

Artykuł nadesłany 9 października 2017 r.,
zaakceptowany 1 grudnia 2017 r.

DOI 10.2883/amp.2017.9

Adama Wrzosa filozofia medycyny

Adam Wrzosek's philosophy of medicine

Stefan Konstańczak, Anna Oksiak-Podboraczyńska¹

Zielona Góra

Streszczenie: Autorzy tego artykułu chcieli zrekonstruować koncepcję Adama Wrzosa filozofii medycyny. Adam Wrzosek był wybitnym polskim lekarzem, naturalistą i historykiem medycyny. Punktem wyjścia rozważań była próba określenia i zdefiniowania przedmiotu zainteresowań filozofii medycyny. Ponadto autorzy rozważali najważniejsze osiągnięcia tzw. polskiej szkoły filozofii medycyny. Filozofia medycyny uprawiana przez Adama Wrzosa, zdaniem autorów, jest adaptacją arystotelesowskiego podziału filozofii na praktyczną i teoretyczną. We wnioskach wykazano stanowisko Adama Wrzosa w kwestii potrzeby edukacji filozoficznej i zasadności odrębnego traktowania etyki dla zawodów medycznych.

Abstract: The authors of the article wanted to reconstruct the concept of Adam Wrzosek's philosophy of medicine. Adam Wrzosek was an outstanding Polish physician, naturalist and historian of medicine. The beginning of considerations is an attempt to define and determine the object of interest in the philosophy of medicine. In addition, the authors have also concern the validity of highlighting the so-called "Polish school of philosophy of medicine". The philosophy of medicine practiced by Adam Wrzosek, according to the authors, is an adaptation of Aristotelian distinction of philosophy: practical and theoretical. The conclusion shows the position of Adam Wrzosek's on the need for philosophical education and the reasonableness of separate ethics for medical practitioners.

Słowa kluczowe: Adam Wrzosek, filozofia medycyny, zawód lekarski, etyka zawodów medycznych, polska szkoła filozofii medycyny

Keywords: Adam Wrzosek, philosophy of medicine, the medical profession, medical professions ethics, Polish school of philosophy of medicine

O filozofii medycyny ogólnie

Filozofia medycyny to termin, którego definicji próżno poszukiwać, choć bardzo często przewija się w różnych publikacjach, zarówno z zakresu medycyny jak i filozofii. Pomimo względnej powszechności jego stosowania nie tylko, że nie ma zgody co do rozumienia tego terminu, ale nawet co do określenia przedmiotu zainteresowania.

¹ Uniwersytet Zielonogórski, Instytut Filozofii – Zakład Etyki, Al. Wojska Polskiego 71A, 65-762 Zielona Góra, e-mail: S.Konstanczak@ifil.uz.zgora.pl

Pewne jest natomiast to, że filozofia medycyny jako nauka ma niezbyt długą historię. Nie zmieni tego nawet fakt, że pierwsi znani z nazwiska lekarze byli także filozofami. Związek medycyny z filozofią wydawał się przez wieki oczywisty, ale nowożytnie zakwestionowanie naukowości filozofii przez nauki przyrodnicze zmusiło do określenia tego związku na nowo. Wedle Władysława Szumowskiego termin „filozofia medycyny” wszedł do obiegu naukowego dopiero po rewolucji francuskiej 1789 r.

Gdy po zamknięciu w r. 1792 wszystkich starych wydziałów medycznych we Francji, zaczęto tworzyć w Paryżu nowy program nauczania medycyny, utworzono w r. 1796 szereg nowych katedr, czerpiąc pomysły z dotychczasowego faktycznego stanu myśli lekarskiej. O filozofii medycyny zaczęto mówić w związku z pismami lekarza filozofa francuskiego Cabanisa, który ogłosił parę rozpraw lekarskich ujętych filozoficznie. Były one bardzo poczytne. Nic też dziwnego, że dyrektor nowej szkoły lekarskiej Thourel, który sam wykładał «naukę Hipokratesa», wystąpił w r. 1799 z wnioskiem, aby utworzyć katedrę «filozofii medycyny», tej nauki-matki, która by powinna oddać wielkie usługi sztuce lekarskiej².

Od tego momentu filozofia medycyny weszła do programów studiów medycznych, co jednak nie oznacza, że znalazła się tam na stałe. Przy czym winą za taki stan rzeczy można obarczać również samych filozofów. Do dziś bowiem, nawet autorzy książek umieszczających w tytule termin „filozofia medycyny” skrzętnie unikają prób jej zdefiniowania³. Podobnie na próżno szukać hasła „filozofia medycyny” nawet w bardzo obszernych leksykonach i encyklopediach filozofii⁴. Jak zatem można nauczać czegoś, co umyka próbom zdefiniowania nawet przez specjalistów? Tym łatwiej decydentom w sferze programowej było usunąć taki przedmiot ze studiów medycznych. Przypadki takie miały miejsce nie tylko w Polsce:

tradycyjny wykład z filozofii, obowiązujący od stuleci wszystkich studentów Uniwersytetu Kopenhaskiego bez względu na to, czy studiują medycynę, czy inne dziedziny nauki, został zniesiony w 1971 r. Uznano bowiem, że stanowi on całkowitą stratę czasu⁵.

Tego typu stanowisko jest podtrzymywane z powodzeniem do dnia dzisiejszego. Na przykład w wydanej w 2008 r. książce Jamesa A. Marcuma „An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine” przytoczono szereg wypowiedzi z pierwszego interdyscyplinarnego sympozjum na temat związków pomiędzy filozofią a medycyną, które odbyło się w maju 1974 r. w Galveston. Uczestnik dyskusji okrągłego stołu podczas tego sympozjum Jerome Shaffer z University of Connecticut

² W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Skład Główny Księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków 1948, s. 9. (We wszystkich cytatach zachowano pisownię oryginałów).

³ Zob. np. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, przeł. Z. Szawarski, PWN, Warszawa 1993.

⁴ Hasła takiego nie ma nawet w 10-tomowej *Powszechnej encyklopedii filozofii* wydanej przez Towarzystwo Tomasza z Akwinu w Lublinie.

⁵ H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, dz. cyt., s. 27.

zakwestionował w ogóle możliwość istnienia związków pomiędzy filozofią a medycyną. Stwierdził wówczas, że filozofowie chcieliby postrzegać filozofię medycyny na kształt biochemii albo astrofizyki, w których to przypadku jest możliwe połączenie różnych dyscyplin dzięki istnieniu wspólnego pola badawczego. Tymczasem w przypadku filozofii i medycyny takiego pola po prostu nie ma⁶. Takie wypowiedzi wygłaszane przez przedstawicieli samej filozofii powodują, że status naukowy filozofii medycyny wydaje się co najmniej problematyczny.

Na szczęście w Polsce nigdy nie brakowało filozofujących lekarzy. Adam Wrzosek nie był żadnym wyjątkiem. Jednym z takich lekarzy, zaliczanych całkiem słusznie do filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej, był Władysław Szumowski. Zawdzięczamy jemu jedną z niewielu prób zdefiniowania „filozofii medycyny”, a przy okazji również określenia jej przedmiotu:

Filozofia medycyny jest nauką, która rozpatruje medycynę jako całość; omawia jej stanowisko w ludzkości, społeczeństwie, państwie i szkołach lekarskich; daje rzut oka na całość dziejów medycyny; przedstawia najogólniejsze zagadnienia z filozofii biologii; analizuje metodologiczne formy myślenia lekarskiego, wymieniając i wyjaśniając błędy logiczne, popełniane w medycynie; czerpie z psychologii i metapsychiki te wiadomości i poglądy, które mają znaczenie dla całości medycyny; omawia naczelnne wartości w medycynie oraz formułuje ogólne podstawy etyki lekarskiej⁷.

Z tą definicją koresponduje pojmowanie „filozofii medycyny” przyjmowane w innych źródłach. W propozycjach sformułowanych w Galveston pojawia się przekonanie, iż należy rozróżnić dwa niekiedy utożsamiane terminy: „filozofia w medycynie” oraz „filozofia medycyny”. Rozpatrując bowiem medycynę całościowo, wyraźnie zauważalny jest jej rozdział funkcjonalny, na medycynę praktyczną i teoretyczną. Edmund D. Pellegrino, jeden z uczestników dyskusji w Galveston postuluje takie rozróżnienie, aby uniknąć zarzutu sformułowanego przez Jeromego Shaffera podczas tego samego sympozjum. Wówczas zagadnienia z zakresu filozofii nauki zostałyby niejako wyłączone z obszaru zainteresowania medycyny, a przez to rozważania z zakresu filozofii medycyny dotyczyłyby tylko samej sztuki leczniczej⁸. Także w Polsce trwa na ten temat dyskusja, w której jednak proponuje się inne rozwiązania od tych proponowanych na Zachodzie. Wynika to nie tylko z innej tradycji medycyny, ale także z tego, że wielu spośród polskich lekarzy, jak np. Władysław Biegański czy Władysław Szumowski, było także uznanymi filozofami. Dlatego w polskich dyskusjach nikt nie odrzuca filozofii medycyny jako takiej, ale postuluje się zawężenie jej przedmiotu w duchu proponowanym przez Pellegrino. Autorzy monografii poświęconej polskiej szkole filozofii medycyny, jak się wydaje trafnie, zauważają taką tendencję:

⁶ *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9-11, 1974*, red. H.T. Engelhardt Jr., S.F. Spicker, Springer, Dordrecht 1975, s. 215-216.

⁷ W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, s. 15.

⁸ *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences...*, s. 216.

już jakiś czas temu dało się zauważyć taką tendencję do zawężania zakresu tego pojęcia; i tak np. Andrzej Wajs postulował odróżnianie od filozofii medycyny wiedzy o «ogólnofilozoficznych podstawach doktrynalnych medycyny», a Zbigniew Szawarski uznawał, że czymś innym jest filozofia medycyny jako nauki, czym innym jako sztuki⁹.

Takie rozgraniczanie zaś powoduje, że ciągle aktualnym dla medycyny jest przede wszystkim rozróżnienie jej komponentu teoretycznego od praktycznego. Inaczej mówiąc w polskiej filozofii ciągle nie rozstrzygnięto dziewiętnastowiecznego dylematu o naukowości medycyny, co przy ówczesnych dyskusjach, postulujących nienaukowość samej filozofii, musiało skutkować kwestionowaniem naukowego charakteru także i filozofii medycyny. W tej kwestii wypowiadał się wielokrotnie sam Adam Wrzosek.

Autorzy monografii poświęconej polskiej szkole filozofii medycyny, przyjęli utilityrystyczne rozumienie przedmiotu filozofii medycyny odbiegające od dominującej w Polsce tradycji odwołującej się do klasycznej filozofii niemieckiej. W przyjętej w tej książce interpretacji przedmiot filozofii medycyny został ograniczony wyłącznie do aspektu teoretycznego, a w zakres jego wchodzi:

- definicja i zakres filozofii medycyny oraz jej relacje i zależności od epistemologii, logiki, aksjologii, metodologii i ontologii (metafizyki), a także zależności tych dyscyplin filozoficznych od medycyny i filozofii medycyny;
- historia filozofii medycyny;
- modele medycyny;
- koncepcje zdrowia i choroby;
- logika diagnozy, rokowania (prognozy) i terapii;
- relacje filozofii medycyny z filozofią nauki¹⁰.

Takie rozwiązanie wzbudza szereg kontrowersji, bo zamiast zdefiniowania filozofii medycyny zakreślono tylko jej pole przedmiotowe, co dylematu nie rozwiązuje, a co najwyżej go jeszcze komplikuje. Wynika to choćby z tego faktu, że poza przedmiotem filozofii medycyny znalazło się jej usytuowanie i zależność od dominującej w danym społeczeństwie kultury. Ponadto z zakreślonego pola nie wynika potrzeba posiadania przez personel medyczny kompetencji filozoficznych, gdyż wszystkie zagadnienia mieszczące się w obrębie tak rozumianego przedmiotu filozofii medycyny (poza zdefiniowaniem i jej związkami z innymi dyscyplinami) mieszczą się także w propedeutyce lekarskiej. Trudno zatem zaakceptować tę propozycję, bo znacząco odbiega od tradycji polskiej filozofii medycyny, w tym zwłaszcza stanowiska reprezentowanego przez Adama Wrzoska.

Do dziś istnieją zatem zasadnicze rozbieżności pomiędzy filozofami oraz medykami na temat tego, czym się zajmuje i powinna zajmować filozofia medycyny. Niemniej to jednak od rozważań Adama Wrzoska na temat obecności filozofii w medycynie

⁹ J. Zamojski, *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?*, [w:] *Polska szkoła filozofii medycyny: przedstawiciele, wybrane teksty źródłowe*, pod red. M. Musielaka i J. Zamojskiego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2010, s. 12.

¹⁰ Tamże, s. 11.

utrwaliła się tradycja pojmowania filozofii medycyny w kontekście arystotelesowskiego podziału na filozofię praktyczną i teoretyczną. Wedle tego przekonania funkcja teoretyczna wiąże się ze spełnianiem przez nią w obrębie medycyny roli analogicznej jak epistemologia w filozofii. Zasadniczym zadaniem staje się wówczas określenie tego, czym w ogóle jest medycyna, jaki jest jej przedmiot badawczy i jakie ma do spełnienia zadania w społeczeństwie. Chodzi tu więc także o rozważania na temat zdrowia i choroby, a tym na temat tego, czy np. medycyna estetyczna może być uznawana za część medycyny. Zadaniem filozofii medycyny staje się wówczas definiowanie pojęć zdrowia i choroby, a także określenie granic kategoryjnego uogólniania chorób. W jej obrębie rozważałoby się ponadto zagadnienie obecności prawdy w medycynie, w tym zwłaszcza granic wiedzy lekarskiej i prawa do błędu oraz zakresu tajemnicy zawodowej. Drugim ważnym obszarem badawczym byłyby rozważania na temat diagnozy lekarskiej, a zwłaszcza reguł rokowania o przebiegu choroby i skuteczności możliwych terapii. Można to zadanie określić jako założenia metodologiczne medycyny. Punktem wyjścia przy tego typu rozważaniach staje się określenie, na ile medycyna jest nauką, a na ile sztuką. Ma to niebagatelne znaczenie zwłaszcza przy opracowywaniu programów nauczania dla nowych adeptów medycyny.

Drugi obszar badawczy filozofii medycyny byłby zatem określony przez wypełnianie przez nią swej funkcji praktycznej. Nie chodzi tu bynajmniej o próby określania, jak powinna wyglądać terapia, ale o określenie tego, co można określić sferą „zaufania”. Pacjent udaje się do lekarza ponieważ ufa, że ten mu pomoże zgodnie ze swą wiedzą i dołoży wszelkich starań, aby tak się stało. Podobnie lekarz ufa pacjentowi, że ten będzie realizował jego zalecenia. Każda ewentualna zmiana wymagałaby zatem ich wspólnego działania i zgody. Problem ten zdaje się banalny, ale wydaje się mieć zasadnicze znaczenie dla medycyny, gdyż ma zastosowanie nawet w sytuacji, gdy pacjent z różnych względów nie może stać się partnerem dla lekarza (stan nieświadomości, niepełnosprawność, niepoczytalność itp.). Lekarz, nawet jeśli z jakichś względów nie może uzyskać zgody pacjenta na podjęcie leczenia, powinien prowadzić terapię w poczuciu, że gdyby było to możliwe, to taką zgodę by zyskał. Z tego właśnie wyrasta cała etyka medycyny. Zyskuje ona nieustannie na znaczeniu, bo każdy żyjący człowiek jest pacjentem, ale też, jeśli pozwalają na to jego możliwości fizyczne i intelektualne, może stać się terapeutą. Nie jest prawdą, jakoby istniała tylko etyka zawodów medycznych, bo istnieje ogólnospołeczna etyka medycyny, która z faktu tego, że każdy potrzebujący pomocy terapeutycznej, powinien ją niezwłocznie uzyskać, a obowiązek jej udzielenia ciąży nie tylko na lekarzach, pielęgniarkach czy farmaceutach, ale na każdej zdolnej do jej udzielenia osobie. Biologicznie warunkowana konieczność spełnienia roli pacjenta implikuje tym samym obowiązek moralny wykonywania w razie potrzeby roli ratownika-terapeuty. W tym właśnie wyraża się równość praw i obowiązków moralnych w medycynie. Jesteśmy coraz bardziej kompetentni w sprawach własnego zdrowia i coraz pilniejsza staje się sprawa, aby te kompetencje wykorzystać dla dobra ogółu. Na tym właśnie opiera się zasada udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

W poniższym artykule przyjęliśmy też założenie, że istnieje bliżej niesprecyzowana sfera ludzkich powinności, których wypełniania nie oczekuje się od wszystkich,

ale tylko od specjalistów. Do ich spełnienia potrzebna jest nie tylko wiedza teoretyczna, ale także kompetencje praktyczne, a nade wszystko doświadczenie związane z rozwiązywaniem różnych dylematów powstałych w praktyce terapeutycznej. Nikt przecież nie wymaga od przeciętnego człowieka, aby potrafił zakwalifikować do operacji przeszczepienia serca konkretnego pacjenta w sytuacji, gdy jest stu oczekujących. Uważamy, że to jest właśnie obszar zainteresowania bioetyki, która w tym znaczeniu staje się częścią praktycznej filozofii medycyny. Tak, jak jest oczywiste, że każdemu potrzebującemu należy pomagać, tak w sytuacji, gdy staje się to z jakichś przyczyn niemożliwe, należy podjąć decyzję przyznającą lub odmawiającą takiej pomocy dla większości oczekujących¹¹.

Zdajemy sobie sprawę z ułomności przyjętych rozgraniczeń. Można je łatwo, podważać, ale zarazem równie łatwo można takie stanowisko obronić. Brak takich jasnych rozgraniczeń sparaliżował współczesną filozofię medycyny, w której często pojawiają się opracowania, w których etyka medycyny i bioetyka, to jedno i to samo. Naszym zdaniem, przyjęcie takiego rozgraniczenia, jakie przyjęliśmy, jest uprawomocnione, także ze względu na istnienie w Polsce pewnej tradycji myślowej, którą wywodzimy właśnie od Adama Wrzoska.

Polska szkoła filozofii medycyny

Z przedstawionych wcześniej rozważań na temat możliwości zdefiniowania oraz przedmiotu filozofii medycyny można domniemywać, że historia i kultura narodowa odcisnęła na medycynie uprawianej w Polsce niezatarte piętno. Bez przyjęcia takiego założenia nie można byłoby w ogóle rozważać o istnieniu specyficznej polskiej szkoły filozofii medycyny. Wydaje się, że jednym z wyróżników tej szkoły jest niekwestionowany związek filozofii z medycyną. Polska szkoła filozofii medycyny jest związana nie tylko z przedstawicielami świata medycyny oraz filozofii, ale także obejmuje wielu przyrodników, antropologów, a nawet przedstawicieli świata kultury. Medycyna, nie przestając być sztuką leczenia, w przekonaniu swych przedstawicieli zyskiwała nie tyle status samodzielnej nauki, co wypełniała szczególnie doniosłe zadania społeczne. Skutkowało to między innymi zauroczeniem wieloma wysoce kontrowersyjnymi projektami odnowy społecznej, w tym tak utopijnymi jak eugenicznie podbudowane programy „higieny rasy”. To przedstawiciele świata medycznego tworzyli i dynamicznie rozwijali Polskie Towarzystwo Eugeniczne, którego członkami byli przede wszystkim naukowcy różnych specjalności owładnięci przekonaniem, że ich misja jest związana z likwidacją wszystkich zjawisk patologii społecznej. Nie było to przecież możliwe wyłącznie w instytucjach opieki zdrowotnej, bo wymagało współdziałania wszystkich w imię specyficznego pojętego interesu społecznego. Spowodowało to nie tylko szybki rozwój nauk medycznych, ale też utrwalenie się pewnych stereotypów

¹¹ Przedstawione rozważania nad przedmiotem filozofii medycyny zostały zainspirowane publikacją Elwiry Żołobowskiej, *Teoretyczny i praktyczny aspekt filozofii medycyny*, [w:] *Wybrane etyczno-filozoficzne aspekty ochrony środowiska*, pod red. M. Terleckiej, Armagrad, Krosno 2014.

związanych z pełnieniem roli lekarza. Przedstawiciele tego zawodu zajmują w Polsce wyjątkowo wysoką pozycję społeczną i cieszą się prestiżem, czemu nie przeszkadza, nawet chętnie ujawniane w prasie, zjawiska patologiczne dotyczące tego zawodu. Taki stan rzeczy przekłada się także na dość powszechną aprobatę filozofii medycyny, którą przecież tę wyjątkowość podkreśla. Drugim wyróżnikiem jest fakt, że szkoła obejmowała tylko pewien fragment polskiego środowiska medycznego, skupiając ludzi wszechstronnie wykształconych, którzy równie dobrze jak w medycynie realizowali się w działalności politycznej, a także naukowej.

Początków polskiej szkoły filozofii medycyny niewątpliwie należy doszukiwać się dopiero w okresie pozytywizmu, w którym medycyna zaczęła zyskiwać charakter samodzielnej nauki. Wówczas to ujawniły się spory o to, czy medycyna jest nauką czy raczej sztuką. W dzisiejszym rozumieniu były to spory pomiędzy tradycjonalistami a zwolennikami nowoczesnego usytuowania medycyny w kulturze. W analizach tych sporów pomija się ich głębszy społeczny kontekst. Wiązał się on bowiem z gwałtownym wzrostem zapotrzebowania na usługi medyczne zgłaszanym przez błyskawicznie rosnącą populację. Eksplozja demograficzna była również skutkiem rozwoju medycyny przez sam spadek śmiertelności niemowląt oraz szybkie wydłużanie średniej długości trwania życia. Środowiska lekarskie dostrzegały przyczyny tego stanu rzeczy i dobrowolnie podjęły się zadania poprawy jakości życia społeczeństwa. Dość naiwnie sądzono wówczas, że stanie się to automatycznie wraz ze wzrostem poziomu higieny i ogólną poprawą warunków życia. Medycyna była więc w Polsce traktowana jako sztuka przeobrażania świata, więc choć jej przedmiot był już wcześniej określony, to początkowo istniała wyraźna trudność w odgraniczeniu jej przedmiotu od nauk przyrodniczych i psychologii, którym przydzielano analogiczne zadanie. Dlatego też początki tej szkoły wykraczają poza środowisko lekarskie i koniecznym jest określenie także jej pozamedycznych źródeł.

Ludzie nauki mają przecież świadomość własnych możliwości oraz rosnących oczekiwań społecznych kierowanych w ich stronę, a przez to starają się łączyć w imię wspólnego interesu, tworząc tym samym wspólnoty uczonych. Dla kręgu ludzi nauki powiązanych jakimś wspólnym rysem przyjęło się stosować nazwę „szkoła” w antycznym jej rozumieniu, gdzie centralną postacią jest nauczyciel-mistrz przygotowujący uczniów do tego, aby sami kiedyś zajęli jego miejsce lub stworzyli własny zespół badawczy. W takiej szkole nie tylko ma miejsce przekaz wiedzy, ale także wspólnie rozwiązuje się problemy. Jacek Jadacki sądzi, że dla wyodrębnienia szkoły spośród całego środowiska niezbędne jest uwzględnienie kilka kryteriów – „autoidentyfikacja, lokalizacja, genealogia i ideologia”¹². Uznając trafność tego stwierdzenia, zauważamy jednak, że ten wykaz należy poszerzyć o jeszcze jedno kryterium, które umownie nazwać można prestiżem, środowisko, które zasługuje na miano szkoły, musi się czymś pozytywnie wyróżniać, albo mówiąc wprost – zasłużyć na to miano. Dlatego w nauce szkoła jest wyodrębniana dzięki:

¹² J.J. Jadacki, *Orientacje i doktryny filozoficzne*, Wydawnictwo WFiS UW, Warszawa 1998, s. 75.

1. Kryterium autoidentyfikacji – przynależność do szkoły dokonuje się poprzez indywidualną aprobatę zasad, które przyjęto w niej, a zarazem jest się przez nią akceptowanym. Więzy naukowe są tym samym potęgowane poprzez kontakty osobiste.
2. Kryterium lokalizacji (przestrzenne) – mieści się w jednym miejscu lub jej przedstawiciele są rozproszeni na obszarze umożliwiającym ścisłą współpracę i wymianę poglądów. Współcześnie odgrywa ono coraz mniejszą rolę, gdyż efektywne możliwości wymiany poglądów i współpracy istnieją już niezależnie od miejsca przebywania. Lokalizacja jest umowna, bo więź przestrzenna powstaje na skutek podtrzymywanych kontaktów pomiędzy naukowcami, jak też poszczególnymi ośrodkami. Cechą charakterystyczną dla szkoły jest więc jej swoista ekspansja, która dokonuje się poprzez naturalne migracje kolejnych pokoleń naukowców wywodzących się z danej szkoły;
3. Kryterium genealogiczne (genetyczne) – szkoła wywodzi się od jednego lub kilku ściśle współpracujących ze sobą naukowców, których autorytet jest niekwestionowany. Zapewnia to ciągłość czasową trwania szkoły, która może przetrwać nawet wiele pokoleń, niemniej jednak jej kres jest niejako wpisany w logikę uprawiania nauki, bo niejako na gruzach każdej szkoły może się ukształtować zupełnie nowa;
4. Kryterium ideologii (metodologiczne) – podzielane przez daną zbiorowość zapatrywania na to, jak należy uprawiać naukę oraz jak popularyzować i wdrażać w życie jej rezultaty. Wbrew pozorom, nie wymaga to prezentowania wspólnoty poglądów, a wręcz przeciwnie, szkoła rozwija się najlepiej, gdy jest wewnętrznie zróżnicowana naukowo i światopoglądowo;
5. Kryterium prestiżu – aby dane środowisko mogło być uznane za szkołę, musi wywrzeć zauważalny wpływ na rozwój nauki w danym środowisku lub nawet w skali międzynarodowej.

Szkoła nie zawsze jest programowo ograniczona do jednej dyscypliny, stąd w sytuacjach, gdy dochodzi do współpracy interdyscyplinarnej, mówi się również często o kole (Koło Wiedeńskie, Koło Krakowskie itp.). Możliwość przypisania się do szkoły jest dla naukowców także powodem do uzasadnionej dumy z przynależności do środowiska, które w zauważalny sposób przyczynia się do rozwoju nauki. Dlatego w polskich centrach akademickich w ostatnich latach można zaobserwować wzmożone starania o przypisanie własnemu środowisku naukowemu miana szkoły filozoficznej.

Analizując dostępne źródła, można zauważyć, że polska szkoła filozofii medycyny powstała wraz z ukształtowaniem zorganizowanego środowiska lekarskiego w kraju. Proces konsolidacji tego środowiska wynikał również z ukształtowania jednolitego systemu edukacji lekarskiej. Zapoczątkowano wówczas kształtowanie nowoczesnej etyki zawodu lekarza, w której normy prawne i normy deontologiczne zaczęły stanowić pewną jedność. Lekarze odpowiadali od tej pory tak samo jak wszyscy obywatele za swe uchybienia prawne, ale ponadto zostali obłożeni szczególnymi obowiązkami, które wynikały z samego faktu pełnienia swej profesji. *Primum non nocere* jako ogólna zasada określała sens tych szczególnych obowiązków. Wówczas okazało się, że każdy lekarz może popełnić identyczne wykroczenia zarówno przeciw prawu pozytywnemu, jak i przeciwko zasadom sztuki lekarskiej. Wiązało się to z ogólnym procesem

profesjonalizacji medycyny, jaki przebiegał na całym świecie właśnie w XIX w. Najstarsze polskie przyrzeczenia lekarskie, pochodzące jeszcze z XV w., były tylko pewną modyfikacją przysięgi Hipokratesa, która w swej istocie eksponowała usługowy charakter zawodu lekarza. Niemniej jednak nie narzucała osobom praktykującym ten zawód obowiązku doskonalenia się, a jego przedstawiciele mieli pełne prawo chronić tajemnice własnej sztuki przed innymi. Takie postawienie sprawy upodobniało zawód do rzemiosła, w którym pod okiem mistrza doskonalili się jego uczniowie. Ale pomiędzy poszczególnymi mistrzami nie następowała wymiana informacji ani też nie dochodziło do integracji środowiska. Rosnąca populacja ludzi zgłaszała jednak coraz większe zapotrzebowanie na terapię. Stary system kształcenia nie był już w stanie zabezpieczyć tego typu potrzeb. Dziewiętnastowieczna rewolucja naukowa przyniosła też ogromny przyrost wiedzy z zakresu anatomii i fizjologii człowieka. W świetle tej wiedzy okazywało się, że wiele dotychczasowych technik terapii po prostu nie miało sensu i często bardziej szkodziły niż pomagały. Także środowisko polskiej medycyny doceniało wówczas znaczenie wiedzy z zakresy nauk przyrodniczych dla skutecznego wykonywania swego zawodu. W powstających kodeksach i przyrzeczeniach pojawiały się już zapisy o obowiązku pomnażania swej wiedzy teoretycznej i praktycznej. Leczenie przestało być tajemną sztuką, a stawało się procedurą powtarzalną, a zatem możliwą do wyuczenia w trakcie profesjonalnej edukacji.

Gdy mowa jest o „polskiej szkole filozofii medycyny”, to naturalnym jest pytanie czy rzeczywiście spełnia ona te kryteria, jakie pozwalają na objęcie mianem szkoły? W tej kwestii kryterium autoidentyfikacji splata się z genetycznym. Za jej prekursora uznaje się Tytusa Chałubińskiego (1820-1889), który był jednocześnie mistrzem dla Adama Wrzoska, autora najobszerniejszej dotychczas jego biografii. Niemniej jednak najbardziej znaną postacią tej szkoły był niewątpliwie Władysław Biegański (1857-1917), który nie tylko wskazywał na wagę filozofii, a zwłaszcza logiki dla wykształcenia lekarza, ale sam jest autorem kilku podręczników o takiej tematyce. Chałubiński, Biegański oraz Adam Wrzosek to niewątpliwie centralne postacie tej szkoły. Każdy z nich reprezentuje kolejne pokolenie „polskiej szkoły filozofii medycyny” – starsze, średnie i młodsze. Każdy z nich został także niekwestionowanym autorytetem w dziedzinie medycyny oraz filozofii dla kilku już pokoleń przedstawicieli zawodów medycznych w naszym kraju. Z tej racji możemy dziś się zasadnie pytać tylko o to, dlaczego szkoła należy do przeszłości polskiej medycyny, czyli czemu nie ma kontynuatorów takich, jak to ma miejsce w przypadku np. filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej.

Kryterium lokalizacji w przypadku tej szkoły jest nieco utrudnione, zważywszy na to, że w zasadzie obejmowała ona zasięgiem całą Polskę, a jej przedstawiciele pracowali zawodowo i naukowo na uniwersytetach i w szpitalach całej Polski. Niemniej jednak zasięg szkoły był ograniczony przestrzennie do kilku zaledwie ośrodków uniwersyteckich: Lwowa, Krakowa, Warszawy, Poznania, a także w mniejszym stopniu do Wilna. Można nawet zauważyć, że lokalizacja była związana zawsze z osobą konkretnego przedstawiciela szkoły oraz z jego uczniami, których wykształcił w konkretnym ośrodku akademickim. Taka koncentracja miała także negatywne konsekwencje, gdyż z chwilą śmierci mistrza często przestawała istnieć. Rzadko

bowiem zdarzało się, aby uczniowie kontynuowali dzieło swego mistrza. Można nawet w pewnym sensie mówić o regresywnym charakterze rozwoju tej szkoły. Wy tłumaczeniem tego może być w przypadku medycyny sam postęp wiedzy medycznej, który powodował, że prosta kontynuacja nauk mistrza bardzo szybko okazywała się niemożliwa.

Kryterium ideologii (metodologiczne) nie może także budzić wątpliwości, bo źródeł szkoły należy doszukiwać się w pozytywistycznym podejściu do praktyki leczniczej. Wszyscy lekarze podzielający ideologię tej szkoły uważali, że proces leczenia ma przebieg przyczynowo-skutkowy. Byli to zatem pragmatycy, którzy wskazań dla skutecznego leczenia szukali w coraz lepszej znajomości anatomii i psychologii, a zatem nie oczekiwali, że skutecznymi będą sposoby terapii, których nauka nie potrafi wyjaśnić i przewidzieć skutków ich przeprowadzenia. Rozgraniczenie wcześniejszej tradycji od podejścia zaprezentowanego przez przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny nie sprawia większych trudności, gdyż zbiegło się z czasem sporów o to, czy medycyna jest sztuką, czy też nauką. Przedstawiciele tradycyjnego sposobu ujmowania zadań lekarzy uważali, że medycyna jest sztuką, w której lekarz intuicyjnie określa czynniki patogenne i samodzielnie dobiera do nich sposób prowadzenia terapii. Natomiast nurt reprezentowany przez Tytusa Chałubińskiego akcentował, że jest to podejście zbliżone do szamanizmu, a nie do nauki. Jeszcze po II wojnie światowej świeża była pamięć o okresie przednaukowym medycyny. Pisał o tym w swej znanej publikacji „Ludzkość w walce o zdrowie” Ludwik Gross:

Medycyna jest nauką jeszcze bardzo młodą. Od kilkudziesięciu lat dopiero wyłaniają się jej właściwe kontury z mglistych oparów wierzeń ludowych, przesądów i zabobonów¹³.

Historia medycyny dzieli się więc na okres przednaukowy i naukowy. Cezura graniczna przebiega w okresie pozytywizmu. Ten stan rzeczy jest powszechnie akceptowany nie tylko przez historyków medycyny, ale i przez samych lekarzy.

Do połowy XIX w. lekarze nie opierali swoich interwencji na wiedzy naukowej, ponieważ albo jej nie było, albo – kiedy już była dostępna – nie nadawała się do wykorzystania w diagnostyce i leczeniu. Działania medyczne w znakomitej większości opierały się na spekulacji lub „intuicji”. Brak rzetelnych podstaw teoretycznych skazywał praktykę lekarską na korzystanie z domysłów i leczenie na traf: komu udawało się wyleczyć, ten był jak artysta, sztukmistrz i wirtuoz, którego sukces jest widoczny lecz niezrozumiały. Często też i dla samego artysty¹⁴.

Akceptacja naukowości medycyny oznaczała zmianę sposobu naboru adeptów do zawodu a także wprowadzenie formalnego certyfikatu uprawniającego do wykonywania zawodu.

¹³ L. Gross, *Ludzkość w walce o zdrowie*, Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa 1947, s. XII.

¹⁴ P. Łuków, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i sztuce leczenia*, Wyd. Semper, Warszawa 2012, s. 39.

Adam Wrzosek o znaczeniu filozofii dla medycyny

Adam Wrzosek, jako przedstawiciel „szkoły młodszej”, miał w pewnym sensie ułatwione zadanie, bo przez lata niezależnie od prowadzonej praktyki lekarskiej zajmował się badaniami nad historią polskiej medycyny. Dlatego w swojej „Propedeutyce lekarskiej” przypominał:

Dawniej program studiów na wydziałach lekarskich, osobliwie studiów początkowych, znacznie się różnił od obecnego, mianowicie większą wszechstronnością. Kto chciał studiować teologię, prawo lub medycynę w wiekach średnich, musiał wprzód ukończyć wydział filozoficzny ze stopniem magistra. Tak było zagranicą. Tak było również w Polsce. [...] Dopiero po ich ukończeniu można się było zapisać na wydział lekarski. [...] W XV stuleciu zapisanych było ogółem na wydziale filozoficznym w Krakowie 17868 scholarów, z których tylko 21,2% zostało bakałarzami, magistrami zaś zaledwie 4,7%. Stąd wynika, że tylko dojrzała, zdolniejsza i pilniejsza młodzież mogła się dostawać na wydziały lekarski, teologiczny i prawa¹⁵.

Zniesienie obowiązkowych studiów filozoficznych dla lekarzy Wrzosek wiązał z rozszerzeniem programów nauczania w szkołach średnich o właśnie takie przedmioty. Niemniej jednak przestudiowanie najważniejszych nauk filozoficznych uważane było za wstęp do medycyny w ogóle, a „stąd dawniej, każdy, kto ukończył studia lekarskie i egzamina pomyślnie złożył, zostawał nie tylko doktorem medycyny, lecz również filozofii”¹⁶.

Później jednak z takiego połączenia tytułów zrezygnowano. Wrzosek miał duży dorobek z zakresu historii medycyny, w tym także na temat studiów lekarskich w Polsce. Wiedział zatem, że jeszcze w drugiej połowie XIX wieku na studiach medycznych wykładano nie tylko historię filozofii, ale i logikę oraz psychologię. Studia te były zatem mocno przeładowane, bo w ich programach umieszczano nawet matematykę. Wrzosek sądził, że sytuacja, w której nauczanie filozofii wyrugowano ze studiów medycznych, była efektem upowszechnienia się tendencji pozytywistycznych w nauce, czyli jak to wówczas nazywano, ekspansji materializmu, a więc przede wszystkim myślenia przyczynowo-skutkowego. Jak pisał:

Nastąpiło wówczas znaczne obniżenie polotu myśli ludzkiej. [...] Rzecz charakterystyczna, że jednym z najgłośniejszych filozofów materialistycznych w XVIII stuleciu był lekarz La Mettrie, a w XIX wieku apostołami materializmu byli trzej medycy, profesorowie: Büchner, Moleschott i Vogt¹⁷.

Takie tendencje, które wystąpiły w nauce w ogóle, spowodować miały zatem, jego zdaniem, swego rodzaju zdehumanizowanie medycyny, gdyż dla obrania właściwej terapii starczyło tylko doszukać się konkretnych objawów chorobowych i automatycznie do nich dostosować proces leczenia. Poprawność postawionej diagnozy

¹⁵ A. Wrzosek, *Propedeutyka lekarska*, Skład Główny w księgarni E. Wende i S-ka, Warszawa 1913, s. 59.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże, s. 60.



Prof. Adam Wrzosek (1875-1965)
(ze zbiorów redakcji AMP)

determinowała tym samym skuteczność leczenia. Pacjent stawałby się tym samym czymś w rodzaju obiektu, a zadanie lekarza polegać miałyby tylko na usunięciu dysfunkcji w jego organizmie.

Nic zatem dziwnego, że Wrzosek zauważył, iż

duch czasu, duch materyalistyczny, który świecił swoje tryumfy w wielu XIX, wywarł pewien wpływ na studia medyczne, które zostały zreformowane w kierunku czysto utylitarnym, dość wąsko zresztą pojmowanym. Z chwilą gdy kierunki idealistyczne w filozofii coraz mniej miały zwolenników, nastąpiło ogólne obniżenie ideałów społecznych, a także ideału lekarza. Ideał lekarza, jako człowieka dobrego, wykształconego i mądrego zaczął się powoli zacierać, natomiast zaczął się wysuwać ideał dobrego fachowca, znakomicie swoje rzemiosło posiadającego¹⁸.

Wrzosek był więc zwolennikiem takiego modelu wypełniania praktyki lekarskiej, w którym pacjent mógł efektywnie wpływać na proces leczenia. Mniemał, że takie nastawienie w medycynie ponownie zaczyna dominować.

¹⁸ Tamże, s. 60-61.

Okres panowania materializmu minął. Na wielu polach pracy naukowej nastąpiła przeciw niemu reakcja. Nauki filozoficzne zaczynają powoli z powrotem odzyskiwać należne im w studiach uniwersyteckich stanowisko¹⁹.

Wrzosek pokusił się też o wskazanie powodów, dla których przyszłych medyków należy uczyć filozofii:

Studyowanie filozofii, nie mówiąc już o tem, że znakomicie kształci umysł i przyczynia się do wyrobienia samodzielnego na świat poglądu, ma jeszcze dla medyka tę dobrą stronę, iż chroni go od zbyt jednostronnego sposobu myślenia pod wyłącznym wpływem nauk przyrodniczych. Lekarz [...] powinien być wszechstronnie wykształcony i stać conajmniej na poziomie wykształcenia inteligencji innych zawodów. Bez filozoficznego atoli wykształcenia umysłu o wszechstronnem wykształceniu nie może być mowy²⁰.

Rekrutacja do zawodu lekarza

Konsekwencją takiego rozumienia przez Wrzoska filozofii medycyny były nie tylko postulaty dotyczące reformy studiów lekarskich, ale także konieczność ustanowienia warunków progowych przed osobami, które po tych studiach zdecydowały się na prowadzenie samodzielnej praktyki lekarskiej. Nie można bowiem zapominać, że aplikowanie do zawodu lekarskiego przed epoką pozytywizmu było w znacznej mierze kontynuacją średniowiecznych praktyk cechowych. Młody adept przyuczał się do wykonywania zawodu pod kierunkiem mistrza, od którego przejmował techniki terapeutyczne oraz skrywane tajemnicą arkana sztuki. Wymiana informacji pomiędzy lekarzami była utrudniona i często bywało tak, że każdą chorobę poszczególne lekarze leczyli na swój sposób. Naturalną konsekwencją takiego stanu rzeczy były zatem sytuacje, gdy przed łóżkiem chorego dostojnika państwowego przewinęło się kilkudziesięciu lekarzy, a każdy stosował tylko własne medykamenty oraz realizował niepowtarzalne techniki terapii. Leczenie więc nieraz było prowadzone metodą prób i błędów, a wśród lekarzy dość powszechne było przekonanie o istnieniu panaceum, czyli leku uniwersalnego, lub jednej zawsze skutecznej techniki leczniczej. Stąd brała się popularność stosowania w praktyce wszelkich form wodolecznictwa, puszczania krwi czy też stosowania rtęci. Aplikowanie do sztuki lekarskiej nie było więc konieczne związane z uzyskaniem stosownego dyplomu potwierdzającego posiadane kwalifikacje. Dopiero wzrost świadomości, że choroba jest przypadłością nabytą i prawie każdą można wyleczyć, spowodowało zmianę stosunku do lekarza.

Aplikacja do praktyki zawodowej dotyczy bowiem zawodów, które wykonują zadania szczególnej wagi społecznej. Niewątpliwie należy do nich zawód lekarza, gdyż w ręce przedstawicieli tej profesji każdy człowiek składa to, co ma najważniejszego – zdrowie i życie. Z tej racji aplikacja w zawodach medycznych nigdy nie była

¹⁹ Tamże, s. 61.

²⁰ Tamże, s. 62.

automatyczna ani łatwa. Niemniej jednak w dalekiej przeszłości przypominała bardziej drogę wtajemniczenia znaną z łóż masońskich niż rzeczywisty egzamin z wiedzy i umiejętności. Aplikacja nie mogła zatem ograniczać się tylko do opanowania jakiegoś zakresu wiedzy teoretycznej, bo obejmować musiała również umiejętności praktyczne, jak racjonalne postawienie diagnozy i dobór trafnej procedury terapeutycznej. Nic zatem dziwnego, że w polskiej szkole filozofii medycyny tak dużą wagę poświęcano problematyce stawiania diagnozy i opanowaniu wiedzy z zakresu antropologii oraz fizjologii, bo bez orientacji w tym, na ile pod wpływem choroby zmienił się organizm oraz sposób jego funkcjonowania, dobranie właściwych leków oraz procedur terapeutycznych było niemożliwe. Wymagało to jednak nie tylko zmian w procesie edukacji lekarskiej, ale również zmian światopoglądowych, w tym zwłaszcza nowego spojrzenia na naturę choroby i możliwość prowadzenia skutecznej terapii. Z tej racji wszyscy przedstawiciele polskiej szkoły filozofii medycyny podejmowali niełatwą problematykę dotyczącą uzgodnienia wiedzy lekarskiej z wiedzą z zakresu nauk przyrodniczych oraz rozważania z zakresu filozofii, które miały w istocie rzeczy wykazać, że choroba jest czymś naturalnym i jak wszystko w naturze ma charakter przejściowy. Sukces terapii przestał zatem zależeć od czynników nadnaturalnych, a zaczął być zależny od wiedzy i umiejętności lekarza.

Zarówno diagnoza, jak i obrany sposób leczenia, nie mogą być dziełem przypadku, lecz wynikiem określonych procedur, których stosowanie w praktyce lekarskiej musi przynieść pozytywne skutki dla pacjenta, a tym samym skutkować jego wyleczeniem. W takim ujęciu lekarz przestawał być osobą nieprzewidywalną, a gwarancją sukcesu terapeutycznego zaczęło być stosowanie się do określonych procedur. Nic zatem dziwnego, że publikacja, która zapoczątkowała rozwój polskiej szkoły filozofii medycyny była praca Chałubińskiego poświęcona metodyce diagnozowania stanu zdrowia pacjenta. Diagnozowanie i dobór trafnej terapii przestało zatem być kwestią autonomicznego wyboru lekarza, a stało się w znacznej mierze konsekwencją stosowania łatwo weryfikowalnych procedur. Lekarze mogli i musieli się więc ich nauczyć. Szkolnictwo medyczne nabrało od tej pory zupełnie odmiennego charakteru niż dotychczas. Medycyna stała się dzięki temu nauką przyrodniczą i zaczęła wymagać od adeptów sztuki lekarskiej wiedzy, której do tej pory posiadać nie musieli. Dotyczyło to zwłaszcza wiedzy z zakresu antropologii, psychologii i fizjologii. Dalszą konsekwencją tego stanu rzeczy było pojawienie się specjalności lekarskich.

Wybitny austriacki lekarz Józef Lšbel (1882-1940) uważał, że specjalizacja medycyny nastąpiła dopiero wówczas, gdy lekarze odrzucili pojęcie choroby jako przypadłości uniwersalnej, czyli obejmującej całe ciało człowieka. Choroba zaczęła być lokowana w konkretnym miejscu organizmu²¹. I to była prawdziwa rewolucja w leczeniu, ale wymagała dobrej znajomości anatomii i fizjologii, a także antropologii. Za pioniera tej rewolucji powszechnie uznano Rudolfa Virchowa (1821-1902). Tak się złożyło, że większość wybitnych polskich medyków skończyła studia medyczne w Berlinie, wła-

²¹ J. Lšbel, *Świat medycyny wczoraj-dziś-jutro*, Udziałowa Spółka Wydawnicza, Kraków 1933, s. 159-160.

śnie pod okiem tego lekarza i przyrodnika z iście renesansowymi zainteresowaniami. Dzięki temu, w ślad za swym nauczycielem, traktowali ludzki organizm jako pewną strukturę funkcjonalną, którą można naprawić pod warunkiem, że zna się nie tylko poszczególne elementy, ale także zasady ich współdziałania wzajemnego. Taka medycyna wymagała jednak nowego usytuowania w obrębie pozostałych nauk, a przez to, że straciła swój arystokratyczny charakter, wymagała także nowego określenia zadań realizowanych przez nią na rzecz społeczeństwa. Nie mogli tego zrobić sami lekarze, a stąd najpierw pojawiła się potrzeba sformułowania filozofii medycyny, analogicznie jak dla pozostałych nauk szczegółowych. Nic zatem dziwnego, że problemy medyczne zaczęły być przedmiotem zainteresowania innych nauk, w tym zwłaszcza socjologii i psychologii.

Dziś już mało kto pamięta, że to właśnie Adam Wrzosek zasłynął jako rzecznik zatrudniania kobiet w zawodach medycznych. W jednym ze swych artykułów pisał: „Nigdzie też nie spotyka się tylu jawnych i zdecydowanych przeciwników dążeń emancypacyjnych kobiet, jak na gruncie medycyny”²².

Już w swojej obronionej w 1898 r. na Uniwersytecie Berlińskim rozprawie doktorskiej podjął problem dopuszczenia kobiet do wykonywania zawodu lekarza. Był zatem jednym z pionierów zabiegających o równouprawnienie kobiet w medycynie. Już wówczas uznał, że kobietom powinno zezwalać się zarówno na studia medyczne jak i na wykonywanie praktyki medycznej²³. Wrzosek był zatem pragmatykiem i nie uważał, aby płeć miała jakiegokolwiek znaczenie w wykonywaniu zawodów medycznych. Stąd w konkluzji swego artykułu na temat lekarek napisał: „Nam się zdaje, że kobieta, przez to samo, że jest zdolna zostać lekarką, ma prawo nią być”²⁴.

Praca ta wzbudziła spore zainteresowanie w Polsce, a nawet zagranicą, czego dowodem jest choćby jej przetłumaczenie i zamieszczenie na łamach czeskiego czasopiśma specjalistycznego „Lekarske Rozhledy”.

Pragmatyzm Wrzoska był wynikiem jego wnikliwych badań na polu historii medycyny. Napisał bowiem szereg ważnych prac historycznych poświęconych zwłaszcza wybitnym przedstawicielom polskiej medycyny. Podkreślał u nich zawsze aspekt praktyczny, który wiązał się zarazem z walką z wszelakimi przesadami i zabobonami, którym ulegali także lekarze, a które zamiast leczyć chore ciało formowały jakąś idealną wizję choroby, na którą można znaleźć jedno uniwersalne lekarstwo – panaceum. Dla Wrzoska była to postawa, którą nazwał sceptycyzmem, w praktyce sprowadzającą się do odrywania procesu terapeutycznego od nauki. Dlatego też tak wielką wagę przywiązywał do edukacji młodych adeptów medycyny w zakresie antropologii i fizjologii, gdyż bez wiedzy w tym zakresie umiejętność leczenia byłaby znikoma. Tak rozumiany sceptycyzm wedle słów autora: „robi z lekarza szarlatana, zapisującego choremu leki, w skuteczność których wcale nie wierzy”²⁵.

²² A. Wrzosek, *W sprawie lekarek*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 6, s. 193.

²³ Z. Maćkowiak, M. Musielak, *Adam Wrzosek. Życie i działalność*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000, s. 115.

²⁴ A. Wrzosek, *W sprawie lekarek*, s. 193.

Zarzucał też systemowi edukacji lekarskiej, że omawia przypadki rzadkie, swego rodzaju ciekawostki medyczne, zapominając jakby o tym, że w praktyce lekarze spotykać się będą w zasadzie tylko z typowymi, a więc nieciekawymi przypadkami.

Wrzosek był przekonany, że medycyna jest specjalistyczną dziedziną wiedzy, a zatem wszelkie zajęcia na studiach medycznych powinni prowadzić praktykujący lekarze. Chodzi tu zwłaszcza o wiedzę z zakresu przedmiotów niepraktycznych, jak np. filozofia czy też historia medycyny. Według Wrzosa wiedza z tego zakresu była niezbędna dla każdego lekarza, a miejscem jej nabywania powinny być właśnie uczelnie wyższe²⁶. Niemniej jednak przez taką opinię pobrzmiewa troska o kondycję intelektualną polskiego lekarza, którego wykształcenie ogólne na ogół pozostawiało jeszcze wiele do życzenia.

Historia polskiej medycyny potwierdza jednakże, że ogólny trend „unaukowienia” w polskiej medycynie nigdy nie był bezkrytycznie aprobowany. Wątpliwości Wrzosa podzielało wielu wybitnych przedstawicieli polskiej medycyny. Jeszcze w 1929 r. w ramach V Zjazdu Polskich Historyków i Filozofów Medycyny, który odbył się w trakcie XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Władysław Szumowski zauważył krytycznie, że trend ten zaprowadził medycynę nieomal do stagnacji, a może nawet upadku. A zatem koniecznym staje się realizacja hasła „powrotu do Hipokratesa”, a więc do historycznych korzeni medycyny. Konieczność takiego powrotu związana jest z dwoma przyczynami:

Pierwsza – to przekonanie, że dzisiejsza medycyna zanadto hołduje mniemaniu, że jest nauką, gdy tymczasem medycyna jest przede wszystkim sztuką i powinna nią być właśnie w myśl zasad Hipokratesa, u którego jest tylko sztuka. Druga myśl – to przekonanie, że kierunek dzisiejszej medycyny, stworzony przez Virchowa i Pasteura, anatomiczno-lokalizacyjnospecjalistyczny i bakteriologiczny, poszedł za daleko, zrywając zupełnie z wypróbowaną przez wieki terapią humoralno-konstytucyjną. Dlatego należy wrócić do Hipokratesa, względnie dokonać syntezy dawnej medycyny z dzisiejszą²⁷.

Pogląd o tym, że medycyna jest sztuką, podzielał również inny wybitny lekarz i przyrodnik, Henryk Nusbaum, który w swej „Etyce lekarskiej” pisał:

Zawód lekarski w ostatnim niemal stuleciu dopiero zyskał to stanowisko, jakie zajmuje, jakie zajmować powinien. Od ostatnich niemal stu lat dopiero nabrała sztuka lekarska znaczenia czynnika społecznego [...]. Ależ medycyna jest sztuką tak dawną jak dawnymi są początki rodzaju ludzkiego²⁸.

Niemniej jednak uważał lekarza za przedstawiciela nauk przyrodniczych, który najlepiej ze wszystkich ludzi zna tajniki ludzkiego organizmu. Nie wątpił w potrzebę

²⁵ A. Wrzosek, *Sceptycyzm a krytyka w medycynie*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 7, s. 223.

²⁶ A. Wrzosek, *Wykład wstępny z historii medycyny, wygłoszony na Uniwersytecie Jagiellońskim 3. Listopada 1910 roku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1911, nr 1, s. 11-12.

²⁷ S. Trzebiński, *V Zjazd polskich historyków i filozofów medycyny*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 253.

funkcjonowania odrębnej etyki dla zawodu lekarza. Swój pogląd uzasadniał popularnym wówczas przekonaniem o istnieniu analogii pomiędzy organizmami żywymi a strukturami społecznymi:

I jak higiena lekarska myśli o warunkach zdrowia organizmu, więc składających go komórek, tak higiena moralna, czyli etyka, myśli o pomyślności społeczeństwa, mając na względzie wszystkich obywateli państwa²⁹.

Etyka lekarska w tym wydaniu była związana z podtrzymaniem prestiżu zawodu, a nie z podnoszeniem na wyższy poziom moralności w społeczeństwie.

Konkluzja

Sposób rozumienia przez Wrzoska przedmiotu filozofii medycyny różnił się zatem znacznie od dzisiejszych dywagacji na ten temat. Szczególnie widoczne było to w przypadku jej praktycznych zastosowań. Adam Wrzosek zajmował w tej sprawie stanowisko, które dziś już nie ma praktycznie zwolenników. Filozofia medycyny miała nie tyle wyposażać lekarzy w konkretne kwalifikacje, co w umiejętność włączenia całej działalności terapeutycznej w ogólniejszy system wiedzy. Medycynę traktował więc jako element ogólniejszego systemu wiedzy oraz jako część kultury. W tej mierze postulował jedność kwalifikacji moralnych i fachowych. Nie wyobrażał sobie, aby można było zostać lekarzem, nie potrafiąc samodzielnie określić swego miejsca w społeczeństwie oraz wśród wspólnoty lekarskiej. Odrzucał w ogóle ideę sformułowania kodeksu etycznego przeznaczonego tylko dla lekarzy. Pisał więc:

Czyż nie jest wprost śmiesznem nazywanie etyką spisu paragrafów ustawy, mającej na celu li tylko obronę interesów jakiegoś poszczególnego zawodu? [...] A co za cel istnienia specjalnej etyki lekarskiej? Jedni sądząc, że wśród kapłanów Eskulapa coś źle się dzieje, że z godności kapłańskiej coraz częściej schodzą na poziom prostych rzemieślników i kupców, sądzą iż można będzie przepisami złemu zaradzić. [...] Drudzy mniemają, że kodeksem etyki lekarskiej unormują konkurencyję lekarską, przez co zapewnią lekarzom większy dochód i szacunek³⁰.

Sceptycyzm Wrzoska wynikał także z własnych doświadczeń, a stąd pytał wprost:

Bo czyż można kogoś formułkami umoralniać? [...] Po co więc nam specjalna etyka lekarska? Dopóki nie uznamy racji istnienia specjalnej etyki fachowców, fabrykantów, prawników, etc., dopóty nie mamy również prawa uznawać specjalnej etyki lekarzy. I nie uznamy jej, dopóki logicznie myśleć nie przestaniemy. Bo i cóżby wtedy się stało? To, co w jednej etyce byłoby niemoralnem, np. podług etyki ogólnoludzkiej udzielanie

²⁸ H. Nusbaum, *Zarys etyki lekarskiej. Wykłady wygłoszone na Uniwersytecie Warszawskim*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 114.

²⁹ Tamże, s. 129.

³⁰ W.R. [Wrzosek], *Etyka lekarska*, „Przegląd Tygodniowy” 1899, nr 27, s. 319.

bezpłatnej pomocy lekarskiej jest czynem moralnym. Podług zaś etyki lekarskiej to samo jest czynem niemoralnym. Prawdziwie moralny lekarz obejdzie się bez specjalnej etyki lekarskiej. Dla niego wystarczy etyka ogólnoludzka³¹.

Niemniej jednak nigdy nie uważał, że dla rozpoczęcia praktyki lekarskiej nie trzeba spełniać pewnych wymagań wstępnych, dzięki czemu zawód zachowa swój prestiż i społeczne znaczenie. Nie mówił wówczas jednak w ogóle o powołaniu do tego zawodu, gdyż traktował go tak samo jak każdą inną profesję.

Każdy, kto zamierza obrać sobie pewien zawód, jako cel życia, powinien zastanowić się głęboko nad dwiema rzeczami: czy przymioty jego moralne, umysłowe i fizyczne pozwolą mu należycie spełniać obowiązki zawodu, który spełniać zamierza, oraz czy zawód ten wart jest, aby mu życie całe poświęcić. [...] W rzeczy samej jest to z najszczytniejszych zawodów, które ludzkość w postępie swoim ku coraz doskonalszemu ustrojowi społecznemu wydała, zaiste jeden z najszlachetniejszych, ale zarazem jeden z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych zawodów. Dlatego, mając zamiar poświęcić się zawodowi lekarskiemu, bardziej jeszcze, aniżeli obierając inne zawody, należy pilnie rozważyć, czy siły moralne, umysłowe i fizyczne sprostają zamierzonej pracy³².

Moralnym credo dla przedstawicieli zawodu zdaniem Wrzosa jest: „lekarz powinien być dobroczyńcą cierpiącej ludzkości”³³. Ze wszystkimi wymaganiami stawianymi przed adeptami sztuki lekarskiej powinien zapoznawać ich przedmiot propedeutyka lekarska.

A zatem propedeutyka lekarska ma za zadanie pouczyć młodzież, mającą zamiar poświęcić się studiom medycznym, o powinnościach lekarza, o jego roli w społeczeństwie, o przymiotach moralnych, umysłowych i fizycznych, potrzebnych dla przyszłego lekarza, i o tym, jak należy kształcić się w czasie pobytu na uniwersytecie, aby najprostszą drogą przybliżyć się do zamierzonego celu, a tym celem powinien być ideał lekarza pod każdym względem³⁴.

Z tej właśnie racji, wedle Wrzosa, propedeutyka lekarska powinna być wykładana jeszcze w gimnazjum, zanim młodzież zdecydowała się na obranie konkretnej profesji. Pozwoliłoby to uniknąć wielu rozczarowań oraz marnotrawstwa sił i środków wydatkowanych na kształcenie osób pozbawionych predyspozycji do tego zawodu. Ten zaś, kto potrafi świadomie obrać zawód lekarski, potrafi też zrozumieć rolę społeczną, jaka mu przypada do odegrania w społeczeństwie. Ma zatem już ukształtowane zręby tego, co dziś nazywamy filozofią medycyny. Znalezienie swego miejsca w kulturze takie kwalifikacje dodatkowo zwiększa. Takie zadanie stoi przed każdym lekarzem, i nikt z tego żadnego z nich nie zwolni.

³¹ Tamże.

³² A. Wrzosek, *O dobrym lekarzu (Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej, wygłoszony w Uniwersytecie Jagiellońskim dn. 9 maja 1908)*, „Nowiny Lekarskie” 1909, nr 1, s. 1.

³³ Tamże, s. 2.

³⁴ Tamże.

Wykaz literatury:

1. Engelhardt H.T. Jr., Spicker S.F. (red.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9-11, 1974*, Springer, Dordrecht 1975, s. 215-216.
2. Gross L., *Ludzkość w walce o zdrowie*, Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa 1947, s. XII.
3. Jadacki J.J., *Orientacje i doktryny filozoficzne*, Wydawnictwo WFIS UW, Warszawa 1998, s. 75.
4. Löbel J., *Świat medycyny wczoraj-dziś-jutro*, Udziałowa Spółka Wydawnicza, Kraków 1933, s. 159-160.
5. Łuków P., *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i sztuce leczenia*, Wyd. Semper, Warszawa 2012, s. 39.
6. Maćkowiak Z., Musielak M., *Adam Wrzosek. Życie i działalność*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000, s. 115.
7. Nusbaum H., *Zarys etyki lekarskiej. Wykłady wygłoszone na Uniwersytecie Warszawskim*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 114.
8. Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Skład Główny Księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków 1948, s. 9.
9. Trzebiński S., *V Zjazd polskich historyków i filozofów medycyny*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 253.
10. W.R. [Wrzosek], *Etyka lekarska*, „Przegląd Tygodniowy” 1899, nr 27, s. 319.
11. Wrzosek A., *O dobrym lekarzu (Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej, wygłoszony w Uniwersytecie Jagiellońskim dn. 9 maja 1908)*, „Nowiny Lekarskie” 1909, nr 1, s. 1.
12. Wrzosek A., *Propedeutyka lekarska*, Skład Główny w Księgarni E. Wende i S-ka, Warszawa 1913, s. 59.
13. Wrzosek A., *Sceptycyzm a krytyka w medycynie*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 7, s. 223.
14. Wrzosek A., *W sprawie lekarek*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 6, s. 193.
15. Wrzosek A., *Wykład wstępny z historii medycyny, wygłoszony na Uniwersytecie Jagiellońskim 3. Listopada 1910 roku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1911, nr 1, s. 11-12.
16. Wulff H.R. Pedersen, S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny*, przeł. Z. Szawarski, PWN, Warszawa 1993.
17. Zamojski J., *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?*, [w:] *Polska szkoła filozofii medycyny: przedstawiciele, wybrane teksty źródłowe*, pod red. M. Musielaka i J. Zamojskiego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2010, s. 12.
18. Żołobowska E., *Teoretyczny i praktyczny aspekt filozofii medycyny*, [w:] *Wybrane etycznofilozoficzne aspekty ochrony środowiska*, pod red. M. Terleckiej, Armagraf, Krosno 2014.