

Płonka-Syroka, Bożena

Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna (1736-1788) : problemy metodologiczne

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 38/4, 3-38

1993

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

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Bożena Płonka-Syroka
(Warszawa)

**Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych
na przykładzie doktryny
Johna Browna (1736-1788)
Problemy metodologiczne**

Problem rozpowszechniania się w danej epoce doktryn medycznych, akceptowanych jako konstrukcje o charakterze normatywno-dydaktycznym przez społeczność naukową, przy równoczesnym odrzuceniu innych konstrukcji tego typu obecnych współcześnie w świadomości owej społeczności, zwraca uwagę historyka medycyny na kryteria wyboru teorii w medycynie akademickiej. Pośród wielu doktryn medycznych jedne stosunkowo szybko zyskują aprobatę środowisk naukowych, inne długo muszą zabiegać o uznanie ich statusu teorii normatywnych, tj. dostatecznie racjonalnie uzasadnionych i przydatnych praktycznie, możliwych do wykorzystania w dydaktyce akademickiej. Wiele doktryn cieszy się uznaniem przez pewien okres, po czym następuje ich dyskredytacja w świadomości społeczności lekarskiej, zostają wyeliminowane z praktyki i poddane zasadniczej krytyce w ich aspekcie teoretycznym. Problem następstwa teorii o charakterze normatywnym w dydaktyce akademickiej można podejmować w różny sposób — poprzestać na opisie owego następstwa lub też poszukiwać istniejących prawidłowości, które mogą się ujawnić przy wnikliwej analizie źródeł. Moje wcześniejsze studia źródłowe,¹ nad recepcją w polskiej medycynie akademickiej czterech doktryn medycznych, które spotkały się początkowo z pewną akceptacją

¹ B.Płonka-Syroka; *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*, Wrocław 1990;
B.Płonka-Syroka; *Mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii*, Wrocław 1992.

środowisk lekarskich, później zaś dokonała się ich dość gwałtowna dyskredytacja w świadomości społeczności naukowej, skłoniły mnie do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy zarówno przychylną recepcję doktryny w społeczności, jak i jej dyskredytację (a także brak powodzenia recepcji badanej doktryny w społeczności) można zamknąć w określone ramy. Postawiłam sobie pytanie, czy problem recepcji doktryny medycznej w danym środowisku naukowym, to jest problem wyboru teorii przez daną społeczność naukową, wykazuje jakiegokolwiek prawidłowości, uchwytnie dla historyka nauki. Pewną próbą pozytywnej odpowiedzi na to pytanie była moja praca, dotycząca dwukrotnej, nieudanej ostatecznie próby uzyskania statusu pełnoprawnych doktryn o charakterze dydaktyczno-normatywnym, przez doktryny należące do nurtu hermetycznego (paracelsyzm, homeopatia, mesmeryzm)². Tym razem zastosowane w tej pracy metody pragnę wykorzystać w analizie recepcji doktryny medycznej Johna Browna, należącej do innego nurtu teoretycznego.

W europejskiej historiografii medycznej zainteresowanie doktrynami medycznymi, jako swoistymi konstrukcjami łączącymi teorię dotyczącą interpretacji zjawisk przyrody i metod jej poznania z konkretnymi wskazaniami z zakresu diagnostyki i terapii, datuje się już od połowy XIX stulecia³. Pojawiać się wówczas zaczęły prace, przeważnie o charakterze opisowym, łączące wątki biograficzne z opisem poszczególnych doktryn, a także pierwsze próby łącznia poszczególnych doktryn w ogólne teoretyczne nurty⁴. W piśmiennictwie historycznomedycznym spotykamy także próby kwalifikacji doktryn medycznych w oparciu o kryterium chronologiczne⁵. W piśmiennictwie zachodnim 2 połowy XX wieku zainteresowanie doktrynami medycznymi jest od pewnego czasu szczególnie żywe. Do analizy tych konstrukcji próbuje się zastosować najnowsze inspiracje metodologiczne, co daje zachęcające rezultaty⁶. Z wielu możli-

2 B. Płonka-Syroka: *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego — struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*. „Medycyna Nowożytna. Prace Historyczno-Medyczne”, Warszawa 1992, s. 7-38.

3 Por. np. A. Cricton: *Commentaries on some doctrines of a dangerous tendency in medicine*, London 1842; L. Peisse, *La médecine et les médecins. Philosophie, doctrines, institutions et biographies médicales*, Paris 1857, t. 1-2; E. Boucquet: *Histoire de la médecine et des doctrines médicales*, Paris 1864; Ch. Daremberg: *La médecine. Histoire et doctrines*, Paris 1865 i wiele innych.

4 J. Petersen: *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, Warszawa 1882

5 H. Haeser: *Historia medycyny*. Warszawa 1886.

6 Por. np. A. Eleftheriadis: *Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin; logischer Aufbau und dynamische Entwicklung der Humoralpathologie*, Frankfurt

wych dróg rozwiązania problemu genezy i recepcji doktryn medycznych w społeczności naukowej mają uwagę zwróciły próby zakorzenienia świadomości medycznej epoki w ogólnym kontekście społeczno-kulturowym. *Kulturgeschichte der Medizin*, w połączeniu z ideą rekonstrukcji poszczególnych doktryn medycznych i wyodrębnienia pewnych stałych elementów ich struktury⁷, stały się bezpośrednią inspiracją podjęcia tego opracowania. Wybór doktryny Johna Browna podyktowany został jej stosunkową prostotą, jak i przeprowadzonymi nad nią moimi wcześniejszymi badaniami⁸. Nie bez znaczenia była również chęć porównania uzyskanych wniosków z dokonaniem autorów zachodnich, w których pracach brownizm — doktryna dość długo zapomniana — przeżywa obecnie swoisty renesans⁹. Szczególnie nowo podjęte badania nad medycyną przełomu XVIII-XIX wieku, pozostająca pod wpływem inspiracji filozofią Oświecenia i Romantyzmu, odkrywają rzeczywistą rangę tej doktryny w myśli naukowej badanej epoki¹⁰.

a.Main 1991; Ch.Schlichting: *Geisteswissenschaftliche Elemente im Corpus Hippocraticum*, München 1985.

- 7 G.Flatten: *Die Entwicklung eines ganzheitlichen Bildes des Menschen in der Heilkunde der Romantik und seine Bedeutung für die Gegenwart*, Murken 1990; L.Fleck: *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywnie myślowym*, Lublin 1986. Por. też cytowana praca A.Eleftheriadis.
- 8 Obok cytowanych, por. np. Józef Frank i Jędrzej Śniadecki wobec doktryny Johna Browna, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1986, t. 49, z. 3, s. 359-374; *Teoria uproszczonej terapii Johna Browna (1735-1780)*, „Pamiętnik XIV Zjazdu PTFarm”, Wrocław 1989, t. 1, s. 224.
- 9 Por. np. H.J.Schwanitz: *Homöopathie und Brownianismus, 1795-1844. Zwei wissenschaftstheoretische Fallstudien aus der praktischen*, Stuttgart und New York 1983; Th.Tschirmer: *John Browns „System der Heilkunde” in Naturphilosophie und naturphilosophischen Arzneimittellehren des frühen 19. Jahrhunderts*, Marburg 1989.
- 10 Por. np. N.Tsouyopoulos: *Andreas Röschlaub und die romantische Medizin*, Stuttgart 1982; W.Leibbrand: *Die spekulative Medizin der Romantik*, Hamburg 1956; R.Kuschel: *Antimaterialistische Medizin und ihr Verhältnis zur Religion im 19. Jahrhundert*, Lübeck 1979; B.Lohff: *Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik: ein Beitrag zur Erkenntnisphilosophie der Medizin*, Stuttgart 1990.

Definicja i struktura doktryny medycznej

W jednej z wcześniejszych prac¹¹ zaproponowałam sformułowanie wyraźnej definicji doktryny medycznej w celu odróżnienia tego pojęcia od teorii czy systemu medycznego, często używanych dotąd zamiennie w literaturze przedmiotu. Proponowana definicja doktryny medycznej odwołuje się do następujących konotacji: doktryna medyczna to spójna konstrukcja teoretyczno-praktyczna, łącząca ogólną wizję dotyczącą filozofii przyrody, metod i zakresu poznania przyrody z konkretnymi propozycjami z zakresu fizjologii, patologii, diagnostyki i terapii. Doktryna medyczna łączy tedy swoiste metody diagnostyczne i terapeutyczne z ich teoretycznym uzasadnieniem. Twórca doktryny nadaje postrzeganym faktom określoną strukturę, odwołuje się do wybranej teorii, kierując swoją pracę w stronę innych członków naukowej społeczności. Doktryna medyczna ma więc zawsze wymiar społeczny, ponieważ jej twórca poszukuje w społeczności lekarskiej uznania racjonalności głoszonych przez siebie twierdzeń. Także owa społeczność lekarska w ostatecznym rezultacie decyduje o tym, czy proponowane przez twórcę doktryny rozwiązania teoretyczne i praktyczne zostaną uznane za racjonalne i przede wszystkim za przydatne praktycznie. Priorytety owej społeczności określają, które doktryny mogą spotkać się z zainteresowaniem, rozwiązują bowiem problemy istotne dla owej społeczności w danym czasie. Społeczność medyczna decyduje także o tym, że inne doktryny skazane bywają w danym okresie na marginalizację. Nie rozwiązują bowiem problemów, postrzeganych w tej społeczności jako problemy istotne.

Historyk medycyny może dokonać rekonstrukcji struktury doktryny medycznej, analizując treść wewnętrzną poszczególnych konstrukcji tego typu. Rekonstrukcja ta pozwala na grupowanie doktryn w nurty, wyodrębnianie wzajemnych filiacji. Schematyzm opisywanych po strukturalizacji doktryn pozwala na dokonywanie uogólnień, które mogą być trudno uchwytnie przy zachowaniu oryginalnej formy doktryny. Udana zabiegi restrukturalizacyjne, podejmowane przez autorów zachodnich¹², zachęcają do postępowania tą drogą, co nie oznacza biernej recepcji proponowanych przez nich metod.

Rekonstrukcja doktryny medycznej pozwala wyróżnić trzy charakterystyczne poziomy jej struktury. Każdy pełni swoistą rolę wobec pozosta-

11 B. Płonka-Syroka: *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego...* s. 8.

12 Por. E. Eleftheriadis, op. cit. passim.

łych. Poziom pierwszy, który określam mianem **poziomu konstytutywnego**¹³, ujawnia obraną przez twórcę doktryny filozofię przyrody, wskazuje również na teorię medyczną, do której dana doktryna nawiązuje. Zakreśla kryteria racjonalności naukowej, kryteria prawomocności sądów i oceny skuteczności podejmowanych działań lekarskich. Poziom konstytutywny pozwala odtworzyć zawartą w danej doktrynie koncepcję życia i metod jego poznania. Tak dokonany wybór pozwala twórcy doktryny na przedstawienie członkom społeczności naukowej ogólnego uzasadnienia prawomocności wypowiedzianych twierdzeń z zakresu praktyki lekarskiej. Poziom konstytutywny rzadko wyrażany jest *expressis verbis* przez twórcę doktryny, częściej jego wydobyć wymaga dokonania rekonstrukcji treści źródeł przez historyka medycyny. Ważna jest w tym wypadku analiza pytań, jakie twórca doktryny sobie stawia, co ujawnia jego horyzont myślowy. Ujawnia przy tym sytuację problemową, do której rozwiązania zmierza twórca danej doktryny. Można wówczas określić zgodność subiektywnej sytuacji problemowej twórcy danej doktryny z sytuacją problemową postrzeganą przez członków społeczności naukowej, wobec której odnosi ona swoje stwierdzenia. Rekonstrukcja poziomu konstytutywnego pozwala historykowi medycyny na wyodrębnienie w rozwoju myśli medycznej głównych nurtów teoretycznych. Stanowi to znaczącą pomoc w rekonstrukcji ciągów rozwojowych danych obszarów myśli medycznej, ponieważ zewnętrzny wyraz wielu doktryn, proponowana przez nich praktyka lekarska, utrudnia ich jednoznaczne sklasyfikowanie.

Drugi poziom doktryny medycznej, **poziom nomotetyczny**¹⁴, ujawnia twórcę doktryny w roli prawodawcy, nadającego postrzeganym przez siebie faktom swoiste uporządkowanie. Twórca doktryny wybiera spośród dostępnych w jego epoce elementów doświadczenia te, które w jego świadomości mają znaczenie podstawowe dla rozwiązania problemów stojących przed daną społecznością. Kilka prostych reguł tworzy oś konstrukcji doktryny, pozwalając ją odróżnić od innych. Jest to indywidualny „pomysł na doktrynę”, określający dalszy sposób uporządkowania wszystkich tworzących ją elementów. Jest zwornikiem w architektonicznej strukturze doktryny, łącząc jej ogólne podstawy teoretyczne wyrażone w treści poziomu konstytutywnego z całą jej treścią wewnętrzną dotyczącą

13 Konstytutywny (z łac. *constitutivus*) — stanowiący podstawę, zasadniczy, istotny, stanowiący o czymś. Por. *Słownik wyrazów obcych* pod red. J. Tokarskiego, Warszawa 1980, s. 383.

14 Nomotetyczny (z gr. *nomothetes*) — prawodawca, zmierzający do sformułowania prawa. *Słownik wyrazów obcych...*, s. 514.

praktyki. Elementy poziomu nomotetycznego są niekiedy oryginalne, innym razem twórca doktryny zapożycza je z już istniejącego zasobu wiedzy medycznej epoki. Nadaje im jednak nowy sens, nową rangę wobec elementów pozostałych. Poziom nomotetyczny doktryny medycznej decyduje o jej zasadniczej odrębności wobec innych konstrukcji tego typu. Na podstawie tego samego poziomu konstytutywnego możliwe jest bowiem stworzenie wielu alternatywnych doktryn medycznych o różnym stopniu skomplikowania i mniej lub bardziej uchwytnych wzajemnych zależnościach.

Trzeci poziom doktryny medycznej, **poziom wariacyjny**¹⁵, składa się z elementów praktycznych podporządkowanych ogólnej wizji przyrody zawartej na poziomie konstytutywnym (wraz z metodami jej poznania) i w zasadniczej regule doktryny obecnej w poziomie nomotetycznym. Nasuwają się tu pewne reminiscencje muzyczne: elementy poziomu wariacyjnego, podobnie jak w konstrukcjach opisywanych w teorii muzyki, pojawiają się w strukturze różnych współczesnych sobie doktryn, za każdym razem pełniąc swoistą rolę nadaną im przez twórcę. Mamy tu do czynienia z dokonaniem przez autora doktryny wyborem zespołu elementów z dostępnego w danej epoce ich zasobu, elementów postrzeganych jako dostatecznie racjonalnie uzasadnione i przydatne do rozwiązywania konkretnych problemów medycznych epoki. Te same elementy praktyki lekarskiej mogą występować współcześnie wewnątrz różnych doktryn, przy odmiennym sposobie teoretycznego ich uzasadnienia¹⁶. Te same elementy uzyskują także wewnątrz różnych doktryn odmienną rangę, w jednych stanowią o istocie np. proponowanych metod terapii, w innych występują jako uzupełniające zasadnicze wskazania terapeutyczne właściwe dla danej doktryny.

Strukturalizacja doktryn medycznych pozwala na prowadzenie badań modelowych nad recepcją doktryn medycznych w społeczności naukowej. Historia medycyny przedstawia nam przykłady recepcji udanej, pełnej, gdy doktryna spotyka się z aprobatą społeczności naukowej na poziomie rozwiązań teoretycznych i proponowanych nowatorskich (lub w nowy sposób zastosowanych) metod diagnostyki i terapii. Spotykamy także przypadki recepcji cząstkowej, gdy społeczność lekarska wykazuje zain-

15 Wariacyjny (z łac. *variatio*) — przetwarzający temat wraz z jego kolejnym powtórzeniem, odmieniający go. *Słownik wyrazów obcych...*, s. 799.

16 Np. teoretycznym uzasadnieniem dla upustu krwi mogły służyć na przełomie XVIII i XIX w. doktryny: neohipokratyzm, brownizm, broussaizm, rasoryzm i in.

interesowanie wyłącznie dla teorii danej doktryny, postrzegając proponowane rozwiązania praktyczne jako dalece niedoskonałe. Recepcja cząstkowa dotyczy też przyswojenia sobie przez społeczność lekarską elementów praktycznych proponowanych przez twórcę doktryny, przy braku zainteresowania lub uznania dostatecznej racjonalności teorii, na której dana doktryna została zbudowana. Historia medycyny wskazuje także przykłady recepcji całkowicie nieudanej, gdy zarówno teoria, jak i praktyka danej doktryny nie zyskały uznania społeczności naukowej. Historyk medycyny, pragnący wykroczyć w analizach problemu wyboru teorii przez społeczność lekarską poza element wolicjonalny, może posłużyć się zaproponowanymi wyżej propozycjami teoretycznymi. Ich wykorzystanie może przyczynić się do pełniejszego odtworzenia procesu upowszechniania się teorii i doktryn medycznych w badanej społeczności.

Model doktryny Johna Browna — rekonstrukcja strukturalna

Doktryna Johna Browna należy do nurtu doktryn niematerialistycznych, który na przełomie XVIII i XIX stulecia aktywnie rywalizował z tendencjami materialistycznymi w europejskiej medycynie teoretycznej¹⁷.

Poziom konstytutywny brownizmu pozwala zaliczyć tę doktrynę do tak zwanych doktryn dynamicznych¹⁸. Browna wizja natury składała się na obraz działań wielorakich sił o charakterze biegunowym, nadających przyrodzie ruch i trwanie, organizujących jej dynamikę. Materia według Browna jest bytem podporządkowanym siłom, które wyznaczają zasady jej istnienia. Koncepcja natury uznawana przez Browna miała starożytny rodowód i była odpowiedzią na ówczesną sytuację problemową¹⁹. Nawią-

17 Por. J.Petersen, H.Haeser, Kuschel i inni cytowani autorzy.

18 Określenie to występowało zarówno w czasach współczesnych recepcji doktryny Browna (np. u S.Girtlera: *Rozprawa o postępie nauk lekarskich i o wpływie teorii na praktykę leczenia*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego z Uniwersytetem Jagiellońskim Połączonego”, 1823, t. 8, s. 23-90), jak i w opracowaniach z zakresu historii medycyny, np. u cytowanego już Petersena.

19 Określenie K.R.Proppera (*Logika odkrycia naukowego*, Warszawa 1977), interpretowane być tu może jako zespół problemów postrzeganych w danej społeczności jako problemy do rozwiązania. Pojęcie sytuacji problemowej w psychologii: J.Kozielecki: *Czynność myślenia* (w:) *Psychologia*, pod red. J.Tomaszewskiego, Warszawa 1982, s. 380 i in.

zywała do poglądów starożytnej szkoły metodyków²⁰. Brown znalazł w nich bezpośrednio inspiracje, które stały się kanwą spajającą także i nowożytne elementy wiedzy o przyrodzie. Osiągnięcia nowożytnego przyrodoznawstwa Brown wpisał w strukturę myślową sformułowaną w starożytności.

Pojęcie natury jako pola działania biegunowych sił odnosił Brown do swojej wizji żywego organizmu. Postrzegał organizm jako system utrzymywany przy życiu przez swoistą ciecz, krążącą w systemie nerwowym. Życie jest, jego zdaniem, stanem wymuszonym przez działanie bodźców środowiska. Zdolność reagowania na te bodźce przypisywał Brown takim własnościom organizmu, jak czułość i drażliwość, charakteryzującym nerwy i mięśnie. Na każdy rodzaj bodźca organizm miał odpowiadać pobudzeniem. Samo życie organizmu, jak i zachowanie przezeń zdrowia normowane być miało przez nieprzerwane działanie bodźców i utrzymywanie zdolności organizmu do ich odbioru.

Racjonalnie uzasadnione i prawomocne poznawczo metody badania natury i ludzkiego organizmu miały w doktrynie Browna, zgodnie z postulatami Oświecenia, w której to epoce powstała jego doktryna, opierać się na doświadczeniu i obserwacji. Struktura poznawcza brownizmu nadawała jednak ich realizacji całkiem swoiste ukierunkowanie. Badanie przedmiotowe pacjenta wskazywało wyłącznie na stopień pobudzenia jego organizmu, którego stwierdzenie miało w doktrynie Browna podstawowe znaczenie diagnostyczne. W jego koncepcji badania anatomiczne, określanie stanu poszczególnych organów itp. nie miały żadnego znaczenia. Nie były istotne poznawczo. Horyzont zdarzeń istotnych zamykało dla Browna stwierdzenie prawidłowego lub odchyłonego od zakreślonego przezeń jako normalny stopnia pobudzenia organizmu pacjenta. Wszystkie inne czynniki wykaczały w jego koncepcji doświadczenia i obserwacji poza nawias racjonalnie uzasadnionych metod badawczych. Zdaniem Browna, doktryna przezeń stworzona, odpowiadała na zasadnicze postulaty stawiane przed nauką nowożytną — miała wymiar praktyczny, cechowała ją prostota, miała charakter intersubiektywny (każdy mógł zweryfikować poczynione obserwacje stanu pobudzenia organizmu), poddawała się wymogowi naoczności. Zarazem jednak przez wielu współczesnych lekarzy brownizm od momentu swojego powstania postrzegany był jako doktryna anachroniczna. Będący jej podstawą horyzont zdarzeń, subiektywna sytuacja problemowa, która stała się dlań podstawą

20 Por. np. B.Seyda: *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, s. 56.

tworzenia szczegółowych odpowiedzi, zamykały się na wiele osiągnięć ówczesnej XVIII-wiecznej nauki, postrzeganej przez społeczność lekarską jako znajdująca się w stanie kryzysu teoretycznego. Oparcie się przez Browna na starożytnej sytuacji problemowej, dla której nowożytne uzupełnienia (czerpane głównie z poglądów A.Hallera, F.Hoffmanna, W.Cullen²¹) miały charakter dopełniający, stało się ważkim czynnikiem ograniczającym w przyszłości możliwości obiektywnej recepcji stworzonej przez niego doktryny.

Powyższe ustalenia tworzą ramy dla propozycji poziomu nomotetycznego brownizmu. Obejmuje on dwa pojęcia — „stenii” i „astenii”, dwóch stanów organizmu, wyróżnionych ze względu na stopień pobudzenia. Zbyt wysoki stopień pobudzenia organizmu Brown określał mianem „stenii”, zaś zbyt niski — „astenii”. „Stenia” była wynikiem działania na organizm, a konkretnie na jego układ nerwowy, silnych bodźców, które doprowadziły do podniesienia ogólnego poziomu pobudzenia. „Astenia” była natomiast — zdaniem Browna — efektem działania bodźców nadmiernie silnych, gdy właściwa dla organizmu reaktywność ulegała wyczerpaniu. Ten stan Brown charakteryzował jako tak zwaną „bezsilność pośrednią” (*asthenia indirecta*). Twórca brownizmu opisał także drugi typ *astenii*, zwany „bezsilnością bezpośrednią”, będący wynikiem niedostatecznej stymulacji układu nerwowego organizmu, a więc braku odpowiedniej liczby lub odpowiedniej siły bodźców.

Poziom wariacyjny doktryny Johna Browna złożony jest z elementów nie wykraczających poza wyznaczoną powyżej myślową strukturę. Dotyczy to zarówno koncepcji z zakresu fizjologii, patologii, diagnostyki i terapii. Koncepcje patologiczne Browna opierały się na pojęciach stonii i astenii. Istotą wszystkich chorób był w jego ujęciu odbiegający od normalnego poziomu stopień pobudzenia układu nerwowego. Wszystkie choroby można więc było na tej podstawie klasyfikować w układzie dychotomicznym. Jedna grupa obejmowała te schorzenia, w których doświadczenie i obserwacja lekarza pozwalały mu stwierdzić nadmierne pobudzenie organizmu (choroby steniczne). Druga łączyła te schorzenia, w których w badaniu przedmiotowym lekarz mógł stwierdzić niedostateczny poziom pobudzenia. Zadaniem jego było w tym momencie określenie, czy mamy do czynienia z astenią bezpośrednią czy pośrednią.

Zgodnie z przyjmowaną za podstawę brownizmu teorią, wszystkie

21 Ch.Singer, E.A.Underwood: *A Short History of Medicine*, New York and Oxford 1962, s. 148, 151-154.

procesy życiowe znajdowały się pod bezpośrednią kontrolą układu nerwowego. W układzie tym miały się też manifestować właściwa organizmowi pobudzalność i jej możliwe odchylenia. Wszystkie bodźce, niezależnie od ich umiejscowienia i jakości, oddziaływać musiały ostatecznie na układ nerwowy. Ten sam stopień pobudzenia mógł być efektem czynników psychicznych, diety i ćwiczeń ciała, zastosowania pewnych leków i działania czynników chorobotwórczych. Lekarz powinien więc objąć swoją uwagę stan pobudzenia chorego. Wszystkie inne objawy mają dla niego charakter marginalny.

We współczesnej Brownowi patologii poważną rolę pełnił podział chorób na ogólne i miejscowe. Empiryczny charakter brownizmu nie pozwalał na pominięcie owego rozróżnienia i stawiał Browna przed koniecznością nadania mu swoistej interpretacji. Naoczność obserwacji nie pozostawiała miejsca na zbyt daleko idącą spekulację. Brown sformułował więc w tym wypadku teorię, zgodnie z którą wszelkie symptomy chorób określał jako przejawy odmiennej reakcji organizmu na bodźce. Każda choroba jest zaburzeniem układu nerwowego w całym jego zakresie, natomiast w danym obszarze ciała pacjenta zaburzenie to manifestować się może ze szczególną siłą.

W patologii Browna charakterystyczna była także terapia dotycząca tak zwanego gatunkowego charakteru chorób. Każda choroba miała, jego zdaniem, charakter nerwowy (*febris nervosa itp.*), który mógł się przejawiać pod postacią „stenii” lub „astenii”. Choroby mogły przechodzić ze stanu astenicznego w steniczny, i odwrotnie w zależności od przemian stopnia ogólnego pobudzenia organizmu. Według Browna, 97% chorób miało mieć charakter asteniczny, pozostałe 3% — to choroby steniczne. Trudności praktyczne, sprawiane lekarzom przez tak sformułowaną teorię, doprowadziły wkrótce do jej modyfikacji przez uczniów Browna. Powstało pojęcie tak zwanych chorób mieszanych, steniczno-astenicznych lub asteniczno-stenicznych, w których stosowano odpowiednie metody terapeutyczne wykorzystując środki o przeciwnym działaniu. W tej wersji brownizm upowszechnił się jako koncepcja z zakresu patologii.

Tak zakreślone poglądy patologiczne dały podstawę szczegółowym wytycznym odnośnie diagnostyki lekarskiej. Zgodnie z ideowymi postulatami Oświecenia, Brown zmierzał do nadania stworzonemu przez siebie systemowi terapii waloru systemu o charakterze normatywnym, obiektywnym, powtarzalnym. Było to związane ściśle z aktywną krytyką dominującego w ówczesnych uniwersytetach systemu ekлекtycznej terapii, opartego na doktrynie neohipokratyzmu. Diagnostyka została więc

sprowadzona w omawianej doktrynie do rutynowego pomiaru stopnia pobudzenia układu nerwowego. Nie był istotny bodziec wywołujący pobudzenie, lecz reakcja organizmu na ów bodziec. Prace samego Browna, a przede wszystkim jego uczniów, zawierały schematyczne wyliczenie możliwych do zastosowania środków leczniczych przy danym stopniu pobudzenia. Środki te mogły być stosowane zamiennie (np. dieta lub upust krwi jako środki astenizujące) w terapii danego schorzenia. Istotny był podstawowy kierunek diagnozy („stenia” lub „astenia”) i wskazanie do terapii o charakterze *contraria contrariis curantur*.

Także prognostyka w doktrynie Browna wiązała się z zasadą określania ogólnego stopnia pobudzenia organizmu chorego. Opierając się na sformułowanej jeszcze w starożytności teorii równowagi, Brown prognozował perspektywy leczenia na podstawie pomiaru stopnia odchylenia od stanu równowagi organizmu pojmowanego jako stan prawidłowy, stan normy. Chory nadmiernie pobudzony lub osłabiony (steniczny, asteniczny), w zależności od oceny jego stanu przez lekarza, poddawany był prognozie jako zdolny lub niezdolny do powrotu do normalnego stanu pobudzenia.

Przywrócenie normalnego stanu pobudzenia organizmu było głównym celem terapii w doktrynie Browna. W chorobach określanych jako steniczne należało stosować tak zwane środki astenizujące, obniżające poziom pobudzenia. Najczęściej zalecano tu upusty krwi, środki przeczyszczające i wymiotne, ciepłe okłady, środki napotne, ograniczenie pożywienia. W chorobach określanych jako asteniczne Brown zalecał tak zwane środki steniczące, podwyższające poziom pobudzenia. Terapia stenicząca była dość zróżnicowana w zależności od rodzaju rozpoznanej astenii. W astenii bezpośredniej, wynikającej z braku bodźców, należało ich organizmowi natychmiast dostarczyć, aby doprowadzić funkcje życiowe sterowane przez układ nerwowy do normalnego poziomu. W astenii pośredniej, wynikającej — zdaniem Browna — z wyczerpania organizmu przez nadmiernie silne lub nadmiernie długo działające bodźce, należało wprawdzie podjąć czynności pielęgnacyjne i pozostawić chorego w spokoju do czasu powrotu układu nerwowego do naturalnej równowagi. Energiczna terapia pobudzająca mogła w tym wypadku — mimo obserwowanego znacznego osłabienia chorego — doprowadzić do śmierci pacjenta z powodu niezdolności jego organizmu do dalszego reagowania na bodźce.

Charakteryzując doktrynę Browna, należy na końcu podkreślić jej charakter systemowy. Była to bowiem zamknięta, złożona struktura, w niewielkim stopniu podatna na zmiany i uzupełnienia. Postrzeganie rze-

czywistości przyrodniczej dokonywało się w brownizmie za pośrednictwem z góry przyjętej sztywnej myślowej struktury. Mimo, iż sam Brown uznawał stworzoną przez siebie doktrynę za opartą na podstawach empirycznych, wspomniana wyżej myślowa struktura decydowała, że dokonana przez niego interpretacja obserwacji i doświadczeń (empirycznej podstawy tej doktryny) pozostawała w sprzeczności z interpretacjami przedstawianymi w jego epoce przez twórców innych, konkurencyjnych doktryn. Odmienne interpretacje obserwowanych z różnych pozycji teoretycznych faktów empirycznych tworzyły rzeczywistość akademickiej medycyny przełomu XVIII i XIX wieku. Przysłowiowa nieskuteczność brownistowskiej terapii, często podnoszona w publikacjach polemicznych wychodzących spod pióra krytyków tej doktryny, a także ogromna śmiertelność chorych, leczonych według wskazań Browna, nie stanowiły dostatecznych przesłanek do poważniejszej krytyki brownizmu dokonywanej przez lekarzy uznających podstawy tej doktryny. Akceptacja jej wewnętrznej struktury, uznanie racjonalności proponowanych przez Browna rozwiązań, tylko niektórych lekarzy — brownistów skłaniała do wprowadzania pewnych uzupełnień. Dopiero krytyka brownizmu dokonana z zewnątrz i odrzucenie całego systemu twierdzeń uzasadniających racjonalność naukową analizowanej doktryny, pozwoliły na jej wyeliminowanie z życia naukowego i praktyki lekarskiej.

Recepcja brownizmu, dokonująca się w warstwie teoretycznej i praktycznej, może być również śledzona za pomocą pewnych schematów teoretycznych, które pozwalają historykowi medycyny wykroczyć poza prosty opis faktów i efektywniej poszukiwać wiążących je zależności. Badanie tej recepcji pozwoli uzasadnić wprowadzenie strukturalizacji doktryn medycznych, która zezwala na nadanie tym różnorodnym konstrukcjom cech porównywalności.

Strategia postępowania społeczności naukowej wobec nowej doktryny, recepcja doktryn medycznych w ujęciu modelowym

W jednej z wcześniejszych prac²² zaproponowałam ujęcie problemu recepcji nowej doktryny medycznej w badanej społeczności naukowej w

22 B. Płonka-Syroka: *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego...*, s. 25.

pewnien charakterystyczny schemat. Przedstawione wówczas propozycje teoretyczne, zastosowane do analizy recepcji doktryn medycznych nurtu hermetycznego, mogą znaleźć zastosowanie także w badaniach nad recepcją brownizmu w medycynie europejskiej. W sytuacji kryzysowej²³ społeczność naukowa staje wobec otwartego problemu wyboru teorii, zdolnej zastąpić, postrzeganą jako coraz bardziej dysfunkcjonalną, dotychczasową teorię nauki akademickiej o charakterze normatywnym.

Badania nad recepcją doktryny medycznej w danej społeczności można przeprowadzić postępując się zaproponowanym wyżej schematem. Pragnąc określić szanse recepcji badanej doktryny w danej społeczności, badacz winien oszacować, czy obowiązująca teoria akademicka o charakterze normatywnym jest w dostatecznym stopniu akceptowana w owej społeczności, czy też mamy do czynienia z zaznaczającą się sytuacją kryzysową. Gdy wszelkie próby minimalizacji dysfunkcjonalności obowiązującej teorii zawiodą, społeczność naukowa może obrać jedną z niżej wyszczególnionych strategii. Każda z nich zmierza do likwidacji sytuacji kryzysowej i wprowadzenia „nowej” teorii o charakterze normatywnym, obowiązującej odtąd w danej społeczności.

Strategia 1

Społeczność naukowa dąży do **modyfikacji** dotąd obowiązującej teorii o charakterze normatywnym, poprzez włączenie do jej struktury elementów teorii zbudowanych na podstawie tej samej sytuacji problemowej.

Strategia 2

Społeczność naukowa dąży do **zastąpienia** dotąd obowiązującej teorii o charakterze normatywnym inną teorią, już istniejącą i w dużym stopniu sformalizowaną, zbudowaną na podstawie tej samej sytuacji problemowej co teoria wypierana.

Strategia 3

Społeczność naukowa dąży do **stworzenia** nowej teorii w oparciu o sytuację problemową, tożsamą z tą, która była podstawą dla stworzenia teorii wypieranej.

²³ Sytuacja kryzysowa występuje w danej społeczności naukowej wówczas, gdy obowiązująca dotąd teoria normatywna postrzegana jest jako dysfunkcjonalna, jej moc eksploracyjna i eksplanacyjna uznawana bywa za niewystarczającą lub wyczerpaną. Por. np. sytuacja kryzysowa i postrzeganie anomalii, T.S.Kuhn: *Dwa bieguny, Tradycja i nowatorstwo w badaniach naukowych*, Warszawa 1985, passim.

Strategia 4

Społeczność naukowa dąży do **przywrócenia** statusu teorii normatywnej jednej z już istniejących, gotowych teorii, zbudowanych w oparciu o sytuację problemową wcześniejszą niż ta, która była podstawą dla stworzenia teorii wypieranej.

Strategia 5

Społeczność naukowa dąży do **sformułowania** nowej teorii, w oparciu o sytuację problemową wcześniejszą niż ta, która była podstawą dla stworzenia teorii wypieranej.

Strategia 6

Społeczność naukowa **ogranicza** swe dążności systemotwórcze na rzecz dokładnego sprecyzowania swojej bazy danych, elementów doświadczenia w danej epoce względnie niedyskusyjnych poznawczo oraz zmierza do **zbudowania** nowej sytuacji problemowej.

Strategia 7

Społeczność naukowa **tworzy** nowe, konkurencyjne teorie, zbudowane w oparciu o nową sytuację problemową, z których jedna uzyska status nowej teorii normatywnej.

Podkreślenie społecznego charakteru reakcji na sytuację kryzysową, to jest powszechnie postrzeganej dysfunkcjonalności dotychczas obowiązującej teorii normatywnej, nie oznacza, że nowe teorie tworzone są kolektywnie. Powstają one jednak wewnątrz poszczególnych ugrupowań społeczności naukowej, do których przynależą ich twórcy.

Wybór strategii przez reprezentantów poszczególnych ugrupowań jest ściśle związany z określoną wizją rzeczywistości przyrodniczej, tworzącą specyficzną strukturę poznawczą. W przypadku pierwszych trzech strategii mamy do czynienia z aprobatą sytuacji problemowej, na podstawie której została stworzona dotychczas obowiązująca teoria o charakterze normatywnym. Dwie następne strategie związane są nie tylko z aktywną krytyką wypieranej teorii, ale przede wszystkim z odrzuceniem sytuacji problemowej, która posłużyła dla zbudowania wypieranej teorii. Strategia szоста i siódma rozwiązanie sytuacji kryzysowej widzą w poszukiwaniu nowej sytuacji problemowej i utworzeniu na jej podstawie nowych, bardziej adekwatnych wobec rzeczywistości przyrodniczej konstrukcji teoretycznych.

Opisane powyżej strategie występują w dziejach nauki w charakterystycznej sekwencji. Społeczność naukowa zmierza do modyfikacji teorii

postrzeganej jako dysfunkcjonalna, później zaś do zastąpienia jej inną teorią spośród już istniejących teorii „gotowych” lub nowo tworzonych. Tworzywem dla tych teorii jest jednak dotychczasowy zasób wiedzy ujmowany teoretycznie według dotychczasowych pojęć, dotychczasowa sytuacja problemowa — aktualna i poprzedzająca aktualną. Społeczność naukowa przez pewien czas porusza się wśród pytań, które już niegdyś zostały postawione i wśród odpowiedzi na nie, które zostały udzielone. Dopiero wyczerpanie możliwości odpowiedzi na sytuację kryzysową, przy użyciu dotychczas znanych teorii, za pomocą dotychczas stawianych pytań itd. skłania społeczność naukową do wyboru postawy antysystemowej, opisanej przez strategię szóstą. Następuje wówczas próba zakreslenia nowego horyzontu zdarzeń istotnych, eliminacja nowych fragmentów dotychczas uznawanej wiedzy, aktywne stawianie nowych pytań badawczych, wysuwanie radykalnych hipotez. Następnym etapem jest sformułowanie nowej sytuacji problemowej i budowanie na jej podstawie nowych teorii, z których jedna uzyska w drodze wyboru społeczności naukowej status teorii o charakterze normatywnym.

Charakterystyczna sekwencja strategii społeczności naukowej wobec kryzysu dotychczasowej teorii o charakterze normatywnym pojawia się w społeczności o charakterze twórczym, zdolnej samodzielnie wytwarzać teorie i związane z nimi doktryny o charakterze praktycznym. Ważnym elementem jest tu także wysoki stopień autonomii społeczności naukowej w procesie wyboru teorii. W społecznościach naukowych o charakterze receptywnym, teorie i doktryny zastępujące wypierane, przejmowane są z innych społeczności. W wypadku zaburzenia autonomii wyboru teorii przez znaczący nacisk czynników zewnątrznaukowych opisana powyżej sekwencja może nie pojawić się w sposób scharakteryzowany.

Uzasadnienie teoretyczne dla zaproponowanego wyżej modelu reakcji społeczności naukowej na kryzys dotąd obowiązującej teorii o charakterze normatywnym, czerpię z koncepcji sformułowanych przez Kurta Gödla²⁴ i Thomasa Samuela Kuhna²⁵. Zgodnie z filozoficzną interpretacją twierdzeń Gödla, systemy złożone z wielu niekoherentnych twierdzeń dotyczących ładu naturalnego zmierzają w swym rozwoju ku coraz większemu uporządkowaniu. Osiągają ostateczną spójność jako systemy koherentne. Zdaniem interpretatorów Gödla, dla każdego takiego systemu twierdzeń

24 E.Nagel, I.R.Newman: *Twierdzenie Gödla*, Warszawa 1966; C.Gorzka: *Poglądy filozoficzne Kurta Gödla*, „Ruch Filozoficzny” 1986, t. 43, nr 2, s. 160-166.

25 T.S.Kuhn, op.cit., s. 68-81, 99 i in.

o przyrodzie przedstawić można przynajmniej jedno twierdzenie, którego nie można włączyć do tego systemu bez zachwiania zasady jego spójności. Powyższy punkt widzenia pozwala ująć naukę jako układ złożony z wielu systemów zmierzających do koherencji. Osiągnięcie koherencji przez dany system w sposób nieuchronny przynosi świadomość anomalii. Społeczność naukowa nie może już bowiem oczekiwać, że uda się wpisać w dany system pewne istotne i postrzegane przez nią jako niesporne poznawczo twierdzenia bez zaburzenia zasadniczej struktury systemu. Kuhnowskie rozwiązywanie łamigłówek wewnątrz paradygmatu zostało w tym momencie zakończone, pozostawiając pewne ważne elementy wiedzy poza wykończoną strukturą ujętą według pewnego schematu. Wyraźne postrzeganie anomalii rozpoczyna opisaną przez Kuhna sytuację kryzysową w danej dziedzinie nauki. Rozwiązaniem owej sytuacji kryzysowej jest sformułowanie — po okresie poruszania się wewnątrz systemu wiedzy zastanej — nowej sytuacji problemowej i sformułowanie nowych teorii, z których jedna uzyska status normatywny.

Wobec postrzeganych anomalii dotychczas obowiązującej teorii normatywnej poszczególne kręgi społeczności naukowej zachowują się w sposób zróżnicowany. Ugrupowania powiązane z nauką akademicką wybierają najczęściej strategię od pierwszej do trzeciej, szczególnie dotyczy to osób występujących z pozycji autorytetów o charakterze instytucjonalnym. Zainteresowanie dla teorii i doktryn związanych ze strategiami czwartą i piątą cechuje częściej osoby luźno tylko powiązane z kręgami akademickimi. Nie są one osobiście zainteresowane modyfikacjami dotąd obowiązującej teorii, ani też utrzymaniem dotąd obowiązującej sytuacji problemowej postrzeganej jako jedynie możliwa i racjonalna. Przyjmując punkt widzenia Gödla, usiłowania zwolenników strategii od pierwszej do piątej skazane są na niepowodzenie ze względów strukturalnych, gdyż zestaw pytań badawczych i możliwych metod ich rozwiązywania, charakterystyczny dla obu sytuacji problemowych — aktualnie wypieranej i ją poprzedzającej — wyczerpał już swe możliwości jako narzędzie adekwatnego opisu rzeczywistości przyrodniczej. Wyrazem tego jest wyraźne postrzeganie anomalii. Pierwsze pięć strategii ustępuje więc dwóm ostatnim pod względem zdolności poznawczych. Strategia szósta i siódma są bardziej efektywne poznawczo, otwarte na fakty, dając tym samym przesłanki sukcesu teoriom zbudowanym na ich podstawie.

W dziejach medycyny kryzys przebiegający według powyższego schematu trwał od końca XV do połowy XIX wieku. W poszczególnych krajach europejskich narastała świadomość dysfunkcjonalności naukowej

medycyny, opartej o paradygmat medycyny średniowiecznej. W XVI-XVII w. środowiska akademickie przyjęły wobec kryzysu średniowiecznego paradygmatu postawy opisane wyżej przez strategię od pierwszej do trzeciej. Równocześnie w kręgach pozaakademickich podejmowano próby przewyciężenia sytuacji kryzysowej charakterystyczne dla strategii czwartej i piątej. Próby modyfikacji medycyny średniowiecznej i zastąpienie jej zbudowaną (na podstawie wcześniej sformułowanej sytuacji problemowej) medycyną o proveniencji starożytnej nie zakończyły się jednak spodziewanym sukcesem. Demitologizacja medycyny antyku dokonała się najwcześniej w Anglii. Tutejsza społeczność lekarska już w połowie XVIII w. realizowała w praktyce założenia postawy eklektycznego empiryzmu, opisywanego przez strategię szóstą. Wkrótce postawa ta zyskała uznanie także w społeczności medycznej Francji. Medycyna niemiecka wkroczyła na tę drogę niemal pół wieku później. Zasadnicze traktowanie starożytnej i średniowiecznej sytuacji problemowej utrzymało się tu niemal do połowy XIX stulecia, załamując się nagle około 1848 roku w wyniku szerokich reform systemowych medycyny akademickiej. Społeczności medyczne Europy zachodniej wytwarzały w XVIII i pierwszej połowie XIX wieku znaczną liczbę konkurujących ze sobą teorii i doktryn medycznych, mogących być przypisanych do wszystkich omówionych wyżej strategii. Znaczna liczba doktryn oraz poważne sprzeczności charakteryzujące te doktryny, zupełnie różne kryteria racjonalności naukowej, do których się odwoływały, inne priorytety badań nad człowiekiem, wskazują na nasilenie się na przełomie XVIII i XIX w. objawów kryzysu w naukowej medycynie. Został on przewyciężony dopiero w drugiej połowie XIX stulecia, kiedy doszło do unifikacji podstaw teoretycznych naukowej medycyny.

Powyższe uwarunkowania tworzą tło dla recepcji doktryny Johna Browna w medycynie europejskiej przełomu wieków. Była to doktryna nawiązująca do starożytnej sytuacji problemowej, jednak nowo sformułowana w okresie nowożytnym, co pozwala sklasyfikować ją jako doktrynę związaną ze strategią piątą. Powyższa konstrukcja pozwala na określenie strukturalnych szans powodzenia brownizmu w społecznościach naukowych poszczególnych krajów europejskich.

W medycynie brytyjskiej w okresie wystąpienia Browna (lata osiemdziesiąte XVIII w.) doktryny zbudowane na starożytnej sytuacji problemowej postrzegane były jako anachroniczne. Związany ze strategią czwartą neohipokratyzm był podstawą reformy brytyjskiej medycyny w duchu antyscholastycznym ponad pół wieku wcześniej. Zdążył więc ujawnić

nić swe strukturalne niedostatki. Empirycznie nastawiona brytyjska społeczność lekarska mogła stwierdzić utrudnienie przez teorię patologii humoralnej, będącą podstawą neohipokratyzmu, recepcji całego szeregu istotnych odkryć bez naruszenia jej struktury. Mamy tu do czynienia z sytuacją opisywaną przez interpretatorów twierdzeń Gödla. Wśród owych odkryć najważniejsze były ustalenia dotyczące roli układu nerwowego w sterowaniu procesami organizmu, odkrycie mechanicznego charakteru krążenia krwi, poszukiwania anatomicznej lokalizacji poszczególnych chorób. Powyższe przesłanki tworzyły dostateczne tło dla wyboru przez brytyjską społeczność medyczną teorii i doktryn charakteryzowanych przez strategie szóstą i siódmą. Brownizm — powiązany ze strategią piątą — postrzegany był jako anachroniczny. Szanse jego recepcji ze względów strukturalnych jawią się jako znikome.

W medycynie francuskiej w okresie wystąpienia Browna starożytna sytuacja problemowa również jawiła się jako anachroniczna. Tutejsza społeczność lekarska, szczególnie po roku 1789, śmiało zmierzała do odnowy teoretycznej medycyny w duchu nowożytnym. Dominowały w niej postawy opisywane przez strategie szóstą i siódmą. Podobnie jak w społeczności angielskiej, strukturalne szanse recepcji brownizmu były we Francji znikome.

Inaczej było w Niemczech, Austrii i we Włoszech. Reforma medycyny akademickiej w duchu nowożytnym w oparciu o doktrynę neohipokratyzmu dokonywała się tam dopiero w drugiej połowie XVIII w. Strategie związane ze starożytną sytuacją problemową utrzymywały swój status do lat trzydziestych XIX w. Stworzyło to korzystne warunki dla recepcji brownizmu. Współwystępował on w medycynie akademickiej tego obszaru kulturowego z neohipokratyzmem (charakteryzowanym przez strategię czwartą), z mesmeryzmem i homeopatią (strategia piąta) i innymi doktrynami tego typu. Tworzone były doktryny filialne wobec brownizmu — we Włoszech najważniejszą zbudował Giovanni Rasori, w Niemczech Andreas Röschlaub. Uznanie dla starożytnego paradygmatu medycyny czyniło z brownizmu doktrynę stosunkowo „nowoczesną”, przede wszystkim przeciwstawiającą się budzącej wielorakie obawy medycynie materialistycznej.

Wszystkie powyższe rozważania umożliwiają spojrzenie w szerszej perspektywie na polską recepcję brownizmu. W moich wcześniejszych pracach została ona opisana jako rekonstrukcja następujących po sobie faktów historycznych. Obecnie pragnę się pokusić o nieco pogłębioną analizę przy użyciu zaproponowanych wyżej propozycji teoretycznych.

Recepcja brownizmu w polskiej społeczności medycznej jako wynik intelektualnych preferencji środowiska

W badaniach nad recepcją poglądów w społeczności naukowej i uwarunkowaniami tego procesu może okazać się przydatne posłużenie się pewnymi pojęciami wprowadzonymi przez filozofię nauki, takimi, jak pojęcie stylu myślowego, formacji intelektualnej czy ideału nauki²⁶. Styl myślowy danego środowiska kształtuje formacja intelektualna o charakterze historycznym. Recepcja brownizmu w medycynie polskiej przypada na okres charakteryzowany jako oświeceniowa, późnooświeceniowa i romantyczna formacja intelektualna. Wewnątrz społeczności naukowej współistniały grupy skupione wokół zbliżonych systemów wartości i poglądów. Ugrupowania te charakteryzował pewien styl myślowy, wyznaczony przez autorytety i akceptowany przez członków owych ugrupowań. Determinująca historycznie styl myślowy danego środowiska formacja intelektualna wyznacza ramy wyboru ideału nauki jako bardzo szeroko pojmowanej konstrukcji myślowej, wewnątrz której dokonuje się proces tworzenia teorii i doktryn oraz recepcji tych konstrukcji. Wybór danego ideału nauki (nauki starożytnej, średniowiecznej, nowożytnej) jest ściśle związany ze stylem myślowym danego ugrupowania społeczności naukowej. Styl myślowy to nie tylko poglądy naukowe, ale całokształt opinii, sądów i wartości uznawanych w tym ugrupowaniu. Wybór ideału nauki koresponduje ściśle z czynnikami tworzącymi styl myślowy danego ugrupowania.

Spróbujemy teraz zastosować przedstawione pojęcia do analizy recepcji brownizmu w polskiej społeczności medycznej. Recepcja ta przypada

26 Por. L.Fleck: *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Lublin 1986; B.Skarga: *Granice historyczności*, Warszawa 1989; S.Amsterdamski: *Między historią a metodą. Spory o racjonalność nauki*, Warszawa 1983. Pojęcie stylu myślowego jest w piśmiennictwie żywo dyskutowane, por. np.: *Racjonalność i styl myślenia*, red. E.Mokrzycki, Warszawa 1992; A.P.Harrison, R.M.Bramson: *Styles of thinking*, New York 1982; A.Matczak: *Style poznawcze*, Warszawa 1982; C.S.Nosal: *Mechanizm funkcjonowania intelektu: zdolności, style poznawcze, przetwarzanie informacji*, Wrocław 1979; A.Strzałecki: *Twórczość a style rozwiązywania problemów*, Wrocław 1989. O pojęciu stylu myślowego w historiografii medycznej por. B.Płonka-Syroka: *Ludwik Fleck — mikrobiolog, prekursor nowoczesnej metodologii historii medycyny*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1993, t. 1, z. 1.

na czasy charakteryzowane jako oświeceniowa i późnooświeceniowa formacja intelektualna. Do jej charakterystycznych postulatów w dziedzinie nauki należały żądania wymierności i naoczności, powtarzalności doświadczeń, jasności strukturalnej teorii, prostoty rozwiązań empirycznych, empirycznego potwierdzenia teorii.

Oświeceniowa formacja intelektualna występowała w polskiej społeczności naukowej w dwóch odmianach, charakteryzowanych jako minimalistyczny i maksymalistyczny styl myślowy²⁷. Styl minimalistyczny sprzyjał recepcji teoretycznych konstrukcji o charakterze otwartym, teorii i doktryn tworzonych na podstawie doświadczenia. Każdy ich element mógł zostać zakwestionowany i wyeliminowany, o ile przestał spełniać uznawane kryteria racjonalności naukowej. Dobór tych elementów nie był „orientowany” wobec czynników pozanaukowych w sposób umożliwiający zewnętrzną ingerencję w strukturę nauki. Styl maksymalistyczny sprzyjał natomiast recepcji teorii i doktryn o charakterze zamkniętym, odwołujących się do określonych niezmienników zajmujących „konieczne” miejsce w strukturze teorii i niemożliwych do usunięcia, także i w tym wypadku, gdy racjonalność naukowa owych elementów została zakwestionowana. Powyższe style myślowe warunkowały możliwości wyboru teorii przez poszczególne ugrupowania społeczności naukowej.

Styl maksymalistyczny zbliżał swoich zwolenników z jednej strony ku średniowiecznej koncepcji medycyny „orientowanej” wobec religii, z drugiej „orientowanej” wobec filozofii, jej poszczególnych teorii o charakterze systematyzującym, dającym ogólną podstawę analizy świata przyrody. Styl minimalistyczny natomiast zbliżał swoich zwolenników z jednej strony ku teoriom i doktrynom o charakterze podbudowanym empirycznie, o charakterze wyraźnie antysystemowym, z drugiej ku orientacji eklektyczno-empirycznej czerpiącej w sposób otwarty uzasadnienie terapii z wielu różnych i opartych na rozmaitych podstawach teorii i doktryn.

Oba style myślowe wiązały się z preferencją dla określonych doktryn medycznych, wybranych przez poszczególne ugrupowania lekarskie. Możemy zaobserwować pewne prawidłowości zaznaczające się w przebiegu recepcji brownizmu. Jako doktryna o obliczu maksymalistycznym, typowa doktryna medycyny systemowej podporządkowująca doświadczenie i obserwacje z góry przyjętym założeniom, postrzegająca fakty poprzez

27. O pojęciach maksymalizmu i minimalizmu filozoficznego por. W. Tatarkiewicz: *Historia filozofii*, Warszawa 1981, t. 3, s. 5-10. Charakterystyki powyższe można odnosić także do stylów myślowych.

sztywną myślową strukturę, brownizm był dobrze przyjmowany w tych środowiskach, które podzielały ogólne podstawy prezentowanego przez Browna stylu myślowego. Spotykał się natomiast z zasadniczą krytyką lub zupełnym brakiem zainteresowania wówczas, gdy styl myślowy środowiska wykazywał odmienną orientację. Uwagi te ilustruje przebieg recepcji brownizmu w ośrodku krakowskim.

W okresie wpływów KEN, przed 1795 r., gdy dominował minimalistyczny styl myślowy oświeceniowej formacji intelektualnej, brownizm nie znalazł w Krakowie uznania, mimo iż musiały tu z pewnością dochodzić echa jego popularności na niemieckich uniwersytetach. Wyraźnie postrzegano tu dogmatyzm, schematyzm i słabe zakorzenienie w praktyce brownizmu. Po roku 1795 sytuacja uległa zmianie. Krakowskie środowisko akademickie dostało się w orbitę bezpośrednich wpływów austriackich i niemieckich. Dezintegracji uległy krakowskie kręgi akademickie. Wielu profesorów opuściło miasto. Polityka naukowa Austrii w tym okresie pozostawała w kręgu wpływów maksymalistycznie orientowanej medycyny systemowej. Maksymalistyczny brownizm zostaje wprowadzony do dydaktyki jako doktryna uzupełniająca wobec uznanego za doktrynę podstawową neohipokratyzmu. Wyparty przez postęp nauki, zostaje w latach dwudziestych XIX w. zastąpiony przez eklektyczny empiryzm.

W środowisku wileńskim prawdopodobna recepcja brownizmu przed 1804 r. wiązała się z obecnością lekarzy niemieckich, którzy mogli zaszcześcić tu wizję maksymalistycznej medycyny systemowej. W latach 1804-1823 panował w Wilnie inny styl myślowy sprzyjający recepcji doktryn nie związanych z medycyną systemową. Dokonała się wówczas w tym ośrodku poważna, samodzielna krytyka brownizmu i eliminacja jego elementów z dydaktyki i praktyki lekarskiej. Brownizm nie spełniał kryteriów naukowej racjonalności i nie był już także postrzegany jako doktryna dostatecznie skuteczna praktycznie. Jego maksymalistyczny charakter zdawał się w tym środowisku raczej odstręczać, niż przyciągać.

W środowisku warszawskim brownizm napotkał zrazu opozycję minimalistycznie (empirycznie) nastawionych lekarzy z pokolenia KEN. W latach 1801-1817 znalazł pewne grono zwolenników wśród lekarzy pochodzenia niemieckiego lub kształconych na uniwersytetach niemieckich w okresie dominacji w dydaktyce koncepcji medycyny systemowej. Rywalizacja minimalistycznego i maksymalistycznego stylu myślowego trwała w środowisku lekarskim Warszawy do 1831 r., tj. do końca działalności Wydziału Lekarskiego tutejszego uniwersytetu, obrazując odmienną specyficznych inspiracji teoretycznych czerpanych z

medycyny niemieckiej, francuskiej i brytyjskiej. W latach 1815-1825 obserwujemy stopniową eliminację zwolenników brownizmu z katedr akademickich w związku z empirycznym i antysystemowym nastawieniem władz akademickich. Powolna eliminacja brownizmu, w porównaniu ze statusem tej doktryny w Wilnie, gdzie został już wówczas radykalnie odrzucony w wyniku autonomicznej krytyki środowiska lekarskiego, wynikała z siły wpływów maksymalistycznej filozofii niemieckiej w Warszawie. Doktryna Schellinga wykładana była w uniwersytecie warszawskim przyszłym lekarzom jako podstawa ich światopoglądu, podobnie jak się to działo na współczesnych uniwersytetach niemieckich. Poglądy Schellinga w wielu miejscach ściśle korespondowały z poziomem konstytutywnym brownizmu, co sprzyjało recepcji tej doktryny w świadomości lekarzy, którzy dostatecznie dobrze przyswoili sobie koncepcje wspomnianego wyżej filozofa na temat przyrody. Ostateczna eliminacja brownizmu dokonała się w warszawskim środowisku lekarskim dopiero w połowie XIX w. wraz z napływem nowej grupy lekarzy, którzy zajęli pozycje opiniotwórcze w tutejszej społeczności jako profesorowie Wydziału Lekarskiego Akademii Medyko-Chirurgicznej.

Różne style myślowe narzucały konwencje oceny brownizmu jako doktryny teoretycznie słusznej i dostatecznie racjonalnie uzasadnionej. W oczach swych zwolenników brownizm postrzegany był jako modyfikacja, budzącego wiele zastrzeżeń z powodu swojej nieokreśloności, dotychczasowego stanu praktycznej medycyny. Prostota i schematyzm doktryny Browna podnosiły wartość teoretyczną brownizmu, ujmowane były jako wyraz postępu w medycynie, która zmierzać miała w kierunku mechanicznej niemal nauki, nie zaś — jak dotąd bywało — podkreślającej swoją wartość sztuki. Browniści krytykowali przede wszystkim wybujały indywidualizm neohipokratyzmu, różnorodność diagnostyki i terapii, brak obiektywnych mierników, brak elementu powtarzalności itd.

Krytycy brownizmu często podzielali wiele elementów oceny neohipokratyzmu, nie spodziewali się jednak, iżby to właśnie brownizm zdolny był sprostać wyrażanym pod jego adresem oczekiwaniom. Postrzegając elementy doświadczenia za pomocą innych niż browniści struktur myślowych, krytycy tej doktryny zwracali się w swych poszukiwaniach ku tendencjom eklektycznym, antysystemowym, odrzucając maksymalistyczną szkołę doktrynę z pozycji minimalizmu.

Przebieg recepcji brownizmu w Wilnie, Warszawie i Krakowie podzielić można na charakterystyczne etapy. Można ów przebieg także opisać za pomocą zaproponowanych powyżej konstrukcji teoretycznych.

Proces recepcji doktryny Browna w Wilnie²⁸ składał się z trzech etapów. W świadomości pokolenia lekarzy obejmujących wileńskie katedry w wyniku reform KEN, popularna na zachodzie doktryna postrzegana być mogła jako jedna z propozycji modyfikujących medycynę akademicką. Uznaną za podstawę reform KEN neohipokratyzm nawiązywał do starożytnej sytuacji problemowej. Brownizm nie był więc postrzegany jako doktryna wyraźnie anachroniczna, odwoływał się bowiem do tejże sytuacji problemowej neohipokratyzm (związany ze strategią 4) i brownizm (związany ze strategią 5) mogły w pewnym stopniu współistnieć, nie budząc sporów jeżeli chodzi o swe najgłębsze, antimaterialistyczne podstawy. Do 1804 r. brownizm był tu doktryną „obecną”, trudno jest jednak ustalić rzeczywisty zakres owej obecności.

Drugi etap recepcji brownizmu w Wilnie przypada na lata 1804-1825. Dokonuje się tu wówczas stopniowa i zasadnicza krytyka tej doktryny, oparta na samodzielnych przemyśleniach i doświadczeniach praktycznych przeprowadzanych przez wileńskich lekarzy i akademików. Zaznacza się tu charakterystyczna linia podziału: koryfeusze medycyny wileńskiej tego okresu — Józef Frank i Jędrzej Śniadecki — zdecydowanie krytykują brownizm, przyjmując antysystemową postawę i występując z pozycji eklektycznego empiryzmu. Ich sposób myślenia scharakteryzować można jako zbliżony do opisanej wyżej strategii sześć. Cechuje go szeroki zakres teoretycznych i terapeutycznych poszukiwań, otwartość na nowe wpływy, brak uprzedzeń wobec testowanych w doświadczeniach doktryn medycznych, eklektyzm w terapii. Frank i Śniadecki przyjęli niektóre rozwiązania poziomu wariacyjnego brownizmu, odrzucając ogólny schemat tej doktryny. Dokonała się tu recepcja cząstkowa. Z krytykowanej jako spójna całość doktryny przejęli niektóre elementy, które mogli dostatecznie racjonalnie uzasadnić odwołując się do innych teorii i doktryn medycznych, bardziej przemawiających do ich naukowej świadomości. Obaj należeli w swoim czasie do grona lekarzy silnie zainteresowanych brownizmem, mieli świadomość dokonanej krytyki tej doktryny w Europie zachodniej, podzielali jej najważniejsze sformułowania. Nie odrzucali jednak z powodu niedostatecznego uzasadnienia całości brownizmu tych jego propozycji, które sami zweryfikowali jako skuteczne. Dotyczy to np. stosowania w terapii opium, środków pobudzających itp. W środowisku wileńskim

28 A.Werner: *Schellings Verhältnis zur Medizin und Biologie*, Leipzig 1909; W.Kaiser, H.Hübner (red.): *Naturwissenschaften und medizin im ausgehenden 19. Jahrhundert*, Halle (Saale) 1980.

spotykamy jednakże postawy charakterystyczne i dla myślenia „systemowego”. Reprezentował je Jakub Szymkiewicz, przyjmujący brownizm w dobrej wierze jako doktrynę zdolną zastąpić neohipokratyzm postrzegany jako doktryna już dysfunkcjonalna. Bliski myśleniu „systemowemu” był także August Becu, niechętny radykalnej krytyce brownizmu. Postawy obu wspomnianych lekarzy należały jednak w Wilnie do mniejszości.

Trzeci etap recepcji brownizmu w Wilnie przypada na okres 1823-1841. Mamy wówczas do czynienia z cząstkową recepcją tej doktryny na jej poziomie wariacyjnym, przy czym brownistowskie propozycje są już uzasadniane w oparciu o inne teorie. Sprawia to, że niektóre charakterystyczne dla Browna rozpoznania i elementy terapii nadal znajdują zastosowanie, są jednak jedynie składnikiem eklektycznego zasobu pojęć i praktyk, dobrze opisanego przez strategię 6.

Brownizm w Wilnie w poszczególnych etapach jego recepcji widzimy więc jako doktrynę rywalizującą ze strategią 4 i wypartą przez strategię 6.

Podobne etapy możemy wyróżnić w recepcji brownizmu w Krakowie. Do roku 1795 był on praktycznie nieobecny. Dominowała w krakowskiej medycynie strategia 4 i związany z nią neohipokratyzm. Jako doktrynę modyfikującą niedostatecznie zaspokajane oczekiwania, związane z reformą akademickiej medycyny w duchu nowożytnym, postrzega się w Krakowie doktrynę Williama Cullena, związaną ze strategią 6. Recepcja brownizmu, choć ze względów strukturalnych możliwa, w rzeczywistości jednak nie dokonała się (przynajmniej nie mamy na to dowodów źródłowych). Duży wpływ na to wywarła minimalistyczna i antysystemowa orientacja krakowskiego środowiska akademickiego.

Drugi etap recepcji brownizmu w Krakowie przypada na lata 1795-1823. Zostaje wówczas zakłócona autonomia wyboru teorii przez tutejsze środowisko naukowe, które w dużej mierze ulega dezintegracji. Pojawiają się w nim osoby z zewnątrz, zajmujące pozycje opiniotwórcze z nadania zaborcy. Brownizm zyskuje wówczas — obok nadal zachowującego swą dominującą pozycję neohipokratyzmu — status doktryny dydaktycznej. Obie doktryny nawiązują do starożytnej sytuacji problemowej i mają charakter antymaterialistyczny. Recepcja brownizmu w Krakowie ma charakter recepcji cząstkowej. Nie nastąpiło bowiem charakterystyczne (np. dla uniwersytetów niemieckich) wyparcie przez tę doktrynę innych doktryn i zajęcie przez brownizm samodzielnej pozycji jako doktryny o charakterze normatywnym. Krakowskie środowisko akademickie w omawianym okresie nie było zdolne do samodzielnej krytyki brownizmu. Mimo wspólnych ze środowiskiem wileńskim tradycji intelektualnych z

czasów KEN, akademicy krakowscy w warunkach znacznego zaburzenia autonomii wyboru teorii pozostali do lat dwudziestych XIX w. przy doktrynach charakterystycznych dla strategii 4 i 5.

Trzeci etap recepcji brownizmu w ośrodku krakowskim przypada na lata 1823-1850. Następuje wówczas stosunkowo szybka eliminacja wpływów tej doktryny jako doktryny normatywnej, recepcja cząstkowa brownizmu utrzymuje jednak niektóre charakterystyczne rozpoznania i metody terapii. Wyparcie brownizmu z zajmowanej pozycji jest dziełem nowej generacji wykładowców, przybyłych z innych ośrodków naukowych, w których krytyka tej doktryny uprzednio już się dokonała. W omawianym okresie dominuje w Krakowie postawa opisywana przez strategię 6, eklektyczny empiryzm. Przejście do tej strategii dokonało się tu jednak z opóźnieniem jednej generacji wobec stanowiącego przedmiot porównań ośrodka wileńskiego.

W przebiegu recepcji brownizmu w ośrodku warszawskim można wyróżnić podobne etapy. Do 1795 r. priorytety intelektualne środowiska, panujący w nim styl myślowy, nie sprzyjają recepcji medycyny systemowej i charakterystycznych dla niej doktryn. Charakterystyczny dla strategii 4 neohipokratyzm zyskuje uznanie lekarzy i postrzegany jest jako doktryna mogąca być podstawą modernizacji medycyny. Pojawia się również nastawienie opisywane przez strategię 6, eklektyczny empiryzm, czego dowodem jest np. zainteresowanie nowościami w diagnostyce i terapii oraz próby ich włączenia do naukowej medycyny.

Sytuacja ulega zmianie po 1795. Środowisko warszawskie od 1807 r. znajduje się w orbicie wpływów niemieckiej medycyny o orientacji systemowej. Pojawiają się lekarze niemieccy, wśród których znajdujemy zwolenników brownizmu. W rywalizacji tej doktryny z neohipokratyzmem brownizm bywa postrzegany raz jak „szkodliwa nowość”, mamiąca zbytnią prostotą, innym razem podkreśla się jego nieskuteczność. Do 1817 r. brownizm utrzymuje jednak swą pozycję doktryny zabiegającej o status normatywno-dydaktyczny, w oczach swych zwolenników postrzegany bywa jako zwycięzca rywalizacji z doktryną neohipokratyzmu. Jednak po roku 1815 wpływy niemieckiej medycyny systemowej w Warszawie wyraźnie słabną, jej zwolennicy są eliminowani z katedr (np. A.F. Wolff), stopniowo około 1825 r. doktryna ta znika z dydaktyki. Rywalizacja brownizmu (strategia 5) i neohipokratyzmu (strategia 4) została rozstrzygnięta przez eklektyczny empiryzm charakterystyczny dla strategii 6, w którym znalazły miejsce elementy obu doktryn. Mamy więc do czynienia z recepcją cząstkową brownizmu, który w Warszawie — pomimo aspiracji

niektórych swoich zwolenników — nie zdołał wyprzeć innych doktryn i zająć jednoznacznej pozycji doktryny normatywnej.

Trzeci okres recepcji brownizmu w Warszawie przypada na lata 1825-1857. Mamy tu obraz wygasającej stopniowo recepcji cząstkowej tej doktryny, której elementy utrzymują się w praktyce lekarskiej o charakterze eklektyczno-empirycznym.

Podsumowując analizę przebiegu recepcji brownizmu w polskim życiu medycznym, możemy stwierdzić, że we wszystkich badanych ośrodkach miała ona charakter recepcji cząstkowej. Mimo starań aktywnych zwolenników brownizmu i ich opinii, wyrażanych w dziełach o charakterze dydaktycznym (wstępy do podręczników A.F. Wolffa, J. Szymkiewicza i in.), nie udało się zaszczepić w polskiej medycynie tendencji systemowych, z którymi brownizm dobrze by korespondował. Doktryna Browna okres swoich najżywszych wpływów wiąże z jedną tylko generacją — lekarze działający w latach 1800-1820 postrzegali ją jako propozycję modernizującą naukową medycynę i wykraczającą poza postrzegany przez nich, jako coraz bardziej już dysfunkcjonalny, neohipokratyzm. Dla lekarzy następnej generacji brownizm był już doktryną anachroniczną. Zwrócili się oni w stronę badań empirycznych, poszukiwali opartych na nowożytnych podstawach teorii i doktryn mających zrefomować akademicką medycynę. Poszukiwania te zostały jednak uwieńczone powodzeniem dopiero w następnej generacji. Podobnie jak to mogliśmy obserwować w medycynie zachodnioeuropejskiej, recepcja brownizmu w polskiej myśli medycznej przebiegała w sposób, który można opisać za pomocą zaproponowanego wyżej pojęcia strategii postępowania społeczności naukowej wobec kryzysu.

Proces recepcji doktryny medycznej w społeczności naukowej — propozycje badawcze

Rozważania dotyczące konkretnych przypadków recepcji w społeczności naukowej doktryn nurtu hermetycznego, czy też reprezentującej nurt doktryn dynamicznych doktryny Browna²⁹ służyć mogą jako przykłady konkretnego zastosowania w praktyce analizy źródeł proponowanych

²⁹ Szczegółowy przebieg recepcji doktryny Johna Browna w środowisku lekarskim Krakowa, Warszawy i Wilna opisałam w cytowanej już pracy *Recepcja doktryn medycznych...* rozdziały 3-7.

konstrukcji teoretycznych. Rekapitulując dokonaną analizę, przedstawic pragnę na zakończenie szczegółową charakterystykę zastosowanej przeze mnie metody, która może znaleźć zastosowanie także w badaniach innych problemów z zakresu historii medycyny.

Zainteresowanie społeczności naukowej, w której ma się dokonać recepcja badanej doktryny, dotyczyć może każdego z poziomów jej wewnętrznej struktury. O recepcji na poziomie **konstytutywnym** mówimy wówczas, gdy społeczność naukowa zaaprobuje podstawy filozoficzne tej doktryny (filozofię przyrody, kryteria racjonalności naukowej, koncepcje poznania i in.) i teorię medyczną, do której ona nawiązuje. Recepcja na poziomie **nomotetycznym** dokonuje się wówczas, gdy społeczność naukowa aprobuje charakterystyczny dla danej konstrukcji „pomysł na doktrynę”, tj. sposób grupowania i porządkowania faktów, elementów doświadczenia. Recepcja na poziomie **wariacyjnym** ma miejsce wówczas, gdy przyjmowane są wyłącznie propozycje diagnostyczne lub terapeutyczne. Nadawana jest im przy tym zwykle (o ile twórca doktryny rzeczywiście wprowadził do poziomu wariacyjnego swej doktryny zupełnie nowe rozwiązania) odmienna interpretacja teoretyczna, zgodna z poglądami uznawanymi przez daną społeczność za racjonalne³⁰.

Recepcja badanej doktryny w społeczności naukowej może być pełna lub częściowa. Pełna ma miejsce wówczas, gdy dochodzi do przyjęcia treści wszystkich trzech poziomów doktryny, częściowa występuje przy recepcji jedynie poziomu wariacyjnego. Poziom nomotetyczny ulega wówczas przesunięciu — zostaje on bowiem włączony do poziomu wariacyjnego przez społeczność przyjmującą elementy badanej doktryny. Nie akceptuje ona bowiem oryginalnego „pomysłu na doktrynę” porządkującego wszystkie jej elementy, wprowadza jednak czasem opisane przez poziom nomotetyczny konkretne rozwiązanie do własnego systemu twierdzeń, nadając mu inne znaczenie, interpretację, rangę wobec pozostałych elementów innych doktryn itp.

Możliwości recepcji doktryn medycznych można modelować w teorii posługując się kategoriami poziomów struktury doktryny medycznej i strategii postępowania społeczności naukowej wobec kryzysu w danej

³⁰ Przykład recepcji doktryn nurtu hermetycznego ilustruje przypadek recepcji wewnątrzkulturowej. Doktryny Paracelsusa, Hahnemanna i Mesmera zrodziły się w społeczności naukowej niemieckiego kręgu kulturowego, w tejże społeczności znalazły najszerszą recepcję. Recepcja doktryny Browna stanowi przykład recepcji międzykulturowej, ponieważ brpwnizm narodził się w Szkocji, nie został tam zaakceptowany, znalazł jednak zwolenników w innych obszarach kulturowych.

dziedzinie nauki. W społeczności naukowej zachowującej duży stopień autonomii wobec czynników zewnętrznych modelowanie takie zachowuje dużą zgodność z „materią” źródeł, proces modelowany jest w dużej mierze adekwatny wobec rzeczywistego przebiegu zjawisk historycznych opisywanych przez źródła.

Możemy w następujący sposób modelować strukturalne szanse recepcji doktryny medycznej w poszczególnych etapach kryzysu dotąd obowiązującej teorii o charakterze normatywnym.

1. Sytuacja opisana przez strategię pierwszą.

Recepcja doktryny badanej, D_n , następuje w pierwszej fazie kryzysu obowiązującej teorii $T-I$ o charakterze normatywnym. Doktryna D_n budzi zainteresowanie zwolenników $T-I$. Niektóre jej elementy zostają wykorzystane przez nich dla uzupełnienia $T-I$ i związanej z nią doktryny o charakterze normatywnym $D-I$. Musi zachodzić zgodność poziomu konstytutywnego D_n i $T-I$ ($D-I$) i sytuacji problemowej, na której są zbudowane. Dochodzi wówczas do recepcji D_n na poziomie konstytutywnym, możliwe jest także wchłonięcie całej doktryny D_n przez $D-I$.

2. Sytuacja opisywana przez strategię drugą.

Doktryna D_n może zostać przyjęta w społeczności naukowej, w której $T-I$ ($D-I$) posiadają dotąd status normatywny, wypierając $D-I$ i zajmując jej miejsce. Może się to dokonać w przypadku zgodności sytuacji problemowej, na podstawie której zostały zbudowane D_n i $D-I$. Dokonuje się wówczas **pełna recepcja** D_n w badanej społeczności.

3. Sytuacja opisywana przez strategię trzecią.

Doktryna D_n zbudowana na podstawie odmiennej sytuacji problemowej niż ta, na której zbudowano dotychczasową teorię normatywną $T-I$ i związaną z nią $D-I$, niesie w sobie elementy atrakcyjne dla społeczności znajdującej się w stanie kryzysu. D_n może bowiem objaśniać niektóre obszary zjawisk, których wytłumaczenia nie potrafi przedstawić $D-I$. Może wówczas nastąpić **częstkowa recepcja** D_n , jeżeli obszary zjawisk interpretowane wyłącznie przez D_n są przedmiotem żywej uwagi w danej społeczności. Dochodzi wówczas do próby integracji $D-I$ i D_n , połączonej z rozbiciem wewnętrznej struktury $T-I$, która zatracą koherencję. $D-I$ i D_n zbudowane są bowiem na podstawie odmiennych sytuacji problemowych. Rozbicie struktury $T-I$ postrzegane jest w społeczności naukowej jako zaostrenie kryzysu. Zgodnie

z interpretacją Gödla mamy tu do czynienia z procesem modelowanym matematycznie, warunkującym nadanie przemianom w nauce swoistej dynamiki. Teorie po osiągnięciu pewnego stopnia spójności ujawniają obszary, których objąć już nie są w stanie. W interpretacji Kuhna społeczność naukowa osiąga wówczas świadomość anomalii.

Sytuacja opisana przez pierwsze trzy strategie stanowi pierwszy etap kryzysu w danej dziedzinie nauki. Przejście społeczności naukowej przez pierwszą fazę kryzysu tworzy strukturalne podstawy sekwencji kolejnych strategii postępowania społeczności naukowej. Postrzega ona bowiem wyraźnie dotychczasowe rozwiązania jako dysfunkcjonalne.

Jeżeli D_n pojawia się w społeczności naukowej w okresie omówionym w ostatnim punkcie i wykazuje związki z wypieraną teorią i doktryną o charakterze normatywnym $T-1(D-1)$ w zakresie wspólnoty sytuacji problemowej, podobieństwa rozwiązań praktycznych itp., nie ma szans na recepcję w owej społeczności, nawet jeżeli proponowane przez D_n rozwiązania są obiektywnie atrakcyjne, płodne poznawczo, efektywne praktycznie itp. Recepcja D_n jest tu zablokowana ze względów strukturalnych.

4. Sytuacja opisywana przez strategię czwartą.

W drugiej fazie kryzysu, gdy świadomość dysfunkcjonalności $T-1$ i $D-1$ jest w społeczności naukowej w miarę powszechna, społeczność ta może sięgnąć po jedną z gotowych teorii wypartych niegdyś przez $T-1$ i nieznacznie ją modyfikując próbować nadać jej status normatywny. Jeżeli D_n wystąpi w tej roli ma szansę na **pełną recepcję** na wszystkich poziomach swej struktury. Recepcja D_n wiąże się tu z negacją sytuacji problemowej na której zbudowano wypieraną $T-1(D-1)$ i akceptacją sytuacji problemowej niegdyś przez nią wypartej.

5. Sytuacja opisywana przez strategię piątą.

W drugiej fazie kryzysu, gdy świadomość dysfunkcjonalności $T-1(D-1)$ jest w społeczności naukowej w miarę powszechna, zaś próby nadania statusu normatywnego jednej z gotowych teorii sformułowanych na podstawie sytuacji problemowej niegdyś zanegowanej przez $T-1$ nie spełniły pokładanych oczekiwań, społeczność naukowa może budować doktryny godzące sytuację problemową, poprzedzającą sformułowanie $T-1$, z odkryciami współczesnej nauki, których nie może włączyć do swej struktury ani zinterpretować żadna z gotowych teorii, zbudowanych na podstawie tejże sytuacji problemowej. Wystąpi w tym wypadku **recepcja pełna**.

Strategia czwarta i piąta, charakterystyczne dla drugiej fazy kryzysu, tworzą strukturalną podstawę jego efektywnego rozwiązania. Wraz ze strategiami od pierwszej do trzeciej dokonują rekapitulacji całego dostępnego w danej epoce doświadczenia – teorii, odkryć, pytań badawczych, ujawniając potrzebę sformułowania nie tylko nowej teorii, ale takiego przeformułowania sytuacji problemowej, które umożliwi stworzenie na jej podstawie najbardziej płodnej poznawczo teorii *T-2* i najbardziej efektywnej praktycznie doktryny *D-2*. Świadomość wyzerpania dotychczasowych możliwości jest warunkiem podjęcia przez społeczność naukową poszukiwań — swobodnych, nieukierunkowanych, twórczych.

6. Sytuacja opisywana przez strategię szóstą.

D_n wystąpić może jako jedna z wielu rywalizujących doktryn zbudowanych na podstawie konkurencyjnych teorii. Możliwa jest wówczas **recepja cząstkowa** *D_n*, z uwagi na ogólne antysystemowe nastawienie społeczności naukowej w tym okresie oraz brak zdecydowanych kryteriów wyboru jednej z teorii i doktryn pośród wielu współcześnie powstających. Społeczność naukowa łącząc elementy wielu teorii i praktykę wielu doktryn zmierza do stworzenia nowej sytuacji problemowej, wyeliminowanie problemów pozornych, odrzucenia twierdzeń wykraczających poza granice racjonalności, eliminacji praktyk postrzeganych jako nieskuteczne.

7. Sytuacja opisywana przez strategię siódmą.

D_n może wystąpić jako jedna z doktryn utworzonych na podstawie nowo sformułowanej sytuacji problemowej. Ma strukturalne szanse na osiągnięcie **receptji pełnej** w danej społeczności, o ile została zbudowana na podstawie teorii *T-2*, która zyskała już status normatywny. *D_n* staje się wówczas główną doktryną normatywną. Natomiast jeżeli *D_n* została zbudowana na podstawie teorii zbliżonej do *T-2*, ma strukturalne szanse na **receptję cząstkową**, ponieważ ani *T-2*, ani *D-2* nie osiągnęły jeszcze poziomu sformalizowanego i są otwarte na uzupełnienia. Jeżeli *D_n* pojawi się w danej społeczności jako teoria nie związana z *T-2*, opozycyjna wobec *T-2* itp. ma nikłe szanse na powodzenie receptji w danej społeczności (receptja zablokowana).

Powyższe rozważania odnoszą się do społeczności twórczych, samodzielnie wytwarzających teorie i doktryny w odpowiedzi na kryzys. W społecznościach receptywnych, przejmujących gotowe rozwiązania, poszczególne etapy kryzysu mogą wystąpić z pominięciem niektórych stra-

tegi. Historyk medycyny w swoich analizach ma w praktyce do czynienia z obiema społecznościami, choć ich charakterystyki wymagają jeszcze dokładnych badań.

Śledząc na podstawie analizy źródeł rzeczywisty przebieg recepcji doktryn medycznych w badanych społecznościach, możemy postawić katalog pytań badawczych, ilustrujących praktyczne możliwości zastosowania proponowanych powyżej konstrukcji modelowych. Pytania te zostały ujęte w schematyczne etapy pracy ze źródłami:

I. Etap pierwszy — rozpoznanie społeczności naukowej, w której ma się dokonać recepcja badanej doktryny.

- 1) Czy w badanej społeczności obserwujemy objawy kryzysu?
- 2) Czy mamy do czynienia ze społecznością twórczą czy receptywną?
- 3) Czy obserwowany kryzys w społeczności receptywnej (o ile badana społeczność została w ten sposób sklasyfikowana) ma charakter autentyczny, to znaczy czy wypływa z wyczerpania się mocy eksploracyjnej i eksplanacyjnej teorii i doktryn posiadających dotąd status normatywny? Czy obserwowany kryzys owej społeczności nie jest wyrazem raczej wpływów zewnętrznych, także pozanaukowych?
- 4) Czy potwierdzony przez źródła niejasny, „wahający się” przebieg recepcji *Dn* w społeczności receptywnej może wskazywać, że świadomość kryzysu dotychczasowych teorii i doktryn normatywnych jest narzucona z zewnątrz (przez społeczność twórczą, instytucje zewnątrz-naukowe, wpływ czynników polityczno-ekonomicznych itp.) i nie wynika wyraźnie z własnych preferencji i potrzeb członków społeczności receptywnej?

Do powyższych pytań dołączyć można jeszcze pewne uwagi. Gdy recepcja badanej doktryny wykazuje wyraźną zbieżność raczej z datami wyznaczającymi charakterystyczne cezury w historii politycznej danego obszaru, niż z przebiegiem krytyki lub apologetyki danej doktryny w myśli badawczej danego ośrodka, winniśmy skonstatować znaczące zaburzenie autonomii wyboru teorii przez społeczność naukową.

Można także zaproponować dalsze pytania badawcze, poszerzając charakterystykę badanej społeczności naukowej i jej zdolności recepcji doktryn medycznych:

- 1) Czy światopogląd autorytetów danego środowiska wykazuje znaczącą zbieżność z poglądami szerszych ugrupowań badanej społeczności naukowej?

- 2) Czy autorytety te zostały wyłonione przez samo środowisko, czy narzucone z zewnątrz?
- 3) Jak wielka jest siła opozycji wobec owych autorytetów — ich poglądów, ich statusu formalnego?
- 4) Czy występuje zgodność systemów wartości wyznawanych przez autorytety i szersze kręgi badanej społeczności?
- 5) Jaki jest ogólny poziom wiedzy i techniki w badanej społeczności?
- 6) Jaka jest zdolność badanej społeczności do systematyzacji poglądów naukowych, czy społeczność odczuwa taką potrzebę?
- 7) Jakie są możliwości przekazu informacji w badanej społeczności, tempo obiegu informacji, zasięg terytorialny?
- 8) Jaka jest pozycja społeczności naukowej w ogólnej strukturze społecznej danego kręgu kulturowego, jaki jest poziom jej autonomii?

Powyższe pytania badawcze umożliwiają określenie wstępnych warunków recepcji analizowanej teorii-doktryny w badanej społeczności. Historyk medycyny określić może strukturalne szanse powodzenia takiej recepcji, ewentualnie skonstatować brak takich szans (przypadek recepcji zablokowanej).

II. Etap drugi — rozpoznanie teorii i doktryn obecnych w świadomości naukowej badanej społeczności.

Praktyczne postępowanie badawcze wobec społeczności twórczej, samodzielnie wytwarzającej, w odpowiedzi na kryzys, teorii i doktryny medyczne, jak również wobec społeczności receptywnej przejmującej jedynie gdzie indziej wytworzone rozwiązania, może w pewnym sposób zobiektywizować proces przebiegu recepcji badanej doktryny medycznej i dotrzeć do jego uwarunkowań. Badacz może rozpoznać w źródłach teorię i doktrynę o charakterze normatywnym w danej społeczności, *T-1* i *D-1*. Winien następnie określić sytuację problemową, na której teoria ta została zbudowana. Następnym etapem badań powinno być przyporządkowanie występujących w źródłach innych teorii i doktryn poszczególnym strategiom, antagonistycznym wobec *T-1*. Postawy antagonistyczne wobec *T-1* zaznaczają się bowiem nie tylko w okresie kryzysu teorii *T-1* o charakterze normatywnym, lecz stanowią stałe zjawisko w rzeczywistości nauki. Jednak w okresie kryzysu postawy te bywają silniej manifestowane. Śledzimy teraz przebieg kryzysu, rywalizację teorii i doktryn, ich wewnętrzny rozwój przez liczne uzupełnienia. Wgląd w faktograficzną strukturę nauki pozwala nam na określenie sytuacji problemowej, która stała się

podstawą zakończenia kryzysu, tj. stworzenia nowej teorii i uzyskania przez nią statusu teorii normatywnej. Jest to teoria zbudowana na nowej sytuacji problemowej, *T-2*. W warunkach wolnego wyboru teorii przez badaną społeczność powinniśmy odnajdywać w źródłach charakterystyczną sekwencję strategii od pierwszej do siódmej, odznaczając stopniowe przechodzenie od wiedzy zastanej do nowej jej systematyzacji, inkorporującej te elementy wiedzy i praktyki, które nie były objęte mocą eksplanacyjną dotychczasowych teorii.

W warunkach wolnego wyboru teorii krąg oponentów wobec nowej teorii normatywnej, *T-2*, którego istnienie jest zjawiskiem naturalnym, nie jest zdolny pozbawić opisywanej przez strategię siódmą teorii *T-2* przyznawanego jej przez autorytety danej społeczności statusu normatywnego. Jeżeli jednak źródła pokazują zahamowanie sekwencji strategii i zatrzymanie przebiegu kryzysu na jednej ze strategii od pierwszej do siódmej, możemy mówić o pewnym odchyleniu logiki rozwoju naukowego. Dłuższe utrzymywanie się jednej z teorii charakterystycznych dla wiedzy zastanej lub też postawy eklektycznej, uniemożliwiającej przyjęcie nowej, dobrze już potwierdzonej empirycznie (według kryteriów epoki) teorii normatywnej, której moc eksplanacyjna przewyższa wszystkie sformułowane wcześniej, wskazuje na zaburzenie autonomii wyboru teorii w danej społeczności, znaczący wpływ czynników pozanaukowych, dla których *T-2* stanowić może zagrożenie interesów, zahamowanie rozwoju danej społeczności itp. Można wskazać czynniki o charakterze historycznym, które uniemożliwiły recepcję *T-2* w badanej społeczności lub też znacząco ją opóźniły. Może także pojawić się w źródłach sytuacja, kiedy dana społeczność nadaje status normatywny teorii innej niż *T-2*, opozycyjnej lub alternatywnej, ponieważ istotne dla niej wartości są przez *T-2* zagrożone.

III. Etap trzeci — wewnątrzkulturowa i międzykulturowa recepcja doktryn medycznych.

W dziejach medycyny spotykamy zjawisko wewnątrzkulturowej i międzykulturowej recepcji doktryn medycznych. Recepcja wewnątrzkulturowa ma miejsce wówczas, gdy twórca doktryny jest członkiem historycznie ukształtowanej społeczności naukowej, która przejmuje stworzone przez niego koncepcje. Przypadek taki zanalizowałam na przykładzie doktryn hermetycznych upowszechniających się w kręgu kulturowym języka niemieckiego. W przypadku recepcji międzykulturowej badanie musi uwzględnić czynniki wewnątrznaukowe i zewnątrznaukowe, kształtujące

oblicze społeczności naukowej wytwarzającej daną teorię i tej, w której ma się dokonać jej recepcja. Zdarza się bowiem, że teoria, która w społeczności macierzystej jest już konstrukcją „historyczną” i została wyparta w wyniku rywalizacji z innymi teoriami w sekwencji strategii społeczności naukowej wobec kryzysu, w innej społeczności odpowiada na żywo wyrażane zapotrzebowanie, zostaje poddana procesowi pełnej recepcji i przyznany zostaje jej status normatywny. Tego typu recepcja międzykulturowa jest dosyć skomplikowana na poziomie modelowym, bowiem miejsce nowej teorii normatywnej w społeczności, w której dokonuje się recepcja, może zająć praktycznie każda z teorii wytworzonych w społeczności twórczej, związanych z poszczególnymi strategiami. Jest to zależne od czynników o charakterze historycznym, kształtujących preferencje społeczności, w której ma się dokonać recepcja doktryny medycznej. Wzajemne usytuowanie obu społeczności — wytwarzającej teorię i recypującej ją — może spowodować, iż doktryna „historyczna” w tej pierwszej postrzegana być może w tej drugiej jako adekwatne rozwiązanie kryzysu o charakterze lokalnym. Recepcja takiej „historycznej” doktryny prowadzi do zahamowania sekwencji strategii rozwiązujących kryzys, powoduje objawy petryfikacji życia umysłowego w związku z przedłużonym utrzymywaniem się systemów wiedzy zastanej i brakiem otwartości na nowe pomysły, pytania badawcze, praktyczne rozwiązania. W dalszej perspektywie następuje narastający rozdział między poziomem rozwoju takiej społeczności, która nadała status normatywny teorii „historycznej” i społeczności twórczych. Poziom ten coraz bardziej odbiega od możliwego do osiągnięcia w danej epoce.

Międzykulturowa recepcja teorii i doktryn medycznych jest w ogóle możliwa, gdy społeczność recypująca może uzyskać dostateczną ilość informacji na temat przedmiotu tej recepcji, a więc gdy istnieją drogi bezpośredniego i pośredniego przekazu wiadomości o charakterze międzykulturowym. Drugim czynnikiem warunkującym recepcję tego typu, jest zainteresowanie społeczności recypującej treścią przyjmowanej doktryny. Może się ono wyrażać bądź to w uznaniu proponowanych rozwiązań praktycznych, które postrzegane są jako skuteczne, bądź też w aprobacie dla sposobu teoretycznej interpretacji doświadczenia, mocy eksplanacyjnej teorii, stworzonej przez twórcę danej konstrukcji będącej przedmiotem recepcji. Społeczności, które z różnych względów o charakterze historycznym, postrzegają wypracowane przez siebie rozwiązania teoretyczne i praktyczne jako skończone i ostateczne, nie są zainteresowane recepcją nowych teorii i idei. Dzieje się tak do czasu destrukcji

wewnętrznej spójności danej społeczności, często pod wpływem podporządkowania jej obcym wpływom politycznym.

Międzykulturowa recepcja doktryny medycznej Johna Browna pozwala odpowiedzieć na wszystkie wyżej sformułowane pytania, dobrze ilustruje źródłowo sens teoretycznych konstrukcji. Przykład brownizmu ukazuje społeczno-kulturowe uwarunkowania recepcji doktryny medycznej, które wywarły znaczący wpływ na życie medyczne jednego pokolenia lekarzy (1790-1820) w tych krajach, w których obawy przed medycyną materialistyczną zahamowały stawianie pytań badawczych i odpowiedzi w pełni możliwych już do sformułowania. Te pytania i odpowiedzi wyznaczyły kierunek rozwoju naukowej medycyny europejskiej XIX stulecia.

