

BOŻENA PŁONKA-SYROKA

# Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego

## Część pierwsza

**Słowa kluczowe:** brownizm, medycyna kliniczna przełomu XVIII i XIX w.

### Wprowadzenie

Obraz doktryny Johna Browna w polskim piśmiennictwie naukowym przez większość XX w. kształtowała jej charakterystyka znajdująca się w najpopularniejszym polskim podręczniku historii medycyny, opublikowanym w połowie lat 30. przez Władysława Szumowskiego<sup>1</sup>. Był to obraz skrajnie krytyczny, doktryna była bowiem przedstawiana jako irracjonalna, a jej twórcę Szumowski zaliczył do grona „doktrynerów i sekciarzy”<sup>2</sup>. W podobnym duchu wypowiadali się na jej temat

<sup>1</sup> W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kraków 1935.

<sup>2</sup> *Doktrynerzy i sekciarze*, [w:] W. Szumowski, dz. cyt., t. 2. Podręcznik Szumowskiego jest nadal wykorzystywany w dydaktyce historii medycyny w polskich szkołach wyższych, a po 1989 r. doczekał się nowych wydań, m.in. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, s. 549–551. Wszystkie nowe wydania tego podręcznika publikowane są jako reprinty wersji z 1935 r.

również autorzy innych wydawanych w języku polskim podręczników historii medycyny, zarówno tych z 2 poł. XIX, jak i z XX w<sup>3</sup>. Stanowisko polskich historyków medycyny jest odzwierciedleniem poglądów klinicystów polskich na jej temat, ukształtowanych w latach 30. XIX w., które nie uległy już odtąd zmianie<sup>4</sup>. Omówiłam je w swoich wcześniejszych publikacjach poświęconych problematyce recepcji doktryn medycznych z przełomu XVIII i XIX w. w polskiej medycynie klinicznej<sup>5</sup> i analizom struktury doktryny Browna<sup>6</sup>. Przeprowadziłam także badania nad recepcją doktryny Browna w medycynie klinicznej niemieckiego obszaru językowego, w której wpływy brownizmu okazały się szczególnie silne i trwały ponad pół wieku<sup>7</sup>. Opublikowałam również prace dotyczące uwarunkowań pozytywnej recepcji brownizmu w medycynie niemieckiej<sup>8</sup> i utrudnionego przebiegu jej krytyki<sup>9</sup>. W obu tych przypadkach głównym czynnikiem ułatwiającym pomyśl-

<sup>3</sup> Por. np. J. Oettinger, *Umiejętność lekarska wobec szkół, a w szczególności wobec urojonej szkoły dawnej i nowej. Badanie historyczno-krytyczno-lekarskie*, Kraków 1863, s. 119–125; J. Petersen, *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, tłum. G. Fritsche, Warszawa 1882, s. 14–15, 28–32; H. Haeser, *Historia medycyny. Przekład z trzeciego wydania dzieła (...) Lehrbuch der Geschichte der Medizin. Zweiter Band. 1876–1881, dokonany przez H. Łuczkiwicza*, t. 2: *Dzieje medycyny nowożytnej*, Warszawa 1886, s. 677–693; L. Zembruski, *Dzieje kierunków, teorii i doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 155–161; W. Szumowski, *Historia medycyny* (red. T. Bilikiewicz), Warszawa 1961, s. 300–302; T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 131, 155–156, 266. We wszystkich tych publikacjach przypisywano doktrynie Browna marginalne znaczenie w historii europejskiej medycyny klinicznej, zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

<sup>4</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1848) w opinii przedstawicieli polskiego środowiska naukowego do 1863 roku*, „Wiek XIX. Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza” 2015, R. 8(50), s. 101–119.

<sup>5</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*, Wrocław 1990, s. 65–72, 82–84, 88–90 i in. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Die Rezeption der medizinischen Lehre von John Brown in der polnischen akademischen Medizin an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert*, [w:] J. Kiefer (red.), *Heilkunde und Heilmittel: zum Erwerb und Transfer von medizinisch-pharmazeutischen Wissen in Europa*, Europäische Wissenschaftsbeziehungen, t. 5, s. 193–206.

<sup>6</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 249–253.

<sup>7</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Międzykulturowa recepcja doktryn medycznych na przykładzie doktryny Johna Browna (1736–1788). Problemy metodologiczne*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1993, R. 38, nr 4, s. 3–37.

<sup>8</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Problem wyboru teorii przez społeczność naukową na przykładzie nauk medycznych*, „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie” Seria Filozofia i Socjologia, 1995, t. 4, s. 177–193.

<sup>9</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Koncepcja podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1998, t. 43, nr 2, s. 69–80.

na i powszechną recepcję doktryny Browna w niemieckiej medycynie klinicznej krajów luterzańskich (w tym przede wszystkim Prus) był specyficzny dla tego obszaru kulturowego standard medycyny klinicznej, odbiegający w swych podstawowych założeniach od ukierunkowania obranego przez klinicystów z krajów katolickich (głównie z Austrii oraz Francji) i pozostających pod ich wpływem lekarzy w innych krajach Europy<sup>10</sup>. Jego podstawową cechą było uwzględnianie zgodnych z luteranizmem metafizycznych podstaw wiedzy, nawiązywanie do rodzimej filozofii idealistycznej oraz krytyka filozofii europejskiego oświecenia. W niemieckiej medycynie klinicznej obecne były w związku z tym imputacje kulturowe, które zdominowały praktykę interpretacyjną doświadczenia klinicznego<sup>11</sup>, szczególnie w dziedzinie metodologii poznania lekarskiego<sup>12</sup> i psychiatrii<sup>13</sup>. W latach 1797–1848 nie było w niemieckiej medycynie klinicznej żadnej oryginalnej doktryny medycznej, w której nie można by odnaleźć bezpośrednich wpływów brownizmu, a po 1830 r. przynajmniej jakichś do niego odniesień. Doktryna ta warta jest więc z pewnością przedstawienia jej czytelnikowi polskiemu w szerszym niż dotąd zakresie, z uwzględnieniem metodologii badań kulturowych jako teoretycznej podstawy jej opisu<sup>14</sup>. Moje zainteresowanie brownizmem wpisuje się w standard historiografii zachodnioeuropejskiej, która odnosi się do tej doktryny poważniej, aniżeli badacze polscy<sup>15</sup>, dostrzega bowiem jej realne

<sup>10</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Spór o model medycyny klinicznej w Europie (1750–1850): Francja, Austria i Prusy – odmienne warianty modernizacji*, [w:] K. Łeńska-Bąk (red.), *Wąśnie, zatargi, konflikty w perspektywie historycznej i kulturowej*, *Stromata Anthropologica*, t. 10, Opole 2015, s. 163–176; też, *Standard medycyny klinicznej jako podstawa koncepcji metodologicznej Ludwika Flecka*, [w:] E. Bińczyk, A. Derra, J. Grygieńć (red.), *Horyzonty konstrukttywizmu: inspiracje, perspektywy, przyszłość*, Toruń 2015, s. 341–362.

<sup>11</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Imputacje kulturowe w standardzie niemieckiej medycyny romantycznej*, [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 1, Wrocław 2008, s. 313–331.

<sup>12</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Głód prawny i obiektywnej pewności. Przykład niemieckiej medycyny romantycznej*, [w:] K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Głód: skojarzenia, metafory, refleksje*, *Stromata Anthropologica*, t. 9, Opole 2014, s. 189–205.

<sup>13</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka psychiatria romantyczna – spór o wpływ idealizmu filozoficznego w niemieckiej medycynie klinicznej pierwszej połowy XIX stulecia*, [w:] *Spoleczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII–XX wieku*, *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 5, Wrocław 2002, s. 103–113.

<sup>14</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna w perspektywie badań kulturowych nad historią nauk przyrodniczych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Obrazy świata jako konstrukty świata kultury: analiza historyczno-porównawcza*, *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 12, Wrocław 2012, s. 107–120.

<sup>15</sup> Por. G. Canguilhem, *Une ideologie medicale exemplaire, le systeme de Brown*, [w:] *Ideologie et rationale dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris 1981; T. Hen-

wpływy i znaczenie w medycynie klinicznej przełomu XVIII i XIX w. i pierwszych dekad XIX w., pomimo tego, iż występowały one głównie w medycynie niemieckiego obszaru językowego<sup>16</sup>. W moich badaniach nad przełomem modernizacyjnym w medycynie europejskiej odrzuciłam metodologię opartą na założeniu nieuchronnego następstwa epok w rozwoju nauk przyrodniczych albo nawiązujące do tzw. logiki rozwoju nauki<sup>17</sup>. Umożliwiło mi to tworzenie hipotez dotyczących genezy i recepcji teorii i doktryn medycznych opartych na podstawach historyczno-kulturowych, będących wyrazem podmiotowych preferencji członków społeczności medycznej<sup>18</sup>.

W niniejszym artykule pragnę przedstawić zasadnicze czynniki istotne dla genezy brownizmu oraz te, które okazały się ważne dla recepcji tej doktryny w medycynie europejskiej. Postaram się ukazać, w jaki sposób jej geneza i struktura stały się przesłankami tego, że pomyślna recepcja brownizmu miała miejsce jedynie w krajach niemieckiego obszaru kulturowego, a zarazem nie sprzyjała szerszemu upowszechnieniu tej doktryny w innych środowiskach akademickich Europy. Przedstawiam w artykule wyniki moich wcześniejszych badań nad brownizmem prowadzonych w ostatnich 30 latach, publikowane w różnych miejscach (co umożliwi zainteresowanym czytelnikom dotarcie do ich treści), a przede wszystkim obszerny wybór zachodniego piśmiennictwa związanego z tą doktryną, wpisującego ją w szeroki kontekst procesu modernizacji europejskiej medycyny klinicznej. Większość z tych opracowań jest w polskiej historiografii medycyny mało znana. Moim zamiarem jest więc ich przybliżenie polskim czytelnikom i włączenie do polskiego obiegu naukowego za-

---

kelmann, *Zur Geschichte des pathologischen Denkens: John Brown (1735–1788) und System der Medizin*, Berlin 1981; K. Danek, *John Brown (1735–1788) a jeho misto v dejinach lekarstvi*, Praga 1964; G.B. Risse, *The History of John Brown Medical System in Germany during Years 1790–1806*, Chicago 1971; T. Tschirner, *John Brown's „System der Heilkunde” in Naturphilosophie und naturphilosophischen Arzneimittellehren des frühen 19. Jahrhunderts*, Marburg 1989.

<sup>16</sup> Pewne wpływy brownizmu można jednak odnaleźć także w innych obszarach kulturowych. Spotykamy je bowiem również w medycynie krajów anglojęzycznych (Anglia, Stany Zjednoczone), w Rosji oraz w medycynie polskiej, rozwijającej się zarówno na uniwersytetach działających w zaborze rosyjskim, jak i austriackim. Wpływy te były jednak znacznie słabsze niż w medycynie niemieckiej krajów luterańskich, w której utrzymała się ponadto znacznie dłużej. Por. W.T. Bynum, *Brunonianism in Britain and Europe*, London 1988; B. Płonka-Syroka, *Recepcja doktryn medycznych...*, dz. cyt., s. 15–25 i in.

<sup>17</sup> Mam tu na myśli metodologię nawiązującą do tradycji dialektycznej (Hegel), pozytywistycznej (Comté) lub też do propozycji Karla Poppera.

<sup>18</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna...*; też, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016, s. 170–188.

wartych w nich ustaleń. Artykuł ma w związku z tym charakter zarówno analityczny, jak i historiograficzny.

Treść artykułu została podzielona na dwie części. W pierwszej z nich zostaną przedstawione podstawowe problemy medycyny teoretycznej i praktycznej w Europie XVIII stulecia, których rozwiązanie było ambicją liczego grona reformatorów pojawiających się w środowisku uniwersyteckim tego czasu. Ich działania tworzyły kontekst dla starań szkockiego lekarza Johna Browna, który zmierzał do rozwiązania tych problemów, naśladując Aleksandra Wielkiego – przez „przecięcie mieczem” skomplikowanego i pełnego „pętli” i „węzłów gordyjskich” systemu ówczesnej patologii i stworzenie jego uproszczonej wersji, która mogłaby stać się podstawą opartej na standardowych wskazaniach terapii. W pierwszej części artykułu przedstawię strukturę i treść brownizmu i odniesienia tej doktryny do medycyny angielskiej oraz szkockiej. W ten sposób zostaną omówione zagadnienia związane z genezą brownizmu i najważniejsze kwestie dotyczące struktury tej doktryny medycznej. Zostanie także przytoczony szeroki wybór zachodnioeuropejskiego piśmiennictwa dotyczącego tych tematów, w którym polski czytelnik będzie mógł odnaleźć rozwinięcie wielu zagadnień szczegółowych, które w artykule mogłam jedynie zasygnalizować. Druga część artykułu zostanie poświęcona problematyce recepcji doktryny Browna w medycynie niemieckiego obszaru językowego. Ukażę rozbieżności w przebiegu tej recepcji związane z czynnikami światopoglądowymi, które dla spopularyzowania brownizmu miały znaczenie zasadnicze. Po krótkim okresie zainteresowania doktryną Browna, który miał miejsce w latach 90. XVIII w. zarówno w krajach katolickich, jak i protestanckich Rzeszy Niemieckiej, w tych pierwszych szybko została poddana krytyce i wyparta z medycyny akademickiej. W tych drugich jej recepcja okazała się szeroka i trwała, co postaram się wyjaśnić, odwołując się do czynników wykraczających poza granice samej medycyny. I w tej części przedstawię w przypisach obszerne piśmiennictwo niemieckie, w którym czytelnik będzie mógł odnaleźć szersze rozwinięcie sygnalizowanych w artykule problemów. Wybrane przeze mnie piśmiennictwo należy do klasycznego kanonu prac niemieckiej historiografii medycyny związanych z problematyką modernizacji standardu medycyny klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny rodzimej. Artykuł zakończą wspólne wnioski, odnoszące się zarówno do samej doktryny Browna, jak i do odzwierciedlenia związanej z nią problematyki badawczej w historiografii.

## Podstawowe problemy medycyny XVIII w. jako kontekst doktryny medycznej Johna Browna

Głównym problemem nurtującym europejskich lekarzy klinicznych w 2 połowie XVIII stulecia była kwestia stworzenia nowej nozologii, w znacznie większym stopniu uwzględniającej aktualny stan wiedzy fizjologicznej i patologicznej, niż dotąd występujące w teorii medycyny klasyfikacje chorób oparte na koncepcjach o starożytnym jeszcze rodowodzie<sup>19</sup>. Mimo podejmowanych od XVI w. prób zastąpienia dotychczasowej teorii normatywnej – patologii humoralnej – inną koncepcją o rodowodzie nowożytnym, żadnej z nich, spośród stworzonych między XVI a XVIII w., nie udało się uzyskać w medycynie europejskiej powszechnego uznania<sup>20</sup>. Od początku XVIII w. podejmowano więc próby dokonania ewidencji całej posiadanej wiedzy z zakresu fizjologii i patologii<sup>21</sup> i podjęto próbę stworzenia nowej nauki opisowej – nozologii<sup>22</sup>, która – na wzór „metody botanicznej” – byłaby zdolna przedstawić nową klasyfikację znanych ówczesnym lekarzom chorób<sup>23</sup>. Rozwijano także diagnostykę różnicową, próbując wydzielić wśród schorzeń o podobnych objawach odrębne jednostki nozologiczne. Wy-

<sup>19</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej*, „Analecta” 2016, t. 25, nr 2, s. 39–60. Por. też: E. Lesky, *Vom Hippokratismus Boerhaaves und de Haens*, [w:] G.A. Lindeboom, *Boerhaave and his Time*, Leiden 1970, s. 123–143.

<sup>20</sup> Por. Ch. Lichtenthaler, *Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung*, t. 2, Köln 1987, s. 463–480; W.K. Eckart, *Geschichte der Medizin*, wyd. 2 poprawione, Berlin 1994, s. 115–172; H. Trevr-Roper, *The Court Physician and Paracelsianism*, [w:] V. Nutton (red.), *Medicine at the Courts of Europe, 1500–1837*, London–New York 1990, s. 79–94; W.F. Bynum, *Medicine at the English Court, 1688–1837*, [w:] V. Nutton (red.), dz. cyt., s. 262–289; I.W. Müller, *Iatromechanistische Theorie und ärztliche Praxis zur galenistischen Medizin*, Stuttgart 1991.

<sup>21</sup> Por. Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett: Herman Boerhaave und die altere Wiener medizinische Schule (1701–1787)*, Wiesbaden 1973.

<sup>22</sup> Por. V. Hess, *Die nosologische Klassifikation und die botanische Methode*, [w:] *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1950*, Husum 1993, s. 41–43.

<sup>23</sup> Por. P. Kempner (red.), *Die Geheimnisse der Gesundheit. Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik*, Frankfurt am Main–Leipzig 1994; V. Hess, dz. cyt., s. 47–119. Hess dokumentuje (s. 106–115) proces przejścia w epistemologii medycyny klinicznej od nozologii do nozografii, od koncepcji choroby jako przypadku indywidualnego organizmu, wymagającej od lekarza zrozumienia jej istoty oraz sensu, do modelu choroby wypracowanego na podstawie obserwacji empirycznej wielu przypadków klinicznych, w którym przebieg choroby u indywidualnego pacjenta jest jedynie manifestacją modelowego obrazu danego schorzenia (*Krankheitsbild*). Nowe rozumowanie kliniczne miało charakter trójstopniowy: pierwszym etapem były obserwacje wielu pacjentów z tym samym schorzeniem, drugim wypracowanie idealnego modelu choroby, trzecim korzystanie w diagnostyce indywidualnych przypadków z tego idealnego modelu.

różniane na podstawie kryteriów objawowych jednostki chorobowe próbowano następnie łączyć w grupy o zbliżonej etiologii, wyróżniając wśród nich te o etiologii „humoralnej”, „nerwowej”, „gastrycznej” itp. Próbowano także tworzyć modelowe obrazy chorób, w których przypisywane im objawy występowałyby w pełnej postaci, zdając sobie sprawę, że nie wszystkie charakterystyczne dla danej choroby objawy muszą wystąpić w tym samym nasileniu u każdego pacjenta, co uzasadnia istnienie pluralizmu w terapii<sup>24</sup>. Drugą obok nozologii nową koncepcją teoretyczną była topografia medyczna<sup>25</sup>, której celem było dokonanie opisowej ewidencji występowania chorób w określonych miejscach w przestrzeni. Była to z jednej strony kontynuacja standardu medycyny starożytnej, w którym występowanie określonych schorzeń łączono z wpływami środowiska naturalnego<sup>26</sup>, natomiast z drugiej – koncepcja nowoczesna, oparta na obserwacji, że w tych samych warunkach środowiskowych choroby występują w pewnych okolicach częściej, a w innych rzadziej (np. na terenie jednego miasta występowały z różnym nasileniem w jego poszczególnych dzielnicach, na terenie jednego powiatu występowały często w miastach portowych lub wzdłuż szlaków komunikacyjnych)<sup>27</sup>. Trzecią ważną koncepcją związaną z poszukiwaniem czynników przyczyniających się do powstawania chorób było określenie ich przesłanek społecznych. W XVIII w. trafnie połączono częstsze występowanie chorób z przynależnością do ubogich warstw społecznych, złymi warunkami ekonomicznymi, niedożywieniem i brakiem dostępu do opieki lekarskiej<sup>28</sup>. Zasygna-

<sup>24</sup> Por. M. Stolberg, *Therapeutic Pluralism and conflicting medical Opinions in the Eighteenth Century: the Patient's View*, [w:] J. Helm, R. Wilson (red.), *Medical Theory and Therapeutic Practice in the Eighteenth Century. A Transatlantic Perspective*, Stuttgart 2008, s. 95–112.

<sup>25</sup> Por. J. Brügelmann, *Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1779–1850. Medizinische Topographie als Quelle für die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens*, Berlin 1982, s. 16–26, 47–81. Autor podkreśla profesjonalny charakter tej gałęzi medycyny oraz zmiany jej standardu, zachodzące wraz z modernizacją medycyny klinicznej (s. 106–125).

<sup>26</sup> Por. dzieło przypisywane Hipokratesowi pt. *O klimatach, wodach i miejscach*, w którym próbował określić, jak poszczególne elementy środowiska mogą wpływać na inicjowanie chorób.

<sup>27</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wetter und Krankheit: die meteorologischen Beobachtungen an der Universität Wilna in den Jahren 1804 bis 1843*, [w:] I. Kästner, J. Kiefer (red.), *Von Kometen, Hagelschlag und Wetterballons: Beiträge zur Geschichte der Meteorologie. Europäische Wissenschaftsbeziehungen*, t. 8, Aachen 2014, s. 199–212.

<sup>28</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud: higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, Bydgoszcz 2015, s. 207–238.

lizowane wyżej kwestie wiązały się przyjęciem przez lekarzy naturalistycznej perspektywy poznawczej, odrzuceniem interpretowania chorób w kategorii plagi lub kary za grzechy, a z przyjęciem rozumowania przyczynowego, wiążącego powstawanie chorób z brakiem higieny, nieprawidłowym (lub niedostatecznym) odżywianiem, ryzykownym stylem życia, skażeniem środowiska, przepracowaniem, narażeniem na zimno lub gorąco itp. Przełom nowożytny w medycynie możemy scharakteryzować (jak czyni to np. Volker Hess) jako skutek zasadniczej zmiany perspektywy, w której lekarze postrzegają chorobę. Nowa perspektywa kliniczna była bowiem, zdaniem tego autora, perspektywą diagnostyczną<sup>29</sup>, nastawioną na poszukiwanie i odnalezienie przyczyn choroby, co miało umożliwić opracowanie schematu jej terapii oraz stworzenie efektywnej profilaktyki<sup>30</sup>. Wcześniej – według Hessa – w świadomości lekarzy europejskich występować miała perspektywa semiotyczna<sup>31</sup>, zgodnie z którą celem praktyki lekarskiej miało być zrozumienie choroby, dostrzeżenie jej celu (co wiązało się z interpretacjami teleologicznymi), towarzyszenie pacjentowi w chorobie i wspieranie samoregulacji organizmu pacjenta<sup>32</sup>. W nowej perspektywie klinicznej niepowodzenie terapii traktowane było jako niepowodzenie lekarza, z którego ów powinien być się wytłumaczyć, co obficie czyniono w rozwijającej się od 2 połowy XVIII w. kazuistyce<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> Por. V. Hess, *Die Diagnose als Methode der klinischen Medizin*, [w:] *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin...*, dz. cyt., s. 255–288.

<sup>30</sup> Por. M. Hammer, *Über den Beitrag der ersten Wiener Ärzteschule zur Arzneimittelehre und prophylaktischen Medizin*, Winterthur 1962; B. Płonka-Syroka, *Koncepcja profilaktyki medycznej Christopha Wilhelma Hufelanda w kontekście historyczno-porównawczym*, [w:] *taż*, *Medycyna w historii i kulturze...*, dz. cyt., s. 342–423.

<sup>31</sup> Por. V. Hess, dz. cyt., s. 47–60.

<sup>32</sup> Miało to polegać na udzielaniu pacjentowi wszystkich możliwych form wsparcia psychicznego, otoczenia go opieką, zapewnieniu odpowiedniego do choroby sposobu odżywiania i zastosowaniu terapii „oczyszczającej” organizm ze skażonych humorów. Wyzdrowienie z choroby nie było tu związane z działaniem podawanych przez lekarza leków, ale z powrotem organizmu do naturalnej równowagi, który lekarz mógł jedynie wspierać, zgodnie z maksymą „*Medicus curat, natura sanat*”. Por. H. Koelbing, *Geschichte der Therapie. Grundzüge ihrer Geschichte*, Darmstadt 1985, s. 69–80.

<sup>33</sup> Rozwój niemieckojęzycznych czasopism medycznych publikujących w końcu XVIII i XIX w. prace kazuistyczne przedstawia Werner von Brunn (por. W.L. von Brunn, *Medizinische Zeitschriften im neunzehnten Jahrhundert. Beiträge zur Geschichte der allgemeinen-medizinischen Fachpresse*, Stuttgart 1963). Wykaz niemieckich czasopism medycznych z 1 połowy XIX w., wraz z nazwiskami ich redaktorów, przedstawiam w monografii *Niemiecka medycyna romantyczna...*, dz. cyt., s. 89. Por. też s. 257–353 niniejszej pracy, gdzie przedstawiam analizy licznych źródeł z tej epoki. Przedmiotem uwagi autorów prac kazuistycznych zawsze było poszukiwanie przyczyny niepowodzenia terapii, które traktowano (potencjalnie) jako wynik niedostatecznej kompetencji lekarza – w zakresie diagnozy, określonej koncepcji terapii i zastosowanych w jej trakcie



Medykalizacja choroby doprowadziła w XVIII w. do jej postrzegania przez lekarzy związanych ze środowiskiem akademickim większości krajów Europy jako problemu somatycznego<sup>34</sup>, związanego z anatomiczną budową organizmu, zakorzenionego w jednym z organów lub tkanek, prowadzącego do uszkodzenia jego normalnych funkcji itp. Skłaniała także do stawiania takich pytań, jak np.: 1) Czy możemy określić czynniki warunkujące pojawienie się danej grupy chorób o wspólnej etiologii? 2) Czy możemy opisać te czynniki jako związane z wpływami naturalnego środowiska, jeżeli tak, to z jakimi i w jaki sposób oddziałującymi na organizm? 3) Czy i w jaki sposób na naturalny przebieg choroby oddziałują leki, w jakich dawkach powinny być stosowane, czy ich podanie może zapobiec wystąpieniu choroby? 4) Czy choroby o wspólnej etiologii (łączone przez lekarzy w „sieci” albo „drzewa”) mogą przechodzić jedne w drugie (jak sądzono w dotychczas obowiązującej patologii humoralnej), czy też są zasadniczo różniącymi się od siebie? Jeżeli tak – to na czym miałyby polegać ta różnica? Te i podobne pytania skłoniły europejskich klinicystów do tworzenia prostych systemów klasyfikacyjnych, mających z jednej strony odzwierciedlić zasadniczą ideę regulatywną starożytnej patologii humoralnej<sup>35</sup> („zdrowie jest stanem równowagi, a choroba jest wynikiem naruszenia równowagi”), natomiast z drugiej do podstawiania w miejsce humorów jako czynników kształtujących i zaburzających ową równowagę innych elementów.

W różnych europejskich szkołach klinicznych rozwiązywano te kwestie w odmienny sposób. Dominowało wśród nich ujęcie eklektyczne: próbowano jakoś wtłoczyć do patologii humoralnej wywodzące się spoza jej standardu elementy i obserwowano, co z tego wyniknie. Tego rodzaju podejście było charakterystyczne np. dla szkoły w Lejdzie stworzonej w początkach XVIII w. przez Hermanna Boerhaavego<sup>36</sup>, w której rozwijano wcześniejsze propozycje modernizacyjne

---

środków leczniczych (rozważano błędny wybór leków, ich zbyt późne podanie, w nieprawidłowo ustalonej dawce, w nieprawidłowym połączeniu z innymi lekami i metodami terapii).

<sup>34</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Program somatyczny*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna...*, dz. cyt., s. 234–239.

<sup>35</sup> Por. A. Elefteriadis, *Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin: logischer Aufbau und dynamische Entwicklung der Humoralpathologie*, Frankfurt am Main 1991.

<sup>36</sup> Por. G.A. Lindenboom, *Herman Boerhaave: the Man and his Work*, London 1968. Por. też A. Cunningham, *Medicine to calm the Mind: Boerhaave's Medical System, and why it was adopted in Edinburgh*, [w:] A. Cunningham, R. French (red.), *The Medical Enlightenment of the eighteenth Century*, Cambridge 1990, s. 40–65.

Thomasa Sydenhama<sup>37</sup>, a następnie dla klinicystów skupionych wokół Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Wiedniu<sup>38</sup>, określanych mianem Starszej Szkoły Wiedeńskiej<sup>39</sup>. Odmienne rozwiązanie przyjęli klinicyści skupieni wokół Uniwersytetu Paryskiego, a później wokół Akademii Medyko-Chirurgicznej w Paryżu<sup>40</sup>. Nie odrzucając obszernego zasobu obserwacji klinicznych dotyczących objawów chorób oraz wielu dotychczasowych metod terapii, zdecydowali się na opisanie ich przez nowy system patologii, już nieoparty na równowadze humorów. Poszukując czynników prowadzących do zainicjowania procesu chorobowego, skupili się na częściach stałych organizmu i uznali zachodzące w nich procesy za chorobotwórcze. Objawy wszystkich chorób były przez nich opisywane jako pochodne wobec zmian w normalnej strukturze organów (tkanek) ciała, z których paryscy klinicyści wyprawdzali ich przyczyny. Za podstawową przyczynę inicjującą procesy chorobowe uznali zapalenie zlokalizowane w częściach stałych, prowadzące w następstwie do uszkodzenia funkcji zaatakowanego chorobą organu lub tkanki. Terapia była więc skierowana na osłabienie przebiegu zapalenia i ograniczenie jego zasięgu w organach lub tkankach, a następnie na przywrócenie ich normalnej funkcji w organizmie. Poszukiwanie przyczyn inicjujących proces chorobowy w częściach stałych organizmu, znajdujące odzwierciedlenie w pracach francuskich klinicystów, zachowało zasadniczy sposób definiowania choroby jako naruszenia równowagi. Zrywało jednakże z charakte-

<sup>37</sup> Por. I. Eckle, *Thomas Sydenham (1624–1689) und seine Krankheitslehre, seine Rezeption durch Boerhaave in Leiden und dessen Schüler in der Ersten Wiener Schule*, Berlin 1988.

<sup>38</sup> Por. M. Neuburger, *Philosophische Bestrebungen und Kundgebungen im alten medizinischen Wien*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin” 1930, t. 23, z. 2, s. 101–112; Ch. Probst, „Das Krankenexamen”. *Methodologie der Klinik bei Boerhaave und in der ersten Wiener Schule*, „Hippokrates” 1968, t. 39, s. 820–825.

<sup>39</sup> Por. Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennen am Krankenbett. Herman Boerhaave und die Alte Wiener Medizinische Schule (1701–1787)*, Wiesbaden 1973. O różnicach między poglądami Boerhaavego i szkoły lejdejskiej a rozwiniętym standardem Starszej Szkoły Wiedeńskiej por. Ch. Probst, *Johann Peter Frank als Arzt am Krankenbett*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin” 1975, t. 59, z. 1, s. 20–53. Klasyką monografię na temat Starszej Szkoły Wiedeńskiej wydała Erna Lesky. Praca ta do dziś stanowi podstawowe opracowanie dotyczące jej standardu w końcu XVIII i w XIX w. Por. E. Lesky, *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert*, Graz–Köln 1965. Por też: E. Lesky, *Das Wiener Allgemeine Krankenhaus: seine Gruendung und Wirkung auf deutsche Spitaeler*, „Clio Medica” 1967, t. 2, s. 23–37; też, *Johann Peter Frank als Organisator des medizinischen Unterrichts*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin” 1955, t. 39, s. 1–29.

<sup>40</sup> Por. R. Mandresi, *Le regard de l’anatomiste. Dissections et invection du corps en Occident*, Paris 2003; A. Płończak, *Doktryna F.J. V. Broussais’go – między materializmem oświeceniowym a pozytywizmem*, „Medycyna i Okolice” 2006, t. 1, s. 127–147.

rystyczną dla patologii humoralnej nieokreślonością, gdyż francuscy lekarze zmierzali do wypracowania jednoznacznych schematów łączących określone rodzaje wpływów środowiska naturalnego na organizm z występowaniem konkretnych zmian patologicznych. Miało to przyczynić się w przyszłości do stworzenia nowych podstaw patologii opartych na teorii bakteriologicznej, łączącej jeden konkretny patogen z jedną chorobą, która była przezeń wywoływana<sup>41</sup>. Tymczasem jednak, to jest w końcu XVIII i pierwszych trzech dekadach XIX w., francuska metodologia kliniczna była przez europejskie środowiska uniwersyteckie dopiero przyswajana, nie wszędzie spotykając się ze zrozumieniem<sup>42</sup>.

Dwie szkoły kliniczne – wiedeńska i paryska – miały swych zwolenników w innych krajach europejskich. Początkowo dominowały wpływy Starszej Szkoły Wiedeńskiej, ale w kolejnych dekadach XIX w. utrwały się wpływy paryskiej szkoły klinicznej<sup>43</sup>. Złożyły się na ten proces postępy anatomii opisowej, która była już zdolna przedstawić w sposób realistyczny chorobowo zmienione organy i tkanki, stworzenie i rozwój koncepcji topografii medycznej, która była w stanie przedstawić przestrzenny rozkład chorób w populacji, a także wypracowanie koncepcji statystyki medycznej, dającej lekarzom narzędzie oceny efektywności zalecanej przez nich terapii. Obie szkoły

<sup>41</sup> Por. B. Latour, *The Pasteurization of France*, Cambridge 1993.

<sup>42</sup> Por. K.T. Kanz, *Nationalismus und internationale Zusammenarbeit in den Naturwissenschaften. Die deutsch-französische Wissenschaftsbeziehungen zwischen Revolution und Restauration 1789–1832*, Stuttgart 1997, tu: *Zwischen Spekulation und Erfahrung: Die Naturwissenschaften in Deutschland und Frankreich um 1800*, s. 31–44. Nie tylko w Niemczech, lecz także w niektórych innych krajach europejskich (np. w Hiszpanii, Rosji) w latach 1800–1830 radykalizm francuskiej metodologii nauk przyrodniczych, zgodnie z którą wszystkie koncepcje teoretyczne w medycynie, odwołujące się do różnego rodzaju mechanizmów lub sił, których istnienia nie da się udowodnić empirycznie, nie mogą zostać uznane za koncepcje naukowe, przyjmowany był z trudem, ze względów światopoglądowych. Wymóg potwierdzenia empirycznego wszystkich teorii medycznych, z których wyprowadzano doktryny medyczne o charakterze skierowanym ku praktyce, tworzył barierę dla recepcji we Francji standardu niemieckiej medycyny romantycznej, a zarazem utrudniał recepcję w niemieckich krajach luterzańskich (przede wszystkim w Prusach) francusko-austriackiego standardu klinicznego. Por.: D.E. Newton, N. Schlager, K. Sisung (red.), *Science, Technology and Society. The Impact of Science in the 19th Century*. t. 1, *Life Science, Medicine*, Detroit–San Francisco–London 2001, s. 89–116 i in.; P.J. Bowler, I. Rhys Morus, *Making Modern Science. A Historical Survey*, Chicago–London 2005, s. 165–183; J.V. Pickstone, *Ways of Knowing. A New History of Science, Technology and Medicine*, Chicago 2000, s. 106–114, 130–134.

<sup>43</sup> Por. S. Jacyna, *Medicine in Transformation, 1800–1849*, [w:] W.F. Bynum, A. Hardy, S. Jacyna, Ch. Lawrence, E. Tansey (red.), *The western medical Tradition 1800 to 2000*, Cambridge–New York 2006, s. 11–101.

kliniczne, wiedeńska i paryska, zakorzenione w filozofii europejskiego oświecenia (*Medical Enlightenment*)<sup>44</sup>, opierały swoją metodologię na podstawach empirycznych. Wyprowadzały wnioski z obserwacji klinicznych, które poddawały interpretacjom zgodnym z modelem medycyny somatycznej. Pomimo tego, że wnioski, które z tych obserwacji wyprowadzono, różniły się w szczegółach, miały one zasadnicze elementy wspólne<sup>45</sup>. Szkoły te łączył także naturalizm, zgodnie z którym wszystkie procesy fizjologiczne i patologiczne mogły być wyjaśniane bez konieczności odwoływania się do aktywności duszy. Powyższe czynniki doprowadziły w połowie XIX w. do stopniowego ujednoczenia standardu obu omawianych szkół klinicznych. Umożliwiało to wspólną ocenę powstających poza tymi szkołami teorii i doktryn medycznych, których krytyka wyprowadzana była z bardzo zbliżonych pozycji. Należał do nich między innymi brownizm, który zarówno w Wiedniu, jak i Paryżu przywitano początkowo z uwagą (zdawał się bowiem wyprowadzać swoje teoretyczne uogólnienia z doświadczenia, co w obu szkołach klinicznych akceptowano), jednakże już ok. 1805–1810 r. doktrynę Browna oceniono zdecydowanie krytycznie, wyciągając z niej inne niż jej twórca wnioski. Przyjrzyjmy się obecnie treści brownizmu nieco bliżej.

## Doktryna Johna Browna w kontekście medycyny angielskiej i szkockiej. Struktura i treść brownizmu

Doktryna Browna zrodziła się w kręgu uczonych dysput toczonych w osiemnastowiecznej nauce angielskiej i szkockiej<sup>46</sup> oraz praktyki lekarskiej uprawianej wówczas w tych krajach<sup>47</sup>. Nawiązywała do

<sup>44</sup> Por. A. Cunningham, R. French (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, Cambridge 1990; W.K. Eckart, *Die Medizin im Jahrhundert der Aufklärung*, [w:] tenże, dz. cyt., s. 193–208; E.C. Spary, *The „Nature” of Enlightenment*, [w:] W. Clark, J. Goliński, S. Schaffer (red.), *The Sciences in Enlightened Europe*, Chicago–London 1999, s. 272–300; R. Porter (red.), *Medicine in the Enlightenment*, Amsterdam 1985.

<sup>45</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna...*, dz. cyt., s. 215.

<sup>46</sup> Por. D. Harley, *Honour and Property: the Structure of professional Disputes in eighteenth-century English Medicine*, [w:] A. Cunningham, R. French (red.), dz. cyt., s. 138–164; L. Stewart, *The Public Culture of Radical Philosophers in Eighteenth-Century London*, [w:] P. Wood (red.), *Science and Dissent in England 1688–1945*, Aldehshot – Burlington 2004, s. 113–128.

<sup>47</sup> Por. G.B. Risse, *Hospital Life in Enlightenment Scotland. Care and Teaching at the Royal Infirmary of Edinburgh*, Cambridge–New York 1986, tu: *Hospital Care: State of the medical Art*, s. 177–239; W. Bynum, R. Porter (red.), *William Hunter and Medicine in the Enlightenment*, Cambridge 1985; C.J. Lawrence, *Early Edinburgh Medicine: Theory and Practice*, [w:] R.G. Anderson, A.D. Simpson (red.), *The Early Years*

wcześniej stworzonych koncepcji Francisa Glissona<sup>48</sup> i Albrechta Hallera<sup>49</sup>. Glisson uznał tzw. pobudliwość za zasadniczą cechę organizmów żywych (*perceptio naturalis*) i przypisał jej odpowiedzialność za wszystkie zmiany i ruchy w tych organizmach<sup>50</sup>. Koncepcja ta została później rozwinięta przez Hallera, który odróżnił pobudliwość nerwów i wrażliwość mięśni jako dwie zasadnicze zdolności organizmów żywych i włączył je do systemu swojej fizjologii. Zjawiska te były następnie interpretowane przez kolejnych niemieckich autorów, takich jak m.in. Friedrich Hoffmann<sup>51</sup> i Ernst Georg Stahl<sup>52</sup>. Dwaj ostatni uznali, że czynnikiem reagującym w organizmach żywych jest niematerialna substancja zawarta w systemie nerwowym, którą identyfikowali z ludzką duszą. Przeciwwstawili się w ten sposób naturalistycznej fizjologii tworzonej przez Sydenhama, Boerhaavego i ich następców w Starszej Szkole Wiedeńskiej i Szkole Edynburskiej, proponując własne ujęcie o charakterze supranaturalistycznym. Zasadniczym źródłem inspiracji Browna była właśnie Szkoła Edynburska<sup>53</sup> i jej wybitny przedstawiciel William Cullen<sup>54</sup>, który – podobnie jak klinicyści ze szkół lejdejskiej i wiedeńskiej – próbował implementować do teorii humoralnej (w standardzie neohipokratyzmu) nowe koncepcje fizjologiczne i patologiczne. Cullen uznał znaczenie układu nerwowego dla kontroli wszystkich procesów życiowych. Układ ten łączył bowiem wszystkie organy ciała i umożliwiał ich reakcję na bodźce płynące z otaczającego organizm środowiska naturalnego. Brown, który swo-

---

*of the Edinburgh Medical School*, Edinburgh 1976, s. 81–94; A. Wear, *Epistemology and Learned Medicine in Early Modern England*, [w:] *Health and Healing in Early Modern England. Studies in Social and Intellectual History*, Aldershot–Brookfield USA–Singapore–Sydney 1998, s. 151–173; Ch. Lawrence, *The Enlightenment*, [w:] *Medicine in the Making of Modern Britain, 1700–1920*, London–New York 1994, s. 7–26. Por. też opis medycyny angielskiej i szkockiej zawarty w źródle pochodzącym z tej epoki: J. Frank, *Reise nach Paris, London, und einem grossen Theile des uebrigen Englands und Schottlands*, t. 2, Vienna 1804, s. 226–257.

<sup>48</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 244.

<sup>49</sup> Albrecht Haller wydał w 1752 r. dzieło pt. *De partibus corporis humani sensibilibus et irritabilibus*, w której rozróżnił wrażliwość i czułość różnych części organizmu (Sensibilität i Irritabilität). Poglądy Hallera przejął i rozwinął później Brown.

<sup>50</sup> Por. T. Tschirner, dz. cyt., s. 4.

<sup>51</sup> Por. H. Koelbing, dz. cyt., s. 93.

<sup>52</sup> Por. R. French, *Sickness and the Soul: Stahl, Hoffman and Sauvages on Pathology*, [w:] A. Cunningham, R. French, dz. cyt., s. 88–110; W.K. Eckart, dz. cyt., s. 176–179.

<sup>53</sup> Por. F.W. Rieppel, *Die Medizinische Schule von Edinburgh*, „Ciba-Zeitschrift” 1954, t. 6, s. 2250–2280.

<sup>54</sup> Por. A. Doig, *William Cullen and the Eighteenth Century Medical World*, Edinburgh 1983.

ją karierę zaczynał od funkcji korepetytora, tłumaczącego studentom m.in. nowy system patologii Cullena, uznał go za zbyt skomplikowany, a zarazem za zbyt mało radykalny<sup>55</sup>. Wyprowadził z niego własny system, o świadomie uproszczonym charakterze, co miało mu zapewnić zdolność odpowiedzi na główne postulaty ówczesnych szkół klinicznych: 1) ścisłe powiązanie teorii z praktyką; 2) możliwość tworzenia modeli choroby i schematów diagnostyczno-terapeutycznych; 3) opracowanie prostego, a zarazem precyzyjnego systemu terapii, opartego na przesłankach przyczynowych, a nie na leczeniu objawów.

W genezie doktryny Browna należy także uwzględnić inspiracje czerpane przezeń ze starożytnej rzymskiej szkoły lekarskiej metodyków<sup>56</sup>, których patologia opierała się na odróżnieniu dwóch stanów o odmiennym rodzaju napięcia: *status strictus* i *status laxus*, z których pierwszy wymagał podawania w terapii środków rozluźniających, natomiast drugi – tonizujących. Patologia metodyków opierała się na tej samej zasadzie, co patologia humoralna, tj. *contraria contrariis curantur*, z tym że cztery rodzaje środków skierowanych na normalizację prawidłowego stanu jednego z czterech humorów ograniczyła do dwóch.

Zasada ta znalazła odbicie jako główna idea osiowa w doktrynie Browna<sup>57</sup>, który uwzględnił jednak w swojej patologii nie tylko koncepcje metodyków dotyczące atomów i porów, lecz także osiągnięcia nowożytnych fizjologów (głównie Hoffmanna i Cullena), którzy podkreślali podstawową rolę układu nerwowego<sup>58</sup> w utrzymywaniu organizmu przy życiu, dzięki kontroli wszystkich funkcji ciała, wyprawiając z nich hipotezę, że również przyczyny wszystkich chorób można sprowadzić – niezależnie od ich początkowego zróżnicowania, w zależności od tego, skąd pochodzą – do zaburzenia normalnego funkcjonowania układu nerwowego<sup>59</sup>. Zaburzenie pobudzalności<sup>60</sup> czyniło

<sup>55</sup> O różnicach między doktrynami W. Cullena i J. Browna i ich skutkach w dziedzinie terapii por. Henkelmann, *Zur Geschichte des pathologischen Denkens. John Brown (1735–1788) und sein System der Medizin*, Berlin–Heidelberg–New York 1981, s. 11–19.

<sup>56</sup> Por. H. Koelbing, dz. cyt., s. 92.

<sup>57</sup> Por. *Tonisieren und sedieren als therapeutischen System die Neuralpathologie und John Browns Erregungstheorie*, [w:] H. Koelbing, dz. cyt., s. 92–98.

<sup>58</sup> Szerzej o tzw. fizjologii nerwowej por. B. Lohff, *Die Entwicklung des Experimentes im Bereich der Nervenphysiologie. Gedanken und Arbeiten zum Begriff der Irribilität und der Lebenskraft*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin” 1980, t. 64, s. 105–129.

<sup>59</sup> Por. T. Tschirner, dz. cyt., s. 4.

<sup>60</sup> Szerzej o pojęciach pobudzalności i bodźców por. H.-J. Müller, *Die Begriffe „Reizbarkeit” und „Reiz”*, *Medizin in Geschichte und Kultur*, t. 11, Stuttgart 1975.

organizm niezdolnym do odbierania bodźców z otaczającego środowiska oraz utrudniało (lub uniemożliwiało) kontrolę prawidłowej pracy wszystkich organów i układów. Stworzony przez Browna system miał – zgodnie z postulatami oświecenia – charakter naturalistyczny. Lekarz ten nie identyfikował bowiem życia organizmu z funkcją ludzkiej duszy. W swoim opisie fizjologii i patologii ludzkiego organizmu koncentrował się na poziomie somatycznym, rozpatrując wzajemne zależności między układem nerwowym a kontrolowanymi przezeń elementami ludzkiego organizmu (układami, organami). Uznał swój system patologii i doktrynę terapeutyczną za oryginalne, występując przeciw poglądom Cullena, swojego wcześniejszego mistrza<sup>61</sup>.

Według Browna, ludzki organizm należy rozpatrywać w kontekście jego związków z otaczającym naturalnym środowiskiem. Uczony uznawał, zgodnie z fizyką Newtona, że w środowisku tym działają dające się opisać (na podstawie wywieranych przez nie skutków) siły fizyczne. Są one zdolne do oddziaływania na ludzki organizm, tak samo jak na wszystkie obiekty we wszechświecie, działając na nerwy, mięśnie<sup>62</sup> i układ krwionośny<sup>63</sup>. Siły te regulują ponadto relacje między wszystkimi obiektami materialnymi w przestrzeni, co było zgodne z teoriami Newtona<sup>64</sup>. Brown uważał, że ludzki organizm jest podtrzy-

<sup>61</sup> Por. H. Koelbing, dz. cyt., s. 96.

<sup>62</sup> Por. tamże, s. 93–94. Brown przejął stworzone przez Friedricha Hoffmanna pojęcia spazmu i atonii jako przyczyn chorób powstających w reakcji na bodźce środowiska, na które organizm nieprawidłowo (nadmiernie lub zbyt słabo) reagował. W celu normalizacji reakcji organizmu na bodźce Hoffman zalecał stworzony przez siebie „liquor”, w którego składzie znajdowały się eter i alkohol etylowy, w proporcjach 25% do 75%. Tak zwane krople Hoffmanna znalazły uznanie wśród pacjentów, wywierały bowiem efekt analgetyczny i upajający, nie lecząc oczywiście chorób przyczynowo. Hoffman zalecał także pacjentom spożywanie wód mineralnych, co miało znormalizować reakcję ich organizmów na bodźce.

<sup>63</sup> Por. H. Koelbing, dz. cyt., s. 94–96. Brown uwzględnił w swej doktrynie, za Cullenem, stan pośredni między *status laxus* i *status strictus* metodyków, określony jako *status mixtus*. Jego istotą miała być nieprawidłowa reakcja nerwów, mięśni i układu krwionośnego na bodźce środowiskowe, co miało prowadzić do występowania chorób o zróżnicowanym obrazie klinicznym. Cullen zaliczał do tych bodźców zimno, ciepło, wodę i powietrze, dla unormowania reaktywności organizmu zalecał więc stosowanie obok leków także terapii uzdrowiskowej, w której organizm pacjenta byłby poddany tym bodźcom w sposób kontrolowany przez lekarza. Za wartościowe leki normalizujące reaktywność organizmu Cullen uważał zimną wodę, wino i opium, które były stosowane zarówno jako środki stymulujące, jak i sedatywne, w zależności od sposobu podania oraz dawki.

<sup>64</sup> W koncepcji świata akceptowanej przez Browna bodźce, pobudzenie i pobudzalność miały taki sam status ontologiczny, jak grawitacja w fizyce Newtona. Umożliwiały one wprowadzenie do medycyny kryteriów ilościowych jako wymiernych parametrów przebiegu procesów życiowych. Por. V. Hess, dz. cyt., s. 143. Tu szczegółowe analizy autorów niemieckich na ten temat w piśmiennictwie z lat 70. i 80. XX w.

mywany przy życiu przez wpływy zewnętrzne<sup>65</sup>, oddziałujące nań z zewnętrznego środowiska. Jeżeli te wpływy nie docierają do organizmu z odpowiednim natężeniem lub gdy organizm nie ma zdolności ich odbierania (lub gdy zdolność ta zostaje z jakichś względów zaburzona), nie jest zdolny do życia, czego skutkiem jest pierwotna niemożliwość podjęcia aktywności życiowej przez organizm albo wtórne ustanie tej aktywności – to jest śmierć organizmu. Według Browna, życie należy uznać za stan wymuszony przez działanie środowiska, na które organizm tylko odpowiada<sup>66</sup>. Zewnętrzne oddziaływanie środowiska na organizm manifestować się miało, według Browna, przede wszystkim w układzie nerwowym, który lekarz ten uważał za system rurek, w których krąży specyficzna dla tego układu ciecz. Organizm pozostawać miał w stanie zdrowia, kiedy „ciecz nerwowa” przepływająca w układzie nerwowym bez przeszkód docierała do wszystkich części organizmu, ożywiając je i podtrzymując ich funkcjonowanie. Zdrowie występować miało wtedy, gdy organizm był obdarzony dostatecznym poziomem reaktywności, aby odebrać docierające do niego bodźce zewnętrzne rozprawdane przez system nerwowy. Zaburzenie funkcjonowania organizmu, choroba, występować miało w dwóch wypadkach: kiedy zdolność organizmu do odbierania bodźców zewnętrznych i ich rozprawdania przez system nerwowy słabła (aż do całkowitego jej wyczerpania, czego efektem była śmierć), albo też kiedy prawidłowa reaktywność organizmu nie mogła się zrealizować z powodu braku bodźców zewnętrznych o odpowiedniej do podtrzymania życia sile, albo z powodu ich ustania w ogóle. W systemie patologii stworzonym przez Browna choroby mogły pojawiać się także w związku ze zbyt silnym działaniem bodźców zewnętrznych na organizm, w wyniku czego wyczerpywała się jego naturalna reaktywność: nagle albo stopniowo, w zależności od sposobu oddziaływania tych bodźców<sup>67</sup>.

Z tak sformułowanych założeń ogólnych Brown wyprowadził uproszczoną klasyfikację chorób. Wyróżnił wśród nich tylko trzy typy schorzeń, klasyfikowane według stanu pobudzenia organizmu. Pierwszy typ stanowiły choroby steniczne. Cechować miał je zbyt wysoki poziom pobudzenia, występujący w wyniku oddziaływania zbyt silnych bodźców zewnętrznych, które to pobudzenie wywołały. Drugim

<sup>65</sup> Por. J. Brown, *System der Heilkunde*, Kopenhagen 1789, s. 40.

<sup>66</sup> Była to koncepcja sprzeczna z poglądami neohipokratyków, którzy uznawali organizm za byt samodzielny, zanurzony wprawdzie w otaczającym środowisku i czerpiący z niego np. substancje odżywcze, ale którego celowa organizacja nastawiona jest na życie, przetrwanie i wydanie na świat następnego pokolenia.

<sup>67</sup> Por. H. Koelbing, dz. cyt., s. 97.



typem chorób były, według Browna, choroby asteniczne, które cechować miał zbyt niski poziom pobudzenia. Mógł być wywoływany przez zbyt długie działanie bodźców na organizm, które doprowadziło do jego wyczerpania, lub przez zbyt słabe działanie bodźców, które nie zapewniły organizmowi odpowiedniego poziomu stymulacji. Trzecią grupę stanowiły schorzenia mieszane, steniczo-asteniczne lub asteniczno-steniczne, w których właściwe rozpoznanie musi postawić lekarz, dostosowując do niego odpowiedni schemat terapii.

97% chorób Brown klasyfikował jako asteniczne, zalecając w swoich schematach terapeutycznych podawanie pacjentom środków pobudzających. Jest rzeczą charakterystyczną, że uznawał za możliwe stosowanie w tym celu bardzo różnych środków, dostępnych praktykującemu w danych okolicznościach lekarzowi<sup>68</sup>. Ważne było w tym schemacie terapeutycznym to, aby w wyniku zastosowanych procedur lekarz osiągnął realny wzrost pobudzenia układu nerwowego, co miało się przełożyć na ogólną poprawę funkcjonowania organizmu, niezależnie od przyczyny zewnętrznej, która doprowadziła w danym przypadku do wystąpienia stanu astenii.

Brown zamierzał stworzyć doktrynę terapeutyczną, która mogłaby spełnić postulaty klinicyistów i wolno praktykujących lekarzy, inspirowane filozofią oświecenia. Pragnął przedstawić w sposób systematyczny opis kliniczny stanów pobudzenia ludzkiego organizmu – od najsłabszej możliwej reaktywności na bodźce do najsilniejszej. Zamierzał opisać, jakie konkretne symptomy są z tym związane u pacjentów<sup>69</sup>. Ponieważ w większości chorób ich obraz kliniczny wiąże się z osłabieniem normalnej aktywności życiowej, słabością, sennością itp., to niezależnie od tego, jaki czynnik środowiskowy wywołał te skutki, podstawą terapii było w doktrynie Browna działanie pobudzające układ nerwowy. Podanie środków tonizujących, ożywiających pracę tego układu, miało skutkować efektem pośrednim – normalizacją pracy podporządkowanych układowi nerwowemu innych układów organizmu. Do podstawowych leków zalecanych przez Browna należały alkohol etylowy oraz opium. Stworzył on jednak dość rozwinięty

<sup>68</sup> Tamże, s. 97. Pogląd ten wyprowadzał z przekonania, że zmiana (na nieprawidłowy) poziomu pobudzenia organizmu także była rezultatem bodźców o zróżnicowanym charakterze, tak fizycznych, jak i psychicznych. Zaburzenie pobudzalności mogły, według Browna, wywołać zimne lub ciężkostrawne potrawy, jak i deprymujące przeżycia psychiczne.

<sup>69</sup> Brown badał np., w jaki sposób wpływa na reaktywność organizmu wyziębienie, przegrzanie, niedożywienie, przejedzenie, głodzenie, nadmierne spożycie pokarmów, przyjmowanie pokarmów ciężkostrawnych, picie dużej lub małej ilości płynów, potraw i płynów o różnym składzie, smaku i objętości.

katalog środków leczniczych<sup>70</sup>. Były to w większości leki tanie, sporządzane z powszechnie spotykanych w Europie surowców oraz bardzo proste w użyciu. Schematyzm terapii Browna powodował, że mogła być ona stosowana nie tylko przez lekarzy o pełnym wykształceniu akademickim (jeżeli ową doktrynę akceptowali), lecz także przez chirurgów i lekarzy wojskowych, niosących pomoc medyczną z dala od miast i znajdujących się w nich szpitali, a nawet na polu bitwy.

Brownizm był – wbrew opinii swojego twórcy – doktryną o ograniczonym potencjale heurystycznym i terapeutycznym. Będąca jego podstawą teoria patologiczna była koncepcją o wąskim zakresie i niewielkim skomplikowaniu, nie była z tego powodu zdolna opisać całego dostępnego już ówczesnym lekarzom doświadczenia klinicznego. Lekceważyła anatomiczny obraz choroby, koncentrując się na zachowaniu przez organizm poziomu reaktywności umożliwiającej zachowanie funkcji życiowych, a zatem wykonywanie codziennej aktywności zawodowej lub służby wojskowej. Brownistowska terapia była uproszczona i opierała się na podawaniu prostych i tanich leków o doraźnym działaniu pobudzającym. Nie mogła z tego powodu stać się podstawą racjonalnej profilaktyki, ponieważ trudno by uznać za jej główną zasadę dążenie do zachowania prawidłowego poziomu pobudzenia organizmu i utrzymanie jego kontaktu z otaczającym środowiskiem. Brownizm nie określał bowiem w sposób dostateczny zewnętrznych zagrożeń środowiskowych, koncentrując się na określaniu poziomu reaktywności ludzkich organizmów i jej stymulowaniu, jeżeli reaktywność ta została uznana za zbyt niską.

Doktryna Browna jest przykładem dążenia do zbyt pospiesznych uogólnień, ograniczania badań do obszaru umożliwiającego wyprowadzenie uproszczonych i schematycznych zasad patologii, wyznaczenie schematów terapeutycznych o niskim stopniu zróżnicowania (jeżeli aż 97% chorób miały stanowić choroby asteniczne, to praktycznie wszystkie metody terapii były podporządkowane osiągnięciu jednego celu: pobudzenia działalności układu nerwowego pacjenta). Pomimo tych ograniczeń brownizm znalazł w Europie na przełomie XVIII i XIX w. zainteresowanych jego treścią badaczy i zdeklarowanych zwolenników. Głównym dziełem, w którym Brown przedstawił swą doktrynę, były wydane w 1780 r. *Elementa medicinae*.

<sup>70</sup> Por. V. Jantz, *Pharmaologia Browniana. Pharmakotherapeutische Praxis des Brownianismus, aufgezeigt und interpretiert von A. Marcus und J. Frank in Wien, Marburg 1979.*

## Podsumowanie części pierwszej

Przedstawione powyżej zachodnie piśmiennictwo umieszczające doktrynę Johna Browna wśród znaczących koncepcji teoretycznych i praktycznych drugiej połowy XVIII stulecia warte jest zapoznania się z jego standardem przez polskich historyków medycyny. Wprowadza nas w klimat debat, które dotyczą kwestii nieuznawanych w polskim piśmiennictwie historyczno-medycznym za istotne, dotyczą bowiem doktryn medycznych o marginalnym znaczeniu dla historii medycyny nie tylko w skali Europy, ale także całego świata. Trudno jest porównać rolę poglądów Browna do Boerhaavego, Sydenhama czy de Haena. Jego oddziaływanie nie było oddziaływaniem bezpośrednim – nie nauczał bowiem z żadnej europejskiej katedry, a jedynie pełnił funkcję korepetytora, której został jednakże pozbawiony z powodu sporu z jednym z głównych koryfeuszów szkoły klinicznej, wewnątrz standardu której zrodziły się jego własne poglądy, tj. Williama Cullena. W sensie akademickim Brown był outsiderem, jego pozycja społeczna była mało prestiżowa, a dochody niepewne. Także jego styl życia odbiegał od wymaganego od akademików – zbyt dużo pił, systematycznie używał narkotyków, a jego poglądy cechowały radykalizm i bezkompromisowość właściwe ludziom niemającym nic do stracenia, których jedynym celem życia jest próba spopularyzowania swych idei. To właśnie czynniki społeczne odstręczały od Browna poważnych europejskich uczonych i sprzyjały traktowaniu jego doktryny jako „niepoważnej”. We współczesnym zachodnim piśmiennictwie historyczno-medycznym wyżej zarysowane czynniki biograficzne schodzą jednak na dalszy plan analiz. Historiografia ta zarzuciła bowiem już dawno dziewiętnastowieczny, heroiczny wzorzec narracji, w której odkrywcy i głosiciele poglądów uznanych w późniejszej nauce za „właściwe” są przedstawiani zgodnie z propedeutycznym wzorcem jako osoby osobiście szlachetne, pracowite i utrzymujące pozytywne relacje społeczne, podczas gdy twórcom koncepcji ocenionych ostatecznie krytycznie przypisywane były odmienne cechy osobiste: różnego rodzaju słabości charakteru i nałogi sprzyjać miały temu, iż uporczywe dążenie tych postaci do naukowej prawdy nie zostało uwieńczone powodzeniem. Przegrali swoją walkę o miejsce na pomnikach i podręcznikach historii medycyny, ponieważ niedostatecznie się starali, dążyli do kariery, byli niełojalni wobec swoich nauczycieli i dobroczyńców, kłótlivi i zbyt ambitni jak na swoje realne możliwości. Analizowany tu model opierał się na metaforze postępu opartego na obiektywnych odkryciach, dokonywanych przez postacie,

które w jakiś sposób na to zasługują, a niemożliwych do dokonania przez osoby pozbawione właściwych etosowi uczonego, społecznie akceptowanych cech charakteru. Współczesna debata historiograficzna nad brownizmem oddaje tego typu analizy opracowaniom popularnonaukowym, pisany *ad usum Delphini*, to jest przeznaczonym głównie dla licealistów u progu studiów lekarskich, dokonujących ostatecznych wyborów dotyczących dalszej drogi życiowej. Historyków piszących współcześnie o brownizmie interesują już zupełnie inne problemy niż biografia Browna, tym bardziej że – jeśli przyjrzeć się bliżej – nie miała ona realnego wpływu ani na genezę, ani na powodzenie lub niepowodzenie jego koncepcji. W czasach jego życia ani jej sformułowanie, ani testowanie na pacjentach nie wymagało bowiem kosztownych laboratoriów, do których pracując poza Uniwersytetem nie miał dostępu. Nie ograniczał go ani brak środków, ani chorych, a także przypisywane mu negatywne cechy osobiste. Dziesiątki podobnych uproszczonych doktryn, opartych na równie uproszczonych systemach patologii (nigdy ostatecznie niedoprowadzonych w swej strukturze do końca), tworzonych było w czasach Browna w wielu miejscach Europy, także przez lekarzy o bardziej odpowiadających akademickiemu stylowi życia biografiach. Współcześnie o większości z nich nie pamiętamy, a ich nazwiska są umieszczane jedynie na kartach historii regionalnej.

Debata nad brownizmem, rozwijająca się w zachodniej historiografii medycyny, jest ukierunkowana na zupełnie inne niż czynnik biograficzny kwestie. Najważniejsze z nich możemy scharakteryzować następująco: 1) Czy możemy uznać, że w historii europejskiej medycyny akademickiej istniał jeden główny nurt modernizacyjny, który od początku XVIII stulecia wyznaczał zasadniczy kierunek zmian, określał podstawy metodologiczne, wyznaczał granice poznania lekarskiego i określał wspólne dla całej Europy autorytety? 2) Czy jeżeli zgodzimy się, że taki kierunek istnieje, to musimy się zgodzić także i z tym, że wszystkie szkoły kliniczne, które za tym kierunkiem nie nadażały, czy też otwarcie mu się sprzeciwiały, traktować należy jako „naukową aberrację”, „odstępstwo od zasadniczej linii rozwoju”, „przykład nauki zamkniętej i niepodatnej na innowacje”, a nawet zmierzającej w stronę paranauki lub też będącej w swej istocie paranauką? Tak zarysowany przedmiot sporu w środowisku historyczno-medycznym wyznacza zasadniczą linię podziału związaną z przynależnością danego historyka do określonego kręgu kulturowego, kultuwującego tradycje własnego standardu medycyny klinicznej. Nie można uznać za

przypadek, że w takich krajach, jak Francja czy też Austria, a także Anglia, Holandia oraz Włochy, w historiografii medycyny dominuje przekonanie, że taki główny kierunek rozwoju medycyny europejskiej da się określić, a medycyna uprawiana w tych krajach w XVIII i w pierwszej połowie XIX stulecia właśnie do tego kierunku należy. W przeciwieństwie do medycyny w takich krajach, jak Rosja (w której nowoczesny europejski standard medyczny w XVIII w. praktycznie jeszcze nie istniał i dopiero zaczął być przyswajany), czy też luterańskie kraje Rzeszy Niemieckiej, w których oparty na filozofii oświecenia standard medycyny uniwersyteckiej ze względów ideologicznych i światopoglądowych, a także ze względu na rodzime uwarunkowania i preferencje dotyczące np. jatrochemii, przyjmował się z opóźnieniem i w bardzo ograniczonym zakresie, by w pierwszej połowie XIX w. zostać w sposób otwarty zanegowany przez uniwersyteckie władze i ministerialnych urzędników. Współczesna historiografia medycyny odzwierciedla w tym zakresie poglądy lekarzy „głównego nurtu modernizacyjnego” wyrażane w początkach XIX w., którzy obserwowany przez nich standard ówczesnej niemieckiej medycyny akademickiej uważali za „siedemnastowieczny”, irracjonalny itp. Tego rodzaju ujęcie zostało w sposób twórczy zanegowane w latach 70. XX w. w niemieckiej historiografii medycyny, w której wielu autorów opowiedziało się przeciw istnieniu „głównego nurtu modernizacyjnego” medycyny klinicznej w Europie. Podstawowym ich argumentem była kwestia, że ów „główny standard kliniczny” okazał się w ostatecznym rozrachunku równie fałszywy, co standard niemieckiej medycyny romantycznej. Oba z nich bowiem zostały zakwestionowane przez bakteriologię. Negując krytykę niemieckiej medycyny romantycznej jako irracjonalnej i nienaukowej, autorzy niemieccy dążą w ostatnim półwieczu do analizy subiektywnej racjonalności, jaką ich rodzimy standard kliniczny w latach 1797–1848 reprezentuje, a także w jaki sposób było w jego granicach definiowane pojęcie naukowości. W omawianym tu nurcie historiografii istotne znaczenie mają badania nad brownizmem i jego recepcją w niemieckim środowisku akademickim. Doktryna Browna została w nim bowiem potraktowana poważnie i stała się inspiracją nie tylko naukowych debat, lecz także została wprowadzona do praktyki klinicznej. W drugiej części artykułu przedstawię te kwestie szerzej.

## Summary

### **John Brown's doctrine (1736–1788), its origin and reception in European medicine in the context of clinical standard formation. Part one.**

The John Brown's doctrine is not considered as important theoretical and practical concept in Polish historiography of medicine. It was not widely accepted in Polish clinical medicine at the end of 18<sup>th</sup> century and during first three decades of 19<sup>th</sup> century, when it was at the height of popularity in Europe. It was also criticized in Polish handbooks for the history of medicine (Oettinger, Szumowski, Zembrzowski, Seyda, Brzeziński) as well as in translated ones (Petersen, Haeser). Majority of young historians of medicine use English literature where the so called 'brownism' is usually not mentioned at all or there is merely one phrase that it was an over-interpretation of William Cullen concepts who was one of the founders of English medicine. This paper which is composed of two parts shows real influence of 'brownism' on European medicine at the end of 18<sup>th</sup> century and at the first decades of 19<sup>th</sup> century. This doctrine actually met wide reception at many German universities, both in its original form and in the more indirect way, becoming the base for original local medical doctrines. In the first part, I will show the place of 'brownism' among other clinical doctrines of its times created as an answer for problematic situation in medical science at the end of 18<sup>th</sup> century. In the second part, I will analyze the reception of 'brownism' in European medicine showing the factors conducive spreading its ideas in some European countries and the others, stopping its reception in the other countries. The paper was based on my source studies on Brown's doctrine reception in European medicine. It also contains references to literature which is not widely known for Polish scholars but it shows the debates over medicine modernization process which was present among German historians.