

Jeziorski, Krzysztof / Urbanek, Bożena / Podgórska-Klawe, Zofia

Czym jest i czym powinna zajmować się historia nauk medycznych

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 33/4, 1023-1032

1988

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.



Zofia Podgórska-Klawe, Bożena Urbanek, Krzysztof Jeziorski
(Warszawa)

CZYM JEST I CZYM POWINNA ZAJMOWAĆ SIĘ
HISTORIA NAUK MEDYCZNYCH

Rozważania te są wynikiem dyskusji przeprowadzonej w naszym kręgu, dotyczącej istoty uprawianej przez nas dyscypliny. Dodatkowym impulsem do ich opublikowania była świadomość istnienia rozmaitych niejasności i niejednokrotnie niesłusznych opinii, jakie narosły wokół tzw. historii nauk medycznych, wyodrębnionej z historii medycyny.

W środowisku nie związanym z medycyną panuje na ogół przekonanie, że nauki medyczne mają swą siedzibę wyłącznie w pracowniach badawczych, natomiast wszystko co w medycynie dzieje się poza pracownią jest tym, co kiedyś określano sztuką lekarską, bądź też stosowaniem nauki. W środowisku lekarskim te anachroniczne podziały zostały już dawno zarzucone.

Współczesna klasyfikacja nauk medycznych obejmuje nie tylko dyscypliny kliniczne ale nawet i działy organizacji służby zdrowia. Termin „nauka” określa tu pewien sprawdzony i sprawdzalny przy pomocy naukowych metod usystematyzowany zasób wiedzy o prawach jakimi rządzi się dana dziedzina a przymiotnik „medyczne” określa cel jaki dziedzina ta stawia poznaniu.

Jak wiadomo w medycynie celem tym jest zachowanie i przywracanie zdrowia. Wynikają z tego dwa stwierdzenia: pierwsze, że każda dziedzina wiedzy, która spełnia powyższe warunki jest nauką medyczną i drugie, że każda dziedzina nauki, która nie stawia poznaniu powyżej wymienionego celu nie jest nauką medyczną. Ewidentnie naukowej dyscypliny, jaką jest np. embriologia, nie można by nazwać nauką medyczną, gdyby jej głównym celem poznawczym (niezależnym od indywidualnych motywów kierujących badaczami) nie było zachowanie zdrowia ludzkiego płodu. Bez tego celu byłaby to po prostu nauka przyrodnicza. Jeżeli więc godzimy się na termin „medyczne”, to musimy również zgodzić

się na jego konsekwencje. Poznawanie budowy makro i mikroskopowej oraz funkcji żywych organizmów, czyli to, co dokonuje się w pracowniach, jest tylko częścią poznania medycznego. Prawidłowy cykl rozwoju nauk medycznych musi kolejno przechodzić nie tylko przez etapy doświadczeń pracownianych i etapy formułowania teorii ale i przez stadium doświadczeń płynących z praktyki lekarskiej, która nie tylko potwierdza lub obala wyniki poprzednich etapów, ale daje impulsy do kolejnych faz badań i teorii. W historii medycyny znamy i takie okresy, kiedy obie fazy — doświadczeń i praktyki lekarskiej — przebiegały jednocześnie i były ze sobą ściśle powiązane. Od końca XVIII w. do mniej więcej połowy XIX w. panowała np. propagująca ontologiczną koncepcję choroby teoria anatomo-patologiczna, opierająca się w równym stopniu na dokonanych w ciągu praktyki obserwacjach klinicznych, jak i na badaniach anatomo-patologicznych.

Co z tego wynika dla całokształtu historii nauk medycznych? Przede wszystkim oczywista konstatacja, że nie sposób zajmować się tylko jedną stroną zagadnienia, nie wiedząc, jak kształtowała się druga. Stąd także płynie trudność w przeprowadzeniu linii demarkacyjnej pomiędzy tym co jest historią nauk medycznych a tym co jej nie dotyczy.

Zaliczenie odkrycia w XIX w. zmian patologicznych w komórce do faktów z historii nauki nie wzbudzi niczyjego sprzeciwu. Inaczej będzie w środowiskach poza medycznych z opinią o fakcie zalecania przez angielskiego lekarza Whita w 1773 r. wietrzenia i utrzymywania w czystości pomieszczeń, w których przebywa chory. Podniosą się zapewne głosy, że to nie ma nic wspólnego z nauką. Tymczasem można by udowodnić, że obydwie te fakty były takimi samymi ogniwami w rozwoju świadomości lekarskiej doprowadzającym do uznania roli bakterii w etiologii chorób, a co za tym idzie w rozwoju bakteriologii.

A więc stosowanie podziału na tematykę historii nauk medycznych i tematykę historii medycyny jest na ogół niesłuszne. Podział taki byłby w wielu przypadkach nieadekwatny do rzeczywistego przebiegu procesu historycznego, który doprowadził do obecnego stanu nauk medycznych. Tym bardziej, jeżeli badania mają ogarniać całokształt tego procesu, a nie tylko jego fragmenty. Nie temat więc, ale sposób jego opracowania, wydobycia z niego tych elementów, które zaważyły na rozwoju nauki, powinny decydować o tym, czy jest to historia nauk medycznych. Za takim sformułowaniem odpowiedzi na pytanie: „czym powinna zajmować się historia nauk medycznych” przemawia jeszcze jeden argument.

Nie trzeba zbyt szeroko udowadniać, że oczywista skądinąd dla każdego historiografa konieczność znajomości szeroko pojętych warunków, tła rozwoju nauki w badanym okresie, dla historyka polskiej medycyny jest szczególnie ważna.

Czy możemy sobie np. wyobrazić historyka przyszłego wieku, który

oceniając stan naszych obecnych nauk medycznych pominięciem szeregu takich faktów, jak zła organizacja służby zdrowia, brak igieł do strzykawek i skalpeli na salach operacyjnych, dostawianie łóżek na korytarzach szpitalnych i niskie pensje lekarzy zmuszające ich do brania kilku posad zamiast zajmowania się pracą naukową? Biograf naukowca-lekarza, oceniający jego, bardzo często w naszej historii mizerny wkład do nauki światowej, nie może nie wiedzieć w jakich warunkach przebiegała w omawianym okresie praca zawodowa lekarzy w szpitalu czy klinice i jakim zasadom organizacyjnym te instytucje podlegały. Dotyczy to zwłaszcza XIX i XX wieku. Obecność w ewolucji nauk medycznych etapów obserwacji klinicznych stwarza więc historykowi tych nauk konieczność posługiwania się wiedzą nie tylko o warunkach wymiany informacji naukowej w badanym okresie, o stanie uczelni, bibliotek, pracowników i in. ale także np. o stanie szpitali, czy o organizacji służby zdrowia. Ale tu wyłania się problem polegający na tym, że w naszej historiografii medycznej wyczerpujące opracowania dotyczące tych wszystkich uwarunkowań można policzyć na palcach. Pojawiają się więc pytania: co ma robić historyk polskich nauk medycznych, gdy stwierdzi, że wkracza w obszar nie przebadany pod względem warunków rozwoju medycyny? Czy ma ograniczyć się do badania zjawisk, których tło jest już znane? Czy oprzeć się na wyrwykowych i często bardzo powierzchownych opracowaniach mając świadomość, że otrzymany w ten sposób obraz warunków będzie niepełny, a nawet fałszywy? Czy powinien uzupełnić braki własnymi badaniami? Naszym zdaniem odpowiedź twierdząca powinna dotyczyć ostatniego pytania. Uzupełnia ona udzieloną już powyżej odpowiedź na pytanie postawione w tytule tych rozważań. Zapowiedzianym uzasadnieniem zajmiemy się w dalszej części artykułu.

Zanim przejdziemy do bardziej konkretnego omawiania stanu naszych badań, warunkującego potrzeby badawcze, i do konkretnych wniosków, spróbujemy jeszcze przedstawić w zarysie stan i formy badań historyczno-medycznych uprawianych zagranicą. Nie będziemy tu przytaczać faktów i dat z historii historiografii medycznej, ale należy wspomnieć, że na zachodzie ma ona znacznie dłuższą tradycję niż u nas. Znacznie bogatsze są też zasoby źródeł. Generalnie sytuacja jest więc o wiele lepsza, stan badań znacznie bardziej zaawansowany i ogólna wiedza o rozwoju i warunkach rozwoju narodowej medycyny w takich krajach jak Francja, Anglia, RFN czy Włochy, prawie kompletna.

Obecnie, o ile nam znajomość zagranicznej literatury pozwala, możemy stwierdzić tam parę wyodrębniających się kierunków, czy też sposobów opracowania zagadnień historyczno-medycznych. Do pierwszej, może najmniej wartościowej grupy prac można by zaliczyć wydania najczęściej rocznicowe, związane z rocznicą urodzin czy zgonu uczonych, lub z jubileuszem uczelni, szpitala, instytucji, bądź miasta czy okręgu.

Są to prace faktograficzne, o niezbyt wielkiej wartości historycznej, ale jednak często opatrzone w aparat naukowy i równie często podające jakieś cenne informacje, odszukane w zasobnych i pieczołowicie przechowywanych archiwach szpitalnych, uniwersyteckich, czy w zbiorach muzealnych. Prace te są zazwyczaj pięknie wydane i bogato ilustrowane dzięki równie pieczołowicie gromadzonym zbiorom ikonograficznym. W historiografii medycznej francuskiej można wyróżnić inną grupę. A mianowicie prace omawiające rozwój myśli lekarskiej, ale nie tyle ewolucję myśli naukowej ile związaną z nią ewolucją świadomości lekarskiej, zmiany kąta widzenia pewnych problemów medycznych. Do grupy tej wchodzi m.in. publikacje dotyczące relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, poglądów na kwestię zdrowia i choroby, stosunku do nauki czy też do spraw tzw. biopolityki. Ta ostatnia dziedzina ma zresztą, zwłaszcza we Francji, własną historię. Wielu autorów poświęca jej swoje opracowania i w ich grupie, oprócz lekarzy, spotykamy najczęściej autorów — socjologów. Badania nad ewolucją biopolityki (obejmujące bardzo szeroki zakres — m.in. nauczanie medycyny, higienę, żywienie, zagadnienia dziedziczności, zagadnienia wieku starczego, problem znachorstwa — żeby wymienić przykładowo niektóre z nich, związane są ściśle z badaniami nad rozwojem nauk medycznych i niewątpliwie są najwyżej cenione przez historyków, którym dostarczają wiele przydatnych informacji.

Kierunek tych badań zyskuje poza tym chyba coraz większą liczbę zwolenników, skoro najbliższy Kongres Historii Nauki w Hamburgu ma być poświęcony zagadnieniom relacji pomiędzy różnymi formami instytucji a rozwojem nauk, w tym oczywiście i medycznych.

Wiele opracowań zbiorczych, poświęconych jednemu szerszemu zagadnieniu, np. statusowi człowieka chorego w określonym okresie historycznym czy szpitalnictwu, pojawia się ostatnio w RFN. Opracowania te nie są syntezą danego zagadnienia ani monografią, natomiast składają się zazwyczaj z niebanalnych tematycznie i stojących na wysokim poziomie artykułów, opartych na archiwalnych materiałach i mających nieraz spore walory literackie. W historiografii medycznej włoskiej, obok oczywiście i innych prac, można spotkać liczne publikacje z dziedziny teorii nauki i filozofii medycyny, dotyczących i historii i współczesności. Przed paroma laty pojawiło się też na zachodzie zapotrzebowanie na kierunek zwany etnomedycyną czyli na opracowania z historii medycyny ludowej. Kierunek ten nie znalazł jednak zbyt wielu kontynuatorów, jest to bowiem dziedzina związana przede wszystkim z farmacją. Na Kongresie Historii Medycyny w Düsseldorfie przed dwoma laty utworzono wprawdzie sekcję etnomedycyny, jednak referaty na ten temat dotyczyły właściwie zagadnień z dziedziny etnografii bądź historii farmacji i nie było ich wiele.

Należy wreszcie wspomnieć o grupie opracowań poświęconych dziejom jednego wąskiego zagadnienia, np. dziejom jednej choroby (jej pojawienia się, metod jej zwalczania, badań nad nią itp.) bądź dziejom zwalczania bólu, czy dziejom jednego odkrycia. Na ogół są to prace, które można by nazwać na wpół popularnymi. Wpływa na to w dużym stopniu lekki sposób narracji, co nie przeszkadza, że są to prace źródłowe i niejednokrotnie opatrzone w aparat naukowy. Wśród prac o tej tematyce znajdują się również i takie, które ze względu na sposób potraktowania tematu można zaliczyć do grupy publikacji omawiających ewolucję świadomości lekarskiej.

Ostatnią grupę stanowiłyby publikowane zawsze i wszędzie, gorzej lub lepiej opracowane biografie i oczywiście liczne varia.

Czy któryś z wyżej omówionych kierunków badań może nam służyć jako wzór, który wprowadziłby w naszą historiografię medyczną pewne innowacje?

Wydaje się, że najbardziej odpowiadające potrzebom poznawczym polskiej historii medycyny, czy — jak kto woli — nauk medycznych, byłoby zainteresowanie się dwoma, często penetrowanymi na zachodzie a rzadko u nas, obszarami: rozwoju biopolityki i ewolucji świadomości lekarskiej.

Spróbujemy tu przedstawić bardziej szczegółowo co rozumiemy pod tymi dwoma kierunkami.

Definicję biopolityki trudno znaleźć w naszych słownikach czy encyklopediach. Podobnie w katalogach bibliotecznych, gdzie można napotkać jedynie nieliczne pozycje związane z tym tematem. Opierając się więc na treści zachodnich publikacji z historii tej dziedziny można pojęcie biopolityki zinterpretować następująco: jest to celowe oddziaływanie różnych form instytucjonalnych na całą sferę procesów życiowych jednostek i społeczeństw — czyli upraszczając, na jak najszerszej rozumiane sfery zdrowia i choroby — w oparciu o postępujący rozwój nauk medycznych i przy użyciu różnych metod i środków.

Znajomość tych działań w różnych okresach historycznych nie tylko rzuca dodatkowe światło na dzieje polskiej recepcji światowej nauki, ale jest podstawą wiedzy o szeroko pojętych warunkach zdrowotnych kraju, rzutujących w sposób zasadniczy na rozwój nauk medycznych. Nieskuteczność walki z paleniem tytoniu może np. powodować wzrost zachorowań na raka płuc i co za tym idzie w prawidłowo funkcjonującym państwie i społeczeństwie wywołać wzmożone badania w dziedzinie onkologii. Polityka masowego wysyłania absolwentów medycyny do do wiejskich ośrodków może, w pewnych okolicznościach, przyczynić się do osłabienia krajowego potencjału naukowego. Przykłady można by tu mnożyć.

Dotychczasowe polskie opracowania z historii naszej biopolityki są wrywkowe i nie wyczerpujące. Wydaje się zatem, że należałoby szerzej opracować ten problem, uwzględniając obecny stan wiedzy medycznej, historycznej i historiograficznej. Spróbujemy uszeregować w punktach te elementy biopolityki, których historia wymaga uzupełniających opracowań. Ogólnie.

1. Działanie instytucji państwa w dziedzinie biopolityki w różnych okresach historycznych
 - a) bezpośrednio i pośrednio
 - b) w skali kraju i w skali regionów
 - c) w skali ośrodków naukowych (mecenat)
 - d) pozytywne i negatywne (państwa zaborcze)
 - e) w dziedzinie zabezpieczeń zapewniających skuteczność działania (akty prawne, działania kontrolne, struktury organizacyjne)
2. Działania instytucji pozapaństwowych
3. Działania obu wyżej wymienionych rodzajów instytucji w okresie ruchów społecznych i wojen.

Szczegółowo:

1. Rola wyżej wymienionych działań
 - a) w tworzeniu podstaw teoretycznych w dziedzinie biopolityki
 - b) w przekształcaniu świata żywych organizmów
 - c) w tworzeniu nowej jakości życia (pozytywnej, negatywnej)
 - d) w kształtowaniu człowieka w aspekcie fizycznym i psychicznym.

Nie wyczerpaliśmy tu całej problematyki związanej z historią polskiej biopolityki. Wskazaliśmy jedynie na główne jej wątki, których ciągłość w naszej historiografii nie istnieje a niektórych z nich w ogóle brak.

Drugi kierunek, czyli badanie zagadnień związanych z rozwojem myśli i świadomości lekarskiej, stanowi równie mało zbadaną dziedzinę w historii polskiej medycyny.

Zważywszy na cel niniejszego artykułu ograniczymy się z konieczności tylko do ogólnego omówienia tych problemów. I tak myśl, ogólnie rozumiana jako pogląd na świat, przekonanie, koncepcja czy też idea przewodnia, w odniesieniu do medycyny, czyli myśl lekarska, rozpatrywana może być nie tylko jako światopogląd danej społeczności lekarskiej lub danego medyka w danym okresie historycznym, lecz także jako wpływ jaki wywarli oni swoją pracą kliniczną, doświadczalną czy też społeczną na rozwój medycyny.

Z pojęciem myśli lekarskiej wiąże się ściśle zagadnienie świadomości, które najogólniej można przedstawić jako zdolność umysłu ludzkiego do odzwierciedlania obiektywnej rzeczywistości. W odniesieniu do społeczności, a w naszym przypadku do środowiska lekarskiego, należałoby mówić o wspólnych dla niego poglądach czy przekonaniach. Tak rozu-

miana świadomość obejmuje zarówno postawy i opinie, jak i określa formy życia duchowego, moralność itp.

Większość publikowanych prac historyczno-medycznych dokumentując rozwój danej gałęzi medycyny teoretycznej czy klinicznej powołuje się na przełomowe osiągnięcia w danej dyscyplinie, które zaważyły na jej rozwoju. Czy jednak rozwój danej dyscypliny możemy łączyć wyłącznie z danym doniosłym osiągnięciem, czy też (a może przede wszystkim?) z uświadomieniem sobie przez środowisko lekarskie znaczenia tego odkrycia? Dokonawszy odkrycia komórek białaczkowych, Virchow przez długie lata nie mógł znaleźć zrozumienia u współczesnych mu badaczy. Stało się tak być może dlatego, że niektóre przypadki białaczki były udokumentowane przez Virchowa badaniem mikroskopowym, które nie tylko nie było stosowane przez lekarzy praktyków, ale nie znajdowało także zrozumienia u eksperymentatorów w I, a nawet i w II połowie XIX w. (np. w Polsce).

Proces rozwoju świadomości potrzeby takich badań zależał od rozmaitych czynników, takich jak m.in. rozwój techniki mikroskopowania, powstanie metody eksperymentowania itp.

Odkrycie znaczenia tlenu w funkcji oddychania i związane z tym innowacje wprowadzane do sal szpitalnych, obserwacje i stwierdzenia z dziedziny psychologii, spostrzeżenia dotyczące warunków od jakich zależy stan fizyczny leżącego chorego, doprowadziły do pojawienia się świadomości wagi właściwej opieki nad chorym w procesie terapeutycznym.

Można by więc stwierdzić, że świadomość lekarska powstaje drogą dedukcji z wniosków wyprowadzanych z odkryć i doświadczeń z różnych dziedzin wiedzy.

Zagadnienia wpływu prądów ideowych, kierunków filozoficznych na rozwój świadomości lekarskiej stanowią także interesujące pole badań historyczno-medycznych. Można np. przypuszczać, że panujący w I połowie XIX w. romantyzm mógł spowodować wzrost zainteresowania lekarzy zagadnieniami psychiki chorego i zdrowego człowieka. Nikt jednak nie próbował zbadać, jak problem ten kształtował się u nas.

O ile zainteresowania sferą psychiki mogły wyrosnąć na gruncie teorii idealistycznej, o tyle zainteresowania badaniami doświadczałnymi rozwinęły się pod wpływem filozofii pozytywnej Comte'a. Jak stwierdził twórca tego kierunku, człowiek przechodząc ewolucję swoich poglądów przeszedł kolejno przez fazę teologiczną, metafizyczną i pozytywną. Właśnie w tej ostatniej nastąpiło wg Comte'a uświadomienie sobie roli doświadczenia i zależności od praw przyrody, a w związku z tym zjawiała się potrzeba przebudowy warsztatu badawczego medycyny od podstaw, czyli od sformułowania jej logiki i epistemologii a więc zasad metodologicznych.

Wszystkie te zagadnienia nie doczekały się jeszcze w polskiej historiografii medycznej dogłębnego opracowania. Wiemy np., że pod koniec XIX w. powstała polska szkoła filozofii medycyny, której najwybitniejszym przedstawicielem był Biegański, ale nie wiemy jak przebiegała ewolucja świadomości środowiska, które tę szkołę stworzyło. Nie wiemy nawet jak przebiegał rozwój świadomości lekarskiej samego Biegańskiego, któremu poświęcono już liczne opracowania.

Nie wiemy także — sięgając po inny przykład — jaki był wpływ pozytywistycznego scientyzmu na rozwój badań doświadczalnych w polskiej medycynie. Czy uświadamiano sobie wartość metody Claude Bernarda? A w związku z tym „jaką fizjologię”, parafrazując pytanie Napoleona skierowane do Jędrzeja Śniadeckiego uprawiano w pracowniach Nawrockiego czy Cybulskiego? Czy rzeczywiście „taką jak w Paryżu”? jak Śniadecki określił wileńską chemię.

Jak zatem widać analiza myśli i świadomości lekarskiej odgrywa kluczową rolę w pracy historyka medycyny. Zagadnienia te, stojące na pograniczu historii i filozofii medycyny, wiążą się także z analizowanymi wcześniej zagadnieniami z historii biopolityki. Jest to widoczne jeśli chodzi o rozwój medycyny społecznej a także o dzieje etyki lekarskiej, które także kształtowały się pod wpływem prądów filozoficznych. Omawiając ten kierunek badań również możemy jedynie zasygnalizować niektóre potrzeby badawcze, nie wyczerpując tematu.

Trzeba tu zaznaczyć, że wskazywanie przez nas kierunków badawczych, podsuwanie tematów ma znaczenie czysto teoretyczne. Nie spodziewamy się po tych rozważaniach szerszego zainteresowania naszymi propozycjami. Sceptycyzm ten wynika ze specyfiki polskiego środowiska historyków medycyny, czyli ze sposobów jego powstawania i z jego struktury. Przede wszystkim występują tu pewne prawidłowości w pojawianiu się wśród lekarzy zainteresowania historią medycyny. W przeważającej części jest to rzeczywiste zaciekawienie przedmiotem, nie mające ani cech kompensacji, ani nobilitacji, ale występujące najczęściej obok, a nie zamiast zainteresowania medycyną — a co najważniejsze — od początku na ogół zdecydowane skierowane w stronę jednej, wybranej dziedziny. Uprawianie historii medycyny ma być poza tym w odczuciu lekarzy przyjemnością i odprężeniem a nie pracą. Dlatego tak trudno lekarzy-historyków medycyny skłonić do włączenia się w badania, które nie odpowiadają ich sprecyzowanemu zainteresowaniu, do udoskonalenia swojego warsztatu, co wymaga dodatkowej pracy, czy do opracowania wspólnie zasad metodologicznych, które powinny wszystkich obowiązywać, a co nie każdemu odpowiada.

Bodźcem do narzucającej pewne rygory współpracy może być stworzenie możliwości opublikowania opracowań o proponowanej tematyce. Siła tego bodźca, zawsze odgrywającego dotąd dużą rolę, obecnie jeszcze

wzrosła, ale też i zmniejszyły się możliwości druku. Jeżeli więc tej zachęty brakuje, to nie potrzeby badawcze kierują pracami a własne zainteresowania i trudno się temu dziwić. Inną sprawą jest wspomniana struktura czyli istnienie w każdej Akademii Medycznej katedr historii medycyny, z których każda realizuje jakiś program badawczy, nieraz zależny od sugestii władz uczelni. Rozwija także swą działalność Towarzystwo o długoletniej tradycji, również stale realizujące szerszy lub węższy program naukowy, chociażby w formie referatów wygłaszanych na zebraniach Oddziałów czy na Zjazdach. Istnienie czasopisma „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” przyjmującego do druku również prace ściśle faktograficzne i małe przyczynki ułatwia i satysfakcjonuje potrzebę samorealizacji w tej dziedzinie ich autorów — niedzielnych historyków medycyny.

W świetle tych faktów, oddających sytuację naszej historii medycyny, spróbujemy jeszcze — co obiecaliśmy — uzasadnić, dlaczego uważamy, że „zawodowy” historyk nauk medycznych powinien uzupełniać własnymi badaniami luki w stanie wiedzy i historycznym tle, na jakim rozwijała się nauka.

Gdyby do stawianych wyżej pytań dorzucić jeszcze jedno: „czy możemy z całym zaufaniem sięgać po tę brakującą wiedzę do opracowań naszych kolegów po piórze”? — odpowiedź niestety brzmiałaby: „bardzo często nie możemy”.

Po pierwsze dlatego, że z wyżej podanych przyczyn wiele zagadnień z dziedziny rozmaitych uwarunkowań rozwoju nauk medycznych czeka dopiero na swoich historiografów. Żeby nie być gołosłownymi, podamy drobny przykład. Otóż w pierwszej połowie XIX w. statystyka medyczna staje się ważnym narzędziem poznania. Żaden z polskich historyków medycyny nie próbował jak dotąd ustalić od kiedy staje się ona u nas miarodajna, mimo że wielu z nich niejednokrotnie do niej się odwołuje. (Od ilu i jakich czynników m.in. z dziedziny historii biopolityki ta miarodajność była zależna, nie musimy chyba tutaj wyjaśniać.) Istniejące opracowania są z kolei często mało wiarygodne. Częściowo również z wyżej podanych przyczyn, które powodują, że niektórzy autorzy powtarzają utrwalone już opinie rodem z innych prac, z pamiętników itp. nie zadając sobie trudu ich zweryfikowania, a częściowo i z powodu nieobecnej i innym dziedzinom historii nauki potrzebie pisania „ku pokrzepieniu serc”. Kompleks niższości jaki odczuwamy w stosunku do historii nauki europejskiej powoduje nieraz, że powstaje pomnik tam gdzie wystarczyłby pomniczek, a gdzie może dokładniej należałoby rozpatrzyć przyczyny braku odpowiedniego materiału na pomnik.

Jakie z powyższych rozważań płyną więc wnioski dla naszego zespołu? Przede wszystkim ten, że jeżeli chcemy sumiennie opracować jakiś okres dziejów rozwoju polskich nauk medycznych, to nie możemy dzielić

tematów naszych prac na prace z historii nauki i z historii medycyny, ale musimy brać pod uwagę potrzeby badawcze, zmierzające do pełnego naświetlenia procesu ewolucji tych nauk. Drugi wniosek to ten, że musimy liczyć przede wszystkim na własne siły, jeżeli chcemy konsekwentnie realizować jakiś program badawczy. Głównym naszym tematem badawczym jest polska recepcja teorii medycznych i ich pragmatyczne zastosowanie w XIX i XX wieku. Jest to temat wiodący, mieszczący się w kierunku badania świadomości lekarskiej, do którego wyczerpania nie pretendujemy. Mamy jednak nadzieję, że tak ukierunkowane badania powinny wnieść wiele nowego do naszej wiedzy o rozwoju polskich nauk medycznych w tym okresie. Ukończoną już pracą o tej tematyce, pracą, która niebawem ukaże się w druku jest „Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich”, autorstwa współpracownicy naszego zespołu dr Bożeny Płonki-Syroki. Pracą z zakresu obu kierunków — badania ewolucji świadomości lekarskiej i dziejów biopolityki — była wydana w 1981 r. monografia Zofii Podgórskiej-Klawe *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*.

Inne szczegółowe tematy, składające się na temat główny, są w opracowaniu. Między innymi *Implikacje darwinizmu w rozwoju polskiej embriologii* i *Polska recepcja teorii powstawania nowotworów* (K. Jeziorski), *Ewolucja teorii opieki nad chorym* (B. Urbanek) i *Teoria patologii komórkowej w polskiej medycynie* (Z. Podgórska-Klawe). Przygotowujemy także podstawę do opracowania syntezy rozwoju polskich nauk medycznych w XX w. Podstawą taką jest słownik biograficzny lekarzy. Uważamy, że dla tak rozległej dziedziny jak XX-towieczna medycyna jest to jedyna droga do rzetelnej i obiektywnej syntezy. Wybór kierunku naszych aktualnych badań jest również częścią odpowiedzi na zawarte w tytule tych rozważań pytanie Ale może się zdarzyć, że każdy z tych tematów będzie wymagał badań uzupełniających z innych dziedzin, które z konieczności będą również naszymi własnymi badaniami.

Artykuł napłynął do Redakcji w kwietniu 1988 r.