

SEMIOTYKA MEDYCyny WE WCZESNEJ NOWOŻYTNOŚCI A ETNOSEMIOTYKA W ETNOMEDYCYNIE XIX–XX WIEKU

ZBIGNIEW LIBERA

Mam zamiar wskazać, że semiotyka etnomedycyny ostatnich dwóch wieków była kontynuacją semiotyki doktryn i praktyk medycznych sprzed końca XVIII w. i początków następnego stulecia; że miała bezpośrednie źródła w staropolskiej medycynie, a tym samym pośrednio nawiązywała do podstawowych tradycji medycyny europejskiej, do najstarszych gałęzi semiotyki wywodzącej się od Hipokratesa – tego „symbolicznego praojca medycyny i semiotyki” – oraz Galena – „proroka semiotyki”¹.

Semiotyka medyczna antyku należy do najlepiej znanych historykom medycyny, filozofii i semiotyki. W „starej” historii medycyny do rzadkości należą prace, w których zwraca się uwagę na koncepcje znaku, wykorzystywanie teoretycznych konstrukcji przez lekarzy-praktyków, na to, według jakich reguł wyróżniali oni znaki, pojmowali je i użytkowali – w średniowieczu i we wczesnej nowożytności². Przedstawiała ona przecież przeszłość jako „stare złe czasy”: przesądów i zabobonów, ignorancji i niewiedzy, wzrastającego empiryzmu i racjonalizmu, w kategoriach postępu i celu. Tych historyków (jak historyków literatury czy sztuki) interesowały „osoby wybitne” i ich „arcydzieła”, procesy przekształcania się medycyny ze sztuki w naukę³.

¹ T. Sebeok, *Signs: An Introduction to Semiotics*, Toronto 2001, s. 72, 75.

² C. Stein, *The Meaning of Signs: Diagnosing the French Pox in Early Modern Augsburg*, „Bulletin of the History of Medicine”, 2006, t. 80, s. 617–648; M.L. Hammond, *Medical Examination and Poor Relief in Early Modern Germany*, „Social History of Medicine”, 2010, t. 24, nr 2, s. 244–259; M. Lindemann, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge 2010, s. 1–10.

³ *Ibid.*, s. 281.

Zaniedbane dotąd zainteresowania stosowaniem semiotyki są nadrabiane od lat siedemdziesiątych–osiemdziesiątych XX w. przez „nową” historię medycyny (inspirowaną antropologią historyczną, kulturową i medyczną, socjologią medycyny, semiotyką kultury, ideami postrukturalizmu itd.). Badania tej „nowej” historii, które obejmują jednocześnie medycynę uczoną i kulturę elit oraz medycynę popularną i tradycje „dołów społecznych”, ich metody interpretacji, należą do zajęć trudnych i ryzykownych. Wysoce abstrakcyjne teoretyczne dyskusje uniwersyteckich medyków o problemach semiotyki (w powiązaniu z problemami logiki i retoryki) – o czym niedawno pisali I. Maclean⁴ i N. Siraisi⁵ – były, przekonuje C. Stein⁶, dość odległe od lekarzy-praktyków w szpitalu w Augsburgu na przełomie XVI i początku XVII w. Współczesne teorie semiotyki nie dają gotowych rozstrzygnięć, co było znakiem w sytuacji, „gdy jeden obserwator, A, wnioskował, że B było symptomem choroby, C, a inny obserwator wnioskował, że B było chorobą, nie znaczącym, ale znaczącym”. Wobec tego, twierdzi R. French⁷, historyk jest zmuszony do usytuowania się w polu pragmatyki, skupieniu się na obserwatorze. To prowadzi go do kwestionowania tych fragmentów wykładu semantyki K. Roberinga⁸, według którego lekarz byłby po prostu odbiorcą informacji, oraz pragmatyki R. Posnera⁹, zgodnie z którym byłby on tylko interpretatorem znaków, przyjmowania koncepcji J. von Uexkulla¹⁰, bo te uwiarygodniają raczej to, że we wczesnej nowożytności lekarze-praktycy konstruowali znaki. Problem wielości różnych terminów opisujących rozmaite fenomeny i rzeczy w licznych szkołach medycznych w popularnym leczeniu poszczególnych epok historycznych oraz problemy ich adekwatnych przekładów powodują, że centralne miejsce

⁴ I. Maclean, *Logic, Sign and Nature in the Renaissance. The Case of Learned Medicine*, Cambridge 2002, s. 282–284.

⁵ N.G. Siraisi, *Disease and Symptom as Problematic Concepts in Renaissance Medicine*, [w:] *Res et Verba in the Renaissance*, red. E. Kessler, I. Maclean, Wiesbaden 2002, s. 217–240.

⁶ C. Stein, op.cit., s. 621.

⁷ R. French, *Sign Conceptions in Medicine from Renaissance to the Early 19th Century*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch zu den Zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur/A Handbook on the Sign-Theoretic Foundations of Nature and Culture*, red. R. Posner, K. Robering, Th.A. Sebeok, 2 Teilband/Volume 2, Berlin–New York 1998, s. 1361.

⁸ K. Robering, *Semantik*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch zu den Zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur/A Handbook on the Sign-Theoretic Foundations of Nature and Culture*, red. R. Posner, K. Robering, Th.A. Sebeok, 1. Teilband/Volume 1, Berlin–New York 1997, s. 83–219.

⁹ R. Posner, *Pragmatics*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 1. Teilband/Volume 1, s. 219–246.

¹⁰ Przedstawionych przez Th. von Uexkulla, *Jacob von Uexkull Umweltlehre*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 2. Teilband/Volume 2, s. 2193–2191.

w historii medycyny powinna zająć – zdaniem R. Jutte¹¹ – semantyka (prawdopodobnie nawiązuje on do koncepcji semantyki historycznej R. Kosellecka), bo ta jest miejscem spotkania się lingwistyki, semiotyki, socjologii, historii, psychologii, filozofii itd.

Stosowanie semiotyki jest zawsze działaniem niepewnym i ryzykownym, szczególnie gdy odnosi się do dziedzin pozbawionych ścisłych konwencji semiotycznych, jednoznacznych reguł sensu, bo wtedy rezultaty interpretacji są silnie uzależnione od intuicji badacza¹². Do takich dziedzin należała dawna medycyna. Była ona łączona z filozofią przyrody, dialektyką, retoryką, fizjonomiką, astrologią, alchemią, religią i magią... Wspólnym gruntem tych dziedzin był ich znakowy charakter. Wiedza medyczna była budowana na zasadach analogii i homologii, logiki podobieństw i filozofii sympatii – w starożytności, średniowieczu, szczególnie w renesansie – między różnymi szeregami zjawisk: człowieka (mikrokosmosu) i świata (makrokosmosu), części ciała – głównych żywiołów, znaków zodiaku, roślin, kolorów, dźwięków, szlachetnych kamieni, metali itd. Na podstawach takich kodów homoanalogicznych ulegających dezintegracji, wymagających stałej odbudowy wskutek luźnej kodyfikacji i rozmaitych procesów historycznych (w medycynie i filozofii, w ich otoczeniu społeczno-kulturowym), wskutek praktykowania teoretycznych konstruktów, które uruchamiają mechanizmy konotacji, „skłonności” odwracania związków znaków i ich odniesień, odwracania relacji przyczynowo-skutkowych czy też trudności wnioskowania na podstawie skutków o przyczynach – teorie semiotyczne starych szkół medycznych w praktyce stawały się hermeneutykami¹³.

Znaki choroby muszą być rozpoznawane, a następnie domyślane przez lekarza, więc semiotyka, choć jest konieczną drogą do poznania prawdziwego znaczenia, tj. istoty choroby, jest metodą niepewną. Niepewność poznania medycyny to stały motyw jej historii¹⁴. Powtarzali to teoretycy, potwierdzali praktycy medycyny renesansu, którzy poddawali krytyce scholastyczną medycynę, medycy w końcu XVIII i na początku XIX w., którzy odrzucali wcześniejsze teorie medycyny i jej semiotyki jako sztuki interpretacji, którzy przekształcali te umiejętności w nauki¹⁵. I naukowa semiotyka na drodze abstrakcji dochodzi do stwierdzeń zawodnych i niekoniecznych odnoszących się do znaków

¹¹ R. Jutte, *Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics*, [w:] *Historical Aspects of Unconventional Medicine. Approaches, Concepts, Case Studies*, red. M. Eklof, M.C. Nelson, Berlin 2001, s. 11–25.

¹² J. Pelc, *Wstęp do semiotyki*, Warszawa 1982, s. 338–340.

¹³ P. Giraud, *Semiologia*, przeł. S. Cichowicz, Warszawa 1974, s. 76–78.

¹⁴ M. Foucault *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa 1999, s. 129–130.

¹⁵ W.U. Eckart, *Zeichenkonzeption in der Medizin vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 2 Teilband/Volume 2, s. 1694–1707.

i znaczeń – wskazywał na to jej pionier Ch. Pierce¹⁶. Po wielu latach wykorzystywania teorii semiotyki, z którą wiązano m.in. „obiektywizm” nauk empirycznych, przyznaje się, że „w praktyce analizy semiotyczne składają się z subiektywnych odczytów”¹⁷.

Różne semiotyki teoretyczne dają różne semiotyki kultury, historii czy medycyny. W dziedzinach poza semiotyką wykorzystywanie jej ogólnych zbiorów kategorii przynosi specyficzne tematyzowanie zjawisk, zdarzeń i rzeczy i ludzi, charakterystyczne rezultaty. Dzieje się tak dlatego, że w naukach empirycznych, takich jak etnologia czy historia medycyny, następuje uproszczenie wybranych teorii i procedur semiotyki, dokonuje się utożsamień różnych klas znaków: oznak, symptomów, ikon, indeksów i symboli, bądź te ulegają w nich redefinicjom, kładzie się w nich większy nacisk na substancje znaków i funkcje oznaczania, skupia się uwagę głównie na problemach semantyki i pragmatyki „tekstów”¹⁸. Semiotyka kultury bądź antropologia semiotyczna podpatrują procedury bazowej dla nich teorii. Każda z nich tworzy swoje teorie i sposoby opisu ważne dla semiotyki ogólnej. Ta dostarcza metajęzyka dla „dialektów” antropologii i „języków” zbliżonych dyscyplin, daje „metodę” opisu procesów tworzenia się znaków i ich użytkowania w konkretnych kontekstach etnograficznych czy historycznych. Ujmowanie zjawisk i procesów semiozy w ramach praktyk społeczno-kulturowych oznacza, że semiotyka nigdy nie występuje w antropologii kulturowej/społecznej, historycznej czy medycznej jako niezależna teoretyczna doktryna bądź dyscyplina. Przeciwnie. Wchodzi w związki z innymi teoriami nauk humanistycznych i społecznych. Semiotyka kultury i antropologia semiotyczna opisują sposoby konstruowania świata, pytają o związki między sposobami myślenia, ekspresji werbalnych i niewerbalnych a systemami znaków, przedstawiają ideologie, instytucje społeczne, zdarzenia i procesy historyczne, artefakty itd. w kategoriach „znaku” i „znaczenia”, „kodów”, „języków”, „komunikatów”, „tekstów”, „dyskursów”¹⁹. Analizy antropologii semiotyczno-strukturalnej (same w sobie ryzykowne, bo m.in. usuwają one na dalszy plan konflikty i sprzeczności w systemach idei²⁰) muszą

¹⁶ U. Eco, *Teoria semiotyki*, przeł. M. Czeronowski, Kraków 2009, s. 14–15.

¹⁷ D. Chandler, *Wprowadzenie do semiotyki*, przeł. K. Hallett, Warszawa 2011, s. 265.

¹⁸ V. Herschen, *Semiotische Aspekte der Ethnologie: Ethnosemiotik*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur/A Handbook on the Sign-Theorie Foundations of Nature and Culture*, red. R. Posner, K. Robering, Th.A. Sebeok, 3. Teilband/Volume 3, Berlin–New York 2003, s. 3278–3296.

¹⁹ R. Posner, *Basic Tasks of Cultural Semiotics*, [w:] *Signs of Power – Power of Signs. Essays in Honor of Jeff Bernard*, red. H. Withalm, J. Wallmansberger, Vienna 2004, s. 56–89.

²⁰ S. Micelli, *Z semiotyki kultury*, przeł. W. Sobków, [w:] *Semiotyka dziś i wczoraj. Wybór tekstów*, red. J. Pelc i L. Koj, Wrocław 1991, s. 158–159.

być jednak, zwracała na to uwagę C. Levi-Strauss²¹, kontrolowane (żeby nie ulec „iluzjom subiektywizmu”, „niepewności intuicyjnej percepcji”, jak w literatu-roznawstwie powołującym się na strukturalizm) w dziedzinach badań etnografii, socjologii i historii – struktury znaków i znaczeń (np. mitów) wyrastają przecież z infrastruktury techniczno-ekonomicznej oraz z warunków życia społecznego.

Stosowanie semiotyki nie rozpoczyna się od antropologii strukturalnej, symbolicznej czy interpretatywnej. „Myślenie semiotyczne” narodziło się jako „myśl humanistyczna” o cudzych przemyśleniach, aktach woli, manifestacjach, ekspresjach, znakach, za którymi skrywają się bogowie (objawienie) lub ludzie (prawa władców, przepowiednie przodków, anonimowe przypowieści i zagadki itp.). Ściśle naukowa – by tak rzec – rejestracja i krytyka tekstów to zjawisko daleko późniejsze²². Klasyczna semiotyka – od antyku po koniec nowożytności – początek współczesności (według periodyzacji M. Foucaulta) – miała niewiele wspólnego z semiotyką wywodzoną od Pierce’a i F. de Saussure’a. Była więc wykorzystywana od początków istnienia etnografii i etnologii, zawsze gdy te miały do czynienia z problemami znaczenia, rozumienia obcych wierzeń, zachowań, praktyk²³, chociaż niesystematycznie i niekonsekwentnie, bez używania jej rozpoznawczych terminów, bez powoływania się na jej przednaukowe lub naukowe wersje. W dziewiętnastowiecznej etnografii (jak w literaturze) opisy ludzi, rzeczy i przyrody były pospolicie budowane według reguł fizjonomiki i patognomiki – te umiejętności należały przecież do *ars semiotica*²⁴. Zauważanie problemów semiotycznych i próby ich rozwiązywania znajdują się w historii badań etnomedycyny, nawet w okresie, gdy ta była na ogół traktowana jako zbiór kuriozów, następnie jako „symptom” stanu rozwoju społeczeństw i kultur ocenianych osiągnięciami medycyny naukowej, a nie dopiero od kilkudziesięciu lat dzięki antropologii kulturowej i antropologii medycznej, które opisują systemy medyczne jako części rozleglejszych układów społeczno-kulturowych, w kategoriach „logiki kulturowej”, lokalnych zasad kazuistyki i nozologii, metod rozpoznawania i rozumienia symptomów chorób itd.²⁵

²¹ C. Levis-Strauss, *Strukturalizm a krytyka literacka*, przeł. J. Skoczylas, [w:] *Znak, styl, konwencja*, wyb. i wstęp M. Głowiński, Warszawa 1977, s. 78–81.

²² M. Bachtin, *Estetyka twórczości słownej*, przeł. D. Ulicka, oprac. przekładu i wstęp E. Czaplejewicz, Warszawa 1986, s. 403–404; cf. J. Pelc, op.cit., s. 320–321.

²³ V. Herschen, op.cit., s. 3279.

²⁴ J.G. Lavater, *Physiognomik*, B. 3, Wien 1828, s. 76.

²⁵ Vide: Th. Hauschild, *Zur Ideengechichte der Ethnomedizin*, „Ethnomedizin”, 1976/1977, t. 4, z. 3–4, s. 357–368; E. Schroeder, *Ethnomedicine and Medical Anthropology. A Survey of Developments in Germany from a viewpoint in 1978*, „Reviews in Anthropology”, 1978, t. 4, nr 4, s. 473–485; A. Kleinmann, *Concepts a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, „Science and Medicine”, 1978, t. 12, s. 85–93; D. Penkala-

„Zgodnie z semiologią ludów europejskich w lecznictwie ludowym zwraca się główną uwagę na symptomy” – napisał H. Biegeleisen²⁶. Ten był filologiem, a filologia należała do obszaru, wskazywał J. Pelc²⁷, gdzie metody semiotyczne (analizy języka, metody interpretacji) były stosowane od zawsze. Przygotowanie filologiczne mieli wszyscy ci, którzy zajmowali się etnografią czy historią w XIX i na początku XX w.²⁸ Gdy interesowali się ludową medycyną, zwracali uwagę na jej odrębne metody diagnozowania, prognozowania, terapii. Dla tych, którzy mieli także orientację w historii kultury, jak Biegeleisen (nim zajął się etnografią, był historykiem i krytykiem literatury – w jego czasach „historia literatury” była „historią kultury”), etnomedycyna przypominała wiedzę i praktyki medyczne znane z dzieł W. Oczki, J. Haura, herbarzy M. Siennika czy S. Falimirza, kalendarzy np. S. Duńczewskiego – te odsyłały do nauk Hipokratesa, Galena, Pliniusza, Celsusa, Awerroessa, Awicenny, Alberta Wielkiego itd. Praktyki etnomedycyny są oparte na rozpoznawaniu i likwidacji symptomów choroby, wywodzą się one głównie z medycyny wczesnonowożytnej. Na to uwagę zwracali lekarze – autorzy monograficznych opracowań lecznictwa ludowego, tacy jak M. Udziela²⁹, J. Talko-Hryncewicz³⁰ czy S. Spittal³¹. Tę uwagę objaśnia dodatkowo fakt, że problemy semiotyki były w ich czasach omawiane w podręcznikach diagnostyki, wykładane na studiach medycznych³².

Na podstawie nadzwyczajnie bogatej dokumentacji etnomedycyny oraz historii medycyny we wczesnej nowożytności w Polsce i Europie zamierzam poszukiwać zależności genetycznych i funkcjonalnych między spopularyzowanymi semiotykami dawnych doktryn i szkół medycznych, wskazywać (robiłem to wcześniej przy okazji³³), że ten sam typ semiotyki był zawarty w etnomedycynie i medycynie staropolskiej, leczniczych i gospodarskich poradach, w gwarach i staropolszczyźnie, w uczonej i ludowej fizjonomice, w dawnym prawie, sądach miejskich i wiejskich, prognostykach pogody, w magii naturalnej i ludowej, popularnej religijności itd. – w tradycjach ludowych, jak wcześniej

-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny”, 1994, t. 1, z. 2, s. 5–15.

²⁶ H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929, s. 224.

²⁷ J. Pelc, op.cit., s. 322–323.

²⁸ Vide: Z. Libera, *Lud ludoznawców*, [w:] *Etnologia polska: między ludoznawstwem a antropologią*, red. A. Posern-Zieliński, Poznań 1995, s. 137–152; K. Pomian, *Historia. Nauka wobec pamięci*, Lublin 2006, s. 202–204.

²⁹ M. Udziela, *Medycyna i przesady lekarskie ludu polskiego*, Warszawa 1891.

³⁰ J. Talko-Hryncewicz, *Zarysy lecznictwa ludowego na Rusi południowej*, Kraków 1893.

³¹ S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Zażłoczach i okolicy*, Tarnopol 1938.

³² W.U. Eckart, op.cit., s. 1710.

³³ Vide: inne przywoływane w tekście publikacje autora.

w kulturze staropolskiej, której semiotyka wywodziła się przecież z semiotyk renesansu, średniowiecza, antyku.

Za takimi dociekaniem kryją się następujące przekonania. Różnice między kulturą ludową a kulturą wysoką nie polegały tylko na ich odmiennych „zawartościach” czy „pochodzeniu”, lecz także na (niekoniecznie całkiem i zawsze tak samo osobnych) stosunkach pragmatycznych do owych „zawartości”. Warunkiem istnienia kultury ludowej była zawsze kultura wysoka. Kultura ludowa była częścią ogólniejszego układu społeczno-kulturowego, „systemem otwartym”, w który „wpisywała” się historia i kultura innych warstw społecznych (różnice społeczne nie wytwarzały „kultury popularnej”). Wobec tego czym innym była kultura ludowa w czasach opisywanych przez J. Le Goffa i A. Guriewca, C. Ginzburga, P. Burke’a, N. Schindlera itd., a czym innym jeszcze w czasach dokumentowania jej „stanu” przez W. Pola, O. Kolberga czy R. Reinfussa. Historyczna etnografia oraz antropologia historyczna pokazują, że „rozchodzenie się dróg” kultury wysokiej i popularnej nasiliło się od początków nowoczesności, do zerwania ich zależności doszło, ogólnie rzecz biorąc, na przełomie XVIII i XIX w.³⁴ Na ten czas przypada „złoty wiek znachorstwa”³⁵, rozejście się dróg medycyny uczonej i medycyny ludowej³⁶.

Do końca XVIII w., gdziekolwiek w Europie do ok. połowy XIX w., według M. Lindemann³⁷, „poniżej” czy „obok” medycyny wykładanej na uniwersytetach współistniało we wszystkich stanach czy klasach społecznych to, co akademickie i potoczne, elitarne i ludowe, ortodoksyjne i nieortodoksyjne. Uczone i popularne systemy medyczne nie były alternatywnymi, lecz komplementarnymi systemami wiedzy i praktyk, ze zbliżonymi, a nawet tożsamymi zespołami poglądów odnoszących się do anatomii, fizjologii, patologii, metod diagnozowania i prognozowania, farmakopei. „Miliony ludzi praktykowało medycynę we wczesnonowożytnej Europie”³⁸, jeszcze w XIX–XX w.³⁹ Wśród nich najmniej było lekarzy. Ci długo byli teoretykami konkurencyjnych systemów medyczno-filozoficznych, z czasem (coraz bardziej od początków nowoczesności) „praktykami” w miejskich szpitalach i przytułkach. W tych miejscach długo obowiązywał podział pracy między lekarzem (z uniwersyteckich wykształce-

³⁴ P. Burke, *Kultura ludowa we wczesnonowożytnej Europie*, przeł. R. Pocek, M. Szczubiałka, Warszawa 2009, s. 239–318.

³⁵ R. Porter, *The Greatest Benefit to Mankind: a Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, London 1999, s. 224.

³⁶ R. Schenda, *Volksmedizin – was ist heute?*, „Zeitschrift für Volkskunde”, 1973, t. 69, r. 2, s. 209–210.

³⁷ M. Lindemann, op.cit., s. 16–17 i n.

³⁸ Ibid., s. 275.

³⁹ Z. Libera, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX–XX w.*, Wrocław 2003.

niem) a chirurgami (szkolonymi w cechach według zasad scholastycznej medycyny jeszcze we wczesnej nowożytności). Głównym zadaniem lekarza była interpretacja znaków jako podstawa diagnozy, prognozy i terapii, bo jego „rękami” byli chirurdzy. Względnie nieliczni byli chirurdzy, cyrulicy i balwierze, aptekarze zrzeszeni w cechach. Więcej było „partaczy”, duchownych, „pań ze dworu”, najwięcej tych, którzy leczyli „znachorskim sposobem”: owczarzy, młynarzy, bab-akuszerki itp. Leczył prawie każdy: szczególnie kobiety, ludzie starzy, „obcy”. Istniały rozmaite zależności i okazje do kontaktów między różnymi kategoriami leczących i leczonych, mimo podziałów społecznych i kulturowych. Ze schodzeniem drabiny społecznej i kulturowej ulegały popularyzacji teorie i praktyki szkół medyczno-filozoficznych. W przytułkach i szpitalach lekarze-praktycy i chirurdzy przeprowadzali wywiad z chorym, poddawali go obserwacji. Chorzy obserwowali zbierane przez nich znaki, wysłuchiwali diagnozy i prognozy, zalecane terapie. Tę wiedzę przekazywali w swoich środowiskach. W medycynie popularnej wzrastało znaczenie magii i religii, znachorstwa. Religia i magia naturalna miały wielkie znaczenie w medycynie średniowiecza i renesansu, szczególnie w czasie epidemii czy klęsk żywiołowych (których przyczyn dopatrywano się w moralnym upadku i życiu w grzechu, w działaniach diabła, czarownic i heretyków). Temu byli przeciwni niektórzy spośród lekarzy-filozofów. Byli jednak lekarze-praktycy i chirurdzy, nawet niektórzy lekarze na prowincji w końcu XIX w., którzy wykorzystywali środki i metody „owczarstwa”⁴⁰.

Okresem ostatecznego zerwania z fundamentalną dotąd tradycją wywodzącą się od Hipokratesa i Galena był koniec XVIII, pierwsza połowa XIX w. – według powszechnej zgody w „starej” i „nowej” historii medycyny. Na ten czas przełomu przypadają zmiana systemów interpretacji w nauce i kulturze europejskiej, według głośnej teorii Foucaulta⁴¹, wyparcie dotychczasowej „myśli analogii”, doktryny sygnatur i sympatii, „hermeneutyki podobieństw” – opartej na trójelementowej strukturze znaku, przez semiotykę z dwuelementową strukturą znaku, nowe systemy interpretacji rozwijane w podzielonej *mathesis uniwersalis*⁴². Rzekomej ewolucji od symbolu do „znaku analitycznego” zaprzeczał

⁴⁰ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine: An Introduction to Knowledge and Practice*, Chicago 1990; M. Lindemann, op.cit.; Z. Kuchowicz, *Leki i gusła dawnej wsi. Stan zdrowotny polskiej wsi pańszczyźnianej w XVI–XVIII w.*, Warszawa 1954; id., *Warunki zdrowotne wsi i miasteczek województwa łęczyckiego i sieradzkiego w XVIII wieku*, Łódź 1961; E. Świeżawski, *Przyczyna do dziejów medycyny w Polsce*, Warszawa 1979; Z. Libera, *Znachor w tradycjach...*

⁴¹ M. Foucault, *Słowa i rzeczy. Archeologia nauk humanistycznych*, przeł. T. Komendant, Gdańsk 2005.

⁴² J. Krakowski, *Mathesis i metafizyka. Studium metodologiczne przełomu kartezjań-*

T. Todorov⁴³, lecz wskazał także koniec XVIII w. w historii semiotyki jako radykalne odejście (zapowiadane od dłuższego czasu) od „okresu klasycznego” (rozpoczynającego się w antyku) do „okresu romantycznego” (ten obowiązuje do dzisiaj), który polega m.in. na odrzuceniu w teorii symbolu naśladownictwa, podobieństwa. Ten czas był punktem zwrotnym dla semiotyki medycznej; datami tej zmiany w krajach niemieckich były lata 1756 (rok wydania dzieła E.A. Nicolai pt. *Semiotyka...*) – 1852 (drugiego, tj. z 1837 r. wydania podręcznika J.F. Albertsa, który był ostatnim przedstawicielem klasycznej semiotyki, pierwszym teoretykiem „fizykalistycznych znaków”⁴⁴).

Etnomedycyna była przedstawiana w kategoriach semiotyki kultury. Była ona opisywana przede wszystkim przez amatorów ludoznawstwa, wielu profesjonalnych etnografów i etnologów. Wszystkie przywoływane w przypisach tego artykułu prace, bez względu na to, czy ich autorzy wykorzystywali do jej opisu kategorie i procedury naukowej bądź przednaukowej semiotyki, prezentują stosowanie „ludowej semiologii” – etnosemiotyki (ten termin objaśniam przez analogię do „etnomedycyny”, „etnobotaniki” itp., czyli inaczej niż D. McConnell⁴⁵, który zdaje się pierwszy użył tej nazwy na użytek „nowej etnografii”⁴⁶). Etnosemiotykę będę odnosił do kategorii semiotyki ogólnej, ale bardziej interesuje mnie ona w kontekstach etnograficznych i historycznych, tzn. według jakich reguł, na podstawach jakiej wiedzy i praktyk „wiejscy lekarze” (rozmaicie nazywani, dla wygody tylko nazywam ich dalej „znachorami”) w XIX–XX w., podobnie jak wcześniej uczeni medycy, decydowali o tym, co jest znakiem, jak go rozpoznawali, pojmowali i użytkowali w praktykach leczniczych?

Znachor wezwany do domu chorego bądź przyjmujący u siebie chorego z „kimś z rodziny” albo nawet tylko „kogoś z rodziny w imieniu chorego” wysłuchiwał cierpliwie „długie opowiadanie najdrobniejszymi szczegółami opravione” (jaki on dobry, pogodny, nieswarliwy, robotny, w gospodarstwie potrzebny itp.), wypytywał o okoliczności pojawienia się choroby, odczuwane cierpienia przez chorego, o jego apetyt, sen, imię, ile ma lat, dopytywał, czy wcześniej „był u kogo” (innego znachora, lekarza), uważnie i dokładnie oglądał ciało chorego lub w razie jego nieobecności, np. spoconą czy skrwawioną koszulę, jego mocz. Tym sposobem znachor – o którym powtarza się opinie

skiego, Wrocław 1992.

⁴³ Tz. Todorov, *Wstęp do symboliki*, przeł. M. Łukasiewicz, [w:] *Symboli i symbolika*, wybór i wstęp M. Głowiński, Warszawa, s. 30–97; T. Todorov, *Teorie symbolu*, przeł. T. Stróżyński, Gdańsk 2011.

⁴⁴ W.U. Eckart, op.cit., s. 1696, 1701.

⁴⁵ D. McConnell, *Ethnosemiotics*, [w:] *Semiotics of Culture*, red. P. Winner, J. Umiker-Sebeok, Den Haag 1978, s. 149–171.

⁴⁶ Cf. V. Herschen, op.cit., s. 3289–3293.

w etnografii: „był osobistością wybijającą się inteligencją ponad swoje otoczenie” i „znajomością praktycznej psychologii”, miał „dar zmysłu obserwacji” – zbierał dane, które uznawał za znaczące.

Na tych podstawach znachor prognozował los chorego. Gdy ten trafiał do lekarza – napisał Spittal, autor jednego z najświetniejszych opracowań ludowej medycyny⁴⁷ – od razu pytał: „czy aby to śmiertelna choroba, czy warto leczyć?”, a jego rady i rokowania przyjmował, o ile zgadzały się one z wcześniejszymi przepowiedniami wróża (ten znał przyszłość, bo widział niewidzialne – tamten świat). Znachor-wróż budował swą prognozę na podstawie widzialnych znamion ciała (zaostrenie nosa, zamglone oczy, sinienie ciała, „siódme poty”, „czuć ziemią z gęby”... – te zapowiadały bliski koniec), wskazywanych okoliczności pojawienia się objawów choroby (źle wróży zachorowanie w „zły czas”) oraz ich „charakteru” (nagle i niespodziewane cierpienia, o ciężkim przebiegu są najstraszniejsze, najtrudniejsze do zwalczania, bo pochodzą z czaru), z wieku chorego (są niebezpieczne lata w życiu człowieka, gdy ten zachoruje i ma 77 lat, tzn. „dwie kosy”, to szkoda leczyć), obserwowanych zmianach zachowań w chorobie (złymi prognostykami są brak apetytu, bo chory nie będzie miał sił, żeby przezwyciężyć chorobę, ale także jego nieoczekiwane i dziwne „zachcenia”, bo takie mają umierający).

Znachor, gdy stawiał diagnozę, brał pod uwagę płeć i wiek chorego, bo z tymi są związane odpowiednie rodzaje chorób, odmiany np. suchoty – inne u dziecka, w średnim wieku, u starca. Objawy tej samej choroby różnicowała „historia” zachorowania. Jej pojawienie się i przebieg wiązały się z nakładającymi się na siebie – odpowiednio wartościowanym – cykлом doby, tygodnia, fazom księżyca, porom roku. Choroba ma „falowy” charakter: rozwija się, wzmacnia, ustępuje, powraca. Ma czas krytyczny. Tym jest „przełamywanie się choroby na dobrą lub złą stronę”, tj. jej samoistne, wskutek czynności chorego (dobrego lub złego jedzenia, unikania w chorobie zimna, wilgoci lub przegrzania się, przemoknięcia), prób samoleczenia (przez chorego i domowników, sąsiadów), umiejętnego albo nietrafnego leczenia. Choroby wewnętrzne przekształcają się w zewnętrzne („wewnętrzny kołtun”, tj. gościec czy reumatyzm w „kołtun zewnętrzny” – na głowie chorego), choroby zewnętrzne w wewnętrzne (źle leczony liszaj „rzuca się” na wątrobę). Choroby zmieniają swe lokalizacje i psują różne części ciała (były suchoty „gardlane”, „płucne”, „żółdkowe” itd.). Z tym zmieniają się odczuwane cierpienia przez chorego, obserwowane przez znachora objawy.

⁴⁷ S. Spittal, op.cit.

W ustalaniu przypadku zachorowania kluczowe znaczenie miało ustalenie jego etiologii: rozpoznanie, czy ma ono tylko źródła cielesne (z „psucia się” serca, wątroby, płuc, mózgu, krwi, żółci itd.), czy ma przyczyny zewnętrzne. Na te mogły naprowadzać dane pochodzące „z wywiadu” znachora, np. to, że jego pacjent jest kłótniwy, od dawna w sporze w sąsiadem, więc „sam sobie jest sobie winny”, bo sąsiad z zemsty spowodował czar. Etiologię i rodzaj schorzenia podpowiadał ogląd chorobowych zmian na ciele i psychice pacjenta, np. to, że odczuwał „tępy” ból w skroniach, nudności, ciągle ziewał, wymiotował, był senny i ociężały, uporczywie myślał „o kimś” – były to oznaki zauroczenia. Wyleczenie nie jest możliwe bez ustalenia źródła i przyczyny, ewentualnie sprawcy choroby. Ta sama choroba ma różne objawy w zależności od jej etiologii. Z tego też powodu wymaga odmiennych metod i środków leczenia.

Diagnostyka i terapia etnomedycyny polegały na rozpoznawaniu objawów i ich likwidowaniu. Ze wskazywanych powodów ten sam rodzaj choroby objawia się specyficznie w każdym przypadku. Jedną chorobę wyróżnia zespół zmiennych jej „widoków” (istnieje wiele odmian febry, suchot, róży itd.). Wiele różnych chorób łączy te same objawy (konwulsje towarzyszą padaczce, urokowi i czarowi, wyrzynaniu się zębów dziecka). Stąd różne choroby utożsamiano ze sobą (szkarlatynę i dyfteryt, odrę i błonicę, ospę i choroby weneryczne). Łączenie ze sobą jednych schorzeń, rozróżnianie innych, mimo że mają wspólne objawy, miało usprawiedliwienie w tym, że dominującym objawom jednej choroby towarzyszą inne, które razem tworzą charakterystyczną całość. Z drugiej jednak strony w przypadkach, gdy pewnemu silnemu objawowi („gorączce”, uczuciu „zimna”) towarzyszyły inne („dreszcze”, „trzęsienie” to rozpoznawcze cechy febry, ale i padaczki), dopatrywano się wielu chorób naraz.

Zwracanie szczególnej uwagi na znamiona choroby, które były warunkowane tak wieloma różnymi czynnikami, powodowało, że etnomedycyna budowała skomplikowane klasyfikacje symptomów. To komplikowało też to, że natura choroby, jej źródła, działania i skutki były opisywane w wielu różnych „językach”: kolorów, zapachów, dźwięków, czasu, przestrzeni i ruchu itd. Oznaki choroby były więc odczuwane jako „szum”, „sinienie” czy „czernienie ciała”, „susza”, „ogień”, „pieczenie”, „łamanie”, „krzywienie”; choroba „mąci”, „plącze”, „wędruje”, „zwycięża”, musi być „pokonana” (te same predykaty były odnoszone do ziemi, powietrza, ognia i wody, do nieczystej siły, demonów itd.).

W rezultacie znachor miał spore nieraz trudności w oznaczaniu przypadku zachorowania. W razie nieskuteczności leczenia zmieniał swe diagnozy. Jeden znachor kwestionował rozpoznanie innego znachora, a szczególnie lekarza (ten diagnozował przecież na podstawie nozologii medycyny naukowej). W związku z tym etnografowie pisali o wiejskich lekarzach, że byli oni „intuicyjnymi dia-

gnostami”, rozpoznawanie przez nich konkretnych schorzeń „miało subiektywny charakter”, „było związane z indywidualną osobowością znachora”.

Nie dałem opisu konkretnego przypadku rozpoznawania choroby, lecz wskazałem powtarzalne elementy semiotyki w etnomedycynie. Znachor gromadził wiele różnych informacji, które pochodziły z „wywiadu” (opowiadania chorego i kogoś z rodziny, ich odpowiedzi na pytania znachora) oraz obserwacji (ogłędzin chorego). Nie wszystkie te informacje traktował on jako znaczące, choć każda nich mogła być za taką uznana. Wybierał z nich tylko te, które mogły mu służyć jako znaki. Dzielił je na te, które odnosiły się do przeszłości (dzięki nim można odgadnąć etiologię choroby), do przyszłości (te służyły prognozie, wrózeniu) i teraźniejszości (w celach diagnostycznych i terapeutycznych).

Nozologia etnomedycyny jest niezgodna z nozologią biomedycyny. Jest za to zgodna z zasadami klasyfikacji symptomów w okresie staropolskim. Koncepcje znaku w etnomedycynie różnią się od takich koncepcji w semiotyce teoretycznej. Są za to podobne do koncepcji starych szkół medycznych.

Etnosemiotyka stosowana przez znachora nie rozróżniała klas znaków, jak semiotyka teoretyczna, nie dzieliła znaków na naturalne i umowne. Kultura ludowa należała przecież do typu kultur, według J. Łotmana i B. Uspienskiego⁴⁸, w których relacje między planem wyrażenia a planem treści traktowało się jako konieczne, a nie konwencjonalne; właściwe oznaczanie wpływało na treść, niewłaściwe czy zastępcze nazywanie (tabu słów) było łączone z inną treścią; „stosunek do znaku i znakowości stanowi jedną z podstawowych cech typologicznych kultury”. Wśród wielu prac w etnologii na temat kulturowego stosunku do języka brakuje całościowej pracy o relacjach „język (znak) – umysł – rzeczywistość”. Mimo tego braku można utrzymywać, że jeśli nawet znaki językowe i pozajęzykowe były traktowane w tradycjach ludowych głównie jako „naturalne”, to wśród nich musiały istnieć istotne różnice, gdy były one użytkowane w sferach regulowanych obyczajem lub rytuałem. Te „istotne różnice” dotyczą samej etnomedycyny, bo przecież tylko część jej praktyk można ujmować w kategoriach rytuału i magii.

Zdaje się, że znachor w praktykach magiczno-rytualnych pojmował znak nie tylko jako coś, co ujawnia to, co jest niewidzialne i nieznanne, lecz także jako coś, co jest częścią oznaczanego. Praktykowana przez niego koncepcja znaku przypomina czasem teorię znaku ikonicznego. Do tego znachor dodaje: znak i znaczone łączy naturalne podobieństwo i „pokrewieństwo” (sympatia według magii naturalnej). Objawy choroby odbierał jako „podobne” do jej etiologii. Na

⁴⁸ J. Łotman i B. Uspienski, *O semiotycznym mechanizmie kultury*, przeł. B. Żyłko, [w:] *Semiotyka kultury*, wybór i oprac. E. Janus i M.R. Mayenova, Warszawa 1977, s. 155–161.

podstawie podobieństw i różnic znaków cielesnych rozpoznawał rodzaje i odmiany chorób. Na zasadach analogii, różnego rodzaju podobieństw i pokrewieństw, dobierał odpowiednie metody i środki leczenia. Objaw traktował często jako samą chorobę. Jego terapia polegała na likwidowaniu objawów⁴⁹.

Źródła tego tkwią prawdopodobnie w tym, że symptomy, według Th. Sebeoka⁵⁰, działają jak metonimia, jak *pars pro toto*. Znachor nie zawsze rozumiał objawy jako skutki, lecz jako przyczyny chorób, czasem też jako źródło innych objawów. To są rezultaty, żeby użyć stwierdzenia de Saussure'a⁵¹, „życia znaków w obrębie życia społecznego”. W nim istnieją różne rodzaje i stopnie rozumienia naturalności i umowności znaków („naturalny” i „konwencjonalny” należą w historii semiotyki do pojęć wieloznacznych i nie zawsze różnych⁵²). Konkretnie znaki mogą być kombinacjami różnych typów znaków (dla semiotyki teoretycznej). W nich, w zależności od użycia, dominuje jeden z trybów sygnifikacji⁵³. Znachor wiązał znaczenie znaków nie tylko z przedmiotowym odniesieniem, lecz także (niekonsekwentnie) z jego substancją (długo nieistotną dla semiotyki, zwłaszcza dla tej wywodzącej się od de Saussure'a), w którym jeszcze nawet fonemy (przeciwnie niż dla lingwistyki) mogą mieć znaczenie („r” było zwierzęce⁵⁴; znaczące było grupowanie dźwiękonaśladowczych predykatów w zamówieniach takich, które np. „przypominały” syczenie węża czy szum wiatru⁵⁵).

Znaki znachora nie były jedynie symptomami semiotyki ogólnej i semiotyki medycyny naukowej. Dla tych X (choroba) jest przyczyną Y (symptomu), Y jest symptomem X, X poprzedza Y, Y nie istnieje bez X – to znaczy, że zależności między tymi elementami należą jednocześnie do etiologii (X–Y) i semiotyki (Y–X)⁵⁶. Dla znachora związku między symptomem a jego źródłem (odniesieniem) raz były pewne, innym razem przypuszczalne. Zbierane przez niego okazy znaków – konkretne objawy – przyporządkowywał typom. Te łączył w zbiór symptomów (w „syndrom” w terminologii medycyny galenowskiej). Tym sposobem znachor w metodach diagnozowania i prognozowania, metodach

⁴⁹ Z. Libera, *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wrocław 1955.

⁵⁰ Th. Sebeok, op.cit., s. 72.

⁵¹ F. de Saussure, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, przeł. K. Polański, Warszawa 2002, s. 44.

⁵² J. Pelc, op.cit., s. 90–135.

⁵³ D. Chandler, op.cit., s. 60, 64–65.

⁵⁴ J.S. Wasilewski, *Tabu a paradygmaty etnologii*, Warszawa 2010, s. 326–328.

⁵⁵ Т.М. Судник. *К описанию структуры одного белорусского (восточнопопелеского) заговора*, [w:] *Текст: семантика и структура*, Moskwa 1983, s. 178–190.

⁵⁶ W.A. Bauer, *Die Anwendung zeichentheoretischer Methoden auf Geschichte und Gegenwart der Medizin*, [w:] *Theorie der Medizin. Dialoge zwischen Grundlagenfachern und Klinik*, red. id., Heidelberg–Leipzig 1995, s. 141–153 (www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer_semiotik.pdf. 1983, s. 2–3).

terapii łączył (według rozróżnień semiotyki teoretycznej) znaki naturalne i konwencjonalne, nie rozróżniał symptomów, znaków ikonicznych (te w praktykach społecznych są postrzegane jako naturalne) od symboli (znaków umownych, motywowanych). Odnosił różne znaki według związków analogii i relacji przyczynowych na te, które odnosiły się do prognozy (przyszłości), przeszłości (etiologii) i terapii (teraźniejszości), gdy dla semiotyki teoretycznej wiązanie znaków różnych czasowo i przestrzennie jest często symboliczne. W rezultacie znachor popełniał zasadnicze błędy magii i czarownictwa, jakie opisał E. Leach⁵⁷, polegające na myleniu symbolu i znaku z sygnałem. Semiotyczne błędy znachora, magii i czarownictwa są jednak zbliżone do błędów semiotyki lekarskiej dawnych szkół medycznych.

Kazuistyka znachora była idiograficzna, jak w ogóle medycyny od czasów Hipokratesa po nowoczesność. V. Langholf⁵⁸ tak ujął schemat diagnozowania w *Corpus Hippocraticum*: konkretnemu przypadkowi zachorowania (P) może odpowiadać X-1 albo X-2, X-3..., skutkiem X jest Y-1 i/lub Y-2, Y3 lub nie X-1, nie X-2, nie X-3... To prowadziło antyczną medycynę do tworzenia obrazu jednych chorób raz różnych od innych, innym razem do ich utożsamiania na podstawie podobnych kombinacji znaków, identyfikacji na podstawach jednego nawet symptomu – czyli *ad absurdum*. Schemat podany przez Langholfa traktuję jedynie jako „symbolicznie pierwszy odczyt” związku między danym symptomem (zespołem symptomów) a konkretną chorobą.

W każdym systemie medycznym, we wszystkich znanych szkołach medyczno-filozoficznych od antyku po współczesność, związki między znakami a ich źródłami cielesnymi czy też środowiskowymi uległy rejestracji i konwencjonalizacji. Te związki lekarz rozpoznawał rutynowo, w sposób wyuczony na podstawie kanonicznych pism i własnego doświadczenia. Na podstawie kulturowej wiedzy o anatomii, fizjologii, patologii, psychologii, kosmologii, doświadczenia i specjalizacji (byli „lekarze” od róży, kołtuna, suchot, febry, opętania itd.), często nawet wiedzy książkowej (podręczników medycyny, homeopatii, okultyzmu, magii, astrologii i... etnograficznych opracowań chłopskiej medycyny) znachor deszyfrował znaki, metodą prób i błędów poszukiwał ich prawdziwych odniesień, w łączonych znakach rozpoznawał „typy idealne” (jak lekarze w warunkach klinicznych, którzy nie mają do czynienia „z niewydolnością serca” – to jest podręcznikowy konstrukt wyabstrahowany z wielu przypad-

⁵⁷ E. Leach, *Kultura i komunikowanie*, przeł. M. Buchowski, [w:] E. Leach, *Rytuał i narracja*, Warszawa 1989, s. 44.

⁵⁸ V. Langholf, *Zeichenkonzeption in der Medizin der griechischen und romischen Antike*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 1. Teilband/Volume 1, Berlin–New York 1997, s. 915–916.

ków⁵⁹). W logice kulturowej, a nie w słabej znajomości anatomii i fizjologii oraz w brakach kwalifikacji medycznych znachora znajdują się wyjaśnienia elastyczności i płynności jego metod interpretacji znaków, jego kłopotów postawienia trafnej diagnozy i terapii, względnie łatwe zmiany diagnoz i metod leczenia, różne diagnozy stawiane przez różnych znachorów.

Praktyki etnomedycyny określał specyficzny stosunek do natury człowieka i świata. Ten był wielokrotnie opisywany przez semiotyków kultury⁶⁰. Według nich „improvizacja przyczynowości” była charakterystyczna dla „archaicznej świadomości”. Była ona skutkiem „myśli analogii”, pracy mitopoetyckich środków: metafory i metonimii, symbolu, które wytwarzały sieć podobieństw i pokrewieństw wiążących wszystkie elementy świata. Głównym problemem świadomości mitopoetyckiej było rozwiązywanie problemów podobieństw i różnic, ustalanie ich na drodze analogii i homologii między różnymi elementami i płaszczyznami rzeczywistości. Gęsta sieć powiązań „wszystkiego z wszystkim”, pewien nadmiar identyfikacji (częściowych, bo przed całkowitą tożsamością różnych składowych świata „ratuje” ich hierarchiczne uporządkowanie z regułami transformacji od jednych elementów czy „poziomów” do innych), składała się na globalny i integralny determinizm. A „świat nadmiernego determinizmu okazuje się jednocześnie światem przeinterpretowanym”⁶¹.

U podstaw tego modelu świata leżał paralelizm czy izomorfizm człowieka i świata. Ten sam zespół pojęć opisywał człowieka, jego ciało, społeczeństwo i przyrodę. Świat był w istocie wieloznaczny; wszystkie jego elementy miały zwielokrotnione znaczenia. „Przekładem znaczenia” było ciało. Wysiłki „myśli analogii” nie kończyły się na rzutowaniu (na zasadach metaforycznych) „języka” ciała na otaczający świat, „języka” kosmologii na człowieka, ale dokonywała ona jeszcze przemieszczeń (na zasadach metonimii) w ramach kodu antropologicznego oraz kosmologicznego. To dlatego etnomedycyna polegała na związkach znaczeniowych i nałożonych na nie więzi przyczynowych, między ciałem, jego częściami a elementami świata (oczy i widzenie – słońce, gwiazdy, jasność,

⁵⁹ W.A. Bauer, op.cit., s. 4.

⁶⁰ Нр. В.Н. Топоров, *Первобытные представления о мире (общий взгляд)*, [w:] *Очерки истории естественно-научных знаний в древности*, Moskwa 1998; id., *О ритуале. Введение в проблематику*, [w:] *Архаический ритуал в фольклорных и раннелитературных памятниках*, Moskwa 1998, s. 1–16; id., *Пространство и текст*, [w:] *Текст: семантика и структура*, Moskwa 1982, s. 8–40; А.К. Байбуурин, *Зилисьце в обрядах и представлениях восточных славян*, Lenigrad 1983; id., *Ритуал в традиционной культуре. Структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов*, Sankt-Peterburg 1993.

⁶¹ Т. Todorov, *Podbój Ameryki. Problem innego*, przeł. J. Wojcieszak, Warszawa 1996, s. 75.

dzień), zależnościach między budową i funkcjami różnych części ciała (oczy i widzenie – wątroba, żółć). Ponadto miała ona niewielkie zainteresowania problemami budowy ciała (anatomia) w stosunku do zainteresowań problemów jego funkcji (fizjologii) – tym także przypominała ona dawne doktryny medyczne. Funkcje rzeczowe anatomiczne i życiowe były dla niej jednocześnie funkcjami semiotycznymi (cechy anatomiczne nosa wskazują na to, jak wykonuje on swe zadanie, świadczą o urodzie, charakterze, temperamencie, seksualności itd.). Ujmowała ona ciało teleologicznie, w jej wymiarach rzeczowych i znakowych⁶².

Dzięki semiotyce teoretycznej stawiam diagnozę niektórych semiotycznych problemów etnomedycyny. Inne jeszcze jej problemy mogą być dostrzeżone i wyjaśnione tylko wtedy, gdy odniesie się je do historii semiotyki i medycyny. Bez tego wiele materiałów etnografii i historii kultury nie ma wytłumaczenia we właściwych ich kontekstach. „Kontekstowe” interpretacje bywają fałszywe. Gdy medycyna ludowa, jak i staropolska, zalecała obkładanie żabami głowy chorego na padaczkę na odciążenie flegmy, upusty krwi z prawego ucha, małego palca prawej ręki, nie szło o wartościowanie „prawego”, ale o nauki patologii humoralnej, samego Hipokratesa: po prawej stronie mózgu zbiera się więcej flegmy, a jej nadmiar zatrzuwa organizm i wywołuje padaczkę⁶³. Problemy etnologii, jak historii kulturowej, wymagają krzyżowania ujęć synchronicznych i diachronicznych, w czym utwierdza semiotyka kultury (która jest „namiastką antropologii kultury”⁶⁴): rozumienie wymaga przekładu znaków, potrzebuje wielości „języków”⁶⁵. Kultura jest historią i *vice versa* (według M. Sahlinsa), więc kulturę nie wyjaśnia tylko kultura (według tezy semiotyki kultury z lat sześćdziesiątych–siedemdziesiątych), lecz także jej historia. Dla tekstów kultury ludowej i jej medycyny XIX–XX w. „pre-tekstem” czy „podtekstem” był przecież stan kultury wczesnej nowożytności. Wiele wyobrażeń i praktyk etnomedycyny, w ogóle kultury ludowej, nie ma uzasadnień w kontekstach etnograficznych, wydają się one słabo z nimi skorelowane, mają motywacje na zewnątrz lokalnych tradycji⁶⁶.

Tym „podtekstem” etnomedycyny była bezpośrednio medycyna staropolska, pośrednio medycyna europejska XV/XVI–XVIII w. Polskie herbarze i poradniki medyczne były przekładami i kompilacjami zagranicznych druków popularyzu-

⁶² Z. Libera, *Mikrosmos, makrokosmos i antropologia ciała*, Tarnów 1997, s. 93–96.

⁶³ Id., *Wielka niemoc*, „Literatura Ludowa”, 2009, nr 3(53), s. 33.

⁶⁴ U. Eco, *op.cit.*, s. 28.

⁶⁵ *Vide*: B. Żyłko, *Kultura i znaki. Semiotyka stosowana w szkole tartusko-moskiewskiej*, Gdańsk 2011.

⁶⁶ A.G. Levinton, *К проблеме эпического подтекста*, [w:] *Фольклор и этнографическая действительность*, Санкт-Петербург 1992, s. 162–169.

jących wiedzę o ziołolecznictwie oraz fizjologii i patologii, semiotyki Hipokratesa, Galena, Arystotelesa, Pliniusza, Ceslsusa, Awicenny i Averoessa itd. Bywały one uzupełniane wiadomościami ze szlacheckich dworów i od chłopów. Ta literatura popularna – między medycyną szkolną a ludową, z prostymi naukami filozofii przyrody, natury jako „księgi znaków” (to pospolity topos w średniowieczu i wczesnej nowożytności⁶⁷), koncepcjami człowieka jako mikrokosmosu⁶⁸, teologii i religii, magii, astrologii itd. – była kierowana do szlacheckiego ogółu pozbawionego fachowej pomocy lekarskiej⁶⁹. Te popularne druki zawierały pouczenia, jak J. Haura w *Oekonomice lekarskiej*⁷⁰: jak na podstawie znaków na ciele i duszy należy przeprowadzić prognozę i diagnozę, zwracać uwagę na to, że znaki choroby są zapowiadane przez znaki „na niebie i ziemi”, że objawy są uzależnione od kompleksji ciała i temperamentów, płci, wieku, zajęć, odpoczynku, diety, życia seksualnego, że sztuka odnajdywania przyczyn ze skutków – znaków wprowadza w błąd nawet wielu medyków. Dzieła takie jak Haura były kopiowane (księgi drukowane były bardzo drogie), ich fragmenty trafiały do sylw, których odpisy krążyły od dworu do dworu, z dworów trafiały na wieś. W rezultacie trudno było odróżnić etnomedycynę czy etnobotanikę⁷¹ od dworskiej medycyny.

W dworskiej, następnie ludowej medycynie odczytywano znaki natury – przyrody i człowieka – przez pryzmat odpowiednich świadomości potocznych⁷². Autorzy traktatów medycznych i lekarze, tacy jak W. Oczko (po studiach w Krakowie, Padwie, Bolonii, Rzymie), pojmowali znaki z perspektyw doktryn medyczno-filozoficznych. W XVI–XVIII w. lekarze-praktycy byli zobowiązani do zwracania uwagi na wszelkie „znaki” czy „symptomy”, starali się rozpatrzyć jak największą ich liczbę. Wszystkie one służyły prognozie i diagnozie, następnie terapii. Znaczącymi danymi były więc płeć i wiek pacjenta, znaki zodiaku i sytuacja astrologiczna (ta wpływa na kompleksje: Jupiter decyduje o stanie krwi, księżyc – flegmy, słońce – żółci, Saturn – czarnej żółci), zaćmienia słońca i księ-

⁶⁷ J. Sokolski, *Barokowa księga natury. O europejskiej symbolografii wieku siedemnastego*, Wrocław 1992.

⁶⁸ Z. Libera, *Mikrokosmos...*

⁶⁹ P. Kowalski, *Theatrum świata wszystkiego i poczciwy gospodarz. O wizji świata pewnego siedemnastowiecznego pisarza ziemiańskiego*, Kraków 2000, s. 127–139 i n.; W. Szostak, *Farmakognozja. Farmacja galenowa i aptekarstwo w renesansowych zielnikach polskich*, Warszawa 2006; I. Arabas, *Apteczki domowe w polskich dworach szlacheckich. Studium z dziejów kultury zdrowotnej*, Warszawa 2006.

⁷⁰ J. Haur, *Oekonomika lekarska*, Berdyczów 1793.

⁷¹ Np. J. Rostafiński, *Zielnik czarodziejski to jest zbiór przesądów o roślinach*, Kraków 1893.

⁷² P. Kowalski, op.cit.

życa, klimat i kierunek wiatrów (bo wilgoć i wiatr północny źle wpływają na stan zdrowia kobiet, których natura jest wilgotna i zimna), warunki mieszkaniowe, rodzaj zajęć (praca umysłowa wysusza mózg, co prowadzi do otępienia umysłowego, grozi „zejściem z rozumu”), odpoczynek i sen, obyczaje (według Oczki źródłem „przymiotu”, tj. chorób wenerycznych szlachty były pijaństwo, zbytek i rozwiązłość), nieumiarkowanie w jedzeniu i picciu oraz w życiu seksualnym (szkodliwa jest przesadna asceza, jak i zbytne oddawanie się Wenerze – pierwsza doprowadza do nadmiernej wilgotności ciała, druga do jego wysuszenia). Wszystkie te znaki uwidaczniały niewidzialne walki sił natury, w makrokosmosie i w mikrokosmosie. Tylko widoczne zmiany patologiczne były uznawane za znaki choroby (dopóki się one nie ujawniały na zewnątrz ciała, człowiek był uznawany za zdrowego). Lekarz-praktyk szukał „znaków większych” i „znaków mniejszych” na podstawie skrupulatnego oglądu i osłuchiwania ciała chorego (Oczko: winniśmy ufać więcej „oczom a rękom niż dyskursom”). Lekarz podchodził do pacjenta indywidualnie, bo ta sama choroba (przymiot, gnilec, duszności, suchoty itd.) objawia się rozmaicie w każdym przypadku zachorowania, zależnie od kompleksji humorów danego pacjenta⁷³.

Semiotyka lekarska uczy, jak z przypadków (objawów) mamy poznać obecną chorobę i jej odmiany, jakiego spodziewać się końca, jak rozpoznawać oznaki z doświadczenia (10 razy widziałem rannego w głowę – majaczył, wymiotował, umierał – wnoszę z 11 przypadku, że umrze). Nie możemy oczami poznawać choroby z przypadków, gdy jest głęboko skryta w ciele. Istnieje wielka różnica między przypadkami a znakami, bo przypadki tworzą dzieje choroby, a znaki dają poznać, co zachodzi w ciele, do jakiego gatunku należy choroba (czy jest lekka, ciężka, niebezpieczna, dobrotliwa, złośliwa). Lekarz musi znać naturę i znaki ciała, analogicznie jak gospodarz naturę ziemi i jej znaki, żeby wiedzieć, co robić, jakich środków i metod użyć, żeby posiać i zebrać plony. Tak pisał L. Perzyna⁷⁴ w *Lekarzu dla włościan* (popularyzator nauk S. Tissota – „mieszalniny nowoczesności i tradycyjnego zabobonu”).

⁷³ M. Gajewska, *Epidemia dżumy w Rzeczypospolitej w świetle XVI–XVII-wiecznych traktatów medycznych i zielników. Profilaktyka indywidualna*, [w:] *Wśród córek Eskulapa. Szkice z dziejów medycyny i higieny w Rzeczypospolitej XVI–XVIII wieku*, Warszawa 2009, s. 9–50; M. Maluźnińska, *Choroby weneryczne na ziemiach polskich w XVI wieku w świetle „Przymiotu” Wojciecha Oczki*, [w:] *Wśród córek Eskulapa...*, s. 53–102; A. Nowosielska, *Szchorbut w Rzeczypospolitej XVIII i XVIII wieku*, [w:] *Wśród córek Eskulapa...*, s. 185–231; A. Wieniawska, *Choroby układu oddechowego w polskich siedemnastowiecznych poradnikach medycznych. Diagnostowanie, przebieg i leczenie*, [w:] *Wśród córek Eskulapa...*, s. 234–278.

⁷⁴ L. Perzyna, *Lekarz dla włościan*, Kalisz 1793, s. 67–70.

W praktyce lekarz przeprowadzał studium przypadku, z pewnym nadmiarem niejednoznacznych danych, ze zwracaniem uwagi na typowe i specyficzne symptomy (np. przymiotu), dla których szukał przyczyn w ciele chorego i poza nim (problemem było ustalenie przyczyn np. gnilca, tj. skorbutu), łączenie ich w syndromy. To prowadziło go (jak znachorów) do mylenia ze sobą (według ocen nozologii biomedycznej) różnych chorób (anginy z błonicą, „francuskiej ospy”, tj. syfilisu z ospą i innymi wyrzutami na skórze; w etnomedycynie syfilis nazywano „dworską ospą”), zmian diagnoz i zalecanych terapii, zmian kwalifikacji tego samego przypadku przez innych medyków. Znaki na ciele pacjenta uważali oni za niepewne – wtedy najpewniejszym sposobem rozpoznania dolegliwości pacjenta musiało być badanie pulsu i uryny, wydzielin i oddechów – znaków z wnętrza ciała.

Medycy stosowali terminy „znak” i „symptom” na ogół wymiennie. Niektórzy, jak Oczko, „symptomy” odnosili do patologicznych zmian ciała. Wszyscy oni traktowali te znaki jako naturalne – symptomy czy znaki ikoniczne, w których między oznaczonym a jego reprezentacją istnieją chronologiczne następstwa, pewnego rodzaju podobieństwa, związki przyczynowo-skutkowe, jak wtedy, gdy przyczyn chorób poszukiwali w sytuacjach astrologicznych: niebezpiecznych koniunkcjach, zwłaszcza Jupitera i Saturna (lub np. Jowisza, Saturna, Marsa) w powiązaniu z kompleksją humorów w ciele człowieka⁷⁵.

Spekulacje wiążące konstelacje gwiazd, znaki zodiaku z wydarzeniami na ziemi były powtarzane od antyku po renesans. „Czarna ospa” (która pochłonęła w ciągu kilku lat ok. 1/4 ludności w zachodniej Europie) została wyjaśniona przez profesorów Uniwersytetu Paryskiego (w specjalnym raporcie z października 1348 r. dla króla Filipa), który na długo stał się wzorem wyjaśniania w medycynie, koniunkcją Marsa, Jupitera i Saturna w znaku zodiaku z 20 marca 1345 r. To wydarzenie astrologiczne spowodowało skupienie się sił (nazywanych *faculates* lub *virtutes*), było więc „pierwszą przyczyną” „czarnej śmierci”. Ta była symptomem wydarzenia sprzed trzech lat. To było źródłem, indeksem, względnie ikoną epidemii. Obydwa wydarzenia wzajemnie się wyjaśniały w relacjach etiologicznych i semiotycznych przez potraktowanie znaków konwencjonalnych (symboli) jako znaków naturalnych, zamiany sygnifikantu z sygnifikatem⁷⁶.

Ze względu na stan nauk średniowiecze i odrodzenie nie stanowiły epok odrębnych w Polsce. We wczesnej nowożytności medycyna (jak w każdym

⁷⁵ M. Gajewska, op.cit., s. 16.

⁷⁶ W.A. Bauer, op.cit., s. 6–8; vide: N.G. Siraisi *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 128.

innym okresie według ocen historyków⁷⁷) odbiegała znacznie (poza nielicznymi wyjątkami) od poziomu medycyny w Europie Zachodniej. Nasza medycyna była całkowicie zależna w średniowieczu i odrodzeniu od szkół medycznych we Włoszech i Francji. Dzieje medycyny w Europie Zachodniej wyjaśniają medycynę w Polsce. Ta następnie była głównym źródłem etnomedycyny.

Historia wczesnonowożytnej medycyny zaczyna się w starożytnym świecie. Nauki Hipokratesa i Galena inkorporowały i przetwarzały szkoły medyczne w średniowieczu i w renesansie, do początków XIX w. (J. Dietl wspominał: na studiach w Akademii Krakowskiej profesorowie wykładali humoralizm „Greków i Arabów”⁷⁸). Historia europejskiej medycyny do XVIII/XIX w. jest historią uzależnienia od antycznej medycyny⁷⁹ dziejami transformacji idei i technik czy serii recepcji, redefinicji i kodyfikacji, zmiennych stosunków prakseologicznych do antycznego dziedzictwa. Arabskie wersje Galena – Awerroessa i Awicenny – dominowały w scholastycznej medycynie (recepcja tych arabskich komentarzy w chrześcijańskim świecie musiała być inna niż w islamie)⁸⁰. Tę odrzucała renesansowa medycyna (właściwie: zwalczające się szkoły), arabskie komentarze zastąpiła nowymi przekładami Hipokratesa i Galena. Awicenna i Awerroes byli nadal wykładani na uniwersytetach, gdy dominował „nowy galenizm” (XVII w. był szczytowym okresem jego wpływów) i „nowy hipokrateizm” (w XVIII w.)⁸¹.

Aż do „semiotycznego zwrotu” dyskusje o znaku i znaczeniu były znacznie rozleglejsze od samej medycyny. Były uzależnione od wczesnonowożytnej recepcji i reinterpretacji dziedzictwa antycznej i średniowiecznej medycyny, filozofii, od religii („Lutrem medycyny” był Paracelsus), od polityki. Liczne i różnorodne koncepcje znaku lekarzy-filozofów opisują historycy⁸². Ich ustalenia muszą przedstawić w jak najprostszy sposób.

W okresie wielkiego intelektualnego fermentu, zenitu wpływów Galena i Hipokratesa w medycynie, zdobywania popularności przez jatrochemików

⁷⁷ W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961; B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973; *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1955.

⁷⁸ J. Dietl, *O zwadach i radach Rzeczypospolitej Lekarskiej czyli sen młodego akademika*, wydał A. Wrzosek, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1926, R. 5, z. 1, s. 70.

⁷⁹ V. Langholf, op.cit., s. 910–921.

⁸⁰ C. Marmo, *Sign Conceptions in Medicine in the Latin Middle Ages*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 1. Teilband/Volume 1, s. 1094–1099.

⁸¹ B. Seyda, op.cit., s. 87, 119; N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 7–10, 80, 97, 187–195 i n.; M. Lindemann, op.cit., s. 29–30, 85–88, 282 i n.

⁸² R. French, op.cit., s. 1354–1362; W.U. Eckart, op.cit., s. 1694–1701; V. Hess, *Medical Semiotics in the 18th Century; a Theory of Practice?*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, 1998, t. 19, s. 203–213; M. Lindemann, op.cit., s. 74–75 i n.

i jatromechaników, zwolenników materializmu lub witalizmu itd. teoretycy i praktycy w szpitalach, następnie w pierwszych klinikach (od XVII w.) traktowali semiotykę jako kompletowanie słownika, który prowadzi do zrozumienia „języka natury”. Natura mówi do nas poprzez znaki. Umiejętne czytanie znaków prowadzi do ustalenia ich związków z istotą choroby. Ekwiwalencja *signum* i *signatum* tworzy wiedzę medyczną, jest podstawą praktyki lekarskiej. Lekarz traktował objawy jako formy przejawiania się znaków wskazujących na to, co dzieje się w ciele, co się wydarzy, dających wstępne rozpoznanie przypadku zachorowania⁸³. Jedni przyjmowali, że lekarz-filozof jest zobowiązany do znajomości wszelkiego rodzaju znaków. Inni twierdzili, że tylko część znaków ma znaczenie dla medycyny. Wielu lekarzy-praktyków stosowało wymiennie terminy „oznaka”, „znak”, „fenomena”, „symptom”. Lekarze, którzy w swoim czasie cieszyli się największym uznaniem, jak J. Fernel, H. Boerhaave, L. Riverius, wyróżniali (każdy z nich w odmienny sposób) wśród znaków symptomy (każdy symptom jest znakiem, ale nie każdy znak symptomem, istnieją symptomy symptomów), tj. te, które są skutkiem przyczyny (nauka o nich – znakach defektów „natury” – należy do patologii, więc semiotyka jako ogólna nauka o znakach sytuuje się poza medycyną) oraz oznaki (znaki), które wskazują objawy (przypadki) służące stawianiu diagnoz i prognoz („historii choroby”). Obydwa rodzaje znaków musiał znać lekarz. Musiał umieć je odpowiednio grupować i klasyfikować. Jego działanie mogło się rozpocząć, gdy mógł zobaczyć i zidentyfikować znaki⁸⁴.

Historycy medycyny oceniają nauki Hipokratesa i Galena jako empiryczne i racjonalistyczne, indukcyjne, które skupiały się jednocześnie na teorii, eksperymencie i praktyce (pióro Galena „było tak zajęte jak jego skalpel”⁸⁵), problemy zdrowia i choroby rozpatrywały w ramach filozofii przyrody (Galen: „dobry lekarz jest też filozofem”⁸⁶). Doktryny i praktyki szkół medyczno-filozoficznych były „naukowe” w starodawnym sensie, tzn. gdy uznawały, że poznanie natury, tego, co niewidzialne i sekretne, jest możliwe na podstawie widzialnych znaków. To, co widzialne, jest zrozumiałe, gdy ogarnie się idee. Jedynie umiejętne czytanie materialnych znaków daje wgląd, na podstawie zmysłów zewnętrznych oraz wewnętrznych („widzeniu duszy/umysłu”), w znaczenie skrytych sił w przyrodzie i człowieku, czyli gdy poznanie dzięki znakom przekraczało

⁸³ M. Foucault, *Narodziny...*, s. 122.

⁸⁴ R. French, op.cit., s. 1356–1361; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695–1696.

⁸⁵ Th. Sebeok, op.cit., s. 75.

⁸⁶ Ibid., s. 74–75; M. Lindemann, op.cit., s. 88.

granice percepcji zmysłowych, wiodło do ujawnienia „języka natury” – uniwersalnego i koniecznego⁸⁷.

Bardzo mała cząstka nieskończonej liczby przedmiotów i zjawisk jest dostępna naszemu wzrokowi i pozostałym zmysłom. Musimy się domyślać nieznanych praw natury. Nabywamy cech, czyli znaków, przez postrzeganie i uważne doświadczanie. Rozumiemy je z wiadomości, porównań i przypomnień. Różne są jednak nasze doświadczenia i wiadomości, więc tym samym sposobem wynalezienie znaków jest mniej lub bardziej dokładne, pewne, często są zwodnicze, fałszywe. Nauka o bezpośrednio podpadającymi pod zmysły stanami organizmu, z których jako znaków sądzimy o przeszłym, teraźniejszym i przyszłym, to semiotyka, w medycynie odnoszona do fizjologii, patologii, sztuki położniczej, medycyny sądowej itd. Te zdania są przytoczeniem *Patologii i semiotyki krótko zebranej i ułożonej przez Augusta Fruderyka Heckera, profesora patologii i semiotyki* – pracy przełożonej na użytek Wydziału Akademicko-Lekarskiego Warszawskiego w 1811 r.⁸⁸

W widzialnym świecie nie wszystko jest widzialne i prawidłowo rozpoznawane, widzenie zmysłowe potrzebuje wewnętrznego widzenia (wiedzy), bo wzrok chwytą tylko powierzchwnie rzeczy, nie zawsze dostarcza umysłowi pewnych znaków (dzieje się tak już z powodów anatomiczno-fizjologicznych) – to jest powtórne streszczenie (najprostsze i najkrótsze) wielkich tradycji filozoficzno-naukowych Europy, których wszechobecność znajduję w staropolskiej kulturze, w tradycjach ludowych XIX–XX w. – w tych nawet ślady arystotelesowsko-hipokratejskiej i platońsko-galenowskiej teorii widzenia⁸⁹.

W tradycję Hipokratesa–Galena był wpisany obowiązek uważnego i wnikliwego studiowania znaków, bo źródła i „charaktery” chorób nie mogły być obserwowane bezpośrednio. Skutkiem tego empiryzmu w renesansowym neogalenizmie, w czasie silnych wpływów neoplatonizmu i magii, religii, alchemii, astrologii (silniejszych niż w scholastycznej medycynie⁹⁰), dochodziło do kwestionowania nauk anatomii (przez A. Vesalisusa) i fizjologii Galena (przez W. Harveya). Zmiany teorii i praktyk w medycynie były – zdaniem Lindemann⁹¹ – długim, stopniowym i wielokierunkowym procesem od XV/XVI do XIX w.,

⁸⁷ C. Marmo, op.cit., s. 1094–1097; M. Foucault, *Narodziny...*, s. 141–159, 204–210 i n.; C. Stein, op.cit., s. 625–627; M. Lindemann, op.cit., s. 74–75 i n.

⁸⁸ A.F. Hecker, *Patologia i semiotyka krótko zebrana i ułożona przez Augusta Fryderyka Heckera, profesora patologii i semiotyki w Kollegium Medyczno-Chirurgicznym*, przeł. H. Dziarkowski, Warszawa 1811, s. 47–51, 212–217.

⁸⁹ Z. Libera, *Oczy i widzenie (fragment semiotyki antropologii popularnej Europy środkowej i wschodniej XIX–XX w., ss. 32 (w druku).*

⁹⁰ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 185–195.

⁹¹ M. Lindemann, op.cit., s. 85–87, 92–112, 187–195.

a nie skutkiem gwałtownych zmian spowodowanych „rewolucją naukową” (wzorem dla tej nie mogą być rewolucje polityczne).

Od symbolicznych początków medycyny – Hipokratesa – po rewolucję naukową XVI–XVII w. semiotyka była idiograficzna, mimo wielu prób, począwszy od Galena, Awicenny, wielu wczesnonowożytnych galenistów i neohipokrateistów (np. Th. Sydehama – „ojca angielskiej medycyny”), aby nadać jej charakter wiedzy abstrakcyjnej. Teorie wywodzące się z tradycji Hipokratesa, Galena, Awicenny i Awerroesa mnożyły znaczenie coraz większej liczby faktów, tworzyły rozległe i skomplikowane systemy obserwacji. Wytwarzały swoistą hipertrofię danych. Ich punktem wyjścia było rozpoznanie i zgromadzenie danych. Te musiały być poddane selekcji. Należało poddać rozważeniu te znaki, które mogły mieć znaczenie w konkretnym przypadku zachorowania. Symptomy stawały się sensownymi znakami niewidzialnego dzięki badaczowi natury – lekarzowi. „Symptomatologia” oparta na obserwacji i wnioskowaniu przekształcała rzeczy w znaki, śledziła ich następstwa i kombinacje, porównywała zapamiętane „znaczące fenomeny” – była progresywnym poznaniem. Dawała ona klasyfikacje symptomów, a nie klasyfikacje chorób, które w praktyce były w wysokim stopniu elastyczne i płynne. Symptomy odnosiły się bardziej do lekarza niż do choroby. Rezultatem praktykowania koncepcji chorób wynikających bardziej z epistemologii niż ontologii były interpretacje probabilistyczne⁹².

Lekarz zbierał znaki według ich przynależności (zgodnie z pospolicie akceptowaną klasyfikacją Galena) do *contra-naturalis* – tymi były uszkodzenia anatomii i fizjologii ciała, zmiany patologiczne wszelkiego rodzaju – oraz do *non-naturalis* – do tych należały przyzwyczajenia i obyczaje chorego: ubiór, mieszkanie, dieta, praca, odpoczynek, sen, życie seksualne itd. Na tych rozróżnieniach lekarze-filozofowie tworzyli doktryny znaku. Lekarz-praktyk „odkrywał” specyficzne rodzaje i kombinacje znaków w różnicy między nienaturalnym stanem ciała i środowiska chorego a stanem natury – porządkiem *naturalis*. Lista tych znaków była zmienna; w różnych szkołach i praktykach medycznych była łączona z dość różnymi elementami ciała i świata. Lekarz musiał wprawdzie znać naturalny porządek rzeczy i jego znaki, żeby mógł rozpoznać i pojąć symptomy – według zasad patologii Galena⁹³.

⁹² Th. Sebeok, op.cit., s. 72–82; N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 129–132, 136–152 i n.; C. Stein, op.cit., s. 626–636 i n.; I. Mclean, *White Crows, Graying Hair, and Eyelashes: Problems for Nature Historians in the Reception of Aristotelian Logic and Biology from Pomponazzi to Bacon*, [w:] *Empirism and Erudition in early Modern Europe*, red. G. Pomata, N.G. Siraisi, Cambridge 2005, s. 160–163.

⁹³ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 101; C. Marmo, op.cit., s. 1087; R. French, op.cit., s. 1356–1357; M. Lindemann, op.cit., s. 27–28, 88.

Nienaturalne objawy ciała były świadectwem defektu natury, braku proporcji. Symptomy wskazywały lekarzowi na zmiany zachodzące w organizmie, lecz żaden z nich nie ujawniał jednoznacznie wewnętrznych tajemnic ciała, nie odnosił się automatycznie do porządku natury i nienatury. Nie wszystkie nienaturalne znaki ciała były symptomami choroby. Niektóre z nich należały do dobrych znaków (np. katar, krwotok z nosa, wyrzuty na skórze), były dowodami samoregulacji organizmu, który samodzielnie eliminuje złe płyny ustrojowe. Według lekarzy w XVI–XVIII w. (akceptujących tradycje Hipokratesa i Galena) natura jest tym, co zachowuje w zdrowiu i uzdrowia (stosowana odpowiednia „dieta”, tzn. nie tylko właściwe rodzaje i ilości pożywienia, ale wszystko to, co zawiera się w zaleceniach higieny). Diagnostyka opierała się na pojmowaniu człowieka (każdego bytu – zgodnie z arystotelesowską tradycją) jako indywidualium obdarzonego odrębnym życiem wewnętrznym, którego harmonię narusza przyroda (klimat, powietrze, wody) oraz społeczeństwo ze swymi prawami i obyczajami⁹⁴.

Lekarz pojmował siebie jako badacza i pomocnika natury, filozofa przyrody. Rozważał on problemy znaków w terminach arystotelesowskiej kazuistyki, substancji, esencji... – semiotyka medyczna była zależna od filozofii przyrody⁹⁵. Wezwany lekarz był zobowiązany do śledzenia odstępstw od stanu natury – zdrowia – przez zbieranie jak największej informacji o chorym. Ten musiał opowiadać o swym życiu i kłopotach, co mu jest. Przepytywani byli jego najbliżsi. Punktem wyjścia lekarzy-empirystów we wczesnej nowożytności było rozpoznanie „historii choroby”, tj. (wzorem Galena) przeprowadzenie bezpośredniej lub pośredniej obserwacji, autopsji, rozpatrzenie (w odniesieniu do Hipokratesa) konkretnego przypadku zachorowania (w tym znaczeniu „historia” to *exemplum*, swego rodzaju kolekcja przypadków)⁹⁶. Lekarz brał pod uwagę dane środowiskowe: miejsce zamieszkania, pogodę, wilgotność, zwyczaje żywieniowe pacjenta, sposób ubierania się, rodzaj wykonywanego zajęcia, obyczaje chorego... Oglądał ciało chorego według reguł fizjonomiki⁹⁷, szcze-

⁹⁴ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 101, 123, 132–152; R. French, op.cit., s. 1356; Th. Sebeok, op.cit., s. 75–76; F. Wallis, *Inventing Diagnosis: Theophylus' De urinis in the Classroom Dynamics*, „Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam”, 2000, t. 3, nr 20, s. 72–73; M. Lindemann, op.cit., s. 24–25 i n.

⁹⁵ R. French, op.cit., s. 1354; I. Mclean, *White Crows...*, s. 160–163.

⁹⁶ G. Pomata, *Praxis Historians: The Uses of History in Early Modern Medicine*, [w:] *Empiricism and Erudition in Early Modern Europe*, red. ead., N.G. Siraisi, Cambridge 2005, s. 104–146; N.G. Siraisi, *History, Medicine and the Traditions of Renaissance Learning*, Michigan 2007, s. 65–105.

⁹⁷ M. Lindemann, op.cit., s. 24–25.

gólnie twarz, oczy, skronie, włosy itd., bo kompleksja i temperament człowieka uwidaczniają się w widzialnych znakach na powierzchni ciała. Obsłuchiwał pracę serca, odgłosy z klatki piersiowej, sprawdzał ciepłość ciała, badał piersi i brzuch, mierzył puls, sprawdzał wygląd krwi, kolor i zapach, nawet smak uryny. „Uszy lekarza były tak ważne, jak jego oczy i ręce”⁹⁸.

Lekarz detalicznie badał jakości znaków, ale bardziej liczył, niż mierzył. Systematyzował je, jak D. Sennert w 1620 r., na *sina ab effectibus* i *per causa*, jako *signa prognostica, diagnostica, signa anamnestica* (znaki „historii” choroby), wyodrębniał znaki powtarzalne i niepowtarzalne, porównywał znaki obserwowalne i zapamiętane, łączył je w syndromy⁹⁹. Znakami prognozy – te same znaki wskazywał Hipokrates, lekarze od antyku po nowoczesność, znachorzy w XIX–XX w. – były zamglone oczy, zimne uszy, spiczasty nos, zapadnięte skronie, czernienie lub błądź twarży, „siódme poty”¹⁰⁰. Ich sygnifikatem, wskazał W.A. Bauer¹⁰¹, nie była przyczyna i rodzaj schorzenia – te znaki nie były więc symptomami, lecz odnosiły się do spodziewanej śmierci, do przyszłości – były używane jako symbole, wytyczne do dalszych działań, często wraz z quasi-matematycznymi teoriami o dobrych i złych dniach, astrologicznymi horoskopami¹⁰².

Lekarz przechodził od indukcji do dedukcji – chwyczał „wzrokiem rozumu” wszystko to, czego nie udostępniały zmysły. Diagnoza musiała zawierać obserwowalne dane. Widzialne znaki wymagały rozumowania. Odczytywanie znaków czy symptomów wiodło od widzialnej powierzchni rzeczy do ujawnienia niewidzialnego, tego, co konieczne i uniwersalne¹⁰³. Wnioskowanie to posługiwanie się znakami. Tych trzeba się nauczyć. Trzeba się nauczyć rozpoznawania związków naturalnych czy konwencjonalnych między sygnifikatem a sygnifikatem. Żeby coś rozpoznać jako oznakę, wpieryw znać trzeba *adelon* – uczyła semiotyka grecka¹⁰⁴. Za historykami medycyny¹⁰⁵ powtarzam: żeby diagnozować i leczyć np. „francuską ospę”, lekarz konieczniew musiał znać jej istotę i znaki. Znał je, nim zobaczył pacjenta. Rozpoczynał poznawanie „historii” zgodnie

⁹⁸ Ibid., s. 275; *vide*: R. French, op.cit., s. 1356; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695.

⁹⁹ W.E. Eckart, op.cit., s. 1695.

¹⁰⁰ Th. Sebeok, op.cit., s. 72–76; N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 134–135; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695; M. Lindemann, op.cit., s. 74.

¹⁰¹ W.A. Bauer, op.cit., s. 5.

¹⁰² N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 35; M. Lindemann, op.cit., s. 29.

¹⁰³ R. French, op.cit., s. 1361–1362; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695; I. Mclean, *White Crows...*, s. 161–162; M. Lindemann, op.cit., s. 74.

¹⁰⁴ J. Pelc, op.cit., s. 194–213 i n.

¹⁰⁵ R. French, op.cit., s. 1354–1362; C. Stein, op.cit., s. 617–648.

z modelem natury w umyśle, naukami fizjologii, patologii, semiotyki itd., ze swym doświadczeniem. Wiedział, jakich rzeczy należy się spodziewać w danym przypadku zachorowania. Wiedział, jak rozpoznawać objawy i umiał to robić, jak w tych przypadkach znajdować znaki, o ile te pasowały do jego wiedzy i praktyki. Lekarz nie zbierał po prostu znaków, ale je konstruował. Jego działania polegały przecież na przekształcaniu wybranych objawów w znaki (to on decydował o istotności objawów, które z nich są znakami), poszukiwaniu ich odniesień do tego, co nieuchwytnie zmysłami, dekodowaniu wyselekcjonowanych znaków zgodnie z naukami odpowiednich szkół medyczno-filozoficznych, z własnym doświadczeniem. By umieć sądzić o chorobie na podstawie znaków, potrzeba wiadomości i rozsądku, nie wystarcza sama umiejętność, trzeba „obfitej głowy i zręczności” (te są dane z przyrodzenia – kto tego nie dostał, nigdy tego nie nabędzie). Takie też nauki kierował Perzyna¹⁰⁶ do włościan.

Historyk medycyny ma trudności z rozpoznaniem w dokumentach, co i jak niewątpliwie stawało się znakiem w praktykach dawnych szkół medyczno-filozoficznych. Wie, że ma do czynienia z innym spojrzeniem na znak i jego użytkowaniem – różnym od współczesnej semiotyki teoretycznej i stosowanej. Semiotyk czy lingwista z pewnością dokonaby różnych odczytów tekstów historyka. French¹⁰⁷, Bauer¹⁰⁸, Siraisi¹⁰⁹, Stein¹¹⁰ czy M.L. Hammond¹¹¹ piszą: zależności między budowaniem abstrakcyjnych i złożonych teorii semiotyki a jej stosowaniem w praktyce lekarskiej, w konkretnej sytuacji empirycznej, są niejednoznaczne i niełatwe do uchwycenia dla historyków. Ich prace pokazują jednak, że teorie medyczne nie były ściśle respektowane w praktyce, ich semiotyki ulegały znacznym uproszczeniom i modyfikacjom (tak w leczeniu, jak w sprawach sądowych¹¹² – zależnie też od tego, czy pacjentem lekarza-praktyka był ktoś z elit czy z ludu).

Miejscami, gdzie lekarze, chirurdzy i ich pacjenci mówili tym samym językiem, kierowali się tą samą racjonalnością, mieli zbliżony zasób wiedzy o człowieku i świecie, były miejskie szpitale w XVI i na początku XVII w., jak w Augsburgu dla chorych na „francuską ospę” opisanym przez Stein¹¹³ czy w Nordlingen dla czeladników z cechów, służby domowej, biedoty, opisanym

¹⁰⁶ L. Perzyna, op.cit., s. 69–70.

¹⁰⁷ R. French, op.cit., s. 1361.

¹⁰⁸ W.A. Bauer, op.cit., s. 9.

¹⁰⁹ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 123 i n.

¹¹⁰ C. Stein, op.cit., s. 619–621 i n.

¹¹¹ M.L. Hammond, op.cit., s. 244–246.

¹¹² S. De Renzi, *Medical Expertise, Bodies and the Law in Early Modern Courts*, 2007, „Focus”, nr 98, s. 315–322.

¹¹³ C. Stein, op.cit., s. 617–648.

przez Hammonda¹¹⁴. W Augsburgu lekarz rozpoczynał od gromadzenia danych. Te zamieniały się w znaki podczas spotkania lekarza z chorym. Jego narracje miały duże znaczenie dla działań lekarza. Ten następnie przystępował do oględzin chorych. Na podstawie subiektywnych odczuć chorego i swoich obiektywnych badań (właściwie subiektywnych i selektywnych) polegających na wysłuchiowaniu, oglądaniu i dotykaniu wybranych części ciała chorego dążył do przekształcenia chaotycznych informacji w zespoły znaków – wiązania ich według następstw i jednoczesności, ujmowania ich w sieci podobieństw i sympatii patologii humoralnej. Do podstawowych trudności lekarza-praktyka należało to, że wewnątrz ciała mogło być dostępne tylko poprzez znaki, że te nie były na stałe przymocowane do przyczyn, że u chorych na „francuską chorobę” występowały zmienne symptomy warunkowane ich unikalnymi kompleksami humorów: inne u choleryków, inne np. u flegmatyków, oraz takie symptomy, które można było wiązać np. z trądem. Lekarz był zmuszony do kształtowania unikalnych diagnoz dla każdego konkretnego przypadku zachorowania. Semiotyka w praktyce szpitalnej była „semiotyką w akcji”, dekodowaniem znaków za pomocą uproszczonej metodologii scholastyki, bez poszukiwań uniwersaliów ludzkiego organizmu. W Nordlingen, między styczniem 1590 a grudniem 1602 r., lekarze doglądali chorych kilka razy w miesiącu, leczyli 320 przypadków. W tym okresie (największych wpływów galenizmu) zmieniali się tam lekarze i chorzy, zmieniały się diagnozy tych samych przypadków. Przyjmowani chorzy byli poddawani rutynowym badaniom. Byli pytani o imię, wiek, wykonywane zajęcia, okoliczności zachorowania, odczuwane dolegliwości... Lekarz w szpitalu potrzebował znacznie mniej informacji od chorego niż wtedy, gdy jego pacjent pochodził z innych stanów społecznych (i był dobrze opłacany) – wówczas prowadził wielokrotne, długie i szczegółowe konwersacje z pacjentem i jego rodziną. Lekarz w szpitalu oglądał chorego, zwracał uwagę na zmiany patologiczne na powierzchni ciała, na wyrzuty skórne, kaszel, gorączki itd., ale stan jego krwi, oddechów nie budził jego szczególnego zainteresowania. Raporty tego szpitala (i wielu innych szpitali) zawierają „diagnozy” w rodzaju: „zła materia”, „złe płuca/żółądek, wątroba”. Lekarz skupiał się zatem nie tyle na identyfikacji konkretnego przypadku („co mu jest?”), ile na leczeniu, na likwidacji objawów. Lekarz-praktyk zalecał najczęściej purygacje (czyszczenie), kąpiele, odpoczynek, odpowiednią dietę bądź kombinację tych metod leczenia.

Wiedza o ciele składała się – według teorii Galena – z siedmiu nauk, m.in. o czterech elementach (ziemia, powietrze, ogień, woda), czterech humorach

¹¹⁴ M.L. Hammond, op.cit., s. 244–259.

(flegma, krew, żółć i czarna żółć) i temperamentach, które tworzą unikalną mieszaninę jakości: zimna, gorąca, wilgoci i suchości, o częściach ciała, trzech głównych organach (mózgu, sercu, wątrobie), ożywczych duchach (*spiritus vitalis*)¹¹⁵. Według teorii humoralnej – stworzonej w szkole z Krotony, wywodzonej od Hipokratesa i Galena, rozwijanej przez szkoły medyczne w średnio-wieczu i wczesnej nowożytności, zajmującej centralne miejsce w medycynie, w ogóle w kulturze europejskiej do XVIII–XX w. – była ona podstawą społeczno-kulturowych praktyk, nawet jeśli zdecydowana większość nie artykułowała tej teorii: ciało jest przekrojem bytów, przeto jego mikrokosmizm ujawnia się na wiele sposobów i z różnym natężeniem. Jak świat jest zbudowany z czterech elementów z ich jakościami (np. powietrze jest wilgotne i ciepłe, woda zimna i wilgotna), które łączą się, aby stworzyć żywioły, tak w ciele łączą się one, aby stworzyć cztery humory. Związki mikrokosmosu i zawierającego go makrokosmosu odwzorowały się w symetrycznej strukturze teorii humoralnej. Rozległe i systematyczne odpowiedniości (w uproszczeniu przedstawiały je tablice Mesnego, którymi posługiwał się Maciej Miechowita, lecząc m.in. Władysława Jagiellończyka) wiązały ze sobą żywioły świata i ciała, okresy życia, pory dnia i roku, strony świata, klimaty, planety, znaki zodiaku itd., np. powietrze – krew – serce (centrum ciała wytwarzające „ciepło życiowe”) – temperament sangwiczny – czerwony – gorący i wilgotny – dzieciństwo – od północy do 6 rano – wiosna – południe – słońce („serce świata”) – Baran, Byk, Bliźnięta – klimat umiarkowany¹¹⁶. Stan i proporcje mieszania się humorów decydował o konstytucji cielesnej i temperamentach człowieka. Każdy organ ciała miał swoje jakości (mózg jest zimny i wilgotny, serce gorące i wilgotne). Te zmieniały się według płci (kobiety są zimne i wilgotne), wieku człowieka (ludzie młodzi są na ogół krewscy), pory dnia i roku (jesień jest melancholijna), klimatu (suchego lub wilgotnego, zimna i gorąca), stylu życia (artyści i uczeni, ludzie myślący mają skłonności do melancholii) itd. Zespół jakości żywiołów jest zmienny w życiu każdego człowieka. Nigdy nie jest taki sam u różnych osób. Nie wszystkie humory są jednakowo pożądane. Z każdym z nich wiążą się skłonności do pewnych rodzajów chorób (melancholia sprzyja obłędowi). Większość ludzi żyje w stanie między zdrowiem a chorobą. Naruszenie ekwilibrium humorów objawia się w zmianach wyglądu i zachowań chorego. Podstawowym zadaniem lekarza było zatem zrozumienie niepowtarzalnej kompleksji pacjenta, a z tym zwracanie uwagi na zmiany patologiczne: znaki diagnozy

¹¹⁵ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 107–108; M. Lindemann, *op.cit.*, s. 88–89.

¹¹⁶ Z. Libera, *Mikrokosmos...*, s. 137–138 i n.

i terapii warunkowane złym stanem płynów ustrojowych¹¹⁷. W ramach patologii humoralnej, doktryny mikro- i makrokosmosu odbywała się więc semioza między lekarzem a chorym. Teorie medycyny wymagały od lekarza umiejętności czytania różnego rodzaju znaków „księgi natury”¹¹⁸. Z doktrynami o człowieku jako „małym świecie”, świecie jako nawet swego rodzaju *meganthroposie*, przekonaniem, że człowiek może pojmować świat dlatego, że odpowiada swą konstytucją naturze świata, z teoriami o zależnościach między światem materialnym i duchowym, dualizmem duszy i ciała były powiązane koncepcje znaku, metody jego interpretacji¹¹⁹.

Wczesnonowożytna semiotyka medyczna akceptowała pogląd (w odniesieniu do logiki Arystotelesa) o dwuznaczności znaków cielesnych. Te jako skutki niejawnych i nieznanymi źródeł choroby nie prowadziły do pewności i konieczności nawet wtedy, gdy czytało się je kompleksowo przy łożu chorego. Semiotyka należała do najbardziej doniosłych gałęzi medycyny i jednej z najtrudniejszych, którą sytuowano między teorią a praktyką¹²⁰.

Wśród zawodnych znaków ciała były niezawodne znaki: puls i uryna. Według nich lekarz był w stanie poznać wewnętrzne dyspozycje ciała, wskazać możliwość skutecznego leczenia (prognozy, diagnozy i odpowiednio do tego terapii). Nauki o pulsie i urynie wywodziły się z nauk Galena, były rozwijane w średnio-wiecznej medycynie, głównie w Salerno, a za jej przykładem w innych szkołach: w Padwie, Genui, Chartes, Paryżu, Montpellier¹²¹, kontynuowane przez renesansowych medyków, popularyzowane przez staropolskie herbarze i poradniki medyczne¹²². Znakami lekarza jest to, pisał Perzyna¹²³, co mówi chory, co i gdzie mu dolega, ogląd pacjenta, a największy nacisk „w nauce poznania znaków” kładzie na wypróżnianie się ciała, uzewnętrznianie się choroby w pulsie, krwi, moczu, kale, oddechu, języku, oddechu, wymiotach itd.

Nauki o pulsie kodyfikowały obszerne opisy jakości pulsu. Medyk chwycił nadgarstek pacjenta i odnajdywał znaki pracy pulsu: szybki, wolny, rytmiczny, słaby, silny, wychwytywał okresy ciszy, przyspieszone uderzenia (te zapowiadały krwotok). W rytmach pulsu niektórzy poszukiwali (za Awicenną) odpowiednio-

¹¹⁷ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 79, 101–106 i n.; M. Lindemann, op.cit., s. 17–18, 25–26, 112 i n.

¹¹⁸ R. French, op.cit., s. 1355–1356.

¹¹⁹ Z. Libera, *Mikrokosmos...*, s. 180–181.

¹²⁰ R. French, op.cit., s. 1354; S. De Renzi, op.cit., s. 316, 319.

¹²¹ C. Marmo, op.cit., s. 1094–1095; F. Wallis, *Inventing Diagnosis...*, s. 31–73; id., *Signs and Senses: Diagnosis and Prognosis in early Medieval Pulse and Urine Texts*, „Social History of Medicine”, 2000, t. 13, nr 2, s. 265–278.

¹²² W. Szostak, op.cit., s. 15–29; A. Wieniawska, op.cit., s. 233–239.

¹²³ L. Perzyna, op.cit., s. 68–79.

ści między *musica humana* i *musica mundana*¹²⁴. Według tych nauk w pulsie skupia się ponad 30 znaków naturalnych (tak twierdził już Galen), które ujawniają stan sił życiowych człowieka. Ich źródłem było serce (jedno z trzech najważniejszych organów ciała; według Arystotelesa, Awerroesa, Alberta Wielkiego to najważniejszy, centralny organ życia), które wraz z arteriami roznosi krew – ten „pokarm ciała” i ożywczce duchy (*pneuma, spiritus vitalis*). Manifestacją tego było bicie serca – odczuwane w pulsie¹²⁵.

„Semiotyczny system uryny” przejęła medycyna renesansowa po średnio-wiecznych szkołach medyczno-filozoficznych (Bizancjum, arabskich recepcjach Hipokratesa i Galena, Salerno – „Akademii Hipokratesa” i wyżej wskazanych), które wyróżniły w niej (ok. 1400 r.) 20 kolorów, wiele stopni gęstości, zapachów i smaków. Owe szkoły opracowały zasady korespondencji między naukami o urynie a naukami o humorach, anatomii i fizjologii, filozofii przyrody. Według kombinatorycznego schematu (opracowanego w Salerno) każdy humor określa para jakości; gorąco i zimno kształtują kolor uryny, suchość i wilgoć – gęstość płynu; czterem humorom odpowiadają cztery kolory: czerwony – krew, żółty – żółć, czarny – czarna żółć, biały – flegma. W zależności od proporcji mieszania się humorów zmienia się uryna, np. gdy dominuje krew, mocz jest czerwony i niezbyt gęsty (gorąco i wilgotność są jakościami krwi). Te nauki odsyłały do nauk o trzech głównych organach ciała. Według galenistów wątroba jest jednym z głównych źródeł życia (odpowiedzialnym za rozwój i reprodukcję), miejscem powstawania krwi z pokarmów, którą rozprowadzają żyły po całym ciele (żyły mają swój początek w wątrobie). Następnie składniki krwi formują się z wodnistymi płynami. Ta wodnista substancja jest zbędna po kompletnym zakończeniu wytworzenia krwi. Jest ona usuwana przez nerki. Normalny wygląd uryny powinien być pomarańczowy jako refleks czerwonego koloru normalnej krwi. Inne kolory reprezentowały nadmiar jednego z humorów. Wątroba była przecież miejscem powstawania żółci (*chole*), ściśle związana z żołądkiem i innymi wnętrznościami. Mocz uwidaczniał stan jednego ze źródeł życia. Medyk znajdował w nim znaki o pracy wewnętrznych organów ciała. Sprawdzał urynę w naczyniu szklanym podobnym do pęcherza moczowego, aby otworzyć sytuację jego tworzenia się wewnątrz ciała, w porządku, w którym znaki mogły być czytane dokładnie. W tym naczyniu szukał także znaczących „poziomów”: na wierzchu, w strefie centralnej, na dnie¹²⁶. Na podstawie znaków uryny lekarze

¹²⁴ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 127.

¹²⁵ C. Marmo, op.cit., s. 1095; R. French, op.cit., s. 1355–1356; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695; M. Foucault, *Narodziny...*, s. 30; F. Wallis, *Signs and Sense...*, s. 268–270.

¹²⁶ N.G. Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine...*, s. 118–119, 123; C. Marmo, op.cit., s. 1095–1096; R. French, op.cit., s. 1355–1356; W.U. Eckart, op.cit., s. 1695; F. Wal-

między XII–XV w., między XVI–XVIII, jeszcze w XIX w. stawiali prognozy i diagnozy, ustalali terapię. Umiejętność czytania tych znaków decydowała o reputacji lekarza. Dla niektórych lekarzy ta uroscopia była „uromantyką”¹²⁷. W XVIII w. i na początku XIX w. popularne były korespondencyjne porady medyczne. Lekarz stawiał diagnozy i zalecał odpowiednie leczenie na podstawie przysyłanych do niego kwestionariuszy z danymi chorego, opisem objawów choroby oraz oglądu flaszek z uryną¹²⁸.

Semiotyka związana z patologią humoralną, pojmowanie ciała bardziej jako masy płynów niż zespołu organów (układów trawiennych, wydalniczych itd.)¹²⁹, należała do wpływowych, ale nie dominujących w medycynie uczonej od XVII–XVIII w., gdy zdobywały wpływy i popularność teorie jatromechaniczne i jatrochemiczne (idee ciała jako maszyny, substancji chemicznych). Humoralizm, a z nim m.in. semiotyka pulsu i uryny należały wtedy do pospolitych w życiu codziennym. Badanie wydzielin ciała, diagnozowanie i prognozowanie na podstawie pulsu czy moczu należały do najpopularniejszych wśród wielu prowincjonalnych lekarzy XIX w. oraz w etnomedycynie – wśród znachorów.

„Rozcieńczone” fragmenty teorii płynów ustrojowych były podstawą etnomedycyny. Ta była częścią nowożytnej medycyny popularnej, odgłosem wiedzy i praktyk medycznych wczesnej nowożytności. Te ostatnie zostały utrwalone nie tylko w samej etnomedycynie, lecz także w różnego rodzaju przekonaniach, praktykach językowych i społeczno-kulturowych. W tradycjach ludowych nie ma ciągłych i systematycznych dyskursów o naturze człowieka i świata, o anatomii, fizjologii i patologii itd. Te muszą być rekonstruowane.

Według zapisów etnograficznych z Europy Środkowo-Wschodniej XIX–XX w. mocz tworzy się z picia, zbiera się w pęcherzu moczowym. Ten mieści się w „dole brzucha”, „przy wątrobie”. Mocz do pęcherza dostaje się z nerek. Te oczyszczają ciało ze szkodliwych płynów, nadmiaru wody (ich niewydolność powoduje wodną opuchliznę, rupturę lub... kiłę). Nerki zbierają krew (dlatego mocz bywa czerwony), filtrują płyny w ciele (to, co w nich konieczne, idzie do krwi, a niepotrzebne do pęcherza). Bywa, że dostaje się do nich żółć (np. od uderzenia brzucha), bo współpracują one z wątrobą. Nerki przyjmują to, co się pije (kolor moczu jest zależny od pożywienia i napojów), ale też przetwarzają resztki jedzenia (bo mają połączenia z wątrobą, żołądkiem). Z tych substancji tworzy się mocz. Był on więc informatorem o funkcjonowaniu wewnętrznych

lis, *Inventing Diagnosis...*, s. 31–73; idem, *Signs and Senses...*, s. 265–278; M. Lindemann, op.cit., s. 17–18, 275.

¹²⁷ W.U. Eckart, op.cit., s. 1695.

¹²⁸ A. Wieniawska, op.cit., s. 241; M. Lindemann, op.cit., s. 273, 275, 277.

¹²⁹ Ibid., s. 17–18.

organów ciała, stanie płynów ustrojowych. Schorzenia nerek objawiają się skąpym moczem. Jest to sygnał, że nie spluwa całkowicie z pęcherza, a wtedy zbiera się w ciele, dostaje się do krwi, idzie do nóg (z odbicia nerek pękają żyły, co tworzy obrzęki, opuchnięcie całego dołu ciała: okolic brzucha, nóg, nawet twarzy). Chore nerki uwidaczniają się zmienionym wyglądem moczu. Kolor brunatny czy ciemnożółty uwidacznia chore nerki, żółtawy – chorą wątrobę, mętny – wrzód żołądka, czerwony – gorączkę, włosy w moczu – czar. Zatem na wyraźnych podstawach anatomiczno-fizjologicznych, przypominających wiedzę dawnych szkół medycznych, znachorzy po obejrzeniu moczu rozpoznawali rodzaj choroby, jej etiologię, przepowiadali los pacjenta, dobierali odpowiednie środki i metody leczenia¹³⁰.

Do jakiego stopnia istnieją podobieństwa do starych konceptów medycznych, świadczy jeszcze następujący przykład. Jeśli w moczu kobiety pływają małe cząstki, czerwone drobiny, które zostają na igle w miedzianym naczyniu, do którego został wlan mocz kobiety, jest to dowód, że została zapłodniona, bo to polega na połączeniu „farby” (krwi) kobiety z męskim nasieniem. Ludowe wyobrażenia odpowiadają klasycznym teoriom o reprodukcji człowieka (Arystotelesa, Hipokratesa, Galena), żywotnym we wczesnej nowożytności, według których sperma mężczyzny (tę produkuje mózg) łączy się z menstruacyjną krwią kobiety, żeby wytworzyć życie¹³¹.

Do wiedzy i praktyk starych szkół medycznych była podobna ludowa medycyna, do ówczesnych lekarzy – znachorzy, także z powodu diagnozowania, często wyłącznie na podstawie wyglądu uzewnętrznionych płynów ustrojowych, wydaliny ciała: moczu, kału, potu... Nawet ludowe aforyzmy o wypróżnianiu się są bardziej lub mniej przetworzonymi aforyzmami dawnych szkół medycznych („lekarza pierwszym honorarium jest to, co chory sra”)¹³².

Podobne koncepcje znaku łączyły te systemy medyczne, skoro znachor objawy traktował jako takie, które odsyłają do działania wewnętrznych organów i płynów ustrojowych, skoro zwracał uwagę, jak lekarz, na materialność znaków (więc nie traktował ich jako przezroczystych), te rozbił na mniejsze znaki (według kolorów, zapachów, smaków, koegzystencji, ciepłoty itd.), a tych nie rozpatrywał w kategoriach „formy” („systemu”), lecz przede wszystkim w ich trybie oznaczania, jako dość luźne zespoły. „Wszystkie żydy i bałamuty”, „urynowi szarlatani” sądzą o chorobie na podstawie tylko jednego lub dwóch

¹³⁰ Z. Libera, *Nerki, pęcherz moczowy, mocz (fragment semiotyki antropologii popularnej Europy środkowej i wschodniej w czasach nowożytnych i współczesnych, [w:] Tabu, etykieta, dobre obyczaje*, red. P. Kowalski, Wrocław 2009, s. 135–146.

¹³¹ M. Lindemann, *op.cit.*, s. 20.

¹³² Z. Libera, *Medycyna ludowa...*, s. 102.

znaków, gdy potrzeba ich „kilku do kupy” – napisał Perzyna w *Lekarzu dla włościan*¹³³, podobnie jak wcześniej Stoll: orzekanie na podstawie małej liczby znaków, znaków pojedynczych, np. z samej tylko uryny, pochodzi z pseudomedycyny, ze znachorstwa¹³⁴.

Ludoznawstwo i etnografia gromadziły „przesady” i „zabobony” (te terminy opisywały od średniowiecza to, co dopiero w XIX w. nazywano „kulturą ludową”) „będące bezpośrednią spuścizną przede wszystkim stanu umysłowości wykształconej w okresie wieków XVI–XVIII”¹³⁵, odgłosy średniowiecznej scholastyki i apokryfów, ślady starych tradycji filozoficzno-naukowych oraz pojęć i praktyk medycznych z XV, względnie XVI–XVIII w.

Gdyby rewolucja naukowa miała miejsce dużo wcześniej, niż się zdarzyła, było wystarczająco dużo czasu i możliwości na to, żeby mechanicystyczny obraz świata stał się podstawą kultury europejskiej, ludoznawcy dokumentowaliby „w rzeczach ludowych” przede wszystkim obecność kartezjanizmu i empiryzmu, oświeceniowego racjonalizmu¹³⁶ – pod warunkiem jednak, gdyby wśród nich, w ogóle w świecie uczonych zwłaszcza pierwszej połowy XIX w. panowała nowoczesna wiara w rozum i naukę, lecz ta była wtedy słaba i rzadka w kulturze wysokiej, niemal niespotykana warstwach ludowych, w wielu lokalnych tradycjach przez znaczną część XX w.

Początek zainteresowań ludoznawczych przypada na koniec XVIII w., początek XIX w. W tym punkcie zwrotnym w historii medycyny i semiotyki powstawały pierwsze zbiory „wiadomości do historii sztuki lekarskiej”¹³⁷ oraz „przesądów lekarskich ludu naszego”¹³⁸. Ludoznawstwo i etnografia wytworzyły przynajmniej liczbę opisów etnomedycyny w drugiej połowie XIX w., w XX w., czyli w czasie istnienia medycyny jako nauki, po ostatecznym upadku klasycznej semiotyki lekarskiej.

Historię powstawania naukowej medycyny, z jednoczesnym przetwarzaniem i stopniowym uwalnianiem jej od teorii i praktyk starej medycyny, m.in. patologii humoralnej i semiotyki jako słownika „języka natury”, którą Foucault¹³⁹

¹³³ L. Perzyna, op.cit., s. 67–68.

¹³⁴ R. French, op.cit., s. 1360.

¹³⁵ J. Burszta, *Lecznictwo ludowe*, [w:] *Kultura ludowa Wielkopolski*, red id., t. 3 Poznań 1967, s. 409–410.

¹³⁶ Ф. Волков, *Этнографические особенности украинского народа*, [w:] *Украинский народ в его прошлом и настоящем*, t. 2, Petrograd 1916, s. 597.

¹³⁷ L. Gąsiorowski, *Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych aż do najnowszych*, t. 1–4, Poznań 1838–1855.

¹³⁸ M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich ludu naszego*, Kraków 1845.

¹³⁹ M. Foucault, *Narodziny...*

związał z narodzinami kliniki, drobiazgowo opisali historycy: French¹⁴⁰, W.U. Eckart¹⁴¹, V. Hess¹⁴², J. Lachmud¹⁴³. Ich ustalenia przedstawiam w sposób maksymalnie uproszczony.

Wiek XVIII był okresem rosnących konfuzji wobec dotychczasowych teorii i praktyk semiotyki medycznej, przekształcania jej w prenowoczesną formę diagnozy. W klinice lekarz dość długo zbierał i organizował znaki, poszerzał ich sensoryczne wymiary (poprzez oglądanie, osłuchiwanie, dotykanie, opukiwanie), porównywał badania objawów zdrowia i choroby, zestawiał je z wynikami sekcji. Klinicyści, jak M. Stoll, zadawali pacjentom rutynowe pytania, dążyli do ich sformalizowania (na wzór Syndehama i Hipokratesa), żeby pod wpływem zbyt rozwlekłych opowieści chorych lekarz nie zapomniał „historii choroby”. Stoll wołał badać więcej w jednym niż mniej u wielu (w klinice miał 12 łóżek; kilka lat po jego śmierci w 1787 r. wiedeńska klinika miała do czynienia z 13 000 przypadkami na rok). Pomniejszał on znaczenie badania pulsu i uryny, żeby te połączyć z oglądaniem twarzy, oczu, ust i języka, dotykiem przepony i brzucha, osłuchiowaniem pracy wewnętrznych organów. Od ok. połowy XVIII w. nasiliły się tendencje do ograniczania znaczenia semiotyki do patologii (odgraniczania jej od ogólnej nauki o znakach), rozdzielanie (przez E.A. Nicolaia, J.P. Graua, Ch.G. Grunera i in.) znaków „historii” choroby – te mają charakter sensoryczno-deskryptywny, nie dają wyjaśnień kauzalnych, służą prognozie i diagnozie – od symptomów – te są sygnałem choroby, skutkiem przyczyny, są punktem wyjścia do dalszych badań. Zanikała różnica między objawem a znakiem – objaw to morfologiczny nośnik znaku, naturalistyczny fenomen, przezroczyście *signum* pozostające w ścisłym deterministycznym związku z *signatum*. Medycyna kliniczna wypierała klasyfikacje symptomów, budowała nozologię na modelu botanicznym, szczególne przypadki zachorowania potraktowała z czasem jako referenty „typów idealnych”, jednostek chorobowych.

Od początku XIX w. następuje upadek oświeceniowej semiotyki. Ustawiczne rewidowanie nauki o znakach, dostosowywanie jej do zmieniających się teorii i praktyk medycyny, upowszechnienie stetoskopu, perkusji („kompasu medycyny”), auskultacji, termometru, metod fizykalistycznych i znakowania chemicznego wiązało się z upowszechnianiem się wyjaśnień naturalistycznych i materialistycznych, z powstawaniem anatomii patologicznej, prowadziło do

¹⁴⁰ R. French, op.cit., s. 1354–1362.

¹⁴¹ W.U. Eckart, op.cit., s. 1694–1713.

¹⁴² V. Hess, op.cit., s. 203–213.

¹⁴³ J. Lachmund, *Between Scrutiny and Treatment: Physical Diagnosis and the Restructuring of 19th Century*, „Sociology of Health and Illness”, 1998, t. 20, nr 6, s. 779–801.

traktowania semiotyki jako nauki pomocniczej w diagnostyce, do oddzielenia semiotyki od symptomologii w latach dwudziestych–trzydziestych.

Ostatni okres historii semiotyki klasycznej był czasem jej systematycznego przetwarzania na gruncie filozofii (naturalistycznej, materialistycznej i niematerialistycznej), następnie likwidacji jej filozoficznej podbudowy, wiązania diagnostyki z metodami nauk przyrodniczych. Lekarz tracił zainteresowanie i zaufanie do diagnoz *per se*. Metody dające wyniki w postaci obrazów, wykresów, krzywych i liczb, jako neutralne, „bez znaczenia”, wypierały interpretacje lekarza na wzór Hipokratesa i Galena. We wczesnej historii kliniki lekarz inicjował semiotyczny proces przy łóżku chorego. Od XIX w. semioza wykraczała poza bezpośrednią relację lekarz–pacjent. Laboratoryjne metody diagnozy wytwarzały nowy „język” ciała – to potraktowano jako subiekt informacji, uwidaczniały wewnątrz ciała traktowane dotąd jako obszar *signatum* i przekształcały je w arsenał informacji, wytwarzały nowe rodzaje znaków. Symptomy zostały uznane przez Albersa w 1852 r. jako „fizykalistyczne znaki”.

„Fizykalistyczna semiotyka” (według jednej z prac z 1884 r.) była końcem świadomości semiotycznej w medycynie. W tytułach podręczników po 1850 r. semiotyka pojawia się coraz rzadziej, co najwyżej paralelnie z „diagnostyką” i „symptomatologią”; w nich stare nauki o znakach uległy fragmentaryzacji i reinterpretacji odpowiednio do metod i treści medycyny klinicznej. Odtąd medycyna nie ma nic wspólnego z klasyczną semiotyką. Później nic jej nie łączyło z nauką semiotyką – tą wywodzoną od Pierce’a i de Saussure’a. „Semiotyczne aspekty” naukowej medycyny są opisywane w kategoriach teorii informacji i komunikacji¹⁴⁴.

Historii medycyny i jej semiotyki na przełomie XVIII i XIX w. odpowiada w dużym stopniu historia etnomedycyny i etnosemiotyki XIX–XX w. W etnograficznych opracowaniach¹⁴⁵ powtarza się, że w leczeniu ludowym irracjonalne, mityczne i magiczne ustępuje racjonalnemu, wyjaśnieniom naturalistycznym, że znachorstwo zanika pod wpływem oświaty i naukowej medycyny. Zasady i konsekwencje współistnienia w etnomedycynie semiotyki przypominającej klasyczną semiotykę i nauką symptomatologię wymagają jednak kolejnych dociekań.

¹⁴⁴ P. Hucklenbroich, *Semiotische Aspekte der Medizin: Medizinsemiotik*, [w:] *Semiotik/Semiotics. Ein Handbuch...*, 3. Teilband/Volume 3, s. 2698–2722.

¹⁴⁵ B. Szychowska-Boebel, *Lecznictwo ludowe na Kujawach*, Toruń 1972; D. Tylkowa, *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich*, Wrocław 1989.

