

# Kielanowski, Tadeusz

---

## O potrzebie nauczania historii medycyny na wydziałach lekarskich

---

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 22/1, 123-128

---

1977

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.



# DYSKUSJE, POLEMIKI, REFLEKSJE

*Tadeusz Kielanowski*  
(Gdańsk)

## O POTRZEBIE NAUCZANIA HISTORII MEDYCYNY NA WYDZIAŁACH LEKARSKICH

Jeszcze za pamięci wielu ludzi starszych był lekarz, czyli doktor, praktycznie jedynym wykonawcą wszystkich czynności medycznych; tylko czynności uważane za poślednie zlecał cyrulikom i pielęgniarcom oraz aptekarzom, którzy cenzus uniwersytecki uzyskali wszak dopiero w naszym stuleciu.

Lekarze byli wtedy ludźmi przeważnie solidnie wykształconymi; na przełomie XIX i XX wieku musieli jeszcze poza przedmiotami ściśle fachowymi uczyć się w uniwersytetach botaniki, zoologii, matematyki, i oczywiście, oczywiście! — historii medycyny. Kolegując zaś w uniwersytetach ze studentami innych fakultetów, nabierali często wiedzy z innych dziedzin i bywali potem mecenasami sztuki, znawcami filozofii, literatury, muzyki, kolekcjonerami, a także postępowymi, jak na swoje czasy, działaczami patriotycznymi i społecznymi.

Kiedy stopniowo padały, a potem padły bariery pieniądza, dzielące lekarza od człowieka chorego — liczba lekarzy okazała się za mała, a w Polsce, po stratach wojennych w 1945 roku, katastrofalnie mała. Równocześnie zaś rozwój medycyny spowodował konieczność znacznej rozbudowy techniki medycznej, mianowicie laboratoriów chemicznych, farmaceutycznych, fizycznych, biologicznych i innych, których obsługę trzeba było zlecić inżynierom i magistróm różnych nauk i laborantom ze średnim wykształceniem.

Lekarz musiał pozostać kierownikiem całości, pracownikiem koncepcyjnym, dysponentem. Ponieważ jednak trzeba było kształcić szybko duże ilości lekarzy, szukano sposobu „uproszczenia studiów bez obniżenia ich poziomu”. Ofiarą padły zoologia, botanika i biologia ogólna, zdegradowana do roli przedmiotu bardzo drugoplanowego, antropologia praktycznie w ogóle skasowana, psychologia, traktowana tylko jako dodatek do fizjologii, ofiarą padły niektóre działy anatomii prawidłowej i przede wszystkim historia medycyny.

Może historyk medycyny napisze kiedyś o wieloletnich walkach o utrzymanie katedr, zakładów, instytutów, bibliotek i wykładów lub

egzaminów z historii medycyny na wydziałach lekarskich w naszym powojennym trzydziestolecu. Nie jestem historykiem i nie stawiam sobie takiego zadania. Chciałbym tylko pomóc walczącym o rangę historii medycyny w nauczaniu przyszłych lekarzy (lekarzy, a nie tylko doktorów medycyny) dostarczaniem argumentów.

Zacząć muszę od zabezpieczenia się przed atakiem ze strony ewentualnych adwersarzy, którzy mogliby mi postawić demagogiczne pytanie, czy uważam tych kilkadziesiąt tysięcy lekarzy polskich, wykształconych po wojnie prawie bez nauki historii medycyny za źle wykształconych, niedokształconych lub w ogóle partaczy.

Nie, nie uważam ich wcale za źle wykształconych, bo pojęcie „w niektórych dziedzinach niedostatecznie wykształcony” nie oznacza wcale „w ogóle źle wykształcony”. Lekarze polscy, wykształceni w kraju po wojnie — nawet ci, którzy szkolili się w latach czterdziestych, kiedy brakowało wszystkiego, niektóre ćwiczenia odbywały się na wolnym powietrzu (w Lublinie), a gestykulacja wykładowcy musiała zastępować pomoce naukowe — zdali już egzamin życiowy. Wyrośli z nich świetni praktycy i znakomici docenci i profesorowie, wykładający w Polsce i w innych krajach dalekiego świata. Możemy z nich być, my starzy pedagodzy, dumni.

Nasza duma nie musi się jednak zawsze równać pełnemu zadowoleniu, bo niektórym, odzywającym się w prasie fachowej głosem krytyki, nie można odmówić słuszności. Oto przykład konkretny:

Szafowanie antybiotykami przybrało rozmiary wprost niewiarygodne. Mamy własną, godną uznania produkcję i sprowadzamy ich mnóstwo z całego niemal świata. Na pewno nieraz ratują życie, ale mówi się także, że lekarz zapisuje je również w wypadku łada stanu podgorączkowego bez potrzeby i bez kontroli bakteriologicznej, „na wszelki wypadek” albo pod presją żądania pacjenta. Jedno i drugie jest niedobre, szkodliwe, przy czym uleganie presjom pacjenta źle świadczy o lekarzu.

Rozmawiałem wiele razy z młodymi lekarzami, zapisującymi antybiotyki i inne nowe, niebezpieczne leki, na przykład preparaty kory nadnercza i przekonałem się, że błędy ich rozumowania wynikają co najmniej w połowie wypadków z braku znajomości historii medycyny. Nie umieją bowiem odpowiedzieć na pytanie: „jak sądzicie kolego, czy koleżanko, czy przed odkryciem penicyliny i enkortonu dziecko to byłoby umarło?”.

Nie tylko lekarze, ale wszyscy ludzie historycznie niewykształceni mają skłonność do sądenia, że świat zaczął się od ich epoki, że wszystko — co współczesne — jest niezastąpione, a wszystko — co było dawniej — było ciemne, mroczne, tępe i bezwartościowe. Młodzi lekarze nie chcą więc uwierzyć, że przed pięćdziesięciu i stu laty lub dawniej żyli i działali bardzo mądry lekarze, którzy umieli skutecznie rozpoznawać i leczyć rozmaite schorzenia, choć nie dysponowali czasem cudownymi, ale często niebezpiecznymi a zawodnymi środkami, jakimi są współczesne leki, a wśród nich antybiotyki. Nie dysponując zaś nimi, umieli o wiele lepiej od nas obserwować i krytycznie myśleć, przy czym często to, co zanotowali i opisali, nie straciło wartości do dzisiaj.

Brak znajomości historii medycyny doprowadza także często do zupełnie fałszywych wniosków z dziedziny epidemiologii ogólnej lub szczególnej, co można doskonale wykazać na przykładzie epidemii gruźlicy i wielu innych chorób.

Wiadomo dziś każdemu, że gruźlica płuc, choroba dawniej zabójcza (suchoty!), jest znakomicie uleczalna przy pomocy leków odkrytych po roku 1946 i wiadomo, że stała się chorobą tak rzadką, iż we wszystkich krajach Europy i w Polsce zamyka się sanatoria, przeznaczając budynki na inne cele, w Szwajcarii n.p. na hotele. Mnóstwo ludzi, niestety, nawet wśród lekarzy, łączy oba te zjawiska ze sobą przyczynowo i mówi o „pokonaniu gruźlicy przez naukę”. A przecież rzecz się ma odmiennie. Uleczalność gruźlicy jest zapewne sukcesem i „pokonaniem”, ale nie zanik epidemii, bo wygasanie epidemii rozpoczęło się już w połowie ubiegłego stulecia i wszystkie wskaźniki epidemiologiczne (liczba zachorowań rocznie, liczba zgonów itd.) spadały w Europie regularnie z roku na rok, jak to wykazywały pedantycznie prowadzone obserwacje niemieckie. Umieralność na gruźlicę (czyli w zaręgonie epidemiologów roczna liczba zgonów na gruźlicę w populacji liczącej sto tysięcy ludzi) obniżyła się dziesięciokrotnie w ciągu stu lat, czyli do połowy dwudziestego wieku, a więc w okresie, w którym jeszcze żaden skuteczny lek nie był znany, nie było szczepień, ani żadnej realnej możliwości izolowania ludzi zakaźnie chorych.

Nie wiadomo dlaczego na przełomie osiemnastego i dziewiętnastego wieku, znana dobrze, ale niezbyt częsta gruźlica stała się niesłychanie rozpowszechnioną w Europie i zabójczą pandemią, która nie wiadomo dlaczego stopniowo wygasła. Wiadomo natomiast z historii, że podobna epidemia szalała na przełomie XV i XVI wieku we Florencji, że gruźlica istniała w starożytnym Egipcie, ale że nie było jej chyba tuż obok, w Palestynie, bo żaden z licznych opisów chorób, zawartych w Biblii w Starym Testamencie o niej nie wspomina. Dlaczego nie było jej w Palestynie nikt nie ma pojęcia, a warto by głęboko to rozważyć.

Z historii medycyny wiemy, że także inne choroby pojawiały się i znikwały z pewnych okolic lub części świata z nieznanymi dotąd przyczyn, albo też przebiegały raz ciężko, a w innych okresach bardzo lekko. Nie wiemy dlaczego trąd, niesłychanie rozpowszechniony w Europie we wczesnym średniowieczu, stawał się stopniowo coraz rzadszy i znikł zupełnie w siedemnastym stuleciu, choć istnieje dotąd w Afryce i Azji; nie wiemy dlaczego kiła zmieniła przebieg i z choroby szybko zabójczej w XV-ym wieku, stała się już w XVI-ym chorobą przewlekłą i nie zawsze zabijającą; nie wiemy dlaczego z Europy epidemie dżumy, choć gatunek szczura, przenoszący tę chorobę na człowieka stał się tylko rzadszy, ale wcale nie wyginął i nie wiemy nawet dlaczego przez wiele krajów przeszła krótko po ostatniej wojnie epidemia choroby Heinego-Medina, pozostawiając w samej Polsce sześć tysięcy kalek.

Nie ma potrzeby kontynuowania tej listy niewiadomych, bo nie o fakt niewiedzy chodzi, ale o niedocenianie historii przebiegu chorób w różnych epokach, bo jest to nie tylko teoretycznie pouczające i wzbogacające wiedzę, daleką przecież od doskonałości, ale może być ważne praktycznie. Jest przecież oczywiste, że jeżeli jakaś choroba znikła z jakiegoś terenu z nieznanymi przyczyn, to może się z równie nieznanymi przyczyn znowu na tym terenie pojawić. Nie wiedząc o tym, nie myśląc o tym, mogą lekarze i służba zdrowia popełniać błędy. Doświadczony, wybitny lekarz radziecki mówił krótko po wojnie piszącemu te słowa, że trudno mu uwierzyć w zupełny brak przypadków trądu w Polsce, jako że zachorowania na tę rzadką chorobę zdarzają się przecież sporadycznie w krajach skandynawskich, w Estonii i w Buł-

garii. Jakby na potwierdzenie tych słów rozpoznano trąd u ogrodnika z okolic Nicei w roku 1973, człowieka, który nigdy nie opuszczał Francji i z nikim obcym się nie stykał. Co zaś do gruźlicy, to nawróć gruźlicy za pięćdziesiąt, sto czy dwieście lat jest — jeżeli przyjrzeć się historii epidemii tej choroby — zupełnie możliwy, przy czym może to być powstać wywołana przez bakterie odporne na nasze obecnie znakomite leki, a więc znowu postać groźna i może nawet zabójcza.

W minionym dwudziestolecu mieliśmy w Europie, a nawet w Polsce małe, szybko opanowane epidemie czarnej ospy, ale w ostatnich kilku latach nie ma praktycznie ospy nigdzie, nawet w południowej Azji. Dowodem nieznamości historii i przeceniania naszej współczesnej wiedzy są jednak dyskutowane w Światowej Organizacji Zdrowia wnioski o zaprzestanie szczepień wobec jakoby całkowitego „pokonania” tej choroby.

Zanik trądu i gruźlicy w Europie, wybuchy epidemii niektórych chorób zakaźnych nawet w naszych czasach, albo cięższe i lżejsze ich przebiegi, mogą mieć przyczyny całkiem niespodziewane i nie leżące, niestety, w sferze zainteresowań zbyt wąsko-specjalistycznie-biologicznie patrzącego na świat lekarza. I tak biolog (także patolog, ale nie lekarz!) amerykański Renè Dubos sądzi, że „wynalazek i powszechne stosowanie od połowy XIX wieku” jasnych, dużych szyb okiennych przyczyniły się w wyższym stopniu do pokonania gruźlicy i innych chorób zakaźnych niż akcje medyczne, zaś zmiana sposobu budowania domów w późnym średniowieczu spowodowała opuszczenie ich przez ten gatunek szczurów, który przynosił za pośrednictwem pasożytującej tylko na nim pchły dzumę na człowieka. Ale każda zmiana, pisze ten autor, nawet zmiana mody damskiej, może wpłynąć na wybuch epidemii: modne w Paryżu na przełomie stuleci strojenie sukien damskich futerkiem spowodowało taki run na futerka zwierząt łowionych w Mandżurii (tarabazany czyli świstaki mandżurskie), że przełamano tam stare myśliwskie tabu i zaczęto chwycić także zwierzątka chore. Okazało się jednak, że endemiczna choroba zwierząt była dzumą, a więc tabu było słuszne. Niestety choroba wybuchła teraz wśród ludzi i pochłonęła w tym kraju wiele tysięcy ofiar.

Związków tak dalece interdyscyplinarnych nie rozpozna, niestety, ani nie wykryje specjalistycznie wąsko, ahistorycznie wykształcony lekarz. Wróćmy więc do spraw nauczania medycyny.

Naiwnych, którzy wierzą, że można ograniczyć nauczanie przyszłych lekarzy do opisów „chorób” i sposobów ich rozpoznawania i leczenia (takie „lekarstwo” na taką „chorobę”) nie ma wielu, ale jeszcze są; to oni właśnie wierzą, że lekarza będzie mógł zastąpić już w bliskiej przyszłości naładowany wiedzą komputer. Wiary tej nie podziela żaden doświadczony lekarz, nawet z grona entuzjastów posługiwania się pamięcią komputerów jako przyrządów pomocniczych; przyrządów tak samo cennych jak strzykawka, elektrokardiograf czy suwak logarytmiczny, ale wcale nie rewolucyjnie cennych, ani nie mogących zastąpić lekarskiego spojrzenia, przyłożenia ręki i dobrego słowa.

Nie mogą sobie wyobrazić, by nauczanie historii medycyny miało polegać tylko na wykładach i ćwiczeniach (seminariach) na którymś tam roku studiów i na tym się kończyło. Historia medycyny nie jest przecież „przedmiotem”, który można wyłożyć i z którego można przeprowadzać egzamin, chyba że ogranicza się ją do historycznej kroniki odkryć i życiorysów. Historycznie musi być — moim zdaniem — ujmo-

wany wykład każdego medycznego tematu, bo prawd w medycynie znamy mało, a nasze współczesne zapatrywania są przecież kontynuacją zapatrywań i teorii historycznych. To — co wiemy — nie urodziło się nagle dziś, nie spadło z nieba. Na przykład to, co sądzimy że wiemy o gruźlicy, to wiedza zdobywana przez stulecia, uporządkowana przez Laënneca, wzbogacona kilku odkryciami Roberta Kocha, ale oczyszczona później z wielu omyłek, które ten dobry eksperymentator, ale gorszy teoretyk, starał się narzucić. Kto nie zna historii odkryć i historii omyłek z tej dziedziny, może być skłonny mniemać, że nasza obecna „prawda” jest definitywna i ustalona raz na zawsze, a stanowisko takie jest błędne i szkodliwe.

Historia odkryć medycznych podana kronikarsko może być nudna i bez wartości dydaktycznej, natomiast opowiedziana szczegółowo i prawdziwie, może zapalić studenta. Odkrywców trzeba pokazywać jako ludzi, a nie jako pomniki z brązu; mnie osobiście stała się postać największego z wielkich Ludwika Pasteura, dopiero wtedy bliska, kiedy dowiedziałem się, że stracił dwa lata na abolutnie bezowocne i w samym założeniu niefortunne poszukiwania bakterii, mających jakoby wywoływać epilepsję. Fakt — że Aleksander Fleming uważał odkrytą przez siebie penicylinę przez wiele lat za laboratoryjną ciekawostkę i że dopiero Erns Borys Chain, wygnany z hitlerowskiej Rzeszy i przydzielony do jego pracowni tylko po to, żeby miał w Anglii z czego żyć, zrozumiał, że to może być lek i zrobił z niej lek — jest sensacyjnie ciekawy i może do pracy badawczej zapalić młodych lekarzy. W ogóle „kuchnia i kuluary” pracy badawczej (vide odkrycie tak zwanej podwójnej spirali przez F. Cricka i współpracowników oraz insuliny przez Bantinga i Besta w doświadczeniach wykonanych wbrew zakazowi szefa pracowni; streptomycyny przez S. Waksmana już w wieku emerytalnym dzięki przypadkowemu przedłużeniu mu pracy o rok itd.) są naprawdę godne poznania i naprawdę bardziej pouczające, niż sama sucha data odkrycia.

Jest jednak rzeczą oczywistą, że historyk medycyny nie zmieściłby tytu szczegółów w swoim wykładzie, a może nawet ich znajomość przekraczałyby kwalifikacje prawdziwego historyka, bardziej zainteresowanego generalną linią rozwojową niż „kuchnią i plotką”. Dlatego powinien, moim zdaniem, mówić o tym studentom każdy wykładowca, każdego szczegółowego przedmiotu. Nie wystarczy poinformować studentów co dziś o czymś sądzimy, ale trzeba im koniecznie mówić, dlaczego tak uważamy, jak do tego doszliśmy, jakie były odmienne zapatrywania i ich argumentacje i jakie wątpliwości jeszcze dziś istnieją. Bez tego rodzaju krytycznego i historycznego ujęcia nie kształciłibyśmy bowiem lekarzy, ale techników medycyny, nie zdolnych do własnej, umotywowanej, krytycznej decyzji.

Nie chciałbym nikogo urazić, ale uważam i wyrażam obawę, że nasze kadry szkolące nie zawsze są już przygotowane do tak rozumianej pracy; przecież wielu z naszych świetnych specjalistów nie zetknęło się w czasie studiów nigdy z historią medycyny, której nie nauczano wcale. Muszą więc nasi nieliczni historycy nauki w ogóle, a historycy medycyny w szczególności, pomóc nie tylko w szkoleniu studentów, ale także doszkalać kadry naukowe. Zacząć powinniśmy, odczywiście, od znacznej rozbudowy Zakładów Historii Medycyny we wszystkich naszych akademiach, by nadrobić straty spowodowane długoletnim okresem wahań, zastoju, wątpliwości i nieporozumień.

