

MARIA NOWACKA

## ROZWÓJ MEDYCYNY A POZIOM ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W XVII WIEKU

Wiek XVII to okres wielkiego zdynamizowania rozwoju nauk przyrodniczych, w tym także medycyny<sup>1</sup>. Rozwój medycyny miał jednak przez dłuższy czas charakter rozwoju ściśle naukowego i nie przekładał się bezpośrednio na doskonalenie metod terapii, jak też nie skutkowało lepszą organizacją usług medycznych czy zwiększeniem dostępności do świadczeń medycznych, nie prowadził też do polepszenia stanu sanitarnego ówczesnych społeczeństw. Dopiero w następnym stuleciu rozpocznie się proces rzeczywistego doskonalenia metod leczniczych oraz zwiększać się zacznie rozumienie znaczenia higieny dla zdrowotności populacji<sup>2</sup>. To właśnie jednak w XVII wieku stworzone zostaną podstawy umożliwiające jakościowo nowy rozwój medycyny w jej aspekcie praktycznym i w wymiarze społecznym. Bardzo dużą rolę odegra tutaj zapoczątkowanie kształcenia klinicznego, a na szczególną uwagę zasługują, wyprzedzające swoją epokę, Leibniza propozycje nowej organizacji działań medycznych.

### 1. POCZĄTKI MEDYCYNY KLINICZNEJ

W wieku XVII sposób wykonywania praktyki lekarskiej w istocie nie różnił się od tego, który realizowano w poprzednim stuleciu, w epoce rene-

---

Prof. dr hab. MARIA NOWACKA – Katedra Bioetyki i Antropologii Filozoficznej Uniwersytetu w Białymstoku; adres do korespondencji: Pl. Uniwersytecki 1, 15-420 Białystok; e-mail: archeus@post.pl

<sup>1</sup> Szerzej o rozwoju medycyny w XVII wieku zob. M. Nowacka, *Filozoficzne konteksty medycyny. Ujęcie historyczne od starożytności do XVIII wieku*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku 2012, s. 163-235.

<sup>2</sup> Zob. tamże, s. 236-321.

sansu. W dużej mierze spowodowane to było stanem i poziomem uniwersyteckiego kształcenia medyków. Mimo rosnącej świadomości znaczenia metod doświadczalnych w rozwoju wiedzy studia uniwersyteckie nadal opierały się na tradycji, a starożytni medycy, w szczególności Galen, uznawani byli za niepodważalne autorytety. Nic dziwnego więc, że choć pojawiały się znaczące odkrycia naukowe, to jednak praktyka medyczna nie posuwała się znacząco naprzód. Lekarze wykonujący swój zawód po studiach uniwersyteckich otaczani byli powszechnym szacunkiem i dbali bardzo o zachowanie prestiżu zarówno osobowego, jak i całej profesji. Dlatego starali się nie dopuszczać żadnej konkurencji, a taką stanowili dla nich chirurdzy. Chirurdzy w większości nie kończyli studiów uniwersyteckich i mieli jedynie wykształcenie praktyczne. Wykonywali jednak coraz bardziej skomplikowane operacje, więc ich pozycja zawodowa i społeczna stale wzrastała. Stopniowo coraz mocniejsze staje się zrozumienie, że aby poznać funkcjonowanie ciała zdrowego i funkcjonowanie ciała w stanie choroby, nie wystarcza prosta obserwacja, lecz nadto podejmować należy ryzyko eksperymentowania w ramach stosowanej terapii.

Na rolę eksperymentów w rozwoju wiedzy wskazywał szczególnie Francis Bacon. W swym dziele *Novum Organum*, wydanym w 1620 r., podkreślał, że właśnie brak eksperymentów naukowych, będący niejako skutkiem bezkrytycznego zaufania autorytetom z dawnych epok, sprawia, że wprawdzie dużo osób zajmuje się rozważaniami nad przyrodą, ale niewielu jest takich, którzy dochodzą do rzeczywistych odkryć. Sam, powołując się na autorytet Celsusa, twierdził, że to teoria powstaje z praktyki, a nie odwrotnie, i jest tak również, a może nawet szczególnie, w wypadku medycyny. „Otwarcie i rozważnie stwierdza Celsus, że najpierw oczywiście powstała medycyna doświadczalna, a potem dopiero ludzie zaczęli na te tematy filozofować oraz wyszukiwać i podawać przyczyny; nie zaś odwrotnie, że z filozofii i znajomości przyczyn powstały albo wyłoniły się dopiero doświadczenia”<sup>3</sup>. Dlatego lekarze nie powinni dywagować nad jakimiś wyspekulowanymi teoriami dotyczącymi rzekomych ukrytych sił powodujących objawy choroby, lecz badać uważnie same te objawy<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> F. B a c o n, *Novum Organum*, tł. J. Wikarjak, Warszawa: PWN 1955, s. 97.

<sup>4</sup> Zob. tamże, s. 86-87 i 104-105. W fantastycznej opowieści *Nowa Atlantyda* Bacon kreśli obraz wysoko rozwiniętej medycyny w tym wymyślnym państwie, medycyny opierającej się przede wszystkim na eksperymentowaniu. „Przedsiębiorzemy na zwierzętach doświadczenia z wszelkimi truciznami i odtrutkami, jako też innymi lekami należącymi tak do dziedziny chirur-

To zalecenie Bacona oparte jest na przekonaniu, które już niebawem zostanie uzasadnione metodycznie przez Kartezjusza, że materialny organizm ludzki (i wszelki zwierzęcy) ożywiany jest własną autonomiczną siłą i rządzi się własnymi prawami, a więc do jego badania i wyjaśniania nie jest potrzebne odwoływanie się do jakichś ukrytych sił czy własności duchowych. Przekonanie to coraz bardziej umacniało się, stwarzając podstawy medycyny eksperymentalnej. Długo jeszcze jednak było ono zbyt słabe, aby spowodować istotne zmiany w kształceniu medyków i metodach leczenia. Dopiero pod koniec XVII wieku zaczyna dokonywać się pod tym względem zasadniczy przełom, a możliwe to było dzięki zmianom, jakie zaszły w funkcjonowaniu szpitali.

Początkowo, od wczesnego średniowiecza, kiedy zaczęto otwierać szpitale, pełniły one funkcję ośrodków opiekuńczych – dawały schronienie pielgrzymom, a także służyły ludziom ubogim, kalekim, potrzebującym pomocy czy szczególnej troski; a jeśli nawet przeprowadzano w nich jakieś zabiegi lecznicze, to jedynie ubocznie, przy okazji działań opiekuńczych. Od XVII wieku sytuacja zaczyna się zmieniać i szpitale przechodzą pewną ewolucję, wyraźnie zmierzającą w kierunku rozgraniczenia zadań opiekuńczych i zadań leczniczych<sup>5</sup>. Ta ewolucja dokonywała się wprawdzie bardzo powoli i jeszcze przez następne stulecie szpitale pełnić będą obie funkcje<sup>6</sup>. Zwiększała się też ich liczba, przy czym kontynuowano zapoczątkowany w okresie renesansu zwyczaj budowania sal obszernych i względnie wygodnych, w których warunki odbiegały znacząco od warunków w szpitalach średniowiecznych. Bardzo istotną zmianą nastawienia było umacnianie się przekonania, że chrześcijański obowiązek wspierania ubogich nie jest jedynie poczuciem odnoszonym do sumienia jednostki i jest powinnością organizacji zakonnych, lecz jest także obowiązkiem całej wspólnoty, np. gminnej czy miejskiej. W wielu miejscach opieka nad ubogimi, w tym także opieka lekarska, była dość daleko posunięta, szczególnie zaś opiekowano się inwa-

---

gii, jak i medycyny ogólnej, aby potem skuteczniej wspomagać organizm ludzki” (F. Bacon, *Nowa Atlantyda*, tł. W. Kornatowski, Warszawa: Wydawnictwo Pax 1954, s. 117).

<sup>5</sup> Zob. J. Fijałek, *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVII wieku*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1995, s. 219-223. O funkcjonowaniu przytułków we Francji zob. F. Bluche, *Życie codzienne we Francji w czasach Ludwika XIV*, tł. W. Bieñkowska, Warszawa: PIW 1990, s. 257-261.

<sup>6</sup> Jako przykład może służyć ewolucja szpitala św. Bartłomieja w Londynie od końca XVI do końca XVII wieku. Szpital ten równolegle rozwijał swoje funkcje lecznicze i opiekuńcze, bardziej jednak te drugie. Zob. A. Wear, *Caring for the Sick Poor in St Bartholomew's Exchange: 1580-1676*, „Medical History”. Supplement 11 (1991), s. 41-60.

lidami<sup>7</sup>. Zaczęto też wprowadzać specjalne programy opłacania z kasy miejskiej lekarzy i chirurgów zobowiązanych do świadczenia pomocy medycznej ubogim; nieraz sami lekarze, kierując się względami humanitarnymi, skłaniali wspólnoty lokalne do takich działań<sup>8</sup>. Jednocześnie zaczęto, szczególnie w Anglii, ale także w krajach kontynentalnych, oddzielać domy opieki od domów szpitalnych, zamieniając te pierwsze na domy pracy, w których zmuszano żebraków i włóczęgów do wykonywania prac użytecznych społecznie<sup>9</sup>.

Na szczególną uwagę zasługuje jednak powstanie całkowicie nowatorskiej formy szpitalnictwa, jaką były tworzone przy uniwersytetach szpitale lub szpitalne oddziały kliniczne<sup>10</sup>. Łączyły one funkcje lecznicze z funkcjami dydaktycznymi i szkoleniowymi. Przy łóżku chorego prowadzono obserwacje, których wyniki publikowano w pracach naukowych, jak też kształcono studentów medycyny. Prawdopodobnie pierwszym szpitalem pełniącym taką funkcję był założony przed 1700 r. szpital uniwersytecki w Lejdzie; zorganizował go profesor medycyny Hermann Boerhaave (1668-1738), przykładający wielką wagę do obserwacji medycznej. Wprawdzie nauczanie medycyny przy łóżku chorego stosowano już w renesansie, ale Boerhaave jako pierwszy czynił to planowo i systematycznie. Boerhaave był bardzo ceniony nie tylko jako lekarz, ale także jako dydaktyk, wychowawca wielu lekarzy z różnych krajów. Uznając, że poziom wiedzy ogólnej studentów jest zbyt niski, kładł nacisk na studiowanie fizyki, chemii i biologii jako dyscyplin przygotowujących do praktyki klinicznej. Z jednej strony podkreślał znaczenie studiów anatomicznych, wskazując, że „nie ma niczego bardziej stosownego i użytecznego dla tych, którzy badają wzajemne oddziaływania poszczególnych części ciała ludzkiego, niż znajomość jego cudownej struktury”<sup>11</sup>. Z drugiej strony jednak duży nacisk kładł na poznawanie fizjologii, a więc uznawał, że anatomii i patologii uczyć należy w powiązaniu z fizjologią i w oparciu o chemię. Wskazywał na korzyści, jakie dla praktyki terapeutycznej ma przeprowadzanie sekcji, studiowanie anatomii porównaw-

<sup>7</sup> Zob. M. Pelling, *Healing the Sick Poor. Social Policy and Disability in Norwich 1550-1640*, „Medical History” 29 (1985), no. 2, s. 115-137.

<sup>8</sup> Ciekawym przykładem jest propozycja, jedna z pierwszych tego rodzaju, którą w 1655 r. do władz Durham skierował lekarz George Tonstall; zob. D. Harley, *Pious Physic for the Poor: The Lost Durham County Medical Scheme of 1655*, „Medical History” 37 (1993), no. 2, s. 148-166.

<sup>9</sup> Warunki, jakie w nich panowały, i w istocie więzienny rygor sprawiały, że obecnie nazwalibyśmy je raczej obozami pracy przymusowej.

<sup>10</sup> Por. Fijałek, *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej*, s. 222.

<sup>11</sup> H. Boerhaave, *Institutiones medicae*. Cyt. za: K. Wellman, *La Mettrie. Medicine, Philosophy, and Enlightenment*, Durham and London: Duke University Press 1992, s. 64-65.

czej, a przede wszystkim praktyka kliniczna, czyli obserwacja chorego podczas jego pobytu w szpitalu.

Idea szpitala jako placówki ściśle leczniczej zaczyna się w drugiej połowie XVII wieku wyraźnie krystalizować, a same szpitale zaczynają w rezultacie pełnić funkcję społeczną, stają się placówkami o charakterze ogólnospołecznym. O ile dotychczas oczywiste było przekonanie, że szpital zaspokaja jedynie minimalne potrzeby lecznicze chorych i materialne potrzeby ubogich, o tyle teraz zaczyna się rozumieć, że właściwym zadaniem szpitala jest leczenie i rozwój wiedzy medycznej. Nauczanie kliniczne (od greckiego słowa *κλίνη* [*klinē*], czyli „łóżko”) staje się odąd stałym elementem nauczania medycyny w szkołach medycznych<sup>12</sup>. Wprawdzie pełny rozwój medycyny klinicznej dokonywać się będzie dopiero w następnym stuleciu, ale już w XVII wieku dla świątłych umysłów widoczny jest nieodwracalny kierunek, w jakim zmierza medycyna. Człowiekiem, który dostrzegął to z całą ostrością, a zarazem opracował nowatorski program studiów medycznych i nakreślił drogę rozwoju medycyny, także w jej wymiarze społecznym, był wielki filozof Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716). Chociaż jego propozycje pozostawały nieznanymi szerszemu ogółowi, warto zapoznać się nimi jako ze świadectwem przenikliwości myślenia, przede wszystkim zaś dowodem na to, że świadomość, iż sposób kształcenia lekarzy jest decydujący dla poziomu ich umiejętności zawodowych, a w konsekwencji dla ich użyteczności społecznej, zaczyna się zwiększać właśnie w XVII wieku.

## 2. LEIBNIZA PROJEKTY ORGANIZACJI MEDYCYNY

Leibniz, choć sam lekarzem nie był, zagadnieniami medycyny interesował się od początków swych badań naukowych<sup>13</sup>. Znał dawne dzieła

<sup>12</sup> Por. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa: Sanmedia 1994, s. 520.

<sup>13</sup> Por. Nowacka, *Filozoficzne konteksty medycyny*, s. 209-216. Niektóre teksty Leibniza dotyczące zagadnień medycyny i opieki medycznej zostały przełożone na język polski przez K. Pękacką-Falkowską i T. Falkowskiego – zob. G.W. Leibniz, *Propozycja utworzenia urzędu zdrowia* (1680). *O sposobie udoskonalenia medycyny* (1694). *Podsumowanie dotyczące obserwacji medycznych, które należy nieustannie podejmować i kontynuować* (zima 1701), „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 15 (2010), s. 133-150; tenże, *Zalecenia dotyczące medycyny* (1671/1672), „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 24 (2013), nr 1, s. 144-168. Zob. także wprowadzenia do wymienionych przekładów: K. Pękacka-Falkowska, *Leibniz i instytucjonalizacja opieki medycznej albo o trzech tekstach z 1680, 1694 i 1701 roku*, „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 24 (2013), nr 1, s. 144-168.

medyczne (m.in. Hipokratesa i Galena) i zapoznawał się z pismami współczesnych mu lekarzy. Zagadnienia medyczne rozważał przede wszystkim w kontekście rozwoju nauk przyrodniczych i miał nadzieję, że szybki rozwój wiedzy medycznej będzie następował właśnie dzięki oparciu jej na metodach empirycznych. Przywiązywał zarazem bardzo dużą wagę zarówno do właściwego kształcenia lekarzy, jak i do społecznego wymiaru ich działalności<sup>14</sup>. Wypowiadając się na temat studiów medycznych, podkreślał, że powinny być one oparte na solidnej, ciągle pogłębianej wiedzy teoretycznej i praktycznej. Wielkie nadzieje wiązał z nowymi instrumentami pomiarowymi, takimi jak mikroskop czy termometr zegarowy, dzięki którym można będzie coraz dokładniej badać wszelkie płyny i wydzieliny ciała (krew, mocz, pot czy ślinę), zarówno w aspekcie jakościowym, jak i ilościowym<sup>15</sup>. Za szczególnie istotne dla edukacji medycznej uważał dokonywanie sekcji zwłok; postulował nawet, aby jak najwięcej ludzi poddawać po śmierci autopsji, a obowiązkowo przeprowadzać ją w przypadku pacjentów zmarłych w szpitalu, co oczywiście pomagałoby w zrozumieniu fizjologicznych przyczyn zgonu. Uważał również, że należy przeprowadzać „niezliczoną ilość sekcji zwierząt – zarówno martwych, jak i żywych”<sup>16</sup>; zwłaszcza wiwisekcje uważał za cenne źródło wiedzy, ponieważ pozwalają one ujrzeć organizm w działaniu<sup>17</sup>. Tego rodzaju działania powinny także zmierzać do wyn-

---

nym” 15 (2010), s. 125-131; t a ż, *Gottfried Wilhelm Leibniz o sposobie udoskonalenia medycyny*. „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 24 (2013), nr 1, s. 139-143.

<sup>14</sup> Zob. A. T r u n k, *An Early Concept of G. W. Leibniz Regarding Medicine*, [w:] M. K o - k o w s k i (red.), *The Global and the Local: The History of Science and the Cultural Integration of Europe*, Proceedings of the 2<sup>nd</sup> ICESHS (Cracow, Poland, September 6-9, 2006); www.2iceshs.cyfronet.pl/2ICESHS\_Proceedings/Chapter\_13/R-5\_Trunk.pdf (dostęp 11.12.2013), s. 374-375. Zob. także J.E.H. S m i t h, *Leibniz and the Life Sciences*, [w:] B.C. L o o k (ed.), *The Continuum Companion to Leibniz*, London–New York: Continuum International Publishing Group 2011, s. 262. Por. J. C h a z a u d, *G. W. Leibniz: Médecine et sciences de la vie*, „Histoire des sciences médicales” 29 (1995), n° 3, s. 237-242. Pisma Leibniza poruszające zagadnienia medyczne pozostały w rękopisach. Aktualnie realizowany jest projekt ich wydania: The Leibniz Edition Project, Series VIII. Zeskanowane oryginały znaleźć można na stronie: [http://leibnizviii.bbaw.de/Leibniz\\_Reihe\\_8/](http://leibnizviii.bbaw.de/Leibniz_Reihe_8/)

<sup>15</sup> Jako ciekawostkę można podać, że Leibniz postulował także badania analityczne za pomocą zmysłu smaku. Należałoby w tym celu kształcić specjalistów zdolnych testować nawet rzeczy pozbawione smaku. Specjaliści tacy mogliby jeść tylko chleb i mąkę, a pić tylko wodę.

<sup>16</sup> Cyt. za: T r u n k, *An Early Concept of G. W. Leibniz Regarding Medicine*, s. 377.

<sup>17</sup> Dokonywanie wiwisekcji opierało się na kartezjańskim przekonaniu, że zwierzęta nie mają duszy. A skoro zwierzę jest tylko automatem, to nie odczuwa bólu, np. pies mechanicznie reaguje skowytaniem na bodźce, a więc tak, jak na przykład zegar reaguje dźwiękiem na zerwanie sprężyny. Nic więc nie powstrzymywało badaczy przed dokonywaniem wiwisekcji na psach, kotach czy królikach, aby obserwować funkcjonowanie organizmu. Eksperymentów takich dokonywano



lezenia skutecznych i nieszkodliwych metod otwierania ludzkiego ciała, by dokonać określonych interwencji chirurgicznych, oraz do wypracowania metod bezpośredniego wprowadzania do ciała pacjenta środków leczniczych.

O tym, jak wielkie znaczenie przywiązywał Leibniz do rozwoju medycyny, świadczyć może fakt, że uwagi poświęcone rozwojowi medycyny i jej znaczeniu obficie wplatał w polemikę, która dotyczyła najbardziej fundamentalnych kwestii jego filozofii. W obszernym dziele *Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, napisanym w latach 1703-1704, będącym dyskusją z dziełem Johna Locke'a *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, wydanym w 1690 r., przedstawiając i uzasadniając własne poglądy, bardzo często odwołuje się do medycyny. Podkreśla przede wszystkim jej empiryczny charakter, co sprawia, że obok aspektu teoretycznego szczególnie ważny jest aspekt jednostkowy, związany z niepowtarzalnością każdej jednostki ludzkiej: „w poszczególnych chorobach występują zazwyczaj komplikacje, tworzące jakby imitację substancji, tak dalece, że choroba jest jak jakaś roślina lub jakieś zwierzę wymagające odrębnej historii”<sup>18</sup>. Ogólne wskazania, które wypracowuje medycyna teoretyczna, muszą więc być konfrontowane z jednostkowymi przypadkami stanów chorobowych. Dlatego w medycynie nigdy nie jest za mało obserwacji, w przeciwieństwie do takich nauk, jak np. prawoznawstwo, które opiera się niemal wyłącznie na prawie naturalnym i obyczajach. „Sądzę [...], że wystarczyłaby nam tysiączna część ksiązek prawników, ale że nie mielibyśmy niczego za wiele w zakresie medycyny, gdybyśmy posiadali tysiąc razy więcej obserwacji dobrze wyszczególnionych”<sup>19</sup>. Jest tak dlatego, że w naukach teoretycznych można wyprowadzać twierdzenia dyskursywnie, „podczas gdy w medycynie nie można dostatecznie mnożyć podstaw doświadczenia, czyli obserwacji, aby dać rozumowi więcej sposobności do odczytania tego, co natura tylko połowicznie pozwala nam poznać”<sup>20</sup>. Łączenie teorii z praktyką jest więc w medycynie, tak samo jak i we wszystkich naukach przyrodniczych, po prostu konieczne; dlatego Leibniz stawia nauki przyrodnicze (ściślej: metodę nauk przyrodniczych) za wzór filozofom.

---

głównie we Francji i Anglii, zwłaszcza w drugiej połowie XVII wieku. Zob. A. Guerrini. *The Ethics of Animal Experimentation in Seventeenth-century England*, „Journal of the History of Ideas” 50 (1989), no. 3, s. 391-407.

<sup>18</sup> Zob. G.W. Leibniz, *Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, tł. I. Dąmbska, t. II, Warszawa: PWN 1955, s. 255.

<sup>19</sup> Tamże, t. II, s. 256.

<sup>20</sup> Tamże. Por. Chazaud, G. W. Leibniz: *Médecine et sciences de la vie*, s. 238.

Szkoły filozoficzne byłyby na pewno lepiej zrobiły, łącząc praktykę z teorią, jak to robią szkoły medycyny, chemii i matematyki, i dając nagrodę raczej temu, kto by najlepiej czynił, zwłaszcza w dziedzinie moralności, aniżeli temu, kto by najlepiej mówił<sup>21</sup>.

Leibniz był przekonany o wielkim znaczeniu medycyny nie tylko dla jednostki, ale i dla społeczeństwa. Ponieważ znaczenie medycyny jest tak duże, nie jest ona tylko czymś, co interesuje lekarzy i dotyczy poszczególnych pacjentów, lecz musi stać się sprawą społeczną. Leibniz był przekonany, że świadomość społecznego wymiaru medycyny będzie w społeczeństwie wzrastać wraz z podwyższaniem jego poziomu intelektualnego i z rozwojem samej medycyny.

Ogół lepiej wykształcony zwróci się bardziej, niż to czynił dotychczas, do medycyny; będzie się rozpowszechniało po wszystkich krajach historie naturalne, tak jak almanachy [...], nie pominie się żadnej trafnej obserwacji bez zanotowania jej; będzie się pomagało tym, którzy do tych spraw się przykładają; udoskonali się sztukę przeprowadzania takich obserwacji, a także posługiwania się nimi celem ustalania uogólnień. Nadejdzie czas, w którym wskutek wzrostu liczby dobrych lekarzy, a proporcjonalnego spadku liczby osób pełniących pewne zawody mniej wówczas potrzebne, publiczność będzie mogła udzielić więcej zachęty do badania przyrody, a zwłaszcza do postępów medycyny. A wtedy ta ważna nauka rozwinie się szybko, daleko ponad stan dzisiejszy, i rozrastać się będzie w oczach; sądzę istotnie, że ten dział kultury powinien być, zaraz po sprawach moralności, przedmiotem największej troski tych, którzy rządzą, i że jednym z największych owoców dobrej etyki czy polityki będzie dostarczenie nam lepszej medycyny, kiedy ludzie zaczną mieć więcej rozumu, niż go mają teraz, i gdy można nauczą się lepiej używać swoich bogactw i swojej potęgi dla własnego szczęścia<sup>22</sup>.

Już wcześniej Kartezjusz upatrywał w rozwoju nauk przyrodniczych nadzieję na zasadnicze zwiększenie skuteczności medycyny<sup>23</sup>; podobnie Leibniz

<sup>21</sup> Leibniz, *Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, t. II, s. 239.

<sup>22</sup> Tamże, s. 190-191.

<sup>23</sup> Kartezjusz tak wyjaśniał, dlaczego należy rozwijać nauki: „Jest to nie tylko pożądane dla wynalezienia niezliczonego mnóstwa umiejętności, które by pozwoliły na korzystanie bez żadnego trudu z płodów ziemi i wszelkich dogodności, jakie się na niej znajdują, lecz przede wszystkim także dla zachowania zdrowia, które jest niewątpliwie naczelnym dobrem oraz podwaliną wszelkich innych dóbr tego życia; nawet umysł bowiem jest w tak wielkiej zależności od temperamentu i układu narządów ciała, że jeśli tylko jest możliwe znalezienie jakiegokolwiek środka, który by uczynił ludzi na ogół mądrzejszymi i zręczniejszymi, niż byli dotychczas, mam, iż należy go szukać w medycynie” (R. Descartes, *Rozprawa o metodzie*, tł. W. Wojciechowska, Warszawa: PWN 1981, s. 72-73). Szerzej o nadziejach, jakie Kartezjusz wiązał z medycyną, zob. Nowacka, *Filozoficzne konteksty medycyny*, s. 178-185.



swoje nadzieje związane z medycyną opierał na przewidywanym rozwoju przyrodoznawstwa. Rozwój medycyny wiązał przede wszystkim z rozwojem nowych metod fizyki: „nie wątpię, że jej rozwój przyczyni się z czasem do znacznego postępu medycyny, zwłaszcza jeśli ogół nieco żywiej niż dotychczas tym się zainteresuje”<sup>24</sup>.

Leibniz miał jednak przeświadczenie, że rozwój medycyny, a szczególnie doskonalenie metod terapii, nie zależy wyłącznie od rozwoju nauk przyrodniczych, lecz wymaga nadto właściwej organizacji społecznej. Dlatego podkreśla, że jego zdaniem „lepszy ustrój byłby zdolny dać nam kiedyś medycynę o wiele doskonalszą od obecnej”<sup>25</sup>. We wczesnym okresie swej twórczości Leibniz szedł tak daleko, że proponował idealny, jego zdaniem, system kształcenia lekarzy wzorowany na kształceniu księży<sup>26</sup>. Argumentował, że tak jak księża powinni nie tylko udzielać rozgrzeszenia, czyli niejako likwidować grzechy, lecz powinni nadto wskazywać penitentowi właściwą moralnie drogę życia, tak też lekarze powinni nie tylko leczyć ludzi, czyli likwidować ich choroby, lecz powinni nadto wskazywać swym pacjentom, jak należy prowadzić zdrowy tryb życia. Filozof był przekonany, że w ten sposób lekarz będzie nie tylko propagował oświatę zdrowotną, lecz będzie także szerzył zasady moralności chrześcijańskiej<sup>27</sup>.

Leibniz wyraźnie umieszczał medycynę w kontekście społecznym. Postulował, aby przy każdej parafii był nie tylko ksiądz, lecz także lekarz, chirurg i aptekarz, jak też by w każdym mieście było dwu lekarzy: młodszy i starszy. Pacjenci nie powinni płacić za usługi, lecz władze państwowe łożyłyby na utrzymanie lekarzy; zdaniem Leibniza zapewniłoby to równe traktowanie wszystkich pacjentów. Troskę o własne zdrowie uważał Leibniz za równie ważną, jak troskę o własne zbawienie. Dlatego postulował wprowadzenie obowiązkowej instytucji „spowiedzi medycznej”. Każdy byłby zobowiązany

---

<sup>24</sup> Leibniz, *Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, t. II, s. 184. W tym kontekście Leibniz wskazuje też, jak bardzo opóźniły rozwój medycyny błędne teorie naukowe i mylne preferencje badaczy. Zob. tamże, s. 196-197. Zarazem jednak Leibniz podkreśla znaczenie, jakie dla rozwoju nauk, a w szczególności medycyny, miały badania starożytnych. „Znajduję [...], że – po religii i historii – zwłaszcza w medycynie, o ile jest empiryczna, tradycja starożytnych zachowana w piśmie i w ogóle obserwacje drugich mogą oddawać usługi. Dlatego ceniłem zawsze wysoko lekarzy, będących równocześnie znawcami starożytności” (tamże, s. 110).

<sup>25</sup> Tamże, s. 302.

<sup>26</sup> Zob. Trunk, *An Early Concept of G. W. Leibniz Regarding Medicine*, s. 374-378; także Smith, *Leibniz and the Life Sciences*, s. 262. Te propozycje i postulaty Leibniz sformułował w 1676 r., a więc mając trzydzieści lat. Wszystkie one pozostały jednak w rękopisach.

<sup>27</sup> W *Nowych rozważaniach dotyczących rozumu ludzkiego* (t. II, s. 236) Leibniz określa teologię jako „medycynę dusz”.

przynajmniej raz lub dwa razy w roku udzielać odpowiedzi (wedle ułożonego kwestionariusza) na pytania dotyczące jego stanu zdrowia. Po takim wyznaniu „medyczny spowiednik” zadawałby penitentowi stosowną pokutę, polegającą na wskazaniu, jakim powinien poddać się zabiegom leczniczym, jaką stosować dietę i jaki tryb życia. Co więcej, kapłan-spowiednik oraz „lekarz-spowiednik” powinni pozostawać ze sobą w kontakcie, omawiając poszczególne przypadki. Takie konsultacje pomogłyby lekarzowi lepiej poznać usposobienie pacjenta, jego sposób reagowania na bodźce zewnętrzne, a dzięki temu umożliwiłyby postawienie lepszej diagnozy i skuteczniejsze dobranie leków. Kapłanowi zaś pomogłoby to w lepszym zrozumieniu natury namiętności rządzących danym człowiekiem.

Leibniz zdawał sobie sprawę, że troska o zdrowie w wymiarze społecznym wymaga wiedzy nie tylko o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów, lecz także o stanie zdrowia całej populacji. Dlatego uważał, że należy wprowadzić w ramach danego państwa obowiązek urzędowego, systematycznego gromadzenia danych medycznych dotyczących zarówno poszczególnych osób, jak i danej społeczności. Dane dotyczące poszczególnych pacjentów powinny zawierać nie tylko szczegółowy opis choroby, ale także możliwie najszerszego kontekstu, takiego jak klimatyczny, dietetyczny itp., w jakim się ta choroba pojawiła i rozwijała; za przykład stawiał Leibniz postępowanie Hipokratesa, który gromadził takie informacje o swych pacjentach. Dane dotyczące społeczności powinny obejmować wszystko, co dotyczy uwarunkowań klimatycznych, zwyczajów żywieniowych, trybu życia, zwyczajów itp. Prowadzona być też powinna dokładna statystyka umieralności na danym terenie. Równoległe z gromadzeniem tego rodzaju informacji powinno się zbierać wszelkie wiadomości, które mogą mieć znaczenie dla rozwoju wiedzy medycznej. Lekarze miejscy i parafialni mieliby obowiązek zdobywania informacji dotyczących metod leczenia i działania środków leczniczych od starych kobiet trudniących się leczeniem, od podróżników, nawet od astrologów i chiromantów; Leibniz proponował także organizowanie wyjazdów do dalekich krajów w celu zdobywania nowej wiedzy medycznej. Oczywiście wszelkie tego rodzaju dane musiałyby być weryfikowane zgodnie z naukowymi procedurami. Leibniz sądził, że takie gromadzenie i opracowywanie informacji bardziej zwiększy wiedzę medyczną w ciągu dziesięciu lat niż przez cały dotychczasowy okres dwu tysięcy lat istnienia medycyny.

Jak więc widać, Leibniz nakreślił oryginalny i dość skrajny model działań w zakresie tego, co dziś nazwalibyśmy przestrzenią zdrowia publicznego. Ponieważ jednak swoje opinie w tej kwestii formułował w osobistych notatkach

bądź w prywatnych listach, nie publikując ich, więc ich oddziaływanie nie mogło być szersze. Niemniej jednak świadczą one niewątpliwie o aktualności problemu, który znajdzie swoje rozwinięcie bądź propozycje rozwiązania u innych myślicieli, zapoczątkowując w następnym stuleciu kształtowanie się medycyny społecznej. Sam Leibniz zaś niewątpliwie przywiązywał do społecznego aspektu działań medycznych bardzo dużą wagę, gdyż także później, w polemice ze stanowiskiem Locke'a, rozważając pewne zagadnienia dotyczące metodologii i klasyfikacji nauk, w sposób szczególny podkreślał miejsce i znaczenie medycyny<sup>28</sup>. Można jednak postawić pytanie, dlaczego sformułowanych przez siebie projektów administracyjnego kierowania rozwojem medycyny i doskonaleniem metod leczenia nie propagował, pozostawiając je w rękopisach. Co prawda bardzo wiele tekstów Leibniza pozostało w rękopisach, w tym jednak wypadku mamy do czynienia z projektami w większości o charakterze praktycznym, które powinny być przez projektodawcę propagowane i dla których powinien on szukać wsparcia wśród osób z kręgów władzy, a przecież wśród takich osób Leibniz się obracał, takim osobom służył przez swoją działalność dyplomatyczną czy doradztwo polityczne.

Wydaje się, że właściwą odpowiedzią będzie wskazanie na stan sanitarny i poziom higieny tamtych czasów. Aby proponowane przez Leibniza rozwiązania czy postulaty mogły zostać wprowadzone w życie, konieczne było spełnienie dwu warunków. Po pierwsze, wymagały one odpowiedniego rozwoju naukowego, a rozwój ten wprawdzie dokonywał się pod koniec XVII wieku bardzo dynamicznie, nie na tyle jednak, aby wymusić przeprowadzenie wskazywanych regulacji w skali społecznej. To zaczęło się dzieć dopiero w następnym stuleciu. Po drugie, wpierw musiałaby dokonać się zasadnicza zmiana w rozumieniu zależności stanu zdrowotności populacji od poziomu higieny tej populacji. Takie zrozumienie wymaga czasu i w tym względzie również dopiero następny wiek przyniesie istotne zmiany. Wiek XVII był jeszcze czasem bardzo niskiego poziomu higieny.

### 3. KONTEKST SANITARNY

Poziom higieny w XVII wieku był bardzo niski, zarówno jeśli chodzi o higienę osobistą, jak i o higienę zbiorową<sup>29</sup>. Nawet przy zwiększeniu świa-

<sup>28</sup> Zob. L e i b n i z, *Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, t. II, s. 419-427.

<sup>29</sup> Szerzej na ten temat zob. G. V i g a r e l l o, *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, tł. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B. 1996.

domości, że dobry stan zdrowia zależy od właściwego starania o ciało i o polepszanie warunków życia, troska o zdrowie nie mogła być realizowana w należyty sposób, ponieważ nie było obiektywnych warunków indywidualnych i społecznych do utrzymania właściwego poziomu higieny. Chodzi nie tylko o praktyczne możliwości zachowywania czystości, ale przede wszystkim o utrzymujące się uporczywie błędne poglądy na to, jak należy pojmować zachowanie czystości. Do takich szkodliwych poglądów należało w szczególności przekonanie o złym wpływie kąpieli na stan ciała. Uznawano za oczywiste, że kąpiel osłabia ciało i czyni je podatnym na choroby. Francuski lekarz Théophraste Renaudot (1586-1653) napisał w traktacie wydanym w 1655 roku, że „kąpiel, jeśli nie jest środkiem medycznym, jest nie tylko zbyteczna, ale bardzo szkodliwa dla ludzi. Niszczy ciało, napełniając je, czyni je podatnym na parcie złych aspektów powietrza”<sup>30</sup>. Dlatego kąpano się rzadko i prawie wyłącznie ze wskazań medycznych<sup>31</sup>. Zamiast mycia się stosowano skrobanie, przemywanie, nacieranie, skrapianie itp. Grzebienie służyły do usuwania brudu z włosów, wykałaczką do pozbywania się resztek pokarmu z uzębienia, a specjalnymi łopatkami czyszczono uszy. Sądono przy tym, że sama zmiana bielizny usuwa brud, więc trzeba jej dokonywać wystarczająco często. Francuski architekt Louis Savot tak uzasadniał zbędność łaźni w projektowanych przez siebie rezydencjach:

Możemy się bez nich obejść o wiele lepiej niż starożytni z powodu użycia bielizny, którą my posiadamy, a która służy nam obecnie do utrzymania w czystości ciała w sposób o wiele wygodniejszy, niż można było tego dokonać w łaźniach i łazienkach starożytnych, pozbawionych użytkowania i wygody, jaką daje noszenie bielizny<sup>32</sup>.

Tak więc z jednej strony istnieje świadomość konieczności zachowywania higieny dla utrzymania zdrowia, z drugiej strony jednak stosowane środki były dalece niewystarczające, a często wręcz szkodliwe.

<sup>30</sup> Cyt. za: M. Sokółowska, *Myć się czy wietrzyć. Dramatyczne dzieje higieny od starożytności do dziś*, „Hygeia” 2003, nr 32, s. 39.

<sup>31</sup> „Francuski królewicz, zwany potem Ludwikiem XIII, na pierwsze umycie nóg musiał czekać aż pięć lat. Tę doniosłą czynność kronikarze skrzętnie zapisali pod datą 3 października 1606 roku; podobnie jak drugą w życiu kąpiel delfina, której dokonano 2 sierpnia 1608 roku. Na co dzień smarowano go masłem i olejkiem migdałowym” (tamże, s. 38). Podobnie wyglądały zabiegi higieniczne stosowane później wobec Ludwika XIV. Gdy był już dorosły, konsylium lekarskie zdecydowało wymoczyć go w wannie, jako że cierpiał na drgawki i napady wściekłości. Ale od wody rozboleła władzę głowa, więc zabieg natychmiast przerwano i więcej już podobnego ryzyka nie podejmowano” (tamże, s. 39).

<sup>32</sup> Cyt. za: tamże, s. 36.

Przed wszystkim jednak stan miast i innych większych skupisk ludzkich ciągle nie zapewniał bezpiecznych warunków sanitarnych – podobnie jak w czasach średniowiecza, tak i w XVII wieku, a jeszcze i przez następne stulecie, miasta były nie skanalizowane, nieczystości płynęły rynsztokami i zalegały ulice, a przeważająca większość domów mieszkalnych nie była wyposażona w urządzenia sanitarne<sup>33</sup>. W rezultacie w całej Europie szerzyły się choroby zakaźne<sup>34</sup>. Znany w swoim czasie angielski lekarz Thomas Sydenham (1624-1689)<sup>35</sup> opisał sytuację w Londynie w okresie 1661-1686. W latach 1661-1664 panowała w Londynie epidemicznie malaria, latem 1665 r. wybuchła epidemia dżumy, na wiosnę 1667 r. – epidemia ospy, w sierpniu 1669 r. wystąpiła epidemicznie choleryna, w następnych latach pojawiały się odra, czarna ospa, malaria, epidemiczna grypa i wiele innych epidemicznych chorób, których nie da się już z całą pewnością zszeregować do znanych obecnie. Sytuacje takie powodowane były zarówno złym stanem sanitarnym, jak i nieznaną przyczyną rzeczywistych przyczyn wybuchów epidemii.

Dopiero pod koniec stulecia zaczyna dokonywać się powolna zmiana w postrzeganiu zasad higieny<sup>36</sup>. W niektórych miastach pojawiają się łaźnie publiczne, w pałacach zaczyna się urządzać łaźienki oraz wychodki, w coraz liczniejszych domach pojawiają się miednice i dzbanki z wodą. We Francji od lat 1670-1680 zaczyna się propagowanie czystości i zachęcanie do walki z brudem. „Czystość ciała staje się ważnym czynnikiem życia społecznego, jest także oznaką postępu”<sup>37</sup>. Można jednak mieć wątpliwości, na ile to zalecanie czystości motywowane było racjami zdrowotnymi, a na ile jedynie

<sup>33</sup> „[...] zachwyceni pięknem Wersalu łatwo zapominamy, że dla obsługi króla i przynajmniej kilku setek jego gości potrzeba było dziewięć tysięcy lokajów. Natomiast ubikacji nie było prawie wcale, toteż pomimo stale rozpryskiwanych pachnideł smród był potężny, gdyż ludzie załatwiali swoje potrzeby w korytarzach, na dywanach, do doniczek lub za kotarami” (tamże, s. 75).

<sup>34</sup> Zob. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, s. 501-503; Fijałek, *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej*, s. 223-228; zob. także J.J. Supady, *Przykłady ewolucji zjawiska śmierci z powodu chorób zakaźnych w aspekcie historii chorób*, „Studia Medyczne” 13 (2009), s. 80-81. O wpływie epidemii na stosunki demograficzne i ekonomiczne, w szczególności w małych miejscowościach, zob. I.G. Doolittle, *The Effects of the Plague on a Provincial Town in the Sixteenth and Seventeenth Centuries*, „Medical History” 19 (1975), no. 4, s. 333-341.

<sup>35</sup> Thomas Sydenham odegrał znaczącą rolę w rozwoju medycyny praktycznej. Podkreślał rolę doświadczenia w diagnozowaniu i leczeniu chorób, opisywał symptomy chorób, omawiał ich poszczególne stadia, wskazując na konieczność starannej obserwacji pacjentów; opisując historie chorób, wydzieliał je w odrębne jednostki. Zob. R.R. Trail, *Sydenham's Impact on English Medicine*, „Medical History” 9 (1965), no. 4, s. 356-364.

<sup>36</sup> Zob. Bluche, *Życie codzienne we Francji w czasach Ludwika XIV*, s. 262-264.

<sup>37</sup> Tamże, s. 263.

względami estetycznymi i zasadami dobrego wychowania. Wydaje się, że jednak ciągle przeważały względy estetyczne, a świadomość związku między brudem a chorobą nadal była bardzo mała. Francuski duchowny, reformator szkolnictwa katolickiego, Jean-Baptiste de la Salle (1651-1719), w poradniku *Règles de la bienséance* („Reguły dobrego wychowania”), który w XVIII wieku stał się bardzo popularnym podręcznikiem dobrych manier, dużo uwagi poświęca zachowaniu czystości. Ten poradnik wydany został w 1703 r., ale odzwierciedla przecież postawę ludzi z XVII stulecia. Bardzo liczne zawarte w nim zalecenia dotyczą zachowania czystości, ale nie ze względów zdrowotnych, tylko z racji zachowywania dobrych manier.

Przede wszystkim de la Salle zwraca uwagę na konieczność mycia rąk.

Jest oznaką dobrych manier posiadanie zawsze czystych rąk, a więc wstyd nam przynoszą ręce czarne i zabrudzone; coś takiego jest jedynie dopuszczalne u robotników i wieśniaków. Aby zaś mieć ręce czyste i dobrze utrzymane, należy je wycierać każdego ranka, myć je dokładnie przed posiłkami, jak też za każdym razem w ciągu dnia, gdy je zabrudzimy wykonując jakąś pracę<sup>38</sup>.

Nie ma tutaj wskazania na związek między czystością rąk a zdrowiem; należy mieć czyste ręce, ponieważ odróżnia to człowieka dobrze wychowanego od ciężko pracującego fizycznie prostaka. Zarazem wymóg czystych rąk przed jedzeniem de la Salle stawia jakby na równi z wymogiem pobłogosławienia pokarmu przed jego spożyciem: „Dobre wychowanie wymaga, aby krótko przed jedzeniem czy spożywaniem posiłku umyć swe ręce, pobłogosławić pokarm i dopiero zasiąść do stołu”<sup>39</sup>. To mycie rąk przed jedzeniem jako oznaka dobrych manier prowadzi de la Salle’a nawet do dość osobliwej interpretacji słów Jezusa, który na zarzut ze strony faryzeusza, iż Jego uczniowie jedzą, nie umywszy rąk, odpowiedział, że nie to czyni człowieka nieczystym, co wchodzi do ust, lecz to, co z ust wychodzi; de la Salle jest pewien, że nie pozostaje to w sprzeczności z wymogami dobrych manier. „Wprawdzie, jak powiada nasz Pan w Ewangelii, nie to brudzi człowieka, że je nie umywszy uprzednio rąk, jednak jest sprawą dobrego wychowania, aby nigdy nie jeść, zanim się tego nie uczyni”<sup>40</sup>. Nasz autor nie znajduje co prawda w Ewangeliach potwierdzenia głoszonych przez siebie wskazań

<sup>38</sup> J.-B. de la Salle, *Règles de la bienséance*, 112 01 110; za: [www.delasalle.qc.ca/fr/ecrits\\_du\\_fondateur.asp?pageID=345](http://www.delasalle.qc.ca/fr/ecrits_du_fondateur.asp?pageID=345) (dostęp 03.05.2014). Przy cytowaniu podajemy numerację akapitów oryginału.

<sup>39</sup> Tamże, 201 01 212.

<sup>40</sup> Tamże, 204 01 213. Wspomniana wypowiedź Jezusa znajduje się w Mt 15,11 oraz Mk 7,15.



dobrego wychowania, ale też nie sądzi, aby pozostawały one w sprzeczności z nimi.

Mycie rąk przed jedzeniem jako oznaka dobrego wychowania jest tak bardzo ważne, że de la Salle dość obszernie rozpisuje się na temat, w jakiej kolejności ma ono następować w zależności od rangi domowników i zaproszonych gości<sup>41</sup>. Jeśli zaś chodzi o inne części ciała, to de la Salle odnosi się jedynie do ust i twarzy. „Przyzwoitość nakazuje, aby usta zawsze były czyste, a więc należy w tym celu myć je każdego ranka; jednak nie jest przyzwoite robienie tego przy stole czy w obecności innych osób”<sup>42</sup>. Niewątpliwie również w tym wypadku chodzi o względy estetyczne. Mycie dla samego mycia, dla zaspokojenia potrzeby czystości, zdaje się nawet dość ryzykowne. „Wskazane jest każdego ranka przecierać twarz za pomocą białej ściereczki, aby się oczyścić. Mniej wskazane jest przemywanie jej wodą, ponieważ czyni to twarz bardziej podatną na zimowe mrozy i letnią spiekotę”<sup>43</sup>. Wolno domniemywać, że zdaniem de la Salle’a mycie większych partii ciała mogłoby być wręcz niebezpieczne.

Z innych czynności sanitarnych de la Salle uwzględnia konieczność opróżniania nocnika. Od wczesnego średniowiecza poczynając, zawartość tych użytecznych naczyń wylewano po prostu przez okno wprost na ulicę. Takie postępowanie de la Salle uważa za niegodne człowieka dobrze wychowanego. „Należy także dbać o opróżnienie nocnika, gdy jest wypełniony, przy czym nie należy wylewać zawartości przez okno czy na ulicę; takie postępowanie jest nieprzyzwoite. Należy go także utrzymywać w czystości, aby nie zostawał w nim brud i aby nie wydzielał przykrego zapachu; w tym celu należy go myć i czyścić każdego dnia”<sup>44</sup>. Na tym kończą się zalecenia dotyczące utrzymywania czystości. Przecież oprócz rąk, twarzy i ust wszystkie inne części ciała pozostają ukryte pod odzieżą, a zatem nie mają związku z kwestią dobrych manier, co wyjaśnia, dlaczego de la Salle widzi znaczenie mycia rąk, a nie dostrzega znaczenia mycia nóg.

Trudno się nawet dziwić, że utrzymywanie czystości nie było wprost związane z problemem zachowania zdrowia. Związek taki można będzie dostrzec dopiero po odkryciu mikroorganizmów chorobotwórczych. Wprawdzie to

---

<sup>41</sup> Owo mycie rąk było zresztą bardzo powierzchowne – osobom siedzącym przy stole podawano kolejno naczynie z wodą, aby mogli obmyć ręce.

<sup>42</sup> Tamże, 108 01 077. Pierwsze szczoteczki do zębów, produkowane masowo, pojawiły się dopiero pod koniec XVIII wieku w Anglii.

<sup>43</sup> Tamże, 104 01 047.

<sup>44</sup> Tamże, 201 01 142.

w XVII wieku skonstruowano mikroskop i dzięki niemu wykryto istnienie bakterii, ale dopiero w drugiej połowie XIX wieku zaczęto odkrywać, że wiele z nich powoduje różne choroby<sup>45</sup>. Niemniej jednak podkreślić należy, iż zapoczątkowany pod koniec XVII wieku przychylny stosunek do czystości rąk czy ust, jeśli nawet motywowany był jedynie względami estetycznymi czy przestrzeganiem dobrych manier, to przecież przyzwyczajał ludzi do określonych zachowań, korzystnych ze zdrowotnego punktu widzenia.

Podsumowując, należy wskazać, że koniec XVII wieku charakteryzuje się istnieniem wyraźnego rozżewu czy dysproporcji między, z jednej strony, wzrastającym poziomem wiedzy medycznej, dydaktyki medycznej i metod terapii, z drugiej strony zaś poziomem wiedzy o zależności między higieną w wymiarze jednostkowym i społecznym a stanem zdrowotności jednostek i całych populacji. To rozwój medycyny jako nauki w powiązaniu z rozwojem nauk biologicznych oraz rozwój metod klinicznych pozwoli na zrozumienie związku między higieną, profilaktyką i stanem zdrowotności. Ten proces dokonywał się będzie w stopniu znaczącym dopiero w XIX wieku; to właśnie wtedy stan wiedzy i poziom zaawansowania technologicznego umożliwił będzie wprowadzanie w skali jednostkowej i społecznej całego szeregu rozwiązań prozdrowotnych. W tym kontekście widać wyraźnie prekursorski charakter postulatów Leibniza.

#### BIBLIOGRAFIA

- B a c o n F.: *Novum Organum*, tł. J. Wikarjak, Warszawa: PWN 1955.
- B a c o n F.: *Nowa Atlantyda*, tł. W. Kornatowski, Warszawa: Wydawnictwo Pax 1954.
- B l u c h e F.: *Życie codzienne we Francji w czasach Ludwika XIV*, tł. W. Bieńkowska, Warszawa: PIW 1990.
- C h a z a u d J.: G. W. Leibniz. *Médecine et sciences de la vie*, „*Histoire des sciences médicales*” 29 (1995) n° 3.
- D e s c a r t e s R.: *Rozprawa o metodzie*, tł. W. Wojciechowska, Warszawa: PWN 1981.
- D o o l i t t l e I. G.: *The Effects of the Plague on a Provincial Town in the Sixteenth and Seventeenth Centuries*, „*Medical History*” 19 (1975), no. 4.
- F i j a ł e k J.: *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVII wieku*, [w:] T. B r z e z i ń s k i (red.), *Historia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1995.

---

<sup>45</sup> Po raz pierwszy bakterie zaobserwował w 1686 r. holenderski badacz Antoni Leeuwenhoek (1632-1723) za pomocą skonstruowanego przez siebie mikroskopu; nazwał je *animalcules*, a nazwę „bakteria” (od greckiego *βακτήριον* [*baktērion*], czyli „pałeczka”) wprowadził w 1839 r. niemiecki przyrodnik Christian Gottfried Ehrenberg (1795-1876).

- Guerrini A.: The Ethics of Animal Experimentation in Seventeenth-century England, „Journal of the History of Ideas” 50 (1989), no. 3.
- Harley D.: Pious Physic for the Poor. The Lost Durham County Medical Scheme of 1655, „Medical History” 37 (1993), no. 2.
- Leibniz G.W.: Nowe rozważania dotyczące rozumu ludzkiego, tł. I. Dąbska, Warszawa: PWN 1955.
- Leibniz G.W.: Zalecenia dotyczące medycyny, „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 24 (2013), nr 1.
- Leibniz G.W.: Propozycja utworzenia urzędu zdrowia (1680). O sposobie udoskonalenia medycyny (1694). Podsumowanie dotyczące obserwacji medycznych, które należy nieustannie podejmować i kontynuować (zima 1701), „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 15 (2010).
- Nowacka M.: Filozoficzne konteksty medycyny. Ujęcie historyczne od starożytności do XVIII wieku, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku 2012.
- Pelling M.: Healing the Sick Poor. Social Policy and Disability in Norwich 1550-1640, „Medical History” 29 (1985), no. 2.
- Pękacka-Falkowska K.: Gottfried Wilhelm Leibniz o sposobie udoskonalenia medycyny, „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 24 (2013), nr 1.
- Pękacka-Falkowska K.: Leibniz i instytucjonalizacja opieki medycznej albo o trzech tekstach z 1680, 1694 i 1701 roku. „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 15 (2010).
- Salle J.-B. de la: Règles de la bienséance, [www.delasalle.qc.ca/fr/ecrits\\_du\\_fondateur.asp?pageID=345](http://www.delasalle.qc.ca/fr/ecrits_du_fondateur.asp?pageID=345).
- Smith J.E.H.: Leibniz and the life sciences, [w:] B.C. Lock (ed.), The continuum companion to Leibniz, London–New York: Continuum International Publishing Group 2011.
- Sokołowska M.: Myć się czy wietrzyć. Dramatyczne dzieje higieny od starożytności do dziś. „Hygeia” 2003, nr 32.
- Supady J.J.: Przykłady ewolucji zjawiska śmierci z powodu chorób zakaźnych w aspekcie historii chorób, „Studia Medyczne” 13 (2009).
- Szumowski W.: Historia medycyny filozoficznie ujęta, Warszawa: Sanmedia 1994.
- Trail R.R.: Sydenham’s impact on English medicine, „Medical History” 9 (1965), no. 4.
- Trunk A.: An Early Concept of G. W. Leibniz Regarding Medicine, [w:] M. Kokowski (ed.), The Global and the Local: The History of Science and the Cultural Integration of Europe. Proceedings of the 2nd ICESHS (Cracow, Poland, September 6-9, 2006), [www.2iceshs.cyfronet.pl/2ICESHS\\_Proceedings/Chapter\\_13/R-5\\_Trunk.pdf](http://www.2iceshs.cyfronet.pl/2ICESHS_Proceedings/Chapter_13/R-5_Trunk.pdf) (dostęp 11.12.2013).
- Vigarillo G.: Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku, tł. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B. 1996.
- Wear A.: Caring for the Sick Poor in St Bartholomew’s Exchange: 1580-1676, „Medical History”. Supplement 11 (1991).
- Wellman K.: La Mettrie. Medicine, Philosophy, and Enlightenment, Durham and London: Duke University Press 1992.

## ROZWÓJ MEDYCZYNY A POZIOM ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W XVII WIEKU

### Streszczenie

Koniec XVII wieku charakteryzuje się istnieniem dużej rozbieżności między wzrastającym poziomem rozwoju wiedzy medycznej, edukacji medycznej oraz metod terapeutycznych z jednej

strony, a stanem wiedzy o zależnościach zdrowotności od higieny na poziomie jednostki i społeczności z drugiej strony. Rozwój medycyny jako nauki w powiązaniu z rozwojem nauk biologicznych i metod klinicznych pozwala zrozumieć relacje między higieną, profilaktyką zdrowotną i stanem zdrowotności. Proces ten stał się widoczny w XIX wieku, kiedy stan wiedzy i postęp techniczny umożliwiły zastosowanie licznych rozwiązań prozdrowotnych na poziomie jednostki i całych społeczności. W tym kontekście artykuł omawia prekursorski charakter G.W. Leibniza postulatów dotyczących nauczania medycyny i organizacji służby zdrowia. Zarazem wykazuje się – na przykładzie zaleceń higienicznych, które sformułował Jean-Baptiste de la Salle – że postulaty Leibniza nie mogły zostać zrealizowane w XVII-wiecznym społeczeństwie.

#### THE DEVELOPMENT OF MEDICINE AND THE LEVEL OF HEALTH CONSCIOUSNESS IN THE 17<sup>TH</sup> CENTURY

##### Summary

The end of the 17<sup>th</sup> century is characterized by the existence of a marked discrepancy (or disproportion) between the growing level of medical knowledge, medical teaching and therapeutic methods on the one hand, and the state of knowledge concerning the relation between hygiene and health both on the level of individuals and the population on the other. The development of medicine as a science in connection with the development of biological sciences and clinical methods make it possible to understand the relation between hygiene, prevention and the state of health. This process became apparent in the 19<sup>th</sup> century, which is when the state of knowledge and the level of technical advancement made it possible to implement a number of pro-health solutions on the level of individuals and the whole society. It is in this context that this article discusses the precursory character of G.W. Leibniz's postulates concerning the teaching of medicine and the organization of health service. It also demonstrates—based on the hygienic recommendations formulated by Jean-Baptiste de la Salle—that Leibniz's postulates could not be fulfilled in 19<sup>th</sup>-century society.

*Summarised by Maria Nowacka*

**Słowa kluczowe:** medycyna, XVII wiek, świadomość zdrowotna, G.W. Leibniz, J.-B. de la Salle.

**Key words:** medicine, 17<sup>th</sup> century, health consciousness, G.W. Leibniz, J.-B. de la Salle.

**Information about Author:** Prof. Dr. habil. MARIA NOWACKA—Department of Bioethics and Philosophical Anthropology at the University of Białystok; address for correspondence: Pl. Uniwersytecki 1, PL 15-420 Białystok; e-mail: archeus@post.pl