiera wpływ na ruchy *coronae ciliaris* stanowiąc także pokrycie (*surpeau*) naczyniówki oraz miarkując wrażenia wzrokowe. W mniemaniu le Cata mylą się zarówno Haller, Pequet, de la Hire, Morgani, Boerhaave, uważający za narząd widzenia siatkówkę¹⁴⁴, istotne są tu jego słowa z cytowanego już wcześniej dzieła: „[...] Jedynym wnioskiem, jaki Mariotte chciał wyciągnąć z tego doświadczenia, jest odebranie nerwowi wzrokowemu funkcji bezpośredniego narządu wzroku [...] Siatkówka zatrzymuje bardzo niewiele światła [...] potrzebuje ona naczyniówki, aby odesłać jej promienie, tak jak szkło zwierciadła potrzebuje żywego srebra; w środku nerwu wzrokowego siatkówka nie podtrzymywana naczyniówką jest jak zwierciadło pozbawione w niektórych miejscach żywego srebra [...] Siatkówka, będąc przejrzysta tak jak wszystkie płyny oka, nie jest więc bezpośrednim narządem widzenia, tak samo jak soczewka czy ciało szkliste, ponieważ promienie światła przenikają przez nią z taką samą łatwością jak przez inne płyny [...] naczyniówka ma zresztą wszystkie cechy konieczne dla narządu, którego poszukujemy. Jest ona dalszym ciągiem opony miękkiej, rozpoznanej jako istotny narząd odczuwania [...]”¹⁴⁵.

Francois Pourfour du Petit (1664–1741) podaje szczegółowy opis gałki ocznej (1723–1732) z bardzo dokładnymi pomiarami, stwierdzając między innymi, że nerw współczulny posyła do oka gałązki od splotu tętnicy szyjnej, że każdy nerw czaszkowy posiada włókna z obu półkul mózgowych, że oczy człowieka, najczęściej kuliste są w pewnych przypadkach dłuższe niż szersze,

¹⁴³ Cyt. za: ibidem, s. 119.

¹⁴⁴ W. H. Melanowski na gruncie progresywistycznego rozumienia dziejów nauki nie jest w stanie zrozumieć potocznej błędności poglądów le Cata: „Zadziwiająco, jak uporczywie le Cat i inni poważni badacze obstawali przy tym błędnym pojęciu i ile trudu kosztowało zwalczanie go”. Ibidem, s. 120.

¹⁴⁵ Cyt. za: ibidem, s. 120–121.

w innych zaś występują stosunki odwrotne, oraz że rogówka jest owalna i nie posiada naczyń krwionośnych. Petit opisał również kanał okołosoczewkowy, wykazując, że płyn wewnątrz torebki soczewkowej jest różny od cieczy przedniej komory oka, oraz że soczewka jest mniej wypukła od przodu aniżeli od tyłu¹⁴⁶.

Albrecht von Haller (1708–1777), autor *Elementa physiologiae corporis humani* (wydanej w ośmiu tomach w latach: 1757–1766) wprowadził do fizjologii dwa pojęcia: drażliwości (*irritabilitas*) i czułości (*sensibilitas*). Podkreślał, że podobnie jak narząd słuchu jest przystosowany do odczuwania drgań powietrza, tak i narząd wzroku przystosowany jest do odczuwania fal eteru. Von Haller oko postrzegał jako swoistą ciemnię optyczną. Obrazy odwrócone padają na siatkówkę, która jest w jego przekonaniu bezpośrednim narządem widzenia. Dwuwidzenie jednooczne zależy od odbicia się jednego punktu na dwóch różnych miejscach siatkówki. Krótkowzroczność polega na tym, że punkt najlepszego widzenia jest zbyt blisko przed okiem¹⁴⁷.

Wpływ obserwacji mikroskopowych na kształtowanie się anatomopatologicznej (i mikroskopowej) dywergencji w „widzeniu” chorób ujawnił się w pracach jednego z uczniów Hallera, Johanna Gottfrieda Zinna (1727–1759), autora *Descriptio anatomica oculi humani iconibus illustrata* (1755), w której zawarł między innymi opisy i rysunki oryginalnych preparatów oka w powiększeniu. Wcześniej, oprócz Leeuwenhoek’a korzystającego z obserwacji mikroskopowej również i elementów gałki ocznej, tylko Petit zamieścił w swojej pracy rysunki przekroju oka w powiększeniu. Błonę, opisywaną później przez Tenona, określa Zinn jako *adscititia bulbi tunica*, opisując również naczynia rzęskowe, oponę miękką nerwu wzrokowego, okrężne i promieniste włókna tęczówki, warstwowość rogówki i elipsoidalność jej powierzchni. Przejawia się w pracy Zinna również konwergencja histologiczna, „nakazująca” postrzegać ciało szkliste jako tkankę. Opis *ora serrata retinae* wiąże się z podobnym spostrzeżeniem, jakiego dokonał Jean Mery około 1684 roku, że ciecz wodnista pochodzi z żył wyrostków rzęskowych¹⁴⁸.

Na podstawie doświadczeń wynikających z dokonanych przemyśleń można zasugerować, że kategoria „style myślenia” ujawnia, w zastosowaniu do refleksji nad historią medycyny, swoją przewagę nad innymi naukoznawczymi kategoriami, w tym również nad kategorią paradygmatu. Przewaga ta, to między innymi

¹⁴⁶ Ibidem, s. 128.

¹⁴⁷ Ibidem, s. 126.

¹⁴⁸ Ibidem, s. 130–131.

synchroniczna eksplanacja przez kategorię „style myślenia” zarówno kontekstu uzasadniania, jak i kontekstu odkrycia (posługując się tradycyjną terminologią filozofii nauki). Powstaje również możliwość badania zarówno aspektów „ukierunkowanego widzenia”, jak i „wzorów kultury” jako wspierających się motywów w procesie wyjaśniania genezy i ewolucji idei medycznych. „Style myślenia” obejmują więc zasięgiem eksplanacyjnym szerokie pole badań, nie ograniczając się do wyjaśniania tylko konkretnego faktu czy nawet jednostkowego odkrycia naukowego, lecz docierając również do układu zależności między różnymi, z pozoru nawet bardzo odległymi schematami myślowymi. Kategoria „style myślenia” otwiera perspektywę i konieczność prowadzenia w obszarze historii myśli medycznej poszukiwań zakrojonych na znacznie większą skalę, aniżeli w klasycznych, pozytywistycznych ujęciach historii medycyny. Nie można bowiem, jak sądzę, unikać pytań o liczne relacje i współzależności badanego odkrycia z otaczającą go społeczno-kulturową czasoprzestrzenią. Stosując kategorię „style myślenia”, która powinna dostarczać odpowiedzi między innymi na te pytania, nie można uciec od konieczności badań sieci interferencji zarówno horyzontalnych, jak i wertykalnych. Wymusza to potrzebę badań interdyscyplinarnych wykorzystujących wiedzę zarówno filozoficzną, historyczno-medyczną, ale również socjologiczną i psychologiczną. Stanowi to mocną przesłankę do trwałej współpracy pomiędzy tymi dziedzinami nauki dla uchwycenia i przeżycia sensu przeszłości.

"Thinking Styles" Category in the Study of the History of Medical Ideas

Summary

The author substantiates the thesis that the "thinking style" category reveals – when applied to reflection on the history of medicine – its predominance over other categories covered by the study of the progress of human knowledge, including also the paradigm category. The said predominance lies mainly in synchronic explanation of both the justifying and revealing contexts through the "thinking styles" category (using the traditional terminology of the philosophy of knowledge). It becomes also possible to study the aspects not only of "oriented perception" but also "models of culture" as the factors that support one another in the process of elucidating the genesis and evolution of medical ideas. Thus, "thinking styles" cover with its explanatory range a wide field of research, not confined to explaining only one concrete fact or even a unique scientific discovery, but also applied to the system of links between various and even – on the face of it – very remote thinking patterns. The "thinking styles" category opens a perspective and necessity for search in the area of the history of medical thought on a considerably larger scale than in the case of classical, positivistic depictions of the history of medicine. In the opinion of the author, the questions about numerous relations and correlation of the studied discovery with the surrounding social and cultural time and space are unavoidable. When applying the "thinking styles" category, which should provide answers to such questions, it is not possible to escape the need for the studying of an interference network, horizontally and vertically. This calls for interdisciplinary studies that employ philosophical, historical and medical, social and psychological knowledge, which is a strong basis for continuous cooperation between these lines of knowledge to capture and understand the sense of the past.

The author exemplifies his views. A long-term process of the migrating of the "microscopic" vision of the world, including the image of a human body, to the "nucleus" (center) that generates pattern thinking in 17th and 18th centuries led to the emergence of historical style of thinking by the end of 18th and in 19th centuries. The aforementioned migration was in all likelihood affected by a tendency encountered in all cultures during the Enlightenment to the rationalistic, materialistic and strictly scientific perception of reality. Here, the "patterns of culture" also play a significant role as elements that have an impact on the creation of thinking styles. Cultural transformations could exert an influence on the emergence of certain medical specialties such as pediatrics. An analysis of the Renaissance views on "eye"-related diseases displays a slow, creeping migration of thinking characteristics from the space of humoral thinking style to the modern thinking areas. Such spreading of beliefs that support the thesis of the continual nature of scientific change in medicine is also visible in the medicine of the 17th century.

Die Kategorie der „Denkstile“ in der historischen Erforschung medizinischer Ideen

Zusammenfassung

Der Autor begründet die These, daß die Kategorie der „Denkstile“ sich in der Anwendung auf die Medizingeschichte als anderen erkenntnistheoretischen Kategorien überlegen erweist, dabei auch der Kategorie des Paradigmas. Diese Überlegenheit zeigt sich unter anderem darin, daß die Kategorie der „Denkstile“ eine synchrone Erklärung für den Kontext der Begründung wie für den Kontext der Entdeckung liefert (indem sie sich der traditionellen Terminologie der Philosophie bedient). Sie schafft zudem die Möglichkeit, ebenso Aspekte „gerichteten Sehens“ wie „kultureller Muster“ zu erforschen – als unterstützende Motive im Prozeß der Erklärung von Genese und Evolution medizinischer Ideen. „Denkstile“ eröffnen erkenntnistheoretisch also ein breites Forschungsfeld, sie beschränken sich nicht auf die Erklärung bloßer Fakten oder auch auf individuelle wissenschaftliche Entdeckungen, sondern zielen ebenso auf das Abhängigkeitsverhältnis zwischen verschiedenen, scheinbar weit entfernten Denkschemata. Die Kategorie der „Denkstile“ eröffnet eine Perspektive auf und die Notwendigkeit einer „angelegten“ Fahndung in der Geschichte medizinischen Denkens, und dies in einem bedeutend höheren Maße als die klassischen, positivistischen Auffassungen von Medizingeschichte. Man kann denn auch, nach Meinung des Autors, die Fragen nach den zahlreichen Beziehungen und wechselseitigen Abhängigkeit einer wissenschaftlichen Entdeckung und der sie umgebenden sozio-kulturellen Raumzeit nicht umgehen. Indem man die Kategorie der „Denkstile“ anwendet, mittels derer unter anderem Antworten auf diese Fragen gegeben werden sollen, kann man der Notwendigkeit einer Erforschung des Netzes von horizontalen wie vertikalen Interferenzen nicht entfliehen. Dies erzwingt interdisziplinäre Forschungen, und führt philosophisches, historisch-medizinisches ebenso wie soziologisches und psychologisches Wissen zusammen. Hierdurch wird die Voraussetzung für eine dauerhafte Zusammenarbeit zwischen diesen Wissenschaftsbereichen geschaffen, im Sinne des Verstehens und des Erfahrens von Vergangenheit.

Der Autor dokumentiert seine Ansichten mit Beispielen. Der langwierige Prozeß einer Verlagerung der mikroskopischen „Vision“ der Welt, und darin eingeschlossen des Bildes vom menschlichen Körper, im 17. und 18. Jahrhundert in Richtung auf ein, einen „Kern“ (Zentrum) generierendes stilvolles Denken mündeter am Ende des 18. und im 19. Jahrhundert in der Herausbildung eines eigenständigen histologischen Denkstils. Für diese Verlagerung sicher nicht unerheblich war die allgemeinkulturelle Tendenz der Aufklärungszeit hin zu einer rationalistischen, materialistischen und naturwissenschaftlichen Betrachtung der Wirklichkeit. Präsent sind hier auch „kulturelle Muster“ – als Elemente,

die auf die Herausbildung von Denkstilen Einfluß nehmen. Die kulturellen Transformationen konnten erheblichen Einfluß auf die Herausbildung einiger medizinischer Spezialdisziplinen nehmen, wie zum Beispiel der Pädiatrie. Eine Analyse der in der Renaissance zu findenden Auffassung von Krankheit als mit dem „Auge“ verbunden, offenbart die langsame, „kierchende“ Verlagerung der Merkmale des Denkens, vom Horizont eines humoralen Denkstils hin zu einem neuzeitlichen geistigen Horizont. Dieses „Zerfließen“ von Überzeugungen, das die These vom kontinuierlichen Charakter wissenschaftlichen Wandels in der Medizin bestätigt, tritt ebenfalls in der Medizin des 17. Jahrhunderts zu-tage.