

Bożena Płonka-Syroka

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX wieku

Johann Peter Frank and Christoph Wilhelm Hufeland as pioneers of medical prophylaxis in the 18th and 19th centuries

Vienna University professor J.P. Frank and Berlin University professor Ch.W. Hufeland were pioneers of medical prophylaxis in Europe. Concepts created by them were based on the same ideological grounds (populationism, cameralism) and were in the mainstream of European clinical medicine modernization process. Both authors used the same pathology concept (humoral pathology) explaining diseases origination and their course in organisms. Most of their recommendations in line with prophylaxis were similar. However, there were also differences. J.P. Frank created his public medicine model of prophylaxis as an important factor in Austria where most of its citizens were illiterate at the end of 18th century. He focused on state activities to ensure the efficiency and he recommended police surveillance over it. Ch.W. Hufeland created his prophylaxis concept for the Prussian state where the illiterates were in the minority. He could realistically consider implementation of lifestyle rationalization and personal self-control compliant to clinical medicine in the whole population, not only among the elites. The purpose of the paper is to show the basis of both prophylaxis programmes and context of their creation.

Keywords: medical prophylaxis, social medicine, Johann Peter Frank, Christoph Wilhelm Hufeland

Słowa kluczowe: profilaktyka medyczna, medycyna społeczna, Johann Peter Frank, Christoph Wilhelm Hufeland

Wprowadzenie

Zapobieganie chorobom jest uznawane we współczesnej medycynie klinicznej za jedną z podstawowych przesłanek jej skuteczności. Szczególne znaczenie ma profilaktyka chorób zakaźnych, które niemal do końca XIX w. w niekontrolowany sposób szerzyły się na obszarze większości kontynentów¹, z wyjątkiem kilku zaledwie państw europejskich, w których podjęto już tym okresie próbę przewycięzenia związanego z nimi zagrożenia². Zgodnie ze współczesnym standardem bakteriologii profilaktyka chorób zakaźnych może być uznana za skuteczną, kiedy obejmie swoim zasięgiem wszystkich członków zamieszkującej dany obszar populacji, gdy ma charakter stały i wyprzedzający wystąpienie epidemii, gdy jest oparta na jasno określonym schemacie działań, specjalnie stworzonej sieci instytucji, korzysta z dobrze przygotowanej kadry lekarskiej i jest finansowana ze stałych źródeł na odpowiednim do potrzeb poziomie. Tego rodzaju model działań profilaktycznych, oparty na racjonalnej i zaplanowanej strategii, obejmujących opieką lekarską wszystkich członków chronionej populacji, niezależnie od ich statusu społecznego i sytuacji ekonomicznej, jest jednak w dziejach światowej medycyny zjawiskiem stosunkowo nowym, sięgającym swymi korzeniami drugiej połowy XVIII w. i ukształtował się prawie sto lat przed sformułowaniem przez medycynę kliniczną standardu bakteriologii. Został stworzony przez lekarzy, którzy nie znali jeszcze roli mikrobów w etiopatogenezie chorób epidemicznych, jednakże zdawali już sobie sprawę z czynników o charakterze społecznym, oddziałujących na praktyczną efektywność medycyny. Celem niniejszego artykułu jest omówienie genyzy europejskiej nowożytnej profilaktyki medycznej, która stanowiła oryginalne osiągnięcie europejskiej myśli medycznej doby oświecenia. Wcześniej formułowane koncepcje zapobiegania chorobom w skali masowej dotyczyły bowiem wyłącznie wybranych grup ludności (np. wojska, mieszkańców miast). Dopiero w XVIII w. pojawiła się idea, że instytucjonalne działania zapobiegawcze powinny objąć wszystkich mieszkańców i powinny funkcjonować stale, a nie okazjonalnie. Istotną kwestią, która zostanie przeze mnie podjęta w tym artykule, jest także próba wyjaśnienia, dlaczego koncepcja instytucjonalnej profilaktyki pojawia się w XVIII w. właśnie w Europie kontynentalnej, w dwóch krajach Rzeszy Niemieckiej – Austrii i Prusach. W artykule przedstawię poglądy dwóch pionierów europejskiego modelu profilaktyki medycznej: profesora Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wiedeńskiego Johanna Petera Franka³ i profesora Wydziału Lekarskiego

- 1 Por. *Człowiek wobec epidemii chorób zakaźnych od starożytności po czasy współczesne w świetle literatury i medycyny*, red. E. Loch, G. Wallner, E. Flis-Czerniak, Lublin 2011.
- 2 Na temat zagrożeń zdrowia publicznego przez masowe epidemie chorób zakaźnych oraz czynników zaradczych, za pomocą których usiłowano ograniczać związane z nimi zagrożenie, istnieje w historiografii medycyny światowej obszerna literatura. Aż do połowy XX w. podejmowane w tym celu działania albo były zupełnie nieskuteczne, albo odznaczały się ograniczonym stopniem skuteczności. Przed wprowadzeniem do medycyny klinicznej standardu bakteriologii było to uwarunkowane nieznaną przyczyną wywołujących choroby zakaźne (tj. żywych patogenów, bakterii i wirusów), a po wprowadzeniu tego standardu – było związane z brakiem skutecznych leków. Dopiero wprowadzenie do leczenia antybiotyków i objęcie całej populacji ścisłym nadzorem sanitarnym, obejmującym obok zapewnienia dostępu do nieskażonej bakteriologicznie wody pitnej, regulację gospodarki ściekami i szczepienia ochronne, pozwoliło na opanowanie zagrożenia występowaniem masowych epidemii. Por. J. Ruffié, J. Sournia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, tłum. B.A. Matusiak, Warszawa 1996; J. Alberth, *Spektakle masowej śmierci*, tłum. L. Karnas, Warszawa 2012; M.B.A. Oldstone, *Wirusy, plagi i dzieje ludzkości*, tłum. S. Dubiski, Warszawa 2002.
- 3 Por. E. Lesky, *Johann Peter Frank and Social Medicine*, „Annales Cispalines d’Histoire Sociale” 1973, nr 4, s. 137–144; G. Theobald, *Johann Peter Franks „System einer vollständigen medizinischen Polizey”*. Das erste

Uniwersytetu Berlińskiego Christopa Wilhelma Hufelanda⁴ oraz kontekst, w którym się ukształtowały. Celem artykułu jest także przybliżenie polskiemu czytelnikowi dotyczącego obu tych postaci niemieckojęzycznego piśmiennictwa historycznego, które jest w Polsce mało znane. Występujące w pracach niemieckich historyków medycyny ujęcie genezy ukształtowania się koncepcji profilaktyki medycznej oraz ocena etatystycznych modeli medycyny publicznej, tworzonych w XIX w. w państwach Rzeszy Niemieckiej, różnią się od opinii i ocen spotykanych w historiografii anglosaskiej (w tym szczególnie amerykańskiej), w której europejskie kontynentalne rozwiązania etatystyczne bywają oceniane krytycznie⁵. Warte uwagi polskiego czytelnika jest także zapoznanie się z dyskusjami toczonymi przez austriackich i niemieckich historyków medycyny, dotyczącymi zakorzenienia opisywanych w tym artykule koncepcji profilaktyki w głównym nurcie modernizacyjnym europejskiej medycyny klinicznej. Dla niektórych współczesnych autorów niemieckich kwestią dyskusyjną jest samo istnienie owego nurtu, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla rozwoju teorii i praktyki medycznej w Rzeszy Niemieckiej w końcu XVIII i w pierwszej połowie XIX w., w tym dla genezy koncepcji profilaktyki medycznej omawianych w niniejszym artykule.

Koncepcje profilaktyki medycznej J.P. Franka i Ch.W. Hufelanda odwoływały się do wspólnego źródła, jakim był współczesny im standard medycyny akademickiej, która od ok. 1750 r. opierała się już na nowoczesnej metodologii klinicznej⁶, a także do nowego sposobu odczytania Biblii, w którym znaleziono uzasadnienie do otoczenia opieką lekarską nie tylko członków warstw zamożnych, którzy mogli sobie pozwolić na opłacenie usług

umfassende Hygienelehrbuch in der Geschichte der Medizin, Hamburg 1969; C. P. Probst, *Johann Peter Frank als Arzt am Krankenbett*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften” t. 59, 1975, s. 20–53; H. Breyer, *Johann Peter Frank: „Fürst unter den Ärzten Europas”*, Leipzig 1983. Por. też: B. Płonka-Syroka, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] *Czystość i brud. Higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2015, s. 307–328.

- 4 Por. J. Galansky, *Hufeland und der ärztliche Beruf*, Berlin 1970; W. Genschorek, *Christoph Wilhelm Hufeland: der Arzt, der das Leben verlängern half*, Leipzig 1977; G. Mann, *Christoph Wilhelm Hufeland: Gesundheit und Krankheit im Wochenspiegel von „Lebenskraft“ und Naturgesetzlichkeit*, [w:] *Preventive Medizin*, red. P. Scholmerich, U. Thiele, J. Troschke, Stuttgart, New York 1988, s. 11–29; S. Goldmann, *Christoph Wilhelm Hufeland im Goethekreis*, Stuttgart 1993; K. Pfeifer, *Medizin der Goethezeit. Ch.W. Hufeland (1762–1836) und die Heilkunst des 18. Jahrhunderts*, Köln 2000; M. Rimpler, *Hufeland – Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen*, Stuttgart 2005. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Koncepcja profilaktyki medycznej Christopa Wilhelma Hufelanda w kontekście historyczno-porównawczym*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa 2016, s. 342–423.
- 5 Warto przytoczyć w tym kontekście poglądy skrajne, zawarte w wydanej w 1975 r. książce Ivana Illicha *Limits of medicine*, w której autor oceniał instytucjonalne koncepcje systemów medycyny publicznej jako utopiine. W podobnym duchu wypowiedają się także zwolennicy koncepcji tzw. pluralizmu medycznego, zgodnie z którą standard terapii dostępnej członkom danej społeczności powinien być zgodny z ogólnym standardem jej kultury. Ponieważ w mniej rozwiniętych społecznościach Afryki czy Azji, czy w tzw. społecznościach typu ludowego w Europie i Ameryce standard tej kultury wyraźnie odbiega od akceptowanego w społecznościach rozwiniętych gospodarzo i w zamożniejszych warstwach społecznych, należy pozostawić ludziom żyjącym w sferze ich świadomości zdrowotnej poza standardem *Evidence Based Medicine* prawo do wykonywania praktyk leczniczych i profilaktycznych, w które wierzą, mimo że współczesna medycyna kliniczna nie potwierdza ich skuteczności. Upowszechnianie w takich społecznościach metod profilaktyki i leczenia zgodnych ze standardem WHO uznaje się tu za nieuprawnioną ingerencję w styl życia owych społeczności, naruszenie akceptowanych w nich wartości itp., pomija się zarazem skutki tego stanu rzeczy: wysoką zapadalność na choroby zakaźne, krótki czas trwania życia, wysoki odsetek śmiertelności położnic i noworodków itp. Koncepcja ta usprawiedliwia nieponoszenie przez elity społeczne i bogate kraje świata nakładów na organizację instytucjonalnej profilaktyki zgodnej ze standardem WHO i upowszechnianie zgodnych z nim metod leczenia. Tego rodzaju punkt widzenia wyznacza podstawę oceny etatystycznych systemów medycyny publicznej. Jest to ocena negatywna.
- 6 Por. V. Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Husum 1993.

lekarza, lecz także członków warstwy pracującej, miejskiej i wiejskiej, za których leczenie miało (całkowicie lub częściowo) zapłacić państwo. Naturalistyczny standard medycyny klinicznej zrywał z fatalizmem w pojmowaniu patogenyzy chorób epidemicznych, których nie określano już w kategoriach plagi zsyłanej przez Boga na ludzi, lecz w kategoriach zwinionego przez nich samego postępowania, które ze względów medycznych uznawano za nieprawidłowe. Nowy sposób odczytania Biblii znajdował uzasadnienie już nie tylko dla egalitarnego sposobu traktowania wszystkich ludzi ze względu na posiadanie przez nich nieśmiertelnej duszy (co w chrześcijaństwie od dawna stanowiło ważną przesłankę dla rozwijania działalności charytatywnej), lecz także dla uznania ich podmiotowego prawa do zdrowia, przynależnego wraz z urodzeniem i posiadaniem obywatelstwa państwa, które miało odtąd ponosić finansowe nakłady na cele profilaktyczne i zapewnienie wszystkim podstawowej pomocy lekarskiej. Te dwa składniki złożyły się na standard tzw. medycznego oświecenia (*Medical Enlightenment*)⁷, będącego teoretycznym uzasadnieniem dla standardu medycyny klinicznej uznawanego w drugiej połowie XVIII w. za racjonalny na Uniwersytecie Wiedeńskim i stamtąd promieniujący na inne uniwersytety Europy Środkowej, w tym na założony w 1810 r. Uniwersytet Berliński. Johann Peter Frank swoją koncepcję profilaktyki stworzył w katolickiej Austrii, młodszy o pokolenie Christoph Wilhelm Hufeland w protestanckich Prusach. Obaj uczeni należeli jednak do wspólnej, chrześcijańskiej formacji umysłowej przełomu XVIII i XIX w., w której elementy profesjonalnego standardu medycyny klinicznej korespondowały z zasadniczą aprobatą dla etycznych podstaw chrześcijaństwa. Profilaktyka chorób nie była dla obu tych lekarzy naruszeniem wyroków Opatrzności, ani przeciwstawianiem się woli Bożej, lecz korzystaniem ze zdolności do racjonalnego myślenia udzielonych człowiekowi przez Stwórcę, umożliwiających takie modyfikowanie ludzkiego życia, by było ono nie tylko zdrowsze, lecz także bardziej moralne. Utrzymana w standardzie somatycznym profilaktyka Franka i Hufelanda nie była systemem opartym na podstawach materialistycznych lub ateistycznych⁸, pomimo tego, że ogniskowała swoje zalecenia przede wszystkim do obszaru ciała, stylu i trybu życia (ubiór, odżywianie, praca, wypoczynek, higiena, mieszkanie, małżeństwo, macierzyństwo itp.). Uwzględniała bowiem w swoich zaleceniach obecne w religii chrześcijańskiej uwarunkowania moralne, interpretując je jako prozdrowotne.

Nowatorstwo koncepcji profilaktyki stworzonych przez obu omawianych w tym studium uczonych polegało na tym, że miała mieć ona charakter systemowy i nie ograniczać się tylko do indywidualnej reorientacji życia adresatów ich publikacji w kierunku prozdrowotnym. Frank i Hufeland projektowali bowiem szersze działania systemowe, których indywidualny odbiorca miał być wprawdzie uczestnikiem i adresatem, jednak ich organizatorem być miało państwo i jego instytucje. Zaangażowanie państwa w organizowanie zębów systemu medycyny publicznej sięgało wprawdzie w Europie czasów starożytnego

7 Por. L.S. King, *The Road to medical Enlightenment 1650–1695*, London, New York 1970, s. 1–13; *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, red. A. Cunningham, R. French, Cambridge 1990; *The Sciences in Enlightened Europe*, red. W. Clark, J. Goliński, S. Schafer, Chicago, London 1999, s. 94–125; *Medical Theory and Therapeutic Practice in Eighteenth Century. A Transatlantic Perspective*, red. J. Helm, R. Wilson, Stuttgart 2008; F. Cohen, *Die zweite Erschaffung der Welt. Wie die moderne Naturwissenschaft entstand*, Frankfurt am Main, New York 2010, s. 24–36, 143–157.

8 Por. B. Płonka-Syroka, *Krytyka programu somatycznego*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 230–240.

Rzymu⁹, kontynuowane było w Bizancjum¹⁰, w średniowiecznych państwach chrześcijańskich¹¹ i arabskich¹², a następnie w europejskich państwach nowożytnych¹³, jednak aż do ostatniego ćwierćwiecza XVIII w. działania te nie obejmowały całej ludności zamieszkującej terytorium państwa¹⁴. Koncentrowano się przede wszystkim na ochronie wojska, kupców i pielgrzymów, a także na przeciwepidemicznej ochronie członków społecznej elity. Nadzór nad aptekami był także zasadniczo adresowany do tej warstwy, ponieważ ze względu na cenę leków kupowali je członkowie zamożnych warstw społecznych¹⁵. Mieszkańcy wsi i plebs miejski pozostawali w praktyce poza systemem jakiegokolwiek państwowej ochrony. Elitarnego ukierunkowania zaangażowania władz nowożytnych państw europejskich w obszar działalności medycznej, ograniczonego do nadzoru nad uniwersytetami i ich wydziałami lekarskimi, wydawania koncesji na prowadzenie aptek i organizowania działań przeciwepidemicznych (od XVII w.) o charakterze kordonów sanitarnych, nie zmienił humanizm podkreślający indywidualną godność człowieka¹⁶ ani szeroko rozwijana w Europie od czasów średniowiecza działalność charytatywna¹⁷. Nie zmieniły one bowiem sposobu pojmowania stosunków społecznych w sposób charakterystyczny dla epoki feudalnej – ze ścisłym i trwałym podziałem stanowym, w którym szeroki i trwały dostęp do różnych dóbr mieli wyłącznie przedstawiciele warstwy dziedzicznie uprzywilejowanej, podczas gdy pozostali członkowie społeczeństwa brak tego dostępu lub jego reglamentację powinni byli postrzegać jako naturalne¹⁸. Jednym z tych reglamentowanych dóbr, do których nierówny dostęp społeczny przejawiał się szczególnie silnie, była profesjonalna opieka lekarska. Stan zdrowia członków niższych warstw społecznych znajdował się bowiem w orbicie zainteresowań władz państwowych wyłącznie podczas epidemii¹⁹, a zainteresowanie to

- 9 Por. A. Scombie, *Slums, Sanitation and Morality in the Roman World*, „Klio” t. 68, 1986, z. 2, s. 401–402; Z. Bukowski, *Sanitarna ochrona środowiska w prawie rzymskim i jej ogólny wpływ na kształtowanie się współczesnych rozwiązań prawnych*, [w:] *Czystość i brud. Higiena w starożytności*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk. Bydgoszcz 2013, s. 77–86.
- 10 Por. *Konstantynopol – nowy Rzym: miasto i ludzie w okresie wczesnobizantyjskim*, red. M.J. Leszka, T. Wolińska, Warszawa 2012.
- 11 Por. K.G. Zinn, *Kanonen und Pest. Über die Ursprünge der Neuzeit im. 14. und 15. Jahrhundert*, Opladen 1989; N.G. Sirasi, *Medieval and Early Renaissance Medicine: an Introduction to Knowledge and Practice*, Chicago 1990.
- 12 Por. Z. Efe, *Some Precautions Taken for Public Health in the Ottoman Empire*, [w:] *2nd International Congress on the Turkish History of Medicine, 12–13 December 2012*, red. A. Demirhan Erdemir, A. Namal, Ö. Usmanbas, Istanbul 2012, s. 16; *Kultura medyczna islamu*, red. B. Płonka-Syroka, Ł. Braun, Warszawa 2015.
- 13 Por. A. Labisch, *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt am Main, New York 1992.
- 14 Por. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działań władz państw europejskich w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego (od XIII w. do 1914 r.)*, [w:] *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przyszłością*, red. Z. Galor, S. Kalinowski, U. Kozłowska, Bielefeld 2017, s. 181–200.
- 15 Por. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Ustawodawstwo apteczne Piastów brzeskich w XVII wieku*, „Śląski Kwartalnik Historyczny Sobótka” 1985, nr 2, s. 275–280.
- 16 Por. *Humanismus und Medizin*, red. R. Schmitz, G. Keil, Weinheim 1984; K. Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton 1985.
- 17 Por. A. Karpiński, *W średniowiecznych i wczesnonowożytnych przytułkach*, „Kwartalnik Historyczny” t.109, 2002, z.2, s. 123–133; E. Leś, *Zarys historii dobroczynności w Polsce*, Warszawa 2001.
- 18 Por. B. Płonka-Syroka, *Odmienności stylu i poziomu życia codziennego przedstawicieli warstw zamożnych i ubogich od średniowiecza do początku I wojny światowej jako jedna z głównych przesłanek zróżnicowania stanu zdrowia populacji w Europie*, [w:] *Bogactwo i bieda. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*, red. B. Płonka-Syroka, („Orbis exterior – orbis interior”, t. 6), Wrocław 2014, s. 55–76.
- 19 Por. B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, („Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 11), Wrocław 2007, s. 161–178.

ograniczało się do podejmowania prób minimalizowania ich skutków²⁰. Często występujące w Europie epidemie²¹ aż do początków XVIII w. traktowano jako nieuchronne, ich przyczyny uważano za nieznanne, podtrzymując w tym zakresie poglądy starożytnych autorów, które dopiero w XVII w. próbowano uściślać i modyfikować.

Podstawą do transformacji świadomości medycznej elity europejskiego środowiska lekarskiego stały się koncepcje Thomasa Sydenhama (XVII w.)²² i Hermanna Boerhaavego (XVIII w.)²³, które umożliwiły lekarzom nowe sprecyzowanie sytuacji problemowej w zakresie chorób epidemicznych. Rozróżniono je bowiem w sposób precyzyjny od chorób zwykle występujących w populacji, zainicjowano rozwój diagnostyki różnicowej epidemii, jak również postawiono jako problem badawczy kwestię materialnych przyczyn epidemii. Naturalizacja obrazu choroby, która dokonana się w XVIII w. w najważniejszych europejskich szkołach medycyny klinicznej²⁴ – kierowanej przez wspomnianego Boerhaavego na Uniwersytecie w Lejdzie, a także w szkołach stworzonych przez Williama Cullen na Uniwersytecie w Edynburgu²⁵ oraz Gerharda Van Swieten a Antoniego de Haëna na Uniwersytecie w Wiedniu²⁶ – stała się podstawą dla stworzenia tak zwanej topografii medycznej²⁷. W jej ramach tworzone szczegółowe mapy zachorowań, na których zaznaczano miejsca, w których różne choroby, w tym epidemie, występowały najczęściej. Były to zarówno miejsca określane przez czynniki geograficzne (okolice bagienne, położone

20 Por. T. Srogosz, *Dżuma ujarzmiona*, Wrocław 2007.

21 Dziewiętnastowieczni lekarze zdawali sobie sprawę z powtarzalności zagrożenia epidemiami w populacji Europy, a także ze skutków epidemii dla zahamowania wzrostu ludności tego kontynentu i ich skutków gospodarczych. W publikacji z 1851 r. profesor Uniwersytetu Wileńskiego (do 1832 r.) Adam Adamowicz wymienia następujące daty największych pustoszących Europę epidemii, które dotarły następnie do Polski: 1350, 1360, 1412, 1413, 1425, 1426, 1451 (chodzi tu o epidemię czarnej śmierci z lat 1348–1349, która dotarła na ziemię polskie dwa lata później), 1465–1466, 1553, 1554, 1569, 1588, 1589, 1624, 1625, 1630, 1631, 1657, 1707, 1710, 1807, 1812 (por. A. Adamowicz, *Wiadomość o chorobach postrzeganych dawniej w Litwie w ogólności, a w szczególności w Wilnie lub jego okolicach od roku 1826* [do 1850 – przyp. B.P.S.], z dodaniem postrzeżeń meteorologicznych, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” t. 4, 1851, z. 1, s. 5, 16 i in. Por. też: A. Karpiński, *W walce z niewidzialnym wrogiem: epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI-XVII wieku i ich następstwa demograficzne, społeczno-ekonomiczne i polityczne*, Warszawa 2000. Niektóre z epidemii, w tym przede wszystkim ta z lat 1348–1349, miały charakter pandemii i doprowadziły do śmierci niemal 50% europejskiej populacji. Por. W. Naphy, A. Spicer, *Czarna śmierć*, tłum. A. Dębska, Warszawa 2004.

22 Por. B. Płonka-Syroka, *Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej*, „*Analecta*” t. 25, 2016, nr 2, s. 39–60.

23 Por. Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett. Hermann Boerhaave und die ältere Wiener medizinische Schule (1701–1787)*, Wiesbaden 1973; W. Kaiser, Ch. Beierlein, *In memoriam Hermann Boerhaave (1668–1738)*, Halle (Saale) 1969; G.A. Lindenboom, *Herman Boerhaave. The Man and his Work*, London 1968; A. Cunningham, *Medicine to Calm the Mind: Boerhaave's Medical System and why it was adopted in Edinburgh*, [w:] *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, red. A. Cunningham, R. French, Cambridge 1990, s. 40–65.

24 Naturalizacja choroby, to jest jej definiowanie w kategoriach somatycznych, stała się podstawową ideą osiemnastowiecznej medycyny uniwersyteckiej. Na jej podstawie został stworzony standard metodologiczny „medycyny opartej na dowodach” (*Evidence Based Medicine*), obowiązujący do czasów współczesnych. Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej*, [w:] *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX w.*, red. B. Płonka-Syroka. („*Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*”, t. 4), Wrocław 2011, s. 23–42.

25 Por. A. Doig, *William Cullen and the Eighteenth Century Medical World*, Edinburg 1983.

26 Por. F.T. Brechka, *Gerard van Swieten and his World 1700–1772*, Haque 1970; *Van Swietens Erbe. Die Wiener Medizinische Schule heute in Selbstdarstellung*, red. E. Lesky, I. Lau, Wien 1982.

27 Jedną z pierwszych publikacji z zakresu topografii medycznej w niemieckim obszarze językowym była praca L. Formeya, *Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin*, Berlin 1796. Szerzej na ten temat 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.

w pobliżu stojących wód lub zanieczyszczonych odpadami rzek), jak i społeczne (miejskie dzielnice ńędzy, obszary o dużym zagęszczeniu ludności, obozy wojskowe i koszary). Prowadzono także szczegółowe badania łączące występowanie epidemii z porami roku, określonymi zjawiskami pogodowymi, temperaturą itp.²⁸ W ten sposób lekarze „zdefiniowali przeciwnika” pod względem terytorialnym i czasowym. Ukierunkowało to dalsze badania w stronę analiz przyczynowych, których celem było określenie etiopatogenezy epidemii i zbudowanie adekwatnych do tej wiedzy programów zapobiegawczych²⁹ w odpowiedzi na pytania, jakie okoliczności poprzedziły wystąpienie epidemii i w jakim środowisku ona wystąpiła. Nie bez znaczenia dla sformułowania przez J.P. Franka i Ch.W. Hufelanda ich programów profilaktycznych była materializacja i anatomizacja obrazu choroby, którą zaczęto pojmować jako fizyczny proces o mierzalnych i powtarzalnych objawach, toczący się w organizmach pojedynczych ludzi. By zapobiec wystąpieniu epidemii w skali masowej, należało zatroszczyć się o stan zdrowia tworzących populację jednostek. Uznano, że epidemiom zdolne będą się przeciwstawić jednostki silne i zdrowe, o ich kondycję należało więc zadbać. Cel ten wyznaczał standard działań będących podstawą etatystycznych systemów medycyny publicznej w Austrii i Prusach³⁰.

Standard medycyny somatycznej i nowe koncepcje społeczne jako podstawa programów profilaktycznych Johanna Peter Franka i Christopa Wilhelma Hufelanda

Standard medycyny somatycznej (nazwa ta została nadana w drugiej połowie XVIII w. przez jego twórców)³¹ plasuje się między siedemnastowieczną medycyną akademicką opartą na filozofii perypatetyckiej a osiemnastowieczną francuską filozofią materialistyczną w ujęciu J.O. La Mettrie’go. Pierwszą z nich lekarze somatycy uważali za przestarza-

28 Por. B. Płonka-Syroka, *Wetter und Krankheit: die meteorologischen Beobachtungen an der Universität Vilna in den Jahren 1804-1843*, [w:] *Von Kometen, Windhosen, Hagelschlag und Wetterballons. Beiträge zur Geschichte der Meteorologie*, red. J. Kästner, J. Kiefer, („Europäische Wissenschaftsbeziehungen”, t. 8), Aachen 2014, s. 199–212.

29 Tworzone przez rządy europejskich państw absolutystycznych programy edukacji zdrowotnej finansowane ze środków budżetowych realizowane były m.in. za pośrednictwem policji i wojska. Nakładem tych instytucji były wydawane popularne poradniki zdrowotne o szerokim zakresie treści oraz krótkie instrukcje zawierające informacje jak należy się zachować w trakcie epidemii. Programy te nie okazały się skuteczne nie tylko dlatego, że w 2 połowie XVIII i 1 połowie XIX w. opierały poradnictwo medyczne na podstawach teoretycznych nieuwzględniających istnienia bakterii, o których roli w inicjowaniu epidemii chorób zakaźnych jeszcze wówczas nie wiadano (dostosowując zalecenia profilaktyczne i lecznicze do patologii humoralnej, gastrycznej, nerwowej itp.), lecz także dlatego, że bywały przyswajane przez ich odbiorców w sposób niezgodny z intencjami ich autorów. Wśród chłopów i ubogich mieszczan recepcja ówczesnego standardu medycyny klinicznej przebiegała często w sposób wybiórczy, ponieważ nie byli oni w stanie zrozumieć kierowanego do nich przekazu. Por. B. Płonka-Syroka, *Popularyzacja oświaty zdrowotnej za pośrednictwem medycyny wojskowej w XIX stuleciu i jej paradoksalna recepcja w polskiej kulturze ludowej*, [w:] *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, („Lek roślinny”, t. 4), Wrocław 2015, s. 85–106.

30 Por. U. Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984; T.N. Burg, „*Sieches Volk maht siechen Staat*”: *Arzt, Stand und Staat im 19. Jahrhundert*, Wien 1994. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.*, [w:] *Czystość i brud: higiena w XIX wieku – wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2016, s. 279–315.

31 Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym wieku*, Warszawa 1999, s. 226–232.

łą już podstawę metodologiczną medycyny, natomiast drugą za koncepcję kierującą tę metodologię w niewłaściwym kierunku. W filozofii Arystotelesa ze szczególną krytyką spotykała się teleologia, którą osiemnastowieczni lekarze pragnęli zastąpić poszukiwaniem związków przyczynowych, w materializmie La Mettriego z krytyką spotykał się jego wojujący ateizm i redukcjonizm. Klinicyści ukuli więc w drugiej połowie XVIII w. pojęcie medycyny somatycznej, by ograniczyć jej przedmiot do obszaru ciała i oddziaływań na nie ze strony naturalnego środowiska, nie uważając przy tym za konieczne, by nowa metodologia i filozofia medycyny musiała z tego powodu przyjmować postawę ateistyczną i redukcjonistyczną. Nie wysuwali też jak materialści antymetafizycznych roszczeń światopoglądowych, uznając za podmiot oddziaływań medycyny człowieka, a nie tylko jego ciało. Akceptowali konieczność realizowania przez pacjentów norm religijnych i moralnych wynikających z etyki chrześcijańskiej (w konfesji katolickiej lub luterańskiej, w zależności od własnego wyznania), uznając je ogólnie za prozdrowotne i sprzyjające osiągnięciu przez pacjentów stojących przed nimi celów życiowych. Postulowany przez lekarzy somatyków rozdział między medycyną a religią miał się więc dokonać nie w imię ateizacji medycyny, lecz jej profesjonalizacji³².

Dążąc do stworzenia nowego standardu medycyny, od 1750 r. określanego jako standard kliniczny, lekarze somatycy uznawali za podstawę epistemologiczną swojej koncepcji medycyny filozofię umiarkowanego sceptycyzmu, wyprowadzając wnioski z obserwacji i konstruując na tej podstawie teorie naukowe, które z założenia traktowano jako hipotezy, poddające się krytyce i możliwe do obalenia przez nowsze i doskonalsze. Oznaczało to odrzucenie pretensji do stworzenia z medycyny systemu wiedzy absolutnej na rzecz jej koncepcji jako systemu o charakterze otwartym, w którym każdy element obserwacyjny może zostać podważony przez kolejne obserwacje, a każda interpretacja uznana w pewnym czasie za prawidłową może zostać podważona i zastąpiona przez nową, uznaną przez środowisko medyczne za doskonalszą. Klinicyści uznali taką postawę za właściwą, zdolną zapobiec przedwczesnym interpretacjom teoretycznym, mogącym prowadzić praktykę na manowce³³. Przyjęte w standardzie medycyny somatycznej założenie, że natura jako taka pozostaje w równowadze, a wszelkie zakłócenia wymagają zadziałania konkretnej materialnej przyczyny, umożliwiło sformułowanie pytania, na które odpowiedź stała się podstawą stworzenia rozwiązań systemowych o charakterze profilaktycznym. W indywidualnej ludzkiej biografii – zgodnie z tym przekonaniem – choroba wystąpić nie musiała, wystąpić za to mogła jako wynik pewnych okoliczności, które mogły do niej doprowadzić, jak również jako skutek ludzkiego postępowania, które uznawano w tym kontekście za niewłaściwe.

Nie wdając się w bardziej drobiazgowo rozważania, możemy stwierdzić, że w europejskiej tradycji kulturowej stworzone zostały trzy modele rozwiązań systemowych opartych na nowym modelu medycyny, która stała się nie tylko nauką rozpoznawania i leczenia już istniejących chorób, lecz także aktywnego przeciwdziałania ich występowaniu. Mo-

32 Por. L.S. King, *The Philosophy of Medicine. The Early Eighteenth Century*, Cambridge (Mass.), London 1978; C. Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preussen*, Göttingen 1985.

33 Por. B. Płonka-Syroka, *Standard medycyny klinicznej jako podstawa koncepcji metodologicznej Ludwika Flecka (1750–1935)*, [w:] *Horyzonty konstruktywizmu: inspiracje, perspektywy, przyszłość*, red. E. Bińczyk, A. Derra, J. Grygieńć, Toruń 2015, s. 341–362.

del liberalny³⁴, zbudowany w Wielkiej Brytanii na podstawie filozofii Hume'a i Benthama, opierał się na przekonaniu o całkowitej odpowiedzialności jednostki za swoje życie oraz zdrowie i ograniczał funkcje państwa w tym zakresie do działań represyjnych wobec osób stanowiących potencjalne zagrożenie dla zdrowia populacji, tylko nielicznym oferując wsparcie prywatnych instytucji charytatywnych³⁵. Dopiero w końcu XIX w. sytuacja ta uległa w Anglii zmianie, gdy wraz z przyjęciem w medycynie klinicznej standardu bakteriologii uznano za konieczne stworzenie funkcjonalnego systemu medycyny publicznej, zdolnego skutecznie zapobiegać epidemiom.

Odmienne ukształtowała się sytuacja na terenie Austrii Habsburgów i w Prusach Hohenzollernów. Już w końcu XVIII w. pojawiła się tu koncepcja aktywnej roli państwa w rozwiązywaniu wybranych problemów społecznych, w tym podstawowych problemów zdrowotnych populacji³⁶. Uzasadnieniem dla niej była efektywność funkcjonowania wspólnoty państwowej, która w opinii zwolenników tego projektu mogła ulec znacznemu osłabieniu, jeżeli tok spraw pozostawiono by ich własnemu biegowi. Wspomniane państwa niemieckie graniczyły od wschodu i południa z Polską, Rosją i Turcją, które postrzegano jako źródła potencjalnego zagrożenia epidemiologicznego. Zdecydowano się więc podjąć szereg kroków, które miały zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne własnych obywateli. Uzasadnieniem aktywności państwa na polu zdrowia publicznego były kameralizm i populacjonizm, wiążące pomyślność państwa z liczebnością jego obywateli i ich dobrą kondycją finansową, dającą im zdolność płacenia podatków³⁷. Podstawy modelu wprowadzonego w życie w monarchii habsburskiej opracował profesor Uniwersytetu Wiedeńskiego Johann Peter Frank, ciesząc się wsparciem władz państwowych, które skierowały jego projekt do realizacji. Drugi z lekarzy, Christian Wilhelm Hufeland, tworzący swój projekt systemu medycyny społecznej w Prusach, mimo uznania dla swoich kompetencji, nie uzyskał tak daleko idącego wsparcia władzy. Chociaż za życia (zmarł w 1836 r.) udało mu się zrealizować swoje zamierzenia jedynie częściowo, wyznaczył jednak wspólnie z J.P. Frankiem kierunek dalszego rozwoju kontynentalnego systemu medycyny publicznej. System ten został stworzony w zjednoczonych Niemczech (1883 r.) i scalał elementy dwóch tradycji organizacyjnych: austriackiej i pruskiej. Z powodu swojej efektywności system ten był kopiowany w XX w. (z różnymi modyfikacjami) w wielu krajach europejskich.

W XVIII w. w rozwiniętych gospodarczo krajach europejskich dokonała się jakościowa zmiana, określana mianem przełomu nowożytnego³⁸. Jej istotą było dążenie do poprawy jakości życia, co miało się dokonać poprzez racjonalizację wielu jego aspektów i poddanie ich kontroli uczonych-ekspertów. Koncepcje populacjonizmu i kameralizmu, łączące pomyślność państwa z liczebnością i zamożnością jego obywateli, stały się podstawą do zlecanych przez władze ocen dotychczasowego standardu medycyny akademickiej i poprawy jego efektywności. Stworzenie efektywnego standardu medycyny publicznej miało

34 Por. A. Chmielewski, *Spółeczeństwo czy wspólnota? Filozoficzne i moralne podstawy nowoczesnego liberalizmu oraz jego krytyka we współczesnej filozofii społecznej*, Wrocław 2001.

35 Por. T. Tokarek, *Historia działalności charytatywnej w Europie – od czasów starożytnych do końca XIX wieku*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*, s. 381–425.

36 Por. A. Chmielewski, op. cit., s. 115–165.

37 Por. T.N. Burg, op. cit.

38 Por. B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, („Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 8), Wrocław 2004, s. 7–10.

się dokonać z uwzględnieniem aktualnego poziomu wiedzy medycznej, zawierającego także elementy dotyczące społecznych i geograficznych uwarunkowań chorób³⁹. Konieczne więc było opracowanie projektów zmian w tym zakresie, których kierunki miały zostać wskazane przez lekarzy. W tym kontekście należy rozpatrywać działalność profesora Johanna Petera Franka, którego teoretyczne koncepcje miały zostać wdrożone w praktyce w Austrii.

Profilaktyka w systemie medycyny publicznej Johanna Petera Franka (1745–1821)

Ideologiczną podstawą koncepcji J.P. Franka (w latach 1795–1803 profesora Uniwersytetu Wiedeńskiego i inspektora austriackich szpitali wojskowych, a w latach 1811–1821 doradcy władz państwowych) był kameralizm⁴⁰. Projektowane przez niego reformy miały doprowadzić do wzmocnienia siły politycznej, ekonomicznej i militarnej Austrii dzięki poprawie stanu zdrowia jej obywateli i zapewnieniu im ochrony przed zagrożeniami mogącymi na ów stan wpłynąć negatywnie, zarówno w krótszej (epidemie), jak i dłuższej perspektywie (dzięki ograniczeniu wysokiego poziomu śmiertelności związanego także z innymi chorobami). Program reform sformułowany przez profesora Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu we Wiedniu miał charakter systematycznie opracowanej strategii z rozpisaniem celów, które zamierzano osiągnąć, oraz środków, które miały to umożliwić, w tym z określeniem stałych źródeł finansowania podejmowanych przedsięwzięć⁴¹. Zdaniem Franka tylko kompleksowe rozwiązanie podstawowych problemów zdrowotnych mieszkańców monarchii austriackiej będzie warunkiem ich skuteczności. Najlepiej nawet zaplanowany program, jeżeli nie zostanie wdrożony w życie z braku odpowiedniej liczby lekarzy lub braku środków umożliwiających jego stałe finansowanie, nie przyniesie zakładanych pozytywnych skutków.

Drugą teoretyczną podstawą koncepcji J.P. Franka była religia katolicka⁴², która wiązała się z wielowiekową tradycją pomocy ubogim i chorym. Frank kontynuował zawartą w tej tradycji koncepcję niezbywalnej godności każdej osoby, wynikającej z urodzenia i konieczności moralnej udzielania materialnego wsparcia tym, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, zarówno z powodu biedy, jak i z powodu choroby. Beneficjentami prawa do jałmużny były w feudalnym chrześcijańskim modelu społeczeństwa osoby społecznie i zdrowotnie upośledzone, które z powodu różnego rodzaju dysfunkcji, kalectwa lub starości nie były w stanie samodzielnie zatroszczyć się o siebie. W systemie tym, w którym status społeczny i majątek wynikały z dziedziczenia dóbr posiadanych przez przodków, powiększanych przez korzystne małżeństwa lub nadania ze strony władzy państwowej, działalność dobroczynna stanowiła swego rodzaju normę, a jej zakres nie mógł znacząco uszczuplić stanu posiada-

39 Pionierem w tym zakresie była Austria. Por. A. Karenberg, *Die ersten Kliniken in Zentren der katholischen Aufklärung (1754–1770)*, [w:] *Lernen an Bett der Kranken. Die frühen Universitätskliniken in Deutschland (1740–1840)*, Stuttgart 1997, s. 46–82. Por. też: E. Lesky, *The Vienna Medical School of the 19th Century*, Baltimore 1976.

40 Por. J. Brügelmann, op. cit., s. 6–16.

41 Por. C. Bartel, *Die Protagonisten des öffentlichen Gesundheitswesens in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts*, [w:] *Medizinische Polizey*, Frankfurt am Main 1989, s. 27–34.

42 Por. *ibid.*, s. 82–83.

nia darczyńców. Ich obowiązkiem moralnym było materialne wspieranie ubogich i chorych, którzy mieli za otrzymaną jałmużnę odpłacać modlitwą za ofiarodawców. Otrzymywanie jałmużny było w tym systemie swoistym „prawem” ubogich, ponieważ w inny sposób nie mogli zmienić swojej pozycji społecznej. Ich „obowiązkiem” było moralne prowadzenie się, uzasadniające przyjmowanie wsparcia. Jałmużna, zapewniając chorym i niepełnosprawnym zdolność przeżycia, konserwowała zarazem stabilność stosunków społecznych, w których role społeczne były przydzielane wraz z urodzeniem.

W XVIII w. przedstawiony tu porządek został zakwestionowany, przede wszystkim przez członków nowej warstwy społecznej aspirującej do elitarnego statusu – mieszczaństwa. Majątek członków tej warstwy, dorównujący, a niekiedy i przewyższający zasoby wielu członków warstwy feudalnej, pochodził z pracy, ich własnej lub rodziców, osiągany był z trudem, a jego powiększenie i utrzymanie wymagało pracowitości i pilności, połączone też było z ryzykiem. Członkowie nowej mieszczańskiej elity negatywnie odnosili się do jałmużny, podkreślając jej demoralizujący charakter. Wskazywali na dziedziczenie w wielu ubogich rodzinach statusu beneficjentów różnych form wsparcia i wykorzystanie otrzymywanych środków na niemoralne i próżniacze życie. Zamożnym mieszczanom trudno było zaakceptować ideę dzielenia się posiadanymi dobrami z tymi, którzy mieliby je uzyskać w sposób „niezasłużony”, to jest nie jako dochody z pracy. Podkreślano, że łatwo dostępna jałmużna nie skłania ubogich do poszukiwania pracy, a także do jej rzetelnego wykonywania, które mogłoby umożliwić z czasem zgromadzenie kapitału i poprawę pozycji społecznej rodziny. Ten rys moralny wczesnego europejskiego kapitalizmu, oparty na etosie pracy i akumulacji kapitału gromadzonego przez rodzinę, wydawanego starannie i tylko na konieczne potrzeby, a w większości przeznaczanego na inwestycje, podważył w XVIII w. społeczne poparcie dla prywatnej jałmużny. Stworzyło to podstawę dla ingerencji państwa w tworzenie podstaw swojej politycznej stabilności, co zgodnie z ideologią kameralizmu miało się zrealizować dzięki zapewnieniu dobrych warunków życia i zdrowia większości obywateli.

Kolejną teoretyczną podstawą koncepcji J.P. Franka była koncepcja powszechnego prawa do zdrowia, wynikająca zarówno z egalitarnego odczytania Biblii, jak i z inspiracji czerpanej z egalitaryzmu oświeceniowej filozofii. W dawniejszych koncepcjach relacji obywatela wobec państwa podkreślano wyłącznie obowiązki, które ów obywatel miał względem władzy państwowej. Było to przede wszystkim posłuszeństwo i produktywność, na takim polu, które wyznaczało pochodzenie społeczne. Arystokracja i szlachta miały walczyć w obronie kraju, zarówno bezpośrednio, jak i organizując i opłacając z własnych środków różne przedsięwzięcia wojskowe, mieszczaństwo miało się zajmować produkcją i handlem, a chłopowie uprawą roli. Dwie ostatnie grupy miały płacić podatki, płynące do państwowej kasy. Codzienne problemy bytowe, w tym zdrowotne, wszyscy członkowie społeczeństwa mieli rozwiązywać we własnym zakresie i w skali odpowiedniej do osiągniętych dochodów. Większość członków społecznej piramidy nie osiągała jednak dochodów umożliwiających prowadzenie życia na poziomie zabezpieczającym przed chorobami⁴³ ani podjęcie leczenia u dyplomowanego lekarza, gdy choroba już wystąpiła⁴⁴. Do XVIII w.

43 Ze względu na wspólne zamieszkiwanie w jednej izbie przez wiele osób, panujące w domach zimno, niedostateczne i monotonne odżywianie itp.

44 Ze względu na wysokie ceny usług lekarzy z pełnym wykształceniem akademickim i ich niedostateczną liczbę dla zaspokojenia potrzeb społecznych.

sytuację taką uznawano za naturalną i nie podejmowano żadnych działań w kierunku jej zmiany. W drugiej połowie XVIII w. prof. J.P. Frank zaproponował nowe ujęcie relacji obywateli wobec państwa. W jego koncepcji mieli oni nie tylko obowiązki (jak wcześniej), lecz także prawa. Prawem podstawowym miało być prawo do zdrowia, a w jego realizacji państwo miało czynnie uczestniczyć. Koncepcja prawa do zdrowia nie miała tylko charakteru etycznego, lecz także praktyczny. Człowiek zdrowy winien być zdolny skutecznie sam zatroszczyć się o siebie, a następnie o założoną przez siebie rodzinę, żonę, dzieci, a także starych i chorych rodziców. Likwidacji miał ulec system powszechnie dostępnej i łatwej do uzyskania prywatnej jałmużny, zniechęcającej jej beneficjentów do podejmowania wysiłków na rzecz poprawy sytuacji materialnej. Zamiast tego państwo miało zaproponować finansowany z podatków system publicznej opieki zdrowotnej, zapewniający pomoc lekarską osobom chorym znajdującym się w potrzebie, niezdolnym ze względu na złą sytuację materialną do opłacenia tej pomocy z własnych środków. Możemy tu odnaleźć pewną analogię do systemu medycyny wojskowej, którą Frank organizował w Austrii w latach 1795–1803. Tak jak żołnierz ryzykujący w interesie państwa swoim zdrowiem i życiem ma prawo oczekiwać od tegoż państwa, że stworzy system opieki medycznej w koszarach i na polu bitwy, tak każdy obywatel austriackiego państwa, pracujący (zgodnie z koncepcją kameralizmu) nie tylko dla dobra swojego i swej rodziny, lecz także dla dobra wspólnego (praca jednostek i jej efekty składały się na pomyślność kraju) mógł oczekiwać zabezpieczenia przez państwo swoich elementarnych potrzeb zdrowotnych: ochrony przed epidemiami oraz stworzenia warunków uzyskania profesjonalnej pomocy lekarskiej.

J.P. Frank tworząc swój system reform medycznych w okresie dobrej koniunktury politycznej i ekonomicznej Austrii nie przewidział jednak problemów, które pojawić się miały pierwszych dekadach XIX w. Przyczyniło się to do zróżnicowanej skuteczności zaprojektowanego przezeń systemu w różnych krajach leżących w granicach monarchii habsburskiej. Na tych jej obszarach, które były lepiej rozwinięte gospodarczo i zurbanizowane (np. Austria, Czechy), a poziom dochodów uzyskiwanych z podatków był względnie wysoki, zaproponowany przez niego system rozwijał się dobrze i funkcjonował coraz bardziej sprawnie. Zarazem w ubogich, nisko zurbanizowanych prowincjach (jak np. w Galicji) okazał się dysfunkcyjny. Do zapewnienia mu praktycznej skuteczności brak było nie tylko dostatecznej liczby lekarzy, lecz przede wszystkim środków budżetowych umożliwiających finansowanie systemu. Okazało się w praktyce, że bez reformy stosunków społecznych, którą rozpoczęto w Austrii po 1848 r. i kontynuowano do wybuchu I wojny światowej, do uzyskania realnej poprawy stanu zdrowia większości członków populacji nie wystarczy wyłącznie ingerencja państwa o charakterze medycznym. Konieczne było także wdrożenie instytucjonalnych rozwiązań społecznych.

J.P. Frank opublikował założenia swojej reformy medycyny w 1779 r.⁴⁵ Sformułował w niej szereg praktycznych postulatów, które uzasadnił pod względem teoretycznym. Wychodził z założenia, że wszystkim obywatelom państwa austriackiego przysługuje po-

45 Por. J.P. Frank, *System einer vollständigen medicinischen Policey*, Wien 1779. Kolejne wznowienia tego dzieła, złożonego ostatecznie aż z 6 tomów i 3 suplementów, ukazywały się do 1827 r., a więc już po śmierci autora, która nastąpiła w 1821 r. Dzieło J.P. Franka spotkało się w Europie z szeroką recepcją wśród lekarzy. Piszą na ten temat cytowani przeze mnie wyżej w przypisach: C. Bartel, T.N. Burg, H. Breyer, U. Frevert, E. Lesky, A. Karenberg, G. Theobald. Wszyscy autorzy niemieccy oceniają koncepcje J.P. Franka z zakresu organizacji podstaw medycyny publicznej w Austrii pozytywnie.

wszechne prawo do zdrowia, którego realizację powinno zapewnić państwo przeznaczając na ten cel odpowiedni poziom nakładów finansowych. Nakłady te miały mieć charakter stały, a nie fakultatywny (jak w działalności dobroczynnej) i powinny być ponoszone przed wystąpieniem zagrożeń związanych z chorobami, a nie dopiero po ich wystąpieniu. Ogólna struktura przedstawianego przez Franka projektu miała charakter profilaktyczny – proponowany system miał przede wszystkim zapobiegać występowaniu chorób, a dopiero później je leczyć, kiedy nie udało się już im zapobiec.

Wychodząc od podzielanej przez współczesnych mu lekarzy klinicznych obserwacji, wykazujących powstawanie epidemii w środowiskach o złym poziomie higieny, w których ludność żyła na pograniczu minimum dochodów niezbędnych do przeżycia, które w dodatku uzyskiwała w sposób niesystematyczny (z pracy dorywczej, jałmużny oraz przestępstw i prostytucji), prof. Frank postulował objęcie tych środowisk kuratelą władzy. Celem podejmowanych działań powinno być wyselekcjonowanie osób zdrowych, systematycznie uchylających się od pracy i żyjących z przestępstw lub na koszt innych. Osoby te powinny być zatrudniane przymusowo w tzw. domach pracy, w których za niewielkim wynagrodzeniem wdrażały by się do poważnego traktowania obowiązków i uzyskiwały kwalifikacje niezbędne do późniejszego zarobkowania na wolnym rynku. Ponieważ domy pracy miały być finansowane przez państwo, a cele ich istnienia miały mieć przede wszystkim charakter wychowawczo-społeczny, uzyskiwane w nich pensje pracowników nie powinny być wysokie. Prowadzona w nich produkcja nie miała być nastawiona na zysk. Ich pracownicy powinni byli samodzielnie starać się o znalezienie lepiej płatnej pracy, która zapewni im lepsze warunki życia. Drugim postulatem Franka była likwidacja panoszącego się na ulicach żebractwa. Parający się tym zawodem mieli być przenoszeni do domów pracy. W ten sposób ludzie zdrowi i zdolni do zatrudnienia mieli być przymusowo zatrudniani, przestając stanowić zagrożenie dla ogólnego stanu zdrowia populacji.

Zarówno pracownicy domów pracy, jak i wszyscy pozostali członkowie ubogich warstw społecznych, których zdrowie tego wymagało, mieli mieć zapewnioną dotowaną (lub nawet w całości opłacaną) przez państwo profesjonalną pomoc lekarską. Mieli też pozostawać pod kontrolą lekarską sprawowaną w sposób przymusowy. Lekarz zatrudniany przez państwo otrzymywał wobec pacjenta uprawnienia nadzorcze równe władzy policyjnej⁴⁶. Był przede wszystkim funkcjonariuszem państwowym, którego działalność miała na celu ochronę zdrowia całej populacji, a nie tylko poprawę samopoczucia i ewentualne wyleczenie pojedynczej osoby chorej. Tego rodzaju ujęcie relacji lekarz-pacjent występowało w prawie europejskim od czasów średniowiecza, dotyczyło jednak jedynie miast i to jedynie w trakcie epidemii. Zatrudniany w nich przez samorząd miejski lekarz urzędowy (fyzyk miejski) miał szerokie uprawnienia kontrolne mające na celu ochronę zdrowia publicznego. Frank postulował rozszerzenie tego systemu na cały obszar państwa, nie tylko na miasta, lecz także na obszary wiejskie, oraz na czas wolny od epidemii. Zalecał ciągłe funkcjonowanie przymusowego nadzoru lekarskiego nad wieloma obszarami życia publicznego, co miało doprowadzić do wzrostu skuteczności zabezpieczeń przeciwepidemicznych.

Elementy przymusu zawarte w projekcie J.P. Franka nie wiązały się z brakiem zaufania do rozumnego charakteru natury ludzkiej, co było jednym z podstawowych założeń ide-

46 Por. C.Ch. Bartel, op. cit., s. 85–87.

ologii oświecenia, lecz były raczej wyrazem jego realizmu. Lekarz ten uznawał bowiem, że nie wystarczy członków ubogich i nisko wyedukowanych warstw społecznych poinformować o zagrożeniach związanych z chorobami, ponieważ o własnych siłach (z powodu nędzy, braku nawyku systematycznej pracy i niewysokiego poziomu wiedzy ogólnej) nie będą mogli wprowadzić w życie swoim i swej rodziny zalecanych przez klinicystów prozdrowotnych i profilaktycznych modyfikacji. By realizowany przez państwo austriackie program był skuteczny, należało oprzeć go nie tylko na dobrej woli i edukacji jednostek, lecz na stworzeniu i finansowaniu instytucji, które Frank uznał za niezbędne.

Pierwszą z tych instytucji, które miały wziąć na siebie praktyczną stronę organizacji planowanego przez Franka systemu, były wydziały lekarskie austriackich uniwersytetów. Zdaniem Franka należało je zdecydowanie powiększyć, radykalnie zwiększając zarówno liczbę studentów i wykładowców. Przy uniwersytetach należało zbudować finansowane przez państwo obszerne i nowoczesne szpitale kliniczne, zapewniające studentom medycyny możliwość kształcenia się w nowoczesnym akademickim standardzie, a ubogim pacjentom możliwość uzyskania bezpłatnego leczenia.

Drugą z zalecanych przez Franka instytucji były szpitale powszechne. Szpitale te powinny być finansowane ze środków państwowych, zarówno w obszarze płac ich personelu, jak i środków niezbędnych na ich całoroczne funkcjonowanie. Szpitale te powinny zapewnić w perspektywie dostęp do leczenia klinicznego wszystkim obywatelom państwa austriackiego, w tym przede wszystkim obywatelom mniej zamożnym, którzy nie są w stanie opłacić z własnych środków prywatnej pomocy lekarskiej. Szpitale publiczne miały być lokowane we wszystkich miastach, będących siedzibą regionalnej administracji, a z czasem także w mniejszych ośrodkach miejskich. Dostęp do profesjonalnej opieki lekarskiej Frank traktował jako podstawowy element swojego systemu profilaktyki. Realną poprawę stanu zdrowia populacji, zapewniającą pomyślny stan finansów państwa i jego rozwój demograficzny (co postulowały populacjonizm i kameralizm), można było uzyskać tylko wtedy, gdy – dzięki znacznemu zwiększeniu liczby lekarzy, zdolnych podejmować pracę w rozmieszczonych na terytorium całego państwa austriackiego szpitalach – uda się wdrożyć ludność do systematycznego poddawania się badaniom lekarskim, leczenia się u lekarza także w przypadku lżejszych i nie zagrażających życiu chorób, wdrażania się przez pacjentów w reguły reżimu sanitarnego, higieny życia codziennego i podstaw wiedzy o najczęściej występujących chorobach, popularyzowanych przez lekarzy. Kontakt z lekarzami, możliwy do uzyskania w pobliżu miejsca zamieszkania, w miarę potrzeb zdrowotnych i za dostępną do możliwości zarobkowych cenę (opłaty za leczenie miały być dotowane przez państwo, a dla pacjentów przedstawiających świadectwo ubóstwa leczenie miało być darmowe) miał stanowić barierę przed samoleczeniem opartym na przesądach i zabobonach, przed korzystaniem ze szkodliwych praktyk zakorzenionych w standardzie medycyny ludowej i przed lekceważeniem własnych potrzeb zdrowotnych. Wdrożenie większości obywateli Austrii w praktykę korzystania z profesjonalnej pomocy lekarskiej było elementem walki z tzw. partactwem medycznym, tj. świadczeniem usług leczniczych bez odpowiednich uprawnień. W większości krajów europejskich członkowie warstw ubogich leczyli się wówczas sami, u ludowych uzdrowicieli lub u terapeutów bez udokumentowanych uprawnień leczniczych. Postulat Franka zapewnienia dostępu wszystkim obywatelom do opieki dyplomowanego lekarza uznać należy za jeden z najważniejszych elementów jego koncepcji profilaktyki medycznej.

Obok bezpośredniego kontaktu z dyplomowanymi lekarzami, mającego się odbywać w sposób powszechnie dostępny dla pacjentów w tworzonych i finansowanych przez państwo szpitalach, ważną ścieżką przekazu treści medycznych było postulowane przez profesora Franka upowszechnianie podstaw wiedzy medycznej w specjalnych drukowanych wydawnictwach. Miały to być przede wszystkim poradniki dla lekarzy wojskowych, napisane w przystępny sposób, których treści były możliwe do upowszechniania wśród żołnierzy, a za ich pośrednictwem wśród ich rodzin. Państwo miało także finansować broszury i czasopisma, w których powinny być popularyzowane tematy o najważniejszym znaczeniu dla zdrowia populacji. Należały do nich: zasady prowadzenia codziennego życia przez kobiety w ciąży i w połogu, zasady pielęgnacji i karmienia niemowląt, zasady dotyczące prawidłowego odżywiania, zachowywania czystości mieszkań itp. Ze względu na wysoki poziom analfabetyzmu treści zawarte w popularnych wydawnictwach medyczno-higienicznych miały być upowszechniane za pośrednictwem parafii, karczm i na jarmarkach, gdzie mogły być głośno odczytywane słuchaczom.

Elementem systemu profilaktyki medycznej J.P. Franka była także higiena komunalna, której przestrzeganie miały regulować odpowiednie przepisy państwowe i zarządzenia wydawane przez władze regionalne dla miast i wsi. Nakładały one na właścicieli posesji obowiązki związane z czystością ulic i chodników (które powinny być systematycznie sfluakiwane wodą) oraz z zapewnieniem czystości studni i ujęć wodnych. Higiena ta miała obejmować także zasady wywozu i gromadzenia śmieci, organizacji jarmarków, zakładania i prowadzenia cmentarzy itp. Przestrzeń publiczną, aby zapewnić obywatelom Austrii zabezpieczenie ich prawa do zdrowia, miała pozostawać pod stałym policyjnym nadzorem, a osoby i instytucje niepodporządkowujące się zarządzeniom higienicznym miały być karane grzywną.

W systemie profilaktyki medycznej J.P. Franka zawarte były również elementy adresowane do odbiorców prywatnych, podobne w swojej treści do występujących w tym samym czasie w innych wydawanych w Europie poradnikach medycznych. Odnosiły się do takich obszarów, jak zasady prawidłowego odżywiania, odpowiedniego do pory roku ubrania, zdrowego urządzenia mieszkania (w tym jego ogrzewania, wietrzenia itp.), właściwej organizacji dnia, z czasem na odpoczynek i sen, ćwiczeń fizycznych i ruchu, zalecenia dotyczące zachowywania czystości osobistej itp. Zalecenia te były zgodne z wiedzą medyczną epoki i na tle innych poradników, np. francuskich czy angielskich, nie wyróżniały się szczególną oryginalnością. Znaczenie dla dalszego rozwoju higieny w Europie mają przede wszystkim jego zalecenia dotyczące organizacji systemu medycyny publicznej, z ideą odgórnej ingerencji państwa podejmowanej w różnych obszarach praktycznego życia dla dobra całej populacji. Ingerencja ta miała charakter zarówno zapobiegawczy, jak i karny (kiedy rozporządzenia sanitarne nie były przez ludność przestrzegane). Projektowany przez Franka system nadzorowanej przez państwo higieny komunalnej obejmował wiele obszarów poza leczeniem⁴⁷, wiązały się one jednak z główną ideą jego koncepcji – skutecznemu zapobieganiu chorobom.

System profesora Franka został wdrożony w życie w latach osiemdziesiątych XVIII w. i przez następne dekady był rozwijany w kolejnych prowincjach monarchii habsburskiej.

47 Nadzór nad studniami, dostawami wody pitnej, organizacją i funkcjonowaniem cmentarzy, nad dystrybucją żywności, wywozem śmieci, oczyszczaniem ulic itp.

Pomimo tego, że po 1803 r. J.P. Frank nie był już związany z wiedeńskim środowiskiem klinicznym (w 1804 r. objął stanowisko kierownika Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Wileńskiego, w latach 1805–1806 był lekarzem cara Aleksandra I, a po powrocie do Wiednia w 1808 r. prowadził z powodzeniem prywatną praktykę lekarską i przygotowywał do publikacji kolejne prace, w tym wznowienia swojej pracy *System einer vollständigen medizinischen Policey*) nadal cieszył się w Austrii autorytetem. Jego koncepcja stworzenia finansowanego ze środków państwowych systemu medycyny publicznej okazała się trwałym wkładem do organizacji lecznictwa w kontynentalnej Europie, pomimo tego, że jego następcy przykładali już w swoich projektach większą uwagę do powszechnej edukacji niż do przymusu.

Profilaktyka w systemie medycyny publicznej Christopa Wilhelma Hufelanda (1762–1836)

Profesor Uniwersytetu Berlińskiego w latach 1810–1836, Christoph Wilhelm Hufeland należał za młodu do uczniów i admiratorów J.P. Franka. Przyjaźnił się z jego synem Józefem, również znakomitym klinicystą, i przez wiele lat utrzymywał korespondencję ze swoim nauczycielem. W swoich licznych publikacjach przedstawiał J.P. Franka jako autorytet, uznając go za jednego z najwybitniejszych lekarzy europejskich przełomu XVIII i XIX w. Hufeland nie zarzucił w swoim systemie profilaktyki podstawowych idei Franka, jednakże skoncentrował się na tych elementach, które były możliwe do wdrożenia w państwie pruskim – szybko, w powszechnej skali i względnie tanim kosztem.

Metafizyczne podstawy systemu profilaktyki medycznej Hufelanda wyznaczał luteranizm, z jego nastawieniem na praktykę i efektywność, które Max Weber uznał za rudymenty europejskiej moralności mieszczańskiej i ogólnie rozwoju kapitalizmu⁴⁸. Pomimo tego, że koncepcja ta spotyka się także z krytyką⁴⁹, należy uznać za zasadne występowanie w życiu społecznym luteranckich krajów Rzeszy Niemieckiej idei produktywności i efektywności, pojmowanych jako żywotne impulsy świadomości społecznej ich mieszkańców, a nie tylko elit. Reformacja jeszcze przed wystąpieniem Hufelanda łączyła przykościelną działalność charytatywną z propagowaniem użytecznej pracy, a organizacja społeczna niemieckich miast sprzyjała wdrażaniu ich mieszkańców w system przewidzianych dla nich obowiązków. Wokół Kościoła protestanckiego rozwinęły się, i to nie tylko w miastach, liczne instytucje opiekuńcze, sprawujące opiekę nad dorosłymi i dziećmi. Prowadzona w nich była także działalność edukacyjna w kwestiach zdrowotnych, podobnie jak w luteranckich parafiach. Rozwinięte było szkolnictwo elementarne, a analfabetyzm w miastach w XVIII w. był już w zaniku we wszystkich warstwach społecznych, a wśród zamożniejszych mieszkańców nie występował także na wsi. Hufeland był praktykującym luteraninem, a zarazem prominentnym funkcjonariuszem pruskiego państwa⁵⁰ i łączył w swojej postawie wobec problemów społecznych impulsy wyprowadzane z religii, którą

48 Por. M. Weber, *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, tłum. J. Miziński, Lublin 1994.

49 Tezy Webera podważa np. wielu uczonych włoskich i francuskich, uważając je za przesadne i poszukując genezy kapitalizmu w aktywności gospodarczej miast średniowiecznych głównie z rejonu Morza Śródziemnego, zamieszkałych przez katolików.

50 Por. *Wegbereiter der modernen Medizin. Jenaer Mediziner aus drei Jahrhunderten – von Loder und Hufeland zu Rösse und Brednow*, red. Ch. Fleck, V. Hesse, G. Wagner, Jena, Quedlinburg 2004, s. 81–97.

wyznawał, z koncepcjami polityki społecznej, na którą aktywnie pragnął wpływać jako lekarz i obywatel⁵¹.

Obywatelskie zaangażowanie Hufelanda miało prominentny charakter – jego poglądy kształtowały się w kręgu elity intelektualnej kilku państw niemieckich⁵² i wśród najwyższych kręgów władzy (sprawował funkcję lekarza przybocznego króla Prus)⁵³. Jego społeczne zaangażowanie było wyrazem postawy życiowej intelektualisty, pragnącego wywierać wpływ na świadomość społeczną i życie publiczne⁵⁴. Filozoficzną podstawą poglądów medycznych Hufelanda był umiarkowany sceptycyzm, akceptowany przez ówczesnych klinicystów-somatyków jako podstawa reformy teorii i praktyki medycyny⁵⁵. Antropologia Hufelanda kładła duży nacisk na jednostkową wolność i odpowiedzialność. Lekarz ten wierzył, że dzięki właściwej edukacji człowiek może prawidłowo pokierować swoim życiem, zachowując dobre zdrowie, co umożliwi mu osiągnięcie celów życiowych i ogólnej satysfakcji. Hufeland pojmował jednostkę jako zrodzoną w społeczeństwie, od którego otrzymywała umożliwiający przeżycie różne formy wsparcia. Otrzymywała je przede wszystkim od rodziny, lecz także od państwa (m.in. za pośrednictwem systemu edukacji oraz prawa), zapewniającego osobiste bezpieczeństwo i określającego warunki działalności gospodarczej umożliwiającej zarobkowanie. W związku z tym człowiek wchodził ze środowiskiem społecznym, w którym żył, w sieć zobowiązań. Ponieważ czerpał z tego systemu określone świadczenia, był zobowiązany do działania na rzecz innych. Otrzymywał wsparcie w dzieciństwie i starości, za to w latach dojrzałości życiowej powinien udzielać wsparcia innym, zarówno swoim dzieciom i rodzinie, jak i innym obywatelom państwa. Koncepcja Hufelanda wpisywała się w pedagogikę społeczną oświecenia, pojmując jednostkę jako zdolną do aktywnego kształtowania swojej biografii, a nie ulegającą deterministycznym zależnościom.

Hufeland uznawał choroby za związane z wpływem naturalnego otoczenia na ludzki organizm, a także za wynik nieprawidłowego postępowania człowieka, który lekceważył racjonalne zalecenia lekarzy i ignorował współczesny stan wiedzy, która była mu teoretycznie dostępna. Człowiek powinien samodzielnie starać się uzyskać wiedzę dotyczącą potencjalnych zagrożeń, czytając skierowane do niego publikacje, jak również nawiązując kontakt z lekarzem. Choroba przestawała być w tym ujęciu zdarzeniem nieuchronnym, a stawała się skutkiem błędnego postępowania chorego lub zbiegu niekorzystnych okoliczności, które można było w praktyce zmienić. Ludzkie życie postrzegane było przez Hufelanda jako dar, którym można i należy w sposób rozsądny gospodarować, a nie poddawać się zrzędzeniom losu. Nieuchronna była tylko ludzka śmierć, ale i jej perspektywę można było oddalić. Główną tezę antropologii medycznej Hufelanda było dążenie do poprawy jakości ludzkiego życia i przedłużenie jego trwania⁵⁶, co miało się dokonać przez wdrożenie racjonalnie za-

51 Por. K. Pfeifer, *Medizin der Goethezeit. Christoph Wilhelm Hufeland und die Heilkunst des 19 Jahrhunderts*, Köln, Weimar, Wien 2000, s. 146–192.

52 Por. S. Goldmann, *Christoph Wilhelm Hufeland im Goethekreis. Eine psychoanalytische Studie zur Autobiographie und ihrer Topik*, Stuttgart 1993, s. 135–205.

53 *Biographisches Lexicon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*, t. 3, München, Berlin 1962, s. 329–333.; K. Pfeifer, *Christoph Wilhelm Hufeland. Mensch und Werk*, Halle (Saale) 1968.

54 Por. Ch.W. Hufeland, *Arzt und Volkserzieher. Mit einem Vorwort von Prof. H. Radetzky*, Berlin br.; W. von Brunn, *Hufeland. Leibarzt und Volkserzieher. Selbstbiographie von Christoph Wilhelm Hufeland*, Stuttgart 1937.

55 Por. B. Plonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 264–272.

56 Por. W. Genschorek, *Christoph Wilhelm Hufeland. Der Arzt, der das Leben verlängern half*, Leipzig 1976.

planowanego systemu higieny społecznej⁵⁷, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia dbałości o stan zdrowia i przeżywalność dzieci⁵⁸, których w ówczesnych rodzinach rodziło się wprawdzie dużo, lecz z których wiek dojrzały osiągała znacznie mniej niż połowa.

Przedstawione powyżej podstawy metafizyczne, filozoficzne i antropologiczne określały kontekst poglądów medycznych Hufelanda, które tworzyły razem spójny system. Były one zasadniczo tożsame ze standardem Starszej Szkoły Wiedeńskiej, opartym na patologii humoralnej, który berliński klinicysta starał się w trakcie własnej praktyki akademickiej modyfikować. Stawiał sobie za cel poznanie procesów biologicznych i chemicznych, toczących się w ludzkim organizmie, które ze stanu prawidłowego przechodzą w patologiczny pod wpływem różnych czynników środowiskowych. Ponieważ w latach jego praktyki uniwersyteckiej skuteczność terapii była jeszcze dość ograniczona, w zaprojektowanym programie reform medycznych postawił na profilaktykę. Jej zasady miały być przede wszystkim upowszechniane przez lekarzy, którzy po zakończeniu studiów powinni byli kształcić się ustawicznie, zapoznając się ze stale zmieniającym się standardem medycyny. Wydawał dla nich cieszący się dużą renomą periodyk specjalistyczny „Hufelands Journal für Heilkunde”, który przez prawie 40 lat był jednym z najpoważniejszych niemieckich czasopism medycznych.

W systemie reform medycznych zaprojektowanym przez profesora Hufelanda profilaktyka odgrywała podstawową rolę. Uczony ten uważał, że nie wystarczy jedynie tworzyć dla społeczeństwa finansowane z kasy państwowej publiczne szpitale i wprowadzić nadzór policyjny nad higieną publiczną oraz zachowaniami ludzi należących do grup ryzyka (uchylających się od pracy bezrobotnych, włóczęgów, żebraków, prostytutek), co było istotą programu J.P. Franka. Uznał, że w państwie pruskim te dwa aspekty polityki społecznej powinny zostać uzupełnione przez szeroko zakrojoną działalność edukacyjną, kształtującą postawy zdrowotne obywateli w nowy sposób. Wiedza miała poprzedzać praktykę, przy czym miała być powszechnie dostępna. Swoją koncepcję profilaktyki Hufeland nazwał mianem makrobiotyki⁵⁹. Lekarz ten uznawał, że człowiek może i powinien opanować swą fizyczność, podporządkowując ją reżimowi sanitarnemu i racjonalnym, zgodnym z najnowszą wiedzą zaleceniom lekarzy. Aby uczynić swoje życie efektywnym, spełnionym i szczęśliwym, człowiek powinien aktywnie zabiegać o swoje zdrowie. Podobnie jak Frank, Hufeland uważał, że człowiek ma prawo do zdrowia, a państwo powinno mu pomagać w jego zachowaniu przez działania instytucjonalne i zapewnienie ich stałego i odpowiedniego do potrzeb finansowania. Wyżej stawiał zapobieganie chorobom, niż cierpliwe znoszenie ich objawów i skutków, tym bardziej wtedy, gdy choroby te były możliwe do uniknięcia. Uzyskanie wiedzy w kwestiach zdrowotnych uważał nie tylko za prawo, lecz za moralny obowiązek człowieka. Tylko będąc w dobrym stanie zdrowia człowiek jest bowiem zdolny wypełnić swoje zobowiązania społeczne.

Makrobiotyka Hufelanda składała się z części teoretycznej i praktycznej. W pierwszej autor przedstawiał teoretyczne uzasadnienie swojego systemu, natomiast w drugiej – konkretne wskazania praktyczne. Racjonalną dbałość o zdrowie opartą na wiedzy porównywał do takich dziedzin, jak hodowla i rolnictwo, w których od tysięcy lat człowiek

57 Por. N. Schönfeld, *Beiträge zum ideengeschichtlichen Hintergrund der „Makrobiotik“ von Christoph Wilhelm Hufeland*, Berlin 1988.

58 Por. M.K. Blumenstock, *Hufeland und Pädiatrie*, München 1972.

59 Por. Ch.W. Hufeland, *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Makrobiotik*, Jena 1797.

nie pozostawia niczego przypadkowi, lecz stara się podporządkowywać je swoim celom. Tak samo dbając o zdrowie, zachowuje się racjonalnie i moralnie, a przede wszystkim efektywnie, nie tylko ze względu na swoje osobiste interesy, lecz także ze względu na dobro całego gatunku ludzkiego i dobro wspólnoty, w której żyje (rodzina, społeczność lokalna, państwo). Ponieważ zachowania zdrowotne jednostek mają istotne znaczenie dla zdrowia zbiorowości, Hufeland podobnie jak Frank uznawał przymus w egzekwowaniu zarządzeń sanitarno-zdrowotnych za uzasadniony. Jego stosowanie odbywa się bowiem zgodnie z interesem publicznym i dla zachowania zdrowia publicznego. Część praktyczną książki Hufelanda tworzą dwa rozdziały. Pierwszy z nich przedstawia czynniki prowadzące do skrócenia ludzkiego życia, które realnie w społeczeństwie występują, natomiast drugi ma charakter postulatyczny i omawia czynniki, których wprowadzenie w praktyce może umożliwić poprawę jakości ludzkiego życia i jego przedłużenie.

Czynniki wiodące do skrócenia ludzkiego życia Hufeland dzieli na związane ze stylem życia oraz z wiekiem i ogólną kondycją organizmu i typowymi schorzeniami charakterystycznymi dla kolejnych okresów życia człowieka. Są to, po pierwsze, błędy związane z nieprawidłowym wychowaniem dzieci i młodzieży – brak pozytywnych bodźców edukacyjnych, kształtujących osobowość i zdolność przystosowania się do wymogów życia oraz obfitość bodźców niestosownych do wieku. Powoduje to nadmierne wydelikacenie dzieci, ich nadwrażliwość, lenistwo, koncentrowanie się na poszukiwaniu zabaw i przyjemności. Dzieciństwo i młodość powinny wg Hufelanda przebiegać spokojnie, pod życzliwym i rozsądnym nadzorem rodziców i opiekunów. Dziecko i młodzieniec powinni być stopniowo wdrażani do obowiązków, które należy przedstawiać jako naturalne i wypełniające sens ludzkiej egzystencji, jakim jest efektywność i pożytek. Racjonalne wychowanie dziewcząt powinno wdrażać je do małżeństwa i macierzyństwa, natomiast chłopców do pracy i służby państwowej. Racjonalne wychowanie powinno być podstawą do wdrożenia dorastającego człowieka w reżim samokontroli, który powinien traktować jako naturalny dla ludzi wykształconych, którzy korzystają ze zdobytej wiedzy dla zwiększenia efektywności swych działań i unikania potencjalnych zagrożeń.

Za czynniki prowadzące do chorób w dorosłym życiu Hufeland uznał niezdolność do opanowania emocji, powodującą możliwość wystąpienia zaburzeń psychicznych i wielu chorób somatycznych. Jest to przede wszystkim miłość, której nadmierne przeżywanie może prowadzić do choroby, a nawet samobójstwa⁶⁰. Zagrożenie związane z fizyczną stroną miłości stanowi także korzystanie z usług prostytutek, które grozi zarażeniem chorobą weneryczną. Inną emocją występującą w wieku dorosłym jest pycha, powodująca np. nadmierne dążenie do sukcesów, zarówno w pomnażaniu majątku, jak i na innych polach, np. artystycznym. Człowiek opanowany żądzą sławy, bogactwa i prestiżu nadmiernie eksploatuje swoje siły, co nieuchronnie prowadzi do choroby. Hufeland dostrzega także inne zagrożenia związane ze stylem życia, takie jak: zamieszkiwanie w dużym zagęszczeniu, wykonywanie zbyt ciężkiej pracy czy oddawanie się zbyt wielu miejskim rozrywkom. Zaburzają one równowagę organizmu, prowadząc do chorób. Jako przyczyny chorób Hufeland wymienia także hipochondrię, lękliwość, nadmierne rozbudowane poczucie winy i wiele innych stanów

60 Należy tu przypomnieć, że w czasach pisania przez Hufelanda jego *Makrobiotyki* przez Europę przetaczała się moda romantycznych samobójstw, podejmowanych na podłożu nieszczęśliwej miłości. Modę tę zainicjowały *Cierpienia młodego Wertera* J.W. Goethego, które stały się powszechną lekturą europejskiej warstwy średniej.

psychicznych, utrudniających korzystanie z radości życia i poddanie jego przebiegu racjonalnej samokontroli. Berliński klinicysta za podstawową przyczynę chorób w każdym wieku uważa nieprawidłowe odżywianie i brak reżimu sanitarnego w przygotowywaniu i przechowywaniu produktów spożywczych. Najczęstszą przyczyną zgonów była bowiem w jego czasach biegunka, której zachowując odpowiedni poziom higieny można było zapobiegać. Inną przyczyną chorób związaną z pokarmami i napojami jest nadużywanie napojów alkoholowych, prowadzące osobę pijącą do nałogu lub zatrucia, a jej rodzinę do nędzy.

Do społecznych przyczyn chorób w wieku starszym i sędziwym Hufeland zaliczał uleganie nałogom, wykazywanie nadmiernej aktywności niedostosowanej do wieku i sił, a także hipochondrię i izolację. Także w ostatniej fazie życia człowiek powinien zachowywać nad nim racjonalną kontrolę, przyjmować z pogodą ducha nieuchronnie zachodzące zmiany i przygotować się na śmierć, traktowaną jako uwieńczenie godnie i efektywnie przeżytego życia.

Wychodząc od opisu czynników uznawanych za zagrażające zachowaniu zdrowia, Hufeland formułuje w dalszej części książki *Makrobiotyka* program pozytywny, przedstawiając zalecenia związane ze stylem życia, które mogą poprawić jego jakość, a przede wszystkim je przedłużyć. Za najważniejszy element tego programu Hufeland uważa dobry stan psychiki, będący rezultatem samowychowania, opanowania nadmiernych namiętności, nieulegania apatii ani melancholii. Pożądany wg niego stan ludzkiej psychiki, umożliwiający przedłużone życie, cechować powinny optymizm i aktywizm, poczucie związku ze społeczeństwem, a zarazem osobowej wolności. Kolejnym czynnikiem w jego systemie profilaktycznym była aktywność fizyczna, dbałość o dobrą kondycję, odpowiednia do potrzeb ilość snu i prawidłowe odżywianie – czyste, urozmaicone i niezbyt obfite. Hufeland zalecał przede wszystkim ruch na świeżym powietrzu, w stosownie dobranym ubraniu, nie przeciążający jednak organizmu. Zalecał również podróże. Ważnym czynnikiem w jego systemie profilaktycznym było też czytelnictwo. Miało ono prowadzić do uniknięcia koncentrowania się tylko na własnych problemach (w tym chorobach), kształtować otwartą postawę wobec świata, a przede wszystkim umożliwiać poszerzanie wiedzy.

System profilaktyki Hufelanda można podsumować jako koncepcję łączącą reżim higieniczny, samokontrolę emocji, poszerzanie horyzontów poznawczych, kształtowanie zaangażowanej i opartej na wartościach społecznych postawy wobec świata, samowychowanie do obowiązków, traktowanych nie jako uciążliwe, lecz jako naturalne aspekty ludzkiej codziennej aktywności. W tym kontekście dopiero możliwe jest efektywne wdrażanie zaleceń lekarskich dotyczących racjonalnej diety, profilaktyki chorób (w tym szczepień przeciw ospie) i szeregu innych zaleceń o charakterze ściśle medycznym. Ich systematyczne stosowanie przez jednostki prowadzić będzie do zamierzonego efektu w skali populacji. Będzie to możliwe tylko wtedy, gdy świadomość zdrowotna będzie współkształtowana przez czynniki metafizyczne, etyczne, moralne i społeczne. Człowiek będzie pragnął być zdrowy nie tylko dlatego, by uniknąć bólu i cierpienia, lecz aby zachować zdolność realizacji swoich celów życiowych i być zdolnym sprostać obowiązkowi, które do niego należą⁶¹.

61 Szczegółowe omówienie postulatów profilaktycznych Hufelanda por.: J. Stacherzak, *Makrobiotyka Ch.W. Hufelanda i ortobiotyka J.Ch. Heinrotha – dwie koncepcje człowieka, dwa modele medycyny*. Praca magisterska powstała w Katedrze Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego pod kierunkiem B. Płonki-Syroki, Wrocław 2005. Por. też: J. Stacherzak, *Człowiek i medycyna w koncepcji makrobiotyki Ch.W. Hufelanda*, [w:] *Medycyna i Okolice*, t. 1, red. B. Płonka-Syroka, A. Paluch, Wrocław 2006, s. 81–102.

Recepcja systemu profilaktyki medycznej zaproponowanego w 1797 r. przez Hufelanda miała charakter przełomowy dla dalszego kształtowania się świadomości zdrowotnej społeczeństwa w wielu państwach Rzeszy Niemieckiej, nie tylko w Prusach. System ten był popularny jednak przede wszystkim w kręgu języka niemieckiego⁶², a decydowało o tym nie tylko podejmowanie przez jego autora interesujących niemieckich czytelników kwestii i ich analizowanie zgodne z wyznaniem luterańskim, lecz również elegancki język, którym Hufeland się posługiwał. Jego książki ukazywały się w masowych nakładach nie tylko w pierwszej, lecz także w drugiej połowie XIX w., i dopiero w latach osiemdziesiątych tego stulecia zostały zastąpione przez prace innych autorów, uwzględniające już standard bakteriologii. O sukcesie systemu profilaktycznego berlińskiego klinicysty wśród niemieckich czytelników zadecydowała jego zgodność z powszechnie akceptowanymi w społeczeństwie niemieckim regułami moralności, a także wiara w to, że zastosowanie się do wskazań zalecanych przez ich autora rzeczywiście przyczyni się do zapobieżenia chorobom. Wierzano także w aktywną rolę państwa w realizację prawa do zdrowia, która była w państwach niemieckich po 1848 r. coraz pełniej wdrażana w życie, a nakłady na ten cel były najlepiej zaplanowane, a po 1883 r. najwyższe w ówczesnym świecie. Władze państw niemieckich znajdowały w ukierunkowanej na samokontrolę i etycznie podbudowanej profilaktyce Hufelanda cenne uzupełnienie instytucjonalnej polityki zdrowotnej.

Koncepcje profilaktyczne Hufelanda wywarły wpływ także na świadomość czytelników polskich. W okresie rozbiorowym pierwsze przekłady jego prac zostały opublikowane w zaborach pruskim i austriackim⁶³. Kolejne ukazywały się także w Księstwie Warszawskim⁶⁴ i Królestwie Polskim⁶⁵, przed⁶⁶ i po powstaniu styczniowym⁶⁷, a ich autor uznawany był przez wielu polskich lekarzy za jeden z autorytetów medycyny klinicznej swoich czasów.

- 62 W innych krajach europejskich popularyzowały się poglądy rodzimych autorów, wydawane w poradnikach publikowanych w rodzimych językach. Ponieważ profilaktyka Hufelanda miała charakter prywatny i była kierowana do indywidualnego czytelnika, jego książki nie zyskały poza Rzeszą Niemiecką takiej recepcji jak prace J.P. Franka, do których odnosił się twórcy lokalnych systemów publicznej opieki medycznej, czerpiąc z nich inspiracje o charakterze instytucjonalnym.
- 63 Por. Ch.W. Hufeland, *Sztuka przedłużania życia ludzkiego przez Krzysztofa Wilhelma Hufelanda w języku niemieckim napisana, a na język polski przez Jana Baudouina przełożona nakładem tłumacza*, t. 1-2, Warszawa 1800–1801; idem, *Prawidła zdrowego i długiego życia, krótkie zebranie większego tegoż tytułu dzieła niemieckiego Hufelanda. Przydane są przedniejsze paragrafy z doświadczonych sposobów zdrowego i długiego życia D. Kornana i Benjamina Franklina, nieomyłne sposoby bogacenia się czyli pierwszej ubogi, a teraz dobrze się mający Rychard, z angielskiego*, Lwów 1800.
- 64 Por. Ch.W. Hufeland, *Dobra rada dla matek względem najważniejszych podstaw fizycznego wychowania dzieci w pierwszych 7 latach. Na polski język przełożona przez Tomasza Szumskiego*, Wrocław 1810; idem, *Apteczka domowa podróżna. Wyjątek z książki tego sławnego doktora p.t. Sztuka długiego życia*, Łowicz 1811.
- 65 Por. Ch.W. Hufeland, *Zasady moralnego i fizycznego wychowania młodzieży płci żeńskiej*, przez Krzysztofa Wilhelma Hufelanda napisane, z niemieckiego na język polski przełożone. Dzieło przez Komisję rządową wyznań religijnych i oświecenia publicznego za użyteczne uznano, Warszawa 1824; idem, *Makrobiotyka czyli sztuka przedłużania życia ludzkiego, dzieło w dwóch częściach, tłumaczone z języka niemieckiego przez Tomasza Krauze*, Warszawa 1828.
- 66 Por. Ch.W. Hufeland, *Najtańszy lekarz domowy, czyli najprędsze i najlepsze środki ratowania siebie i drugich bez pomocy lekarza tylko urządzeniem 500 środków domowych i domowej apteczki, przystępny dla każdego, a osobliwie dla tych, którzy nie mogą prędko osiągnąć pomocy lekarskiej lub mieszkają za daleko od aptek. Ułożono alfabetycznie podług najlepszych dzieł*, Lwów 1861; idem, *500 środków domowych, czyli najtańszy lekarz – wraz z przepisem urządzenia apteczki domowej*, Warszawa 1861.
- 67 Por. Ch.W. Hufeland, *500 domowych środków, czyli najtańszy lekarz – wraz z przepisem urządzenia apteczki domowej*, wyd. 2, Warszawa 1877; idem, *Trzy główne środki sztuki leczenia z pism C.W. Hufelanda*, tłum. Konrad Dobrski, „Klinika” t. 5, 1870, s. 96 (Dodatek).

Podsumowanie

Omawiane w niniejszym artykule koncepcje profilaktyki medycznej miały odmienny charakter i adresata. Pierwsza z nich, stworzona przez prof. J.P. Franka, miała przede wszystkim charakter instytucjonalny, tworzyła rozbudowany i systematycznie zaplanowany projekt organizacji stosunków zdrowotnych w państwie, finansowany ze środków publicznych, regulowany przez prawo państwowe i nadzorowany przez policję. Druga z omawianych koncepcji, stworzona przez prof. Ch.W. Hufelanda, miała przede wszystkim charakter profilaktyki indywidualnej.

Stworzony przez pierwszego z autorów system miał stanowić ramy dla nowego kształtowania świadomości potocznej w kwestiach zdrowia i choroby, której zasady opisał drugi z nich. Bez działań instytucjonalnych, zaprojektowanych przez Franka, ukierunkowanych na zapewnienie wszystkim obywatelom (w pewnej perspektywie czasowej) dostępu do profesjonalnej opieki lekarskiej i bez objęcia całego terytorium kraju nadzorem sanitarno-higienicznym, najlepiej nawet sformułowane indywidualne zasady profilaktyczne nie mogłyby przynieść zakładanych rezultatów w skali społecznej. Indywidualną profilaktykę byłoby bowiem zdolni wdrażać tylko obywatele o wyższych dochodach. Oba projekty należy uznać w związku z tym za komplementarne.

Za największą zasługę Franka uznać należy jego koncepcję powszechnego prawa do zdrowia, a Hufelanda – powiązanie chorób z wadliwym stylem życia, który człowiek może skutecznie modyfikować, unikając chorób i wydłużając czas trwania życia.

Obie analizowane koncepcje opierały się na rachunku strat i zysków. Zarówno państwo, jak i indywidualny jego obywatel, w celu zachowania dobrego zdrowia powinni byli wdrożyć pewne rodzaje praktyki i ponieść związane z tym koszty. Jednak osiągnięcie w rezultacie efekt uznawany był przez ich autorów za wart tych nakładów. Poprawiając warunki życia jednostek i zapewniając szeroki dostęp całej populacji do systemu publicznych świadczeń medycznych i prozdrowotnej edukacji, władze państwowe mogły osiągnąć swoje najważniejsze cele. Ograniczenie chorób epidemicznych mogło przełożyć się bowiem na stały wzrost liczebności populacji, wydłużenie życia umożliwiło wzrost kwalifikacji pracowników i poprawę wydajności ich pracy, skutkiem czego następował wzrost dochodów pracodawców, pracowników i państwa (dzięki podatkom). Opierając swój styl życia na samokontroli i unikając zachowań uznawanych przez lekarzy za zdolne wywołać choroby, indywidualny adresat zaleceń profilaktycznych mógł ograniczyć możliwe do uniknięcia cierpienie, a także inne skutki chorób, a dłużej żyjąc mógł skutecznie kształtować swoją biografię, osiągając zakładane cele życiowe i zyskując satysfakcję z własnych dokonań.

Bibliografia

Literatura przedmiotu

Bartel C., *Medizinische Polizey*, Frankfurt am Main 1989.

Breyer H., *Johann Peter Frank: „Fürst unter den Ärzten Europas“*, Leipzig 1983.

Cohen F., *Die zweite Erschaffung der Welt. Wie die moderne Naturwissenschaft entstand*, Frankfurt am Main, New York 2010.

- Frevert U., *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.
- Genschorek W., *Christoph Wilhelm Hufeland: der Arzt, der das Leben verlängern half*, Leipzig 1977.
- Goldmann S., *Christoph Wilhelm Hufeland im Goethekreis*, Stuttgart 1993.
- Hess V., *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Husum 1993.
- Huercamp C., *Der Aufsteig der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preussen*, Göttingen 1985.
- Karenberg A., *Lernen an Bett der Kranken. Die frühen Universitätskliniken in Deutschland (1740–1840)*, Stuttgart 1997.
- Mann G., *Christoph Wilhelm Hufeland: Gesundheit und Krankheit im Wochenspiegel von „Lebenskraft“ und Naturgesetzlichkeit*, [w:] *Preventive Medizin*, red. P. Scholmerich, U. Thiele, J. Troschke, Stuttgart, New York 1988, s. 11–29.
- Medical Theory and Therapeutic Practice in Eighteenth Century. A Transatlantic Perspective*, red. J. Helm, R. Wilson, Stuttgart 2008.
- Pfeifer K., *Medizin der Goethezeit. Ch.W. Hufeland (1762–1836) und die Heilkunst des 18. Jahrhunderts*, Köln 2000.
- Płonka-Syroka B., *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007.
- Płonka-Syroka B., *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] *Czystość i brud. Higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2015, s. 307–328.
- Płonka-Syroka B., *Koncepcja profilaktyki medycznej Christopa Wilhelma Hufelanda w kontekście historyczno-porównawczym*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa 2016, s. 342–423.
- Probst C.P., *Johann Peter Frank als Arzt am Krankenbett*, „Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften” t. 59, 1975, s. 20–53.
- Rimpler M., *Hufeland – Leistungverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen*, Stuttgart 2005.
- The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, red. A. Cunningham, R. French Cambridge 1990.

Źródła

- Frank J.P., *System einer vollständigen medicinischen Policey*, Wien 1779.
- Hufeland C.W., *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Makrobiotik*, Jena 1797.

Prof. dr hab. **BOŻENA PŁONKA-SYROKA**, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Jest autorką 4 książek, ok. 140 artykułów i rozdziałów w monografiach, redaktorem naukowym 11 serii wydawniczych (w których ukazało się ok. 100 tomów), członkiem redakcji czasopisma „Medycyna Nowożytna” wydawanego przez IHN PAN. Jest promotorem 3 prac doktorskich i ok. 150 prac magisterskich

i licencjackich z historii medycyny i farmacji i historii XIX wieku. Jest absolwentką studiów historycznych na Uniwersytecie Wrocławskim (1980 r.). E-mail: bozena.plonka-syroka@umed.wroc.pl