

Jeszke, Jaromir

Myśl europejska w medycynie polskiej w XIX w. w badaniach polskich historyków medycyny

Medycyna Nowożytna 3/1 - 2, 75-88

1996

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.



Jaromir Jeszke

Poznań

Myśl europejska w medycynie polskiej XIX w. w badaniach polskich historyków medycyny

Historyk medycyny często stawia sobie pytanie, kto dokonał po raz pierwszy określonego zabiegu terapeutycznego, profilaktycznego, zastosował nowy lek czy też wskazał niedostrzeżone wcześniej źródło chorób. Wokół tak pojętego „pierwszeństwa” toczą się niekiedy namiętne spory o zakres wkładu badaczy danej narodowości do rozwoju medycyny światowej. Spory te bywają niekiedy nierozstrzygnięte z dwóch powodów. Po pierwsze, w przypadku odkrycia wieloetapowego niemożliwe jest często stwierdzenie, którego z wielu jego twórców uznać za właściwego odkrywcę; po drugie, nawet w znacznie prostszej sytuacji „odkryciogennej” studia źródłoznawcze nie zawsze pozwolą na jednoznaczną odpowiedź. W cieniu tych dylematów pozostają dwie kwestie o kapitalnym znaczeniu: rekonstrukcja teoretycznych poglądów odkrywcy wraz z drogą, jaką musiał odbyć przed ich ostatecznym skryształizowaniem oraz recepcja odkrycia w zainteresowanym zawodowo środowisku oraz poto-

czniejsz wiado mości spo łecznej. Wzi ęcie pod uwag ę wszystkich wymienionych aspektów pozwoli dopiero uzyska ć po żadany sumaryczny obraz. W pierwszym przypadku istnieje mo żliwo ść okre ślenia stopnia oryginalno ści oraz wp ływów, jakim ulega ł uczoney, w drugim – rzeczywistej roli spo łecznej, jak ą odegra ło odkrycie i barier ograniczaj ących jego recepcje.

Narodziny, w XIX w., polskiej historiografii medycznej przypadaj ą na okres kształtowania si ę nowoczesnej medycyny polskiej i europejskiej. Zachodzi ły wó wczas na ziemiach polskich jako ściowe zmiany w tej dziedzinie. Obok relacji lekarz – pacjent pojawi ła si ę inna, lekarz – spo łecze ństwo. Szpital przemienia si ę z przytułku w lecznic ę nowoczesnego typu. Pojawiaj ą si ę specjalno ści lekarskie. Zjawiska te przenika ły si ę wzajemnie, tworz ąc nowe jako ści. Wiek XIX jest w rozwoju medycyny europejskiej okre sem wyjątkowo znaczącym. Wp ływ zagranicznych o środków naukowych na świado mo ść i praktyk ę medyczn ą obecn ą na ziemiach polskich, nale ży do prawd banalnych. Problemem dyskusyjnym mo że by ć jedynie zakres i jako ść inspiracji tego rodzaju. Omawiana problematyka, szczególnie dzieje tworzenia si ę i rozwoju specjalno ści lekarskich, zajmuje bardzo wa żne, je śli nie najwa żniejsze miejsce w polskiej historiografii medycznej, musi wi ęc interesowa ć historio graf a. Okre ślenie jako ści wp ływów zewn ętrznych jest przecie ż wyrazem przekonania o stopniu oryginalno ści w łasnej kultury, w tym przypadku medycznej. To za ś słu ży m.in. kształtowaniu to żsamo ści polskich środowisk medycznych. Analizuj ąc zagadnienie europejskich wp ływów na polsk ą medycyn ę XIX w. i jego miejsce w polskiej historiografii medycznej zwróci ć nale ży tak że uwag ę na poszukiwanie przez badaczy tego problemu g łównych czynników determinuj ących ten proces (lub te ż tylko współdeterminuj ących), których dzia łania splataj ą si ę i krzy żuj ą, gdzie uchwycenie stopnia wp ływu ka żdego z nich jest niebywale trudne, o ile w ogó le mo żliwe.

Pozornie sytuacja w tej ga łęzi polskiej historiografii medycznej wydaje si ę zadowalaj ąca. Studia nad dziejami teorii i zabiegów medycznych nale żą do rdzenia polskiej historiografii medycznej. Znaczne zainteresowanie problematyk ą odnotowa ć mo żna poczynszy od XIX-wiecznej pracy Łuczkiwicz a¹ poprzez dzieło m.in. Zembrzuskiego² a ż po powojenne syntezy historii wa żniejszych

¹ H. Łuczkiwicz, *Pogl ądy na rozwój nauki lekarskiej w XIX w.*, [w:] *Przegl ąd postepów nauk lekarskich za rok 1870*, Warszawa 1872, s. 1–14.

² L. Zembrzuski, *Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935.

dyscyplin medycznych³. Szczególnie płodne okazały się pod tym względem lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte bieżącego stulecia. Wiele szczegółowych artykułów publikowanych na łamach czasopism historyczno-medycznych stanowi ważne uzupełnienie tego nurtu⁴. Zbiór danych, odnoszących się do odkryć, teorii, zabiegów i środków leczniczych jest imponujący, zaś w biografiami ich twórców skwapliwie odnotowane są zazwyczaj ośrodki uniwersyteckie i mistrzowie, u których pobierali nauki. Co więcej, w obszernej literaturze przedmiotu znaleźć też można często informacje o zastępach ich uczniów. Pojawia się więc w tym kontekście często pojęcie „szkoły”. W ten sposób traktowano np. uczniów Szokalskiego⁵. Do takiego ujęcia wystarczała niekiedy autorom prac historycznych kontynuacja technik zabiegowych mistrza, przejęcie umiejętności praktycznych bez uwzględnienia oryginalnego wkładu następców w rozwój idei.

Blіższa analiza zagadnienia wskazuje jednak na brak wyjaśnienia mechanizmów zasygnalizowanych na wstępie niniejszego szkicu. Cechą zasadniczą prac dwudziestowiecznych historyków medycyny jest ocena nowatorskości odkrycia z punktu widzenia ustaleń współczesnych dyscyplin biomedycznych. Jest to ujęcie wartościowe i zrozumiałe ze względu na pochodzenie większości dziejopisów ze środowisk medycznych. Łączy się to jednak z pozytywistycznym stosunkiem do analizowanych osiągnięć XIX-wiecznych nauk medycznych na ziemiach polskich i ich europejskich inspiracji, zakładającym milcząco absolutną obiektywność osiągniętych ostatecznie wyników. Stopień zbliżenia do wiedzy współczesnej jest więc tu miarą prawdziwości odkrycia lub „postępowości” jego recepcji. Tu zapewne mają swoje źródło obecne w polskiej historiografii medycznej tendencje do ukazywania kontrowersji wokół nowych zjawisk w europejskiej medycynie XIX w. w kategoriach konserwatyzmu lub wręcz ignorancji. Tymczasem tylko **wówczas** obowiązujące teorie i doktryny mogłyby

³ Wymienić tutaj można takie opracowania, jak: T. Bilikiewicz, J. Gallus, *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962; J. Chojan, *Zarys dziejów urologii polskiej*, Wrocław 1974; A. Dziak, *Zarys dziejów ortopedii polskiej*, Wrocław 1976; R. W. Gutt, *Dzieje nauki o krwi*, Warszawa 1975; E. Herman, *Historia neurologii polskiej*, Wrocław 1975; M. Jesionowski, *Historia stomatologii polskiej*, Warszawa 1971; W. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, Warszawa 1972; W. Noszczyk (red.), *Zarys dziejów chirurgii polskiej*, Warszawa 1989.

⁴ Np. Z. Garnuszcwski jr., *Początki, rozwój i zmierzch torakoplastyki w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1978, t. 41, z. 1, s. 43–57; S. Wajs, *Leczenie chirurgiczno-protetyczne rozszczepów podniebienia twardego i miękkiego w XIX w.*, „Annales Academiae Medice Lodzensis”, Łódź 1982, t. 22, suplement 22, s. 252–261 i inne drukowane najczęściej na łamach „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, organu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji.

⁵ H. Melanowski, *Dzieje okulistyki*, Warszawa 1973, s. 370–371, s. 135–136.

ewentualnie wyjaśnić „konserwatyzm” uczonych danego okresu. Miarą nowoczesności jest natomiast szybka akceptacja i rozwijanie na ziemiach polskich tych kierunków europejskiej medycyny, które później uzyskały akceptację nauk medycznych współczesnych historykowi. Analiza wszystkich uwarunkowań teoretycznych odkryć epoki nie wydawała się więc często badaczowi konieczna. Zastępował ją współczesny historykowi paradygmat biomedyczny. Stąd nagromadzenie w polskiej historiografii medycznej wielkiej ilości faktów dotyczących pierwszych na ziemiach polskich zabiegów z danej dziedziny medycyny wykonanych wcześniej w innych regionach Europy lub pierwszeństwa polskich lekarzy w stosunku do późniejszych odkryć poza obszarami ziem polskich⁶. W obu przypadkach mechanizmy recepcji są albo pominięte albo potraktowane marginalnie. W pierwszym przypadku sam fakt znajomości nowego odkrycia, dzięki bezpośredniemu kontaktowi z jego twórcą lub przez znajomość literatury światowej, jest traktowany przez historyków medycyny jako wystarczająca przesłanka do jego upowszechnienia. Różnorodność pojawiających się opinii tłumaczona jest indywidualnymi postawami prezentowanymi przez wygłaszających je uczonych. W drugim przypadku upominaniu się o pierwszeństwo, nieznanym światu, polskich odkryć nie towarzyszy pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Niekiedy tylko ogólnie wskazuje się, że twórca wyprzedził swój czas, przez co nie mógł być przez współczesnych zrozumiany. A przecież są to dwie strony tego samego zjawiska. Ten schemat postępowania badawczego wyczerpuje na ogół zainteresowanie historyków medycyny problematyką zewnętrznych wpływów i recepcji. Tylko w niektórych przypadkach odkryć rewolucjonizujących rozwój medycyny, takich jak walka z gorączką połogową, wprowadzenie zasad aseptyki i antyseptyki czy też znieczulenia ogólnego i miejscowego, nieco więcej miejsca poświęcano problemowi upowszechniania tych zjawisk⁷. Polska historiografia medyczna nie wypracowała jednak przez wiele dziesięcioleci modelu badań tego typu.

W tym kontekście trudno jest niekiedy mówić o „szkołach” naukowych, skoro nie poddano analizie drogi kształtowania się poglądów oraz postaw twórcy i zakresu inspiracji u uczniów. Pojęcie szkoły naukowej zakłada przecież wielopokoleniowy roz-

⁶ Najbardziej reprezentatywna dla tego nurtu polskiej historiografii medycznej jest praca R. K. Meissnera i J. Hasika, *Polski wkład w medycynę światową*, Poznań 1989. Lista prac tego typu jest obszerna.

⁷ Przykładem takiego zjawiska może być charakterystyka recepcji zasad antyseptyki i aseptyki na ziemiach polskich w pracy *Zarys dziejów chirurgii polskiej*, pod red. W. Noszczyka, Warszawa 1989, s. 194–198.

wój rdzenia teorii wyznawanej przez założyciela. Bez określenia podstawowych założeń i jakości innowacji wprowadzonych przez następców nie sposób określić, czy rzeczywiście chodzi o szkołę, czy tylko o proste naśladownictwo.

Zjawisko to można zilustrować wieloma przykładami. W dziejach okulistyki skrótoowo tylko wspomniano np. o wpływie na Szokalskiego szkoły niemieckiej i francuskiej⁸. Podobnie ujęto wpływ francuskiej psychiatrii na autora pierwszego polskiego podręcznika z tego zakresu Bartłomieja Frydrycha⁸. Autorzy *Zarysu dziejów chirurgii polskiej*, wydanego w 1989 pod redakcją W. Noszczyka, wiele miejsca poświęcili recepcji poglądów na zagadnienie aseptyki i antyseptyki oraz znieczulenia. Jednakże bogatemu materiałowi faktograficznemu ukazującemu stosunek lekarzy polskich do tych zagadnień nie towarzyszyła analiza ich poglądów teoretycznych. Opisując działania lekarzy w małych prowincjonalnych szpitalach wskazywano na ich nowoczesne metody postępowania, m.in. rozległe otwieranie i utrzymywanie ran w czystości. „Oni to udowodnili – pisano – że postępy medycyny mogą być bardzo szybko przeniesione i wdrożone nawet w najmniejszych ośrodkach, a obserwacje tam poczynione bywają z powodzeniem wykorzystywane w klinikach”¹⁰. Jednak mechanizmów tak szybkiego upowszechniania tych zachowań nie ukazano. A idzie o rzeczy fundamentalne: zakres zbieżności tradycji naukowych i poglądów teoretycznych, uświadamianych sobie lub nie, pomiędzy „nadawcami” i „odbiorcami” nowej idei, autorytet jej twórcy (twórców), możliwości transmisji (dostępność czasopiśmiennictwa, kontaktów naukowych itp.), gotowość przyjęcia innowacji, kierunków wpływów, stopień trudności opartych na niej zabiegów itp. To zaledwie początek listy czynników, które należałoby wziąć pod uwagę. Wiadomo, że samo przekonanie terapeutów o przydatności i racjonalności zastosowanej, na podstawie nowej koncepcji, techniki zabiegowej nie wystarcza do jej powszechnej akceptacji w sytuacji rozbieżnych poglądów teoretycznych w środowiskach lekarskich. Historia medycyny dostarcza tutaj wielu przykładów.

Praca redagowana przez W. Noszczyka zawiera także wiele innych relacji pomiędzy chirurgią światową i polską oraz liczne fakty odnoszące się do postaw polskich chirurgów, pozostawiając

⁸ H. Melanowski, s. 370–371 i s. 135–136.

⁹ T. Bilikiewicz, J. Gallus, *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962.

¹⁰ *Zarys dziejów chirurgii polskiej*, pod red. W. Noszczyka, Warszawa 1989, s. 174.

jednak wiele miejsca na ich interpretację. Na marginesie tego wątku rozważań warto wspomnieć, że niektóre osiągnięcia europejskiej medycyny porównywano do... dorobku rodzimej medycyny ludowej. „Opisując metodę Seutina Le Brun przypomniał, że w polskiej medycynie ludowej stosowano unieruchomienie złamanej kończyny żywokostem i z ubolewaniem przyznał, że gdyby polscy lekarze interesowali się krajową medycyną ludową, to może jako pierwsi udoskonaliliby metody unieruchamiania złamanych kości”¹¹. Historyk medycyny nie zadał sobie jednak pytania, czy kultura ludowa mogła w XIX wieku stanowić inspirację o charakterze naukowym dla polskich środowisk lekarskich i jakie przeszkody piętrzyły się na drodze przenikania wpływów.

W literaturze przedmiotu odnotować też można przykłady barier ograniczających upowszechnienie nowych odkryć. Charakterystyczne jest tutaj spojrzenie Z. Filara na stosunek XIX-wiecznych lekarzy polskich do zakażenia pługowego. W charakterze źródła wykorzystał on poglądy młodego, doktoryzującego się ówczesnie badacza. „Po przejrzeniu współczesnego polskiego piśmiennictwa doszedłem do wniosku, że pogląd Semmelweisa nie wywołał żywego oddźwięku w naszym społeczeństwie lekarskim. Nie znalazłem nigdzie w naszej prasie lekarskiej omówienia głównej pracy Semmelweisa z 1861 r., ani też odgłosów sporu toczącego się w popularnym u nas Wiedniu i Peszcie. Nie znaczy to by zagadnienie gorączki pługowej nie budziło w naszym środowisku zainteresowania. Interesowało się nią zwłaszcza i prawie wyłącznie środowisko warszawskie (...). Mniej natomiast zrozumiały jest dosyć bierny stosunek środowiska krakowskiego i lwowskiego do tej choroby, choć czyniła tam nie mniejsze spustoszenie niż w Warszawie.”¹² Interesujący problem pozostał jednak otwarty.

Zbigniew Woźniewski analizując pierwsze reakcje uczonych polskich na odkrycie przez R. Kocha prątka gruźlicy ukazuje rozbieżności pomiędzy J. Polakiem interpretującym materiał empiryczny na niekorzyść zaraźliwej gruźlicy, a entuzjastycznie nastawionym do odkrycia Kocha W. Mayzelem. Założeń teoretycznych, będących podstawą poglądów obu adwersarzy nie przedstawiono. Twierdzenie Woźniewskiego, że „jeśli chodzi o teren polski (...) odkrycie to zostało przyjęte wprost entuzjastycznie” także nie zostało uzupełnione próbą wyjaśnienia, dlaczego tak

¹¹ Tamże, s. 171.

¹² Z. Filar, *Z dziejów rozwoju w Polsce poglądów na zakażenie pługowe. Stanisław Witkowski i jego praca na stopień doktora medycyny*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1961, t. 24, nr 4, s. 399-418.

się stało¹³. Przyznać jednak należy, że autor ten stara się odnotować i sumiennie pokazać obraz transmisji wiedzy w tej dziedzinie.

Problem mechanizmu europejskich wpływów na rozwój XIX-wiecznej polskiej medycyny jest, w świetle powyższych uwag, rzadko konsekwentnie stawiany, choć materiał faktograficzny umożliwiający takie studia jest ogromny. A przecież problem transmisji wiedzy i postaw badawczych ma w historii nauki kapitalne znaczenie. Pozwala wyjaśnić zagadnienie tworzenia i upadku szkół naukowych, zakresu powszechności zabiegów terapeutycznych, słabej recepcji niektórych odkryć itp. Nie oznacza to, że niektóre elementy tego procesu nie były obiektem zainteresowań historyków medycyny. R. W. Gutt wskazywał na rolę autorytetów, Z. Podgórska-Klawe na rolę ideologii pozytywistycznej¹⁴. Pewną tradycję mają tutaj badania nad wpływami europejskich doktryn medycznych na rozwój polskiej medycyny w XVIII i XIX w. Z nowszych prac wymienić tutaj należy studia B. Płonki-Syroki nad tym zagadnieniem¹⁵. T. Ostrowska starała się natomiast prześledzić transmisję informacji o odkryciach Kocha w czasopiśmie polskich i odnotować spowodowane nim reakcje społeczne¹⁶. Podobne zadanie postawił sobie Z. Gajda w stosunku do odkrycia szczepionki przeciw wścieklicznie¹⁷.

Brak syntetycznych, pogłębionych analiz omawianego zjawiska spowodował także trudności w udzieleniu odpowiedzi na pytanie o brak rezonansu światowego wielu polskich odkryć. Postawa historyka medycyny sprowadza się więc tutaj często do drobiazgowych studiów źródłowych mających udowodnić pierwszeństwo rodaka oraz (niekiedy) do upowszechnienia tych ustaleń na arenie międzynarodowej. Przykładem takiej sytuacji mogą być losy teorii zakażenia ustnego opracowanej w 1881 r. przez poznańczyka, Teofila Kaczorowskiego, upowszechnionej jednak na świecie po jej ponownym sformułowaniu w 1910 r. przez W. Huntera

¹³ Z. Woźniewski, *Pierwsze odgłosy w prasie polskiej odkrycia prątka gruźlicy przez Roberta Kocha*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1959, t. 22, nr 3, s. 399-405; Tenże, *Jak przyjęto w Polsce odkrycie tuberkuliny*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1961, t. 24, nr 3, s. 281-291.

¹⁴ Z. Podgórska-Klawe, *Kierunki rozwoju polskiej medycyny w dobie pozytywizmu*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1984, t. 47, z. 1, s. 121-126.

¹⁵ B. Płonka-Syroka, *Recepcja doktryn medycznych przelomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*, Wrocław-Warszawa 1990.

¹⁶ T. Ostrowska, *Robert Koch i medycyna polska*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1961, t. 24, z. 3 s. 293-304.

¹⁷ Z. Gajda, *Echa wielkiego odkrycia. W setną rocznicę wprowadzenia szczepień przeciwko wścieklicznie*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1987, t. 50, z. 3, s. 371-383.

i znanej w literaturze światowej pod nazwą „oral sepsis”. I choć upomniano się z czasem o pierwszeństwo Kaczorowskiego, w latach swoich narodzin teoria ta była kwestionowana nawet przez takie autorytety epoki, jak W. Biegański. A przecież tematyka priorytetów naukowych polskich badaczy w stosunku do niektórych osiągnięć światowej medycyny podejmowana jest nad wyraz chętnie przez historyków nauki. Reprezentantką licznych publikacji tego rodzaju może być książka R. K. Meissnera i J. M. Hasika pt. *Polski wkład w medycynę światową*¹⁸.

Problem mechanizmów upowszechniania się poglądów naukowych lub przynajmniej niektóre czynniki sterujące tym procesem, jak np. zagadnienie transmisji wiedzy interesują od dawna naukoznawców: socjologów, psychologów i filozofów nauki. Historyk nauk medycznych nie może pozostawać głuchy na płynące z tych środowisk inspiracje, choć należy je traktować z dużą dozą ostrożności: nie wszystkie dadzą się zaadaptować na gruncie historycznym.

Dla historyka nauki ważne są ujęcia, które mogą być zastosowane w pracy z materiałem źródłowym w możliwie szerokim zakresie. Interesującym może więc być ukazanie koncepcji powstałych w nurcie badań tzw. poznańskiej szkoły metodologicznej i w kręgu uczonych z nią związanych. Jedną z prezentowanych możliwości, autorstwa wybitnego przedstawiciela tej szkoły, J. Kmity, może okazać się niezwykle użyteczna w badaniach nad paradygmatycznością samej dyscypliny, zwłaszcza że wiąże ona ten punkt widzenia z propagowaną przez uczonego koncepcją korespondencji istotnie korygującej, tworząc wartościową teoretycznie całość. Daje ona bowiem badaczowi dziejów nauk medycznych szansę wyjaśnienia trudności recepcji metody czy doktryny, nie będącej prostym rozszerzeniem rdzenia dotychczasowego modelu uprawiania nauk medycznych. Umożliwia wyjście poza modny w historiografii nauki ogólnik, że twórca metody wyprzedzał znacznie swój czas, nie był rozumiany przez współczesnych, przeto i szerokie upowszechnienie jego poglądów nie było możliwe.

Kmita teoretyczną historię nauki rozumie jako refleksję nad dziejami praktyki naukowej, która przyjmuje za swój punkt wyjścia technologiczną funkcję owej praktyki jako definicyjną jej funkcję. Uznaje równolegle, że praktyka owa jest regulowana w trybie subiektywno-racjonalnym przez szczególną dziedzinę nowożytno-europejskiej kultury symbolicznej oznaczanej mianem nauki. Nauką w tym rozumieniu jest społeczna świadomość

¹⁸ R. K. Meissner, J. M. Hasik, *Polski wkład w medycynę światową*, Poznań 1989.

metodologiczna, a więc respektowany w społeczności badaczy całokształt norm i dyrektyw regulujących powszechnie w trybie subiektywno-racjonalnym praktykę naukową. Teoretyczna historia nauki uwzględnia dwa uwarunkowania. Traktuje naukę zarazem jako: 1. subiektywno-racjonalne źródło praktyki naukowej, a pośrednio wiedzy naukowej (prawdziwej, najprawdopodobniej prawdziwej, zbliżającej się bardziej do prawdy niż zastana wiedza naukowa); 2. funkcjonalnie uwarunkowany przez potrzebę efektywności technologicznej, ewentualnie także efektywności waloryzacyjno-światopoglądowej i edukacyjnej, subiektywno-racjonalny regulator kulturowy praktyki i wiedzy naukowej, który rzeczzone potrzeby byłby w stanie zaspokoić. Śledzenie zmian historycznych tych aspektów nie jest jednak, co Kmity mocno podkreśla, obciążone wartościowaniem z punktu widzenia kryterium wiarygodności poznawczej historycznie powstającej wiedzy naukowej, faz rozwoju nauki i ideałów prawdy. Proponowana teoretyczna historia nauki stara się tylko zrekonstruować w trybie subiektywno-racjonalnym owe zjawiska, ma więc charakter opisowo-kulturoznawczy.

Na gruncie historii medycyny oznacza to w pierwszym rzędzie spojrzenie na świadomość metodologiczną wszystkich przedstawicieli nauk medycznych w przeszłości jako na swoisty konstrukt kulturowy. Subiektywna racjonalność tak pojętego źródła praktyki medycznej odnosi się więc do „wizji świata i człowieka” epoki, a nie do postawy metodologicznej badacza-historyka. Istnienie w dziejach medycyny rozlicznych teorii należy więc odnosić do istniejącej wówczas, a nie współcześnie, koncepcji racjonalności. I tylko z tego punktu widzenia historyk może rozpatrywać ich „poprawność”. Wiąże się to z koniecznością porzucenia przekonania, że „racjonalność” jest pojęciem ponadczasowym. Efektywność technologiczna, warunkująca według Kmity świadomość metodologiczną epoki, oznacza tu po prostu potrzebę większej skuteczności terapeutycznej. To ona jest jednym ze źródeł nowych poszukiwań teoretycznych, a nie jak sądzi wielu historyków medycyny, prosty, ateoretyczny empiryzm. Poszukując źródeł kulturowych i technologicznych świadomości metodologicznej i regulowanych przez nią praktyk medycznych historyk medycyny, analizujący zjawisko według koncepcji Kmity, nie będzie próbował interpretować ich w świetle ustaleń współczesnej medycyny. Na tym polega subiektywno-racjonalny charakter opisywanych przez niego zjawisk. Ukazując takie uwarunkowanie może on uzyskać pewną podstawę do analizy przenikania idei medycznych do różnych środowisk medycznych i argumenty na rzecz akceptacji, bądź jej braku, idei w nowym środowisku.

Kmita akceptuje zasadnicze idee Kuhna, choć niekiedy nadaje im nieco odmienne znaczenie. Faza „przedparadygmaticzna” właściwa byłaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa nie ukonstytuowała się instytucjonalnie, podobnie jak nauka w jego rozumieniu. Funkcję technologiczną pełniłoby wówczas potoczne doświadczenie społeczne. Pierwsza faza paradygmaticzna odpowiadałaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa i nauka ukonstytuowały się instytucjonalnie w taki sposób, że praktyka owa produkuje wiedzę obejmującą potoczne doświadczenie społeczne, poddane jednak systematyzacji dedukcyjnej. Wymaga nadania owemu doświadczeniu „spójności logicznej”, eliminacji pewnych jego elementów oraz uzupełnienia go o potrzebne, „logiczne”, ogniwa. Faza pierwszej „rewolucji naukowej” odpowiadałaby sytuacji, w ramach której praktyka naukowa fazy poprzedniej uległaby pewnemu „zamieszaniu”, podobnie jak regulująca ją nauka. Poddane zostają wówczas krytyce pewne elementy dotychczasowej wiedzy naukowej, ale w taki sposób, że wyłoni się stąd praktyka badawcza i nauka odpowiadające drugiej fazie „paradygmaticznej” itp. Pierwsza faza paradygmaticzna otrzymuje w nomenklaturze tego uczonego nazwę stadium przedteoretycznego, pierwsza rewolucja naukowa zaś pierwszego przełomu teoretycznego. Kolejne fazy paradygmaticzne odpowiednio kolejnych stadiów teoretycznych, zaś kolejne rewolucje naukowe – przełomów teoretycznych.

Kmita, co ważne dla warsztatu historyka nauki, podkreśla, że wymienione stadia należy odnosić nie do całokształtu praktyki naukowej i nauki, lecz do poszczególnych ich dyscyplin i specjalności z osobna wziętych. Autor rzeczonyj koncepcji zwraca uwagę, zgodnie z doświadczeniami historyka nauki, że nie da się żadną miarą zsynchronizować ze sobą tych stadiów, gdy weźmie się pod uwagę ich całokształt. Każda dyscyplina czy specjalność ma więc własną historię. Przełom teoretyczny dokonywałby się w taki sposób, że konstytuowałaby się w jego ramach relacja, łącząca ze sobą dwa stadia przedzielone stadium przełomu. Nadano jej nazwę korespondencji istotnie korygującej. Korespondencja bez tego ostatniego określenia, zwana eksplanacyjną, oznacza taką relację między dwoma kolejnymi systemami wiedzy naukowej, gdzie teoria wcześniejsza dałaby się traktować jako szczególnie przypadek teorii późniejszej. Sytuacja ta, często spotykana w dziejach nauki, nie ma jednak nic wspólnego z rewolucją naukową, czy jak chce Kmita, z przełomem teoretycznym. Korespondencja istotnie korygująca oznacza zaś taką relację pomiędzy dwoma systemami wiedzy naukowej, przedzielonymi

przełomem teoretycznym, gdzie: 1. są one „niewspółmierne” pojęciowo, zatem następny system nie wyjaśnia poprzedniego, różne typy nauki regulują praktyki naukowe produkujące owe systemy wiedzy. Natomiast 2. zachodzi między nimi ten związek, iż: *a.* skorygowana w sposób istotny wiedza naukowa pozwala wyjaśnić efektywność technologiczną wiedzy korygowanej przez nią, a nawet określić granice tej efektywności; *b.* owa wiedza istotnie skorygowana ma szerszy zakres efektywnych zastosowań technologicznych oraz jest dokładniejsza w tych zastosowaniach. Dla medycznej świadomości metodologicznej i regulowanych przez nią praktyk terapeutycznych oznacza to szerszy wachlarz ich zastosowania i bardziej precyzyjną diagnostykę medyczną.

Co więcej, Kmity stawia tezę, że niektóre koncepcje filozoficzne zdają sprawę ze stanu nauki regulującej w trybie subiektywno-racjonalnym kolejne jej stadia. Koncepcja pozytywistyczna byłaby więc właściwa dla stadium przedteoretycznego, hipotetyczna dla stadium przełomu teoretycznego, a tzw. konwencjonalistyczna dla stadium teoretycznego¹⁹.

Przyjęcie tego typu założeń mogłoby okazać się przydatne przy analizie transformacji teorii (doktryn) medycznych i określeniu stadium rozwoju danej dyscypliny medycznej. Ujęcie paradygmatyczne zagadnienia mogłoby odpowiedzieć na wiele pytań związanych z barierami recepcji idei medycznych na różnych obszarach i w odmiennych kręgach kulturowych. Przydatne okazałoby się też zapewne dostrzeżenie wieloparadygmatyczności medycyny w niektórych okresach jej rozwoju i wypływające stąd ograniczenia wzajemnych oddziaływań wielu z nich. W takim przypadku ogromnie ważne dla historyka nauk medycznych jest traktowanie przedmiotu badań w kategoriach subiektywnej racjonalności. Koncepcja Kmity umożliwia analizę rozmaitych paradygmatów medycznych traktowanych jako konstrukty kulturowe, bez odwoływania się do pozytywistycznej kategorii „prawdy”. Jest to bowiem największa, jak można sądzić, bariera w studiach nad przenikaniem idei medycznych w różnych okresach historycznych. Owa „prawda” wywodzi się z reguły z jednego spośród wielu paradygmatów medycznych, inne wartościując negatywnie. A skoro tak, to tylko niektóre rodzaje wzajemnych wpływów interesują historyka. Obraz tak skonstruowany jest jednak bardzo jednostronny. Założenia teoretycznej historii nauki Kmity umożliwiają wyjście z tego zakłętą kręgu. Oczywiście adaptacja koncepcji teoretycznej historii nauki, a ujęcie Kmity jest tutaj jednym z

¹⁹ G. Banaszak, J. Kmity, *Spoleczno-regulacyjna koncepcja kultury*, Warszawa 1994, s. 96–107.

kilku możliwych, wymagałoby podjęcia przez polskich historyków medycyny poważnych studiów teoretycznych. Jest to jednak trud, który warto podjąć, szczególnie że w wielu krajach europejskich oraz w Stanach Zjednoczonych próby ujęcia historii medycyny z kulturowej perspektywy są już bardzo zaawansowane²⁰.

Jednakże i na gruncie polskiej historiografii medycznej wypracowano interesującą koncepcję międzykulturowej recepcji teorii i doktryn medycznych. Przykładowo analizując recepcję brownizmu w polskiej społeczności medycznej i traktując ją jako wynik intelektualnych preferencji tego środowiska autorka, B. Płonka-Syroka, dochodzi do modelu studiów nad przebiegiem procesu recepcji doktryn medycznych w społeczności naukowej. Artykuły B. Płonki-Syroki przedstawiają koncepcję recepcji doktryn medycznych opartych na trzech jej poziomach (konstytutywnym, nomotetycznym i wariacyjnym) oraz siedmiu strategiach społeczności naukowych znajdujących się w nowych, stojących wobec kryzysu dotychczasowych, sytuacji problemowych. Autorka sformułowała też, niezbędny do badań tego rodzaju, katalog pytań badawczych i proces analizy źródeł podzieliła na trzy etapy: 1. rozpoznania społeczności naukowej, w której ma dokonać się recepcja doktryny; 2. rozpoznania teorii (doktryn) obecnych w świadomości naukowej badanej społeczności oraz 3. analizę przebiegu wewnątrzkulturowej i międzykulturowej recepcji doktryn medycznych. Określiła też ogólne warunki międzykulturowej recepcji teorii i doktryn medycznych umożliwiających ich upowszechnienie w nowym środowisku: 1. istnienie kanałów bezpośredniego i pośredniego przekazu wiadomości o charakterze międzykulturowym; 2. zainteresowanie społeczności recypującej treścią przyjmowanej doktryny. Społeczności, które z różnych względów postrzegają wypracowane przez siebie rozwiązania teoretyczne i praktyczne jako skończone i ostateczne nie są bowiem zainteresowane recepcją nowych teorii; 3. Zmiana nastawienia może nastąpić w okresie destrukcji wewnętrznej spójności danej społeczności, co może nastąpić np. w wyniku podporządkowania jej obcym wpływom politycznym²¹.

²⁰ R. Jütte. *Methode und Paradigm*, 1990; G. Rosen, *A history of public health*, 1993.

²¹ B. Płonka-Syroka, *Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna (1736–1788)*. *Problemy metodologiczne*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 1993, z. 4, s. 3–37. Por. B. Płonka-Syroka, *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*. „Medycyna Nowożytna. Prace historyczno-medyczne”, Warszawa 1992, s. 7–38 oraz tej autorki *Od astrologii do bioenergoterapii*. Wrocław 1994, s. 58–64 i *Problem wyboru teorii przez społeczność naukową na przykładzie nauk medycznych*. „Prace Naukowe WSP w Częstochowie. Filozofia i Socjologia”, 1995, t. 4, s. 177–193.

Wydaje się, w świetle przedstawionych uwag, że istnieje ogromne pole możliwych interpretacji i badań w zakresie problematyki europejskich wpływów na medycynę polską, a zaprezentowane przykładowo koncepcje warte są, w świetle sytuacji panującej w polskiej historiografii medycznej, przynajmniej dyskusji. Sądzę też, że w procesie tworzenia nowoczesnej historii polskiej medycyny zabiegi takie odgrywałyby niebagatelną rolę.

Jaromir Jeszke

European thinking in 19th c. Polish medicine as a subject in the studies of Polish medical historians

Summary

The article discusses, in the works of Polish medical historians, the problem of the diffusion of European medical concepts in the 19th c. Polish scientific community. The author traces those trends in Polish medical historiography, in relation to European sources, which shaped the theoretical attitudes of the Polish scientists of the period; also the way in which scientific discoveries were spread among Polish medical circles. A history of the formation and development of medical specialisations occupies a very important, if not the most important, place in Polish medical historiography. Therefore it must be of interest to every historian. Determination of the quality of external influences can tell us a lot about the degree of originality of the culture, in this case medical. The article also contains theoretical propositions useful for this type of research.

Jaromir Jeszke

Europäischer Gedanke in polnischer Medizin der XIX. Jahrhundert in Untersuchungen polnischer Geschichtsforscher der Medizin

Zusammenfassung

Der Artikel stellt ein Problem der Durchdringung der europäischen medizinischen Konzeptionen in polnische, wissenschaftliche Zentren in XIX. Jahrhundert in den Arbeiten der polnischen Geschichtsforscher der Medizin dar. Der Schriftsteller beobachtet in polnischer medizinischen Historiographie diese Fäden, die europäische Quellen betreffend,

die theoretische Einstellungen polnischer Gelehrter dieser Epoche bilden und diese Wege betreffend, mit denen sich die Entdeckungen, die in Europa vollgeführt wurden, unter polnischen Arztmilieus verbreitet haben. Die Geschichte der Bildung und Entwicklung der ärztlichen Fachgebieten nehmen sehr wichtigen, wenn nicht den wichtigsten Platz in polnischer, medizinischen Historiographie ein, so sollen sie den Historiographen interessieren. Die Bestimmung der Qualität der Außeneinflüsse spricht viel über die Stufe der Eigenart der Kultur, in diesem Fall der medizinischen Kultur. Der Artikel enthält eben die theoretischen Vorschläge, die in den Untersuchungen dieses Typs nützlich sind.