

# Wybrane problemy historii medycyny. W kręgu epistemologii i praktyki

pod redakcją

Anity Magowskiej, Katarzyny Pękackiej–Falkowskiej i Michała Oweckiego

Wydawnictwo Kontekst  
Poznań 2020



**Jarosław Barański**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: 0000-0001-5670-9391

email: jaroslaw.baranski@umed.wroc.pl

**Agata Strzdała**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-3465-8025

## Odkrycie Ignacego P. Semmelweisa w kontekście rozważań epistemologicznych Stanisława Trzebińskiego\*

**Streszczenie.** Rozwój praktyk lekarskich nie zawsze wynika bezpośrednio z zastanych teorii medycznych, przełom poznawczy wynikać może z terapeutycznej skuteczności nowych praktyk, które stać się mogą przyczynkiem do formułowania konkurencyjnych teorii opisujących związki przyczynowo-skutkowe odpowiedzialne za procesy leczenia. Przykładem takiego zjawiska jest odkrycie Ignacego Semmelweisa dotyczące etiologii gorączki połogowej, wykazujące, że w jej zapobieganiu fundamentalne znaczenie ma mycie rąk wodą chlorowaną. Celem artykułu jest analiza działalności Semmelweisa w świetle epistemologicznych rozważań Stanisława Trzebińskiego, które odnoszą się do ustanowienia faktu naukowego. Trzebiński wskazywał na rolę absurdu i nieciągłości jako istotnych elementów procesu poznawczego, skutkującego przełomowymi dokonaniem w dziedzinie leczenia. Niezgodność uznanej teorii i nowej a skutecznej praktyki wywołuje napięcie prowadzące do przełamania dotychczasowych struktur poznawczych, jednak nie odbywa się to bez oporu ze strony środowiska medycznego, przywiązanego do obowiązującego modelu choroby i postępowania terapeutycznego. Analiza ta dowodzi, że nieciągłości w rozwoju teorii i praktyk medycznych wynikają z presji leczniczej oraz są warunkiem racjonalności medycyny opartej na sprawdzonych metodach zapobiegawczych i leczniczych, korzystnych dla pacjenta.

### Wprowadzenie

Epistemologiczne uwagi dotyczące naukowego faktu, faktu klinicznego, wypowiedział już u schyłku XIX wieku Zygmunt Kramsztyk w „Krytyce lekarskiej”, pisząc, iż to one są podstawami myślenia naukowego i z nich wyrastają teorie. Istnieją bowiem dwie, owych faktów, postaci: postać opisowa i postać ustalająca związek przyczynowy. Pierwszy typ faktów stwierdza istnienie zjawiska, nie wyjaśniając jego istnienia, stawiając jednocześnie

---

\* Praca zrealizowana w ramach tematu statutowego nr SUB.A150.20.001.

problem, który wymaga rozwiązania. Drugi zaś ustala – w sposób prosty – związki przyczynowe między określonymi (i tylko tymi) zjawiskami. Ustalenie tego faktu możliwe jest za sprawą nowej metody, jak i dzięki umysłowi samodzielniemu, o cechach genialności, który te metodę potrafi wynaleźć. Tym niemniej, twierdzi Kramsztyk:

człowiek nie patrzy na fakt nowy nieuprzedzonymi, nowonarodzonymi oczyma, ale patrzy i postrzega umysłem, który ma liczne wiadomości, teorie i uprzedzenia i świat widzi w barwie tych swoich teorii i uprzedzeń<sup>1</sup>.

Jest w swoich sądach nadto zależny od własnych mistrzów<sup>2</sup>, wprost: od dotychczasowych koncepcji, przeświadczeń i wyobrażeń.

Bliski tej perspektywie był również Władysław Biegański, gdy w *Logice medycyny* (1908) zauważył, że niektóre fakty obserwacyjne (opisowe, spostrzeżeniowe) nie budzą wątpliwości, jak choćby znoszenie bólu przez morfinę. I choć nie są wyprowadzone z prawd teoretycznych, należą do nauki stosowanej jako empiryczne uogólnienia dotyczące nieznannej, jednak stwierdzanej zależności przyczynowo–skutkowej. Tym faktom „przypisujemy byt rzeczywisty”<sup>3</sup>, posiadając w umyśle przeświadczenie pewności ich istnienia. Bywa jednak, że postrzegamy fakt nieistniejący, także nie dostrzegając istniejącego. Biegański tłumaczy to jedynie psychologicznie: jako konsekwencję braku uwagi, wcześniejszych uprzedzeń ukierunkowujących percepcję bądź emocji. Wtedy spostrzeżenie zjawiska nie jest już prostym stwierdzeniem istnienia, a to ostatnie zależy od przebiegu percepcji. Zakłada jednak, że tych „ubocznych względów” należy się wystrzegać, dążąc do samej prawdy. Widzi w nich jedynie element zakłócający, sprzyjający błędnemu poznaniu, nie uwzględniając ich heurystycznej roli.

Owe uprzedzenia oraz środowiskowy wymiar uprawiania nauki były przedmiotem badań Ludwika Flecka, który twierdził, że w poznaniu medycznym wchodzi w „grę wiele nieuchwytnych ze strony logiki imponderabiliów, które pozwalają przewidzieć, niejako przeczuć bieg zagadnień i idei, które stanowią o rozwoju danej dziedziny myśli i stwarzają właściwy epoki styl jej”<sup>4</sup>. Dla Flecka dominujące w środowisku lekarskim poglądy są konsekwencją stylowego przymusu myślenia<sup>5</sup>, a odmienne wyjaśnienia lub wskazania lecznicze są wynikiem zmiany stylu myślenia, jego nastroju i oceny, co pozwala zrozumieć, „dlaczego zjawisko, dostępne wszystkim, zaobserwowane zostało w danej chwili po raz pierwszy i to prawie równocześnie przez kilku badaczy”<sup>6</sup>.

Pomiędzy Kramsztykiem, Biegańskim a Fleckiem sytuuje się myśl Stanisława Trzebińskiego, profesora Uniwersytetu Wileńskiego im. Stefana Batorego, przedstawiciela „młod-

---

<sup>1</sup> Kramsztyk, 1898, s. 32.

<sup>2</sup> Ibid., s. 31.

<sup>3</sup> Biegański, 1908, s. 30.

<sup>4</sup> Fleck, 1927, s. 57

<sup>5</sup> Fleck, 1986, s. 132.

<sup>6</sup> Fleck, 1927, s. 57.

szej” polskiej szkoły filozofii medycyny<sup>7</sup>, a zakładająca, że w medycynie fakt naukowy lub kliniczny może przybierać postać absurdu, który jest momentem jej rozwoju wynikającym przede wszystkim z presji leczniczej, aby odnaleźć środek leczniczy nawet wbrew uzasadnieniom teoretycznym: „absurd ten jednak przeważnie nie jest absurdem właściwym, tylko pozornym, a więc nie błędem logicznym, lecz tylko paradoksem w stosunku do poglądów przeważających w danym czasie”<sup>8</sup>; tych poglądów, które przez oczywistość ich akceptacji w środowisku lekarskim stają się dogmatem teoretycznym. Słuszność sądu, który ustala fakt, według Trzebińskiego, jest historycznie i społecznie warunkowana.

Społeczne, polityczne i kulturowe uwikłania rozwoju teorii naukowych były później podejmowane z różnych perspektyw filozoficznych przez wielu szerzej znanych badaczy: Thomasa Samuela Khuna, Stefana Amsterdamskiego czy Michela Foucaulta<sup>9</sup>. Alfred Louis Kroeber, na przykład, odrzucał tezę o jednokierunkowym, linearnym postępie jako o modelu zmienności kultury. Wskazywał, że zrywanie ciągłości jest momentem procesu twórczego, napędzającym rozwój kultury i prowadzącym ją na nowe tory. Odnosząc się do efektu zaskoczenia łączącego się z przełomowymi, określanymi jako genialne, odkryciami naukowymi, pisał: „kiedy bada się osiągnięcia naukowe [w] ich całościowym profilu historycznym, okazuje się, że powstają one zrywami, w sposób wybuchowy, zupełnie podobnie jak w filozofii czy sztuce”<sup>10</sup>. Kroeber nie podważał racjonalności i wartości rezultatów naukowych, ale dostrzegał ich funkcję w szerszym planie kultury, świata ogólnych wyobrażeń dotyczących natury rzeczy, postrzegania tego, co możliwe i prawdopodobne w odniesieniu do zastanych wyobrażeń. Dlatego przełomowe odkrycia, burzące dotychczasowe schematy poznawcze, budzą sprzeciw, bywają negowane i odrzucane. Kroeber przywołuje przykład początkowo trudnej recepcji praw dziedziczenia opisanych przez Gregora Mendla, ale w równym stopniu dotyczy to odkrycia Semmelweisa.

Z perspektywy powyższych uwag, dotyczących wyłaniania się faktu naukowego, odkrycie Ignaza Semmelweisa, owej zależności między materiałem biologicznym przenoszonym na dłoniach przez lekarzy wcześniej uczestniczących w czynnościach sekcyjnych a gorączką połogową, nosi znamiona faktu opisowego ze wskazaniem na nieznaną związek przyczynowy. Odkrycie to poprzedzone jest istnieniem wielu powszechnych w tamtej epoce i w środowisku lekarzy wiedeńskich wyobrażeń odnoszących się do procesu gnilnego, gorączki i ciała martwego, brudu i czystości, oraz ich specyficzną konfiguracją, która u Semmelweisa podlegała procedurze weryfikacji, również w oparciu o dane statystyczne, stanowiąc w ten sposób fundamentalną przesłankę powstania bakteriologii i jej wyjaśnień etiologicznych. Jednakże środowiskowa reakcja lekarzy na zaobserwowany przez Semmelweisa fakt była jednoznacznie negatywna: przyjęto tak konkluzje teoretyczne, jak i zalecenia praktyczne za absurd, sprzeczny z aktualnie istniejącą wiedzą medyczną

---

<sup>7</sup> Zamojski, 2010, s. 19.

<sup>8</sup> Trzebiński, 1927a, s. 89.

<sup>9</sup> Zob. Khun, 2011; Foucault, 1999; Amsterdamski, 1984.

<sup>10</sup> Kroeber, 2002, s. 201.

i jej wyjaśnieniami – sprzeczny z uznanymi przez środowisko lekarzy faktami naukowymi.

Odkrycie przyczyn gorączki połogowej przez Ignaza Semmelweisa jest również doskonałym przykładem określonej przez Trzebińskiego nieciągłości w rozwoju medycyny, co pozwala na wnikliwszą analizę sposobu, w jaki Semmelweis doszedł do zakwestionowania uznanych przez środowisko lekarzy przyczyn wystąpienia gorączki u kobiet w połogu, nie odrzucając jednocześnie przesłanek teoretycznych snutych w rozległym dyskursie koncepcji humoralnej, a jedynie na nich budowane wyjaśnienia.

### Wokół faktu naukowego

Koncepcja Trzebińskiego racjonalności medycyny i absurdu w medycynie nie tylko pozwala dostrzec owe nieciągłości w rozwoju nauk i praktyk medycznych, ale przede wszystkim uznaje je za konieczny moment rozwoju medycyny, który warunkuje pojawienie się nowych teoretycznych uzasadnień lub nowych praktyk leczniczych. Fakt naukowy, fakt kliniczny, jest zatem konsekwencją zaistnienia tychże nieciągłości. Myśl Trzebińskiego potwierdza przeto metodologiczną orientację polskiej szkoły filozofii medycyny, ale nadto – co rzadziej się uwypukla – była rezultatem refleksji metodologicznej istniejącej w polskiej medycynie od ponad stu lat.

Rozpisywał ją już autor *Teorii jestestw organicznych* (1805), Jędrzej Śniadecki, twierdząc, że nikt „zaprzeczyć nie może, że umiejętna sztuka nasza, z doświadczenia się poczęła, doświadczeniem i obserwacją stoi i wzrasta, doświadczeniem na koniec i obserwacją kiedyś dojrzeje”<sup>11</sup>, to jednak zauważa:

Wreszcie ażeby obserwacja i doświadczenie były pewnemi i częstemi źródłami wiadomości naszych, gdyby nam dawały poznać prawdziwą naturę i sposób eksystowania rzeczy, czegożby nas nauczyć mogły, jeżeli nie samej tylko historii ciał i fenomenów, któreby się nam postrzegać i doświadczać zdarzyło; która to historia kończąc się na szczegółach, niczem nawzajem nie sklejonych i do niczego nieprzystosowanych, byłaby tylko nieużytecznym ciężarem pamięci; gdyż osądzić, rozróżnić, zastosować i użyć wypadków doświadczenia i obserwacji, postrzeżenia takowe, w jedno ciało złączyć i do jednej wspólnej odnieść przyczyny, jest dziełem samego rozumu. Doświadczenie potem i obserwacja zgromadzać tylko i rzucać materiały mogą, z których sam dopiero zdrowy rozum budować naukę potrafi<sup>12</sup>.

Niemniej ważne konkluzje metodologiczne formułował Wincenty Szczucki, za sprawą którego *Propedeutyki do nauk medycyny*<sup>13</sup> (1825) Władysław Szumowski zaliczył go do poprzedników polskiej szkoły filozofii medycyny<sup>14</sup>, aczkolwiek to w *Krótkim zbiorze zasad*

---

<sup>11</sup> Śniadecki, 1840a, s. 8.

<sup>12</sup> Śniadecki, 1840b, s. 255–256.

<sup>13</sup> Szczucki, 1825.

<sup>14</sup> Szumowski, 1907.

*medycyny praktycznej* (1818) wypowiedział Szczucki postulat metodologiczny *empyria rationalis*, doświadczalności rozumowej, dzięki któremu realizowane jest to postępowanie w leczeniu chorych, które jest „na pewnych oparte zasadach, i połączone z trafnością tłumaczenia wydarzonych skutków”<sup>15</sup>.

Owe skutki są, jeśli tylko dowiedzione, uzasadnione, potwierdzone empirycznie, właśnie faktami u Tytusa Chałubińskiego. To zatem i zjawisko, objaw, rezultat, coś dającego się zaobserwować, po prostu – doświadczenie (także kliniczne) uzasadnione<sup>16</sup>, niebudzące wątpliwości. Tak postrzegał fakt również Józef Dietl, pisząc:

Nie tworzymy żadnych teorii prócz tych, które nauka na niezaprzeczonych faktach osnuwać, nie tylko pozwala, ale i każe; boć i nauka lekarska nie może się pozbawiać teorii, ale jej teoria nie opiera się na pojęciach z góry powziętych, lecz na faktach doświadczeniem stwierdzonych<sup>17</sup>.

To pojmowanie faktu nie odbiegało wtedy od słownikowego znaczenia: fakt (*factum*)

oznacza to, co rzeczywiście się stało; co nie było tylko myślą, słowem, chęcią, ale w czyn przeszło, a zatem, czego samo ukazanie za dowód może wystarczyć, np.: to nie są słowa, to fakt; dowodzić czego faktami, opierać się na faktach, fakt spełniony<sup>18</sup>.

Wydaje się, że i Władysław Biegański podziela owo pozytywistyczne (*resp.* nowożytnie) przekonanie odnoszące się do statusu faktu, tak w *Traktacie o poznaniu i prawdzie*<sup>19</sup> (1910), jak i w pierwszym wydaniu *Logiki medycyny*<sup>20</sup> (1894). Fakt to zdarzenie, rzeczywistość, choć bardziej to, co uznajemy za rzeczywiste zdarzenie, czemu nadajemy postać językową, myślną; to, co jest ustalone w danej wiedzy za istniejące, doświadczenie, któremu przypisujemy wartość prawdziwego. Nauka opiera się na stwierdzonych faktach, jest harmonijnym obrazem faktów „zmieniającym się w różnych epokach stosownie do poznanych faktów”<sup>21</sup>. Jeśli jednak pojawi się nowy zakres faktów, których nasza myśl nie ujmuje, przestając być w konfrontacji z nimi myślą prawdziwą, wtedy:

dawna prawda traci kredyt i powstaje nowa, która polega na odpowiedniej modyfikacji starej prawdy i na przystosowaniu się jej do nowych faktów. I ta nowa prawda ma jednak znaczenie dopóty, dopóki nie natrafimy na sprzeczność w postaci nie liczących z nią faktów. Możliwą jest także i taka okoliczność, że rozmaite teorie są jednakowo zgodne z faktami<sup>22</sup>.

---

<sup>15</sup> Szczucki, 1818, s. 2.

<sup>16</sup> Chałubiński, 1874, s. 55.

<sup>17</sup> Dietl, 1862, s. 1.

<sup>18</sup> Krasieński, 1885, s. 110.

<sup>19</sup> Biegański, 1910.

<sup>20</sup> Biegański, 1894.

<sup>21</sup> Biegański, 1910, s. 92.

<sup>22</sup> Ibid. s. 219.

Trzebiński wychodzi poza tę pozytywistyczną perspektywę, która polegała na skłonności do ontologizowania obserwacji. To zatem, jak i co jest obserwowane, w ramach jakich założeń teoretycznych, jakie przyjmuje metody sprawdzające, decyduje o tym, co uznajemy za fakt. Ukazuje te warunkowania Trzebiński na materiale historyczno-medycznym, pisząc o przesądzie w medycynie: „to, z czego się dziś śmiejemy i co nazywamy zabobonem lub przesądem, w mniej czy więcej odległych czasach było ogólnie uznaną lekarską ortodoksją”<sup>23</sup>. Powstanie przesądu – wyjaśnia – za przyczynę ma albo nieopatrzne uogólnianie odosobnionych faktów, albo jest rezultatem niedokładnej obserwacji przy braku potrzeby sprawdzania tych obserwacji, które były przesłanką takiego bądź innego przekonania. Trzebiński zwraca jednak uwagę i na to, że wiele tych przesądów medycznych, później obalonych, podlega również rehabilitacji (np. kaszel z powodu robaków, gojenie się ran za pomocą okładów z tkanek zwierzęcych).

To nie teoria przeto opiera się na faktach (obserwowanych i opisanych zdarzeniach, zjawiskach itp.), które mają być jakoby niezależne od teorii, lecz zgoła przeciwnie: to teoria wytwarza fakty – inaczej: fakty (obserwacje i ich opis, stwierdzone zależności) są pochodną teorii i stanowią jej część dopóty, dopóki nie zostaną zakwestionowane przez inne doświadczenie. Obserwacja zawiera w sobie, pisze Trzebiński, wnioskowanie, a sposób jej ukierunkowania przez idee niekoniecznie należy uznać za warunek błędu – obserwacja jest zbyt złożonym procesem poznawczym, aby móc z niej wyrugować to, co ją samą stanowi:

Czucia z natury swojej nie mogą być, ani trafne, ani błędne, mogą być tylko rzeczywiste, nawet wtedy kiedy chodzi o np. o halucynację, błędy obserwacji zaś mają źródło w dalszej kombinacji elementów odtwórczych z twórczymi, oraz we wnioskowaniu, pod wpływem którego możemy odtwarzać szczegóły nie istniejące, a nie uświadamiać sobie rzeczywistych<sup>24</sup>.

Uznanie określonej wiedzy za fakt naukowy, postępowania leczniczego za fakt kliniczny pociąga za sobą odrzucenie przesłanek lub wniosku teoretycznego dotychczasowej koncepcji medycznej, względnie odrzucenie dotychczasowej metody leczniczej. Nie jest to więc rezultat pozytywistycznie pojmowanego przyrostu wiedzy lub doświadczenia, lecz zerwanie, które otwiera nowe możliwości wyjaśnień i leczenia. Trzebiński uzasadnia te myśli odwołaniem się do zakwestionowania przez Józefa Dietla upustu krwi jako metody leczniczej stosowanej wobec pacjentów chorych na gruźlicę. Dotychczasowa praktyka kliniczna zakładała bowiem, że gruźlica to nadmiar zepsutej krwi, a że chorobotwórczy nadmiar zepsutej krwi leczy się upustem krwi, toteż wniosek i wskazanie terapeutyczne brzmiały: gruźlicę leczy się upustem krwi. Według Trzebińskiego Dietl nie kwestionuje przesłanek myśli opartej na teorii humoralnej,

---

<sup>23</sup> Trzebiński, 1926, s. 95.

<sup>24</sup> Trzebiński, 1927b, s. 175.



lecz wnioskuje w postaci wskazania terapeutycznego w drodze eksperymentu klinicznego:

Tak więc dogmat terapeutyczny, będący wnioskiem z przesłanek, niegdyś ustalonych przez Erasistratosa, w tym przypadku obalony, nie dlatego, żeby dowiedziono bezpośrednio ich niesłuszności, lecz dlatego, że doświadczenie wykazało fałszywość wniosku<sup>25</sup>.

Nie inaczej było ze szczepieniami ochronnymi:

Wyszedłszy z obserwacji faktów nie poparty żadną teorią, stworzył Jenner metodę, której absurdalność przeciwnicy jej starali się wykazać, między innymi argumentami, także niebezpieczeństwem, mającym wyniknąć z wprowadzenia do ustroju ludzkiego drogą szczepień materii zwierzęcej, a niebezpieczeństwo to usiłowano zilustrować opowiadaniami, umieszczonymi w popularnych polemicznych broszurkach o tym, jak takie dzieci, szczepione krowianką, potem ryczały na podobieństwo cieląt, albo obrazkami, na których je przedstawiano z bydlęcymi głowami<sup>26</sup>.

Trzebiński przytacza wiele poglądów medycznych, które zakwestionowano jedynie praktycznie, nie naruszając ich teoretycznych uzasadnień. Skuteczny środek leczniczy, odrzucany przez dotąd dominujące, powszechnie uznawane, teorie medyczne, spycha te ostatnie do rzędu dogmatu:

systemy lekarskie upadły, nie wskutek niedostatecznego umotywowania teorii, lecz wskutek tego, że ogniowej próby praktyki życiowej nie wytrzymały, dzieląc zresztą ten los z wielką liczbą rozmaitych innych systemów teoretycznie gorzej lub lepiej uzasadnionych<sup>27</sup>.

Humoralne pejzaże procesu gnilnego

Do czasów Ignaza Semmelweisa etiologia chorób miała jedną, wspólną podstawę wyjaśnienia: odwoływała się do procesu gnilnego, który zachodził w organizmie i manifestował się odorem oraz wpływem ropy. Wyjaśnienia chorobotwórczego procesu gnilnego opierano na obserwacjach objawów choroby i rozkładu zwłok. Zakładano, że gnicie ciała było nie tylko nadmiarem zepsutych płynów (względnie humorów) bądź pokarmu, lecz także wiązało się z obecnością robaków, które albo towarzyszyły gniciu, albo były jego przyczyną: „To od wewnątrz wydzielane są żyjątka i ukąszenia – samoródtwo będące skutkiem niewidocznego mieszania się substancji”<sup>28</sup>, cytuje Georges Vigarello siedemnastowieczne relacje obserwacyjne. Gnijące ciało, ciało owrzodzone, sączące się i ropiejące rany były również oznaką nieczystości ciała.

---

<sup>25</sup> Trzebiński, 1927a, s. 76.

<sup>26</sup> Ibid., s. 86.

<sup>27</sup> Trzebiński, 1926, s. 85–86.

<sup>28</sup> Vigarello, 1996, s. 49.

Dlatego wszelkie postępowanie terapeutyczne opierało się na działaniach oczyszczających ciało – wprost: na pozbyciu się nieczystości odpowiedzialnych za pojawienie się choroby i jej przebiegu. Ciało wskazywało naturalny sposób oczyszczania się, gdy objaw choroby wiązał się z pozbywaniem się nadmiaru pokarmów, gdy zepsute soki wypychane były przez pory ciała. Te należy uczynić otwartymi, aby ropa mogła się wydobyć na zewnątrz. To ona, świadcząca o zgniliznie, także przez tarcie płynów zgęstniałych, skrępow, również w żyłach i tętnicach, powodowała gorączkę gnilną. Najlepszą więc metodą leczniczą było umożliwienie pozbycia się zgęstniałych płynów – również najlepszą metodą zapobiegawczą. Dlatego upust krwi oraz lewatywa stały się najmniej bolesnymi i najpopularniejszymi metodami leczniczymi i zapobiegawczymi, jak i przeciwgorączkowymi. Terapie oczyszczające usunąć miały zepsute z nadmiaru czy ze zgęszczenia humory (płyny). Bo też puszczanie krwi, środki czyszczące, lewatywa, pisał Edmund Biernacki:

stanowiły niemal kwintesencję całego lecznictwa. Niezachwiana wiara, z jaką urzędowi przedstawiciele medycyny stosowali ten sposób leczenia, upoważniała ich do potępienia wszystkich, którzyby, postępując inaczej, wrzekomo skazywali swych chorych na pewną śmierć<sup>29</sup>.

Gnilne wyziewy ciała chorego, ciała martwego były manifestacją choroby i jednocześnie przyczyną śmierci, także śmierci dokonujących sekcji lekarzy. Przekaz medyczny obfituje w relacje nagłych zachorowań i równie częstych zgonów z powodu trupiego jadu. Ten, będący wytworem zgnilizny ciała martwego, przenoszony jest przez dotyk, ale i przez odór trupa, wchłaniany przez lekarza. Jednak w 1823 roku przeprowadzone zostaje doświadczenie, o którym pisze Alain Corbin następująco:

O wpół do ósmej rano przystąpiono do ekshumacji, po której wielki Orfila miał przeprowadzić sekcję. Odór trupa okazuje się straszny. I oto zaproponowane przez Labarraque'a skrapianie wapnem chlorowanym rozcieńczonym w wodzie wywołuje „cudowny skutek”: obrzydliwy zapach natychmiast zniknął<sup>30</sup>.

Wapno ma działanie oczyszczające: odwadnia nieczystości, eliminuje brud, oczyszcza powietrze rozpuszczając miazmaty, powstrzymuje proces gnilny.

Te przekonania wyobrazeniowe, poglądy teoretyczne oraz wspomniane doświadczenie z wapnem chlorowanym legło u podstaw odkrycia Semmelweisa. Przyjął on bowiem, zgodnie z koncepcją humoralną, że przyczyną gorączki połogowej musi być *coś* związanego z procesem gnilnym. Przesłanki wyobrazeniowe i teoretyczne składały się na porządek uwarunkowań: proces gnilny i odór (choroba) – ropienie, gorączka (objaw) – terapia oczyszczająca nieznaną, a ta stosowana dotychczas nieskuteczna. Trudność w uchwyceniu przyczyny występowania gorączki połogowej sprawiało to, że – paradoksalnie –

---

<sup>29</sup> Biernacki, 1899, s. 61.

<sup>30</sup> Corbin, 1998, s. 158.

uznawano ich ponad trzydzieści. Jeszcze do 1850 roku wymieniano m.in. następujące: nadmiar płynów ustrojowych, szok nerwowy, nieodpowiednia dieta, ciśnienie wydzieliny mlecznej, emocjonalne zaburzenia, zła wentylacja, zawstydzenie obecnością księdza, przechłodzenie i trupi jad<sup>31</sup>, a także ta, o czym był przekonany Johann Klein, „że lekarze mężczyźni, w przeciwieństwie do kobiet położnych, wpływali na chorobę poprzez uchylanie kobiecej skromności”<sup>32</sup>. Część z nich starał się Semmelweis potwierdzić (wentylacja, wpływ czynników atmosferycznych, dieta, wzajemne kontakty pacjentek), aczkolwiek bezskutecznie. Odrzucił również jakikolwiek wpływ psychiczny na ciężarną jako możliwą przyczynę wystąpienia gorączki połogowej.

Te jednak fakty, mówiące o obserwacjach zależności między gorączką a czynnikiem ją wywołującym, były powszechnie uznawane przez środowisko lekarskie, dzielające te same co Semmelweis przesłanki teoretyczne, a co najistotniejsze: przekonanie o ich rzeczywistym istnieniu było tak głębokie, że nie zostały odrzucone nawet wtedy, gdy doświadczeniem nie zostały potwierdzone – miały wymiar dogmatu medycznego, pewnika. Semmelweis odrzucając owe przeświadczenia sprowadzał je do roli przesądów, co, oczywiście, nie mogło nie wzbudzić oburzenia u innych lekarzy.

#### Substancja zwierzęco–organiczna Semmelweisa

Ignaz Phillip Semmelweis po obronie doktoratu w 1844 roku oraz po uzyskaniu specjalizacji w zakresie chirurgii i położnictwa podejmuje pracę pod kierownictwem profesora Johanna Kleina w klinice położniczej Szpitala Ogólnego w Wiedniu z dwoma oddziałami. Na pierwszym oddziale opiekę nad ciężarnymi sprawowali głównie lekarze i studenci medycyny, drugi zaś prowadzony był przez położne. Na lekarskim oddziale, co odnotowuje Semmelweis, bywały miesiące, podczas których umierało nawet do 50 kobiet na 200 rodzących. Ta umieralność pacjentek, aż nazbyt wielka w porównaniu do innych położniczych szpitali europejskich, a także w porównaniu do drugiego oddziału szpitala wiedeńskiego, stała się przedmiotem obserwacji i analiz Semmelweisa. Średnia umieralności wahała się wokół 1%, a na oddziale Semmelweisa sięgała 5–7%, a w niektórych miesiącach nawet od 15 do 30%.

Kluczowym momentem dla poszukiwania przyczyny umieralności kobiet, a jednocześnie najistotniejszym argumentem za odrzuceniem dotąd istniejących albo sugerowanych wniosków etiologicznych, było porównanie umieralności kobiet na tych dwóch oddziałach szpitala wiedeńskiego. Dane zebrane przez Semmelweisa, a opublikowane w jego *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers* (1861) są znaczące wielkością – umieralność kobiet na oddziale prowadzonym przez lekarzy jest, najmniej, trzykrotnie większa (tab. 1). To, bez wątpienia, dane przekonujące, a zgodnie

---

<sup>31</sup> Carter, 1985, s. 35.

<sup>32</sup> Simmons, 2002, s. 166.

z myślą Biegańskiego: „Statystyka musi opierać się na wielkich cyfrach”<sup>33</sup>. Argumentuje przeto Semmelweis zgodnie z tą zasadą metodologiczną: jeśli istnieje zbyt wiele wyjaśnień, które dostarcza rozległa narracja koncepcji humoralnej, a jednocześnie nie można ani zapobiegać chorobie, ani leczyć z niej pacjentek, oznacza to jedynie, że nie istnieje żadne wyjaśnienie etiologii gorączki połogowej. Lekarz obala zatem wnioski etiologiczne mówiące o występowaniu rzeczonej gorączki jako skutku epidemii, wpływu atmosferycznego, klimatu, pór roku, kontaktu między kobietami leżącymi tuż obok siebie na oddziałach itd., odwołując się tylko do danych dotyczących umieralności kobiet na tych dwóch oddziałach (tab. 1). Stawia kluczowe pytanie odnośnie epidemicznego lub atmosferycznego charakteru choroby: dlaczego pojawia się ona lokalnie, czyli endemicznie, głównie na jednym oddziale?

Tabela 1. Śmiertelność kobiet na oddziałach prowadzonych przez lekarzy i przez akuszerki

Rok	Oddział lekarzy			Oddział akuserek		
	Liczba rodzących	Liczba zmarłych	Liczba rodzących w stosunku do liczby zmarłych do 100	Liczba rodzących	Liczba zmarłych	Liczba rodzących w stosunku do liczby zmarłych do 100
1841	3036	237	7°7	2442	86	3°5
1842	3287	518	15°8	2659	202	7°5
1843	3060	274	8°9	2739	164	5°9
1844	3157	260	8°2	2956	68	2°3
1845	3492	241	6°8	3241	66	2°03
1846	4010	459	11°4	3754	105	2°7
<b>Suma</b>	<b>20042</b>	<b>1989</b>	<b>9°92</b>	<b>17791</b>	<b>691</b>	<b>3°38</b>

Źródło: Semmelweis, 1861, s. 3.

Semmelweis wysunął podejrzenie, że przyczyną gorączki połogowej może być to, że studenci i lekarze badali ciężarne bezpośrednio po zakończeniu sekcji zwłok w sąsiednim budynku. Podejrzenie owo, graniczące z pewnością, wiązało się doświadczeniem nagłego

<sup>33</sup> Biegański, 1908, s. 224.

zgonu Jakoba Kolletschki, który wcześniej zraniwszy się podczas czynności sekcyjnych w rękę, zachorował z objawami identycznymi z tym, które obserwował Semmelweis u kobiet z gorączką połogową i zatruciem krwi<sup>34</sup>:

Jeśli to założenie jest słuszne, że przylegające do dłoni cząstki martwego ciała wywołują tę samą chorobę, którą u Kolletschki spowodowały przylepione do noża sekcyjnego owe cząstki zwłok, to zdoła się zapobiec tej chorobie, jeśli poprzez chemiczne działanie owe cząstki [...] zostaną całkowicie zniszczone w takim stopniu, w jakim owa choroba była uwarunkowana przez badającego palce<sup>35</sup>.

Tymi cząstkami jest substancja organiczna (*thierisch-organischer Stoffe*), co potwierdza doświadczeniami wywołania objawów gorączki połogowej za pomocą przenoszonej na dłoniach substancji organicznej pochodzącej z martwych ciał poddawanych sekcji. Ta zależność przyczynowa jest dla Semmelweisa faktem (*Factum*)<sup>36</sup>.

Nowatorskość ujęcia problemu polega tutaj na obraniu nowej procedury ustalania faktów, czyli wykorzystaniu próby klinicznej jako metody wykazywania niepodważalnego dowodu. Próby kliniczne – początkowo, do wieku XVIII, stosowane doraźnie w sytuacji naglącego kryzysu jako metoda wyłonienia najskuteczniejszego leczenia – w XIX stuleciu stopniowo się systematyzują i ugruntowują w praktyce klinicznej europejskich lekarzy<sup>37</sup>. Wpisując się w ten nurt, Semmelweis porównuje dwie grupy pacjentek cechujące się odmiennymi wskaźnikami śmiertelności i poszukuje czynnika je różnicującego. Wykrycie różnic między nimi, przybliżyła do zidentyfikowania źródła śmiertelności kobiet. Presja, aby zaradzić problemowi, i wiedza oparta na praktyce klinicznej przeważały nad wcześniejszymi wyjaśnieniami teoretycznymi, z których niepodobno było wyprowadzić skutecznych sposobów leczenia. W przypadku odkrycia Semmelweisa próba kliniczna jest techniką oceny skuteczności działań profilaktycznych i zaradczych. Analizując wyniki, lekarz posługuje się metodą statystyczną, coraz częściej wykorzystywanym w tamtym czasie narzędziem. Dane ukazane są w formie liczbowej i to one przesądzały o prawidłowości przeprowadzonego dowodu. Jednak i to budzi sprzeciw, gdyż nie wszystkie środowiska lekarskie uznają zasadność wnioskowania na podstawie dużych liczb, twierdzono, że dane statystyczne to „abstrakcyjny model, a przecież leczy się pojedynczego człowieka”<sup>38</sup>. Ponadto, chociaż możliwe jest określenie tego, co jest statystycznie najlepszym sposobem

---

<sup>34</sup> Fellner, Unterreiner, 2010, s. 48.

<sup>35</sup> Semmelweis, 1861, s. 55: „Wenn die Voraussetzung, dass die an der Hand klebenden Cadavertheile bei den Wöchnerinnen dieselbe Krankheit hervorbringen, welche die am Messer klebenden Cadavertheile bei Kolletschka hervorgebracht haben, richtig ist, so muss, wenn durch eine chemische Einwirkung die Cadavertheile an der Hand vollkommen zerstört werden, [...] diese Krankheit verhindert werden können, in dem Masse, als sie durch Einwirkung von Cadavertheilen mittelst des untersuchenden Fingers bedingt war”.

<sup>36</sup> Ibid., s. 82.

<sup>37</sup> Chamayou, 2012, s. 182–183.

<sup>38</sup> Ibid., s. 206.

leczenia, to jednak nie sposób z tego wnosić, co jest najlepsze dla poszczególnego pacjenta w jego wyjątkowości:

Ta czysto terapeutyczna wiedza nie przechowuje się w jakiegokolwiek liczbowej postaci danych eksperymentu, lecz w postaci skumulowanego doświadczenia w technicznej umiejętności praktyka, mającej więcej wspólnego ze zręcznością czy wyczuciem sztukmistrza niż z dokładnością liczb<sup>39</sup>.

Połowa XIX wieku to w Austrii czas odchodzenia od medycyny opierającej się na wywodzących się jeszcze ze starożytności koncepcjach teoretycznych, a także od medycyny romantycznej, na rzecz medycyny klinicznej w standardzie somatycznym. Ruch ten nie obywa się jednak bez perturbacji i konfliktów, zwolennicy teorii humoralnej uparcie obstawali przy swoich racjach. Również sam model medycyny klinicznej wyłania się stopniowo, kształtując się w ogniu sporów klinicystów<sup>40</sup>. Postępowanie Semmelweisa wpisuje się w trend somatycznej medycyny klinicznej, odwołującej się do faktów ustalanych w drodze empirycznej weryfikacji, dzięki czemu nowego znaczenia nabywa kwestia prawdy klinicznej, która wyprowadzana jest z obserwacji i eksperymentu (również eksperymentu naturalnego, jak w przypadku śmierci Kolletschki) oraz z ich analiz liczbowych. Stoi to w opozycji do modelu medycyny romantycznej wychodzącej z założenia, że prawda naukowa była:

ahistoryczna, stała i konieczna, a nie – jak w nurcie klinicznym – zakorzeniona w ludzkiej historii, zmienna i niekonieczna w tym sensie, iż najlepiej nawet pod względem logicznym sformułowana doktryna – nie znajdując odniesienia przedmiotowego – była uznawana za koncepcję utopijną<sup>41</sup>.

Semmelweis, odrzucając teorię humoralną, na podstawie swojego wniosku formułuje konkretne zalecenia prewentywne: nieczystość dłoni lekarzy należy usunąć za pomocą wody chlorowanej (*Chlorina liquida*), która od kilku dziesięcioleci była już w dyspozycji medyków. To dość częsta sytuacja w dobie początków medycyny klinicznej, kiedy, jak określa to Chamayou:

faktycznie lek często w pewien sposób poprzedza chorobę. Dostępna staje się nowa substancja bądź nowe zjawisko, co do których przypuszcza się, że mogą mieć zastosowania lecznicze, lecz nie wiadomo dokładnie jakie. Wypróbowuje się wówczas rozmaite ich zastosowania<sup>42</sup>.

Podobnie postępuje Semmelweis, dowodząc jednocześnie, że mycie rąk mydłem nie przynosi pożądanego skutku oczyszczającego dłonie z materiału organicznego<sup>43</sup>. Dla-

---

<sup>39</sup> Ibid., s. 205.

<sup>40</sup> Płonka-Syroka, 2015.

<sup>41</sup> Płonka-Syroka, 2014, s. 194.

<sup>42</sup> Chamayou, 2012, s. 180.

<sup>43</sup> Semmelweis, 1861, s. 59.

tego też, w konsekwencji utwierdzenia się w zaobserwowanej zależności, wprowadza on, przy dużym oporze swojego przełożonego i lekarzy szpitala, procedurę mycia dłoni w roztworze wapna chlorowanego przed badaniem chorych. Zarządzenie brzmiało następująco:

Od dzisiaj, od 15. maja 1847, każdy lekarz albo student, który przychodzi z pomieszczenia sekcyjnego, przed wejściem do sali kliniki położniczej zobowiązany jest schludnie umyć swoje ręce wodą chlorowaną we wskazanej miednicy przy wejściu. To zarządzenie obowiązuje wszystkich. Bez wyjątku<sup>44</sup>.

Rezultatem zastosowanie tej procedury oczyszczającej był spadek umieralności kobiet na oddziale do zaledwie dwóch procent, a w niektórych miesiącach roku 1848 (marzec i sierpień) nie odnotowano żadnych zgonów.

Odkrycie zależności między gorączką połogową pacjentek a nieczystością rąk lekarzy spowodowaną materiałem organicznym pochodzącym ze zwłok uprzedziło odkrycia Louisa Pasteura i Josepha Listera. Pierwszy bowiem, poświęcając się badaniom fermentacji, wykazał przyczynową obecność mikrobow w procesie gnilnym. Ich usunięcie stało się możliwe dzięki metodzie pasteryzacji. Praca Pasteura *Recherches sur la putréfaction* (1864) była inspiracją dla Listera, który trafnie zinterpretował jego studia nad bakteriologicznymi przyczynami fermentacji wina i piwa oraz „wykazał, że podobne mikroby wprowadzone do rany w czasie operacji powodują chirurgiczne zakażenie”<sup>45</sup>, zadając sobie wcześniej pytanie, „czy ów rozkład, zakażenie ran (rany naprawdę wyglądały nieraz jak zgniłe i wydawały zapach zgnilizny) nie zależy także od dostania się do nich drobnych żyjątek”<sup>46</sup>. Lister opatrywał rany chorych, aby nie wdał się w nie proces gnilny powodowany mikroorganizmami, opatrunkami nasączonym roztworem kwasu karbolowego. W tym roztworze również mył ręce przed zabiegami i narzędzia chirurgiczne, a nawet rozpylał go (jak czyniono to z podchlorynem sodu dla zabicia szpitalnego odoru) w salach operacyjnych, jak również podczas operacji. Dopiero późniejszy rozwój bakteriologii dostarczył pełnego, teoretycznego wyjaśnienia zjawiska zaobserwowanego przez Semmelweisa.

### Absurd jako przesłanka racjonalności medycyny

Odkrycia Semmelweisa nie zaakceptowano powszechnie, pomimo wsparcia danymi liczbowymi, pomimo spadku liczby zachorowań na oddziale w wyniku wprowadzenia obowiązku mycia rąk w chlorowanej wodzie. Zakwestionowanie przez uczonego

---

<sup>44</sup> „Ab heute, dem 15. Mai 1847, ist jeder Arzt oder Student, der vom Sezierraum kommt, verpflichtet, vor dem Betreten der Säle der Gebärklinik seine Hände in einem vor dem Eingang angebrachten Becken mit Chlorwasser ordentlich zu waschen. Die Verfügung gilt für alle. Ohne Ausnahme”; cyt. za: Aktories i in. (red.), 2017, s. 819.

<sup>45</sup> Herr, 2007, s. 457.

<sup>46</sup> Biernacki, 1899, s. 84.

dotychczasowych, nadto niespójnych, wyjaśnień, a także niesprawdzonych doświadczeniem albo niedających się poddać doświadczeniu, przyjęto w środowisku lekarskim jako absurd, niedorzeczność – nie tylko sprzeczną z dotychczasową wiedzą i praktyką lekarską, ale bodaj podważającą umiejętności lekarskie i obarczającą lekarzy za śmierć kobiet w klinice. Podważano też dane liczbowe przytoczone przez Semmelweisa, twierdząc, że miały one charakter sezonowej fluktuacji.

Nie najistotniejsze są jednak owe powody odrzucenia faktu naukowego i klinicznego, lecz to, że właśnie – z perspektywy Trzebińskiego – odrzucenie dotychczasowych wyjaśnień i postępowania lekarskiego uwalnia nowe metody terapii bądź zapobiegania chorobom. Dla Trzebińskiego świadectwem tej nieciągłości jest właśnie uznanie określonego wniosku etiologicznego albo określonej terapii za absurd. A za absurd – wyjaśnia filozof – bierze się wypowiedź niedosłyszającego lub głuchego (*ab surdo*), który w sposób niedorzeczny odnosi się do treści rozmowy.

Trzebiński wyodrębnia trzy znaczenia absurdu: pierwsze, dialektyczne – to logiczne sprowadzenie sądów do absurdu (absurd właściwy), czyli błąd logiczny; drugie, to znaczenie absurdu pozornego, czyli sprzeczność sądów z innymi, które uznawane są za słuszne, powszechnie przyjęte i brane za oczywistość: „w takim razie błąd logiczny może nie istnieć i nie leżeć w zarzucie absurdu”<sup>47</sup>; trzecie (będące poszerzeniem drugiego) w sensie potocznym, to sprzeczność ze zdrowym rozsądkiem; przy czym Trzebiński dodaje: „każdemu z nas się zdaje, że najzdrowszemu ze wszystkich zdrowych rozsądków odpowiada właśnie nasz tryb rozumowania”<sup>48</sup>.

Trzebiński stwierdza, że w medycynie absurd jest momentem jej rozwoju i wynika przede wszystkim z presji leczniczej, czyli z presji, aby odnaleźć środek leczniczy albo zapobiegawczy nawet wbrew uzasadnieniom teoretycznym: „absurd ten jednak przeważnie nie jest absurdem właściwym, tylko pozornym, a więc nie błędem logicznym, lecz tylko paradoksem w stosunku do poglądów przeważających w danym czasie”<sup>49</sup>, tych poglądów, które przez oczywistość ich akceptacji w środowisku lekarskim stają się dogmatem teoretycznym. Jednocześnie opór przed przyjęciem nowej koncepcji bądź wskazania terapeutycznego bierze się z tego, że one uległy dogmatyzacji, a nadto – co warto zaznaczyć – wchodząc w zakres kompetencji lekarskich, tworzą istotną przeszkodę dla akceptacji nowych koncepcji teoretycznych lub terapeutycznych, ponieważ podważają one właśnie kompetencyjny wymiar dotychczasowej praktyki lekarskiej, czego nadto konsekwencją moralną było obarczenie odpowiedzialnością za śmierć setek kobiet. Zastanawiające jest to, że krytyka Semmelweisa opierała się nade wszystko na polemice argumentującej za możliwymi innymi przyczynami wystąpienia gorączki połogowej, szczególnie tymi, które w żaden sposób nie poddano doświadczeniu, a które były wspólnym przekonaniem leka-

---

<sup>47</sup> Trzebiński, 1927a, s. 73.

<sup>48</sup> Ibid.

<sup>49</sup> Ibid., s. 89.



rzy. Nawet specjalna komisja pod przewodnictwem Mathieu Orfili odrzuciła w 1851 roku wnioski Semmelweisa<sup>50</sup>.

Zgodnie przeto z myślą Trzebińskiego, *dogmatem* jest teoretyczne uzasadnienie wpływu atmosferycznego, klimatycznego itp. na zachorowalność kobiet, które to uzasadnienie przy istnieniu racjonalnego wyjaśnienia przyczyny gorączki połogowej staje się *przesądem*; wobec dotychczasowej etiologii gorączki połogowej to wyjaśnienie, zakładające zależność przyczynową między substancją organiczną a wystąpieniem choroby, jest *absurdem*, który uznany przez środowisko lekarskie i potwierdzony eksperymentalnie wchodzi w zakres *wiedzy racjonalnej* i racjonalnego zapobiegania gorączce połogowej poprzez mycie dłoni w wodzie chlorowanej.

### Zakończenie

Absurd nie jest więc właściwy jedynie medycynie w jej historycznym, często przednaukowym obliczu, a koncepcja Trzebińskiego nie jest li tylko epistemologią nienaukowych elementów poznania lekarskiego. Również współcześnie występuje zjawisko oporu przed zakwestionowaniem ustalonych i podzielanych przez lekarzy poglądów. Przykładem może być choćby etiologia owrzodzenia żołądka i metoda leczenia antybiotykami, co przyjęto za niedorzeczność, opowiadając się za dogmatem wyjaśniającym owrzodzenie żołądka nadmiarem kwasu żołądkowego.

Jeśli więc koncepcja medyczna (będąca dogmatem) utrzymuje się wbrew результатам eksperymentu klinicznego ją kwestionującego, wtedy staje się absurdem właściwym, a utrzymywana – przemienia się w przesąd jawnie sprzeczny z istniejącymi twierdzeniami medycznymi czy wskazówkami terapeutycznymi. Absurd zaś – jako zaprzeczenie dotychczasowej wiedzy czy praktyki lekarskiej – wsparty eksperymentem klinicznym rodzi wiedzę racjonalną (wiedzę o przyczynach) przynoszącą w leczeniu na niej opartym korzyści choremu. Wiedzą racjonalnie względną jest natomiast uzasadnienie leczenia objawowego.

Trzebiński zauważa jednak, że wiele twierdzeń, dziś uchodzących za przesady, niegdyś było pewnikami wiedzy bądź praktyki lekarskiej. Przede wszystkim jednak „przesąd powstaje dzięki nieopatrzniemu uogólnianiu odosobnionych faktów”<sup>51</sup>, także jako rezultat obrony dogmatu, choć on sam może stać się dzięki dokonaniom nauk przypuszczeniem o względnej racjonalności. Aczkolwiek główne źródło przesądu tkwi w błędach obserwacyjnych, eksperymentalnych i w pochopnej interpretacji danych statystycznych. Złożoność przedmiotu obserwacji i badań, jakim jest biologia ludzkiego organizmu, uwarunkowania psychiczne klinicysty i pacjenta, sprzyjać mogą niewłaściwemu uogólnianiu. Podstawą jednak leczenia może być jedynie eksperyment, jako akt celowy, podjęty

---

<sup>50</sup> Ferber, 1868, s. 315.

<sup>51</sup> Trzebiński, 1926b, s. 100.

z zamiarem sprawdzenia hipotezy, którego celem jest ustanowienie związku przyczynowego między zjawiskami<sup>52</sup>.

Racjonalność w medycynie, według Trzebińskiego, to jednak „nie tylko prawidłowość rozumowania, lecz też słuszność sądu. Słuszność ta zresztą może być względną, to jest zależną od czasu i środowiska”<sup>53</sup>. Racjonalność, ze względu na owo napięcie między praktyką leczniczą a teoriami medycznymi, jest przeto kategorią szerszą niż naukowość medycyny, bo choćby dlatego, że zakłada skuteczność leczniczą nieznaną dotąd uzasadnienia teoretycznego, czyli niemającą jeszcze wsparcia naukowego. Miarą bowiem tej racjonalności jest przede wszystkim rozpoznanie chorób i przynoszenie korzyści choremu. I – w tym sensie – miarą racjonalności postępowania lekarskiego jest skuteczne zapobieganie chorobom oraz skuteczne ich leczenie.

## Bibliografia

1. Aktories K., Förstermann U., Starke K. (red.) (2017), *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*, München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
2. Amsterdamski S. (1983), *Rozwój wiedzy a ideały nauki*, Warszawa: PIW.
3. Biegański W. (1894), *Logika medycyny, czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich*, Warszawa: K. Kowalewski.
4. Biegański W. (1908), *Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego*, Warszawa: E. Wende.
5. Biegański W. (1910), *Traktat o poznaniu i prawdzie*, Warszawa: E. Wende.
6. Biernacki E. (1899), *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa: Granowski i Sikorski.
7. Carter K.C. (1985), Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer, and the rise of germ theory, „*Medical History*”, nr 29.
8. Chałubiński T. (1874), *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich. Plan leczenia i jego wykonanie*, Warszawa: Gebethner i Wolff.
9. Chamayou, G. (2012). *Podłe ciała. Eksperymenty na ludziach w XVIII i XIX wieku*, przeł. J. Bodzińska, K. Thiel-Jączuk, Gdańsk: Wydawnictwo Słowo, Obraz, Terytoria.
10. Corbin A. (1998), *We władzy wstrętu. Społeczna historia poznania przez węch. Od odrazy do snu ekologicznego*, Warszawa: Volumen.
11. Dietl J. (1862), Aforyzmy kliniczne na ścisłym badaniu osnute, „*Przegląd Lekarski*”, nr 1.
12. Fellner S., Unterreiner K. (2010), *Medizin in Wien*, Wien: Metroverlag.
13. Ferber R.H. (1868), *Die Aetiologie, Prophylaxis, Therapie des Puerperalfiebers nach den neuern Untersuchungen dargestellt*, Schmidt's Jahrbücher, nr 3.
14. Fleck, L. (1927), O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego, „*Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*”, t. 7, z. 1.

---

<sup>52</sup> Trzebiński, 1927b, s. 176.

<sup>53</sup> Trzebiński, 1925, s. 93.

15. Fleck L. (1986), Powstanie i rozwój faktu naukowego, Lublin: Wyd. Lubelskie.
16. Foucault M. (1999), Narodziny kliniki, przeł. P. Pieniążek, Warszawa: Wydawnictwo KR.
17. Herr H.W. (2017), Ignorance is Bliss: The Listerian Revolution and Education of American Surgeons, „The Journal of Urology”, nr 177.
18. Khun Th. S. (2011), Struktura rewolucji naukowych, przeł. H. Ostromęcka, Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
19. Kramsztyk Z. (1898), Fakt kliniczny, „Krytyka Lekarska”, t. 2, nr 2.
20. Krasieński A. (1885), Słownik synonimów polskich, t. 1, Kraków: Czas.
21. Kroeber A.L. (2002), Kultura rzeczywistości i kultura wartości, przeł. P. Sztompka, w: Kroeber, Istota Kultury, Warszawa: PWN.
22. Płonka-Syroka B. (2014), Głód prawdy i obiektywnej pewności. Przykłady niemieckiej medycyny romantycznej Niemiecka medycyna niematerialistyczna 1797–1848, w: K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara, Głód. Skojarzenia, metafory, refleksje... (Stromata Anthropologica, 9), Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
23. Płonka-Syroka B. (2015), Spór o model medycyny klinicznej w Europie (1750–1850): Francja, Austria i Prusy – odmienne warianty modernizacji, w: K. Łeńska-Bąk (red.), Zatargi, waśnie, konflikty. W perspektywie historycznej i kulturowej (Stromata Anthropologica, 10), Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
24. Semmelweis I.P. (1861), Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers, Pest, Wien und Leipzig: Hertleben's Verlags-Expedition.
25. Simmons J.G. (2002), Doctors and Discoveries. Lives That Created Today's Medicine, Boston: Houghton Mifflin.
26. Szczucki W. (1818), Krótki zbiór zasad medycyny praktycznej, Warszawa: Druk. X. Pijarów.
27. Szczucki W. (1825), Ogólny rys wiadomości lekarskich, czyli propedeutyka do nauk medycyny, Warszawa.
28. Szumowski W. (1907), Dwa kursa propedeutyki, „Krytyka Lekarska”, t. 11, nr 1.
29. Śniadecki J. (1840a), Przemowa do dziennika medycyny, chirurgii i farmacji przez Cesarzskie Towarzystwo Lekarskie w Wilnie roku 1830 wydawanego, w: Dzieła Jędrzeja Śniadeckiego, t. III, Wilno: Glücksberg.
30. Śniadecki J. (1840b), Mowa o niepewności zdań i nauk, na doświadczeniu fundowanych, przy otwarciu nauk w Szkole Głównej litewskiej z roku 1799 na rok 1800, w: Dzieła Jędrzeja Śniadeckiego, t. III, Wilno: Glücksberg.
31. Trzebiński S. (1925), Racjonalność i racjonalizm w medycynie, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. 2, z.1.
32. Trzebiński S. (1926), Przesąd w medycynie, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. 4, z. 1.
33. Trzebiński S. (1927a), Absurdalność w medycynie, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. 7, z. 1.
34. Trzebiński S. (1927b), Obserwacja, eksperyment i statystyka w logice medycyny Władysława Biegańskiego, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. 6, z. 2.
35. Vigarello G. (1996), Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku, Warszawa: W.A.B.
36. Zamojski J. (2010), Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?, w: M. Musielak, J. Zamojski, Polska szkoła filozofii medycyny, Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.