DAWNA MEDYCYNA I WETERYNARIA

PACJENT

Praca zbiorowa pod redakcją:

Mariusza Z. Felsmanna
Józefa Szarka
Mirosławy Felsmann

Chełmno 2011

Recenzenci:

Prof. dr hab. Andrzej Felchner
Prof. dr hab. Włodzimierz Kluciński
Prof. dr hab. Tadeusz Rotkiewicz
Prof. dr hab. Józef Szarek
Dr hab. Walentyna Korpalska

Projekt okładki:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

Skład i łamanie:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

ISBN 83-919037-2-9

Wydawca: **Muzeum Ziemi Chełmińskiej w Chełmnie**

Monografia dofinansowana przez
Starostwo Powiatowe w Chełmnie

Spis treści

Wstęp ……..……..……..……..…. 7

Pacjent człowiek …..…….……..……..…..……. 9

DZIECI, MŁODZIEŻ, DOROŚLI - PACJENCI OŚRODKÓW ZDROWIA W LATACH 30-TYCH XX WIEKU (NA PRZYKŁADZIE PIOTRKOWA TRYBUNALSKIEGO I POWIATU PIOTRKOWSKIEGO) ……..……..……. 11
Andrzej Fechner

MEDYCZNE I SPOŁECZNE PROBLEMY PACJENTÓW Z PADACZKĄ DAWNIEJ I DZIŚ …….…….…. 31
Mirosława Felsmann, Barbara Futyma, Anna Andruszkiewicz

PACJENT Z PADACZKĄ – DAWNIEJ I DZIŚ ……...…….…….……. 51
Seweryna Konieczna

PACJENCI I LEKARZE W CZASIE EPIDEMII CHOLERY 1831-1832 NA ZIEMIACH POLSKICH POD PRUSKIM ZABOREM …….. 69
Walentyna Krystyna Korpalska

EWOLUCJA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ZABURZONĄ ŚWIADOMOŚCIĄ …….. 87
Agata Kosobucka

ODCZUCIA BÓLOWE U NOWORODKA – HISTORIA PROBLEMU OD STAROŻYTNOŚCI DO DZIŚ ……..…. 113
Magdalena Kowalewska

UCZEŃ PACJENTEM LEKARZA SZKOLNEGO W II RZECZYPOSPOLITEJ (NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO) …….…….. 133
Joanna Majchrzyk-Mikuła

GRUŹLICA – TERAPIA CHOROBY DO CZASÓW PIERWSZEGO SWOISTEGO LEKU STREPTOMYCYNY…….…….…….…….. 153
Przybylski Grzegorz, Pyskir Małgorzata, Pyskir Jerzy, Bannach Małgorzata

OPIEKA HIGIENICZNO-LEKARSKA NAD NAJMŁODSZYMI PACJENTAMI W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM …….…. 171
Kataryzna Szymczak

LECZENIE ŻÓŁTACZKI W LECZNICTWIE LUDOWYM NA ZIEMIACH POLSKICH W WIEKU XIX-TYM I W PIERWSZEJ POŁOWIE XX WIEKU …… 193
Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński

POSTRZEGANIE NIEKTÓRYCH EKTOPASOŻYTÓW PRZEZLUDNOŚĆ WIEJSKĄ I WALKA Z NIMI NA ZIEMIACH POLSKICH NA PRZEŁOMIE XIX I XX WIEKU ….. 215
Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński

PASOŻYTY PRZEWODU POKARMOWEGO W LECZNICTWIE LUDOWYM NA ZIEMIACH POLSKICH NA PRZEŁOMIE XIX i XX STULECIA ……. 237
Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

PROBLEM „ŻABY" W OPIECE NAD NOWORODKIEM I NIEMOWLĘCIEM NA ZIEMIACH POLSKICH W WIEKU XIX-TYM I W PIERWSZEJ POŁOWIE XX WIEKU ……... 257
Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak

LECZNICTWO UZALEŻNIEŃ W POLSCE W LATACH 1918-1939 ……... 277
Adrian Zandberg

Pacjent zwierzę ……..…….….. 303

SZCZUR – BOHATER NAUKI, PRZYJACIEL CZŁOWIEKA, SZKODNIK, PACJENT 305
Karolina Barszcz, Marta Kupczyńska, Agata Godlewska

LECZENIE OWIEC NA TERENIE GALICJI W XIX WIEKU W OPARCIU O DZIAŁALNOŚĆ KAZIMIERZA WODZICKIEGO …….. 323
Wacław Łuczak, Maciej Adamski, Norbert Pospieszny

WYBRANE ZAGADNIENIA Z HISTORII LECZENIA ZWIERZĄT W CZASACH STAROŻYTNYCH ……..… 331
Maria Makowiecka, Michał Skibniewski, Marta Kupczyńska, Ewa Skibniewska, Karolina Barszcz

ZWIERZĘ – PACJENT CZY TERAPEUTA?..... 349
Katarzyna Olbrych, Tomasz Szara

LWOWSKI KOŃ TRAMWAJOWY JAKO PACJENT ……..…….. 367
Zbigniew Wróblewski, Antoni Gamota

Dawna medycyna i weterynaria ……..……..…….. 377

ZWIERZĘ – ŹRÓDŁO INSPIRACJI W RÓŻNYCH KULTURACH ……..…….. 377
Karolina Barszcz, Marta Kupczyńska, Michał Wąsowicz

ELEMENTY MEDYCZNE I WETERYNARYJNE WE WSPÓŁCZESNYCH HERBACH MIAST POLSKICH …… 397
Mariusz Z. Felsmann, Józef Szarek

PODKOWA JAKO ELEMENT GODEŁ W POLSKICH HERBACH SZLACHECKICH 421
Mariusz Z. Felsmann, Babińska Izabella

HISTORIA LWOWSKIEJ UCZELNI WETERYARYJNEJ I OCALENIE JEJ ZASOBÓW HISTORYCZNYCH …… 449
Antoni Gamota

DZIAŁALNOŚĆ PROFESORA JÓZEFA SZPILAMANA, PIERWSZEGO REKTORA AKADEMII WETERYNARYJNEJ WE LWOWIE, W 90–TĄ ROCZNICĘ ŚMIERCI 459
Antoni Gamota, Zbigniew Wróblewski

WSPÓLNE POCZĄTKI ANATOMII WETERYNARYJNEJ I ANATOMII CZŁOWIEKA 469
Jacek Gulczyński , Ewa Iżycka-Świeszewska

GABINETY I ZBIORY OSOBLIWOŚCI JAKO PIERWSZE MUZEA ANATOMII, ANATOMII PATOLOGICZNEJ ORAZ HISTORII NATURALNEJ …….. 483
Jacek Gulczyński, Ewa Iżycka-Świeszewska

KAPŁONIENIE CZYLI KASTRACJA PTACTWA DOMOWEGO ORAZ SPRZĘT DO TEGO UŻYWANY…….. 505
Alicja Krzyżewska-Młodawska

WETERYNARIA W FILATELISTYCE W ZBIORACH MUZEUM WETERYNARII W PRZASNYSZU ……513
Waldemar Krzyżewski

WPŁYW DOMESTYKACJI NA KSZTAŁTOWANIE RAS I MORFOTYPÓW PSA ORAZ WYSTĘPOWANIE CHORÓB…… 525
Marta Kupczyńska, Karolina Barszcz, Michał Skibniewski, Maria Makowiecka

DR MED. JERZY /GEORG/ SEGER – SIEDEMNASTOWIECZNY LEKARZ I BOTANIK …….. 545
Marian Łysiak, Aleksander Drygas

EPIDEMIE JAKO PRZYCZYNY PORAŻEK MILITARNYCH ORAZ POWAŻNYCH STRAT OSOBOWYCH I MATERIALNYCH …….. 555
Mirosław Mariusz Michalski

EPIDEMIE I ZASTOSOWANIE BRONI BIOLOGICZNEJ W PRZEBIEGU DZIAŁAŃ WOJENNYCH W CZASACH NOWOŻYTNYCH ……. 571
Mirosław Mariusz Michalski, Mariusz Zbigniew Felsmann

ZASŁUGI KS. S. B. JUNDZIŁŁA DLA NAUKI WETERYNARII NA PODSTAWIE ARTYKUŁU Z 1806 ROKU ZAMIESZCZONEGO W DZIENNIKU WILEŃSKIM ……. 591
Norbert Pospieszny, Wiesław Łuczak, Maciej Adamski

ZARYS HISTORII I DZIEŃ DZISIEJSZY BADAŃ SYSTEMU KONTROLI POSTAWY …… 597
Przybylski Grzegorz, Pyskir Małgorzata, Pyskir Jerzy, Bannach Małgorzata, Gołda Ryszard

MOJE PSY, LEKTURY, WSPOMNIENIA - Z REFLEKSJI LEKARZA WETERYNARII …… 611
Jerzy Szenfeld

DOCENT DR JAN CHWALIBÓG - TWÓRCA POWOJENNEJ WETERYNARII GORZOWSKIEJ ……..…….. 619
Jerzy Szenfeld, Michał Stosik*

PROBLEMATYKA ZJAZDU INSPEKTORÓW FARMACEUTYCZNYCH (WARSZAWA, 7 – 8 KWIETNIA 1933 ROKU) ……...……... 629
Wojciech Ślusarczykk

HELENA JURGIELEWICZOWA (1897-1980) PIERWSZA POLKA, KTÓRA OTRZYMAŁA DYPLOM LEKARZA MEDYCYNY WETERYNARYJNEJ PO UKOŃCZENIU POLSKIEJ UCZELNI …….…… 657
Jan Wiśniewski, Marek Nowicki

PROFESOR STANISŁAW KRÓLIKOWSKI - CHIRURG WETERYNARYJNY, HISTORYK I WYBITNY PEDAGOG …….….. 663
Zbigniew Wróblewski, Antoni Gamota

ZWIERZĘ - ISTOTA CIELESNA, CZY DUCHOWA? WYBRANE POGLĄDY NA PRZESTRZENI DZIEJÓW …….….. 673
Helena Przespolewska, Michał Skibniewski, Henryk Kobryń

Spis autorów …….....…….…… 693

Wstęp

Historia (est) testis temporum, lux veritatis,
vita memoriae, magistra vitae, nuntia vetustatis.

Historia jest świadkiem czasów, światłem prawdy,
życiem przeszłości, nauczycielką życia, głosicielką tradycji.

Cycero "De oratore" II, 9, 36.

Wziąwszy pod uwagę definicje zdrowia, tak w odniesieniu do ludzi jak i zwierząt, jakie obowiązywały i obowiązują w oficjalnej, opartej na zdobyczach naukowych, medycynie, każdy z nas był „zdrowia pozbawiony". Tym samym, jako osoby chore, ściślej nie zdrowe, przynajmniej potencjalnie byliśmy pacjentami. Historia medycyny i weterynarii, jakby na nią nie spojrzeć, jest historią chorego – pacjenta. Rola chorych w rozwoju nauk medycznych jest nie do przecenienia. Samoobserwacje i własne odczucia pozwalały, mimo rozwoju techniki pozwalają nadal, na łączenie przyczyn i skutków, co pozwalało na zaniechanie popełniania błędów i stosowanie nowych metod i technik. Pacjent wbrew własnej woli, ale i wbrew woli lekarza, stawał się swoistym królikiem doświadczalnym, którego śmierć często wskazywała na ślepą uliczkę określonych sposobów leczenia.

W zamyśle pomysłodawców niniejszej monografii jest przybliżenie dziejów pacjenta w historii rodzaju ludzkiego, pacjenta człowieka i pacjenta zwierzęcia.

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

PACJENT CZŁOWIEK

DZIECI, MŁODZIEŻ, DOROŚLI - PACJENCI OŚRODKÓW ZDROWIA W LATACH 30-TYCH XX WIEKU
(NA PRZYKŁADZIE PIOTRKOWA RYBUNALSKIEGO I POWIATU PIOTRKOWSKIEGO)

Andrzej Felchner

Zakład Historii i Teorii Kształcenia, Instytut Nauk Pedagogicznych
Wydział Nauk Społecznych
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski
felchner@piotrkow.net.pl

Omawiając problematykę relacji: pacjent, a ośrodek zdrowia w naszym kraju w latach trzydziestych dwudziestego wieku należy na wstępie przypomnieć, czym w tamtych czasach były takie placówki, jaką spełniały rolę i gdzie były ulokowane w całym systemie służby zdrowia II Rzeczypospolitej.

Dziś, w początkach kolejnego stulecia i tysiąclecia, ośrodek zdrowia potocznie jest kojarzony z przychodnią posiadającą wiele gabinetów lekarskich o różnych specjalnościach, nastawioną głównie na leczenie zgłaszających się pacjentów. Profilaktyka jest tam na dalszym planie. Na przykład udzielane są porady, co do domowej opieki czy żywienia noworodków i dzieci w wieku przedszkolnym. Rzadziej pamięta się, że w takich współczesnych placówkach mogą również

działać przychodnie zwalczające różne współczesne uzależnienia, nastawione w dużej mierze na profilaktykę, prowadzoną z wykorzystaniem najnowszych zdobyczy wiedzy.

Idea nowoczesnego ośrodka zdrowia narodziła się w dziewiętnastym wieku, na fali dużych przemian organizacyjnych w służbie zdrowia, spowodowanych wielkimi odkryciami i rozwojem medycyny. Po odzyskaniu po pierwszej wojnie światowej niepodległości przystąpiono w naszym kraju do tworzenia jednolitego i jednocześnie wielosektorowego systemu organizacyjnego służby zdrowia. Początkowo, w pierwszych latach niepodległości, nie było rozbudowanej sieci przychodni. W razie potrzeby potencjalni pacjenci udawali się po poradę do prywatnych gabinetów lekarskich, lub szukali pomocy w przyszpitalnych ambulatoriach. Okazało się to jednak niewystarczające. Rozpoczęła się wówczas dyskusja nad modelem lecznictwa zwanego popularnie otwartym. W czasopismach medycznych publikowano szereg artykułów na ten temat. Ostatecznie do polskich warunków adaptowano rozwiązania ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Ośrodki zdrowia miały być przede wszystkim centrami profilaktyki, zakładano równocześnie, że lecznictwo będzie tam prowadzone w bardzo ograniczonym zakresie. Pierwsza taka instytucja została utworzona w roku 1925 w Warszawie, następne powstawały zarówno w stolicy (kolejna w roku następnym), jak i w całym kraju. Do wybuchu wojny utworzono ich już ponad sześćset (3, 4, 5, 6, 14, 15, 17). Rozwój tych placówek w latach trzydziestych ubiegłego wieku pokazuje tabela nr 1.

Tab. nr 1. Rozwój ośrodków zdrowia w Polsce w latach 1934-1937 (według danych urzędowych)

Nazwa	**1934 r.**	**1935 r.**	**1936 r.**	**1937 r.**
Ogólna ilość ośrodków zdrowia,	260	310	397	482
w tym:				
z przychodnią przeciwgruźliczą	246	294	366	436
z przychodnią przeciwjagliczą	231	273	362	444
z przychodnią przewciwweneryczną	119	154	245	314
z gabinetem opieki nad dzieckiem	170	227	287	364
z gabinetem opieki nad matką	119	156	203	222
z gabinetem medycyny szkolnej	112	156	228	322
z działem higieny (zwanym wówczas sanitarnym)	74	51	107	156
z innymi działami, gabinetami, przychodniami	71	81	104	143
Personel:				
liczba zatrudnionych lekarzy	662	776	996	1138
liczba zatrudnionych pielęgniarek	453	544	692	840
liczba zatrudnionych kontrolerów sanitarnych	65	75	89	115
inni pracownicy	363	433	231	277
Liczba osób pod opieką ogółem	523872	704914	1085329	1407272
przeciętnie na jeden ośrodek	2015	2274	2734	2920
Ilość udzielonych porad ogółem	1331213	1462122	2233014	2663880
przeciętnie na jednego lekarza	2011	1884	2242	2341
Ilość odwiedzin domowych ogółem	246602	283339	378176	425018
przeciętnie na jedną pielęgniarkę	544	521	546	506

Źródło: 3

Jak wynika z danych zawartych w tabeli numer jeden nie tylko rosła ilość omawianych placówek (w ciągu zaledwie czterech lat niemal się podwoiła), ale również podobnie znacznie wzrosła liczebność personelu medycznego i wizyt w domach, a ilość udzielanych porad

i liczba pacjentów nawet szybciej, bo prawie się potroiła. Różnice w organizacji omawianych placówek wynikały zapewne z kilku przyczyn: lokalnych potrzeb, możliwości finansowych, jak również personalnych, zwłaszcza braku lekarzy specjalistów. Po ilości przychodni specjalistycznych widać również, iż za największe zagrożenie uważano gruźlicę i jaglicę.

Doktor Marcin Kacprzak, jeden z ówczesnych czołowych twórców idei ośrodków zdrowia jako instytucji nastawionych głównie na profilaktykę, tak prezentował wtedy swoje poglądy: […] *jest rzeczą nader pożądaną, aby obejmował on całokształt zagadnień zdrowia publicznego, to znaczy, że w tej instytucji powinna się koncentrować zarówno akcja społeczno-zapobiegawcza, jak i sanitarno-policyjna. W ośrodku zdrowia powinna być prowadzona walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, opieka nad matką i dzieckiem, walka z alkoholizmem i chorobami umysłowymi, może on zawierać laboratorium podręczne, poradnię sportową, i inne pokrewne działy* […] *winien być sprawowany nadzór nad zaopatrywaniem ludności w wodę, nad usuwaniem nieczystości, nadzór nad ogólną czystością, nad środkami spożywczymi, walka z chorobami zakaźnymi* […] *Nie da się uniknąć stosowania metod leczniczych w chorobach społecznych, zwłaszcza wśród ludności niezamożnej* […] *Poza tym lecznictwo niejednokrotnie znajdzie zastosowanie tam, gdzie ludność jest zupełnie pozbawiona pomocy lekarskiej, ale wtedy działalność leczniczą należy w miarę możności odseparować od zapobiegawczej* […] (14). Jak wynika z powyższej wypowiedzi, a także z różnych innych materiałów, chcia-

no tworzyć i rzeczywiście organizowano placówki w pierwszym rzędzie zajmujące się bardzo szeroko pojmowaną profilaktyką. Niewątpliwie niektóre działania częściowo dotyczyły kwestii opieki społecznej i polegały na wspieraniu najuboższych pacjentów również w dziedzinie lecznictwa. W stolicy zaczęto od roku 1935 tworzyć nawet jednolite Ośrodki Zdrowia i Opieki Społecznej. Duża śmiertelność noworodków, zły stan higieny, połączony z niskim poziomem wiedzy na temat właściwej opieki nad dziećmi, choroby zakaźne atakujące najmłodszych powodowało, iż na tym polu ośrodki zdrowia spełniały niezwykle ważną rolę zarówno poprzez działalność leczniczą, jak i zapobiegawczą. Bardzo istotne było też zwalczanie schorzeń określanych wówczas jako społeczne - gruźlicy, jaglicy czy chorób wenerycznych, a także uzależnień od alkoholu. Obok lekarzy dużą rolę odgrywały specjalnie do takich działań kształcone pielęgniarki społeczne, które znaczną część swojego czasu pracy poświęcały na odwiedzanie pacjentów w domach, na miejscu udzielając porad z zakresu profilaktyki. Stosowano również różne formy, często bardzo nowoczesne, propagandy prozdrowotnej, prowadząc wiele akcji także poza murami placówek. Poprzez propagowanie zasad higieny starano się ograniczać występowanie chorób zakaźnych. Współpracowano szeroko z lekarzami i higienistkami szkolnymi, przejmując stopniowo wiele obowiązków z zakresu opieki medycznej nad uczniami, łącznie z leczeniem zębów najmłodszych pacjentów w gabinetach dentystycznych (4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18).

Ostateczne ukształtowanie się omawianych placówek nastąpiło tuż przed wybuchem drugiej wojny światowej. W Ustawie z 15 czerwca 1939 r. (opublikowanej 23 czerwca) *O publicznej służbie zdrowia,* w artykule numer 6, szeroko określono zadania ośrodków zdrowia. Do podstawowych należało: […] *krzewienie higieny i podnoszenie stanu zdrowotnego ludności, a w szczególności: sprawowanie opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i niemowlętami, dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, zwalczanie chorób społecznych i zakaźnych, piecza nad higieną otoczenia, udzielanie pomocy leczniczej w nagłych przypadkach i udzielanie pomocy leczniczej i położniczej ubogim; ponadto ośrodki zdrowia mogą udzielać pomocy leczniczej i położniczej funkcjonariuszom państwowym, pracownikom samorządowym, osobom ubezpieczonym w ubezpieczalniach społecznych i innym na mocy specjalnych umów.* […] (19). Nie starano się jednak organizować wszędzie jednolitych organizacyjnie placówek, zdawano sobie bowiem sprawę, że różne mogą być potrzeby i oczekiwania potencjalnych pacjentów na przykład w stolicy, w powiatowym Piotrkowie Trybunalskim, czy w małym miasteczku lub wiosce, położonym na Polesiu. Dlatego też na mocy artykułu numer 9 tejże Ustawy, Minister Opieki Społecznej (w tym resorcie znajdował się bowiem Departament Służby Zdrowia) miał ustalać z lokalnymi władzami i innymi zainteresowanymi stronami zakres działań poszczególnych takich instytucji (19). Ustawa ta, ostatecznie sankcjonująca istnienie i działalność ośrodków zdrowia, faktycznie nie zdążyła wejść w życie, ale jest zamknięciem kilkunastoletniego okresu rozwoju i przemian tych placówek. Można

też przypuszczać, iż dawałaby jednocześnie dobre podstawy prawne do dalszych, różnorodnych działań na rzecz zgłaszających się pacjentów.

W Piotrkowie Trybunalskim pierwszy ośrodek zdrowia powstał cztery lata po warszawskim - w roku 1929. Do tego czasu na terenie miasta działały różne placówki oraz ambulatoria przy dwóch istniejących wtedy szpitalach. Niektóre z nich, zwłaszcza spieszące z pomocą matkom i małym dzieciom, istniały jeszcze przed odzyskaniem niepodległości, inne powstawały stopniowo w latach dwudziestych ubiegłego wieku. Na około rok przed utworzeniem pierwszego na terenie miasta i powiatu ośrodka zdrowia w mieście działały między innymi trzy przychodnie - przeciwweneryczna (powstała po uchwaleniu w 1922 r. *Rozporządzenia o nadzorze nad nierządem)*, przeciwjaglicza i przeciwgruźlicza (Towarzystwa Przeciwgruźliczego) oraz ambulatoria - dla ubogich pacjentów i dla uczniów. Wszystkie wymienione powyżej połączono w jeden ośrodek zdrowia. Później dołączono do niego istniejącą wcześniej Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem. W 1936 roku pracowało w nim już sześciu lekarzy specjalistów (z dziedzin: chorób wewnętrznych - trzech oraz płuc, a także okulista i wenerolog), dwóch kontrolerów: do spraw higieny (sanitarnych) oraz żywności, a także pięć pielęgniarek i woźny. Ten ostatni zajmował się też dezynfekcją pomieszczeń w wypadku stwierdzenia chorób zakaźnych, miał bowiem ukończony specjalistyczny kurs. Przez kilka lat ośrodek był jedyną taką placówką na obszarze miasta i powiatu. Podzielono już jednak ten teren na rejony, wzrastała liczebność kadr

medycznych i stopniowo, zwłaszcza po poprawie sytuacji gospodarczej po wielkim kryzysie, przystąpiono do organizacji kolejnych instytucji. W roku 1938 był jeszcze jeden ośrodek w samej stolicy powiatu, ośrodki zdrowia pracowały także w Bełchatowie, Kamieńsku, Sulejowie i Wolborzu. Terenowe były mniejsze od piotrkowskich, nie miały choćby przychodni przeciwgruźliczej i zatrudniano w nich lekarza rejonowego, czasami tylko wspieranego przez drugiego specjalistę. Na krótko przed wybuchem wojny, piotrkowski lekarz powiatowy planował podzielić podległy mu obszar na sześć rejonów i zorganizować dalsze placówki. Niewątpliwą przeszkodą w szybkim rozwoju były wysokie koszty założenia, a także utrzymania takich instytucji, ponoszone głównie przez lokalne samorządy. Z tego powodu na przykład ośrodek zdrowia w Sulejowie do września 1939 roku nie rozwinął pełnej działalności (1, 2, 4, 8, 16).

Jak wynika z przedstawionych kwestii przedwojenne ośrodki zdrowia stały się bardzo ważnymi placówkami w polskim systemie opieki medycznej. Należy więc spróbować przeanalizować i przybliżyć, po około osiemdziesięciu już latach, kim byli korzystający z tych instytucji, jak wyglądały relacje: ówczesny ośrodek zdrowia i jego pacjenci. Oczywiście, z powodu upływu czasu, nie można zastosować metod najlepszych w takich przypadkach, na przykład badań ankietowych. Można jednak z zachowanych sprawozdań i innych dokumentów spróbować wyciągnąć dane, które pozwolą nam chociaż w części przybliżyć te zagadnienia.

W całym kraju w ośrodkach zdrowia opiekowano się ciężarnymi, które następnie były pod kontrolą pracowników tej instytucji w okresie poporodowym, udzielano też wszechstronnej pomocy noworodkom i niemowlętom. Nie było tylko izb porodowych. Kontakty były, jak można przypuszczać, dość intensywne. Udzielano porad medycznych, badano w gabinetach ginekologicznych, a ponadto pomagano materialnie zarówno ciężarnym, jak i matkom po porodzie. Dawano, lub wypożyczano wyprawki dla niemowląt. Dołączano do tego specjalnie przygotowane i wyjałowione rzeczy potrzebne przy samym porodzie. Prowadzono szeroką akcję uświadamiającą i uczącą matki opiekowania się własnymi maluchami w okresie ciąży i po porodzie. Bardzo ważne było też przygotowywanie w tak zwanych *mlecznych kuchniach* odpowiedniego dla najmłodszych zdrowego pokarmu (1, 2, 4, 5, 14, 19).

Nie wszędzie był oczywiście tak szeroki zakres działań. W piotrkowskim ośrodku zdrowia w roku 1936 nie było na przykład zatrudnionego lekarza ginekologa, czy pediatry. Pracowały za to dwie pielęgniarki, które miały ukończony dodatkowo *3 m-ny kurs żłobków w Warszawie* (1). Można więc przypuszczać, iż nie było też gabinetów tych specjalności, a być może w razie potrzeby kierowano dzieci lub ciężarne do miejscowych szpitali, udzielając porady i pomocy tylko w mniej skomplikowanych przypadkach. Podobnie było w mniejszych placówkach na terenie powiatu (1, 2, 4). Kto korzystał z ośrodków zdrowia - czy wszystkie kobiety? Zapewne tylko niektóre, będące w trudnym położeniu materialnym - bezrobotne, najmniej zarabiające,

samotne matki pozbawione wsparcia rodzinnego. Osoby mogące korzystać z Kas Chorych, a potem Ubezpieczalni Społecznej, a więc na przykład pracownice różnych urzędów i instytucji, wojska, policji, żony osób tam zatrudnionych, nie były pacjentkami ośrodków zdrowia. Korzystały one z pomocy przysługującej im z racji ustawy, na przykład w instytucjach wojskowej służby zdrowia. W Piotrkowie Trybunalskim i w większych miejscowościach na terenie powiatu rozbudowano ponadto całą sieć medycznych placówek ubezpieczeniowych, na czele z wzniesionym w latach trzydziestych szpitalem. Pacjentami ośrodków zdrowia nie były też prawdopodobnie osoby zamożne, które stać było na wizytę w prywatnym gabinecie ginekologicznym lub pediatrycznym. Można jednak przypuszczać, że nawet po uwzględnieniu lepiej sytuowanych, wspomnianych grup społecznych, pacjentki ośrodków zdrowia z omawianego terenu to spora grupa (1, 2, 4, 8). Janusz Żarnowski oceniając przemiany zachodzące w polskim państwie i społeczeństwie okresu międzywojennego stwierdzał […] *Na pewno modernizacja objęła infrastrukturę kolejową i telekomunikacyjną, technikę i technologię w znacznej części wielkiego przemysłu, warunki bytu zamożniejszych warstw ludności w miastach - łącznie z dietą, medycyną i higieną, wreszcie wiele dziedzin kultury, a zwłaszcza tzw. kulturę masową, stanowiącą par excellence czynnik modernizacyjny. Lecz nie objęła w poważniejszej mierze rolnictwa, stanowiącego źródło utrzymania większej części ludności, słabo tylko dotknęła uboższych i zamieszkałych na peryferiach mas ludności miejskiej, drobnej produkcji i handlu* […] (20). Takie właśnie osoby o niewielkich dochodach były

głównie pacjentami ośrodków zdrowia w Piotrkowie Trybunalskim oraz w powiecie piotrkowskim, jak i zapewne różnych lokalnych instytucji świadczących pomoc społeczną. W sprawozdaniu z ostatniego kwartału 1937 roku w jednej tylko przychodni dla matki i dziecka piotrkowskiego ośrodka zdrowia podano, iż w tym czasie w ewidencji było dwustu dwudziestu pięciu małych pacjentów (wśród nich trzydzieści siedem to *dzieci nieślubne*), którym udzielono sto czterdzieści porad, czterdzieści trzy odwiedzono w domach, siedem skierowano do szpitali, dwoje maluchów zmarło. Wydano im ponadto osiem tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt sześć litrów mleka podzielonych na ponad trzydzieści osiem tysięcy porcji, przeciętnie dziennie niemal sto siedemdziesiąt. W ewidencji było też stale ponad sześćdziesiąt matek, trzynastu z nich udzielono dodatkowo pomocy materialnej (2).

Inaczej wyglądała sytuacja w gabinetach medycyny szkolnej. Analizując różne dokumenty i opracowania można stwierdzić, iż te placówki obejmowały swoją działalnością ogół dzieci i młodzieży. Była wśród nich oczywiście też dość liczna grupa uczniów ubogich. Ci dodatkowo mogli korzystać również z pomocy medycznej w specjalnym ambulatorium dla osób niezamożnych, podobnie, jak z dożywiania w placówkach oświatowych (1, 2, 4, 8). Gabinety medycyny szkolnej prowadziły jednak przede wszystkim wielokierunkową działalność profilaktyczną. Polegała ona między innymi na okresowych przeglądach higienicznych ciała i odzieży, organizowaniu kącików czystości, prowadzeniu pogadanek, wyświetlaniu filmów, czy innych akcjach propagandowych. Adresatami tych różnorodnych działań zapobiegawczych

byli wszyscy uczniowie, bez względu na status społeczny i materialny. Należy pamiętać, iż już od roku 1919 istniał obowiązek i przymus szkolny. Takim więc wspomnianym działaniom prozdrowotnym podlegały wszystkie młode obywatelki jak również obywatele chodzący do szkół powszechnych na obszarze miasta i powiatu. Sprzyjało to niewątpliwie ogólnemu podnoszeniu poziomu higieny, zwłaszcza, że pielęgniarki czy higienistki nie ograniczały swej pracy do murów ośrodka. W razie potrzeby, zwłaszcza przy stwierdzeniu rażących zaniedbań w dziedzinie higieny, lub w przypadku wykrycia chorób zakaźnych, odwiedzały też uczniów w ich miejscu zamieszkania. Polecenia pracowników ośrodka, odnoszące się na przykład do poprawy stanu higieny mieszkania, musiały być wykonywane, na równi z innymi decyzjami administracyjnymi (1, 2, 4, 7, 9, 13, 14, 18, 19). Podobnie w sposób masowy przeprowadzano inne istotne akcje profilaktyczne - szczepienia przeciwko niektórym chorobom zakaźnym. Obejmowano nimi zarówno maluchów, jak i dzieci w wieku szkolnym. W październiku roku 1936 zaszczepiono na przykład przeciwko ospie na terenie powiatu piotrkowskiego prawie pięć i pół tysiąca maluchów mających ponad jeden rok życia (szczepienia pierwszego stopnia), a powtórnie w tym samym roku - około siedem i pół tysięcy dzieci po ukończeniu przez nich siódmego roku życia, a więc już uczniów pierwszych klas szkół powszechnych (2). Szczepiono także dzieci i młodzież przeciwko durowi brzusznemu przed wysłaniem ich na kolonie, głównie na tereny, gdzie ta choroba występowała endemicznie (4).

W Piotrkowie Trybunalskim i na terenie powiatu ze szczególnym natężeniem prowadzono walkę z chorobami, które wówczas określano jako społeczne. Działania te można uznać za bardzo potrzebne i celowe pod każdym względem. Najgroźniejszą z nich była gruźlica. Z materiałów sprawozdawczych składanych przez miejscowych lekarzy wynika, iż rzeczywiście zagrożenie ze strony tej choroby było bardzo duże. Warto przy tym pamiętać, iż wówczas, w latach trzydziestych ubiegłego wieku, nie potrafiono jej skutecznie leczyć. Niektóre postacie tej choroby próbowano wyleczyć poprzez stawianie odmy, w innych wypadkach przeprowadzano operacje chirurgiczne, chorych wysyłano też do sanatoriów przeciwgruźliczych, stosowano również odpowiednią dietę, ale przy ostrym przebiegu gruźlicy lekarze byli w wielu wypadkach bezradni. Szczegóły dotyczące pacjentów będących pod opieką przychodni przeciwgruźliczej największego piotrkowskiego ośrodka zdrowia z tylko jednego kwartału 1937 roku zawiera tabela nr 1. Widać też wyraźnie, iż dość dokładnie śledzono losy osób znajdujących się w bezpośrednim otoczeniu chorego, poddając je obserwacji, niestety niewiele było osób, które wykreślano z ewidencji jako wyleczone lub zdrowe po przeprowadzeniu badań (2).

Inną groźną chorobą społeczną, dziś zupełnie u nas nieznaną, była jaglica. Nie leczona mogła doprowadzić do zupełnej utraty wzroku, ale nie powodowała zgonów. W wypadku tej choroby terapia była bardziej skuteczna, jednak pacjenci długo musieli być pod kontrolą specjalistów. O dużym zasięgu tej choroby świadczą choćby spra-

wozdania ośrodka zdrowia z niewielkiego kilkutysięcznego Wolborza z jednego tylko kwartału 1938 roku (tabela nr 3). Placówka ta

Tab. nr 2. Pacjenci poradni przeciwgruźliczej piotrkowskiego ośrodka zdrowia w IV kwartale 1937 r.

Nazwa	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci do 15 roku życia	Razem
Liczba osób pod opieką poradni pierwszego dnia kwartału	539	682	310	1531
Liczba osób zapisanych w kwartale	38	30	15	83
Ogółem pod opieką przychodni	577	712	325	1614
w tym zamiejscowych	26	17	4	47
w tym pacjenci pozostający na obserwacji	113	145	85	343
Zmarli w kwartale na gruźlicę	7	6	1	14
Skreśleni z ewidencji jako wyleczeni lub zdrowi	1	16	15	32
Pacjenci z gruźlicą płuc (prątkujący)	60	25	-	85
Pacjenci z gruźlicą płuc (nie prątkujący)	148	184	26	358
Pacjenci z gruźlicą gruczołów przyoskrzelowych	51	79	50	180
Pacjenci z innymi postaciami gruźlicy	19	22	18	59
Ogółem pacjenci z gruźlicą	278	310	94	682
Pacjenci skierowani do szpitali	7	3	1	11
Pacjenci skierowani do sanatoriów	8	5	2	15
Pacjenci wobec których zastosowano sztuczną odmę w poradni	?	?	?	33
Ilość wykonanych zabiegów sztucznej odmy w poradni	?	?	?	127

Źródło: 2.

obejmowała swym zasięgiem też okoliczne wsie, ale i tak te dane świadczą o powszechnym zagrożeniu tą chorobą, zwłaszcza wśród dzieci. Jej występowanie świadczyło głównie o niskim poziomie higieny, łatwo się było bowiem zarazić tą chorobą używając na przykład w rodzinie wspólnego, brudnego, długo nie zmienianego ręcznika. Dlatego też tak duże znaczenie miała działalność profilaktyczna. W przytoczonym w tabeli nr 3 sprawozdaniu podano również, iż przeprowadzano pogadanki na temat jaglicy w pięciu okolicznych szkołach. Widać wyraźnie, iż działalność poradni przeciwjagliczych, znajdujących się w większości ośrodków zdrowia, też była niezwykle potrzebna. Bez nich wiele osób mogło być inwalidami (2, 4).

W latach 30-tych dwudziestego wieku duże zagrożenie powodowały też choroby weneryczne. Nie dziwi więc fakt istnienia specjalistycznych przychodni w wielu ośrodkach zdrowia. W tabeli nr 4 dla przykładu podano informacje z jednego tylko kwartału z przychodni przeciwwenerycznej bełchatowskiego ośrodka zdrowia. Również w tym niewielkim wówczas mieście leczono sporą grupę osób z powodu wspomnianych chorób i stale pojawiały się nowe przypadki, mimo iż, zgodnie z obowiązującą ustawą, starano się systematycznie kontrolować prostytutki, będące głównym źródłem zakażeń. Także na ten temat prowadzono szeroką akcję uświadamiającą, propagandową. W sprawozdaniu wykorzystanym w tabeli nr 4 poinformowano, iż w różnych środowiskach tylko w tym jednym kwartale wygłoszono osiem pogadanek, wydano ponadto osiemdziesiąt broszur. Choroby te

Tab. nr 3. Pacjenci poradni przeciwjagliczej ośrodka zdrowia w Wolborzu w IV kwartale 1938 r.

Nazwa	Pacjenci z jaglicą	Pacjenci z podejrzeniem jaglicy	Pacjenci stykający się z jaglicą	Pacjenci bez styczności z jaglicą	Pacjenci ogółem
Zapisani w poprzednim kwartale	311	52	2	4	369
Zapisani w IV kwartale	5	4	-	16	26
Wypisani w IV kwartale	5	1	-	16	22
W tym wypisano po wyleczeniu	3	-	-	-	3
Ilość porad i założonych opatrunków	327	72	2	35	436
Ilość wykonanych małych zabiegów	12	-	-	-	12

Źródło: 2.

stanowiły poważne zagrożenie nie tylko z powodów zdrowotnych, ale i społecznych, a także moralnych. Pozytywnym był fakt już skutecznego leczenia tych chorób, choć w wypadku kiły był to proces dość długi, co zresztą również wynika z tabeli nr 4 (2, 4, 16). W wypadku wszystkich trzech ostatnio omówionych przychodni specjalistycznych można też dodać takie same uwagi jak przy poradni dla matek i dzieci - korzystali z niej na ogół ludzie mniej zamożni, nie ubezpieczeni, których nie stać było na korzystanie z prywatnych gabinetów.

Tab. nr 4. Pacjenci przychodni przeciwwenerycznej ośrodka zdrowia w Bełchatowie w IV kwartale 1938 r.

Nazwa	Pacjenci z kiłą	Pacjenci z rzeżączką	Pacjenci z zakaźnymi chorobami skóry	Ogółem wszyscy pacjenci
Pozostali z poprzedniego kwartału	8	-	-	8
Przybyło w tym kwartale	7	8	6	21
Wypisano w ciągu kwartału	8	7	6	21
Pozostała na następny kwartał	7	1	-	8
Liczba osób leczonych	15	8	6	29
Ilość udzielonych porad	208	48	18	274
Ilość dokonanych zabiegów	-	-	-	198

Źródło: 2.

W zakończeniu można stwierdzić, iż

- ośrodki zdrowia w Polsce w latach trzydziestych dwudziestego wieku bardzo się rozwijały

- stopniowo sieć takich placówek obejmowała cały kraj, w związku z tym odgrywały one coraz większą rolę w walce o poprawę zdrowotności społeczeństwa

- wspomniane instytucje prowadziły głównie działalność profilaktyczną, a leczniczą tylko w niektórych wypadkach, uzasadnionych istotnymi potrzebami społecznymi

- pacjentami przedwojennych ośrodków zdrowia byli w pierwszym rzędzie najubożsi mieszkańcy miast, nie podlegający systemowi ubezpieczeń społecznych, stopniowo także ludność wiejska, mająca najtrudniejszy dostęp do lekarzy

- bardzo istotna i szeroka była działalność profilaktyczna, zwłaszcza prowadzona dla dzieci i młodzieży szkolnej.

Streszczenie

W pracy przedstawiono na wstępie zagadnienia dotyczące organizacji ośrodków zdrowia w Polsce w latach trzydziestych dwudziestego wieku. Po krótkim zarysowaniu historii powstania i rozwoju tych placówek na przykładzie Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego przeanalizowano i określono, kim byli przede wszystkim pacjenci ośrodków zdrowia. Ukazano na tych przykładach, jaką istotną rolę w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju pełniły wówczas te instytucje.

Piśmiennictwo

1. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, zespół nr 1, Starostwo Powiatowe Piotrkowskie ([1915] 1919-1939), sprawozdania z działalności służby zdrowia.
2. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, zespół nr 2, Wydział Powiatowy w Piotrkowie (1917-1950), sprawozdania z działalności służby zdrowia.
3. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938,1939 r., Warszawa.
4. *Felchner A.*: Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początków 70-tych XX wieku), Wrocław 2006.
5. *Jastrzębowski Z.*: Ośrodki zdrowia w polskiej koncepcji lecznictwa samorządowego (1918-1939), „Zdrowie Publiczne”, 1998, Tom CVIII, nr 11, s. 460-464.

6. *Jastrzębowski Z.*: Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku), Łódź1994.
7. *Kopczyński S.*: Opieka higieniczno-lekarska nad dzieckiem normalnem w szkole, Warszawa1929.
8. *Kotlicki K.*: Zakres i formy opieki społecznej w Piotrkowie Trybunalskim w latach 1926-1933, „Zbliżenia. Kwartalnik Społeczno-Oświatowy", 1992, nr 2, s. 5-14.
9. *Majchrzyk-Mikuła J.*: Lekarze szkolni w Polsce w latach 1918-1939, [w:] Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa 2009.
10. *Majchrzyk-Mikuła J., Fechner A.*: Higienistki szkolne w profilaktycznej opiece zdrowotnej w latach 1918-1939, [w:] Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa 2008.
11. *Marcysiak M.*: Przygotowanie zawodowe pielęgniarek społecznych w okresie międzywojennym, [w:] Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa 2008.
12. *Mart G.*: Metody i narzędzia propagandy higieny międzywojnia, [w:] Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa 2009.
13. *Olszewska M.*: Kwestie zdrowotne w szkolnictwie II Rzeczypospolitej, [w:] Z dziejów zdrowia publicznego, red. Jan Nosko, Łódź 2006 .
14. Ośrodki zdrowia w Polscer, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa, 1928.
15. *Paciorek M.*: Higiena dzieci i młodzieży w polskim czasopiśmiennictwie medycznym okresu międzywojennego, Warszawa 2010.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 6 września 1922 r. o nadzorze nad nierządem, „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej", 1922, nr 78, pozycja 715, s. 1388-1389.
17. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczychr., „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej", 1928, nr 38, pozycja 382, s. 831-841.
18. Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie, „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej", 1935, nr 27, pozycja 199, s. 457-460.
19. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej", 1939, nr 54, pozycja 342, s. 857-859.
20. *Żarnowski J.*: , Polska 1918-1939. Praca technika społeczeństwo, Warszawa1999.

Praca zawiera 28 044 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

MEDYCZNE I SPOŁECZNE PROBLEMY PACJENTÓW Z PADACZKĄ DAWNIEJ I DZIŚ

Mirosława Felsmann, Barbara Futyma*,
Anna Andruszkiewicz**

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium im L. Rydygiera,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
* Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J Brudzińskiego
w Bydgoszczy
Oddział Neurologii Dziecięcej z Pododdziałem Rehabilitacji.
**Katedra Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medium im L. Rydygiera ,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

„Ludzie myślą, że padaczka jest boską chorobą
przede wszystkim dlatego, że jej nie rozumieją.
Ale jeśli wszystko, czego nie rozumieją, nazywali by boskim,
nie byłoby końca boskim przedmiotom".
Hipokrates

Droga była długa - od czasów niewiedzy, uprzedzeń, zabobonów, przesądów i stygmatyzacji do dziś….. *i jak powiedział Rajendla Kale*… czasów wiedzy, przesądów i stygmatyzacji.

Padaczka (epilepsja) jest jedną z najczęstszych chorób układu nerwowego. Powoduje znaczne ograniczenie funkcjonowania chorego w społeczeństwie, a u najmłodszych pacjentów prowadzi często do

zahamowania rozwoju ruchowego i umysłowego. Jest chorobą przewlekłą, chorobą, w której leczenie trwa wiele lat, a stygmatyzacja społeczna utrzymująca się nawet po opanowaniu napadów i odstawieniu leków sprawia, że pacjent odczuwa piętno tej choroby niekiedy do końca życia. Niekorzystny wpływ padaczki na społeczne funkcjonowanie chorego wiąże się z gorszymi wynikami w nauce, a następnie trudnościami w znalezieniu pracy. Dla chorych i ich bliskich te czynniki są niekiedy równie istotne jak częstość napadów padaczkowych (1).

Padaczka jest znana ludzkości od najstarszych wieków. Wzmianki o tej chorobie odnaleźć można w pismach pochodzących z minionych cywilizacji i dawnych kultur. Najstarszym dokumentem zawierającym informacje o padaczce jest gliniana tabliczka napisana

w języku sumeryjskim, pochodząca z okresu 1067-1046 p.n.e. Tabliczka, zapełniona znakami pisma klinowego, była zatytułowana „ąntashubba”, co w języku sumeryjskim oznacza „chorobę padania”. Przekaz zawierał opisy oparte na wnikliwych obserwacjach sytuacji zapowiadających napady. Znajdujemy tam również zapisy dotyczące rokowania, przebiegu padaczki, oraz opisy wielu typów napadów, które obecnie nazywamy napadami toniczno-klonicznymi, napadami nieświadomości oraz napadami częściowymi złożonymi(5).

W mezopotańskim zbiorze praw czyli w Kodeksie Hammurabiego z 1900 roku p.n.e wymieniana jest choroba zwana *bennu (*tak określano padaczkę*)*.

Istota tej choroby była przedmiotem dociekań wielu starożytnych i średniowiecznych autorów, m.in. Arystotelesa, Hipokratesa, Galena, Awerroesa. W pismach tych filozofów można odnaleźć próby określenia przyczyn oraz sposoby leczenia padaczki.

Sposób spostrzegania zarówno choroby jak i osób borykających się z napadami epileptycznymi ulega w dziejach historii ludzkości, można rzec, zmianom naprzemiennym. W czasach starożytnych bardzo często padaczka ze względu na specyfikę i żywiołowość napadów, które jak sądził Paracelsus, miały jakąś boską siłę, była uznawana za świętą chorobę, zesłaną przez bogów (*morbus sacer*). Tak traktowano padaczkę w starożytnym Egipcie. Rzymianie wierzyli, że jest to choroba demoniczna i zarazem zaraźliwa. Według Rzymian można było zarazić się padaczką poprzez dotyk i oddech osoby chorej. W Europie średniowiecznej, zarówno chorzy jak i obawiający się cho-

roby, modlili się do świętych i relikwii. Do szczególnie ważnych patronów chorych na padaczkę zaliczano Trzech Króli oraz św Walentego. Chorym dawano specjalne błogosławione pierścienie, które miały pomagać kontrolować napady padaczki. Kazano nosić na szyi woreczki z mirrą, kadzidłem i złotem, i co wieczór odmawiać modlitwę za duszę ojców i matek Kacpra, Melchiora i Baltazara (14).

W okresie renesansu chorych z padaczką uważano za proroków. Przekonania te opierano na założeniach, że chorzy na padaczkę w czasie napadu mogą być w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Przypisywano im również niezwykłe zdolności i ponad przeciętną inteligencję, ponieważ bardzo dużo wielkich ludzi, przywódców i filozofów miało padaczkę. Można nawet pokusić się o stwierdzenie typu fascynacja tymi osobami. Wielu badaczy do dziś szuka dowodów na istnienie związku między padaczką i wyjątkowymi uzdolnieniami niektórych osób. W German Epilepsy Museum w Kork jest lista znanych postaci chorujących na padaczkę.[1]

W piśmiennictwie odległych epok odnajdujemy również próby wyjaśniające patofizjologiczne mechanizmy padaczki. Hipokrates przeciwstawiając się wersji o pochodzeniu padaczki od bogów, uważał, że padaczka ma swoje źródło w mózgu. Twierdził, iż utrata świadomości występuje w wyniku braku powietrza w mózgu, co jest następstwem zagęszczenia krwi przez nadmiar śluzu; nadmiar tego ślu-

[1] Na liście chorujących na padaczkę znajdujemy takie nazwiska jak: Herkules, król Saul, Sokrates, Aleksander, Juliusz Cezar, święty Paweł, Ludwig II, Moliere, Napoleon, Pius IX, Dostojewski, Nobel, van Goch, Lenin.

zu (piana) wychodzi z ust człowieka w czasie napadu. Powietrze uwięzione w żyłach kończyn powoduje gwałtowne ich drgania. Twierdził również, że na padaczkę chorują te osoby, których mózg zawiera nadmiar flegmy tzw. flegmatycy (14).

Medycyna epoki Odrodzenia rozwijała somatyczny aspekt pochodzenia padaczki. Cornelius Agrippa uważał, że padaczka może wystąpić również w wyniku działania pewnych toksyn. Carolus Piso natomiast wprowadził diagnostykę różnicową napadów histerii i padaczki. Twierdził on, że napady histerii mają emocjonalno-afektywne pochodzenie, podczas gdy napady padaczkowe mają swój początek w mechanicznym uszkodzeniu czaszki i mózgu (7).

W czasie Oświecenia nastąpił ponowny zwrot w kierunku traktowania padaczki, jako choroby zakaźnej. Osoby z tymi zaburzeniami były zamykane w szpitalach psychiatrycznych. Teologowie i „lekarze" wierzyli także w czarownice rozsiewające padaczkę (19).

Na przestrzeni dziejów leczenie padaczki w różnych kulturach zależało od poziomu wiedzy medycznej i panującej filozofii. Zapobieganie napadom było nie tylko domeną medyków, lecz także leżało w gestii szamanów i egzorcystów. Największe zainteresowanie budziły napady drgawek o bogatej symptomatologii, często kojarzone z mistycyzmem, magią i szamaństwem czy chorobą psychiczną.

W leczeniu stosowano przeróżne metody. Smarowano usta chorego krwią a także kazano pić krew prosto z ludzkich ran (14). Częstymi praktykami, które opierały się na teorii upośledzonej drożności żylnej, były upusty krwi, wstrzymywanie oddechu, potrząsanie gło-

wą. Zalecano spożywanie wątroby żabiej, picie psiej krwi lub moczu osoby, która pierwsza widziała napad (11). Osobom chorym na padaczkę zabraniano sypiania na otwartym powietrzu w noc księżycową, zalecano unikanie samogwałtu, zakazywano współżycia płciowego (uważając za Hipokratesem i Demokrytem, że było ono lekką postacią napadu padaczkowego). Czasem, jako środek leczniczy zalecano sterylizację (2, 14, 19). W Szkocji mężczyzn kastrowano, kobiety skazywano na dożywotnie dziewictwo a ciężarne palono na stosie. Chorych na padaczkę uznawano za nieczystych, unikano ich, zakazywano spożywania posiłków i picia z tych samych naczyń, korzystania z tej samej łaźni co chorzy. Epileptyków zamykano w miejscach odosobnionych lub wypędzano z miast czy wtrącano do więzień (3, 4, 18). Postanowienia Synodów jednoznacznie zakazywały komunikowania chorych na padaczkę, aby w ten sposób nie bezcześciły one poświęconego miejsca i nie zainfekowały naczyń liturgicznych (3, 4).

Rozwój nauk medycznych w XIX wieku daje początek upadkowi nieracjonalnych poglądów na pochodzenie padaczki. W odniesieniu jednak do leczenia, całkowicie nieuzasadnione poglądy przetrwały do początków XX wieku, czy nawet do II wojny światowej. Ogromny postęp, w rozumieniu padaczki, został zapoczątkowany w końcu XIX wieku badaniami elektrofizjologicznymi i wprowadzeniem encefalografii klinicznej przez Hansa Bergera.

Do pierwszych leków przeciwpadaczkowych należały pochodne waleriany i belladonny (pokrzyk wilcza jagoda) podawane oddzielnie lub łącznie. Otrzymanie bromku przez Balarda w 1826 roku i synteza

mocznika przez Wöhlera w 1828 roku otworzyły drogę pierwszym preparatom laboratoryjnym, które okazały się później skuteczne w leczeniu padaczki. Leczenie bromkami, mimo znacznych objawów ubocznych, utrzymywało się przez ponad 50 lat. Epoka bromu skończyła się praktycznie z chwilą wprowadzenia znacznie skuteczniejszego leku przeciwpadaczkowego - kwasu fenyloetylo - barbiturowego (Luminalum) przez Hauptmana w 1912 roku i metylofenobarbitalu w 1932 roku przez Weesa. Do 1938 roku znane i stosowane były trzy leki przeciwpadaczkowe, których skuteczność oceniano na podstawie wnikliwych obserwacji klinicznych, a nie badań laboratoryjnych (5).

W dzisiejszych czasach, mimo rozwoju technik diagnostycznych, zdecydowanych sukcesów terapeutycznych, oraz akcji popularyzujących wiedzę o padaczce, pozostaje ona nadal chorobą wstydliwą, obciążoną stygmatyzacją i dyskryminacją chorego w społeczeństwie. Jest to tym istotniejsze, że padaczka jest jedną z najczęstszych chorób układu nerwowego, która może wystąpić w każdym wieku i może dotknąć każdego z nas. Choruje na nią około 500 mln ludzi na świecie, a rocznie stwierdza się 2 mln nowych zachorowań. W krajach słabo rozwiniętych liczba zachorowań jest większa z powodu gorszych warunków życia i większego ryzyka urazów głowy lub neuroinfekcji. Zazwyczaj odsetek chorych w populacji ogólnej szacuje się na 1% (15). Oznacza to, że w Polsce około 400 tysięcy ludzi choruje na padaczkę. Epilepsja jest chorobą ludzi młodych gdyż pierwszy napad padaczkowy ma miejsce w 30% przypadków przed ukończeniem 4 ro-

ku życia, w 50% przed 11 rokiem życia i w 70% przed ukończeniem 14 roku życia (16).

Padaczka nie jest chorobą dziedziczną, dziedziczny jest niski próg pobudliwości komórek nerwowych mózgu. Co ważne, w ok. 65-75% przyczyna padaczki jest nierozpoznawalna. Epilepsja nie jest jednostką chorobową (nie ma jednej przyczyny, jednolitego przebiegu i rokowania), a objawem, który może być spowodowany wieloma, często jednocześnie działającymi czynnikami uszkadzającymi (6, 8).

Pacjent chory na padaczkę z powodu skłonności do występowania napadów ma zazwyczaj poczucie swojej niesprawności, która wyraża się ograniczeniami prawidłowego funkcjonowania fizycznego i psychicznego: zmniejszeniem ufności we własne możliwości i poczuciem mniejszej wartości, a w wymiarze ogólnym – pogorszeniem jakości życia. Padaczka stanowi problem zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Rodzice dziecka z padaczką mogą obawiać się, że dziecko umrze, otaczać je nadmierną opieką, albo odrzucać. Dziecko może czuć się niepewnie, zwłaszcza, jeśli widzi bezradność i przygnębienie rodziców. Kiedy padaczka pojawia się u nastolatków, może powodować nie tylko złość, ale również bunt, ponieważ marzenia o przyszłym życiu, rozwoju osobistym mogą ulec zdecydowanym zmianom.

Dodatkowym obciążeniem jest stygmatyzacja chorych na padaczkę. Wiąże się ona z określonymi sankcjami środowiskowymi. Lęk przed stygmatyzacją sprawia, że wielu chorych wyczuwa jej istnienie na długo, zanim rzeczywiście wystąpią nieprzyjazne reakcje ze strony

otoczenia. W tych przypadkach główne utrudnienia życia pacjenta są częściej związane z przeczuwaniem stygmatyzacji niż z reakcjami ujawnianymi przez otoczenie. Na tej podstawie można sądzić, że najlepszym sposobem walki ze stygmatyzacją jest ujawnienie choroby i jej skuteczne leczenie. Ujawnienie choroby może stwarzać jednak wiele dodatkowych problemów, bardzo dużo zależy od środowiska, w którym przebywa chory i jego rodzina. Jeśli chodzi o skuteczne leczenie, prognozy są o wiele pewniejsze. W ostatnich latach stwierdza się znaczący postęp w możliwościach leczenia padaczki, co przekłada się, w sposób wymierny, na jakość życia chorych.

Działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z padaczką są szczególnie istotne w stosunku do chorujących dzieci. Tak naprawdę, choroba ta zmienia całe życie, nie tylko dziecka, ale również całej rodziny. Reakcją na rozpoznanie padaczki u dziecka jest pojawienie się u rodziców wielu negatywnych zachowań i postaw, a mianowicie:

- Poczucia winy, zwłaszcza, gdy padaczka ma podłoże genetyczne.
- Postawy nadopiekuńczej - rodzice pragną chronić dziecko przed zewnętrznymi zagrożeniami, jednak ich nadopiekuńczość zmniejsza samodzielność dziecka, spowalnia rozwój jego osobowości i ogranicza umiejętność funkcjonowania w środowisku, którą normalnie nabywają zdrowe dzieci. W skrajnych przypad-

kach rodzice poświęcają się całkowicie opiece nad dzieckiem, zaniedbując potrzeby własne i reszty rodziny.

- Obawy i żalu. Rodzice boją się rozpoznania, napadów, przewlekłego charakteru choroby. Jednocześnie rodzi się żal, że tracą szansę wychowania w pełni zdrowego dziecka.
- Przeniesienia lęku o dziecko na służbę zdrowia. Przewlekła choroba dziecka, towarzyszące jej upośledzenie umysłowe i wtórne „wypalanie się" rodziców, związane ze stałą opieką nad dzieckiem sprawiają, że poszukują oni osób odpowiedzialnych za chorobę dziecka w placówkach służby zdrowia (12).

Choroba jednego z dzieci niejednokrotnie wymaga zmian w funkcjonowaniu pozostałych członków rodziny. Zmiany te dotyczą codziennego programu zajęć, rezygnacji z niektórych przyjemności, ambicji, planów zawodowych, hobby.

Wpływ padaczki na funkcjonowanie chorych i ich rodzin w wielu wymiarach życia, zostaje również zauważony w medycynie. Kiedyś w leczeniu padaczki chodziło tylko o opanowanie napadów, dziś podejmuje się szereg badań dotyczących oceny jakości życia, która ujmowana jest globalnie i jest całościową oceną życia. W tej całościowej ocenie brane są pod uwagę główne sfery aktywności człowieka – fizyczna, psychiczna i społeczna, które poddawane są ocenie w aspekcie subiektywnym i obiektywnym.

W naszym kraju w ocenie jakości życia dzieci z padaczką stosowany jest między innymi kwestionariusz Health-Related Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE) (9).

QOLCE jest kwestionariuszem dla dzieci z padaczką w wieku 4-18 lat, wypełnianym przez rodziców.

Kwestionariusz wyróżnia 5 kategorii funkcjonowania dziecka:

- **Funkcjonowanie fizyczne** składa się z 12 pytań, tworzących dwie podskale-ograniczenia fizyczne (10 pozycji testowych) oraz energia/zmęczenie (2 pozycje) - oceniające wpływ padaczki na szeroki zakres aktywności dziecka. W skali nie uwzględniono ograniczeń w codziennych czynnościach, takich jak możliwość poruszania się czy zadbania o siebie, które są przede wszystkim skutkiem zaburzeń neurologicznych.
- **Funkcjonowanie poznawcze** składa się z 22 pytań tworzących 4 podskale - uwaga/koncentracja (5 pozycji), pamięć (6 pozycji), język (8 pozycji) i inne poznawcze (3 pozycje). Dotyczy częstych u dzieci z padaczką zaburzeń poznawczych, mogących być skutkiem uszkodzeń strukturalnych mózgu, napadów padaczkowych bądź problemów psychospołecznych. Podskala inne poznawcze dotyczy planowania, rozwiązywania problemów i czasu reakcji.
- **Funkcjonowanie emocjonalne** składa się z 19 pytań tworzących 4 podskale - depresja (4 pozycje), lęk (6 pozycji), kontrola/bezradność (4 pozycje) i samoocena (5 pozycji). Badania pokazują częste współwystępowanie z padaczką dziecięcą zabu-

rzeń lękowych, depresji, niskiej samooceny i zewnętrznego poczucia kontroli. Pytania w tej kategorii dotyczą ogólnego dobrostanu dziecka, z uwzględnieniem podanych wyżej dysfunkcji

- **Funkcjonowanie społeczne** składa się z 7 pytań tworzących 3 podskale - interakcje społeczne (3 pozycje), aktywności społeczne (3 pozycje) i stygmatyzacja (1 pozycja). Dzieci z padaczką często relacjonują trudności z niezależnością, akceptacją społeczną i stygmatyzacją. Prowadzi to do ukrywania przez wiele z nich choroby oraz do minimalizowania kontaktów społecznych ze względu na związaną z nimi stygmatyzację. Pozycje testowe badają problemy społeczne w szkole, relacje z rówieśnikami i członkami rodziny oraz ograniczenia dotyczące czasu wolnego i aktywności społecznych dziecka.
- **Zachowanie** składa się z 14 pozycji tworzących jedną podskalę. Obejmuje typowe zaburzenia funkcjonowania, opisywane u części dzieci z padaczką. W przeciwieństwie do poprzednich kategorii, założeniem tutaj jest pomiar bezpośrednio obserwowalnych zachowań dziecka.

Pytania oceniające zdrowie ogólne oraz ogólną jakość życia dziecka nie zostały włączone do żadnej z powyższych kategorii i tworzą osobne podskale, oceniające zdrowie dziecka w porównaniu z jego rówieśnikami oraz jakość życia.

W związku z szerokim zakresem badanych aspektów funkcjonowania, dostosowanych do specyficznej problematyki padaczki, oraz z dobrymi własnościami psychometrycznymi Kwestionariusz Jakości

Życia w Padaczce Dziecięcej może być wykorzystywany zarówno do badań naukowych, umożliwiając zwrócenie uwagi na specyficzne aspekty funkcjonowania dzieci z padaczką, jak i w praktyce klinicznej oferując lepsze zrozumienie funkcjonowania dziecka i dostosowanie terapii do jego indywidualnych potrzeb.

W roku 2010 autorzy pracy, przeprowadzili badania jakości życia kwestionariuszem QOLCE u 43 dzieci z padaczką objętych opieką medyczną w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J Brudzińskiego w Bydgoszczy na Oddziale Neurologii Dziecięcej z Pododdziałem Rehabilitacji.

Wyniki w podstawowych obszarach funkcjonowania dzieci przedstawia zamieszczona poniżej tabela nr 1

Tab.3 nr 1. Funkcjonowanie dzieci z padaczką N=43

skale	średnia	minimum	maksimum	odchylenie standardowe
ograniczenia fizyczne	56,48	0	90,63	25,69
energia/zmęczenie	55,23	12,5	100	23,18
uwaga/koncentracja	64,07	0	100	25,55
pamięć	58,53	0	100	26,13
język	64,97	0	100	26,84
inne poznawcze	59,11	0	100	29,82
depresja	71,07	33,33	100	14,32
lęk	65,27	25	95,83	17,96

skale	średnia	minimum	maksimum	odchylenie standardowe
kontrola/bezradność	61	0	100	25,28
samoocena	64,97	12,5	93,75	19,86
interakcje społeczne	76,49	12,5	100	28,24
aktywność społeczna	76,74	25	100	25,17
stygmatyzacja	83,82	0	100	26,03
zachowanie	65,28	14,58	88,46	18,53
zdrowie ogólne	41,86	25	75	17,86
jakość życia	59,88	25	75	16,49
Ogólna QOLCE	63,72	29,17	87,92	16,74

W każdej z poddanych ocenie skali możliwy do uzyskania wynik mieści się w przedziale od 0 do 100 punktów i stanowił średnią ocenę z pytań wchodzących do danej skali. Im wyższy poziom, tym lepsze funkcjonowanie dziecka w danej sferze.

Interpretując wyniki zamieszczone w powyższej tabeli można wysunąć wnioski, że badane dzieci najlepiej funkcjonują w sferach: stygmatyzacja, interakcje społeczne, aktywność społeczna, depresja. Najgorzej w zdrowiu ogólnym. Największe zróżnicowanie poziomu jakości życia (heterogeniczność) w badanej grupie odnotowano w skalach: inne poznawcze, interakcje społeczne. Najmniejsze zróżnicowa-

nie wyników (jednorodność grupy) w depresji, jakości życia oraz w wyniku ogólnym.

Podstawowym aspektem rozważań w prezentowanej pracy jest funkcjonowanie w wymiarze społecznym. Krótki historyczny przegląd relacji społecznych w stosunku do chorych na padaczkę nie wypadł pozytywnie. Szereg współczesnych publikacji czy wypowiedzi, zarówno osób chorych jak i ich rodzin bądź też znajomych twierdzi, że dzieci z padaczką często mają trudności z niezależnością, akceptacją społeczną i stygmatyzacją. Osoby z padaczką nawet w dzisiejszych czasach spotykają się z dyskryminacją ze strony społeczeństwa, brakiem akceptacji i nietolerancją. Prowadzi to do ukrywania przez wielu z nich choroby oraz do minimalizowania kontaktów społecznych. W badaniu z wykorzystaniem kwestionariusz QOLCE poddano ocenie: interakcje społeczne, aktywność społeczną i stygmatyzację. Pozycje testowe badają problemy społeczne w szkole, relacje z rówieśnikami i członkami rodziny oraz ograniczenia dotyczące czasu wolnego i aktywności społecznych dziecka.

Analiza zebranego materiału wskazuje, że 62,79% dzieci nigdy nie musiało ograniczać interakcji społecznych z powodu swojej choroby, czy też choroba nie wpłynęła negatywnie na te interakcje. 16,28% rodziców uważa natomiast, że choroba niekorzystnie wpływa na relacje jego dziecka z innymi osobami w niektórych sytuacjach a 11,63% badanych wskazuje, że padaczka znacznie ograniczyła interakcje społeczne jego dziecka i odizolowała go od innych.

W wynikach oceniających aktywność społeczną dzieci podobnie, 62,79% dzieci nigdy nie musiało z powodu choroby ograniczać swoich kontaktów towarzyskich a także swojej aktywności w czasie wolnym. Co ciekawe, duża grupa rodziców sądzi, iż choroba wręcz pozytywnie wpłynęła na przyjaźnie i relacje ich dzieci z innymi rówieśnikami. Na negatywny wymiar choroby dziecka w tej kwestii, uskarża się ponad 16,28% ankietowanych.

Zadawalające wyniki uzyskano również w ocenie stygmatyzacji społecznej, gdyż zdecydowana większość uważa, że ich dziecko z powodu choroby nie czuje się napiętnowane czy też naznaczone. Choroba nigdy nie utrudniła utrzymywania przyjaźni czy też nie wystraszyła innych osób.

Wcześniejsze badania w Polsce z wykorzystaniem kwestionariusza QOLCE również wskazują na poprawę społecznych postaw wobec chorych z padaczką. Jednakże potoczne obserwacje czy dyskusje na forach internetowych zdają się często zaprzeczać tym optymistycznym opinią (10,17).

Padaczkę charakteryzują przede wszystkim napady o różnej częstotliwości i nasileniu. Najczęstszymi objawami napadu jest utrata świadomości, zniekształcenia ciała w trakcie napadu drgawek, ślinotok, nie trzymanie moczu. Napady są nieprzewidywalne, towarzyszą im często urazy. Przeraża to zarówno chorego ale przede wszystkim nieuświadomionego obserwatora. Zatem wiele osób odczuwa niepokój będąc świadkiem napadu i mając do czynienia z osobą, która ma padaczkę.

Wiele badań i doniesień medialnych wskazuje na to, że wcześniej czy później dziecko chore na padaczkę doświadczy odrzucenia i stygmatyzacji.

Stygmatyzacja powoduje, że już sami chorzy, zarówno dorośli jak dzieci, postrzegają siebie inaczej. Jak wskazują badania J.A.Collins, dorośli, chorujący na padaczkę, postrzegają siebie, jako: mniej wartościowych, gorzej adaptujących się, mniej dojrzałych, mniej stabilnych, mniej zdolnych do walki, trudniej osiągających sukcesy, gorzej dostosowujących się do sytuacji. Poczucie stygmatyzacji zgłaszało: 14% pacjentów w okresie remisji padaczki, 25% z nowo rozpoznaną padaczką, 38% z aktywną postacią padaczki, 51% członków grup samopomocowych chorych na padaczkę.

Badania przeprowadzone w Europie w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych, wykazały, że ponad połowa z 5000 badanych pacjentów czuła się napiętnowana społecznie przez zachorowanie na padaczkę. [ ](Grabowska-Grzyb, 2002).

Okazuje się, że wysoki odsetek postaw negatywnych występuje w wielu krajach Europy Zachodniej (Francja i Grecja ponad 60%, Niemcy, Włochy, Szwajcaria, Wielka Brytania, Czechy ponad 50%, Szwecja, Finlandia, Holandia ponad 40%). Najniższy odsetek negatywnych postaw wobec chorych na padaczkę stwierdzono w Polsce (31%).(Kramer i wsp., 2003) (13).

Sonda, którą przeprowadziła J.K. Austin w 2006 roku wśród 19441 nastolatków w Wielkiej Brytanii, na temat odrzucenia i stygmatyzacji młodzieży chorującej na padaczkę wykazała, że: 75% młodzie-

ży chorej na padaczkę jest częściej zaczepiana i terroryzowana przez rówieśników niż ich koledzy. Chorzy na padaczkę w ocenie rówieśników są mniej uczciwi i mniej godni zaufania, mniej towarzyscy i mniej zabawni oraz mniej zainteresowani sportem i rozrywkami niż normalna młodzież.

Powyższe wyniki i stwierdzenia zupełnie nie przystają do zmian, jakie zaistniały w opiece medycznej w kwestii pacjentów z padaczką. Co raz bardziej rozpowszechniony i akceptowany w świecie medycznym model holistyczny pozwala na spostrzeganie padaczki, jako schorzenia o wielowymiarowych skutkach. Możliwości leczenia są coraz większe i efektywniejsze. Głównym celem prowadzonych badań klinicznych jest poszukiwanie terapii mniej inwazyjnych i leków, których działanie nie ma efektów niepożądanych. Popularyzacja badań oceniających szeroko rozumianą jakość życia w naukach medycznych świadczy o zrozumieniu faktu, że stopień ułomności, kalectwa czy też zależności nie jest wyłącznie funkcją uszkodzenia fizycznego spowodowanego chorobą. Wpływają na to również czynniki społeczne i psychiczne. Zatem badania, dotyczące jakości życia pacjentów z padaczką, nie tylko poprawiają opiekę medyczną nad chorymi, ale dają również inny rodzaj korzyści - pozwalają na wyodrębnienie mechanizmów leżących u podłoża zależności między chorobą a czynnikami psychospołecznymi.

Czas zatem na naprawę społeczeństwa. W tym miejscu pozwolę sobie ponownie przytoczyć słowa Hipokratesa -

„Ludzie myślą, że padaczka jest boską chorobą przede wszystkim, dlatego że jej nierozumieją."

Aby wyeliminować stygmatyzację i dyskryminację osób chorych na padaczkę należy szerzyć wiedzę na temat tej choroby i sposobów reagowania oraz udzielania pomocy osobom w trakcie napadu. Należy uświadamiać społeczeństwo, że osoby chore na padaczkę mogą uczęszczać do normalnych szkół i są zdolne do wykonywania i spełniania się w różnych bezpiecznych dla nich rolach zawodowych i rolach życiowych. W pełni opisuje to Europejska Deklaracja dotycząca padaczki "Wyjść z cienia" z 25 października1998 r. W różnych krajach, również w Polsce powstało szereg organizacji wspierających chorych z padaczką.

Piśmiennictwo

1. *Appleton R. Gibbs J.*: Padaczka u dzieci I młodzieży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2000.
2. *Biegański A., Domański J., Prus J.*: Padaczka. Nauka o chorobach wewnętrznych, t.1. Choroby Układu nerwowego, s. 229-237. Kraków 1905.
3. *Creutz W.*: Die Neurologie des 1-7 Jahrhunderts. Eine Historich – Neurologische Stusie von Dr Walter Creutz. Georg Thime (Verlag) Leipzig 1934.
4. *Domański S.*:Wykłady o chorobach układu nerwowego. Kraków 1881.: 34-42.
5. *Guberman A.*: Podstawowe zagadnienia kliniczne padaczki. D.W. Publishing Co. 1999.
6. *Koncewicz R.*:Drgawki – problem w podstawowej opiece zdrowotnej. Medycyna Rodzinna, zeszyt 20, 5, 2002.
7. *Majkowski J.*:Bibliografia padaczki 1543- 2000. Fundacja Epileptologii. Warszawa 2006.
8. *Marszał E.*: Drgawki gorączkowe I padaczka wieku dziecięcego. W: Kohler B, Marszał E., Świetliński J (red) Wybrane zagadnienia z pediatrii. Śląska Akademia Medyczna. Katowice 2002.
9. *Mathiak K. i inni.*: Kwestionariusz jakości Życia w padaczce dziecięcej – polska adaptacja kwestionariusza Heath Related Qualitet Life in Chidhood Epilepsy Questionnaire. Neurologia i Neurochirurgia Polska. 2007, 41, 3: 203-214.

10. *Mojs E., Głowacka M.D. Samborski Wł.*: Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terapii. Annales Academiae Medicae Stetinensis. 2007, 53,3: 82-87.
11. *Piotrowski A.*:O padaczce. Nowiny Lekarskie 1913; R25,nr12: 636-643.
12. Poradnik dla rodziców i opiekunów. Problemy społeczne, wychowawcze i edukacyjne u dzieci i młodzieży. Wydane nakładem firmy Glaxo Smith Kline Commercial. Wydawnictwo Bi Folium.
13. *Ronen M. G., Streiner D., Rosenbaum P.*: Health and Quality of Life Outcoms. BMC Public Health.2003.[bad europ].
14. *Sokołowski S.*: Święta choroba, czyli historia padaczki. Problemy 1950. R 6, nr 7: 473-478.
15. *Sidor K., Ostoja – Chrząstowska W.*: Padaczka i jej leczenie u dzieci. Nowa Pediatria, zeszyt 29, nr 2. 2002.
16. *Sidor K.*: Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej. PZWL. Warszawa 1997.
17. *Talarska D.*: Jakość życia dzieci z padaczką w oparciu o kwestionariusz QOLCE. Polska Medycyna Rodzinna, 2004, 6.Suppl.1: 42-44.
18. *Thomayer A.*: Padaczka kiłowa. Przegląd Lekarski. 1881 R 20, nr 43: 569-570
19. *Thornton E.M.*: Hynotism. Histeria and Epilepsy; Cz 3 A partticular of epilepsy. Wiliam Heinemann Medical Boks Ltd London 1976.

Praca zawiera 27 045 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PACJENT Z PADACZKĄ – DAWNIEJ I DZIŚ

Seweryna Konieczna

Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych
Gdański Uniwersytet Medyczny
koniec@gumed.edu.pl

Padaczka jako problem społeczny

Padaczka należy do najczęstszych chorób neurologicznych i występuje u ludzi w każdym wieku. Szacuje się, że na świecie cierpi na nią około 50 milionów osób (2). Choroba ta może występować w różnym okresie życia. Najczęściej dotyka ludzi młodych (80 % wszystkich padaczek ujawnia się do 20. roku życia), jednakże nie jest rzadka u osób w podeszłym wieku, kiedy to zachorowalność związana jest ze starzeniem się mózgu. Dlatego też należy być świadomym tego, że na padaczkę może zachorować człowiek w każdym wieku, a nawet ten zupełnie zdrowy i bez wcześniejszych oznak problemu (8).

Zachorowanie niesie za sobą konsekwencje dotyczące dalszego życia, także w aspekcie społecznym. Rozpoznanie choroby budzi u pacjentów i ich najbliższych uczucie zaskoczenia, lęku, niesprawiedliwości. Chorzy stają się niepewni swojej przyszłości, pracy, edukacji, relacji z przyjaciółmi, możliwości założenia rodziny. Rodzice chorych dzieci obawiają się o życie swego potomstwa, otaczają je nadmierną opieką, bądź też wręcz przeciwnie – opuszczają je. Często pacjenci

z padaczką skrywają swoją chorobę w obawie przed odrzuceniem ze strony otoczenia (2). Utrata przytomności, występowanie konwulsji, naprężenie ciała, wygięcie go w łuk, szczękościsk, ślinotok, sinica, nietrzymanie moczu czy przygryzanie języka podczas napadu budzą przerażenie. Ten stereotypowy sposób postrzegania chorych na padaczkę często jest krzywdzący, gdyż rodzajów napadów jest wiele, a niektóre są zupełnie niedostrzegalne.

Wielu cierpiących jest z tego względu społecznie izolowanych, co potęguje uczucie osamotnienia, odosobnienia, niepełnosprawności, niską samoocenę czy poczucie bezradności (21). We współczesnym świecie, nawet w krajach wysoko rozwiniętych, istnieje wiele mitów i stereotypów dotyczących choroby i codziennego funkcjonowania chorych, które budzą strach i lęk. Zdrowe społeczeństwo często wyklucza takie osoby z życia społecznego, traktując je jako obywateli gorszej kategorii. Co więcej, padaczka jest przez część owego społeczeństwa mylnie uznawana za chorobę psychiczną i nieuleczalną (19, 20).

Z tego względu chorzy pozbawieni są awansu społecznego i zawodowego, możliwości udziału w życiu publicznym. Dzieci pozbawiane są często możliwości należytego kształcenia, a dorośli ignorowani są przez pracodawców, co doprowadza do wysokiego poziomu bezrobocia wśród chorych. Dyskryminacja spowodowana jest często brakiem wiedzy na temat samej choroby, nieznajomością sposobów pomocy chorym podczas napadu. Kluczową rolę odgrywają zaniedbania w kształtowaniu tolerancyjnych wzorców postaw społecznych.

Otoczenie nie dostrzega faktu, że chory boryka się z wieloma problemami. Przede wszystkim obawia się o własne życie, jego komfort może znacząco ulec zmianie. Dodatkowo izolacja ze strony społeczeństwa i poczucie osamotnienia często doprowadzają do depresji, a nawet prób samobójczych (2).

Padaczka – „święta choroba”

Od niepamiętnych czasów lekarze taką nazwą obdarzali to schorzenie [4]. Jest chorobą znaną od początków dziejów ludzkości, a jej opisy można znaleźć w najstarszych z ksiąg starożytnych cywilizacji. Pierwsze wzmianki na jej temat pojawiły się już w egipskich papirusach 5000 lat przed narodzinami Chrystusa, czy też w babilońskim Kodeksie Hammurabiego zredagowanym w XVIII wieku p.n.e. (3). Wtedy to uważano padaczkę za chorobę nadprzyrodzoną, pochodzącą od bogów. W celu wyleczenia chorzy byli poddawani rozmaitym czynnościom, odprawiano nad nimi modły do licznych bóstw, a nagłe ustąpienie objawów tłumaczono istnieniem zjawisk nadprzyrodzonych. O padaczce wspominają także hinduskie święte księgi Wedy, które stanowiły całość ówczesnej wiedzy człowieka o świecie ludzi i bogów, Biblia, żydowski Talmud, rzymska encyklopedia medyczna *Celsusa De Medicina Libri Octo,* bizantyjski *Tetrabiblion* Aetiusa z Amis, czy *Canon Medicinae* Avicenny (4, 5).

Dokładne opisy napadów padaczkowych występują również w babilońskim podręczniku diagnostyki medycznej Sakikku, gdzie

wymienione zostały objawy poprzedzające napady, a także czynniki je prowokujące (6).

Padaczka jest chorobą, jak twierdzą niektórzy, tysiąca nazw. Ludzie mieli nadzieję, że mogą uniknąć choroby poprzez nadanie jej nazwy. Dlatego też można spotkać się z różnymi określeniami padaczki: w Egipcie nazywano ją nesejt (niebezpieczna, zesłana przez bogów), świętą chorobą, wielką chorobą (11, 13), w Babilonie bennu (10), morbus demoniacus, morbus sacer, morbus comitialis, morbus lunaticus, caducus, morbus Herculeus (1), passio sacra, maiora sacra, puerillis passio, divinitus immisse (12). Charaka Samhita nazywał padaczkę „apasmara". 40 babilońskich tablic datujących się na 2000 r. p. n. e. z British

Museum w Londynie opisuje różne rodzaje napadów i ich wiele nazw. W Polsce padaczkę nazywano „wielką chorobą", „padającą chorobą", „niemocą św. Walentego" (18).

Historia padaczki i pacjenta z padaczką

Przez tysiąclecia przyjmowano, że padaczka to choroba spowodowana przez złe duchy. Dopiero lekarz z Kos – Hipokrates (460 – 375 p. n. e.) – uwolnił medycynę od przesądów i oparł ją na logicznym wnioskowaniu i doświadczeniu. Swe spostrzeżenia na temat padaczki zawarł w traktacie *O świętej chorobie,* gdzie dokładnie opisał jej objawy. Podkreślił w nim, że nie jest to choroba „nadprzyrodzona", a choroba ciała, zlokalizowana w mózgu i wywołana naturalnymi przyczynami. Natomiast lekarz Aretaios z Kapadocji (I – II wiek), naśladowca

Hipokratesa, doskonały obserwator i pisarz, pozostawił po sobie wszechstronniejszy od dotychczasowych opis padaczki (4, 7).

Asklepiades (ok. 128 – 56 p. n. e.), grecki lekarz i filozof z Prusy, krytyk hipokrateizmu, zamiast patologii humoralnej wprowadził patologię solidarną, co doprowadziło go do rewolucyjnych wniosków. Uznał, że choroba to zmiany w częściach stałych organizmu, w atomach i ich układach, a nie skażenie soków ustrojowych. Przyjął, iż padaczka i choroby psychiczne mogą powstawać w wyniku ucisku na mózg opon mózgowych lub uszkodzonej czaszki (4). Inny znakomity starożytny lekarz, Galen (ok. 130 – 210 n.e.), który znacznie przyczynił się do rozwoju nauk medycznych, opisał wiele postaci napadów padaczkowych. On także wprowadził pojecie „aury" (7).

Grecki lekarz z Cylicji, Dioskurides Pedanios (I w.), zalecał chorym cierpiącym na epilepsję pieczoną wątrobę baranią i oślą. Pliniusz Starszy (23 – 79 r. n. e.), rzymski pisarz i historyk, radził zaś stosować serce wilka, mięso ssącego jeszcze psa, jądro kogucie, mózg wielbłąda, krew jagnięcia, pierwsze potomstwo jaskółcze oraz nalepić ogon smoka owinięty skórą gazeli i związany rzemieniem ze skóry jelenia na lewe ramię chorego. Starożytni Rzymianie dokonywali także kastracji chorych na padaczkę, ale słusznie zauważyli, że żaden z okaleczonych chorych nie został z niej wyleczony. Starożytni Kymryjczycy kierowali na epileptyka dym ze spalonego koźlego mózgu, polewali głowę żółcią psa, a także zmuszali cierpiącego do spożywania mieszaniny wysuszonego, ludzkiego mózgu z wodą konwaliową. Do innych środków przeciwpadaczkowych należały serce czarnego osła,

sproszkowana śledziona źrebięcia, spopielone młode kruki, roztarty kieł świni, jądra niedźwiedzie i ośle, krew zamordowanych i jeńców wojennych oraz spopielona czaszka wisielca – złodzieja (3). Chorych na padaczkę przypiekano żelazem aż do kości, zarzucano im na głowy czarne chusty. W Chinach leczono sproszkowanymi zębami słonia, w Japonii podczas napadu kładziono choremu na głowę słomiany pantofel, w Indiach wycinano epileptykowi fragment ciała, a ranę wypełniano nawozem (14).

Dopiero Hipokrates, który uznał padaczkę za chorobę wywołaną naturalnymi przyczynami,zastosował leczenie ziołowe, dietetyczne i humoralne (14).

Około 1005 roku świętą chorobę ostatecznie „zdesakralizował" oraz wprowadził termin odpowiadający dzisiejszej „epilepsji" lekarz, filozof i encyklopedysta związany z Persami i Tadżykami, Abu Ali ibn Sina, zwany Awicenną (980 – 1037 r.) (4).

Czasy średniowieczne nie przyniosły jednak postępów w poznaniu padaczki, a zrozumienie naturalnej przyczyny tej choroby popadło w zapomnienie. Ówczesnym lekarzom europejskim nadal bliższe było określenie choroby jako „świętej". Świadczyła o tym zwiększająca się liczba orędowników, którzy jej patronowali (około 40). Uważano bowiem, że padaczka jest karą od Boga lub wynikiem opętania przez złe duchy. Nazywano ją cierpieniem św. Walentego, złem św. Jana, chorobą św. Corneliusa, czy chorobą św. Pawła.

Świadomość zaraźliwości wielu chorób i obawa przed nimi sprawiły, że padaczkę uznano za chorobę zakaźną. Wiele kobiet

z epilepsją oskarżano o czary, tysiące z nich poddawano torturom i zabijano. Na podstawie książki *Malleus Maleficarum* („Młot na czarownice") wydanej w strasburskiej drukarni można stwierdzić, że w ten sposób odebrano życie ponad 200 000 kobiet. Według ówczesnych poglądów padaczka była spowodowana uderzeniem, rażeniem, jadowitym oddechem, ukłuciem, złym spojrzeniem, zemstą demonów czy karą bogów. Leczenie natomiast polegało na odmawianiu egzorcyzmów, wykonywaniu praktyk religijnych, wyklinaniu, zamawianiu, cudownych ocaleniach, wykonywaniu wyroków inkwizycyjnych, procesach wiedźm, symbolicznym wypędzaniu, noszeniu amuletów (kamieni, monet, łańcuchów, proszków, zegarów) czy przenoszeniu na inne osoby (3).

Od czasów średniowiecznych aż do początku XIX wieku cierpiących na padaczkę, podobnie jak osoby z zaburzeniami psychicznymi, przykuwano łańcuchami do ściany i zamykano w ciemnych celach. Twierdzono, że na efekt leczenia wpływa zarówno długość łańcucha, jak i miejsce przykucia (np. noga czy szyja). (4, 7).

W czasach renesansu próbowano racjonalnie podejść do zagadnienia, przede wszystkim do leczenia padaczki. Pietro Andrea Mattioli, XVI – wieczny włoski lekarz, renesansowy komentator dzieła Dioskuridesa (greckiego lekarza, który wprowadził jako pierwszy ziołolecznictwo do nauk medycznych) w roku 1568 wydał rozprawkę, gdzie zalecał stosowanie konwalarii przy zawrotach głowy, napadach apopleksji i padaczki. Ponad 150 lat później, w 1729 roku, polski lekarz Efraim Bogusław Herman wydał rozprawę *De affectu spasmodico* –

convulsivo e vermibus, którą poświęcił padaczce. Występował w niej przeciwko przesądom i wierze w czary, jednak nie przeszkodziło mu to uzależnić tego schorzenia od zarobaczenia (4).

Leczenie farmakologiczne padaczki zapoczątkował natomiast ojciec medycyny nowożytnej, Paracelsus (1493 – 1541r.). Zastosował on opium, chloroform, papaweryną i hioscyjaminę (15, 18). Oryginalną metodą terapii było podawanie choremu kamfory w dużej dawce, aby spowodować napad padaczkowy, po którym przez dłuższy czas napady nie występowały (18). Sposób leczenia epilepsji od XVI do XVII wieku był konsekwencją przyjęcia humoralnej teorii powstania „wielkiej choroby". Uznano, że padaczka powoduje „dym" osadzający się w ścianach komór mózgu lub zatykający otwory do nich prowadzące. Metody leczenia powinny usunąć nadmiar tego „dymu" albo nadmiar cieczy powodujący jego powstawanie. O takich metodach pisał Capivaceus w swym dziele *Practica medicina…* (1594). Podzielił on metody leczenia na farmakologiczne (materia medicinalis) oraz zabiegowe (materia chirurgica). Leczenie farmakologiczne polegało na usuwaniu nadmiernych ilości flegmy w wyniku stosowania środków przeczyszczających wytwarzanych z cebuli morskiej oraz z kości ludzkiej czaszki. Dzieciom zalecano wąchanie ruty. Leczenie zabiegowe natomiast obejmowało leczenie podczas napadu (in paroxysmo) oraz między nimi (extra paroxysmum).

W obu przypadkach polegało ono na upuszczaniu krwi i prowokowaniu wymiotów. W trakcie napadu medyk musiał skaleczyć choremu duży palec u nogi, a następnie ssać go, co pobudzało wypływa-

nie krwi. Miało to przywrócić drożność zatkanych otworów prowadzących do komór w mózgu. Inną metodą było drażnienie gardła epileptyka piórem maczanym w oliwie oraz silne pocieranie ciała szorstkim materiałem. Leczenie między napadami polegało na upuszczaniu krwi (venta sectio). Chorym zalecano stosowanie właściwej diety – unikanie wina, spożywanie niedużych ilości owoców, posilanie się o stałych porach dnia, wodolecznictwo (16).

Krótki rys leczenia padaczki w Polsce

Udokumentowane dane na temat leczenia padaczki w Polsce pochodzą z XVI wieku. Pierwszą pozycją był poradnik zielarski Stefana Falimirza (1534), gdzie znalazł się rozdział na temat medykamentów przeciw chorobie św. Walentego. Szymon z Łowicza w książce *Enhiridion Medicinae* z 1537 roku wymienił różne leki przeciwpadaczkowe – ludzką krew (sanguis hominis), jądra niedźwiedzia (testis ursini) czy mózg myszy (cerebrum mustallas).

Zalecenia we wszystkich dawnych polskich zielnikach, poradnikach, kalendarzach oraz przewodnikach gospodarskich i zdrowotnych pełne były przesądów i opisów tzw. Leków sympatycznych. Powszechnie praktykowane było leczenie cierpiących na padaczkę w przerwach między napadami krwią wisielców. Nawet wykształceni lekarze byli przekonani, że pierścień wykonany z kopyta łosia w pełni chronił przed napadami. Jeszcze w XVIII wieku zwiększający się brak lekarzy, brak wykształcenia wśród szlachty i mieszczan, biorące górę przesądy oraz kołtuneria w małych miastach i na wsiach prowadziły

do propagowania najbardziej absurdalnych poczynań pseudo lekarskich. Chorym na padaczkę podawano świeżą krew ściętych przez kata osób (najdroższe były pierwsza szklanka, krew panieńska, kawalerska oraz katolicka), a dla lepszego efektu terapeutycznego pomocnik kata poganiał „pacjenta" do szybszego biegania. Niewiarygodnym wydaje się fakt, że poczynania te miały jeszcze miejsce w czasach działalności Komisji Edukacji Narodowej (1773 – 1794 r.) (4).

W XVII wieku Ludwik Perzyna, zakonnik Braci Miłosierdzia, lekarz warszawskiego Szpitala Jana Bożego, a potem przeor kaliskiego klasztoru, jeden z rozdziałów swej rozprawy *Lekarz dla włościan czyli rada dla pospólstwa w chorobach i dolegliwościach naszemu krajowi, albo właściwych, albo po większej części przyswojonych* poświęcił padaczce. Wyróżnił w nim różne postacie padaczki: wrodzoną, nabytą, ostrą, myślową (16).

Znane osoby – pacjenci cierpiący na padaczkę

Chorzy na padaczkę przez blisko 2000 lat otoczeni byli lękiem, niezrozumieniem, podejrzeniami i obarczeni ogromnym piętnem. Traktowano ich jak wyrzutków i z powodu choroby karano. Jednak niektórzy z nich osiągnęli sukces oraz zdobyli sławę.

Znani i wielcy tego świata, którzy mimo trapiącego schorzenia zaistnieli w dziejach ludzkości to m.in. Gajusz Juliusz Cezar, Aleksander Macedoński, Joanna d'Arc, Napoleon Bonaparte, Fiodor Dostojewski, Alfred Nobel, Vincent van Gogh, Georges Gershwin, Hektor Berlioz, Florence Griffith Joyner (9). I można by wymieniać jeszcze

długo, długo listę sławnych pacjentów z padaczką, a jest to bardzo ważne, ponieważ te znane nazwiska uzmysławiają społeczeństwu, jak wielu ludzi z padaczką doszło do najwyższych zaszczytów i jednocześnie, że z tą chorobą można funkcjonować społecznie i na co dzień.

Gajusz Juliusz Cezar (100 – 44 p.n.e)

Juliusz Cezar był jednym z faktycznych założycieli Imperium Rzymskiego, wybitnym politykiem, dyktatorem, największym wodzem starożytnego świata i pisarzem.

O padaczce Juliusza Cezara pisało wielu rzymskich autorów. Biograf Cezara, Swetoniusz, w *Żywocie Cezara* wspomniał o dwukrotnym wystąpieniu napadów padaczkowych u władcy w miejscach publicznych. Jeden miał miejsce w trakcie bitwy o miasto Thapsus. Podczas tych napadów zabierano Cezara z widoku publicznego, aby nie widziano go w momencie braku kontroli nad samym sobą. O chorobie dyktatora wspominali także Appianusz i Plutarch. Napady padaczkowe pojawiły się u Cezara najprawdopodobniej w jego dorosłym życiu i były rzadkie. Niektórzy autorzy uznawali padaczkę polityka za wynik nadużywania alkoholu. Jednak wydaje się pewnym, że była to padaczka późna, objawowa, może pourazowa.

Na padaczkę pourazową cierpiało wielu żołnierzy rzymskich. Była ona wynikiem dużej ilości urazów głowy doznanych w bitwach. Rzymianie zauważyli, iż padaczka jest częstą przypadłością wojowników i przyjęli, że musi być spowodowana obrażeniami mózgu. Uznali, że Juliusz Cezar, który także był wojownikiem, musiał cierpieć na pa-

daczkę właśnie z tego powodu.Choroba Cezara przetrwała w powszechnej świadomości jako cecha „ojca Imperium Rzymskiego”. Dowodem tego jest fakt, że Kaligula, jeden z cesarzy rzymskich, imitował publicznie napady padaczkowe w celu przekonania otoczenia, że cierpi na przypadłość największych wodzów świata: Juliusza Cezara i Aleksandra Wielkiego (17).

Joanna d’Arc (1412 – 1431)

Joanna d’Arc to francuska bohaterka narodowa, patronka Francji, święta Kościoła katolickiego. D’Arc twierdziła, iż działa kierowana przez Boga, miała liczne widzenia świętych. Od 12. roku życia przeżywała stany ekstatyczne, w czasie których widziała światła, postacie świętych i aniołów oraz słyszała ich głosy. Wielu neurologów sądzi, że były to napady padaczkowe częściowe proste albo złożone z płata skroniowego, w mechanizmie padaczki odruchowej, ponieważ wizje często występowały na dźwięk dzwonów kościelnych.

Napoleon Bonaparte (1769 – 1821)

Napoleon Bonaparte był pierwszym konsulem Republiki Francuskiej w latach 1799 – 1804, cesarzem Francuzów w latach 1804 – 1814 oraz prezydentem (1802 – 1805) i królem Włoch w latach 1805 – 1814. W 1805 roku minister spraw zagranicznych i bliski współpracownik cesarza Talleyrand sporządził dokument, w którym napisał o Napoleonie: „wzdychał i toczył pianę z ust, miał ten rodzaj drgawek, które kończyły się po kwadransie”.

Bibliografia Napoleona opublikowana w 1833 roku zawierała informacje, że od młodości miał napady, a gdy uczęszczał do paryskiej szkoły i ukarano go nakazem jedzenia na kolanach za niezdyscyplinowanie, miał tak silny napad, że został z owej szkoły zwolniony. Wielu badaczy jest przekonanych, że Bonaparte cierpiał na padaczkę. Uważają, że poważna bradykardia mogła przyczynić się do wtórnego uszkodzenia naczyniowego mózgu oraz zaburzenia rytmu prowadzącego do objawowych napadów padaczkowych. Przeciwnicy tej teorii natomiast zwracają uwagę, że żaden z cesarskich lekarzy nigdy nie wspomniał o chorobie Napoleona.

Fiodor Dostojewski (1821 – 1881)

Fiodor Dostojewski to wielki pisarz rosyjski, mistrz prozy psychologicznej, jeden z najwybitniejszych twórców literatury światowej (21). Dostojewski cierpiał najprawdopodobniej na napady padaczkowe częściowe proste, częściowe złożone oraz wtórnie uogólnione toniczno – kloniczne. Pisarz swoją chorobą obdarował kilku bohaterów swych powieści. Zawdzięczamy mu opisy doznań towarzyszących napadom częściowym prostym z objawami psychicznymi. Na padaczkę chorował Kiriłłow z *Biesów* oraz książę Myszkin – bohater *Idioty* (17). W 1867 roku żona pisarza opisała jego napad: *„Fiodor Michajłowicz opowiadał coś interesującego mojej siostrze. Nagle przerwał w pół słowa, zbladł, uniósł się z kanapy i powoli przechylił w moją stronę. Ze zdziwieniem ujrzałam jego wykrzywioną twarz. Naraz rozbrzmiał*

straszny, nieludzki krzyk, niemal skowyt i Fiodor Michajłowicz powoli upadł do przodu" (7).

Alfred Nobel (1833 – 1896)

Alfred Bernhard Nobel był szwedzkim przemysłowcem, naukowcem, wynalazcą dynamitu i fundatorem Nagrody Nobla (21). Wydaje się, że miał drgawki w dzieciństwie, o czym świadczą informacje zawarte w autobiograficznym poemacie naukowca. Nie jest jednak do końca ustalony charakter tych drgawek, wynalazca był dzieckiem bardzo chorowitym i słabym. Zawsze powtarzał, że przeżył dzięki troskliwej opiece matki. Troska ta była bardziej niż zrozumiała, gdyż pięcioro braci i sióstr małego Alfreda umarło w dzieciństwie. Informacje te pozwalają współczesnym epileptologom na wysnucie różnych przypuszczeń: może rodzina Nobla cierpiała na genetycznie uwarunkowaną padaczkę dziecięcą, bądź jakąś encefalopatię mitochondrialną. William Gordon Lennox, wielki amerykański neurolog, w swym dziele *Epilepsy and Related Disorders* napisał, że Nobel cierpiał na migrenę i drgawki od dzieciństwa.

Vincent van Gogh (1853 – 1890)

Vincent Willem van Gogh był holenderskim malarzem. Jest sztandarowym przykładem artysty – szaleńca, który naznaczony był zarówno geniuszem, jak i chorobą (17, 21). Matka van Gogha chorowała na epilepsję. Choroba ta, na którą także cierpiał, naznaczyła jego życie. Początkowo pracował w firmie zajmującej się sprzedażą dzieł

sztuki, co wzbudziło w nim zainteresowanie malarstwem. Gwałtowne i nieprzewidywalne wybuchy złości uniemożliwiały mu znalezienie pracy. Oprócz padaczki cierpiał także na schizofrenię, porfirię oraz prawdopodobnie na chorobę Meniere'a. W 1888 roku malarz miał pierwszy epizod gwałtownego podniecenia i omamy słuchowe. Wtedy to obciął sobie kawałek ucha. Trafił do szpitala psychiatrycznego, skąd pisał do brata:

„Ludzie mają tu serce i rzecz powiedziana jest pewniejsza niż pisana. (…) Ja też jestem taki, ludziom tutejszym, którzy pytają mnie o zdrowie, odpowiadam, że wpierw umrę z choroby wraz z nimi i dopiero później moja choroba umrze. To nie znaczy, że nie będę miał dłuższych chwil wytchnienia, ale kiedy raz już człowiek jest chory naprawdę, wie, że drugi raz nie może nabawić się tej samej choroby: ze zdrowiem i chorobą jest tak samo jak z młodością i starością".

Po opuszczeniu szpitala napady padaczkowe nasiliły się, a van Gogh popadł w długotrwały stan przygnębienia z urojeniami, czasem przerywany gwałtownym pobudzeniem. W maju 1890 roku artysta próbował popełnić samobójstwo, odebrał sobie życie strzelając z pistoletu. Nie wiadomo, od kiedy van Gogh chorował na epilepsję. Prof. Gastaut, analityk jego życia i choroby, uważał, że miał on napady padaczkowe częściowe złożone oraz stany padaczkowe nie drgawkowe. Ostatnie dwa lata życia artysty upłynęły pod znakiem długotrwałych epizodów depresyjnych i psychotycznych. Nie można dziś stwierdzić, czy te zaburzenia psychiczne były typowe dla padaczki – czy była to

schizofrenopodobna psychoza padaczkowa, czy zupełnie niezależne schorzenia jak choroba afektywna dwubiegunowa (17).

Podsumowanie

W dzisiejszych czasach większość pacjentów z padaczką może prowadzić normalne życie. Jest to wynikiem zaangażowania i wysiłku wielu ludzi – lekarzy, farmakologów, psychologów, terapeutów, rodziny chorego. Warunkiem prawidłowego funkcjonowania jest optymalne leczenie, przeważnie farmakologiczne. Rokowania byłyby znacząco korzystniejsze, gdyby postępowi medycyny i farmakologii towarzyszyła zmiana atmosfery wokół padaczki i pacjenta z tą chorobą (8). I chociaż obecnie w odbiorze społecznym osoby niepełnosprawne i cierpiące z powodu chorób przewlekłych budzą współczucie, to padaczka od wieków pozostaje schorzeniem wstydliwym i budzącym strach. Warto sobie jednak uświadomić, że pacjent z padaczką obecnie jest w dużo lepszej sytuacji społecznej niż było to w przeszłości. Można śmiało wysunąć tezę, że padaczka była jedną z najbardziej absurdalnie rozumianych i leczonych chorób z jakimi przyszło się borykać medycynie. Można zaryzykować stwierdzenie, że pacjent z padaczką był poniekąd maltretowany zarówno przez leczących go jak i społeczeństwo, a brało się to z niewiedzy, z trudności w zrozumieniu i poznaniu tego zachorowania. Padaczka była zawsze chorobą tajemniczą, a to, co było nieznane tym bardziej budziło lęk i przerażenie. Dzisiaj znamy naukowe podstawy występowania napadów padaczkowych, a więc

część tajemnicy choroby została odsłonięta. Pozostaje więc lepsze wytłumaczenie jej otoczeniu.

Streszczenie

Praca przedstawia trudną sytuację pacjentów z padaczką na przestrzeni wieków. Padaczka nadal należy do chorób ciężkich, nieprzewidywalnych i ograniczających życiowo, ale w medycynie dokonał się ogromny postęp i pacjenci z tą chorobą funkcjonują o wiele lepiej w społeczeństwie. W minionych epokach do choroby tej podchodzono w sposób magiczny, w leczeniu dominowało podejście szarlatańskie, później postępowanie zupełnie przypadkowe, pozbawione podstaw naukowych i wreszcie w wieku dwudziestym farmacja i medycyna zaoferowała pacjentowi konkretne leczenie oparte na racjonalnych przesłankach. Nim do tego doszło wielu chorych na padaczkę przez całe stulecia leczonych było w sposób przedziwny a nawet okrutny - stosowano np. serce czarnego osła, jądra niedźwiedzia, spopieloną czaszkę wisielca itd. a ponadto chorych kastrowano, głodzono, torturowano. Od reguły zawsze są wyjątki, stąd i w przeszłości zdarzały się postacie, którym mimo choroby udało się osiągnąć sukces i sławę. Wśród nich był np. Juliusz Cezar, Napoleon Bonaparte, Fiodor Dostojewski, Alfred Nobel i wielu, wielu innych, których przykład umacnia osoby cierpiące na tę właśnie chorobę. Dzisiaj znamy naukowe podstawy występowania napadów padaczkowych, a więc część tajemnicy choroby została odsłonięta. Pozostaje więc lepsze wytłumaczenie jej otoczeniu.

Piśmiennictwo:

1. *Creutz W.*: Die Neurologie des 1-7. Jahrhunderts, Georg Thieme Verlag/Leipzig 1934: 101-105.
2. *Jędrzejczak J.*: Padaczka. Najtrudniejsze są odpowiedzi na proste pytania. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2008: 5 – 7, 61 – 71, 98.
3. *Krukowski Z.*: GBL Przemysłowo-Handlowe Zakł. Chemiczne. Ludwik Spiess i syn S. A. Warszawa 1928.
4. *Majkowski J.*: Bibliografia padaczki 1543 – 2000 w pracach autorów polskich oraz zagranicznych publikujących w Polsce. Fundacja Epileptologii. Warszawa 2006
5. *Majkowski J.*: Rys historyczny: koncepcje padaczki i jej leczenia w książce. Padaczka. PZWL. Warszawa 1986: 17 – 28.
6. *Majkowski J.*: Z kart odległej historii. Epi 2001: 3: 1 – 3.
7. Kronika medycyny. Red. M.B. Michalik. Wydawnictwo „Kronika". Warszawa 1994: 40 – 126.
6. *Noskowicz – Bieroniowa H.*: Zmagania z padaczką. Agencja Wydawniczo–Usługowa Emilia. Kraków 2000: 5 – 14.
9.. *Rosenthal M.*: Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Erlangen 1870.
10. *Schneble H.*: Heillos, heilig, heilbar Geschichte der Epilepsie. Walter de Gruyter 2003.
11. *Schneble H.*: Von der „Heiligen Krankheit" zum „Fallenden Siechtag". Einhorn – Presse Verlag 1987.
12. *Siemianowski C.*: Padaczka w starym i nowym testamencie. Epileptologia 1998: 6: 35-39.
13. *Sokołowski S.*: „Święta choroba" czyli historia padaczki. Problemy 1950: 6, 7: 473-478.
14. *Szapiro J.*: O jedności i mechanizmie rozmaitych postaci padaczki. PZWZ. Warszawa 1955.
15. *Szumowski W.*: Historia Medycyny. PZWZ. Warszawa 1961.
16. *Tomal M.*: Padaczka w tekstach niektórych autorów od XVI do XVIII wieku. Doniesienia wstępne. Epileptologia 1994: 2: 39-53.
17. *Wolańczyk T.*: Epitafia. Szkice z dziejów epileptologii. Wydawnictwo KR. Warszawa 2007: 42 – 46, 68 – 69, 80 – 81, 108 – 113, 120 – 122.
18. https://apps.who.int/inf-fs/en/fact168.html.
19. http://www.doctormed.pl.
20. http://linemed.pl.
21. http://pl.wikipedia.org.

Praca zawiera 26 591 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PACJENCI I LEKARZE W CZASIE EPIDEMII CHOLERY 1831-1832 NA ZIEMIACH POLSKICH POD PRUSKIM ZABOREM.

Walentyna Krystyna Korpalska

Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa
Collegium Medicum im. L. Rydygiera Bydgoszczy
UMK w Toruniu

Cholera, przez długie lata uważana była za jedną z chorób gorączkowych typowych dla krajów egzotycznych, która nie może zaszkodzić mieszkańcom kontynentu europejskiego. Nadano jej starą grecką nazwę *kholera,* co oznacza upływ żółci. Rozszerzająca się w XIX wieku epidemia tej choroby była wielkim zaskoczeniem dla Europejczyków. Pierwsze przypadki zachorowań odnotowano w Moskwie już w 1830 roku. Tymczasem, według ustaleń epidemiologów cholerę cechuje zdolność szerzenia się pandemicznego. W wieku XIX odnotowano pięć, a w XX dwie pandemie cholery[1].

Jak dziś powszechnie wiadomo, cholera jest ostrą chorobą zakaźną, wywołaną przez przecinkowca cholery – *vibrio cholerae* – odkrytego przez Roberta Kocha w 1883 roku. Przenoszenie zarazka na-

[1] D. Naruszewicz – Lesiuk, *Cholera*, [w:] *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, pod red. J. Kostrzewskiego, W. Magdzika i D. Naruszewicz – Lesiuk, Warszawa 2001, s. 166 (dalej: *Choroby zakaźne...*). Zob. też: J. Ruffie, J. Ch. Sournia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS.*, Warszawa 1996, s. 121 – 128.

stępuje drogą pokarmową, najczęściej przez wypicie zakażonej wody, lub spożycie zakażonych, surowych jarzyn, czy owoców. W opinii epidemiologów, zwierzęta w tym łańcuchu zakażenia nie odgrywają istotnej roli. Charakterystycznymi objawami choroby są ostra biegunka i wymioty, sine plamy na ciele i gwałtowne chudnięcie. Odwodnienie organizmu znacznej części chorych, zwłaszcza dzieciom i osobom starszym, odbiera szanse na przeżycie. Zejście śmiertelne w nie leczonych przypadkach może nastąpić już w kilka godzin po zakażeniu.

Jak wynika z obfitej literatury na ten temat, pandemia z lat 1831-1832 wyszła z odwiecznych ognisk endemicznych południowo – wschodniej Azji i dotarła do Rosji. W tym samym czasie pierwsze przypadki odnotowano też w kilku miastach Francji, miedzy innymi w Paryżu. Bezpośredni i rzeczywisty wpływ na przedostanie się epidemii na ziemie polskie miał pochód wojsk rosyjskich, wysłanych do stłumienia powstania listopadowego, w którego szeregach panowała cholera. Udowodniono już, że choroba przenosiła się wzdłuż trasy przemarszu armii rosyjskiej[2]. Kiedy epidemia rozprzestrzeniała się

---

[2] Zob.: Z. Chiżyński, *Organizacja i metody walki z epidemiami cholery azjatyckiej w Królestwie Kongresowym w latach 1831 – 1905*, „Zdrowie Publiczne" 1970, nr 10, s. 923 – 929; tegoż: *Cholera azjatycka na ziemiach polskich przed 100 laty*, „Wiadomości Lekarskie" 1971, T. 24, nr 10, s. 991 – 993; tegoż: *Obraz kliniczny cholery azjatyckiej w opisach pierwszej epidemii w Polsce w 1831 roku*, „Polski Tygodnik Lekarski" 1971, T. 26, nr 30, s. 1177 – 1178; L. Korc, *Pierwsza epidemia cholery w Polsce*, „Wiadomości Lekarskie" 1971, T. 24, nr 11, s. 1114 – 1117; J. W. Chojna, *Piśmiennictwo lekarskie związane z epidemią cholery na ziemiach polskich w czasie powstania listopadowego*, AHM 1981, T. 44, z. 2, s. 143 – 155; J. Krzyś, *Postępowanie*

w Królestwie Polskim władze pruskie, pod pretekstem zatrzymania epidemii, nakazały w połowie maja całkowite zamknięcie granicy z Królestwem, Galicją, Wolnym Miastem Krakowem i otoczenie jej kordonem sanitarnym

Metoda ta została usankcjonowana już w roku 1770 edyktem króla pruskiego Fryderyka II[3]. Jakkolwiek ze względów epidemiologicznych ustanawianie kordonów sanitarnych mogło być uzasadnione, to cele polityczne i wojskowe miały tu znaczenie decydujące. Dla rozwijającego się państwa pruskiego kordony były także ochroną przed „zarazą polityczną". Jednakże cholera czyniła dalsze wyłomy w kordonie sanitarnym: w ostatnich dniach maja pojawiła się w Gdańsku, w połowie lipca w Poznaniu, Toruniu, Grudziądzu, a w sierpniu 1831 we Wrocławiu i Bydgoszczy[4].

Jak wynika z wielu innych dostępnych źródeł, władze pruskie, w przeciwieństwie do odpowiedzialnych czynników na terenie Królestwa Polskiego, przygotowały się sumiennie do odparcia epidemii.

---

profilaktyczne przeciwko cholerze w wojsku polskim podczas powstania listopadowego, AHM 1984, T. 47, z. 4, s. 539 – 550.

[3] U. Jonecko, A. Jonecko, *Studia nad patentem o kordonie sanitarno- woskowym Księstwa Śląskiego z roku 1770*, AHM 1973, z. 3, s. 163-175.

[4] J. C. Ollenroth, *Die asiatische Cholera in Regierungs Bezirk Bromberg während des Jahres 1831,* Bromberg 1832, s. 17; zob. też sprawozdanie Ollenrotha ze stanu sanitarnego w rejencji. Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, Rejencja Bydgoska, Registratura Medyczna (dalej: APB RB RM), sygn. I/1918; R. Stasch, *Epidemia cholery azjatyckiej w Poznaniu w 1831 roku*, AHFM 1933, T. 13, s. 101 – 159.

Przede wszystkim, jak wspomniano wyżej, w maju 1831 roku zamknięto granice Prus wojskowym kordonem sanitarnym. Dla osób przybywających z Kongresówki wyznaczono miejsca dla odbycia kwarantanny. W Berlinie powołano dla usprawnienia akcji w całym państwie nadzwyczajną komisję, obdarzoną specjalnymi pełnomocnictwami. Podobne komisje powołano na szczeblu prowincji i regencji[5]. Komisjom tym podlegały komisje powiatowe i gminne. Okresowo zwoływano konferencje lekarzy i chirurgów, na których dzielono się najnowszymi ustaleniami co do sposobów rozpoznawania choroby i stosowanych środków leczniczych. Podjęto rozliczne starania, które miały na celu obronę przed zbliżającą się zarazą. W organach władz regencyjnych – Dziennikach Urzędowych ogłaszane były wszystkie lokalne i centralne zarządzenia prewencyjne i pouczenia dla ludności – równolegle w języku polskim i niemieckim[6]. Wszystkie zmierzały do poprawy stanu sanitarnego społeczeństwa. Propagowaniu higieny sprzyjał przestrzegany tu od lat obowiązek elementarnego nauczania. Było to jednak postępowanie profilaktyczne na miarę ówczesnego

---

[5] J. C. Ollenroth, *op. cit.*, s. 15; R. Stach, *op. cit.,* s. 102-108; L. Korc, *Lekarz, a pacjent w świetle zarządzeń pruskiej Regencji Opolskiej w czasie epidemii cholery w latach 1831-1832*, AHFM 2002, T. 65, z. 2/3, s. 282; W. Korpalska, *Epidemia cholery w Bydgoszczy w 1831 r.*, [w:] *Życie codzienne w XVIII-XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności* pod red. B. Płonki-Syroki i A, Syroki, Wrocław 2003, s, s. 339 – 347

[6] W. Kaczorowski, *Epidemia cholery na terenie Górnego Śląska (rejencji opolskiej) w latach 1831-1832,* .[w:] *Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne*, Kraków 2005; W. Korpalska, *Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy*, Toruń 2008, s. 266-269; s. 142-144; R. Stasch, *op. cit.*, s. 103.

stanu medycyny. Nieznajomość etiologii cholery czyniła mieszkańców XIX – wiecznych miast i wsi bezradnymi wobec tej epidemii. Jedyną skuteczną bronią były zarządzenia sanitarne i troska o higienę osobistą.

Wydawano szereg obwieszczeń, które pouczały, jak należy postępować, by ustrzec się zarazy. Podawano ludności wskazówki dietetyczne i higieniczne, zaznajamiano z pierwszymi objawami choroby i zwracano uwagę na konieczność szybkiej pomocy lekarskiej.

Szczególną uwagę zwrócono na czystość ulic, placów, kościołów i szkół. Zakazano odbywania jarmarków. Ostrej kontroli poddano produkcję i sprzedaż żywności. W miastach zamykano miejsca publiczne: szkoły, teatry, domy gościnne. Dla podróżujących z terenów zagrożonych wprowadzono specjalne „karty legitymacyjne”[7]. Ten, kto nie posiadał takiej karty podlegał przymusowej kwarantannie i odesłaniu do miejsca zamieszkania.

W myśl zarządzeń władz pruskich władze policyjne i służby medyczne miały obowiązek meldowania o każdym podejrzanym przypadku choroby, a w wypadku potwierdzenia podejrzenia chorych i osoby z ich otoczenia należało izolować, domy okadzać i zamykać. W wielu miejscach urządzano na koszt miast domy kwarantannowe, baraki „choleryczne” i punkty sanitarne, w których dzień i noc dyżuro-

[7] Tamże.

wali ochotnicy, gotowi pielęgnować chorych[8]. Wyposażeni byli oni w lekkie skrzynki (*Cholera – Hilfs – und Rettungs Apparate*), łatwe do transportu, ze środkami leczniczymi, takimi jak: herbata z ziółek, spirytus kamforowy, plaster z much hiszpańskich, działająca wymiotnie ipekakuana i temu podobnymi ingrediencjami. Pomimo tych wszystkich zabiegów i wprowadzenia ostrego reżimu profilaktycznego nie udało się stworzyć zapory przeciw rozprzestrzenianiu się epidemii. Choroba przekraczała granice i zagrażała sąsiednim krajom.

Należy się zastanowić, jakie czynniki wpływały na sytuację pacjentów w czasie epidemii cholery w XIX wieku na ziemiach polskich pod pruskim zaborem. Myślę, że wymienić tu należy:

- poziom wiedzy medycznej w XIX wieku;
- sytuację epidemiologiczną;
- stosunki polityczno-społeczne i sytuację ludności;
- funkcjonowanie instytucji opieki zdrowotnej.

Jak wynika z przeprowadzanych analiz przepisów sanitarno-medycznych wydawanych przez władze pruskie oraz działań podejmowanych przez służby ochrony zdrowia w omawianym czasie, brak sukcesów w walce z cholerą wynikał z poziomu wiedzy medycznej w tym zakresie. Niski poziom wiedzy z zakresu bakteriologii i niedostateczna znajomość zakażeń bakteryjnych czyniły wysiłki personelu

---

[8] J. C. Ollenroth, *op. cit.*, s. 16; W. Ślusarczyk, *Okadzanie listów podczas epidemii cholery w zaborze pruskim w 1831 roku. Pytanie o sposób postrzegania cholery,* [w:] Epidemie w Polsce, s.303-306.

medycznego nieskutecznymi. Co do samej istoty cholery zdania wówczas były podzielone[9].

Część środowiska medycznego wyrażała pogląd, że cholera jest choroba zakaźną i rozprzestrzenia się przez kontakt. Starano się ustalić jakimi drogami zarazek wnika do organizmu. Zwracano uwagę na zbiorowiska ludności, ruchy wojsk, znaczenie pożywienia, warunków mieszkalnych, pracy, wody, powietrza i wiele innych. Inny pogląd reprezentowali zwolennicy teorii miazmatu, obecnej w koncepcjach medycznych od czasu Hipokratesa. Chorobę miał wywoływać bliżej nie określony, szkodliwy czynnik, którego siedliskiem jest powietrze, lub ziemia. W odpowiednich warunkach miazmat uaktywniał się, powodując chorobę. W ich przekonaniu kordony, kwarantanny i izolacja są działaniami nieskutecznymi, ponieważ natura miazmatu nie jest zaraźliwa.

W rejencji bydgoskiej takie poglądy reprezentował dr Jan Karol Fryderyk Ollenroth, który zajmował się organizacją opieki medycznej w tej rejencji od 1816 roku. Ważnym jego atutem, poza znakomitym przygotowaniem merytorycznym, była znajomość języka polskiego. Doktorowi Ollenrothowi zawdzięczamy obszerny opis przebiegu epidemii cholery w Bydgoszczy i w rejencji w 1831 roku. W dziele tym, opublikowanym rok później, a cytowanym wcześniej, omówił on na

---

[9] R. Stasch, *op. cit.*, s. 124-129. K. Broczek, *Naukowe i praktyczne informacje o cholerze w publikacji Uniwersytetu Wileńskiego z 1830 roku*, [w:] *Epidemie w Polsce* ,s. 25-30.

szerokim tle historyczno – geograficzno – statystycznym rozwój epidemii, organizację walki z nią oraz zawarł wnikliwy i wyczerpujący obraz kliniczny cholery wraz z poglądami na jej istotę i przebieg (zgodnie ze stanem ówczesnej wiedzy medycznej)[10]. Stwierdzał, iż cholera jest chorobą niebezpieczną, o niejasnej etiologii, gwałtownych objawach, dobrze poznanym przebiegu klinicznym i zdecydowanie złym rokowaniu. Poświęcę tej publikacji nieco więcej miejsca, ponieważ poglądy dr. Ollenrotha były reprezentatywne dla sporej części ówczesnych niemieckich medyków[11].

W obszernej części „medyczno – klinicznej" swojego sprawozdania przytoczył on szereg dowodów na poparcie tej tezy. Zestawił skrzętnie obserwacje meteorologiczne (pory roku, kierunek wiatrów, klimat, opady atmosferyczne, ruchy ziemi i powietrza) oraz uwarunkowania geograficzne i geologiczne[12]. W parze z tymi czynnikami zewnętrznymi miały też iść przyczyny wewnętrzne, usposabiające do choroby, jak: złe powietrze, przeziębienie, przebycie malarii, a także błędy dietetyczne, opilstwo, niechlujstwo, złe warunki mieszkalne, czynniki psychiczne. Podkreślał, że epidemia wybuchła równocześnie w kilku miejscach, że wcześniej zaczęła się u ptactwa domowego.

---

[10] J. C. Ollenroth, *op. cit.*; zob. też sprawozdanie Ollenrotha ze stanu sanitarnego w rejencji. APB RB RM, sygn. I/1918.
[11] R. Stasch, *op. cit.*, s. 124-129; J. Gerstenberg, R. Stasch, *O epidemii cholery azjatyckiej w Poznaniu w 1837 roku,* AHFM, T. XV, Poznań 1935, s. 45-52.
[12],J. C. Ollenroth, *op. cit* s. 13 – 15; 27, 52.

Wiele przytoczonych argumentów miało podkreślać miazmatyczną naturę choroby. Cholera – zdaniem radcy Ollenrotha – nie należy do grupy chorób kontagionistycznych (zakażenie następuje *per contactum*), ponieważ przechorowanie tych chorób daje pełne uodpornienie. Nawrót choroby, w przypadku cholery – kończył się zejściem. Dziś już wiemy, że poglądy te były błędne – samo zetknięcie z czynnikiem etiologicznym nie wystarczało do zaistnienia choroby, tak jak nie zawsze zachorowanie dawało pełną odporność. Jednakże w czasach kiedy doktor Ollenroth zdobywał podstawy wiedzy medycznej nie było to jeszcze takie oczywiste.

Zdaniem dr Ollenrotha rozprzestrzenianie się cholery było ściśle związane ze środowiskiem społecznym. Wskazanie na społeczne tło chorób prowadziło go jednak do zaskakujących wniosków. W pracy radcy medycznego znajdujemy zadziwiające, jak na światłego przecież człowieka, dywagacje o szczególnym usposobieniu ludności polskiej do zachorowań, jak gdyby wskazując ją jako winną rozsiewania zarazy. Poglądy o złych ludziach, przyczyniających się do rozsiewania zarazy były w pierwszej połowie XIX wieku jeszcze wciąż popularne[13].

W opinii Ollenrotha większość polskich poddanych nie ma ugruntowanych postaw, ich wartości są wytworzone przez przypadek, żyją bez planu, bez perspektyw. Cechuje ich indolencja, ignorancja, bigoteria i zabobonność. Obraz tych ludzi wygląda żałośnie – pisał Ollenroth. Powiedzenie „polski brud" jest dosłowne. Celują w tym polscy

[13] Zob.: *Historia medycyny*, pod. red. T. Brzezińskiego, Warszawa 2000, s. 430 – 432.

Żydzi i katolicy. Nie dbają o czystość ciała, ubrań, pościeli, potraw, napojów i narzędzi. Zaniedbane są ich mieszkania i otoczenie, panuje w nich złe powietrze.

Przeciwieństwem – według naczelnego lekarza rejencji – są oczywiście mieszkańcy rejencji narodowości niemieckiej, którzy górują nad polskimi współmieszkańcami. Cechuje ich: zaradność, gospodarność, czystość, świeżość umysłu, powściągliwość i roztropność. Ich mieszkania i warunki życiowe są bardzo dobre. Tych cech brakuje Polakom, których obraz rysuje się przytłaczająco żałośnie, do tego wykorzystują oni gościnność i życzliwość Niemców ponad miarę. Dlatego też Niemcy winni stłumić tę indolencję i ignorancję[14].

Poglądy doktora Ollenrotha, wychowanka berlińskiej szkoły medycznej, ukształtowane, jak się wydaje, pod wpływem oświeconego absolutyzmu, zaowocowały w jego pracy koncepcją niedostosowania społecznego i kulturowego, jako przyczyny zaburzeń somatycznych. Ta krytyczna charakterystyka polskiego społeczeństwa miała też z pewnością stanowić rodzaj alibi dla podejmowanych w czasach epidemii restrykcji. Radca medyczny Ollenroth uważał, że władza ma prawo nakłaniać, a nawet zmuszać poddanych do przestrzegania takich zasad życia, które zapewniają zachowanie zdrowia. Dla uzasadnienia tych, słusznych przecież, poczynań dorobił jednak irracjonalną argumentację.

---

[14] J. C. Ollenroth, *op. cit.*, s. 11.

Z pewnością strach przed cholerą był przyczyną różnych reakcji mieszkańców: bierności, nadmiernej pobożności, ale też niepokojów, wzburzenia, agresji, czy alkoholizmu. Podejście lekarzy do pacjentów miało często charakter restrykcyjny. Ludność polska nastawiona niechętnie do zarządzeń władz pruskich nie wierzyła ich zapewnieniom, bojkotowała je, nie ufała lekarzom. Wraz z wygasaniem epidemii nastroje te prawdopodobnie ustępowały.

Z pewnością dr Ollenroth miał rację, że warunki środowiskowe miały istotne znaczenie dla przebiegu epidemii[15] Zauważono też, że cholera miała częściej przebieg śmiertelny w miastach, niż na wsi. Przyczyną tego było masowe przemieszczanie się ludności w epoce industrializacji i urbanizacji. Prowadzone badania statystyczne wykazały, że rozprzestrzenianie się choroby było ściśle związane ze środowiskiem społecznym, zarobkami i warunkami mieszkaniowymi. Istotne znaczenie dla osłabienia odporności miał stan permanentnego niedożywienia ludności. Ciasnota lokalowa oraz elementarny brak higieny w skupiskach biedoty miejskiej i robotników przemysłowych sprzyjały rozszerzaniu się zarazy.

Mimo różnorodnego arsenału środków i sposobów stosowanych w terapii, wyniki leczenia cholery były niezadowalające. W terapii dominowała jeszcze „terapeutyczna trójca": puszczanie krwi, środki wymiotne i przeczyszczające. Aż do czasu odkrycia Roberta Kocha,

---

[15] J. Ruffie, J. Ch. Sournia, *op. cit.,* s. 13-125; E. Kościk, *Cholera we Wrocławiu,* [w:] *Życie codzienne*…, s. 348-352; J. Gerstenberg, R. Stach, *op. cit*., s. 44-45.

głównym kryterium rozpoznawczym cholery był obraz kliniczny. Z powodu nieznanej etiologii i patogenezy cholery leczenie było bardzo zróżnicowane[16]. Zalecano ponad sto różnych środków leczniczych, wśród których dominowały opium i kalomel. Ciągle też eksperymentowano z nowymi lekami. W aptekach oferowano wiele antycholerycznych mikstur.

Lekarze walczący z epidemią w 1831 roku pozostawili jednak w swoich sprawozdaniach wnikliwy i wyczerpujący opis obrazu klinicznego cholery. Ułatwiało to jej rozpoznanie już na początku następnych epidemii. Praktyczne wnioski wyciągnięte z tych doświadczeń przyczyniły się znacznie do większej niż dotychczas dbałości o higienę wody, pożywienia, mieszkań, a przez to ograniczenia zasięgu epidemii. Stosowano racjonalną grupę zabiegów ochronnych, wykorzystano zwłaszcza korzystne działanie bakteriobójcze wapna chlorowanego, znanego i używanego już od drugiej połowy XVIII wieku[17].

Ogółem, w czasie 98 dni epidemii w 1931 roku (w Poznaniu 83 dni), w liczącej 6683 mieszkańców Bydgoszczy zachorowało 149 osób, w tym 90 wojskowych. Zmarło 100 osób. Wyższa śmiertelność ludności cywilnej uwarunkowana była z pewnością tym, że chorowali ludzie w różnym wieku i żyjący w różnych warunkach. W wojsku zaś

---

[16] M. Urbanik, *Sposoby leczenia cholery na ziemiach polskich XIX wieku,* [w:] Epidemie w Polsce…], s. 315-324.

[17] *Wskazówki postępowania przy czyszczeniu*, Dziennik Urzędowy Rejencji Bydgoskiej (dalej: DURB), nr 10, 3. 03. 1832; *Instrukcja przepisująca postępowanie we wszystkich prowincjach Państwa Pruskiego pod względem cholery azjatyckiej*, DURB nr 14, 6. 06. 1832; *Historia medycyny*, s. 230.

byli ludzie młodzi i bardziej odporni. Potwierdzają to dane dla Poznania, z których wynika, iż zachorowało tam znacznie więcej ludności cywilnej, niż wojskowych. Szczyt zachorowań przypadł na drugą połowę sierpnia i początek września. Choroba była „egalitarna" – umierali nie tylko ludzie biedni i żyjący w złych warunkach, ale także lekarze, chirurdzy i osoby pielęgnujące chorych.

W czasie epidemii w 1831 roku ze wszystkich części monarchii najbardziej ucierpiała ludność rejencji bydgoskiej. Śmiertelność znacznie przewyższała tu ogólny odsetek zgonów w państwie pruskim. Dla Bydgoszczy wynosiła ona 76,27%, w Poznaniu 61,85%, we Wrocławiu 59%, ogólnie w monarchii 58,53%[18].

Publikowane instrukcje i zarządzenia sanitarne stanowiły wzór postępowania profilaktycznego przy nawrotach epidemii. Kolejna epidemia cholery wybuchła w prowincji poznańskiej i na Górnym Śląsku w drugiej połowie 1837 roku[19]. Nie wzbudziła już jednak tak wielkiego strachu jak ta w 1831 roku. Natomiast w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim nie stwierdzono zachorowań na tę chorobę!

---

[18] J. C. Ollenroth, *op. cit.*, s. 35 – 36; R. Stasch, *op. cit.*, s. 123; E Kościk, *op. cit.*, s.348.

[19] J. Gerstenberger, R. Stasch, *op. cit*, s. 40 – 69; J. Kwak, Epidemie w miastach górnośląskich od XVIII do połowy XIX wieku, [w:] *Epidemie w Polsce*, s. 208-212.

W drugiej połowie XIX wieku w Bydgoszczy odnotowywano mniej przypadków zachorowań na cholerę[20]. Mimo nieznajomości etiologii choroby lekarze zdawali sobie sprawę, iż cholera rozprzestrzenia się przez kontakt z chorymi ludźmi, skażoną wodą i produktami spożywczymi. Umożliwiało to stosowanie szeregu środków zapobiegawczych. Na obszarze zaboru pruskiego każdy przypadek wystąpienia cholery był skrupulatnie rejestrowany przez policję medyczną. Domy, w których wystąpiły przypadki zachorowań były dezynfekowane, rodziny chorych poddawano kwarantannie przez 4 tygodnie. Szczególnemu nadzorowi policyjnemu i kontroli medycznej poddawano flisaków, przewoźników i marynarzy, zwłaszcza przybywających z Królestwa i Galicji, a także kolejarzy i podróżnych spoza granic prowincji. Zaostrzone kontrole przeprowadzano na stacjach kolejowych oraz w portach rzecznych. Osoby podejrzane o chorobę miały być na mocy zarządzeń policyjnych izolowane na 2 – 3 doby w specjalnych barakach. Stosowany w tych sytuacjach przymus uzasadniały obawy przed rozprzestrzenianiem się epidemii. W czasie epidemii cholery z lat 1892 – 1893 w stolicy rejencji bydgoskiej odnotowywano jedynie pojedyncze przypadki zachorowań na cholerę.

---

[20] *Bericht des Magistrats zu Bromberg über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde – Angelegenheiten für das Jahr – 1860, 1864, 1865, 1866, 1867.*

Szóstą pandemię cholery wywołał przecinkowiec cholery typu klasycznego[21]. Na ziemie polskie cholera przeniknęła z Rosji w 1905 roku i szerzyła się głównie drogą wodną. Było to już jednak w czasie uznania i wprowadzenia w nauce i praktyce medycznej paradygmatu bakteriologicznego.

Pierwsze przypadki zachorowań odnotowano w lipcu i sierpniu1905 roku.. Władze przygotowały się sumiennie do odparcia ataku epidemii. Nad całością prac czuwał prezydent regencji jako nadzwyczajny komisarz do walki z cholerą w dorzeczu Brdy i Noteci – *Staatskommisar für die Cholera – Bekämpfung in Stromgebiet der Brahe und Netze.* Podjęto wzmożone kontrole środków żywności, produktów spożywczych, ujęć wody, stacji filtrów, wprowadzono zakaz spożywania ryb z Brdy. Zmobilizowano cały personel medyczny, przygotowano plany ustawienia przenośnych „baraków cholerycznych". Do akcji uświadamiającej wprzęgnięto nauczycieli, których obowiązkiem było przekazywanie uczniom podstawowych zasad przestrzegania higieny. Szczególną uwagę zwrócono na miejscowy garnizon. Ostrej kontroli poddano metody zaopatrywania w wodę, usuwania fekaliów, warunki izolacji chorych. Dzięki tym zabiegom zasięg epidemii był niewielki, a baraki choleryczne stały się wkrótce niepotrzebne. Jeżeli wiele reakcji społecznych było typowych jak w czasach epidemii dżumy, men-

[21] *Choroby zakaźne*, s.166; APB RB RM, sygn. I/337; I/1326; *Die Cholera-erkrankungen im Brahe – und Netzegebiet (Regierungsbezirk Bromberg) im Jahre 1905*, Von Dr. Jaster Reg. u. Med. – Rat in Bromberg, [w:] *Die Cholera des Jahres 1905 in Preussen*. Abdruck aus dem „Klinischen Jahrbuch", Jena 1906, s. 105 – 154.

talność ludzi uległa jednak zmianie. Koncepcje sanitarne zrodzone w epoce oświecenia odżyły w chwili zagrożenia nawrotami epidemii cholery w następnych latach. Należy podzielić opinię, że epidemie cholery wywarły znaczący wpływ na reformy opieki zdrowotnej nie tylko w prowincji poznańskiej[22].

Jak pokazano wyżej, w czasie epidemii z lat 1831-1832, w wielu miejscach kontynentu europejskiego, zarówno w Rosji, jak i we Francji zdesperowani mieszkańcy szukali winnych, „kozła ofiarnego". Przede wszystkim obwiniano władze. Podejrzewano działania nieznanych trucicieli. Oskarżano personel medyczny: lekarzy, pielęgniarki, personel pomocniczy powoływany przez władze sanitarne. Ponieważ śmiertelność była bardzo duża, a wielu chorych umierało w szpitalach, atakowano ambulatoria i szpitale, dewastowano apteki, atakowano lekarzy na ulicy. W Rosji mordowano lekarzy i pielęgniarki[23].

W roku 1961 wybuchła siódma pandemia cholery i w zasadzie nie ustąpiła do dziś. Choroba ta nadal stanowi istotny problem zdrowotny i zbiera śmiertelne żniwo w różnych regionach świata.

Na obszarze Haiti epidemia cholery wybuchła kilka miesięcy po trzęsieniu ziemi, które spustoszył wyspę w styczniu 2010 roku[24].

---

[22] Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 1.
[23] J. Ruffie, J. Ch. Sournia, *op. cit.*, s. 124-125.
[24] Informacje za:
http;//pl.wikipedia.org/wiki/Epidemia_cholery_na_Haiti_(2010) [dostęp 27. 28. 10; 14. 11. 2010].

W wyniku rozprzestrzeniania się choroby zmarło wiele osób. Na wyspie wprowadzono stan wyjątkowy. Najwięcej zachorowań odnotowywano w miejscach, w których warunki sanitarne były bardzo złe. A takich miejsc na wyspie po trzęsieniu ziemi było wiele. Dochodziło do gwałtownych protestów przeciwko bezczynności rządu. Zaatakowano żołnierzy misji stabilizacyjnej ONZ, oskarżając ich o przywleczenie choroby z Neapolu. Do grudnia 2010 zlinczowano ponad 40 osób, ofiarami tych samosądów byli ludzie podejrzewani o uprawianie czarów, które rzekomo sprzyjały rozprzestrzenianiu się choroby. W październiku 2010 zaatakowano klinikę, którą miała otworzyć organizacja Lekarze bez Granic.

Spojrzenie w przeszłość uświadamia nam, jak uniwersalne i ponadczasowe są zachowania ludzkie w obliczu zagrożenia. Przedstawiony wyżej przebieg epidemii cholery, które nękały kontynent europejski w XIX wieku w zestawieniu z reakcjami mieszkańców obszarów dotkniętych współcześnie tą chorobą, potwierdza to spostrzeżenie.

Streszczenie:

W artykule omówiony został przebieg epidemii cholery na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku. Szczególnie podkreślono rolę uniwersalnych i ponadczasowych zachowań ludzkich w obliczu zagrożenia chorobami epidemicznymi.

Praca zawiera 20 489 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

EWOLUCJA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ZABURZONĄ ŚWIADOMOŚCIĄ

Agata Kosobucka

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
akosobucka@wp.pl

„Pacjent to nie tylko zbiór objawów i oznak, zaburzonych funkcji, uszkodzonych organów i rozedrganych emocji. To przede wszystkim człowiek, przeniknięty strachem i nadzieją, poszukujący ulgi, pomocy i pocieszenia”
(Priniples od Internal Medicine).

Wraz z rozwojem nauki, w tym także medycyny, ciało ludzkie, mechanizmy nim rządzące, stanowią dla nas, adeptów sztuki medycznej, coraz mniejszą zagadkę. Dzięki ogromowi wiedzy różnych gałęzi nauk przyrodniczych, specjalistycznej aparaturze potrafimy zmierzyć, zważyć, ocenić niemal wszystko. Istnieją jednak obszary, co do prawidłowości ich funkcjonowania jesteśmy w stanie jedynie spekulować, próbować zrozumieć i rozważać we własnym sumieniu i sposobie postrzegania rzeczywistości, takie, które mimo wielu wysiłków ciągle okryte są dużą dozą niepewności i niepełnego poznania.

Taką kwestią pozostaje ciągle poziom świadomości osób nieprzytomnych, ich zdolność percepcji otaczającego świata.

Świadomość, stan psychiczny - obecnie cieszące się dużym zainteresowaniem medycyny i dziedzin jej pokrewnych - kwestie pozamaterialne związane z ludzkim organizmem, mają stosunkowo krótką historię. Najczęściej rozpatrywane były w oparciu o panujące poglądy filozoficzne. Jeszcze w XIX wieku najbardziej rozpowszechnionym wśród lekarzy poglądem był materializm, zakładający, że człowiek składa się tylko z materii i że nie ma w nim żadnego innego, niematerialnego czynnika. Ówczesna nauka potwierdzała tego typu tezy. Chemicy poznawszy układ atomów, twierdzili, że nie można wykazać nic prócz materii. Zajmujący się anatomią, preparując tkanki, nie mogli odpreparować nic niecielesnego. Psychiatrzy także skłaniali się ku myśli, że hipoteza duszy nie jest hipotezą potrzebną i konieczną. W taki sposób studenci medycyny, już w trakcie nauki, wyrabiali sobie światopogląd materialistyczny, mechanistyczny, deterministyczny. Przedstawiciele filozofii ścisłej, określali, co prawda materializm, jako najbardziej płytki system filozoficzny, ale ich głos nie był w stanie przebić się przez ogólnie panujące nastroje. Początki zmian w tym zakresie łączą się z działaniami Emila du Bois- Reymonda berlińskiego lekarza i fizjologa, który w latach 1872-1880 wygłosił dwa publiczne odczyty krytykujące w śmiały sposób słabe strony materializmu, podjął jednocześnie próbę rozszerzenia zagadnienia. Jego wykłady cieszyły się ogromnym zainteresowaniem i były tłumaczone także na obce języki. Co niektórzy nazwali du Bois- Reymonda drugim Kantem, choć

obiektywnie ujmując usystematyzował on tylko i ujął w przystępny sposób to, co filozofowie -jak np. Leibniz- podawali już od dawna. Zdefiniował on pojęcia, które od wielu stuleci zajmowały umysł ludzki. W swoich wyjaśnieniach wyszedł od, jego zdaniem, siedmiu podstawowych zagadek wszechświata. Są to: istota materii i siły, odpowiedź na pytanie jak powstał ruch, jak powstało życie- czy należy skłaniać się ku poglądowi teleologicznemu, czy mechanistycznemu, jak powstała świadomość, rozumne myślenie, zagadnienie wolności. Jego zdaniem z tych siedmiu genialnych zagadek, dwie nigdy nie były i nie będą rozwiązane: istota materii i siły, oraz pytanie jak powstała świadomość. O tej ostatniej pisał on tak*: „ Wyobraźmy sobie teraz, żeśmy osiągnęli nareszcie znajomość astronomiczną ciała ludzkiego, narządów zmysłów, układu nerwowego, mózgu. Otóż znajomość nawet astronomiczna mózgu, nie wykaże nam nigdy nic więcej, prócz materii w ruchu. Żadne, jakie by się dały wymyślić, ruchy atomów nie pozwoliłyby na rzucenie mostu do państwa świadomości. Wydaje się wprawdzie (…), jak gdyby przez znajomość spraw materialnych w mózgu pewne sprawy i zdolności, jak pamięć, bieg i kojarzenie wydarzeń, talenty stawały się dla nas zrozumiałe. Krótkie jednak zastanowienie poucza, że to złudzenie".*

Warte także zaprezentowania są inne niematerialistyczne głosy w środowisku medycznym tego okresu, które należą do zwolennika paralelizmu psychofizycznego Fechnera. Gustaw Fechner, niemiecki przyrodnik i filozof, jest autorem poglądu filozoficznego, zbliżonego do poglądów Spinozy. Twierdził, że dusza i ciało są to dwa różnorodne

sposoby przejawiania się jednej i tej samej nie znanej rzeczywistości. Są od siebie oddzielone, ale pozostają wartościami równorzędnymi-paralelnymi. Wszelkim zespołom fizycznym odpowiadają zespoły psychiczne, nie zawsze możliwe jest jednak ich poznanie. Jesteśmy w stanie, poznać tylko te z nich, które przeżywamy we własnej świadomości, odbywa się to, gdy za jej pośrednictwem doświadczenie zewnętrzne łączy się z doświadczeniem wewnętrznym (światem psychicznym). Według jego założeń możemy spróbować odnaleźć drogi, którymi to połączenie podąża, dziedziną zajmującą się tymi kwestiami jest psychofizyka. Jej podstawowym zadaniem jest wprowadzenie pomiarów do świata psychicznego. Fechner jest autorem tzw. prawa psychofizycznego, uogólnił też prawo Webera. Swoimi założeniami i badaniami budził nadzieję, że być może uda nam się poznać nie tylko prawidłowości matematyczne w psychofizyce, ale i psychologii. Niestety do dziś są to jedynie nadzieje (8).

Ostateczny upadek materializmu nastąpił dopiero w XX wieku. Jest to początek odkrywania nowych teorii w chemii fizycznej, zajmującej się budową atomu. W momencie, gdy fizykochemicy zaczęli wykazywać, iż atom to jedynie skomplikowany układ elektronów, materializm został pozbawiony podstawy swojej egzystencji- materii mianowicie. Dzięki Einsteinowi, który wykazał, że klasyczna mechanika Galileusza, zakładająca ruch materialnych ciał w pustej przestrzeni, nie znajduje już potwierdzenia, zaczęto podejmować liczne próby nowego zrozumienia świata, w tym i także człowieka. Próby te zgodnie z tym, co założył du Bois- Reymond jak dotąd nie przyniosły jednak

ostatecznych i pewnych rozwiązań i być może tej zagadki- tak jak przewidział- nigdy nie uda nam się rozwikłać. Zatem i my- żyjący w nowoczesnym i scjentystycznym XXI wieku nadal rozważamy kwestie stanu świadomości, próbujemy dotrzeć do jej podstaw, zrozumieć. Jednak mimo wielu prób, ciągle nie posiadamy niepodważalnych wyników dotyczących tej jakże ciekawej i jednocześnie trudnej materii. Skoro odpowiedzi na zagadki du Bois-Reymonda ciągle zostaję nieodgadnięte, warto przyjrzeć się bliżej poziomowi świadomości naszych pacjentów, tych, których tak często uważamy za pozbawionych świadomości tylko na podstawie faktu, iż są oni nieprzytomni.

Z chorymi nieprzytomnymi najczęściej spotykamy się na oddziałach intensywnej terapii, gdyż to właśnie tam dzięki respiratorom i specjalistycznej aparaturze chorzy pogrążeni w śpiączce, z różnych przyczyn, bądź utrzymywani w niej farmakologicznie zachowują podstawowe życiowe funkcje.

Początki intensywnej terapii sięgają lat 50 XX wieku. W Danii, zespół anestezjologów, na czele z Ibsenem, zorganizował oddział, na którym prowadzono długotrwale sztuczne oddychanie. Pierwszy pacjent został przyjęty do tego oddziału 21 grudnia 1953 roku, miało to miejsce w Szpitalu Komunalnym w Kopenhadze w trakcie epidemii polio, która w 75% przypadków kończyła się zgonem chorego w przebiegu niewydolności oddechowej charakterystycznej w pierwszej fazie choroby. Ciekawym rozwiązaniem było zatrudnienie przez Ibsena studentów, którzy przy wykorzystaniu zestawu Watersa, prowadzili sztuczną wentylację. Obniżenie śmiertelności, w tym przypadku do

25%, należy potraktować za nie lada osiągnięcie. Dalszy rozwój oddziałów intensywnej terapii wiąże się z kolejnymi osiągnięciami techniki. Niezmiernie istotne staje się pojawienie maszyn zwanych respiratorami, początkowo sztucznymi płucami. Te medyczne urządzenia reanimacyjne umożliwiły sztuczne, wymuszone oddychanie mieszaniną oddechową, w sytuacjach ustania czynności oddechowej, bądź celem jej ułatwienia. Warte jest to wspomnienia, gdyż przed wejściem do użycia tego typu urządzeń, chory, u którego akcja oddechowa zanikała, bądź była zaburzona, był praktycznie skazany na śmierć. Nie istniały możliwości stałego, oddechu zastępczego (poza wykorzystaniem pracy ludzkich rąk, jak w przypadku Ibsena i zatrudnionych przez niego studentów, co jednak nie spełniłoby swojej roli w dłuższym okresie trwania) (6, 7).

Projekt urządzenia, mającego działać jak respirator, powstał już w XV wieku, jego autorem był Leonardo da Vinci. Pierwszy działający respirator to dzieło francuskiego nauczyciela chemii i fizyki, jednego z pionierów lotów balonem: Jean- Francois Pilatre de Rozier'a, miało to miejsce na początku lat 80-tych XVIII wieku. Jego model został następnie wykorzystany, z powodzeniem od 1799 roku przez Aleksandra von Humbolta, na potrzeby pruskiego górnictwa. Jednakże dopiero Philip Drinker z Uniwersytetu Harvarda w 1848 roku, jako pierwszy opatentował respirator. Urządzenie to absolutnie w niczym nie przypominało znanej nam dziś aparatury, zarówno z wyglądu jak i sposobu działania.

Ryc. 1. Oddział “żelaznych płuc” z umieszczonymi w środku chorymi na polio. Kalifornia Rancho Los Amigos Hospital (1953)

Była to duża metalowa skrzynia, zamykana od zewnątrz na klapę. Chorego umieszczano w środku- jedyną wystającą częścią ciała była głowa. Szczelność aparatu była zapewniona przez gumowe uszczelki otaczające ściśle szyję pacjenta. Zmiany ciśnienia wewnątrz aparatu, generowane przez dwa domowe odkurzacze, powodowały

wymuszone podnoszenie, lub ściskanie klatki piersiowej, co u tych pacjentów było jedyną szansą na podtrzymanie oddechu. Pierwszą osobą żyjącą w „żelaznym płucu" był syn amerykańskiego magnata kolejowego, Fredrik B. Smite Junior. W 1936 r. przebywając w Pekinie zachorował na polio, podróż do USA odbył właśnie dzięki temu urządzeniu. Z czasem zaczęto nazywać go „człowiekiem w żelaznym płucu", dokładał wielu starań by podobna terapia stała się dostępna nie tylko dla ludzi tak zamożnych jak on sam. Dalszy rozwój techniki, wynalezienie prototypu nowoczesnego respiratora (Engstrȍma, Szwecja) stworzyło perspektywę ratowania życia ludzkiego na specjalnych oddziałach. W oddziałach tych realizowano różne koncepcje leczenia. Różny był również ich system organizacyjny, ale zawsze to nie choroba, a stan zagrożenia życia decydowały o umieszczeniu chorego w jego strukturze. W USA pierwszy oddział tego typu stworzył Safar w 1958 roku, w Polsce były to oddziały intensywnej terapii w ośrodkach akademickich w Łodzi w 1960r, w Poznaniu w 1961, i Katowicach w 1963. Od tego momentu dziedzina, jaką jest intensywna terapia, rozwija się niezwykle dynamicznie. Ostatnie dziesięciolecia przyniosły wiele zmian i odkryć, strategia wentylacji chorych z ARDS, wprowadzenie metod nieinwazyjnego i minimalnie inwazyjnego monitoringu, oraz leków nowej generacji. Na podstawie szeregu badań klinicznych opracowano i wdrożono standardy i procedury postępowania w poszczególnych przypadkach, które sprawiają, że jesteśmy w stanie ratować i przedłużać ludzkie życie coraz lepiej i pewniej. Ciekawostkę stanowi jednak fakt, że od momentu opublikowania danych o śmier-

telności w oddziale intensywnej terapii autorstwa Ibsena, kiedy to owy wskaźnik kształtował się na poziomie 36%, obecnie wynosi on 25-30%. Problem małej dostępności profesjonalnego sprzętu, został zastąpiony całym szeregiem powikłań, co pokazuje nam- praktykom- jak długą drogę pokonaliśmy i że znajdujemy się ciągle na samym jej początku (6, 7).

Medyczny Słownik Encyklopedyczny „nieprzytomność" definiuje jako : „utratę przytomności, stan zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego, przede wszystkim wyłączenia kory mózgu. Jest to stan zagrożenia życia, mimo że oddychanie oraz krążenie mogą być utrzymane i bez względu na wywołującą ten stan przyczynę. Oprócz czynnika przyczynowego, zagrożenie stanowi niedrożność oddechowa, prowadząca, jeżeli nie zostanie usunięta, do niewydolności oddechowej, następnie krążenia i w konsekwencji do bezdechu i śmierci" (1).

Dla celów tej pracy, za „pacjenta nieprzytomnego", będę uważała nie tylko osobę, u której ten stan wynika z czynników chorobowych, ale także taką, której „przytomność" została zdeprymowana farmakologicznie. Brak przytomności wydaje się kwestią bardzo łatwą do zaobserwowania i zweryfikowania. Na ogół nie zauważamy widocznej reakcji osoby na bodźce, którym ją poddajemy (np. głos). Elektroencefalogram (urządzenie rejestrujące pracę czynnościową mózgu) wskazuje na stan nieprzytomności, który potwierdza ocena wg skali Glasgow. W powszechnej opinii osoba nieprzytomna, jest osobą pozbawioną świadomości. Jednakże świadomość jest stanem ciągle

ocenianym, definiowanym, poddawanym szeregu dyskusjom. Jakże często słyszymy głosy osób, które przebywały w stanie śpiączki i mimo braku widocznej reakcji na otaczający świat pamiętały głosy, wypowiedzi, dźwięki, odczucia, których doświadczały w tym stanie. W fachowym piśmiennictwie nie brak dowodów na to, że osoby poddane znieczuleniu ogólnemu, które w teorii łączy się z całkowitym wyłączeniem świadomości, znajdowały się w tzw. „stanie pośrednim" pomiędzy pełną przytomnością umysłu, a jej wyłączeniem. Osoby operowane np., przypominają sobie słowa, zdania, które były wypowiadane w trakcie operacji przez personel biorący w niej udział. Ciekawostką jest, że już w latach 70-tych przy zastosowaniu hipnozy, ukazano, że w wiele miesięcy po przebytym zabiegu osoby będące pod wpływem znieczulenia, potrafiły przywołać całe fragmenty dialogów zasłyszanych w trakcie ich własnej operacji. W tym badaniu dowiedziono również, że organizm osoby dopasowywał się do zasłyszanych opinii, o pozytywnym, bądź nie rokowaniu. W Holandii, wobec stu pacjentów poddawanych operacji wycięcia woreczka żółciowego stosowano alternatywną metodę relaksacyjną: pacjentom założono na uszy słuchawki puszczono muzykę o charakterze odprężającym wzmacniając oczekiwany efekt powtarzaniem sugestii typu „ jestem odprężony", „czuję się dobrze". Wyniki wskazały, że chorzy poddani relaksacji wracali do zdrowia znacznie szybciej, odczuwali mniejsze dolegliwości bólowe po zabiegu, i subiektywnie lepiej oceniali swoje samopoczucie, niż pozostali pacjenci po takiej samej operacji.

W ostatnich latach, dzięki wzrostowi zainteresowania monitoringiem neurologicznym, w tym także kontrolą funkcji mózgu osoby znajdującej się w znieczuleniu ogólnym, zauważono, że bodźce optyczne, dotykowe, a zwłaszcza akustyczne są przez cały czas kierowane do mózgu, działanie leków może je jednak specyficznie zniekształcać. Przy obecnym poziomie wiedzy medycznej i pielęgniarskiej można śmiało stwierdzić, że brak świadomości u chorego nieprzytomnego nigdy nie ma charakteru całkowitego, wszechogarniającego. Potwierdzają to wyniki badań zbierane od ponad trzydziestu lat, mówiące, o tym, iż 40-50% chorych budzących się ze śpiączki pourazowej przypomina sobie mające miejsce w jej okresie wydarzenia.

Jak wspomniałam już wcześniej, zdecydowana część pacjentów będących pod opieką oddziałów IT jest nieprzytomna, w stopniu głębokim, w stanie śpiączki lub występują u nich inne ilościowe zaburzenia świadomości. Są to prawie zawsze osoby w stanie zagrożenia życia, bądź takie, których stan określamy jako „ogólnie ciężki". Fakt ten jak i wiele innych czynników powodują, że często naszą pracę z tymi chorymi charakteryzuje tzw. paternalizm medyczny, absolutnie nie uwzględniający ich podmiotowości i autonomii. Pacjent będący zależny całościowo od działania specjalistycznej, skomplikowanej aparatury, pod wpływem silnie działających leków staje się niejednokrotnie „przedmiotem" opieki medycznej. Odbiór wrażeń i komunikacja werbalna są często utrudnione, lub całkowicie niemożliwe, opierają się tylko na jednokierunkowym przekazie pielęgniarek i lekarzy. Specyfiką opieki w tychże oddziałach jest stechnicyzowanie, bezdyskusyjnie wy-

suwanie na pierwszy plan danych i parametrów na temat stanu somatycznego, bezbłędnych zapisów, wyników badań laboratoryjnych, gdyż to one dają możliwość podjęcia szybkich działań i zabezpieczenia podstawowych funkcji życiowych. Jako pozytywną zmianę należy odnotować fakt, że coraz powszechniejszą praktyką staje się zwracanie uwagi także na kwestie pozamaterialne i typowo medyczne, na rzecz poprawy samopoczucia psychicznego i stanu duchowego osoby chorej, także tej nieprzytomnej, jak i w stanie zagrożenia życia. Każdy chory ma zapewnione prawo do opieki duszpasterskiej, wynika ono z konstytucyjnego zapisu dotyczącego wolności sumienia i religii (art. 53 Konstytucji RP).

Sytuację pacjentów znajdujących się w zakładach opieki zdrowotnej w tej kwestii reguluje.

Nikt nie kwestionuje przydatności tego typu praktyk, zdając sobie sprawę z faktu, że dla osoby w ciężkim stanie wielokrotnie stanowi to pocieszenie i daje nadzieję. Nieograniczone kontakty z rodziną i osobami najbliższymi, stosowanie alternatywnych metod mających zadbać nie tylko o ciało, ale i psychikę człowieka (jak np. stosowanie muzykoterapii) to już dzisiejsza codzienność życia szpitalnego. Tego typu praktyki wróciły do łask po wielu, wielu latach. Stosowanie muzyki w terapii datuje się od starożytności. Siłę emocjonalną melodii, jej oddziaływanie na duszę ujęli Grecy w nauce o „ etosie muzyki". Nauka o etosie należała do najbardziej osobliwych teorii estetycznych Greków, oddziałujących pośrednio na medycynę. O uzdrawiającej mocy muzyki pisał Arystoteles twierdząc, że muzyka uzdrawia przez du-

chowe oczyszczenie. Nierzadko to muzycy występowali w roli lekarzy. Pamiętamy o zamówieniu na muzykę nasenną złożonym Bachowi, przez hrabiego Keiserlinga, który cierpiał na bezsenność. Powstała wówczas słynna aria a efekt był znakomity. Dziś w oparciu o szereg przeprowadzonych badań, działanie relaksacyjne bodźców dźwiękowych na OUN traktuje się, jako część terapii. Tępo, rytm, natężenie dźwięku muzyki oddziałują zwłaszcza na sploty trzewne i splot słoneczny, procesy wydzielnicze żołądka, kory nadnerczy, tętno, objętość oddechową, opory oddechowe i ciśnienie krwi. Konsonanse brzmią inaczej niż dysonanse. Muzyka oparta na konsonansach przyjemna dla ucha pobudza w mózgu człowieka inne ośrodki niż dysonanse i nastraja mózg jak instrument w sposób pozytywny. W publikacji neonatologów amerykańskich z 2000 roku czytamy, że muzykoterapia zastosowana u wcześniaków w oddziałach intensywnej terapii wpłynęła korzystnie na nastrój, percepcję bólu, częstość uderzeń pracy serca, ciśnienie krwi, przyrost wagi.

Komunikację werbalną z powodzeniem zastępujemy pozawerbalną, która wielokrotnie przynosi lepsze zrozumienie niż potok wypowiadanych słów. Ośrodki akademickie na całym świecie zwracają uwagę swoim studentom, przyszłemu personelowi medycznemu, na kwestię podmiotowości pacjenta, holistyczną ocenę jego potrzeb, konieczność informowania o wykonywanych procedurach, nawet w przypadku, gdy chory nieprzytomny nie będzie miał możliwości wyrażenia swojej woli i ewentualnego sprzeciwu. Podobne praktyki powodują, że osoba, którą uważa się za nieświadomą, a odbierająca

mimo wszystko sygnały z zewnątrz nawet w niewielkim stopniu, nie będzie czuła braku zainteresowania, lęku płynącego z niezrozumienia i zaskoczenia pewnymi czynnościami. Sam pobyt pacjenta w oddziale intensywnej terapii, podejmowane tam działania terapeutyczne, wywołują u niego napięcie, wzbudzają różne reakcje obronne, które ściśle uzależnione są od indywidualnych cech, wcześniejszych doświadczeń, odporności na stres. To my, naszym działaniem, jesteśmy w stanie zminimalizować lęk, pobudzić organizm chorego do współwalki z chorobą. Nawiązanie kontaktu z pacjentem, emocjonalnej więzi poprzez dotyk, ton głosu, gesty, koncentrację na jego mocnych stronach, stanowią bardzo istotną część elementarnej psychoterapii, za którą odpowiedzialni są wszyscy członkowie zespołu będący przecież najbliżej swojego pacjenta. Warto podkreślać i przypominać na każdym poziomie edukacji i praktyki zawodowej zagadnienia np. medycyny prenatalnej, która podaje, iż nawet przy nie w pełni pracującym mózgu, istnieje możliwość do przyjmowania i przepracowywania informacji, które następnie kreują ostateczne rozumowanie i odczuwanie. W podstawach psychoanalizy podkreśla się, że umysł człowieka nie jest istotą równoznaczną tylko i wyłącznie z jego mózgiem, wyciąga się śmiało idące hipotezy, że także ciało ludzkie jest organem odpowiedzialnym po części za przechowywanie informacji. Czy rozważając podobne zagadnienia, mając w świadomości, iż umysł człowieka, jest mimo ogromnego zainteresowania i wielu badań, nadal materią, która nie jest do końca zbadana, ktokolwiek ma prawo traktować osobę pacjenta nieprzytomnego (pomijając kwestie etyczne i moralne) ja-

ko nieobecną? Informujmy chorego, także tego, który nie jest w stanie nam odpowiedzieć i wyrazić zgody bądź sprzeciwu, o fakcie, że zostanie poddany nawet najprostszej- z naszego punktu widzenia- czynności, jak np. zmianie pozycji ułożeniowej, bądź kaniulacji żyły obwodowej.

Warto przy okazji wspomnieć o kwestiach zawartych w prawach pacjenta, gdyż to właśnie one oparte na prawach człowieka i obywatela nakładają na personel szereg odpowiedzialności i obowiązków. Międzynarodowym pierwowzorem do powstawania deklaracji, lub prawa pacjenta była Deklaracja Praw Pacjenta WHO z 1994 roku, oraz Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 kwietnia 1997 r. W Polsce od dnia 6 listopada 2008 roku prawa pacjenta są uregulowane w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa ta obowiązuje od 5 czerwca 2009 r. Może warto- w kontekście omawianego tematu- przyjrzeć się tym wybranym, których poszanowanie leży w gestii zespołu sprawującego opiekę nad chorym nieprzytomnym hospitalizowanym, tym, które niejednokrotnie mogą wydawać się problematyczne i być łamane nawet nie do końca świadomie. Pacjenci nieprzytomni nie posiadają bezpośredniej możliwości zadbania o swoje prawa, z oczywistego powodu, jakim jest ich stan fizyczny, nie są w stanie zaprotestować, zwrócić uwagi. Chory nieprzytomny nie posiada kontroli nad tym, w jakiej sytuacji się znajduje, co nakłada na nas- personel medyczny- ogromne obciążenie. Warto pamiętać, że przyznanie jednej stronie praw, nakłada na drugą stronę obowiązki. Człowiek dysponujący swoimi prawami może wymagać konkretnych

zachowań, lub zaniechań, odpowiedniego zachowania się. Należy, jako sztandarową zasadę, zapamiętać słowa D. Karkowskiej *„ Prawa pacjenta służą społecznej zbiorowości, a żaden człowiek nie jest zabezpieczony przed tym, że nie stanie się częścią tej zbiorowości."* Poszanowanie podstawowych dyrektyw, takich jak zapewnienie prawa do ochrony zdrowia i życia, bez względu na pochodzenie, rasę, poglądy polityczne bądź religijne, leży po stronie państwa. Chciałabym jednak zwrócić uwagę, na drobniejsze, mogłoby się wydawać, mniej istotne kwestie, które szczególnie dotykają chorych nieprzytomnych, gdyż nie są w stanie zareagować na ewentualne zaniechania. Prawo do godności, w Karcie Praw Pacjenta formułowane, jako prawo do poszanowania godności osobistej, jest zapewniane także przez konstytucję, jako wartość nie nienaruszalna i będąca źródłem wolności i praw człowieka i obywatela. Godność osobista to subiektywne przekonanie jednostki o jej autentycznej wartości, jako człowieka, bez względu na to czy jest zdrowy, czy chory, jest przestępcą, alkoholikiem, bądź osobą uznaną za margines społeczny. Podążając tym tropem chory powinien być traktowany całościowo, nie przez pryzmat „uszkodzonej funkcji lub sprawności", jako podmiot posiadający swój własny system wartości i wiedzy. To prawo zobowiązuje personel do odpowiednich zachowań. Naruszenie godności osobistej zakłada umyślność po stronie sprawcy. Chory (także nieprzytomny) może oczekiwać od osób sprawujących nad nim opiekę okazywania szacunku dla jego godności osobistej, poprzez zaznaczenie jego autonomii i podmiotowości. Ma prawo wymagać, by personel medyczny

zwracał się do niego używając jego imienia i nazwiska, używał języka i terminologii dostosowanej do poziomu wiedzy i percepcji słuchacza. Wg D. Karkowskiej *„ naruszeniem godności jest także zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu poprzez niestaranne, niedbałe, niesprawne, lub wręcz brutalne wykonywanie świadczeń medycznych".* Choć wydaje się, że tak niewiele potrzeba by przestrzegać tych paru podstawowych zasad, w przypadku pracy z chorym nieprzytomnym, bardzo łatwo- niestety- przekroczyć pewne granice. Posiadając wiedzę, iż osoba ta jest bezbronna, także w sensie werbalnym, nie ma możliwości zwrócenia uwagi i wyrażenia swojego niezadowolenia, często „pani Janina" zostaje po prostu „panią Janką", bądź wręcz „Janką", co najprawdopodobniej nie miałoby miejsca w przypadku osoby przytomnej. W tą część prawa uderzają także nieprofesjonalne sformułowania zachowań, które np. doprowadziły do obecnego stanu i komentarze, na temat tuszy chorego, jego higieny.

Wspomniane wyżej prawo do godności wiąże się bardzo ściśle z prawem do intymności. Pojęcie intymności dotyczy osoby samego pacjenta- sfery jego życia poufnego, osobistego, ale także relacji z innymi osobami, opartymi na serdeczności, zażyłości stosunków. Naruszenie intymności wiąże się z poczuciem wstydu, którego po raz kolejny pacjent nieprzytomny nie jest w stanie nam okazać, więc niezwykle łatwo popełnić w tej sferze wykroczenie. Prawo do poszanowania intymności to także, obecność podczas procedur medycznych tylko i wyłącznie personelu mającego ku temu kwalifikacje i będącego niezbędnym do wykonania danej procedury medycznej. Wyjątek sta-

nowi obecność studentów zawodów medycznych w szpitalach, klinikach uczelni medycznych, chory ma jednak prawo odmówić ich obecności. Należy także dbać o zapewnienie- w granicach możliwości – prywatności i unikać zbytniego eksponowania nagości.

Dobrym drogowskazem powinna być dla nas odpowiedź na pytanie typu; Czy znajdując się w podobnym stanie jak mój pacjent, chciałabym być traktowana w podobny sposób? Błędy w tych kwestiach wynikają często z naszej bezmyślności, nieprawidłowych nawyków, tłumaczone są natłokiem obowiązków, brakiem czasu- zawsze należy je korygować.

Z prawem do poszanowania godności osobistej i intymności wiąże się także prawo do poufności, zagwarantowane nie tylko prawami pacjenta, ale także Konstytucją i ustawami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek, kodeksami etyki zawodowej. Dotyczy to nie tylko kwestii typowo medycznych, które znajdziemy w historii choroby, ale także naszych spostrzeżeń, również tych, dotyczących życia osobistego. Do ochrony tego typu danych jesteśmy zobowiązani nie tylko w momencie, gdy dany chory znajduje się pod opieką naszego oddziału, ale także, gdy go opuszcza i w przypadku zgonu. Informacji należy udzielać tylko osobie wyznaczonej przez pacjenta. Także i to prawo niestety prościej złamać w przypadku człowieka nieprzytomnego, który nie może wyrazić swojego sprzeciwu, dodatkowo zakładamy, iż nie słyszy tego, co i w jaki sposób mówimy na jego temat.

Ostatnim prawem, chyba jednym z trudniejszych, jest prawo pacjenta do godnej śmierci, możliwość umierania w godności i spokoju.

Z treści zapisu tegoż prawa wynika, iż człowiek umierający ma prawo do wszelkich pozytywnych, lub nie, informacji o swoim stanie zdrowia (jak i również do nieinformowania), umierania bez zbędnego bólu (niwelowanie dolegliwości bólowych traktujemy jako poszanowanie człowieczeństwa), uzyskania wsparcia psychicznego, obecności osób bliskich. W kwestii skorzystania z części zapisów tej ustawy, w przypadku osób nieprzytomnych działamy niejednokrotnie intuicyjne, bądź zgodnie z prośbą bliskich osoby chorej. To w naszym obowiązku leży takie traktowanie osoby umierającej by odpowiadało to powadze śmierci (2).

Wartym poruszenia tematem w tym momencie rozważań, jest nowa definicja śmierci i harwardzkie kryteria śmierci pnia mózgu, które zrewolucjonizowały dotychczasowe podejście do tej trudnej materii. Samo pojęcie śmierci, nie tylko w obszarze intensywnej terapii, dostarcza wielu dylematów etycznych. Śmierć chorego traktuje się w medycynie, jako porażkę. Przy zastosowaniu arsenału sprzętu, leków, zaangażowaniu ludzi z najwyższymi kwalifikacjami, mamy możliwość podtrzymywania i przedłużania ludzkiego życia, ale nie pokonania ostatecznego momentu, jakim jest zgon. Do połowy lat pięćdziesiątych obowiązywała tzw. „klasyczna definicja śmierci", zakładała ona, że zgon następuje wówczas, gdy ustaje krążenie krwi. Okazało się jednak, że nie ma ona zastosowania w przypadkach, gdy krążenie jest zachowane, ale proces śmierci objął już mózg. Zatem opieka nad chorym, definiowanym, jako chory nieprzytomny, była w rzeczywistości opieką nad zmarłym, choć z zachowanymi funkcjami układu krą-

żenia. Rewolucją okazało się opublikowanie Raportu Komisji Nadzwyczajnej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, który powstawał pod patronatem Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy i Amerykańskiego Stowarzyszenia Adwokatów. Umożliwiło to także uregulowanie i zalegalizowanie początków transplantologii, poprzez pozyskiwanie ukrwionych narządów od osób zmarłych w mechanizmie śmierci mózgowej. Wywołało to ogromne poruszenie i dyskusje przedstawicieli różnych nauk, z filozofami i etykami włącznie. Dla ubiegłego stulecia to wydarzenie można uznać za najbardziej zajmujące w zakresie medycyny.

Raport z Harvardu wprowadził pewne regulacje, jednakże warto w tym miejscu wspomnieć, że pierwsze opisy objawów stanu, określanego obecnie jak śmierć mózgowa, powstały znacznie wcześniej za sprawą autorów europejskich, głównie francuskich. To w publikacjach klinicznych Risshede'a i Ethelberga z 1953r, odnajdujemy opisy pięciu chorych, u których pod wpływem urazu czaszkowo- mózgowego doszło do głębokiej śpiączki wraz z towarzyszącymi jej brakiem odruchów ze strony nerwów czaszkowych i stwierdzonym w angiografii zatrzymaniem przepływu mózgowego krwi. Także Lofstedt i von Reis w 1956r opisali sześciu pacjentów z bezdechem, nieobecnością odruchów w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, wielomoczem, obniżeniem ciepłoty ciała, obniżeniem ciśnienia tętniczego krwi, jak i również potwierdzonym częściowym zatrzymaniem przepływu mózgowego krwi. W 1959r. Mollert i Goulon opisali chorych, z klinicznymi objawami śmierci mózgu i brakiem bioelektrycznej aktywności, co na-

zwali stanem przetrwałej śpiączki. Do1968r, kiedy to powstały pierwsze, eksperckie kryteria harvardzkie, powstawało zarówno w USA i Europie wiele propozycji diagnostyki śmierci mózgu. W 1957 r. Pius XII w Innsbrucku podczas spotkania z anestezjologami przyznał, że *„ustalenie kryteriów śmierci i podanie momentu śmierci leży w kompetencji lekarzy, nie teologów",* potwierdził także, iż stosowanie nadzwyczajnych metod terapeutycznych, które nie są w stanie odwrócić przebiegu choroby, a jedynie wydłużają czas umierania, wobec krytycznie chorych jest niezasadne. Był to znaczący głos, w wyznaczaniu nowych granic rozstrzygania pomiędzy życiem a śmiercią, niezwykle zresztą potrzebny, gdyż lekarze transplantolodzy, oskarżani byli o zabójstwo (jak np. Sura Wada, Japończyk, który po dokonaniu pierwszej w tym kraju transplantacji serca pobranego z ciała chorego zmarłego w mechanizmie śmierci mózgowej został oskarżony o morderstwo), wynikało to między innymi z braku powszechnie akceptowanych kryteriów śmierci mózgowej. W 1968 r. w Sydney Światowy Zjazd Towarzystw Medycznych podjął doktrynę o zdysocjowanym charakterze śmierci. Według członków towarzystwa nie można precyzyjnie określić początku, jak i końca zjawiska, ale możliwe jest w dowolnym momencie podanie medycznych kryteriów tego stanu, potwierdzających jego nieodwracalność. Za takie zjawisko została uznana także śmierć mózgowa-jako proces rozciągnięty w czasie. Do uznania jednak jej występowania potrzebne były pewne i wiarygodne kryteria, proste i praktyczne testy diagnostyczne, ponadto posiadające podstawy prawne. Ostatnim, najtrudniejszym chyba kryterium, gdyż

takim, na które nie mamy bezpośrednio wpływu było uzyskanie społecznej zgody na stosowanie podobnych praktyk. Podstawą do opracowania kryteriów harvardzkich były obserwacje Roberta Schwaba w Massachusetts General Hospital w Bostonie. W pracowni neurofizjologii na przełomie lat 50-tych i 60-tych XX wieku wykonywał on EEG u chorych w głębokiej śpiączce, z czego u 150 wystąpiły objawy śmierci mózgu. Uważał, że to następująca triada objawów świadczy o jej wystąpieniu. Wśród objawów wymienia: śpiączkę, brak odruchów, nieruchome gałki oczne, szerokie źrenice- bez reakcji na światło, brak ruchów oddechowych i płaski zapis EEG. W 1963r.podał te objawy, jako objawy śmierci mózgowej.

Czwartego stycznia 1968r.na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Harvarda powstaje komisja, której zadaniem miało być ocenienie dotychczasowych kryteriów śmierci pnia mózgu, zweryfikowanie ich i ewentualne stworzenie nowych. W jej skład wchodzili specjaliści: neurochirurgii, neurologii, transplantolodzy, prawnik, socjolog i teolog oraz historyk medycyny i filozof. H. Beecher – organizator i inicjator prac komisji, już w 1965 r. proponował, by stan przetrwałej śpiączki przyjąć, jako uzupełnienie klasycznej krążeniowej definicji śmierci. Proponował także, aby proces diagnostyczny pod kątem jej stwierdzenia oprzeć na badaniu klinicznym oraz elektroencefalografie, korzystając jednocześnie z doświadczeń Schwaba i innych.

Nieodwracalną śpiączkę, jak wymiennie nazywano śmierć mózgową, zdefiniowano, jako nieodwracalny stan śmierci mózgu. Natomiast śmierć mózgu zdefiniowano, jako brak uchwytnych w badaniu

klinicznym funkcji układu ośrodkowego i obwodowego. Wyróżniono cztery grupy objawów mających potwierdzać wystąpienie tego zjawiska. Po pierwsze zanik percepcji i reaktywności, rozumiany, jako brak odpowiedzi na zewnętrzne bodźce, takie jak ból, dźwięk, w postaci cofania kończyn, przyspieszenia oddechu, wydawania dźwięków. Po drugie, brak spontanicznych ruchów w czasie jednogodzinnej obserwacji, lub w odpowiedzi na ból, dotyk, dźwięk, światło, a także brak spontanicznego oddechu w czasie trzech minut po odłączeniu od respiratora (z zachowaniem prawidłowej prężności dwutlenku węgla w krwi tętniczej w chwili rozpoczęcia próby o poprzedzającej dziesięciominutowej wentylacji powietrzem atmosferycznym). Następnie brak odruchów takich jak, reakcja na światło szerokich źrenic, brak ruchów gałek ocznych przy zwrocie głowy i drażnieniu błony bębenkowej strumieniem wody, brak odruchu rzęskowego, rogówkowego, wymiotnego, a także brak głębokich odruchów ścięgnistych, podeszwowych, oraz zanik takich czynności jak przełykanie, prężenie, wydawanie dźwięków, ziewanie. Jako ostatni w kolejności, płaski zapis elektroencefalogramu w zapisie trwającym co najmniej dziesięć minut (najlepiej jeśli zapis trwa dwadzieścia minut). Ewentualnie można było stwierdzić brak przepływu mózgowego poprzez nie pojawienie się na dnie oka znacznika podanego przez żyłę obwodową. Jeśli wyżej wymienione objawy utrzymywały się powyżej doby, można było stwierdzić nieodwracalność zmian. „Harvardzkie kryteria śmierci mózgu” zostały z czasem zweryfikowane, w niektórych aspektach, dość znacząco. Na owe zmiany miał między innymi wpływ rozwój technik diagno-

stycznych. Wykluczono z objawów diagnostycznych nieobecność odruchów rdzeniowych i objawów dezintegracji somatycznej organizmu, jak spadek ciśnienia tętniczego krwi, obniżenie temperatury ciała, zaburzenia metaboliczne. Wyodrębniono osobne postępowanie w grupie noworodków i niemowląt, dopracowano próbę bezdechu, wprowadzając miedzy innymi preoksygenację wstępną, insuflację tlenu podczas odłączenia od respiratora. W momencie publikacji standardu eksperckiego, jakim były omawiane kryteria, autorzy nie posiadali wyników badań klinicznych na dużych populacjach, co powodowało wielokrotne podważanie ich wiarygodności. Dopiero z czasem, znaczna część wątpliwości została zniwelowana, gdy pojawiły się badania oceniające ich prawdziwość. W późniejszym etapie zarekomendowano trzy etapy procedury diagnostycznej, weryfikując w pewnym stopniu kryteria harvardzkie. Za warunek wstępny uznano wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn braku funkcji mózgu (hipotermia, wstrząs, zatrucie lekami). Za charakterystyczne objawy uznano wykazanie śpiączki z brakiem reaktywności, bezdech, szerokie niereaktywne na światło źrenice, brak odruchów pniowych i brak aktywności bioelektrycznej mózgu w 30 minutowym zapisie EEG. Warunkiem jest stwierdzenie powyższych objawów, przez co najmniej sześć godzin, a EEG powinno być wykonane w ostatnich 30 minutach okresu obserwacji klinicznej. W przypadku braku możliwości wykonania badania klinicznego wykazuje się brak przepływu mózgowego. Uzupełniono również wnioski o zwrócenie uwagi na fakt, iż obecność odruchów rdzeniowych nie wyklucza rozpoznania śmierci mózgowej, gdyż występują

one u niemal 40% badanych. Reasumując na dzień dzisiejszy można przyjąć następującą definicję śmierci: „*osobę uznaje się za zmarłą, gdy nastąpiła całkowita i nieodwracalna utrata wszelkiej zdolności integracji i koordynacji fizycznych i umysłowych funkcji ciała, jako całości".*

Ponieważ dzięki obecnemu poziomowi wiedzy, rozbudowanej aparaturze i farmakologii można niezwykle długo podtrzymywać sztucznie istotne funkcje życiowe, jak krążenie i oddychanie, stwierdzenie nieodwracalnej utraty wszystkich funkcji mózgowych staje się wystarczającym i koniecznym warunkiem stwierdzenia śmierci. W innym wypadku musielibyśmy potwierdzić, że wentylowany mechanicznie pacjent z całkowicie zniszczonym mózgiem żyje i jest po prostu nieprzytomny (3, 10).

Jako podsumowanie i skłonienie do refleksji nad tematem świadomości pacjenta nieprzytomnego, naszego sposobu traktowania jego osoby pozwolę sobie przytoczyć słowa neurofizjologa, laureata nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, Sira Johna Ecclesa :

„ *Najważniejsza realność mojego „ja" nie może być zidentyfikowana z mózgiem, neuronami i impulsami nerwowymi. Uważam, że w mojej egzystencji leży fundamentalna tajemnica, przewyższająca każde biologiczne wytłumaczenie"*.

Piśmiennictwo

1. *Barczewski M., Bogusz J.*: Medyczny słownik encyklopedyczny. Fogra, Oficyna Wydawnicza, Kraków, 1993.
2. *Fryś A.*: Wybrane prawa pacjenta nieprzytomnego. [w}: Anestezjologia i Ratownictwo;

3, s. 364-369. 2009.
3. *Iwańczuk W.*: Harwardzkie kryteria śmierci mózgu. W: Anestezjologia i Ratownictwo. 2008; 2, s. 265-273.
4. *Krymska B.*:Pacjent nieprzytomny podmiotem szczególnej troski zespołu terapeutycznego. W: Pielęgniarka i Położna 2005; 47, s. 4-7.
5. *Łazowski T.*: Dylematy wentylacji respiratorem - zło konieczne czy dobrodziejstwo? W: Gabinet lekarski. 2003; 6, s 61-63.
6. *Macheta A.*: Historia Anestezjologii na świecie i w Polsce. W: Gabinet Prywatny. 2009; 5/6, s. 71-73.
7. *Rybicki Z.*: Intensywna terapia wczoraj, dziś i jutro. W: Anestezjologia i Ratownictwo. 2008;2, s. 221- 225.
8. *Szumowski W.*: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. nauk. Derewicki, Kęty 2008, str. 606-611.
9. *Wołowicka L., Dyk D.*: Anestezjologia i Intensywna Terapia. Klinika i pielęgniarstwo. PZWL, Warszawa 2007.
10. *Wójcik B.*: Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno- etyczna. Medycyna Praktyczna 2007;4,s.196-199.

Praca zawiera 39 070 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ODCZUCIA BÓLOWE U NOWORODKA – HISTORIA PROBLEMU OD STAROŻYTNOŚCI DO DZIŚ

Magdalena Kowalewska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
m-kowalewska@o2.pl

Problem bólu u niemowląt pojawił się już w czasach starożytnych. Dyskutowano wówczas na ten temat w oparciu o wiedzę filozoficzną i fizjologiczną. Zastanawiano się również, nad możliwościami oceny i mierzenia bólu: niektórzy twierdzili, że jest to niemożliwe, inni, że jego ocena może być dokonana poprzez uważną obserwację. Leczenie bólu u dzieci było mniej problematyczne i kontrowersyjne niż w czasach nowożytnych, ponieważ ludzie byli pewni, że dzieci są zdolne do odczuwania bólu. Starożytni pisarze uważali, że dzieci odczuwają ból nawet bardziej niż dorośli. Platon (ok. IV w. p.n.e.) twierdził, że zarówno cierpienie jak i przyjemność są wynikiem interakcji pomiędzy ziemią, ogniem, powietrzem i wodą, które są składowymi ludzkiego ciała. Uważał, że na początku życia wymienione interakcje są szczególnie gwałtowne, więc dla niemowląt wszystkie odczucia są

bolesne. [1] Wiele cywilizacji natomiast wierzyło, że to siły nadprzyrodzone powodowały, podtrzymywały, bądź leczyły ból i choroby w zależności od duchowego dobra lub zła człowieka. Niestety nie wiadomo czy bogowie w zadawaniu bólu rozróżniali w jakiś sposób dorosłych i dzieci.

Po upadku Cesarstwa Rzymskiego, w czasach średniowiecznych, ludzie ponownie wierzyli, że ból i choroby mają swój początek w gniewie Boga lub kaprysie demonów. Święty Augustyn (V w. n. e.) pisał, iż wszystkie choroby chrześcijan są dziełem demonów, które zadawały cierpienie głównie świeżo ochrzczonym, niewinnym noworodkom.[2] Niektórzy starożytni pisarze sugerowali, że wrażliwość na ból jest częściowo zależna od dotychczasowych doświadczeń bólowych. Hipokrates (V/IV w. p. n. e.) pisał: *„ci, którzy są przyzwyczajeni do znoszenia bólu, nawet jeśli są słabi i starzy, znoszą to znacznie łatwiej niż młodzi i silni, którzy nie są do niego przyzwyczajeni”,* czyli większe doświadczenie bólowe zmniejsza wrażliwość na ból.[3] Uważano także, że wrażliwość na ból jest wynikiem fizjologicznej niedojrzałości małych dzieci. Wurtz w 1656 r. twierdził również, że noworod-

---

[1] Keele KD: “Some historical concepts of pain” in: Proceedings the international symposium held under auspices of the University Federation for Animal Welfare (Ed.: Keele CA, Smiths S), Middlesex Hospital, London, 1962, s. 12-27.

[2] Haggard HW: “Devils, drugs and doctor: the story of the science of healing from medicine-man to doctor”. Heinemann, London, 1929; s. 281-397.

[3] Chadwick J, Mann WN: “The medical works of Hippocrates: a new translation from the original Greek made especially for English readers”. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1950; s. 150-160.

ki urodzone przedwcześnie, są bardziej czułe na ból w porównaniu z noworodkami donoszonymi.

Zachowanie dziecka, które najczęściej uznawano, jako objaw bólu był płacz. Starożytni uważali, że płacz może być oznaką także innych odczuć: nudy, głodu, samotności. Grecki lekarz, Soranus (II w. n. e.) wierzył, że płacz jest także ćwiczeniem układu oddechowego, uważał jednocześnie, iż przedłużający się płacz może powodować fizyczne szkody w organizmie dziecka.

Starożytna medycyna stosowała kilka metod leczenia bólu u dzieci. Pierwsza odwoływała się do pomocy sił nadnaturalnych, jak np. przepowiednie w starożytnym Egipcie czy amulety. Amulety były skonstruowane tak, by można je było powiesić na szyi dziecka. Na wspomaganie trawienia stosowano czerwony koral (Oestereicher, XVI w.n.e.), ząb zmarłego człowieka (Ferrarius, 1577 r.) albo korzeń brzanki, a na złagodzenie bólu podczas ząbkowania ząb żmii lub zielony jaspis (Aetius, VI w. n.e.).Innym podejściem do leczenia bólu było zwrócenie uwagi na mleko kobiet karmiących; twierdzono, że korzystne substancje podawane kobiecie są przekazywane dziecku poprzez mleko matki. Uważano, że niedoskonałości mleka kobiecego mogą być potencjalnymi przyczynami bólu i chorób u dzieci. Zakazywano np. spożywania pokarmów wiatropędnych, takich jak fasola czy groch. Wśród innych stosowanych metod należy wymienić środki podawane bezpośrednio dziecku doustnie, przykładane do skóry w postaci okładów albo maści lub podawane w postaci czopków. Soranus proponował kilka środków na ból podczas ząbkowania, np. po-

dawanie niemowlęciu kawałka tłuszczu do ssania zanim zacznie ząbkować. Pocieranie dziąseł tłuszczem z kurczaka lub mózgiem zająca zalecane było już w trakcie wyrastania zębów. Jeśli ból trwał, mimo że ząb już wyrósł, zalecał owijanie szyi niemowlęcia wełnianą opaską i różne okłady na dziąsła.[4]Za najbardziej kontrowersyjny sposób leczenia uznawano stosowanie opium w celu uśmierzenia bólu, ale także do usypiania małych pacjentów. Opium po raz pierwszy pojawia się w notatkach Ebersa (1553 -1550 r. p.n.e.) gdzie jest polecane, jako lekarstwo dla płaczącego dziecka*: „kapsułki z maku, kał osy ze ściany utrzyj razem, odcedź i podawaj przez cztery dni".* [5] Opium było zalecane także przez Rhazesa i Awicennę, jako remedium na płacz i bezsenność u dzieci.[6] Bagellardus podkreślał, że leczenie płaczu czy bezsenności powinno się zaczynać od łagodniejszych środków ze względu na sedatywne działanie opium. Harris był nieugiętym przeciwnikiem stosowania opium u noworodków podkreślając, że są inne środki, które mogą przynieść ulgę, jeśli są podawane w wystarczających ilościach.[7] Nie wiadomo, czy Bagellardus i Harris wiedzieli o uzależniającym działaniu opioidów.Oprócz tych sposobów leczenia

---

[4] Temkin O: "Soranus' gynecology". Johns Hopkins Press, Baltimore, 1956; s. 79-174

[5] Unruh AM: "Voices from the past: ancient views of pain in childhood". Clin J Pain 1992; s. 247-254.

[6] Cruse JM: "History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past". American Journal of Medical Science, 1999; s.171-80.

[7] Clendening L: "Source book of medical history". Courier Dover Publications, Dover, 1960; s.262-263.

bólu starożytni pisarze wspominali, że zapewnienie dziecku komfortu i poczucia bezpieczeństwa może być elementem postępowania przeciwbólowego.[8], [9]

Na początku XX wieku ciągle uważano, że płacz przynosi korzyści układowi oddechowemu, np. w 1908 r. Holt uważał, że noworodek powinien płakać po 15-20 min dziennie żeby rozprężać płuca. Obecnie, płacz uważany jest za sposób komunikowania podstawowych potrzeb, nie zawsze musi być oznaką bólu. Niektórzy badacze uważają, że istnieje rozwojowy wzorzec płaczu.

Płacz noworodka jest fizjologiczną odpowiedzią na biologiczne zagrożenia jak głód, ból, choroba, uraz. Starsze niemowlęta płaczą także w zależności od stanu emocjonalnego.[10] Płacz i towarzyszące mu zmiany w zachowaniu podczas snu czy aktywności stały się podstawą skonstruowania nowoczesnych skal do mierzenia bólu, jak np. Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale.[11]

W XX wieku, kiedy medycyna „przejęła władzę" nad porodami, wniosła jednocześnie podejście odrzucające pojęcie odczuwania bólu

---

[8] Temkin O: "Soranus' gynecology". Johns Hopkins Press, Baltimore, 1956; s. 79-174.

[9] Cruse JM: "History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past". American Journal of Medical Science, 1999; s. 171-80.

[10] Lester BM:" Introduction: there's more to crying then meets the ear". In: Infant *crying: theoretical and research perspectives*. New York Plenum Press, New York 1985; s. 1-27.

[11] Mc Grath PJ, Cunningham SJ, Schillinger J, Dunn J, Chapman J: "The CHEOPS: a behavioral scale to measure postoperative behavior in children". Advances in Pain Research and Therapy, 1985; s.395-402.

u noworodków, wynikające ze starożytnych uprzedzeń i „naukowych" dogmatów. Bolesne doświadczenia dzieci z lekarzami mają miejsce do dziś w neonatologii, chirurgii noworodka, agresywnym położnictwie i religijnych rytuałach. Niemowlęta były w niebezpieczeństwie zanim zaczęto traktować je, jako prawdziwych ludzi oraz akceptować ich uczucia i doświadczenia. Głębokie uprzedzenia odbijały się cieniem na noworodkach przez wieki: były traktowane, jako podludzie, przedludzie lub jak to ujął Luis de Granada w XVI wieku „niższe zwierzę w ludzkiej postaci". W Wieku Nauki (XVI-XVIIIw), sytuacja dzieci nie zmieniła się na lepszą. Autorytety naukowe pozbawiły niemowlęta krzyku przez nazywanie go „przypadkowym dźwiękiem", okradli je z uśmiechu przez nazywanie go „skurczem mięśni"; pozbawili je wspomnień, nazywając je „fantazjami" i okradli ich z bólu, nazywając go „odruchem".[12]

Jeszcze do niedawna panowała opinia, że dzieci odczuwają ból w mniejszym stopniu niż dorośli, a noworodki wcale. Niektórzy naukowcy i klinicyści uważali, że noworodek nie ma, lub ma bardzo niewielkie, doświadczenie bólowe, więc nie odczuwa różnicy między bólem a przyjemnością.[13] Uważano, że wrażliwość na ból wzrasta z wiekiem, jako wyuczona odpowiedź na bodźce.

---

[12] David B. Chamberlain; "How Well Do Clinical Pain Assessment Tools Reflect Pain in Infants"? PloS Medicine, czerwiec 2008

[13] Maurer D, Maurer C: "The world of newborn". Basic Books, New York, 1988; s. 32-40.

Większość XX-wiecznych twierdzeń na temat bólu u dzieci została sformułowana w oparciu o teorię biorącą pod uwagę fizjologiczne domniemanie, że całkowita mielinizacja komórek nerwowych, niezbędna do funkcjonowania dróg nerwowych, jest niezbędna do umożliwienia odczuwania bólu. Nawet, jeśli wątpiono, że fizjologiczna niedojrzałość jest wystarczającym wytłumaczeniem na niewrażliwość dzieci wobec bólu, pisano, że dzieci są bardziej odporne na ból niż dorośli. Opisując operację u dziecka, Thorek twierdził: *„często znieczulenie nie jest potrzebne. Gąbka zamoczona w wodzie z cukrem często wystarczy, żeby uspokoić dziecko”*[14]*;* Swafford i Allen natomiast pisali: *„pacjenci pediatryczni rzadko potrzebują leków w celu uśmierzenia bólu pooperacyjnego, ponieważ dobrze tolerują dyskomfort. Dziecko mówi, że nie czuje się dobrze, że czuje się nieswojo albo chce do rodziców, ale często nie odnosi tego nieszczęścia do bólu”.*[15]

W 1941 r. Mc Graw oceniała reakcje dzieci na ból spowodowany nakłuciem pięty w celu pobrania krwi do badań. Przebadała 75 dzieci w wieku od kilku minut po urodzeniu do 4 lat. Wyniki badań ujawniły, że najmłodsi chorzy w wieku od kilku minut do kilku dni po urodzeniu nie reagują na ból albo ich reakcja jest rozproszona; u dzieci starszych reakcja staje się bardziej zlokalizowana. Mc Graw uważała, że próg bólu u noworodków na bodźce zewnętrzne jest wy-

---

[14] Thorek M: “Modern surgical technique” (Vol. III). Lippincott, Montreal, 1938; s. 20-21.

[15] Stafford LI, Allen D: “Pain relief in pediatric patient”. Medical Clinics of North America, 1968; s. 131-136.

soki oraz że nie potrafią one rozpoznawać i lokalizować źródła zewnętrznej stymulacji bólowej. Te informacje uznano za przełomowe i funkcjonowały one w środowisku medycznym przez następne 30 lat. Nie zwrócono przy tym uwagi na błędy metodologiczne tego badania – nie podzielono badanej grupy w zależności od stanu klinicznego dziecka. Przyjęto, że małe dzieci, które prawdopodobnie nie mają pamięci bólowej, nie potrzebują uśmierzania bólu.[16] Merskey sugerował, że pojmowanie bólu przez dzieci jest niedojrzałe i że tą zdolność nabywa się z wiekiem. Uważał, że nawet, jeśli noworodki odczuwają ból – ich reakcja jest o wiele słabiej wyrażona niż u dorosłych. Był on członkiem interdyscyplinarnego komitetu, który stworzył pierwszą definicję bólu, jako: „*nieprzyjemne czuciowe lub emocjonalne doświadczenie związane z obecnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia"*. Należy zwrócić uwagę, że ból jest zawsze subiektywny. Każdy uczy się zastosowania tego słowa poprzez doświadczenia związane z urazami z początkowych okresów życia".[17] Definicja ta stała się fundamentem każdej powstającej publikacji dotyczącej bólu u małych dzieci. Proszę zwrócić uwagę, że publikacja ukazała się w 1979 roku- zaledwie przed trzema dekadami. Podręczniki dotyczące rozwoju człowieka popierały przekonanie, że niemowlęta nie są zdolne do odczuwania bólu w taki sam

[16] Mc Graw MB: "Neural maturation as exemplified in the changing reaction of the infant to pin prick" in: *The neuromuscular maturation of the human infant*. (Ed.: Mc Graw MB), Hafner, New York, 1969; s. 42-47.
[17] Merskey H:" Pain in terms: a list with definitions and notes on usage". Pain 1979; s. 249.

sposób jak dorośli. Mc Graw sprawiła, iż wierzono, że wynika to dodatkowo z nie w pełni rozwiniętych połączeń między częścią receptorową układu nerwowego a wyższymi ośrodkami nerwowymi. W trzeciej edycji „Rozwoju człowieka po urodzeniu" Sinclaira twierdzono: *„noworodek […] potrafi czuć smak, zapach, ale może nie mieć w pełni rozwiniętego odczuwania bólu"*. Jednak w szóstej edycji tego podręcznika (1998 r.) pisano już, że nie wiadomo dokładnie jak dobrze rozwinięte jest czucie bólu u dzieci, a niektórzy eksperci zaczęli uważać, że nawet płód może odczuwać ból.[18]W artykule poglądowym na temat rozwoju mózgu ludzkiego Sidman i Rakic donosili, że kora mózgowa ma kompletną strukturę anatomiczno-fizjologiczną już w połowie okresu ciąży. Wtedy, po raz pierwszy, zaczęto postrzegać ból nie z perspektywy rozwoju poznawczego, ale jako kwestię anatomiczną i fizjologiczną.[19] Koncepcja zakładająca, że percepcja bólu zależy od stopnia rozwoju nie została jednak jeszcze całkiem porzucona. Zastanawiano się, czy układ nerwowy noworodka jest wystarczająco rozwinięty żeby przekazywać i odbierać sygnały bólowe, mniej – czy dzieci mają zdolność rozumienia swojego bólu.

W 1980 r. Valman i Pearson w rozważaniach: „Co czuje płód" wyjaśniali, że płód może słyszeć i reagować na światło dobiegające spoza macicy w ostatnich tygodniach ciąży. Stwierdzali, że młode pło-

---

[18] Zisk RY:" Our youngest patient's pain-from disbelief to belief"? Pain Management Nursing, 2003; s. 40-51.

[19] Sidman RL, Rakic P: "Neuronal migration, with special reference to developing human brain: a review". Brain Res 1973; s. 1-35.

dy „dotykane" mają tendencje do uciekania, a bardziej dojrzałe poruszają się w kierunku bodźca. Podkreślali, że płody muszą być poddawane głębokiej sedacji podczas wykonywania procedur wewnątrzmacicznych manipulacji, takich jak np. transfuzje wewnątrzmaciczne (aby płód nie uciekł przed igłą). Tętno płodu przyspiesza w ciągu pierwszej minuty od rozpoczęcia procedury i wraca do poziomu wyjściowego tuż po jej zakończeniu. Ta publikacja stała się podstawą do poznania fizjologicznych reakcji związanych z bólem w najwcześniejszym okresie życia człowieka. W późniejszych latach potwierdzono, że płody potrafią okazywać, iż odczuwają ból w sposób podobny do dorosłych. [20] Robinson i Gregory w 1981 r. jako jedni z pierwszych podkreślali, że właściwe znieczulenie jest niezbędne u noworodków poddawanych procedurom chirurgicznym. [21] Inni autorzy zwracali uwagę na niewłaściwie prowadzoną analgezję pooperacyjną u dzieci: część z nich nie otrzymywała wcale leczenia, a tylko 35% dzieci otrzymywało opioidy w dawkach terapeutycznych. [22] W 1984 r. Owens zakwestionował teorię i definicję bólu opublikowaną wcześniej przez Merskey'a. Podkreślał znaczenie innych sposobów oceniających poziom bólu w sytuacji, kiedy chory ma ograniczoną zdolność do ekspresji werbalnej, takich

---

[20] .Valman HB, Pearson JF: "What the fetus feels". British Medical Journal, 1980; s.233-234.

[21] Robinson S, Gregory GA:" Fentanyl-air-oxygen anesthesia for ligation of patent ductus arteriosus in preterm infants". Anesthezy Analog, 1981; s.331-334.

[22] Beyer JE, DeGood DE, Ashley LC, Russell GA:" Patterns of postoperative analgesic use with adults and children following cardiac surgery pain", 1983; s. 71-81.

jak pomiar częstości akcji serca, stężenia kortyzolu we krwi oraz obserwowanie zachowania np. płaczu czy wyrazu twarzy.[23]

Jak na ironię, w rękach lekarzy XX wieku, urodzenia stały się bardziej bolesne dla dzieci niż miało to miejsce w przeszłości. Generalnie, lekarze nie byli zaniepokojeni bólem niemowląt, a bardziej samymi zagrożeniami płodu (np. wahania rytmu serca). Dlatego też zdobycze medycyny stały się dla noworodków źródłem bólu i cierpienia, np.:

1. Ból podczas porodu w szpitalu.

W ciągu ostatniego półwiecza, poród w szpitalu stał się standardem rodzenia. Z punktu widzenia noworodka, nowy rodzaj porodu charakteryzuje się serią bolesnych procedur. Źródła bólu to: rany głowy spowodowane elektronicznym systemem monitorowania, pobieranie krwi w czasie porodu, ekstrakcje kleszczowe (spowodowane przez częstsze teraz zewnątrzoponowe znieczulenie matki), ekstremalne zaburzenia orientacji spowodowane trzymaniem za pięty do góry nogami, temperatura pomieszczenia i narzędzi 20 stopni niższa od tej panującej w łonie matki, jasne światło, hałas, nakłucia pięty, zastrzyki z witaminami, szczypiące krople do oczu, drażniące wycieranie i mycie, nagłe oddzielenie od matki i umieszczanie w pomieszczeniu pełnym innych płaczących noworodków; to wszystko jest wyraźnym bolesnym, denerwującym i rażącym naruszeniem zmysłów dziecka. Po-

[23] Owens ME: "Pain in infancy: conceptual and methodological issues. Pain", 1984; s. 213-230.

łożnicy bronią wszystkich tych praktyk, nazywając je potrzebnymi dla „najlepszej opieki”.

2. Ból w łonie matki.

Nawet przed urodzeniem, istnieją warunki, które mogą wywołać ból i płacz dziecka. Kiedy powietrze dostaje się do krtani noworodka, możliwym staje się usłyszenie płaczu. „Płacz w łonie matki" (znany jako *vagitus uterinus*) jest dramatycznym sygnałem płodu na ból, rzadko, ale dobrze udokumentowany na przestrzeni lat. [24] [25] [26] Praktycznie wszystkie dzisiejsze przypadki płaczu płodu są wywoływane położniczymi manipulacjami: testy, celowe przekłuwanie worka owodniowego i przymocowywanie elektrod do głowy lub pobrania krwi z żył na głowie, gdy dziecko jest nadal w kanale rodnym. Fakt, że 20% tych płaczących płodów umiera, jest świadectwem znaczenia i pilności ich krzyku.[27]

---

[24] Graham, M. “Intrauterine Crying”, British Medical Journal, vol. 1, May 31, 1919; s. 675.
[25] Russell, P.M.G. “Vagitus Uterinus: Crying in Utero”, The Lancet, vol. 1, 1957; s.137-138.
[26] Thiery, M., A. Yo Le Sian, M. Vrijens, D. Janssens. ”Vagitus Uterinus”, Journal of Obstetrics & Gynecology of the British Commonwealth, vol. 80, 1973; s. 183-185.
[27] Ryder, G.H. “Vagitus Uterinus”, American Journal of Obstetrics & Gynecology, vol. 46, 1943; s..867-872.

3. Ból w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Noworodki przedwczesnie urodzone i te z ciężkimi schorzeniami muszą zmierzać się z bólem. Ból staje się głównym towarzyszem tego życia, ponieważ przez cały czas dzieci są unieruchomione a rurki intubacyjne, ssaki, sondy i cewniki penetrują ich gardła.[28]Ciągle w tych małych ciałkach tkwią rury, igły, druty; ich delikatna skóra łatwo ulega poparzeniu alkoholem stosowanym do dezynfekcji np. przed wkłuciami lub jest przypadkowo zdarta, gdy usuwane są plastry i elektrody. Śmiertelność i zachorowalność na tego typu oddziałach jest wysoka. Dzieci cierpią emocjonalnie, poznawczo, opóźniony jest także ich rozwój neuromotoryczny.[29]

4. Ból podczas operacji bez znieczulenia.

Noworodki i niemowlęta do 18-go miesiąca życia, były rutynowo operowane bez środków znieczulających. Tak było w praktyce przez dziesięciolecia, ale był to fakt nieznany opinii publicznej aż do roku 1985, gdy pewni rodzice odkryli, że ich ciężko chore, przedwcześnie urodzone dzieci poddawane były poważnej operacji bez podania nar-

---

[28] Marshall, R.E. "Neonatal Pain Associated with Caregiving Procedures", Pediatric Clinics of North America, vol. 36, no. 4, 1989; s. 885-903.

[29] Coolman, R.B., F.C. Bennett, C.J. Sells, M.W. Swanson, M.S. Andrews, N.M. Robinson. "Neuromotor Development of Graduates of the Neonatal Intensive Care Unit: Patterns Encountered in the First Two Years of Life", Journal of Developmental & Behavioral Pediatric*s*, vol. 6, no. 6, 1985 s. 327-333.

kozy. [30] [31] Do tego czasu, dzieci były zazwyczaj paraliżowane kurarą do zabiegu, co uniemożliwiało im „kiwnięcie palcem" lub nawet wydanie jakiegokolwiek dźwięku protestu! Jill Lawson poinformowała, że jej przedwcześnie narodzone dziecko- Jeffrey, miał wycięte otwory po obu stronach szyi, w prawej piersi, nacięcie od okolicy mostka do kręgosłupa, złamane żebra oraz, podwiązaną dodatkową tętnicę w okolicy serca. Kolejny otwór został wycięty w lewym boku w celu umieszczenia drenu; to wszystko, podczas gdy on nie spał, a był sparaliżowany za pomocą leków! Anestezjolog, który był przy zabiegu powiedział: „Nigdy nie zostało wykazane, że wcześniak odczuwa ból". [32] Pani Lawson opisała najczęściej wykonywaną u wcześniaków operację- torakotomię z powodu występowania przetrwałego przewodu tętniczego. Eksperci wierzyli, że może być ona „bezpiecznie wykonana przy użyciu tlenu i pankuronium, jako jedynych środków farmakologicznych".[33] Dopiero po tym, jak rodzice rozgłosili ich historię w telewizji, radio i prasie, podejście etyczne do tego typu praktyk zaczęło być po raz pierwszy tematem poważnych rozważań. Główne medyczne sprzeciwy odnośnie znieczulania niemowląt głosiły, że jest ono zbędne i niebezpieczne. Zostały one rozwiane dzięki badaniom Kanwal

---

[30] Lawson, J. Letter. "Birth", vol. 13, no. 2, 1986; s. 125.
[31] Lawson, J. Letter. New England Journal of Medicine, May 26, 1988; s.1198.
[32] Lawson, J. Letter. Perinatal Press, vol. 9, 1986); s. 141-142.
[33] Wesson, S.C." Litigation of the Ductus Arteriosus: Anesthesia Management of the Tiny Premature Infant", Journal of the American Association of Nurse Anesthetists, vol. 50, 1982 ; s. 579-582.

Anand i wsp. w Oksfordzie w latach 1985/87. Dokonując dokładnych pomiarów reakcji niemowlęcia na zabieg chirurgiczny, udowodnili, że dzieci doświadczały bólu, potrzebowały i dobrze tolerowały znieczulenie i prawdopodobnie umierały z powodu wstrząsu metabolicznego i endokrynologicznego po operacjach przeprowadzanych bez znieczulenia. [34] Po tych wynikach badań, wśród buntu rodziców, lekarze zaczęli uwzględniać potrzebę zmian i obiecali traktować noworodki w chirurgii tak jak innych pacjentów, co zakończyło 140 lat dyskryminacji tych bezbronnych istot. [35].

Zwalczanie bólu u noworodków ma na celu nie tylko zapobieganie nieprzyjemnym doznaniom, ale także ochronę przed niekorzystną dla organizmu reakcją na stres. Ból może powodować u noworodka zaburzenia w funkcjonowaniu wielu układów i narządów, a wyzwolone reakcje metaboliczne i endokrynologiczne mają negatywny wpływ na przebieg leczenia. Znany jest ujemny wpływ bólu na układ immunologiczny. Do najbardziej widocznych, łatwych do oceny zmian, będących wynikiem działania bodźca bólowego należą zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym. Występują one w postaci tachykardii, a także wahań ciśnienia tętniczego. W konsekwencji prowadzi to najczęściej do obniżenia wartości ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi tętniczej i niedotlenienia tkanek. Szczególnie niebezpieczne są wahania

---

[34] Anand, K.J.S. "Hormonal and Metabolic Functions of Neonates and Infants Undergoing Surgery", Current Opinion in Cardiology, vol. 1, 1986; s. 681-689.

[35] Poland, R.L., R.J. Roberts, J.F. Gutierrez-Mazorra, E.W. Fonkalsrud. "Neonatal Anesthesia", Pediatrics, vol. 80, no. 3, 1987; s. 446.

ciśnienia krwi u noworodków z bardzo niską lub z krańcowo niską urodzeniową masą ciała. Powodują one zmiany ciśnienia wewnątrzczaszkowego, mogące doprowadzić do powstania lub nasilenia się krwawienia w ośrodkowym układzie nerwowym.[36]

Obecnie nie ma już wątpliwości, że nawet najmłodsze dzieci odczuwają ból i każdemu z nich należy zapewnić właściwe a więc skuteczne i bezpieczne leczenie. Prowadzone są badania nad zastosowaniem różnych metod zwalczania bólu. Amulety czy przepowiednie nie są już oczywiście stosowane, ale mogą być ciągle częścią praktyk religijnych czy kulturowych. Terapia bólu u noworodka przez leczenie mamki jest rzadziej brana pod uwagę, chociaż skład mleka kobiecego oraz dieta matki karmiącej są nadal szczegółowo badane, jako czynniki mogące powodować kolkę.[37] Leki działające sedatywnie i przeciwbólowe od dawna stosowane są u pacjentów dorosłych. Jednak dopiero od drugiej połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, datuje się wyraźny wzrost zainteresowania tą formą terapii u noworodków.

Znieczulenie do bolesnych zabiegów u noworodków może mieć charakter ogólny lub miejscowy. Stosując znieczulenie miejscowe lub przewodowe unika się depresji oddechu i bezdechów. Uspokojenie

---

[36] Piotrowski A.; "Metody ograniczania bólu noworodków z intensywnej terapii", W: Materiały z II Międzynarodowego Zjazdu Położnych, Położnych Rodzinnych i Neonatologicznych „Edukacja poporodowa- profilaktyka zdrowej rodziny", Świnoujście 23-26 kwietnia 2008, s. 16-20.

[37] Unruh AM: "Voices from the past: ancient views of pain in childhood". Clin J Pain 1992; s. 247-254.

noworodka i uzyskanie u niego efektu analgetycznego można osiągnąć w sposób dość niekonwencjonalny, lecz skuteczny, poprzez podaż słodkiej substancji na przednią część języka. Najbardziej przydatna okazała się glukoza w stężeniu 25%, jednak efekt roztworu 20% jest także wyraźny. Efekt uspokajający obecny jest także po podaniu fruktozy, cukrozy czy mleka matki, działanie tych substancji jest jednak słabsze. Mechanizm działania ww. środków jest, jak się wydaje związany z uruchomieniem endogennych szlaków opioidowych. Odczuwanie słodkiego smaku jest rozwinięte nawet u wcześniaków i u nich metoda ta może mieć także szerokie zastosowanie.[38]

Leki przeciwbólowe podawane doustnie, w postaci czopków, iniekcji lub maści są najczęstszymi sposobami postępowania. Stosowanie opioidów jest szeroko dyskutowane; obawa przed uzależnieniem zbyt często przesłania ich skuteczność w uśmierzaniu bólu, choć nie ma dowodów, że dzieci leczone opioidami stają się narkomanami. Szeroko stosowane są również niefarmakologiczne metody psychologiczne: relaksacja, obrazowanie kognitywne, terapia rodzinna i grupowa a także metody fizyczne: oparta na zasadzie sprzężenia zwrotnego - bioofeecbek czy przezskórna stymulacja elektryczna. Złotą regułą w postępowaniu przeciwbólowym jest tzw. analgezja z wyprzedzeniem, koncepcja zakładająca rozpoczęcie podawania leków prze-

[38] Piotrowski A.; "Metody ograniczania bólu noworodków z intensywnej terapii", W: Materiały z II Międzynarodowego Zjazdu Położnych, Położnych Rodzinnych i Neonatologicznych „Edukacja poporodowa- profilaktyka zdrowej rodziny", Świnoujście 23-26 kwietnia 2008, s. 16-20.

ciwbólowych jeszcze przed zadziałaniem bodźca bólowego[39]. Najważniejszym czynnikiem ograniczającym u noworodka traumatyczne oddziaływanie bólu i strachu są działania najprostsze: wygodne ułożenie w „gniazdku", przyjazny, ciepły dotyk, trzymanie go na piersi („kangurowanie"), nawet w czasie wykonywania zabiegów, a w końcu specjalne techniki pielęgnacji dziecka lub uspokajania go.[40]

Na szczęście nie ma już potrzeby kłucia noworodków szpilkami w celu sprawdzenia czy czują ból. Jest to oczywiste, a przede wszystkim potwierdzone setkami przeprowadzonych, nie zawsze etycznych eksperymentów. Nie pozostaje nam nic innego, jak rzetelne i świadome wykorzystanie tej wiedzy w naszej praktyce.

Streszczenie

W czasach starożytnych panowało przekonanie, że noworodki i dzieci odczuwają ból tak samo a nawet bardziej niż dorośli. Zatem podejmowano szereg dyskusji w oparciu o wiedzę fizjologiczną i filozoficzną i zastanawiano się nad metodami oceny natężenia bólu i jego eliminacji. Wśród różnych stosowanych sposobów leczenia bólu wskazywano także na konieczność zapewnienie dziecku komfortu i poczucia bezpieczeństwa, jako elementu postępowania przeciwbólowego.

---

[39] Gottschalk A, Smith DS*:"* New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia". American Family Physician 2001; vol. 63, s.1979-1984.
[40] Helwich E.; „Wcześniak", PZWL Warszawa 2002, s.147.

W XX wieku, kiedy medycyna „przejęła władzę” nad porodami, wniosła jednocześnie podejście odrzucające pojęcie odczuwania bólu u noworodków, wynikające ze starożytnych uprzedzeń i „naukowych” dogmatów.

Jeszcze do niedawna panowała opinia, że dzieci odczuwają ból w mniejszym stopniu niż dorośli, a noworodki wcale. Niektórzy naukowcy i klinicyści uważali, że noworodek nie ma, lub ma bardzo niewielkie doświadczenie bólowe, więc nie odczuwa różnicy między bólem a przyjemnością.

Praca zawiera 22 603 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

Uczeń pacjentem lekarza szkolnego w II Rzeczypospolitej
(na przykładzie województwa lubelskiego)

Joanna Majchrzyk-Mikuła

Zakład Historii i Teorii Kształcenia,
Instytut Nauk Pedagogicznych Wydział Nauk Społecznych
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski
drasma@wp.pl

Przeobrażenia społeczne i ekonomiczne zawsze wywierały wpływ na egzystencję dziecka. Zwłaszcza w okresie II Rzeczypospolitej, kiedy trudna sytuacja materialna i polityczna w kraju nie sprzyjała prawidłowemu rozwojowi opieki nad młodym pokoleniem. Byt nieletnich uzależniony był od pochodzenia, a przede wszystkim statusu materialnego rodziców. Przeprowadzone w okresie międzywojennym badania nad rodzinami wiejskimi i robotniczymi wykazały, iż niewiele z nich było w stanie zapewnić właściwe warunki do życia i rozwoju swemu potomstwu (11). Zdecydowana większość z nich zamieszkiwała tereny wiejskie. Szczególnie trudna sytuacja była dzieci z województw wschodnich, a także z centralnych, gdzie wieś cechowała się dużym zubożeniem społeczeństwa, które ciągle borykało się z głodem, zimnem i chorobami. Tereny te były bowiem w latach 1914-

1920 wielokrotnie dewastowane w czasie działań zbrojnych (9, 26). Dlatego też możliwości rozwoju dzieci stworzone przez rodzinę wiejską okresu międzywojennego dalekie były od ideału, wpływając na znaczne zwiększanie się liczby pacjentów. Najwięcej kontrowersji budziły warunki mieszkaniowe, które na ogół były fatalne. Najczęściej wszyscy sypiali w jednej izbie. Często w tym samym pomieszczeniu obok znajdował się inwentarz. O trudnej sytuacji dziecka wypowiadała się m.in. Maria Lipska-Librachowa, zwracając uwagę na […] *brak studzien zamkniętych, bliskość obory, stajni i chlewa, nawóz w najbliższym sąsiedztwie chaty, rojowisko much-wszystko to składało się na całość warunków niesprzyjających zdrowiu i normalnemu rozwojowi dziecka* […] (16). Podobnie wyglądały sprawy higieny osobistej. W społeczności wiejskiej nie przywiązywano wagi do czystości. Wynikało to braku odpowiednich warunków, miejsca, a nawet naczynia przeznaczonego wyłącznie do mycia. Mieszkańcy wsi używali do tego celu wiadra, lub innego naczynia, które często stosowane było nie tylko do mycia, ale także do innych czynności gospodarskich. Zazwyczaj codzienna toaleta ograniczała się do opłukania twarzy i oczu. Często jednak zdarzały się przypadki, jak opisuje w pamiętniku Wilhelm Kalita, gdzie […] *w niektórych wioskach odległych od rzeki czy potoku są dzieci szkolne, a nawet dorośli, którzy w życiu swem nie kąpali się. Po całodziennej pracy kładą się spać brudne, często w odzieniu, by rano, nieraz bez mycia się pójść do szkoły lub swego zajęcia*[…] (5). Na wsi panowało fałszywe wyobrażenie o szkodliwości regularnych kąpieli. Dlatego też tylko kilka razy do roku ludność wiejska kąpała się. Oka-

zjami do umycia całego ciała były święta oraz inne uroczystości rodzinne np. wesela (27). Również wiele do życzenia pozostawiały warunki bytowe uczniów miasteczek i większych aglomeracji miejskich. Położenie w jakich przyszło im żyć, odbiegało znacznie od tego, które potrzebne było do normalnego rozwoju dziecka. […] *ciężkie warunki materialne, głód – w konsekwencji sprawiają, że dziecko miejskie to istota niedorozwinięta, niedokrwista, pozbawiona sił odpornych – a więc podatny materiał dla chorób* […] (23). Źle odżywiona młodzież, mieszkająca w ciasnych zawilgoconych mieszkaniach bardzo często umierała na gruźlicę. Natomiast blisko połowa dzieci urodzonych w tym środowisku nie dożywała roku.

Zbyt niski stan higieny społeczeństwa oraz katastrofalna sytuacja sanitarna, była zasadniczym źródłem panującego powszechnie brudu, który niewątpliwie miał wpływ na stan zdrowia i jakość życia dzieci i młodzieży. Choroby w owym czasie atakowały je w równym stopniu, bez względu na środowisko. Istotny wpływ na wzrost zachorowań, powiększanie się liczby pacjentów wywodzących się z grona uczniów miały jednak także i inne czynniki. Można je choćby ukazać na przykładach z województwa lubelskiego. Leżało ono w centrum II Rzeczypospolitej, graniczyło zarówno z ziemiami wschodnimi, na których szczególnie często występowały choroby zakaźne, jak i z innymi obszarami, gdzie zachorowalność była mniejsza.

Jak wiadomo, wśród wielu występujących wówczas chorób infekcyjnych były i takie, których bakterie roznosiły pasożyty, przykładowo dur osutkowy - jego zarazki chorobotwórcze przenoszą wszy.

Rozpowszechnioną w latach dwudziestych i trzydziestych ubiegłego wieku jaglicą często zarażano się poprzez brudne ręczniki, używane przez wiele osób, przez dłuższy czas. W obszernym artykule omawiającym szerzenie się tej choroby w różnych zakładach opiekuńczych doktor medycyny Marian Zachert pisał w roku 1928 […] *Charakterystycznym jest, że w woj. śląskim np. gdzie zakłady opiekuńcze są dobrze urządzone (umywalnie z bieżącą wodą, ręczniki, ogólna czystość) tylko 4,5% dzieci jagliczych uległo zakażeniu w zakładzie, a 95,5% najprawdopodobniej już przybyło do zakładu z jaglicą* […] (28). Również źródłem różnych chorób skóry, na przykład świerzbu, było elementarne nie przestrzeganie higieny. Brak ogólnej dbałości o czystość powodowało rozprzestrzenianie się ostrych chorób zakaźnych przewodu pokarmowego na czele z durem brzusznym oraz czerwonką. To tylko niektóre przykłady (6, 10, 22).

Stan higieny osobistej uczniów w omawianym okresie pozostawał bardzo często wiele do życzenia. W najróżniejszych przekazach - dokumentach sprawozdawczych, artykułach prasowych czy w opracowaniach – stale pojawiają się informacje na ten temat. W piśmie dyrektora ośmioklasowego Filologicznego Gimnazjum imienia Stanisława Staszica w Lublinie 22 stycznia 1919 roku podano […] *młodzież ta nie jest wolna od pasożytów* […] *młodzież szkoły pochodzi w 9/10 ze sfer, wśród których zamiłowanie porządku i czystości, znajomość higieny i zasad zdrowotności jest bardzo nikła, zmusza szkołę do urządzenia w gmachu szkolnym kąpieli natryskowych* […] (2). Kilka lat później, we wrześniu 1922 r., doktor medycyny Wacław Pawłowski,

w miejscowej codziennej gazecie „Ziemia Lubelska", tak opisywał stan czystości uczniów […] *Dziatwa nasza w ogóle nie odznacza się dbałością o czystość ciała i zdarza się jeszcze widzieć jednostki uderzająco niechlujne. Szyję, uszy, stopy, a nade wszystko kolana tych okazów (na szczęście coraz rzadszych) pokrywa skorupa brudu - ciemna, cuchnąca, z trudem zaledwie usuwalna. Zwykłym zjawiskiem jest wtedy świerzba, pryszczyca, liszaje, wrzodzianki, a przede wszystkim wszawica. Wstrętnie brudna i w dodatku niekompletna bielizna uzupełnia ten obraz* […] (15). Ten trudny nam obecnie do wyobrażenia wygląd dzieci i młodzieży, uczęszczającej przecież systematycznie do szkół, znalazł potwierdzenie w kolejnej prasowej publikacji, która pojawiła się pięć lat później. Można więc domniemywać, iż opisane braki występowały przez dłuższy czas. W krótkim gazetowym doniesieniu z posiedzenia lubelskiej powiatowej Rady Szkolnej, odbytego w maju 1927 r. z udziałem lokalnych władz, między innymi poinformowano społeczeństwo, iż […] *Rada Powiatowa postanowiła zwrócić się do poszczególnych Dozorów Szkolnych, by szkoły swoje zaopatrzyły w miednice, dzbanki, mydło, ręczniki itd., a to dlatego, że 70 procent dzieci jest brudnych, co w znacznym stopniu sprzyja rozszerzaniu się różnego rodzaju chorób* […] (29). W następnym roku doktor medycyny Klemens Sokal, prezentując szczegółowo różne kwestie dotyczące zdrowotności i zachorowalności dzieci i młodzieży wspomnianego powiatu lubelskiego obliczył, że […] *Wszy i gnidy - chłopcy 371, dziewczęta 495, razem 866, choroby skórne 31* […] *Czystość ciała: kąpie się 1 x tyg. - 282, 1 x 2 tyg. - 129, 1 x mies. - 226, 1 x 2 mies. - 59,*

1 x 3 mies. - 98, 1 x 4 mies. - 76, 1 x 6 mies. - 217, 1 x rok - 158, wcale nie - 821 […] (24). Dane te dobitnie pokazują, jak zły był stan higieny osobistej ówczesnych uczniów, a zapewne i ich rodzin, bo w takich wypadkach dzieci nie były wśród swych najbliższych wyjątkiem. Jeśli podzielić tę grupę uczniów na dwie części, to zaledwie 696 spośród nich kąpało się regularnie, przynajmniej raz na dwa miesiące, najwięcej jednak raz w tygodniu lub raz w miesiącu. Druga część była niemal dwukrotnie większa. Wśród nich zdecydowanie przeważali uczniowie, którzy nie kąpali się wcale. Było ich więcej, niż tych, korzystających z takich udogodnień cywilizacyjnych systematycznie, przynajmniej raz na dwa miesiące. W cytowanym powyżej opracowaniu przytoczono ponadto informacje zebrane przez doktora medycyny Mateusza Mędrkiewicza, lekarza szkół powszechnych z tego terenu. W roku szkolnym 1927/1928 przebadał on 14.724 uczniów tych placówek oświatowych z 16 gmin powiatu lubelskiego, stwierdzając między innymi […] *brudne 1.729, zawszone 3.980* […] *świerzb 158, parchy 10, choroby skóry 127* […] (24).

W oficjalnym sprawozdaniu dotyczącym całego województwa lubelskiego w roku szkolnym 1933/1934 zamieszczono dane, które potwierdzają wymienione powyżej informacje. Dla przykładu przy dokładnych oględzinach w samym Lublinie na sześć tysięcy osiemset czterdziestu jeden przebadanych uczniów (co stanowiło około połowę wszystkich uczęszczających do szkół) jako brudnych określono aż dwa tysiące czterystu pięćdziesięciu dwóch, a świerzb stwierdzono u stu osiemdziesięciu jeden. Jeśli pomnożyć to przez dwa to prawdo-

podobnie w przybliżeniu pięć tysięcy uczniów w wojewódzkim Lublinie rzadko, albo bardzo rzadko się myło! Podobne szczegółowe badania w niektórych powiatach dały także bardzo złe wyniki. W powiecie łukowskim przeglądowi czystości poddano sześć tysięcy trzystu uczniów, sześćset trzydziestu dwóch z nich było brudnych, dwustu pięćdziesięciu zawszonych, a u dwudziestu sześciu wykryto świerzb. Na innym terenie, w powiecie siedleckim, na sześć tysięcy siedemdziesięciu ośmiu dzieci do brudnych zaliczono czterystu dziewięciu, zawszonych trzystu jedenastu, a ze świerzbem czterdziestu. Podobne dane były i w tomaszowskim - ośmiuset zbadanych, dwustu brudnych, trzysta pięćdziesiąt zawszonych, trzech ze świerzbem. Te ostatnie jednak dane - zbyt *zaokrąglone* - nie są w pełni wiarygodne (1). Kilka lat później, w roku sprawozdawczym 1937/1938 widać niewielkie zmiany, zwiększyła się w niektórych wypadkach liczba badanych dzieci, ale generalnie jednak stan higieny dzieci szkolnych w dalszym ciągu był zły. W stolicy województwa przebadano choćby we wspomnianym czasie (1937/1938) osiem tysięcy siedemset sześćdziesięciu siedmiu uczniów (na ponad dwadzieścia siedem siedemset tysięcy ogółem), ale brudnych było tylko tysiąc sześćset czterdzieści osiem, zawszonych jednak aż tysiąc trzysta siedemdziesięciu dwóch, a ze świerzbem tylko dziewięciu uczniów. W powiecie łukowskim w tym czasie pod opieką było ponad dziewięć tysięcy ośmiuset uczniów, przebadano o około tysiąc mniej, do brudnych zaliczono ponad tysiąc pięćset pięćdziesiąt, wszy stwierdzono u dwóch tysięcy czterystu trzech, a świerzb - u dziesięciu. Na terenie siedleckiego poddano w la-

tach 1937/1938 oględzinom ponad sześć tysięcy ośmiuset uczniów (z ogólnej liczby blisko dwadzieścia cztery i pół tysiąca chodzących do szkół), jako brudnych i zawszonych zakwalifikowano po ponad ośmiuset, a świerzb wykryto aż u blisko stu uczniów (1). Jak widać taka sytuacja w znacznym stopniu zwiększała liczbę młodych pacjentów.

Taki niedobry stan higieny, który przez cały okres dwudziestolecia międzywojennego był jak widać nie najlepszy, miał niewątpliwie duży wpływ na przykład na zapadalność na dur brzuszny. Trudno bowiem przypuszczać, by w domach i rodzinach, w których nie dbano o elementarną czystość ciała swych pociech panował ład i schludność. W piśmie Urzędu Wojewódzkiego Lubelskiego z 27 maja 1933 roku, podano liczbę pacjentów, u których wykryto tę chorobę w roku 1932. Tylko w Lublinie stwierdzono dwieście siedemnaście zachorowań, w powiecie puławskim - dwieście dziewiętnaście, lubelskim – sto sześćdziesiąt dwa, garwoliński – sto dwadzieścia, a sokołowskim sto dziewięć. Najmniej przypadków duru brzusznego wykryto w powiatach: tomaszowskim oraz hrubieszowskim – po dwadzieścia jeden, łukowskim - dwadzieścia trzy oraz włodawskim - trzydzieści osiem. Żaden jednak powiat nie był wolny od tej choroby, a w sumie na obszarze tego województwa wykryto w jednym tylko 1932 roku dur brzuszny u niemal tysiąca siedemset pacjentów (3).

W różnych statystykach zwraca również uwagę problem wszawicy, a więc potencjalne zagrożenie durem osutkowym. Dla przykładu w jednym tylko sprawozdaniu higienistki szkolnej, dokonującej przeglądu w kilku zaledwie powszechnych szkołach lubelskich stwierdzono

w roku 1936 […] *wrzesień*] - *liczba dzieci przejrzanych 2.286, brudne 147, zawszone 7, z gnidami 245* […] *październik*] - *liczba dzieci przejrzanych 3.303, brudne 182, zawszone 31, z gnidami 341* […] (2). Dur osutkowy stanowił realne zagrożenie przez cały okres międzywojenny, oczywiście na daleko mniejszą skalę niż w pierwszych latach drugiej Rzeczypospolitej. W województwie lubelskim w roku 1934 zapadło na tę chorobę dwieście siedemdziesiąt sześć osób, a zmarło osiemnaście (ponad sześć procent). W roku następnym było sto trzydzieści zachorowań i dziesięć zgonów, a w 1936 roku odpowiednio sto osiemdziesiąt dwa zachorowania i szesnaście zgonów z powodu duru osutkowego (4). Dane te dotyczą wprawdzie wszystkich mieszkańców, ale zapewne wśród wymienionych pacjentów była też pewne grupa dzieci i młodzieży, a możliwość infekcji była duża, wystarczył choćby przelotny kontakt w sklepie, u fryzjera, albo w jakimkolwiek miejscu, aby wszy znalazły nowego nosiciela. Można dodać, iż w roku szkolnym 1936/1937, tylko w Lublinie, wśród uczniów szkół powszechnych, stwierdzono między innymi: dwadzieścia jeden przypadków duru brzusznego, jeden – osutkowego, czterdzieści osiem płonicy, osiem błonicy, dwieście dziesięć odry, czy siedemdziesiąt dziewięć świerzbu. Na różne choroby zakaźne zmarło wtedy ośmiu uczniów lubelskich szkół powszechnych (2).

Mówiąc ogólnie o higienie należy również pamiętać o sprawach związanych z jamą ustną, z chorobami i czystością zębów. Nie było z tym najlepiej. W roku 1932 w sprawozdaniu z jednego z lubelskich gimnazjów wspomniano wprawdzie, że zdecydowana większość

uczniów tej placówki myła zęby codziennie - takich uczniów było stu trzydziestu sześciu, a tylko siedemnastu nie dbało o czystość w tym zakresie, ale jednocześnie przytoczono liczby dotyczące leczenia zębów. Tylko w jednym roku szkolnym 1931/1932 w tej małej przecież i elitarnej placówce założono uczniom sto siedemdziesiąt jeden plomb i wyleczono zapalenie miazgi lub zgorzeli u pięćdziesięciu ośmiu dalszych. Nie dziwi więc, że na przykład na czternastu uczniów klasy pierwszej tylko siedmiu nie wymagało w tym czasie pomocy dentystycznej, w klasie piątej – na dwudziestu sześciu również tylko siedmiu, a w ostatniej ósmej na dwudziestu – trzynastu (25). Takie dane ze szkolnego gabinetu stomatologicznego pozwalają postawić duży znak zapytania przy powyższej informacji dotyczącej higieny jamy ustnej. Można przypuszczać, iż przynajmniej część uczniów tego gimnazjum po prostu wstydziła się przyznać, że mało dba o czystość zębów i w przeprowadzonym wywiadzie podawała inne dane, niż było w rzeczywistości.

Poza kwestiami dotyczącymi higieny dużą rolę w poprawie kondycji dzieci i młodzieży szkolnej odgrywa jak wiadomo właściwe odżywianie - może wpływać na zwiększanie lub zmniejszanie liczby pacjentów. Również i w tym wypadku w całym okresie międzywojennym nie było najlepiej. Świadczą o tym zarówno informacje o dożywianiu, jak i o nie najlepszym wyglądzie, świadczącym o braku pożywienia w tym tak ważnym dla przyszłego, dorosłego życia okresie, Są to sprawozdania z poszczególnych placówek, jak i bardziej ogólne.

W dokumencie z roku szkolnego 1921/1922 z *8-o klasowej Żeńskiej Szkoły Realnej Wł. Kunickiego z Lublina* podano, iż na 314 uczennic dożywiano od 70 do 80 z nich, a ogólne […] *odżywianie i rozwój fizyczny dziewcząt średni, starszych lepszy, młodszych - klasa 2-3 gorszy* […] (2). W innym sprawozdaniu z 31 stycznia 1923 roku z *Państwowego Seminarium Nauczycielskiego Męskiego w Lublinie* (do którego, wbrew nazwie, uczęszczały też dziewczęta) podano […] *Odżywianie chłopców złe 24, średnie 182, dobre 34. Fizyczny rozwój chłopców zły 23, średni 150, dobry 58. Odżywianie dziewcząt złe 4, średnie 70, dobre 16. Fizyczny rozwój dziewcząt zły 6, średni 43, dobry 41. 2-ch chłopców nie przyjęto z powodu wątłego zdrowia. Młodzież szkolna pochodzi ze wsi* […] (2). W tym samym roku dyrektorka *8-mio klasowego Gimnazjum Filologicznego Żeńskiego w Lublinie* pisała w informacji do miejscowego Magistratu […] *Młodzież na ogół odżywia się znośnie. Najbiedniejszym szkoła wydaje śniadania, w zimie gorące (dożywianie). 9-cio letni okres wojenny sprawił, że rozwój młodzieży, jak u nas - dziewcząt w ogóle szwankuje. Waga ciał w wielu wypadkach nie jest wystarczająca. Ze względu na dość częste zapadanie na zdrowiu (zajęte „wierzchołki:", choroby serca, układu nerwowego, anemia i.t.d.) wypada nieraz dawać urlopy uczennicom w celu odpoczynku i nabrania zdrowia.* […] (2). W lubelskim Państwowym Gimnazjum imienia Stanisława Staszica w roku szkolnym 1931/1932 […] *od listopada do kwietnia wszyscy uczniowie otrzymywali drugie śniadanie* […] (25).

Taka niezbyt dobra sytuacja występowała w nielicznych średnich szkołach, gdzie znaczna część młodzieży pochodziła z rodzin nieźle sytuowanych, a więc i lepiej odżywianych. Doktor medycyny Kazimierz Dietrich w artykule opublikowanym w końcu 1923 roku, omawiającym uczniów szkół powszechnych powiatu lubelskiego obliczył, iż […] *Pod względem odżywiania na pierwszym miejscu stoi kolonia Dąbrowa, posiadająca 41,8% dobrze odżywionych dzieci, dalej Białka - 34,9%, Cyganka - 28,O% i nareszcie Jaszczów - 27%. Najlepsze odżywianie w koloniach jest zrozumiałe, gdyż ogólny dobrobyt kolonistów zwykle jest daleko lepszy od dobrobytu ludności wsi i miasteczek. Przypatrując się ogólnemu stanowi odżywiania w poszczególnych szkołach widzimy jednak, że dominującym jest stan dostateczny* […] (8). Z taką oceną jednak nie bardzo się można zgodzić. Przecież nawet w najbogatszej miejscowości ponad połowa uczniów była niedostatecznie odżywiona, a jak wyglądało to w najgorszych? Tam pewnie tylko nieliczne dzieci miały wystarczająca ilość odpowiedniego do potrzeb pożywienia. Na poparcie takiego stwierdzenia można przytoczyć informacje z już wykorzystanego opracowania dr K. Sokala. Podał on, że […] *Nie jada dostatecznie ciepłej strawy 24,2% Nie pije mleka w dostatecznej ilości 18,7%. Nie pije wcale mleka 14,0%. Nie jada dostatecznej ilości mięsa 53,5%* […] (24). A Teodor Wolski w roku 1928 lapidarnie stwierdził […] *Dzieci odżywiają się na ogół źle, jak to wskazuje statystyka i często przychodzi dziatwa do szkoły po zimnym śniadaniu, a nawet bez śniadania* […] (19).

W okresie wielkiego kryzysu lat 1929-1935, gdy sytuacja wielu rodzin była szczególnie trudna, o rozmiarach dożywiania w województwie lubelskim w jednym tylko roku szkolnym 1931/1932 informowała w swym opracowaniu dr J. Morozowa (21). Ogółem tylko w 237 szkołach dożywiano 15.857 dzieci przez 1 do 9 miesięcy. Taką akcję prowadzono głównie w placówkach miejskich. Zależała ona niewątpliwie nie tyle od potrzeb potrzebujących, a od zamożności lokalnych władz samorządowych. Dla przykładu w samym Lublinie we wszystkich dwudziestu jeden szkołach powszechnych, na ogółem dwanaście tysięcy siedemdziesięciu ośmiu uczniów akcją taką objęto trzy tysiące siedmiuset osiemdziesięciu siedmiu z nich przez okres sześciu miesięcy, a dalszych tysiąc pięćset siedemdziesięciu dwóch przez jeden miesiąc. W samym Chełmie we wszystkich ośmiu szkołach na prawie cztery tysiące uczniów dożywiano od siedemdziesięciu do czterystu siedemdziesięciu siedmiu z nich przez osiem miesięcy, a w powiecie – ze stu czterdziestu jeden placówek pomoc w żywieniu świadczono zaledwie w siedmiu – przez dziewięć miesięcy dla od dwudziestu pięciu do trzystu czterdziestu uczniów. W Puławach także we wszystkich czterech placówkach akcją objęto zaledwie trzystu pięćdziesięciu uczniów z ogółem dwóch tysięcy dziewięćdziesięciu, a w powiecie – ze stu czternastu placówek ogółem dożywianie prowadzono w jedenastu z nich. Z dwudziestu czterech tysięcy siedmiuset czterdziestu dziewięciu chodzących do nich uczniów pomoc w tym zakresie świadczono tysiącowi siedemdziesięciu siedmiu z nich (20).

Aby przeciwdziałać tak niekorzystnemu stanowi rzeczy, poprawiać zdrowotność, zmniejszać zachorowalność, również wśród uczniów, starano się objąć opieką jak największą liczbę dzieci i młodzieży, zwłaszcza na wsi, a także prowadzono szeroką akcję profilaktyczną.

W *Sprawozdaniu z działalności sanitariatu i stanu zdrowotnego województwa lubelskiego za rok 1935/1936* stwierdzano między innymi […]. *Propaganda higieny prowadzona była głównie przez lekarzy powiatowych, Ośrodki Zdrowia i szkoły. Na terenach wiejskich dużą rolę odgrywały „konkursy zdrowia w chacie wiejskiej"* […]. *Zwalczanie gruźlicy propagowane było intensywnie w okresie „Dni przeciwgruźliczych". Duże znaczenie propagandowo miała Wystawa higieniczna, zorganizowana w październiku 1935 r. w Lublinie przez Oddział Lubelski Polskiego T-wa Higienicznego przy współudziale Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Instytut Spraw Społecznych, innych instytucji społecznych i gospodarczych, Zarządu m. Lublina i innych samorządów, władz szkolnych i przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej* (4). Można przypuszczać, iż większość dzieci i młodzieży zarówno z Lublina, jak i z okolic zwiedzała wspomnianą wystawę, jak i uczestniczyła w innych podobnych akcjach.

Dwa lata później, 25 maja 1937 roku Zarząd Miejski w Lublinie w piśmie do miejscowego Urzędu Wojewódzkiego stwierdził (dane odnoszą się prawdopodobnie do bieżącego, lub poprzedniego roku szkolnego) […]. *Dzieci w szkołach odwiedzane są przez lekarza 2-krotnie w ciągu miesiąca, a przez higienistki przeglądane są pod*

względem czystości 4 razy na miesiąc. Liczba dzieci, zbadanych przez lekarzy szkolnych w ciągu roku, wyniosła 7.800 na ogólną liczbę 14.167 uczęszczających do szkół. W tym samym czasie w ambulatorium szkolnym udzielono 3.200 porad chorym dzieciom […]. *Ponadto w szkołach wygłoszono z zakresu higieny szkolnej i o chorobach zakaźnych około 80 pogadanek, oraz rozdano ulotki pouczające o walce z tyfusem plamistym i brzusznym, czerwonką i grypą* […] (4). Należy dodać, iż niewątpliwie nieco gorzej w obydwu przypadkach było na wsiach, zwłaszcza oddalonych od miast powiatowych, gdzie lekarze powiatowi docierali stosunkowo rzadko. Ich działalność w szkołach nie mogła być dostatecznie efektywna ze względu na obciążenie innymi obowiązkami oraz małą ich liczebnością w rejonach. Jeżeli porównamy pod względem stanu opieki higieniczno-lekarskiej szkoły miejskie ze szkołami wiejskimi, to okazuje się, że w 1926 r. w całej Polsce zaledwie 1,1% szkół wiejskich posiadała nadzór lekarski (14,17,18). Niestety stan ten stan ten pogorszył się wraz z nastaniem w latach trzydziestych wielkiego kryzysu ekonomicznego, który dotknął także samych uczniów, a zwłaszcza ograniczył im dostępność do świadczeń lekarskich. Jednym z powodów było, brak dostatecznej liczby lekarzy, którzy niechętnie osiedlali się na wsi i w małych miasteczkach. Innym powodem braku odpowiedniej opieki zdrowotnej były względy ekonomiczne. Wielu rodziców nie stać było na korzystanie z fachowej opieki zdrowotnej. Koszty usług lekarzy praktykujących na prowincji przekraczały możliwości finansowe budżetu domowego. Ze względu na to ludność wiejska musiała szukać alternatywnej pomocy zdrowotnej.

W związku z tym większość z nich korzystała z usług znachorów, bab czy felczerów (13). Należy również mieć na uwadze to, że młodzież wiejska, a zwłaszcza dzieci, w porównaniu do swoich miejskich rówieśników, nie tylko rozwijała się w znacznie gorszych warunkach higienicznych ale też i kulturowych. Wartość dziecka zależała od jego przydatności w gospodarstwie. Liczyła się jako darmowa siła robocza. Zatem rodzice dbali przede wszystkim o zdrowe dzieci, nie zajmując się zbytnio chorymi, traktując je jako dodatkowy ciężar. Często rozumując w ten sposób […]. *Jeżeli na doktora i lekarstwa dla jednego dziecka wydam tyle, to inne dzieci pomrą mi z głodu. To już wolę niech umrze, bo zresztą jak będzie kaleką, to i tak nie będę miał go z czego utrzymać* […] (13). Dlatego też śmiertelność wśród tej populacji była bardzo duża, nie mogła ona liczyć na pomoc nawet ze strony najbliższych im osób.

Na znaczną poprawę stanu zdrowia uczniów szkół wiejskich liczono w momencie powstawania ośrodków zdrowia, którym została przypisana m.in. opieka higieniczno-lekarska nad szkołami. Lekarz tej placówki miał w swoich obowiązkach m.in. sprawować nadzór nad uczniami, badać ich przynajmniej raz w roku i ewentualnie kierować do odpowiednich poradni mieszczących się w ośrodku zdrowia (12). W samym województwie lubelskim w roku szkolnym 1933/34 przebadano ponad 40% uczniów szkół powszechnych (1). Liczba ta może wydawać się niezadowalająca, ale przy braku lekarzy, zwłaszcza na terenach wiejskich, stanowiła dość wysoki odsetek. Dzięki nim wielu uczniów trafiało pod specjalistyczna opiekę lekarską. Niewątpliwie

działalność ich przynosiła pozytywne wyniki, ale dopiero w dłuższej perspektywie, gdyż różne nawyki, nawet te najgorsze, bardzo trudno jest usunąć.

Warto na zakończenie przypomnieć niektóre stwierdzenia doktora medycyny Jana Danielskiego, opublikowane na początku 1939 roku. Stanowią one jakby podsumowanie i jednocześnie zawierają pewne postulaty, […] *Dla dzieci w wieku szkolnym organizowana jest opieka lekarska przez Ośrodki Zdrowia, zaś w większych miastach również przez lekarzy szkolnych. O ile szkoły średnie mają opiekę tę stosunkowo dostatecznie zorganizowaną, o tyle dzieci szkół powszechnych jeszcze w dużym stopniu pozbawione są stałej opieki lekarskiej* […] *Podkreślić należy wpływ szkoły na szerzenie zasad higieny i na podniesienie obyczajów higienicznych życia nie tylko młodzieży lecz i starszego pokolenia. Zwłaszcza w warunkach wiejskich, szkoła oddaje pod tym względem olbrzymie usługi* […] *Dożywianie dzieci szkolnych, a także organizacja kolonii i półkolonii letnich również odgrywa niepoślednią rolę w tej ogólnej akcji zdrowotnej* […] *Akcja ochrony zdrowia dziecka na terenach wiejskich łączy się ściśle z rozwojem życia gospodarczego i kulturalnego. Sprawy higieny życia codziennego, warunków mieszkaniowych, odżywiania, odpowiednich lokali szkolnych, higieny pracy - mają tu niezmiernie ważne znaczenie* […] (7). Niestety nie udało się zrealizować wszystkich postulatów w tak krótkim, bo tylko dwudziestoletnim okresie niepodległości. Nadal panujący niedostatek w wielu warstwach społeczeństwa pokazał, jak dalece sięgały opóźnienia w sferze socjalnej i opiekuńczej państwa,

wywołane na Lubelszczyźnie w dużej mierze zaniedbaniami ze strony rosyjskiego zaborcy. Najbardziej odczuwały to dzieci i młodzież, których stan zdrowia nie pozwalał na prawidłowe funkcjonowanie. Potrzebowały pomocy lekarskiej, która niestety nie zawsze była im należycie okazywana. Mimo, że w Konstytucji z 1921 roku zagwarantowano dzieciom prawa m.in. do rozwoju fizycznego, zapewnienia opieki lekarskiej, pożywienia a także dostępu do oświaty, to jednak jak wykazała późniejsza praktyka, miały one w zasadzie charakter fakultatywny. W dużej mierze względy ekonomiczne Państwa a przede wszystkim samorządów, na których spoczywał obowiązek opieki, przyczyniały się do tego, że nawet najbardziej słuszne postulaty nie mogły być zrealizowane.

Streszczenie

Po odzyskaniu niepodległości zjawiskiem powszechnym były trudności ekonomiczne społeczeństwa. W najgorszych warunkach znalazły się dzieci i młodzież. Skutki nędzy, głodu i braku odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych spowodowały znaczne zwiększenie liczby pacjentów wśród młodego pokolenia. U większości tej populacji występowały choroby na tle niedożywienia i zaniedbań higienicznych. Walka z nimi była nie łatwa ze względu na ogólne ubóstwo mieszkańców, a zwłaszcza trudności w dostępie do lekarzy. Charakterystyczny dla tego okres wydaje się być niedostateczny poziom opieki nad dziećmi i młodzieżą, zarówno ze strony samych rodziców jak i nowo odradzającego się Państwa. Przede wszystkim ro-

dziny robotnicze i chłopskie nie były w stanie zapewnić dziecku odpowiednich warunków i otoczyć go dostateczną opieką lekarska w trakcie choroby. Co prawda obowiązek ten spoczywał również na Państwie, ale podejmowane działania na rzecz podniesienia poziomu higieny szkolnej czy zapobiegawcze, zwłaszcza przeciw chorobom społecznym, były niewystarczające. Wszystkie te czynniki miały niewątpliwie wpływ na niezbyt dobrą jakość życia ówczesnego młodego pokolenia Polaków.

Pismiennictwo

1. Archiwum Akt Nowych w Warszawie, zespół: Ministerstwo Opieki Społecznej 1918-1939.
2. Archiwum Państwowe w Lublinie, zespół: Akta miasta Lublina 1918-1939.
3. Archiwum Państwowe w Lublinie, zespół: Starostwo Powiatowe Lubartowskie 1918-1939.
4. Archiwum Państwowe w Lublinie, zespół: Urząd Wojewódzki Lubelski 1919-1939 [1940-1944], Wydział Pracy, Opieki i Zdrowia.
5. *Chałasiński J.*: Młode pokolenie chłopów, Warszawa, t. 1, 1938.
6. Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962, red. Jan Kostrzewski, Warszawa 1964.
7. *Danielski J.*: Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży, „Życie Młodych", nr 1, 1939.
8. *Dietrich K.*: Spostrzeżenia dotyczące stanu szkół powszechnych powiatu lubelskiego, „Zdrowie. Organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego", 1923, nr 12.
9. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938, Warszawa 1939.
10. *Felchner A.*: Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początków 70-tych XX wieku), Wrocław 2006.
11. *Janota Bzowski J.*: Kryzys współczesnej rodziny polskiej, „Rodzina", 1922, nr 1.
12. *Kacprzak M.*: Ośrodki zdrowia w Polsce, Warszawa 1928.
13. *Kacprzak M.*: W walce o zdrowie wsi polskiej, Warszawa 1937.
14. *Kopczyński S.*: , Opieka higieniczno-lekarska nad dzieckiem normalnym w szkole, Warszawa 1929.
15. Lekarz szkolny o obowiązkach rodziców i opiekunów uczącej się młodzieży, , opr. Wacław Pawłowski, „Ziemia Lubelska", 1922, nr 243.
16. *Lipska-Librachowa M.*: Dziecko wsi polskiej, Warszawa 1934.

17. *Majchrzyk-Mikuła J.*: Lekarze szkolni w Polsce w latach 1918-1939, [w:] Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa., 2009.
18. *Majchrzyk-Mikuła J., Felchner A.*: Higienistki szkolne w profilaktyce opieki zdrowotnej w latach 1918-1939, [w:] Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, red. Bożena Urbanek, Warszawa 2008.
19. Monografia szkolnictwa m. Lublina za czas od 1917 do 1927 roku wydana przez Magistrat m. Lublina dla uczczenia 10-lecia niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej, red. Teodor Wolski, Lublin 1928.
20. *Morozowa J.*: Stan higieny i opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach Okręgu Szkolnego Lubelskiego w r. szk. 1931/1932, „Dziennik Urzędowy Kuratorium Okręgu Szkolnego Lubelskiego", 1933, nr 1.
21. *Morozowa J.*: , Stan higieny i opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach Okręgu Szkolnego Lubelskiego w roku szkolnym 1934/1935, „Dziennik Urzędowy Kuratorium Okręgu Szkolnego Lubelskiego", 1935, nr 9.
22. *Olszewska M.*: Kwestie zdrowotne w szkolnictwie II Rzeczypospolitej [w:] Z dziejów zdrowia publicznego, red. Jan Nosko, Łódź 2006.
23. *Rudolf M.*: Sprawa mieszkaniowa a gruźlica, „Lekarz Polski", 1929, nr 1.
24. *Sokal K.*: Higiena w szkołach powszechnych powiatu lubelskiego, Lublin 1928.
25. Sprawozdanie dyrekcji gimnazjum za rok szkolny 1931/1932. Państwowe Gimnazjum im. Stanisława Staszica w Lublinie, Lublin 1932.
26. Sprawozdanie z dorobku dziesięcioletniej działalności władz administracji ogólnej na terenie województwa lubelskiego (w latach 1918-1928), ze szczególnym uwzględnieniem od maja 1926 roku, z dziewięcioma tablicami wykresów, „Lubelski Dziennik Wojewódzki", 1929, nr 33a.
27. *Więckowska E.*: Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924, Wrocław 1999.
28. *Zachert M.*: Jaglica w zakładach opiekuńczych, „Opieka nad Dzieckiem", 1928, nr 1.
29. Zasiłki dla szkół powszechnych. Miednice, mydło, ręczniki, , „Ziemia Lubelska", 1927, nr 120.

Praca zawiera 32 229 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

GRUŹLICA – TERAPIA CHOROBY DO CZASÓW PIERWSZEGO SWOISTEGO LEKU STREPTOMYCYNY.

Przybylski Grzegorz, Pyskir Małgorzata*, Pyskir Jerzy**, Bannach Małgorzata***

Katedra i Klinika Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy
UMK w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Seminaryjna 1, 85-326 Bydgoszcz,
gprzybylski@cm.umk.pl
*Katedra i Klinika Rehabilitacji UMK w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
**Katedra i Zakład Biofizyki UMK w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
***Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa UMK w Toruniu
Collegium Medium w Bydgoszczy

Choroba pojawiła się wśród ludzi, co najmniej kilka tysięcy lat temu. Odnalezione w Izraelu najstarsze ludzkie szczątki ze śladami gruźlicy należą do matki i niemowlęcia. Kobieta zaraziła gruźlicą dziecko prawdopodobnie niedługo po porodzie. Stało się to 9 tys. lat temu. Badań tych dokonał zespół pod kierunkiem prof. Marka Spigelmana począwszy od lat 50-tych XX w (3). Znalezisko znajdowało się pod wodami Morza Śródziemnego, kilkaset metrów od lądu, na terenie opuszczonej wioski z okresu neolitu nieopodal Hajfy. Po jego przebadaniu okazało się, że szczep Mycobacterium tuberculosis w dużym stopniu przypomina ten, który dzisiaj krąży wśród ludzi. Równie wcze-

sny dowód na istnienie gruźlicy u człowieka znajdujemy w zdeformowanym gruźliczo ludzkim szkielecie przedstawiającym typowy garb - gibbus charakterystyczny dla choroby Potta. Najstarsze przykłady gruźlicy kręgosłupa w formie skamieniałości określane są na około 8000 lat p.n.e. (1). Kości z okresu neolitycznego (około 5000 p.n.e.), znalezione w rejonie Heidelbergu przedstawiają podobne zmiany gruźlicze. Odkrycia wśród egipskich mumii deformacji kręgosłupa wskazują okres 4000 lat p.n.e.. Jeden z najstarszych tekstów prawnych na świecie – Kodeks Hammurabiego około 1900 lat p.n.e. – wspomina o przewlekłej chorobie płuc, która najprawdopodobniej była gruźlicą (14). Hipokrates (460–370 p.n.e.), najsławniejszy z greckich lekarzy, opisuje pojęcie phthisis z języka greckiego jako marnienie (23). Uważał gruźlicę płuc bardziej jako chorobę dziedziczną. W indyjskiej literaturze od 1500 p.n.e. znajdujemy fragmenty, w którym suchotom przypisuje się nadmierne znużenie, zmartwienia, głód, ciążę i rany płucne (22). Żaden Bramin nie otrzymał pozwolenia na związek małżeński z kobietą, gdzie w rodzinie pojawiła się gruźlica. Galen (131–201) podejrzewając zakaźną naturę gruźlicy, ostrzegał przeciw intymnemu kontaktowi z chorymi na suchoty. Przez kolejne wieki od tego czasu medyczne myślenie nie odbiegało twierdzeń Galena (11). Analizując rozwój choroby w ciągu historii, można zauważyć, że przypływy choroby zawsze kierowały się rozwojem nowych miejskich struktur wciągających duże ilości ludzi na ograniczonej przestrzeni. Tak przedstawiało się z ustanowieniem miast Doliny Nilu, w starożytnej Grecji i w Rzymie. Sławna ‘plaga Justyniana’ była prawdopodobnie

wywołana w pewnym stopniu najazdem do śródziemnomorskich miejskich kultur młodych ludzi z północy i ze wschodu Europy, którzy nie mieli przedtem kontaktu z gruźlicą (6). To prawdopodobnie również wyjaśnia, dlaczego gruźlica nie jest wspomniana w księgach Biblii. Te pisma dotyczą głównie wiejskich populacji, które nie były związane z dużym nagromadzeniem ludzi (5). W okresie renesansu we Włoszech, Verona(1478–1553) zarezerwował termin 'phthisis' wyłącznie dla suchot płucnych. Początek badań anatomopatologicznych choroby wiąże się z Vesaliuszem (1514–1564), wielkim anatomem renesansu, który badał i opisywał normalną morfologię ludzkiego ciała, inni zaś lekarze rozwinęli techniki badania sekcyjnego i zaczęli łączyć wyniki autopsji z symptomami choroby (11). XVII w zapoczątkował erę szczegółowego opisu patologicznego gruźlicy. Sylvius de la Boë w 1679r, pierwszy stwierdził, że gruzełek jest stałą i charakterystyczną zmianą patologiczną w płucach i innych organach suchotników. Uważał on chorobę za dziedziczną, zaś Ryszard Morton (1637– 1698) nie przekreślał możliwości transmisji przez kontakt intymny (14). W 1680, Francuz Franciscus Sylvius przeprowadził badania anatomiczne węzłów płucnych od chorych na gruźlicę, które nazwał guzkami - tubercula, obserwując ich rozwój w kierunku jam. O zakaźnej naturze gruźlicy może mówić wydany edykt w 1699r w Republice Lucca nakazujący izolowanie osób kontaktujących się z umierającymi z powodu gruźlicy. Imiona pacjentów z suchotami były również raportowane do władz i poddane dezynfekcji (18). W 1720, angielski lekarz Benjamin Marten (1704–1722), wyraził podejrzenie, że gruźlica mogłaby zostać

przenoszona przez "oddech" chorego człowieka, zainhalowanego jeden od drugiego i tym samym tworząc etiologię tej choroby (14, 18). Decydujące odkrycia XIX w związane były z rozwojem mikroskopii. Ewolucja odkrycia przyczyny choroby rozpoczęła się od dyskusji nad zakaźną naturą choroby. Wiedeński patolog Carl Von Rokitansky (1804–1878) w pracy Systematik der speziellen Pathologie und Therapie, w przygotowanym spisie skrofułę, gruzełek i gruźlicę określa jako oddzielne choroby pod nagłówkiem „haematoses". W 1834, wprowadził termin „tuberculosis" dla opisania jedynie dolegliwości związanymi z gruzełkami. Do śmierci nie traktował skrofuły i gruźlicy jako jednej choroby (6). Z kolei Rene Laënnec (1781–1826) – wynalazca stetoskopu uważał gruźlicę za chorobę podobną do nowotwora złośliwego. W 1844 r Jakub Henle (1809–1885) postawił hipotezę, że gruźlica mogłaby być zaraźliwa: '... pod pewnymi okolicznościami ... gdzie jest bardziej oznaczona predyspozycja'. Wysunął trzy założenia dla udowadniania infekcyjności choroby takich, że czynnik przyczynowy: (1) musi zostać znaleziony w każdym przypadku choroby; (2) nie powinien powodować innej choroby i (3) jego podanie musi zawsze wywołać tę samą chorobę [18]. Francuski chirurg wojskowy Jean Antonin Villemin(1827–1892) wykazał, że gruźlica jest zaraźliwą chorobą, która może być transmitowana od ludzi lub bydła na króliki lub świnie; jednak odkrycie to zostało zignorowane przez jego współczesnych kolegów na długie lata. Krew lub plwocina od królików z gruźlicą, wstrzyknięta do innych zwierząt laboratoryjnych w kontrolowanych eksperymentach, prowadziła do rozwoju gruźlicy, podczas gdy analo-

giczny transfer z nowotworu nie miał żadnego efektu na odbiorcach (6,18). Prawdziwą przyczynę choroby odkrył jednak dopiero bakteriolog Robert Koch (1843–1910), uczeń Henlego. W wykładzie na forum Towarzystwa Fizjologicznego w Berlinie dnia 24. marca 1882 zademonstrował po raz pierwszy bakterię i dokonał jej identyfikacji jako czynnika przyczynowego choroby (2). Robert Koch w ten sposób spełnił założenia swojego nauczyciela, Henlego (1, 18). Był niemieckim lekarzem i bakteriologiem. Odkrywca bakterii wywołujących wąglika, cholerę i gruźlicę. Jest laureatem nagrody Nobla w 1905 roku za badania nad gruźlicą. W 1890 roku Koch sądził, że znalazł lekarstwo na gruźlicę. Uzyskał je z zabitych bakterii gruźlicy. Lek okazał się nieskuteczny.

Ponieważ gruźlica opanowała społeczeństwo, dotykając wielu intelektualistów i artystów kontynentu w pierwszej połowie XIX wieku, jej typowe symptomy jak chude i blade twarze zakażonych stawały się znakiem piękna. Gruźlica zwana również białą plagą otrzymała nadany przez Johna Bunyan tytuł głównej przyczyny zgonów ludzkich (4). W literaturze XIX i XX stulecia roi się od postaci doświadczonych przez gruźlicę. Występują one między innymi w tak znanych utworach, jak „Dama kameliowa" Aleksandra Dumasa, „Czarodziejska góra" Tomasza Manna czy „Brzezina" Jarosława Iwaszkiewicza. W Polsce w XVIII wieku gruźlica należała do chorób o najczęstszym występowaniu. Dr Antoni Formika umieścił „suchoty" wśród najczęściej występujących chorób (16). Władysław Szumowski uznał określenia: „kaszel", „wąskie piersi", „suchoty", „plucie krwią" i „wyniszczenie" za

określenia symptomów tej samej jednostki chorobowej – gruźlicy (26). Wydane wielokrotnie w XVIII wieku Compendium medicum auctum upatrywało przyczyn „suchot" w częstym piciu gorzałki, win wapiennych, w ustawicznym paleniu tytoniu, w częstym zażywaniu leków, w przebywaniu w zakurzonych i zadymionych pomieszczeniach, w kontaktach z chorymi ludźmi oraz w dziedzicznym przekazywaniu choroby (27).

Na przełomie XIX i XX wieku leczenie gruźlicy można podzielić na zachowawczo-objawowe oraz inwazyjne. Teoretyczne podstawy leczenia klimatycznego gruźlicy stworzył Niemiec Herman Brehmer, który w 1854 roku jako pierwszy w Europie utworzył sanatorium w miejscowości Goerbersdorf (dzisiejsze Sokołowsko) na Śląsku. Brehmer sądził, że chorzy na gruźlicę posiadali serca małe, co miało powodować niedostateczne ukrwienie płuc ze skłonnością do „zapaleń z następowym zserowaceniem". Zasadą terapii w Goerbersdorfie był stały pobyt w górach oraz stosowanie środków pobudzających akcję serca. Wielu współpracowników i asystentów Brehmera było Polakami. Z tego ośrodka wywodził się Alfred Marcin Sokołowski (1849–1924), pionier polskiej pulmonologii oraz sanatoryjnego leczenia chorób płuc. W czasie studiów Sokołowski zachorował na gruźlicę i aby podkurować swoje płuca, zdecydował się wyjechać do Goerbersdorfu. Obdarzony niezwykle krytycznym umysłem, Sokołowski uważał, że u niektórych chorych po chłodnych natryskach i półkąpielach lub wielogodzinnych górskich spacerach stan się pogarszał, natomiast przez leżenie – wyraźnie się poprawiał. W uzdrowisku tym Sokołowski prze-

bywał w latach 1874–1879. Zyskał dobrą renomę, stając się po dwóch latach od przyjazdu zastępcą Brehmera. Znany szeroko wśród lekarskiej społeczności międzynarodowej zasłynął także jako społecznik dużego formatu, autor m.in. książek: „Wielkie klęski społeczne", „Choroby proletarjatu", kierownik Sekcji Przeciwgruźliczej Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (15). Na ziemiach polskich w tamtym okresie na ftyzjatrę dużego formatu wyrósł łódzki lekarz Seweryn Sterling, który skłaniał się głównie ku leczeniu klimatyczno-dietetyczno-higienicznemu (24, 25). Wzorem placówek zagranicznych dr Sterling na zorganizowanym przez siebie (w 1898 r.) „oddziale dla piersiowych" w Szpitalu im. Izraela i Leonii Poznańskich w Łodzi starał się zapewnić pacjentom duże ilości powietrza i światła, dobre warunki higieny osobistej i spokojnego wypoczynku. Od każdego chorego wymagano około 5 godzin leżakowania w ogrodzie lub na sali oraz około 2 godzin spaceru w ogrodzie lub po korytarzach szpitala (ruch i aeroterapia). Na sen przeznaczano około 10 godzin. Tak uregulowany rozkład dnia był skorelowany z optymalnie rozumianą higieną osobistą (mycie ust i zębów po przebudzeniu i po jedzeniu, mycie ogólne, mycie rąk, obowiązek plucia do spluwaczek, utrzymywanie postawy wyprostowanej podczas chodzenia i posiłków) (24). Ogromną wagę przykładano do wartości kalorycznej, jakości i składu spożywanych przez pacjentów posiłków (19). Zgodnie z przekonaniem, iż metoda higieniczno-dietetyczna jest skuteczna w połączeniu z oddziaływaniem zdrowego, suchego klimatu, w Europie zakładano prewentoria i sanatoria przeciwgruźlicze. Pierwsze w Polsce nizinne sanatorium

przeciwgruźlicze powstało w 1879 roku z inicjatywy dr. Henryka Dobrzyckiego w Mieni koło Mińska Mazowieckiego. W 1893 roku otwarto sanatorium dr. Gajslera w Otwocku, w 1898 – pierwszy zakład dla chorych na gruźlicę w Zakopanem, natomiast w 1909 roku sanatorium w Hołosku Wielkim koło Lwowa (20). Doktor Sterling w swoim działaniu terapeutycznym uważał, że „większość objawów chorobowych należy tylko łagodzić aż do czasu, kiedy znikną wraz z ustąpieniem przyczyn je wywołujących". Przed erą leków przeciwprątkowych było to zadanie nader trudne, częstokroć wręcz niewykonalne. Przed erą tuberkulinową próbowano leczyć gruźlicę za pomocą bezpośrednich iniekcji substancji przeciwgruźliczych w miąższ płucny. Pierwsze próby wspomnianego leczenia miały miejsce w 1873 roku, kiedy prof. Mossler z Greifsfeldu wstrzyknął do jam gruźliczych roztwór nadmanganianu potasu, licząc na wywołanie w ten sposób rozrostu tkanki łącznej, powodującej zabliźnienie kawern. Profesor Sokołowski stosował podobne leczenie w 1880 roku, wstrzykując słaby roztwór kwasu karbolowego i 2% „nalewki jodowej" w sanatorium w Goerbersdorfie. Począwszy od lat 80. XIX wieku w postępowaniu istotną rolę odgrywało leczenie odkrytą przez Roberta Kocha tuberkuliną (19). Już kilka miesięcy po wprowadzeniu preparatu do praktyki klinicznej w prasie lekarskiej pojawiły się jednak głosy ostrzegające przed stosowaniem tuberkuliny u chorych na gruźlicę. Zdania w tej kwestii były podzielone (24). Wierzono, że tuberkulina sprzyja wyzwalaniu sił odpornościowych organizmów oraz że za sprawą szczepionki można niekiedy, głównie w stanach lekkich, uzyskać wyleczenie anatomiczne

i kliniczne, w stanach średnich – znaczną poprawę, a w stanach ciężkich – powstrzymać postęp choroby. Znając odkrycia Clemensa P. Pirqueta (zjawiska alergii w 1903 r. i testu tuberkulinowego w 1907 r.), sprawdzano również diagnostyczne walory tuberkuliny. W ówczesnym postępowaniu klinicznym uciekano się również do inwazyjnych metod leczenia gruźlicy. Na początku XIX w, stwierdzano poprawę u chorych na gruźlicę, gdzie pojawił się wysięk opłucnowy i samoistna odma. Pierwsze eksperymenty z odmą sztuczną przeprowadził na początku XIX wieku szkocki lekarz James Carson. Uczony pragnął zbadać elastyczność tkanki płucnej w zależności od wprowadzonego do opłucnej gazu. Nie wpadł jednak na pomysł zastosowania odmy opłucnowej do leczenia gruźlicy. W 1888 r, Karol Forlanini utworzył pierwszą sztuczną odmę przez napełnianie jamy opłucnowej azotem. Pierwszy zabieg tego typu przeprowadził w 1890 roku. Całkiem niezależnie John Murphy z Chicago spostrzegł, że jednostronna odma będącą skutkiem urazu klatki piersiowej bardzo rzadko wywoływała trudności w oddychaniu. W 1898 r opublikował opisy odmy wywołanej trokarem i był prawdopodobnie pierwszym, który użył nowej techniki rentgenowskiej, do monitorowania wielkości zapadnięcia się płuca. Z ustaleń Zbigniewa Woźniakowskiego wynika, że prekursorem zabiegu odmy płucnej na ziemiach polskich był dr Tadeusz Borzęcki – w 1908 roku. Do leczenia gruźlicy płuc w Łodzi odmę wprowadził dr Sterling. Wiadomo, że w latach 1911–1914 leczył odmą 55 chorych. Pozytywne efekty stosowania odmy opłucnowej były niekiedy utrudnione przez tzw. zrosty. Zarówno próby przecinania zrostów opłucnowych po

otwarciu klatki piersiowej, jak i przypalania ich żegadłem galwanicznym nie dały spodziewanego rezultatu. Dopiero w 1910 roku szwedzki lekarz Hans Christian Jacobaeus ogłosił metodę przepalania zrostów łączących opłucnę ścienną z opłucną płucną, wykorzystując w tym celu cystoskop. Wybuch I wojny światowej uniemożliwił spopularyzowanie powyższej metody w Europie. Również na krótko przed wybuchem wojny Niemiec E. Stuertz wysunął sugestię leczenia zmian gruźliczych umiejscowionych w dolnych płatach płucnych za pomocą przecięcia nerwu przeponowego. Doświadczenia eksperymentalne wykazały, że po przecięciu nerwu przepona przybiera położenie wdechowe, czyli unosi się do góry. Do metod inwazyjnych leczenia gruźlicy należała także torakoplastyka, której istotą było pozbawienie płuc naturalnego pancerza, czyli żeber, ponieważ po rozległym ich wycięciu miąższ płucny objęty zmianami gruźliczymi się zapadał. Pierwszy opisał tę metodę Paul Leopold Friedrich w 1908 roku. W 1912 roku dr Zdzisław Dyndelski podczas zabiegu wykonanego na ziemiach polskich wybrał torakoplastykę polegającą na usuwaniu niewielkich (3–4 cm) przykręgosłupowych odcinków wszystkich żeber. Torakoplastyka była powszechnie stosowana w okresie międzywojennym. Przy dobrej technice, operacje płuc z jamami gruźliczymi powodowały zamknięcie ich i odprątkowanie chorego przy niskiej śmiertelności okołooperacyjnej. Przeciwnie, przed wprowadzeniem leków przeciwgruźliczych, operacje takie jak: lobektomia, segmentektomia lub dekortykacja obarczone były progresją procesu swoistego i tworzeniem się przetok i ropniaka opłucnej. Gdy tylko streptomycyna weszła do powszechnego użytku

operacje te miały krótkotrwały renesans, jednak w końcu era chemioterapii swoistej spowodowała koniec leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc (9). Przed I wojną światową opracowano również koncepcję wytwarzania wolnej przestrzeni zewnątrzopłucnowej, czyli tzw. komory odmowej, którą, chroniąc przed wypełnieniem rozprężającym się płucem, „plombowano" parafiną. Metodą tą starano się leczyć gruźlicę jamistą płuc. Resekcji tkanki płucnej z powodu gruźlicy przed wybuchem II wojny światowej w Polsce nie wykonywano. Po okresie tuberkulinowych emocji zaczęto gorączkowo poszukiwać innych „cudownych" leków przeciwgruźliczych. Na początku XX wieku środkiem całkowicie skutecznym w leczeniu choroby miała być loretyna, zwana też gryzeryną. Nieco później podobne właściwości przypisano wapniowi i fosforowi. W latach 20. XX wieku do terapii gruźlicy wprowadzono preparat złota – sanokryzynę. W 1927 roku zastąpił ją lien, czyli wyciąg ze śledziony. Na koniec lat 30 przypadł okres leczenia gruźlicy miedzią.

Historię szczepienia przeciwgruźliczego należy rozpocząć jeszcze przed odkryciem antybiotyków przeciwgruźliczych. Tym sposobem Francuzi Calmette i Guérin na początku 1900r wyhodowali po 231 pasażach odzjadliwiony z pełną immunogennością szczep prątka bydlęcego (bacille Calmette-Guérin) na pożywce zawierającej glicerynę i żółć wołu (12). Uodpornienie BCG najpierw było przeprowadzone w Paryżu w 1921 r., szczególnie u dzieci z wysokim ryzykiem infekcji i wkrótce zostało spopularyzowane w całej Europie. Jednak w 1930 r. metodę tę częściowo wstrzymano kiedy 240 dzieci w Lubece nie-

umyślnie zostało zaszczepionych zjadliwym szczepem prątka ludzkiego w wyniku czego doszło do 73 zgonów (12). Niemniej jednak, przed 1945 r, szczepienie BCG wróciło „do łask”, nawet w Niemczech. Przez długi czas, opinia o szczepionce opierała się na jej profilaktycznym działaniu. Szczepienie BCG likwidowało najcięższe postaci gruźlicy wśród dzieci jak prosówkę gruźliczą i zapalenie opon mózgowo rdzeniowych. Szczepionka BCG obecnie jest uważana za jedną z najbezpieczniejszych z wszystkich szczepionek, za wyjątkiem osób z niedoborami immunologicznymi u których może rozwinąć się proces miejscowy lub rozsiany bydlęcej gruźlicy.

W USA niebezpieczeństwo rozwoju prątka bydlęcego zostało zahamowane jeszcze przed końcem XIX wieku. W 1900r, w siedemnastu stanach bydło importowane musiało wykazać się ujemnymi testami tuberkulinowymi. W 1908 r. w Chicago wprowadzono obowiązkową pasteryzację mleka. W 1917 r. program wykonywania odczynów tuberkulinowych zainicjowany został dla całego bydła w USA (8). Przeciwnie, głównym tematem badań w Niemczech ogniskowało się na określeniu rozprzestrzeniania się gruźlicy wśród ludzi, nie zaś na jego transmisji w mleku zakażonego bydła. To zostało oparte na pamiętnym błędzie Roberta Koch, który uważał prątek bydlęcy za niepatogenny dla człowieka. Badania nad tym problemem nie zostały w Europie podjęte przed 1930 r. To wtedy pojawiły się infekcje z układu pokarmowego przez zakażenie mlekiem krowim (1). Na początku lat 50-tych wprowadzone regulacje prawne - wbrew kręgom farmerskim – spowodowały systematyczną rzeź stad bydła z pozytywnym odczy-

nem tuberkulinowym. Dzięki tym przepisom problem gruźlicy układu pokarmowego przestał istnieć (12).

Do czasu zapoczątkowania właściwej chemioterapii gruźlicy duży wkład na terenie obecnego województwa kujawsko–pomorskiego wniósł szpital w Bydgoszczy łącznie z sanatorium w Smukale.

Szpital mieszczący się przy ulicy Seminaryjnej 1 w Bydgoszczy zwany później Szpitalem im. Giese-Rafalskiej zbudowany został w 1885 r ze środków przekazanych testamentem przez Ludwikę Giese z domu Rafalską. Plac pod budowę o powierzchni 1 hektara przy ulicy Seminaryjnej przekazały władze miasta. W szpitalu funkcjonował oddział wewnętrzny i chirurgiczny. Po 17 latach, w 1902 r, obok budynku głównego wybudowano parterowy barak dla 25 łóżkowego oddziału zakaźnego. Duży napływ chorych, szczególnie na gruźlicę, powodował ciągłe przepełnienie baraku, natomiast pozostałe oddziały dysponowały na ogół wolnymi miejscami. Zatrudnienie - w 90 łóżkowym szpitalu pracowało 3 lekarzy, 14 sióstr Diakonisek i 2 pielęgniarzy. W 1926 roku wybudowano w sąsiedztwie budynku głównego Szpitala kosztem ówczesnych 100 tysięcy złotych drugi barak z 30 łóżkowym oddziałem dla chorych na gruźlicę płuc. W 1938 roku Szpital dysponował 128 łóżkami. W czasie wojny funkcjonował jako niemiecki szpital wojskowy. W odniesieniu do dzisiejszego Szpitala mieszczącego się w Smukale, obecnie dzielnicy Bydgoszczy historia jest niezwykle ciekawa. W latach 1904-1905 staraniem Centralnego Niemieckiego Komitetu dla Budowy Zakładów Przeciwgruźliczych pod patronatem cesarzowej Augusty Wiktorii - żony Wilhelma II, na terenie

byłej wioski Smukała Górna powstaje 50 łóżkowe prewentorium dla kobiet zagrożonych gruźlicą. W krótkim czasie profil pacjentów zmienia się. Przybywa chorych wymagających aktywnego leczenia. Po trzech latach dobudowano skrzydło, co pozwoliło na zwiększenie ilości łóżek do 140, a w latach 1908 - 1909 pobudowano willę dla lekarza, który do tej pory dojeżdżał z Bydgoszczy. W latach 1912 - 1913 staraniem fundacji Berty Amalie Stiftung powstaje pawilon dziecięcy. Leczenie w owym czasie ograniczało się do leżakowania na świeżym powietrzu. Chorym musiał wystarczyć jeden lekarz (dyrektor prewentorium - dr August Scherer), studenci odbywający praktyki oraz jedna pielęgniarka na 15 - 20 pacjentów. Funkcjonowanie zakładu zapewniały głównie pieniądze z Zakładu Ubezpieczeń. Po przejęciu budynków przez władze polskie w 1920 r. dyrektorem Krajowej Lecznicy dla Piersiowo-Chorych w Smukale mianowano dra Franciszka Czajkowskiego, poprzednio asystenta Oddziału Chorób Wewnętrznych w Poznaniu, a od 1926 r. dra Stanisława Meysnera, poprzednio ordynatora Oddziału Gruźlicy Szpitala Klimatycznego w Zakopanem. W 1929 r. Krajową Lecznicę przemianowano na Wojewódzkie Sanatorium dla Piersiowo-Chorych. W głównym budynku znalazło pomieszczenie 139 łóżek z pododdziałem chirurgicznym, a w oddzielnym pawilonie 41 łóżek dla lżej chorych. W krótkim czasie Sanatorium stało się jednym z najlepszych w kraju. Dr Meysner stosował nowoczesną jak na tamte czasy metodę leczenia gruźlicy odmą opłucnową wspomaganą przepalaniem zrostów. Swoją pracę dokumentował wykonując barwne ilustracje obrazów postrzeganych podczas wziernikowania jamy opłuc-

nej. Część tych szkiców przetrwała do naszych czasów i znajduje się w zbiorach Instytutu Gruźlicy w Warszawie (10, 17).Jednakże skutecznie zaczęto zwalczać gruźlicę dopiero po II wojnie światowej a odkrycie przez Selmana Waksmana streptomycyny w 1944 roku stanowiło rzeczywisty przełom w terapii tej groźnej choroby (7). Jednak ciągle stajemy przed dylematem niepowodzeń w walce z gruźlicą. Jeśli nie podejmie się nowych działań, to przed upływem 2015 roku 40 mln osób na świecie zachoruje na gruźlicę a co najmniej 8 mln umrze z powodu tej choroby. W XXI wieku nikt nie powinien umierać na gruźlicę! Tego oczekuje od nas społeczność świata.

Streszczenie

Gruźlica jest chorobą uznaną za największego zabójcę w historii ludzkości. Biorąc pod uwagę dwa ostatnie stulecia, choroba ta jest odpowiedzialna za miliony ludzkich istnień. Do lat czterdziestych XX wieku nie stosowano antybiotykoterapii swoistej w leczeniu gruźlicy. Praca ta zajmuje się terapią tej choroby aż do ery chemioterapii Jest to spojrzenie wstecz jak na przestrzeni wieków człowiek niestety przegrywał te walkę z „białą plagą".

Historię leczenia gruźlicy nazwano „ historią porażki medycyny" (13). Już samo to, iż gruźlica została ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia ogólnoświatowym problemem, nasuwa pytanie, czy obecnie dostępne strategie zwalczania gruźlicy zawiodły dlatego, że były stosowane w niewłaściwy sposób, czy też dlatego, że same w sobie są po prostu nieskuteczne. Gruźlica jest chorobą uznaną za

największego zabójcę w historii ludzkości (21). Dlatego też należy spojrzeć wstecz jak na przestrzeni wieków człowiek niestety przegrywał te walkę aż do czasu odkrycia streptomycyny w 1944r. Tej właśnie walce leczenia gruźlicy aż do ery chemioterapii poświęcona jest ta praca.

Piśmiennictwo:

1. *Ayvazian L.*: History of tuberculosis; in ReichmanLB, Hershfield (eds): Tuberculosis. New York, Dekker, 1993.
2. *Daniel T.*: Captain of Death: the Story of Tuberculosis, University of Rochester Press, New York.1997.
3. *Donoghue H. et al.*: Detection and Molecular Characterization of 9000-Year-Old Mycobacterium tuberculosis from a Neolithic Settlement in the Eastern Mediterranean. PLoS ONE. 2008; 3(10): e3426.
4. *Dubos R.*: The White Plague. Boston, Little, Brown, 1952.
5. *Dubos R.* Man.: Medicine and Environment. London, Pall Mall Press, 1968.
6. *Ferlinz R.*: Die Tuberkulose in Deutschland und das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Pneumologie 1995;49: 617–632.
7. *Fijałek A.*: Leczenie gruźlicy płuc przed zastosowaniem antybiotykoterapii swoistej Zdrowie Publiczne 2005 115(2);232-243.
8. *Francis J.*: Tuberculosis in Animals and Man.London, Cassell, 1958.
9. *Gaensler E.*: The surgery for pulmonary tuberculosis.Am Rev Respir Dis 1982;125:73–84.
10. *Grądzki W.*: Primum non nocere nr 2/1993, 9/1994.
11. *Guthrie D.: A* History of Medicine. London, Thomas Nelson, 1945.
12. *Herzog H.*: History of Tuberculosis. Respiration 1998;65:5–15.
13. *Holme C.*: Tuberculosis: story of medical failure. Br Med. J1998, 317:1260.
14. *Keers R.*: Pulmonary Tuberculosis: A Journey Down the Centuries. London, Baillière-Tindall, 1978
15. *Kierzek A.*: Alfred Marcin Sokołowski a Władysław Matlakowski. Przyczynek do historii sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc. Annales Academiae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2007, 53, 2, 124–128
16. *Konopka S.*: Nieznana relacja dra Antoniego Formiki o medycynie polskiej. Arch Hist Filoz Med. 1967; 3-4: 443.
17. *Korpalska W.*: Sanatorium Przeciwgruźlicze w Smukale w 100-lecie otwarcia. Kartka z dziejów walki z gruźlicą w Bydgoszczy. Wiadomości Akademickie, 2005,16,1.
18. *Löffler W.*: Geschichte der Tuberkulose; InHein J, Kleinschmidt H, Uehlinger E (eds):Handbuch der Tuberkulose. Stuttgart, Thieme,1958, vol 1..
19. *Moskwa Z.*: Zarys historii leczenia gruźlicy płuc. Warszawa, PZWL, 1987: 63-64.

20. *Pawłowska-Dąbrowska M.*: Sprawozdanie z czynności Szpitala Miejskiego Łódzkiego dla Lekko Gruźliczych w Chojnach pod Łodzią za lata 1916–1917. Zdrowie. 1918; 7: 201-202.
21. *Ryan F.*: Tuberculosis: The greatest story never told.1992. Swift Pubkishers, Worcestershire, Great Britain.
22. *Seyda B.*: Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa, PZWL, 1973: 457.
23. Smith I. M:ycobacterium tuberculosis pathogenesis and molecular determinants of virulence. Clin Microbiol Rev.2003;16:463–496.
24. Fijałek A.: Supady J.: Gruźlica płuc w Łodzi od schyłku wieku XIX do 1918 r.. Z dziejów walki z gruźlicą, Łódź 2002.
25. *Supady J.*: Przykłady ewolucji zjawiska śmierci z powodu chorób zakaźnych w aspekcie historycznym. Studia Medyczne 2009; 13: 79-847.
26. *Szumowski W.*: Na co najwięcej chorowali nasi pradziadowie przed 150 laty? Arch Hist i Filoz Med. 1929; 9: 177.
27. *Woźniewski Z.*: Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce. Warszawa, PZWL,1967: 35-57.

Praca zawiera 27 065 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

OPIEKA HIGIENICZNO-LEKARSKA NAD NAJMŁODSZYMI PACJENTAMI W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM

Katarzyna Szymczyk

Zakład Historii i Teorii Kształcenia,
Instytut Nauk Pedagogicznych Wydział Nauk Społecznych
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski
infokate@op.pl

Sprawy związane z ochroną zdrowia społeczeństwa niepodległej Polski, obok konieczności uregulowania innych ważnych kwestii ogólnospołecznych były jednymi z najważniejszych obszarów działań podejmowanych w odbudowującym się państwie. Wyrazem tej troski było wydanie dn. 4 kwietnia 1918 r. dekretu o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy i przekazanie nowo powstałemu ministerstwu spraw publicznej służby zdrowia (10, 17, 20).

Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego po odzyskaniu niepodległości była bardzo trudna. Również w Piotrkowie Trybunalskim w pierwszych latach po wojnie największą dolegliwością dla mieszkańców Piotrkowa była bardzo zła sytuacja związana z aprowi-

zacją miasta. Niedostatek żywności pozostawał najważniejszym problemem. Dopiero od 1921 r. zaczęła rysować się powolna poprawa, malały trudności aprowizacyjne. W mieście – podobnie jak w całym kraju – zaczął funkcjonować normalny rynek towarowo – pieniężny. Zjawisko niedożywienia, choć zaistniałe na innym podłożu, trapiło ludność robotniczą Piotrkowa także w latach wielkiego kryzysu ekonomicznego 1929-1933. Znacznie dłużej utrzymywał się niepokojąco niski poziom higieny osobistej mieszkańców. Wiele do życzenia pozostawiał stan czystości lokali mieszkalnych. Ogólnie rzecz biorąc niski standard życia Piotrkowian przekładał się na takową dziedzinę sanitarną. Pośród przyczyn owych zaniedbań, podstawową było zubożenie szerokich mas ludności, a więc brak środków pieniężnych na zakup mydła, bielizny, pościeli, ubrań itp. Mieszkania, których stan katastroficznie pogorszył się w latach wojny, nie odnawiane i nie ulepszane, pozbawione elementarnych urządzeń sanitarno-higienicznych, były coraz bardziej przeludnione. Lokale jednoizbowe zajmowało 36,6% obywateli, stanowiły one 40,1% wszystkich mieszkań (9, 26). Miasto nie posiadało kanalizacji ani wodociągów, brakowało urządzeń dezynfekujących i dezynsekcyjnych (2). Dopiero od 1925 r. rozpoczęto rozbudowę sieci wodno-kanalizacyjnej. Przykładowo, jeszcze w 1931 r. do sieci wodociągowej podłączonych było zaledwie 19% domów w mieście, a do sieci kanalizacyjnej 17,1% (8). Wspomniana niekorzystna struktura mieszkaniowa, warunki bytowe, jak również brak właściwych nawyków higienicznych, a co za tym idzie nie przestrzeganie przepisów sanitarnych sprzyjało rozwojowi groźnych cho-

rób infekcyjnych (zakaźnych).

W dokumentach Magistratu niejako z dumą podkreślano, iż w trosce o higienę i utrzymywanie czystości dzieci, samorząd […] *stale prowadzi bezpłatne kąpiele szkolne. Każde z 7800 dzieci szkolnych ma wyznaczoną kąpiel raz na miesiąc* (23). Ta częstotliwość korzystania z łaźni miejskiej najlepiej świadczy o poziomie ówczesnych warunków sanitarnych.

W obliczu tak skomplikowanej sytuacji gospodarczo-finansowej miasta sprostanie higieniczno-lekarskim potrzebom ludzi okazywało się wyjątkowo trudne, szczególnie, że do roku 1928 Piotrków nie posiadał żadnego zakładu opiekuńczego. Stąd też Magistrat zmuszony był do tworzenia systemu opiekuńczego od podstaw. Już sam fakt, iż w roku 1925 stosunek procentowy sumy budżetowej przeznaczonej na opiekę wynosił 8,6% całości budżetu, a w roku 1929 wzrósł do 17%, świadczy o należytym zrozumieniu problemu (3, 22). W latach późniejszych, zwłaszcza ostatnich przed II wojną światową, wydatki na szeroko pojętą pomoc społeczną (obejmującą trzy sektory: oświatę, pomoc społeczną i służbę zdrowia) wzrosły z 36% budżetu miasta w roku 1934/35 do 52,5% w roku 1937/38 (21). Stosunek procentowy wydatków budżetowych przeznaczonych na opiekę w poszczególnych latach przedstawia tabela nr 1.

W ostatnich latach okresu międzywojennego sprawozdania budżetowe podają szczegółowe kwoty przeznaczane na potrzeby dzieci i młodzieży. Na ich podstawie możemy wywnioskować, iż największe sumy przekazywano na dofinansowanie szkół powszechnych, w dal-

szej kolejności na dożywianie dzieci i młodzieży. Ponadto władze utrzymywały od 1937 r. poradnię stomatologiczną przeznaczoną dla uczniów wszystkich piotrkowskich palcówek oświatowych. Jak podkreślono w ostatnim przedwojennym sprawozdaniu magistratu powołano ją [...] *z uwagi na zatrważający stan uzębienia dzieci szkolnych (przeszło 90% dzieci w szkołach z próchnicą zębów)* […]. *Wzorując się na inicjatywie m. Radomia, który – jedyne w Polsce pod tym względem miasto – zaprowadził przymus leczenia zębów u dzieci szkolnych – ustalono plan systematycznego leczenia wszystkich dzieci pierwszych i siódmych oddziałów szkół powszechnych oraz akcji doraźnej, którą objęto wszystkie dzieci szkolne (7 tysięcy).* [...] *Dotychczas wyleczono (zaplombowano) zęby wszystkim dzieciom, które opuściły szkołę*

Tab. nr 1. Stosunek procentowy wydatków budżetowych przeznaczonych na wydatki społeczne w latach 1925-1937/38

Rok	**Wydatki** Ogółem w zł	**Wydatki społeczne** (oświata, opieka, zdrowie) w zł	**Procent** %
1925	–	66.300	8,6
1929	–	264.425	17,0
1934/35	1.251.823	478.813	36,0
1935/36	1.681.724	469.378	43,4
1936/37	959.955	470.276	49,0
1937/38	1.080.326	567.722	52,5

Źródło: 21,22.

Tab. nr 2. Szczegółowe wydatki na pomoc dla dzieci i młodzieży z budżetu miejskiego Piotrkowa Trybunalskiego z lat 1934-1939

Nazwa	**1934/35**	**1935/36**	**1936/37**	**1937/38**	**1938/39**	**1939/40**
Wydatki na dożywianie niemowląt i dzieci do lat 6	24.895	23.927	26.729	33.943	53.928	66.070
Na szkolnictwo powszechne	154.851	151.086	146.630	165.258	178.189	191.056
Wydatki na dożywianie dzieci od 7 - 14 lat, w szkołach, na koloniach oraz gwiazdka dla dzieci	28.263	31.369	39.016	40.846	45.749	39.905
Wydatki na dentystystykę(!) szkolną	–	–	–	1.028	6.090	5.610
Wydatki na sieroty i dzieci opuszczone	21.126	22.249	23.702	26.942	36.315	39.778
Wydatki na młodzież od lat 14 - 20 (szkoła zawodowa, wychowanie fizyczne i stypendia)	23.769	25.976	24.730	26.028	33.640	40.620
Pływalnia	–	554	353	–	–	–

Źródło: 21.

powszechną w r. 1937/1938 oraz objęto akcją leczenia systematycznego 2.000 małych pacjentów, leczeniem doraźnym zaś – wszystkie dzieci uczęszczające do szkół. Od 1 II 39 r. Ambulatorium czynne jest 7 godzin dziennie (12). Omawiane powyżej wydatki na pomoc dla dzieci i młodzieży z budżetu miasta z lat 1934 – 1939 przedstawia ta-

bela nr 2.

W kraju budującym system opiekuńczy od podstaw za jedną z naczelnych zasad przyjęto otoczenie należytą troską matki i dzieci. Powołano np. Polski Komitet Pomocy Dzieciom (24). Do podstawowych ośrodków, które niosły pomoc rodzinie należały stacje albo tzw. ośrodki opieki społecznej, często łączone z ośrodkami zdrowia w tzw. ośrodki opieki społecznej i zdrowia. Były to instytucje bezpośrednio podlegające administracji komunalnej, opierające swą pracę na bezpośredniej współpracy z różnymi organizacjami i instytucjami społecznymi, komisjami opieki społecznej i opiekunami społecznymi. Sprawowały opiekę i udzielały pomocy rodzinom i dzieciom na określonym terenie w tzw. rejonie opiekuńczym.

W praktyce pomoc rodzinie polegała przede wszystkim na przekazywaniu przydziałów żywności, odzieży, obuwia i środków leczniczych dla dzieci najbiedniejszych. W niewielkim zakresie stosowano zapomogi finansowe, na ogół doraźne i jednorazowe. Podejmowano również próby załatwienia pracy bezrobotnym, kierowania dzieci do różnych instytucji i organizacji społecznych mogących udzielić pomocy, starano się załatwiać miejsca w przedszkolu, szkole, świetlicy, na kolonii czy półkolonii itp. Gdzieniegdzie rozwijano akcję poradnictwa rodzicom w zakresie troski o zdrowie najmłodszych pacjentów, ich rozwój i prawidłowe wychowanie. Inną formę opieki nad rodziną pełniły stacje opieki nad matką i dzieckiem nazywane też przychodniami. Udzielały one pomocy i zapewniały opiekę higieniczno-lekarską oraz wychowawczą najczęściej młodym matkom i ich niemowlętom.

W 1937 r. było w Polsce 570 tych stacji obejmujących opieką 187,9 tys. osób. W miastach liczba stacji była znacznie wyższa i wynosiła 402, zaś na wsiach było ich tylko 168 (8).

W Piotrkowie Trybunalskim dopiero w 1928 roku powołano do życia Miejską Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem oraz w 1929 roku Miejski Ośrodek Zdrowia. Podstawowym zadaniem stacji było stworzenie właściwej opieki nad kobietą ciężarną, jako przyszłą matką oraz nadzór nad zdrowiem i rozwojem dziecka do końca trzeciego roku życia. Troska ta przejawiała się poprzez prowadzenie okresowych kontroli kobiet ciężarnych i dzieci przez lekarza, udzielanie pouczeń o higienie ciąży, zasadach karmienia piersią, sztucznego odżywiania, zasadach pielęgnacji niemowląt i sposobach zabezpieczania ich przed chorobami zakaźnymi. Ubogie matki zwalniane były od wszelkich opłat, a nadto korzystały z bezpłatnej pomocy położnych w czasie porodu oraz otrzymywały bezpłatną wyprawkę i mleko dla noworodka (16).

W mieście opiekę nad matką i dzieckiem pełniły następujące zakłady prywatne:

- Stacja opieki nad matką i dzieckiem dla ludności chrześcijańskiej – „Kropla Mleka”,
- Stacja opieki nad matką i dzieckiem dla ludności żydowskiej – „Kropla Mleka”,
- Żłobek dla niemowląt przy chrześcijańskiej „Kropli Mleka”,
- Ochronka dla dzieci wieku 3-6 lat przy chrześcijańskiej „Kropli Mleka”,

- Schronisko dla sierot przy Towarzystwie Dobroczynności dla chrześcijan,
- Schronisko dla dzieci inwalidów wojennych i poległych na wojnie,
- Schronisko dla sierot przy Towarzystwie Dobroczynności dla Żydów,
- Ochronka dla dzieci żydowskich im. Grossera (2).

W roku 1926/27 pod stałą opieką wymienionych stacji opieki nad matką i dzieckiem znajdowało się 275 małych pacjentów dla których wydano 30.463 litrów mleka. Poza tym w zakresie ochrony macierzyństwa magistrat utrzymywał dla ubogich matek położną miejską, a każda kobieta mogła skorzystać z bezpłatnych porad i pouczeń (6).

Z kolei ewidencja z ostatniego kwartału 1937 roku jednej z piotrkowskich przychodni dla matki i dziecka podaje liczbę 225 niemowląt, którym wydano 8.569 litrów mleka podzielonych na 38.310 porcji. W tym okresie ośrodek udzielił około 150 porad, jednocześnie zarejestrowano 46 wizyt domowych, siedmioro dzieci skierowano do szpitali, dwoje niemowląt zmarło (7).

Jak już wyżej wspomniano przy stacji Opieki nad Kobietą Ciężarną istniały dwa żłobki: jeden dla dzieci do lat 3, drugi dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat. Ten drugi żłobek pełnił rolę ochronki. Dzieci przebywając w nim, były przebierane w ubranka zakładowe i otrzymywały pełne, całodzienne utrzymanie. Nad ich zdrowiem czuwała wykwalifikowana pielęgniarka. Wieczorem matki odbierały swoje dzieci do domów. Ten rodzaj sprawowania opieki umożliwiał matkom podjęcie pracy zarobkowej. Liczba dzieci w placówce wynosiła przeciętnie

10 – 12, zaś w ochronce 35.

Sieroty, półsieroty i dzieci bezdomne przebywały w schroniskach, zaś dzieci niepełnosprawne odsyłano do specjalistycznych zakładów zamiejscowych. Ogół dzieci przebywających w schroniskach miejskich wynosił w 1928 r. – 98 osób. Dla potrzeb ubogiej, uczącej się młodzieży funkcjonowały cztery bursy prywatno – społeczne, również subsydiowane przez Magistrat. Dla przykładu w 1928 r. przebywało w nich 88 osób (3).

Magistrat piotrkowski sprawował również opiekę nad sierotami, dziećmi opuszczonymi i kalekimi. Przedsięwzięcie to realizowano, bądź za pośrednictwem zakładów opiekuńczych działających w mieście, lub umieszczając dzieci na własny koszt u osób prywatnych.

W latach 1923 – 1933 władze miasta, uważając, że nie należy szczędzić sił i środków na rzecz młodego pokolenia, zorganizowały dzieciom dożywianie i miesięczne wyjazdy na kolonie letnie. Organizatorzy tych ostatnich mieli na uwadze przede wszystkim dobro dziecka, […] *wszędzie i na każdym kroku, w każdym planie organizacyjnym wychodzono z założenia, iż dziecku trzeba dać jak najwięcej swobody, wypoczynku i kontaktu z naturą. Opieka wychowawcza powinna dążyć do wyzyskania wszelkich możliwości naturalnych, które mogą przyczynić się do kulturalnego i moralnego kształtowania dziecka* (13).
W Piotrkowie Trybunalskim z tej możliwości wypoczynku korzystały przede wszystkim dzieci najbiedniejsze oraz przesyłane do tych placówek przez lekarzy szkolnych i higienistki. Dzieci żydowskie, na życzenie rodziców, były kierowane na kolonie lub półkolonie, organizo-

wane przez Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej w miejscowości Wierzeje lub w lesie Wolborskim. W tym ostatnim wypadku chodziło głównie o względy religijne, jak również odpowiednie „koszerne" jedzenie.

Ogółem w latach 1927-1933 z kolonii letnich skorzystało 1 676 dzieci (szczegóły zamieszczono w tabeli nr 3).

Tab. nr 3. Kolonie letnie organizowane przez Magistrat w latach 1927 – 1933

Rok	**Kolonie w Podklasztorzu**		**Kolonie /półkolonie żydowskie**	
	dzieci chrześcijańskie		dzieci żydowskie	
	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziewczęta
1927	85	105	18	18
1928	92	112	32	23
1929	100	115	26	24
1930	51	53	16	15
1931	67	79	19	19
1932	106	143	21	20
1933	129	140	24	24
ogółem	**630**	**747**	**156**	**143**

Źródło: 23.

Organizacja letniego wypoczynku wakacyjnego dawała najmłodszym możliwość nie tylko spędzenia kilku beztroskich tygodni poza środowiskiem rodzinnym, w którym dzieci, ze względu na złe wa-

runki bytowe, narażone były na różne choroby zakaźne, ale co istotniejsze kolonie zapewniały właściwe, pełnokaloryczne wyżywienie, poprawiające kondycje uczniów. W sprawozdaniach magistratu z omawianego okresu wyraźnie podkreśla się, iż […] *kolonie letnie to niezastąpiony i najskuteczniejszy środek opieki zapobiegawczej, służący poratowaniu nadszarpniętych sił* […] *dzieci* (23). Świadczą o tym badania pokolonijne, które wykazywały znaczną poprawę zdrowia dzieci, zwłaszcza dożywianie, korzystnie wpływające na przyrost wagi ciała – wynosił on od 0,1 kg do 6,6 kg (3).

Drugim, obok kolonii letnich, ważnym elementem profilaktyki było dożywianie najbiedniejszych dzieci. *Dziecko głodne nie może i nie powinno się uczyć*. Przyjmując taką zależność, za naglącą potrzebę uznano konieczność dożywiania w szkołach: […] *dzieci dochodzących lub dojeżdżających z dalszych okolic, a więc zmuszonych do bardzo wczesnego spożywania pierwszego śniadania i bardzo późnej pory obiadowej oraz dzieci „słabowitych", zwłaszcza ze skłonnościami do zachorowań na gruźlicę i wymagających dodatkowego dokarmiania* (14).

Podobnie jak winnych miastach Polski, również w Piotrkowie Trybunalskim dożywianie najczęściej odbywało się w szkołach, w czasie zajęć. Akcją objęto dzieci najsłabsze, wykazujące niedobór wagi ciała oraz największą skłonność do różnego rodzaju chorób, a przede wszystkim gruźlicy. Akcja ta została zapoczątkowana w roku szkolnym 1925/26 i objęła wówczas 620 dzieci. W latach następnych dożywiano rocznie przeciętnie 1000 – 1300 uczniów.

Opieka społeczna wielokrotnie łączyła się ze służbą zdrowia. Widać to najlepiej na przykładzie wspomnianej powyżej Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, gdzie prowadzono także działalność profilaktyczno-leczniczą. Sprawozdania władz miejskich Piotrkowa Trybunalskiego podają, iż dopiero w drugiej połowie lat 20-tych rozpoczęły działalność przychodnie specjalistyczne, zarówno dla samych dzieci – ambulatorium szkolne, jak i takie, w których najmłodsi pacjenci stanowili liczną grupę korzystających (18). Mowa tu zwłaszcza o dwóch placówkach: przeciwgruźliczej i przeciwjagliczej, a także dla ubogiej ludności. Wszystkie wymienione powyżej wraz z innymi ambulatoriami i przychodniami weszły w skład utworzonego w roku 1929 Miejskiego Ośrodka Zdrowia. Rozwinął on w pełni swoją działalność w początkach lat 30-tych (12). W 1936 roku pracowało w nim już sześciu lekarzy specjalistów, dwóch kontrolerów: do spraw higieny (sanitarnych) oraz żywności, a także pięć pielęgniarek i woźny. Ten ostatni zajmował się też dezynfekcją pomieszczeń w wypadku stwierdzenia chorób zakaźnych.

W okresie międzywojennym w Polsce, jak również w Piotrkowie Trybunalskim występowało duże zagrożenie ze strony chorób, określanych społecznymi. Ogólnopolska ankieta z lat 1925-1926 przeprowadzona w 784 zakładach opiekuńczych zamkniętych, tj. takich w których dzieci były stałymi pensjonariuszami, wykazała że w 579 placówkach (około 74%) stwierdzono zachorowalność na jaglicę. W szkołach piotrkowskich liczba zachorowań na jaglicę w roku 1924 wynosiła – 93 dzieci w tym 48 chłopców i 45 dziewcząt (4). Jednak najgroźniejszą

z chorób nękających piotrkowską społeczność była gruźlica, chociażby z tego względu, iż ówcześnie nie potrafiono jeszcze skutecznie jej leczyć. Zjawisko to obrazują materiały sprawozdawcze składane przez miejscowych lekarzy. Szczegóły dotyczące najmłodszych pacjentów będących pod opieką przychodni przeciwgruźliczej z wybranych kwartałów 1937 i 1938 roku zaprezentowano w tabeli nr 4. Na podstawie tychże spisów można zaobserwować dużą dbałość i dokładność obserwacji stanu zdrowia dzieci, niestety niewiele z nich wykreślano z ewidencji jako wyleczone lub zdrowe po przeprowadzeniu badań (7). Oczywiście największe potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej istniały w grupie dzieci szkolnych. Dotyczyły one z jednej strony zapewnienia każdemu dziecku miejsca w szkole elementarnej z drugiej zaś opieki i pomocy dziecku, które miało utrudnione warunki uczęszczania do szkoły lub było pozbawione opieki domu rodzinnego. Szkoły szczególnie powszechne, na terenie większych skupisk ludzkich podejmowały opiekę nad dzieckiem głównie z zakresu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia ucznia, pomocy materialnej, dożywiania oraz opieki wychowawczej w czasie pozalekcyjnym i pomocy uczniom mającym trudności w nauce. W 1932 r. było w Polsce ponad 1000 lekarzy szkolnych, większość z nich jednak pracowała w szkołach średnich. Szkoły powszechne tylko w wielkich miastach pozwolić sobie mogły na tę formę opieki nad dziećmi (8).

W powiecie piotrkowskim w 1937 roku sprawozdania podają, iż w 205 szkołach opiekę higieniczno-lekarską sprawowało 7 lekarzy szkolnych i 2 higienistki szkolne. Liczba szkół odwiedzonych w ciągu

roku przez personel medyczny wyniosła 118. *Na ogólną liczbę 24.676 uczniów badaniom poddano 21.103 dzieci. Spośród badanych wykazano: brudnych – 2.176; zawszonych – 3.287; ze świerzbą(!) 270; z jaglicą 373* (1).

Tab. nr 4. Najmłodsi pacjenci poradni przeciwgruźliczej piotrkowskiego ośrodka zdrowia w IV kwartale 1937 r. i IV kwartale 1938 r.

Nazwa	**Dzieci do 15 roku życia**	
	1937	**1938**
Liczba osób pod opieką poradni 1-go dnia kwartału	310	264
Liczba osób zapisanych w kwartale	15	14
Ogółem pod opieką przychodni	325	272
W tym zamiejscowych	4	5
W tym pacjenci pozostający na obserwacji	85	83
Zmarli w kwartale na gruźlicę	1	-
Skreśleni z ewidencji jako wyleczeni lub zdrowi	15	-
Pacjenci z gruźlicą płuc (prątkujący)	-	1
Pacjenci z gruźlicą płuc (nie prątkujący)	26	31
Pacjenci z gruźlicą gruczołów przyoskrzelowych	50	65

Nazwa	Dzieci do 15 roku życia	
	1937	1938
Pacjenci z innymi postaciami gruźlicy	18	15
Ogółem pacjenci z gruźlicą	94	112
Pacjenci skierowani do szpitali	1	-
Pacjenci skierowani do sanatoriów	2	1

Źródło: 7.

Jak już wspomniano w szkołach opiekę lekarsko-higieniczną nad dziećmi sprawowali lekarze szkolni, przy współudziale higienistek szkolnych, określanych mianem „szkolnych opiekunek zdrowia". Do ich obowiązków należało min. pomaganie lekarzom szkolnym podczas badań (mierzenie, ważenie), szczepienia, pilnowanie czystości wśród dzieci (w razie potrzeby mycie, czesanie, strzyżenie), sprawdzanie przyczyn dłuższej nieobecności dzieci w szkole oraz przekonywanie rodziców o potrzebie utrzymywania czystości i leczenia najmłodszych (15).

Zakres czynności higieniczno-lekarskich szczegółowo określał Regulamin pracy personelu lekarsko-higienicznego w publicznych szkołach powszechnych w Piotrkowie Trybunalskim, mianowicie: udzielanie rad i wskazówek rodzicom dzieci wymagających specjalnej opieki lub też powiadamianie rodziców piśmiennie o patologicznym stanie zdrowia dziecka; przeprowadzanie przeglądów kontrolnych

dzieci, których stan zdrowia tego wymaga; kontrolowanie obowiązujących szczepień; czuwanie nad stanem sanitarnym pomieszczeń i urządzeń szkolnych; prowadzenie ewidencji chorób i zapobieganie szerzeniu się chorób zakaźnych; wydawanie decyzji, co do powrotu dziecka do szkoły po przebytej chorobie; urządzanie pogadanek z zakresu higieny dla rodziców i uczniów klas starszych (5).

W sprawozdaniu z roku 1933 czytamy […] *W specjalnie przez Magistrat zorganizowanem(!) ambulatorium szkolnem(!) 2-ch lekarzy szkolnych i higienistka miejska udzielało stale bezpłatnych porad i opatrunków. Personel ambulatorium kilkakrotnie w roku dokonywał ogólnych oględzin dzieci, dzieci chore zwalniał od nauki, kwalifikował na kolonje(!) letnie, przeznaczał dzieciom tran[sport], kwalifikował na obozy harcerskie, prowadził specjalnie energiczną walkę z chorobami ocznemi(!) (jaglicą) i innymi chorobami zakaźnemi(!) (świerzb) itd. Badano warunki domowe dzieci, udzielano fachowych porad oraz środków leczniczych. Prowadzono pozatem(!) strzyżenie, odwszanie(!), urządzano pogadanki o zachowaniu czystości ciała, o chorobach i środkach zapobiegających, o ratownictwie (3-4 razy rocznie w każdej szkole)* [...]. *Przeprowadzono rokrocznie w oddziałach szkół powszechnych szczepienia ochronne przeciwko ospie, przeciętnie rocznie ok. 1300 dzieciom, dokonywano szczepień przeciwpłoniczych(!)* [...] *W nagłych wypadkach udzielano bezpłatnie pomocy lekarskiej dzieciom szkolnym w ich prywatnych mieszkaniach. Dzieci chore na jaglicę i gruźlicę skierowywano do odpowiednich przychodni w* [...] *stan ogólny jest tego rodzaju, iż 70% dzieci szkolnych jest w Piotrko-*

wie zdrowych, 25% ogółu dziatwy to dzieci chorowite i 5% wyniszczonych (wybitnie anemicznych) (11, 23).

Od roku 1935 opiekę medyczną nad uczniami skoncentrowano w placówkach oświatowych, tworząc tam gabinety lekarskie. Powiększono zatem personel lekarski i pielęgniarski, a wszystkim dzieciom uczęszczającym do szkół założono kartoteki zdrowia. Wprowadzeniu opieki medycznej do szkół, czyli do środowiska, w którym dziecko przebywa, zawdzięczano, […] *iż żadna z panujących na terenie miasta epidemii, nawet szkarlatyna,* […] *dur brzuszny – nie przeniosły się do szkół* (11, 21).

W ramach podejmowanych przez państwo akcji profilaktycznych masowo przeprowadzano szczepienia przeciwko niektórym chorobom zakaźnym. Na przykład w Piotrkowie w roku 1926/27 przeciętnie 950 dzieci rocznie poddawano szczepieniom przeciw ospie. Konieczność i powszechność szczepienia zapisano w 1. artykule ustawy z dn. 19 lipca 1919 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw ospie: *w Państwie Polskim wszystkich mieszkańców obowiązuje przymusowe szczepienie ochronne przeciw ospie.* Każde dziecko miało być szczepione dwukrotnie: przed upływem pierwszego roku i w siódmym roku życia (szczepienia pierwszego i drugiego stopnia). Szczepienia były bezpłatne i odbywały się dwa razy w roku, w terminach ustalonych urzędowo. Dzieci nie szczepionych nie wolno było przyjmować do szkół i innych zakładów wychowawczo-oświatowych (27).

W październiku roku 1936 na terenie powiatu piotrkowskiego zaszczepiono przeciwko ospie około pięć i pół tysiąca rocznych dzieci,

a powtórnie w tym samym roku – siedem i pół tysięcy uczniów pierwszych klas szkół powszechnych (3,7). Dzieci i młodzież szczepiono także przeciwko durowi brzusznemu.

Wszystkie powyższe starania Magistratu wynikały z troski o dobro każdego dziecka, z myślą o jego przyszłości jako obywatela, członka narodu i społeczeństwa.

Podobna dbałość o interesy najmłodszych stała się przedmiotem obrad Ogólnopolskiego Kongresu Dziecka. Zwrócono na nim uwagę na wzajemne prawa i obowiązki rodziców i dzieci oraz na fakt, iż powinności opiekunów winny być stanowione i wykonywane w taki sposób, aby […] *dziecko było wychowane fizycznie i umysłowo, moralnie i religijnie, jako dzielny i dobry członek rodziny i narodu* (19).

Niezbędnym było również ustawowe unormowanie opieki lekarskiej nad dzieckiem od chwili jego poczęcia do l5-go roku życia. W związku z tym należało:

– zwiększyć liczbę instytucji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem,
– zorganizować sieć lekarzy szkolnych, a organizację pomocy lekarskiej oprzeć na zasadach spółdzielczo-ubezpieczeniowych.

W dziedzinie żywienia dzieci zaczęto dążyć do jego poprawy drogą zwalczania „ignorancji ogólnej" i doraźnego racjonalnego dożywiania. Założono, iż w zakresie szpitalnictwa powinno istnieć jedno łóżko szpitalne dla dziecka na 1000 mieszkańców, a jeden szpital dziecięcy na województwo lub miasto ponad 100 000 mieszkańców. Przyjmowanie do szpitali uzależniono od stanu zdrowia dziecka a nie od warunków płatniczych. Mówiono o rozbudowie sieci poradni higie-

ny psychicznej oraz zakładów wychowawczych i leczniczych dla dzieci umysłowo upośledzonych.

Również Ustawa z 15 czerwca 1939 r. *o publicznej służbie zdrowia* dawała mocne podstawy prawne do dalszych działań opiekuńczych, jednocześnie podkreślała konieczność *krzewienia higieny i podnoszenie stanu zdrowotnego ludności ,* […] *sprawowanie opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i niemowlętami, dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, zwalczanie chorób społecznych i zakaźnych* (25).

Wprowadzenie w życie wyżej wymienionych postulatów uniemożliwił wybuch II wojny światowej.

Streszczenie

W okresie międzywojennym piotrkowskie władze samorządowe czyniły wszelkie starania zmierzające do zrealizowania założeń opiekuńczych wobec potrzebujących mieszkańców. Wysiłki te koncentrowały się głównie na tworzeniu nieistniejących dotychczas instytucji i zakładów opiekuńczych, jak również na innych formach niesienia pomocy szczególnie w zakresie opieki zdrowotnej. Za jedną z naczelnych zasad przyjęto otoczenie należytą opieką higieniczno-lekarską najmłodszych pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Archiwum Akt Nowych, Ministerstwo Opieki Społecznej, 1918-1939, t. 813.
2. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, Akta miasta Piotrkowa, sygn. 1348, Sprawozdanie za okres I-IV 1920.

3. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, Akta miasta Piotrkowa, sygn. 2570, Opieka społeczna.
4. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, Inspektorat Szkolny w Piotrkowie 1917-1950, t. 71 , s. 119.
5. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, Inspektorat Szkolny w Piotrkowie 1917-1930, t. 199, s. 24-30.
6. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, zespół nr 1, Starostwo Powiatowe Piotrkowskie ([1915] 1919-1939), t. 1057.
7. Archiwum Państwowe w Piotrkowie Trybunalskim, zespół nr 2, Wydział Powiatowy w Piotrkowie (1917-1950), sprawozdania z działalności służby zdrowia.
8. *Balcerek M.*: Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918-1939, Warszawa 1978.
9. *Baranowski K.*: Zabudowa i warunki mieszkaniowe w latach 1918-1939, [w:] Dzieje Piotrkowa Trybunalskiego, pod red. B. Baranowskiego, Łódź 1989.
10. Dziennik Praw Królestwa Polskiego, 1918, Nr 5, dekret Nr 8 z 15 maja 1918 r.
11. *Felchner A.*: Dzieci i młodzież szkolna w oficjalnych sprawozdaniach władz miejskich Piotrkowa Trybunalskiego (1925-1939), [w:] Myśl i praktyka pedagogiczna. Studia ofiarowane profesorowi Lucjanowi Olszewskiemu w 70 rocznicę urodzin i 50 pracy zawodowej, pod red. W. Chmielewskiego i W Starzyńskiej, Piotrków Trybunalski 2008.
12. *Felchner A.*: Zdrowie i zdrowotność Piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku), Wrocław 2006.
13. III Kongres Międzynarodowy wczasów letnich dzieci i młodzieży, 1988, „Życie Młodych" R. 7/1, nr 2, [w:] Źródła do pedagogiki opiekuńczej, red. I. Leparczyk, t. 1, Warszawa 1938.
14. *Kopczyński S.*: Opieka higieniczno-lekarska nad dzieckiem normalnem(!) w szkole, Warszawa 1929.
15. *Kopczyński S.*: Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami, Warszawa 1919.
16. *Kotlicki K.*: Zakres i formy opieki społecznej w Piotrkowie Trybunalskim w latach 1926-1933, „Zbliżenia. Kwartalnik Społeczno-Oświatowy", ., 1992, nr 2.
17. *Leś E.*: Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych, Warszawa 2000.
18. *Majchrzyk-Mikuła J.*: Początki opieki zdrowotnej w szkolnictwie polskim, [w:] Myśl i praktyka pedagogiczna. Studia ofiarowane profesorowi Lucjanowi Olszewskiemu w 70 rocznicę urodzin i 50 pracy zawodowej, pod red. W. Chmielewskiego i W Starzyńskiej, Piotrków Trybunalski 2008.
19. Ogólnopolski Kongres Dziecka, „Życie Młodych" R. 7/1, 1938, nr 11, [w:] Źródła do pedagogiki opiekuńczej, red. I. Leparczyk, t. 1, Warszawa 1988.

20. Opieka społeczna. Zbiór ustaw i rozporządzeń, opr. S. Grochowski, E. Chwalewik, Warszawa 1929.
21. Samorząd Piotrkowa Trybunalskiego w latach 1935-1939 (krótki zarys działalności), Piotrków Trybunalski 1939.
22. Sprawozdanie Magistratu Miasta Piotrkowa od roku 1923-1928, Piotrków Trybunalski 1928.
23. Sprawozdanie samorządu miejskiego Miasta Piotrkowa za lata 1925–1933, Piotrków Trybunalski 1933.
24. Status Polskiego Komitetu Pomocy Dzieciom, „Opieka nad Dzieckiem", R. 4, 1926, nr 2, [w:] Źródła do pedagogiki opiekuńczej, red. I. Leparczyk, t. 1, Warszawa 1988.
25. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia,., Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, 1939 r, nr 54, pozycja 342
26. Warunki pracy i życia w Polsce międzywojennej, w świetle badań społecznych, , red. D. Polińskiego, Warszawa 1980.
27. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., Dziennik Praw Państwa Polskiego, nr 63, poz. 731.

Praca zawiera 29 171 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

LECZENIE ŻÓŁTACZKI W LECZNICTWIE LUDOWYM NA ZIEMIACH POLSKICH W WIEKU XIX-TYM I W PIERWSZEJ POŁOWIE XX WIEKU

Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński*

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny,
al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego,
Pomorski Uniwersytet Medyczny,
ul. Rybacka 1, 70-240 Szczecin,
lwdowiak@sci.pam.szczecin.pl

Niegdyś każde zażółcenie powłok skórnych i błon śluzowych, niezależnie od czynnika sprawczego, zarówno w medycynie oficjalnej, jak i w ludowej nazywano żółtaczką, nie wiedząc, iż żółtaczka stanowi jedynie objaw spotykany w wielu schorzeniach, a nie jest osobną jednostkę chorobową.

„*Lud nasz i inne ludy europejskie nie mają dokładniejszego wyobrażenia o chorobach wewnętrznych*" – napisał niespełna osiemdziesiąt lat temu Henryk Biegeleisen, zauważając: „*Z chorób wewnętrznych może najwcześniej znaną była żółtaczka*"(2).

Poddano analizie dziewiętnastowieczne i dwudziestowieczne piśmiennictwo dotyczące ludowych sposobów walki z „żółtaczką" na

ziemiach wchodzących w skład państwa polskiego jeszcze przed zaborami i na terenie Polski w granicach uzyskanych po II wojnie światowej, zakładając iż terapia za pomocą środków medycyny ludowej musiała okazać się bezużyteczna. Czy jednak w istocie tak było?

W medycynie oficjalnej relacja lekarz – pacjent miała nieco inny format niż relacja znachor – chory mieszkaniec wsi. Znachor rozumiał swojego pacjenta (23, 25, 15). A lekarz? Niekoniecznie. Zazwyczaj trudno było lekarzowi pojąć meandry rozumowania mniej wykształconych od niego chłopów. Ludność wiejska zresztą odnosiła się do „miastowych" lekarzy z dużą nieufnością. Dopiero E. Biernacki (3, 4, 5), a za nim W. Biegański (1) zwrócili jako jedni z pierwszych uwagę, iż „czynniki psychiczne" pełnią w zdrowieniu pacjentów istotną rolę, wcześniej do nich nie przywiązywano szczególnego znaczenia (poza chorobami nerwowymi). Przed wybuchem II wojny światowej, lekarze już w pełni zdawali sobie sprawę, jak ważną rolę w terapii odgrywa psychika pacjenta. Wiejski, podolski lekarz, S. Spittal napisał: „...*znaną jest rzeczą, że wpływ psychiczny, skierowujący uwagę chorego na inne tory, a tym samym odwracający jego myśli od cierpienia, jako też wiara, są bodźcami dla słabnącej woli chorego, podnietą w formie jakby zastrzyku, wykrzesującą nieznane, drzemiące w ukryciu zasoby energii fizycznej i duchowej, które stanowią bardzo skuteczną broń przeciw chorobie"* (26).

Niewykształceni, rzadko umiejący czytać, nie znający anatomii i fizjologii znachorzy, cieszyli się na ogół dużym szacunkiem swojego otoczenia (23, 15). Znakomicie znali mentalność współmieszkańców

wsi i potrafili nawet w przypadkach całkowitej bezradności znaleźć sposoby przyniesienia ulgi w cierpieniach. Chociaż zarzucano im ciemnotę, zacofanie, wiarę w przesądy (25, 16, 15, 23) – na ogół wyjaśniali chorym w sposób dla nich zrozumiały pochodzenie choroby i wykorzystywali nieznane wówczas w medycynie metody terapii, które dzisiaj nazwalibyśmy „psychologicznymi" - odwołanie się do religii, sił nadprzyrodzonych, wizualizację, czy „efekt placebo".

Etiologia

„*O ludziach złych, zgryźliwych, śledziennikach powiadają u nas i w Niemczech, że im się żółć przelewa. Objawem słabości wątroby jest żółtaczka, którą nasz i inne ludy przypisują złości, za Homera używano tego samego wyrazu na oznaczenie żółci i gniewu*"– pisał H. Biegeleisen (2). Gdy wątroba „*wzruszy się od złości*", „*z pasji wstrząśnie*", „*z gniewu żółć zaleje*"(26) - pojawiała się żółtaczka. Powszechnie wierzono, że żółtaczkę wywołują również robaki. Jako powód choroby wymieniano także niedożywienie (7), spożywanie szkodliwych i „*ostrych*" pokarmów (26). Jeszcze w latach sześćdziesiątych XX wieku na Kujawach uważano, iż żółtaczka nie należy do chorób zakaźnych. Według ówczesnych sądów mieszkańców wsi kujawskich, do powodów jej wystąpienia należały: przeziębienie, złe odżywianie, „*wydzielanie przez żołądek mało tłuszczu*", „*nadmierny wysiłek – od którego żółć się wylewa*", zmartwienie, „*zepsuta krew*", „*spojrzenie przez monstrancję*", na koniec - chora wątroba (30).

Terapia

H. Biegeleisen podawał, podpierając się wielce archaicznymi autorytetami, iż w starożytnych Indiach kładziono choremu na żółtaczkę złoty pieniądz na piersi, w dawnej Grecji zalecano spożycie polewki z ptaka z żółtymi piórami, bądź lekarstw sporządzonych ze złocienia, w starożytnym Rzymie – pomocne chorym miały być żółte łapki koguta uwarzone w winie, a w wielu miejscach w Europie stosowano kąpiele w wodzie, w której moczył się złoty pieniądz lub pierścień, picie płynów, do których wrzucano żółte przedmioty (np. bursztyn, kamienie półszlachetne). Wiązano na ciele żółtą nitkę, wypijano płyny z naczyń złotych lub sporządzonych z żółtego wosku, przeglądano się w roztopionym maśle lub w złotych, złoconych, bądź mosiężnych przedmiotach (2).

Podobnie postępowano również na ziemiach polskich. W pierwszej połowie wieku XIX koło Czerska wrzucano do wody, w której kąpano noworodka, złoty pierścionek. Miał on zniszczyć żółte zabarwienie skóry i zapobiec zołzom (9). Na wymieszanym etnicznie Podolu złota moneta, pierścionek, czy obrączka (najlepiej z amerykańskiego złota) spełniały takie samo zadanie (26). Ale już w niektórych rejonach Kresów nastąpiła „dewaluacja" – wystarczało tylko „uskrobać" trochę miedzi i zjeść opiłki z chlebem (33).

W myśl funkcjonującej w dawnej medycynie zasady *similia similibus curantur*, w przypadku leczenia żółtaczki przez ludowych terapeutów ewidentny jest związek pomiędzy symptomem choroby (żół-

tawe zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych) a doborem lekarstw, które również powinny być żółte bądź złote (Tab. I).

Leczenie sympatyczne żółtaczki przez mieszkańców wsi dostrzegał już M. Udziela (1891), a za nim H. Biegeleisen (1929), K. Moszyński (1934), czy S. Spittal (1938) (32, 2, 27, 26). K. Moszyński nawet uważał, iż leczenie sympatyczne miało w przypadku żółtaczki racjonalne podstawy, bowiem *„…zioła żółto kwitnące zawierają składniki, które, pobudzając wydzielanie żółci są lekiem efektywnym przeciwko żółtaczce…*", *„...zastosowanie owych ziół w medycynie ludowej przeciw żółtaczce tylko z pozoru oparte jest na sympatetycznym* [wg oryginalnej pisowni – przyp. aut.] *związku, jako że środek jest wysoce skuteczny".* Podawał, iż w myśl tej zasady żółtaczkę leczono za pomocą marchwi i roślin żółto kwitnących, np. *Anthemis tinctoria* (27, 6). Zgoła inne stanowisko zajmowało środowisko lekarskie. Doktor S. Łazarewicz grzmiał na łamach „Nowin Lekarskich": „*Jaskółcze ziele ze swym pomarańczowym sokiem miało być dobrym środkiem w żółtaczce. Wężownica, krzyżownica lub jaszczurnica, tak zwana dla słupków podobnych do języków jaszczurczych, miała pomagać w pokąszeniach przez żmije, jaszczurki. Zioła podobne z powodu swych plamek białych do błony płucnej świeżo wydobytych płuc zwierzęcych, ochrzczono mianem płucnika lekarskiego i stosowano w chorobach płuc. Wątrobnik czyli ziele wątrobne posiadało listki podobne w swym rysunku do zrazików wątroby. I dziw się, że dzisiaj jeszcze niejeden owczarz z pogardą spogląda na lecznictwo nowoczesnej nauki! Mając czasu pod dostatkiem na pastwisku, w otaczającej przyrodzie roz-*

grzana fantazya znalazła przecież całe mnóstwo podobieństw. Dziwić się chyba tylko można naszemu ludowi a może i sferom do inteligencyi się zaliczającym, jeżeli nie zdają sobie sprawy, skąd tacy owczarze lub baby mądre zdobywać mają sobie wiedzę bez poprzedniej głębszej nauki! (16)".

W mniemaniu ludu polskiego żółtaczka opuszcza ciało chorego moczem" – pisał H. Biegeleisen (2). M. Udziela podawał, iż wydalano mocz na ugotowane mięso, a przed zachodem słońca wylewano go na rozstajne drogi, bądź siusiano do wydrążonej marchwi i wieszano ją w kominie (32), „*aby się tam choroba uwędziła*"(2). Czasami marchew zastępowano żółtym korzeniem brukwi (26). *„Żeby się jednak* [choroba – przyp. aut.] *nie powtórzyła, należy jarzynę po wyparowaniu moczu zakopać w nawozie, by uległa zupełnemu zniszczeniu"* – dodawał S. Spittal (26).

Na ziemiach polskich jedzono również surowy korzeń marchwi (na czczo), lub pito z niego odwar (11), bądź sok (30), a przy kamicy żółciowej sporządzano napar z owoców marchwi (14).

Innym ludowym typem sympatycznego leczenia stanowiło przemywanie twarzy odwarem z żółtych kwiatów, pocieranie jej kwiatami, smarowanie sokiem z żółto kwitnącej rośliny lub żółtym owocem. Stosowano do tych celów między innymi: arnikę górską (30, 19), glistnik jaskółcze ziele (32, 26, 16), mniszek lekarski (30, 19), cytrynę (32, 2). Czasami jednak wyłamywano się z tego schematu żółtości i smarowano twarz lekko żółtawym wywarem z kalafiora, przez lud zwanego „śmierdziuszką", który święcono na Matkę Boską Zielną (32), po-

dobnie jak na Podolu marchew (26), z której wywar służył również do mycia twarzy. Na Kujawach przemywano twarz wodą z parzonej wątroby wieprzowej lub wołowej (30). H. Biegeleisen podawał, iż leczono żółtaczkę także kąpielami z dodatkiem ziół kwitnących na żółto albo z żółtymi kaszami (jagłami) (2). W okolicach Mińska i Witebska powszechnie sięgano po wywar z kocanki piaskowej, w którym się kąpano (33). Dziurawiec, dziewanna, nostrzyk, piołun, jaskier dodawane bywały do wody w balii na Podolu, a w żółtaczce niemowląt wlewano do kąpieli wywar z glistnika jaskółczego ziela (26). Doktor M. Zieleniewski (zapewne na podstawie własnych obserwacji poczynionych wśród mieszkańców Małopolski) napisał, iż: „*pierwsza kąpiel miała »gubić« wszelkie plamy dziecięciu (marculae hepaticae), jeśli je posiada*", ale chyba nic do wody nie dodawano, bo o tym nie wspominał (35). Na Kresach, w Puciłkowiczach należało „*kąpać się w odwarze z trochy korali ponsowych z dodatkiem kilku sztuk monety srebrnej*", wlewano również do wody wywar z kocanki piaskowej. Powszechne w tym rejonie stały się również ablucje w rozpuszczonej w wodzie glinie, jak również w ciemnożółtej wodzie, w której moczono poprzednio tzw. „surówkę", czyli świeżo utkane płótno oraz nakrywanie ciała czerwoną tkaniną (33).

Chorzy na żółtaczkę „leczyli się" poprzez oglądanie swojego odbitego oblicza. Najczęściej spoglądano w patenę (nazywaną też dawniej „patyną") – pozłacany talerzyk stosowany do kładzenia hostii w trakcie mszy (9, 32, 2, 30). „*Chorzy chcą się przeglądać w kościelnej patenie, że kolor złoty patyny uświęcony przez Sakra-*

ment, daje zdrowie" (10) - pisał O. Kolberg. Na Kujawach wierzono, że jeśli chory zobaczył w patenie trumnę, to umierał (30). Z badań J. Jeszkego przeprowadzonych na terenie Wielkopolski wynikało, iż w razie zapadnięcia na żółtaczkę należało „*przejrzeć się w kościelnej patenie lub lusterku, na czczo*"(8). „*Chory na żółtaczkę, szczególnie gdy mu białka oczu żółcią zachodzą, powinien się przeglądać w czystym złocie n. p. w dukacie lub kielichu kościelnym i to po trzykroć na dzień o wschodzie i zachodzie słońca i w południe*" – wierzono w okolicach Chełma (11). W rejonie Tykocina uznano, iż chociaż można użyć pateny, równie dobrze nadaje się do tego celu każdy inny złoty przedmiot (21). „*Chory na żółtaczkę udaje się do zakrystjana i, uprosiwszy go o udzielenie patyny i ustawienie jej na kształt lusterka, wpatruje się w nią dość długo i odchodzi w przekonaniu, że tym sposobem pozbył się tej choroby*"- zanotował A. Osipowicz (18). Natomiast nie w patenę, lecz w kościelny kielich spoglądali mieszkańcy Podola i Opolszczyzny (26, 24). Przeglądano się w celach terapeutycznych również w chrzcielnicy (35).

Praktykowano także mniej religijne metody terapii, przyglądając się sobie w smole a nawet w gnojówce (9, 26). Dodamy, iż gnojówka powinna mieć kolor złocisty (26). „*Plaster smoły wylewa się przed chorym i gdy smoła ostygnie, chory z wlepionymi oczami wpatrywać się w nią winien, a żółtaczka powoli wejdzie w smołę (Grodzisk Mazowiecki)*"(13). Na Pomorzu rozlewano na talerzu smołę szwedzką (28). W okolicach Tykocina należało spoglądać na wodę, do której wpusz-

czano żywego szczupaka. Ryba miała „przejąć" żółtaczkę i zżółknąć (21, 2).

Kolor żółty (namiastkę koloru złotego) łączono w kulturze europejskiej między innymi z zazdrością. Przynoszenie rzeczy, na którą chory miał ochotę i darowanie jej choremu, jak to miało miejsce np. na Kujawach (30), wskazuje na następujący schemat myślenia: ktoś jest żółty, bowiem jest zazdrosny o coś, czego nie ma, wobec tego gdy to „coś" dostanie - minie i zazdrość, i choroba.

Wierzono, iż żółtaczkę „wyciągał" czosnek. W okolicach Łowicza zawieszano na szyjce dziecka na konopnej nitce 9 ząbków czosnku, gdy zżółkł, miała minąć żółtaczka (2). Tak samo postępowano w leczeniu dorosłych na Podolu (26). Na terenie Karpat wieszano na szyi różaniec z czosnku, który nosiło się dopóty, dopóki ząbki nie zżółkły i nie wyschły (31). „*Robili z niego różaniec - jak powiadali – i zawiesili na kark coby było naokoło, nosiło się aż uschnął, to wyciągało jakoś*"(31). A. Paluch podaje, iż jeszcze w roku 1977 w okolicy Radłowa zakładano aż sześć sznurków z nawleczonymi ząbkami czosnku, które miały „*wyciągnąć żółć z człowieka*". Innym sposobem wykorzystania czosnku było nacieranie nim piersi (19).

W końcu XIX wieku M. Udziela pisał, iż według polskich wierzeń ludowych „*wyciągał chorobę*" nieopierzony gołąbek usadzony na piersi chorego (32), co potwierdzał S. Spittal, (26), H. Biegeleisen (2).

Za niezwykle skuteczny środek w „*wyciąganiu żółtaczki*" uchodził lin (2). Lin (*Tinca tinca*), zwany na ziemiach polskich również *pszenicznikiem, oczeretniakiem* bądź *kaliniakiem* – słodkowodna ryba

z rodziny karpiowatych pokryta jest drobnymi żółtawymi łuskami. Zapewne jej wygląd spowodował, iż w terapii ludowej żółtaczki właśnie ta ryba odgrywała poczesną rolę. Według M. Udzieli rozcinano lina i kładziono na piersi chorego, natomiast ogon ryby nacinano na krzyż, płukano w wodzie, a potem popłuczyny dawano ofierze żółtaczki do wypicia (32, 22). Gdy B. Szychowska – Boebel w końcu lat sześćdziesiątych XX wieku prowadziła swoje badania na Kujawach, jako jeden ze skutecznych sposobów w leczeniu żółtaczki podawano picie krwi z lina (30). W roku 1892 donosił o tym samym ludowym remedium doktor J. Pełczyński (21). O skuteczności terapii za pomocą lina wcześniej informował O. Kolberg, lecz podawał, iż *„żywcem wzdłuż rozpłatany"* lin położony na obie stopy stanowił w Kaliskim i Sieradzkim w mniemaniu ludu skuteczne lekarstwo na *„mocną gorączkę*" (12).

Wierzono nie tylko w „przenoszenie" i „wyciąganie" choroby, ale i w to, że żółtaczkę można było „wyrzucić". *„Na żółtaczkę. Jaglanej kaszy mąż lub żona pacjenta, lub krewna baba ma ugotować w nowym garnku i nową mieszać łyżką (drewnianą). Po ugotowaniu wynieść garnek na cudzą granicę i tam kaszę wylać tyłem (nie oglądając się na nią), i uciec czym prędzej do domu. Żółtaczka zejdzie na grunt ten, gdzie była kasza wylana, i tam czepić się może kogoś innego, a chory wyzdrowieje..."* (13). Przenoszenie „żółciochy" na kaszę opisywała M. Parczewska a za nią J. Jeszke (20, 8). W okolicach Kalisza: *„Należy iść rano do trzech domów i uprosić trzy garstki jagieł, następnie zmieszawszy je razem ugotować w niepolewanym garnku, po-*

łowę płynu wypić, a połową umyć twarz, wygotowane zaś ziarnka rzucić na pole" (20).

Żółtaczkę próbowano również „zbrzydzić". Chorego smarowano krwią miesięczną (32), radzono by „*zeskrobać białą masę z uschłego krowiego łajna i dawać to z wódką czy wodą przez kilka dni z rana po pół łyżeczki od herbaty*" (21), zalecano picie wódki zmieszanej z kałem psim lub gęsim (30, 32), żywiąc nadzieję, że w końcu choroba odczuje dyskomfort i opuści ciało pacjenta. Picie wódki z ekskrementami zwierząt stosowano na Kujawach jeszcze w końcu lat sześćdziesiątych XX wieku.

Do tego czasu przetrwał również inny sposób leczenia żółtaczki: jedzenie wszy. W końcu XIX wieku miało pomóc zjedzenie dziewięciu wszy umieszczonych po trzy w chlebowych pigułkach (32), w drugiej połowie wieku XX na Kujawach zjadano wszy ludzkie lub pasożytujące na świniach również z chlebem (30, 28), zagubiona jednak została magia liczb – m.in. 3 i 9 były niegdyś liczbami magicznymi, pomocnymi w leczeniu. Na Opolszczyźnie również umieszczano wesz w chlebie i zjadano ją – „*żeby przerobiła krew*". O tym niecodziennym sposobie terapii donosił także F. Wereńko, który napisał: „*Trzy żywe wszy w chlebie zagniecione i choremu podane działać mają wybornie, usuwając przede wszystkiem smutne usposobienie (nudu)*"(33). Na Wileńszczyźnie wszy miało być aż 9, należało je położyć na chleb i posmarować kromkę masłem (29). A. Osipowicz zjadanie wszy tłumaczył następująco: „*w mniemaniu ludu, pasożyt ów, uwolniwszy się*

z wnętrza gałki, odbywa wędrówkę w trzewiach pacjenta i, poruszając znajdujące się tam zawartości, zapewnia uzdrowienie"(18).

Serwatka (2) i żółte masło (26) – to inne odzwierzęce środki będące w użyciu w leczeniu żółtaczki na Mazowszu i na Podolu. W okolicach Mińska zalecano „*kawałkiem sadła przez psa ogryzionym smarować się"* (33), a w okolicach Krakowa spożywano borsucze sadło z wódką (35).

Na Opolszczyźnie posługiwano się mlekiem, do którego wrzucano marchew, węgiel drzewny oraz pieprz. Codziennie zwiększano składnik o jeden i pito miksturę przez dni dziewięć. „*W następnych 9 dniach, w podobny sposób, co poprzednio, równomiernie zmniejszano liczbę tych składników*" – pisał Z. Półtorak (24).

Oprócz koproterapii szeroko stosowano wewnętrznie środki roślinne, jak się okazuje, niekoniecznie kwitnące na żółto (Tab. 1).

Tab. nr 1. Rośliny stosowane w leczeniu żółtaczki na ziemiach polskich w XIX i XX w.

Polska nazwa rośliny	**Łacińska nazwa rośliny**	**Sposób stosowania**	**Źródła***
Agrest	*Ribes grossularia* L.	jedzenie owoców	B
Arnika górska	*Arnica montana* L.	nacieranie twarzy kwiatami	SB, P
Borówka czarna	*Vaccinium myrtillus* L.	picie wywaru z jagód	PZ

Polska nazwa rośliny	**Łacińska nazwa rośliny**	**Sposób stosowania**	**Źródła***
Bukwica zwyczajna	*Betonica officinalis* L.	picie naparu z ziela	KAP
Bylica boże drzewko	*Artemisia abrotanum* L.	?	SB
Bylica piołun	*Artemisia absinthium* L	kąpiel w odwarze	SS
Centuria pospolita	*Centaurium umbellatum* L.	picie naparu z ziela, świeżego soku	KAP
Chaber bławatek	*Centaurea cyanus* L.	picie naparu z kwiatów	KAP, JE,
Chaber łąkowy	*Centaurea jacea* L.	picie naparu z kwiatów	T
Chmiel zwyczajny	*Humulus lupulus* L.	wyciąg alkoholowy z kwiatów	KAP
Cykoria podróżnik	*Cichorium intibus* L.	picie odwaru z korzenia	KAP
Cytryna zwyczajna	*Citrus limon* L.	smarowanie twarzy sokiem	U

Polska nazwa rośliny	**Łacińska nazwa rośliny**	**Sposób stosowania**	**Źródła***
Czosnek pospolity	*Allium sativum* L.	korale z ząbków czosnku – w zapobieganiu, leczeniu, nacieranie ciała	KAP, T, P, SS
Dyptam	*Dictamnus albus* L.	?	SR
Dziewanna	*Verbascum* sp. L.	picie naparu lub wywaru z kwiatów, kąpiel w wywarze	SB, KAP SS
Dziurawiec	*Hypericum perforatum* L.	picie naparu z kwiatów, liści, kąpiel w odwarze	T, KAP SS
Glistnik jaskółcze ziele	*Chelidonium maius* L.	smarowanie twarzy sokiem, kąpiel w odwarze	U SS
Goryczka	*Gentiana* sp. L.	picie odwaru	SS
Jałowiec pospolity	*Juniperus communis* L.	picie wywaru z szyszkojagód i ich żucie	PZ
Jaskier	*Ranunculus* sp. L.	kąpiel w odwarze	SS
Jemioła	*Viscum album* L.	rosnąca na dębach, stosowana wewnętrznie	SZ

Polska nazwa rośliny	**Łacińska nazwa rośliny**	**Sposób stosowania**	**Źródła***
Kalafior	*Brassica oleracea* L.	picie odwaru z kwiatu, mycie twarzy odwarem	U
Kasztanowiec zwyczajny	*Aesculus hippo-castanum* L.	picie naparu z kwiatów	SB
Kocanka piaskowa	*Helichrysum arenarium* L.	picie naparu z kwiatów, kąpiel z wywarem	FW
Konopie siewne	*Cannabis sativa* L.	picie odwaru i nalewki z nasion , „mleko konopne”	W
Kopytnik pospolity	*Asarum europaeum* L.	picie nalewki z liści lub z korzeni	PZ
Kurzyślad polny	*Anagallis arvensis* L.	picie naparu z ziela	KAP
Marchew zwy-czajna	*Daucus carota* L.	picie naparu z owoców (przy kamicy żółciowej), jedzenie korzenia, picie odwaru, soku	KAP, SB, M, U, B, K, JA, S
Marzanka wonna	*Asperula odorata* L.	napar z liści	PZ

Polska nazwa rośliny	**Łacińska nazwa rośliny**	**Sposób stosowania**	**Źródła***
Mniszek lekarski	*Taraxacum officinale* L.	nacieranie twarzy kwiatami	P, SB
Nostrzyk lekarski	*Melilotus officinalis* L.	kąpiel z wywarem	SS
Ogórek	*Cucumis sativus* L.	jedzenie kiszonych ogórków	B
Olcha	*Alnus glutinosa* L.	jedzenie „szyszek”	SB
Pierwiosnek lekarski	*Primula officinalis* L.	picie naparu z kwiatów	T
Pietruszka zwyczajna	*Petroselinum crispum* L.	picie gotowanego mleka z natką pietruszki	PZ
Pięciornik gęsi	*Potentilla anserina* L.	napar z ziela i kwiatów	PZ
Piwonia	*Paeonia officinalis* L.	picie wywaru z kwiatów	T
Przylaszczka pospolita	*Hepatica nobilis* Mill.	picie naparu z kwiatów	PZ
Psianka słodkogórz	*Solanum dulcamara* L.	picie wywaru z łodyżek	KAP

Polska nazwa rośliny	Łacińska nazwa rośliny	Sposób stosowania	Źródła*
Rumian żółty	*Anthemie tinctoria* L.	?	M
Szanta zwyczajna	*Marrabium vulgare* L.	picie naparu z ziela	KAP
Szczaw zwyczajny	*Rumex acetosa* L.	picie wywaru z liści, odwaru z korzeni	KAP

* B = Henryk Biegeleisen, FW = Franciszek Wereńko, JA= Inga Jaguś, JE = Jaromir Jeszke, K = Oskar Kolberg, KAP =Eugeniusz Kuźniewski, Janina Augustyn-Puziewicz, M = Kazimierz Moszyński, P = Adam Paluch, PZ= Zbigniew Półtorak SB = Barbara Szychowska-Boebel, SR = Elżbieta Szot – Radziszewska, SS = Stanisław Spittal, SZ= Stanisław Szpilczyński, T = Danuta Tylkowa, U = Marian Udziela, W = Beata Wysakowska, WF = Franciszek Wereńko

Na terenie Karpat żółtaczkę leczono pijąc „herbatę" z *kluczyków* - kwiatów pierwiosnka, dziurawca lub żółtej piwonii (31). Zamieszkujący Beskid Żywiecki górale używali przy żółtaczce *głowacynę* – chaber łąkowy (*Centaurea jacea*). „*Myli się tym i herbatę pili*" – twierdziła jedna z informatorek D. Tylkowej (31). H. Biegeleisen pisał, iż na Mazowszu „*stosują w tej chorobie na wewnątrz środki – żółtego koloru:* (...) *kwaszone ogórki, uświęconą i ugotowaną marchew lub agrest"*(2). Napary z *ćmiana* - kocanki piaskowej pijano powszechnie w odległych rejonach Kresów (33). „*Modrak zebrany przed św. Janem*"(8) polecano w Wielkopolsce. Chabra bławatka używano również i w innych częściach Polski (14). „*Można także zagotowawszy gentianę pić jej wywar trzy razy dziennie po malutkiej szklaneczce* (26*)"*- po-

dawał podolski przepis S. Spittal, nie wiadomo jednak, czy miał na myśli ciemnobłękitną goryczkę (*Gentiana verna* L.), zwaną i dzisiaj potocznie „gencjaną", czy rosnąca w Karpatach odmianę żółtą – *Gentiana lutea* L. lub inne jej gatunki. Na Opolszczyźnie sporządzano napary: z marzanki wonnej i z pięciornika gęsiego, leczono również wywarem z jagód borówki czarnej i szyszkojagód jałowca pospolitego, natką pietruszki, którą gotowano w mleku oraz nalewką z kopytnika pospolitego (24).

Do kuracji z żółtaczki na ziemiach polskich używano również odwaru i nalewki z nasion konopi oraz tzw. „*mleko konopne*", otrzymywane z siemienia (34). Równie skuteczny w żółtaczce „*osobliwie od robaków pochodzącej*" miał być dyptam (*Dictamnus albus* L.) (27).

Stosowanie inhalacji wydaje się nieco osobliwym sposobem likwidowania żółtaczki, niemniej również po nie sięgano – na Podolu. *„Chory powinien nazbierać nad rzeką dwanaście płytkich kamieni (jakimi chłopcy puszczają »kaczki« po wodzie), rozgrzać je do czerwoności i wrzucić do gorącej wody w obszernym naczyniu, np. makutrze, dużej misce, lub miednicy. Po czym naczynie należy natychmiast przykryć płótnem, np. prześcieradłem i przez nie wdechiwać parę wydobywającą się z wnętrza"*(26). W Wielkopolsce wdychano zapach końskiej uryny (8).

Pomocne w terapii miały być również bursztyn, który starannie proszkowano (8) oraz turkus, który zalecały kalendarze, w których pisano: „*Turkoides - leczy wnętrzne choroby, żółtaczkę"* (28). Na Litwie należało „*umyć się mydłem, którym myto trupa*" (29).

Prewencja

Zabezpieczały korale, które bladły, gdy ktoś zachorował (Kujawy), noszony na szyi naszyjnik z czosnku, wystrzegano się jedzenia marchwi w Boże Narodzenie, w związku z przekonaniem, że człowiek stanie się żółtym przez cały rok (32).

Zakończenie

Jak wynika z powyższej analizy, polską medycynę ludową charakteryzowała całkowita nieskuteczność terapeutyczna wobec zażółcenia powłok skórnych, tym bardziej, iż wystąpienie „żółtaczki" mogło przecież być symptomem wielu chorób, stąd też przeważnie powszechnie stosowano magiczne sposoby leczenia. Zaskoczenie budzi jedynie fakt, iż te formy terapii przetrwały do drugiej połowy XX wieku, o czym świadczą badania B. Szychowskiej-Boebel, D. Tylkowej, A. Palucha czy J. Jeszkego (30, 31, 19, 8).

Żółtaczkę od starożytności wiązano z żółcią, a więc z nieprawidłowym działaniem pęcherzyka żółciowego, rzadziej z wątrobą. Podobnie działo się i na ziemiach polskich. Biegeleisen wspominał, iż żółtaczka stanowi „objaw słabości wątroby", był to jednak ówczesny naukowy punkt widzenia, a nie powszechny, ludowy, chociaż w niektórych rejonach ziem polskich domniemywano, iż zżółknięcie skóry ma z niedomaganiami wątroby jakiś związek. Dopiero w drugiej połowie XX wieku pojawia się w świadomości mieszkańców polskich wsi bardziej zaznaczone i wyraźne łączenie żółtaczki również z wątrobą, które przejawia się sięganiem po wywary z wątroby i przemywaniem

nimi twarzy (Kujawy), jedzeniem wątroby w myśl zasady *similia similibus curantur*. Jak się wydaje, ten sposób terapii żółtaczki jest stosunkowo późny, gdyż nie wspomina o nim ani Kolberg, ani Udziela, ani Biegeleisen, ani im współcześni folkloryści. Na ziemiach polskich stosowano w leczeniu żółtaczki 42 rośliny (Tab. I), przeważnie kwitnące na żółto, lub mające żółte korzenie czy owoce oraz bliżej niezidentyfikowane grzyby o żółtych owocnikach. Część z tych fitoterapeutyków służyła do kąpieli, przemywania lub pocierania twarzy, stąd też ich znikome działanie terapeutyczne, tylko niewiele z nich (np. dziurawiec, cykoria, chaber, kasztanowiec, kocanka czy szanta) mogło wpływać korzystnie na funkcjonowanie wątroby i dróg żółciowych. Szeroki wachlarz środków magicznych, jakimi dysponowała medycyna ludowa i pomysłowość ludowych terapeutów, zasługuje na podziw. Wywoływanie efektu placebo czasami prowadziło do wyleczenia. Chorego nie pozostawiano samemu sobie. Dawano mu wytłumaczenie, dlaczego zachorował, nadzieję, że pomogą mu stosowane zabiegi, przyjmowane lekarstwa, wiara, modlitwy, pobożność, i magia.

Streszczenie

Żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych stanowi objaw spotykany w wielu schorzeniach, lecz niegdyś zarówno w medycynie ludowej jak i oficjalnej wyróżniano chorobę o nazwie żółtaczka. Poddano analizie dziewiętnastowieczne i dwudziestowieczne piśmiennictwo naukowe dotyczące ludowych sposobów walki z żółtaczką na ziemiach polskich, przedstawiając poglądy dotyczące pochodzenia cho-

roby, sposobów leczenia i zapobiegania. Przeważnie powszechnie stosowano magiczne sposoby leczenia, najczęściej związane z zasadą „similia similibus curantur". Niektóre magiczne formy terapii przetrwały do drugiej połowy XX wieku. Stosowano również koproterapię oraz ponad 40 fitoterapeutyków, z których zaledwie kilka znalazło uznanie we współczesnym ziołolecznictwie w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych.

Piśmiennictwo:

1. *Biegański W.*: Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego. Warszawa 1908, s. X.
2. *Biegeleisen H.*: Lecznictwo ludu polskiego. Kraków 1929, s. 225-228.
3. *Biernacki E.*: Istota i granice wiedzy lekarskiej. Warszawa 1899.
4. *Biernacki E.*: Zasady poznania lekarskiego. Warszawa 1902.
5. *Biernacki E.*: Co to jest choroba? Lwów 1905.
6. *Broda B.*: *Mowszowicz J.*, Przewodnik do oznaczania roślin leczniczych, trujących i użytkowych. Warszawa 1985, s. 696.
7. *Jaguś I.*: Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku. Kielce 2002, s. 34.
8. *Jeszke J.*: Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian. Wrocław 1996, s. 69.
9. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Krakowskie, T. 7, cz. III. Wrocław – Poznań1962, s. 140.
10. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Poznańskie, T. 15, cz. VII. Wrocław – Poznań 1962, s. 157.
11. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Chełmskie, T. 33, cz. II. Wrocław – Poznań 1964, s. 211.
12. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Kaliskie i Sieradzkie, T. 46. Wrocław – Poznań 1967, s. 469.
13. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Mazowsze, T. 42, cz. VII. Wrocław – Poznań 1970, s. 345.
14. *Kuźniewski E., Augustyn – Puziewicz J.*: Przewodnik ziołolecznictwa ludowego. Warszawa – Wrocław 1984, s. 59-60.
15. *Libera Z.*: Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX-XX wieku. Wrocław 2003, s. 202-243.
16. *Łazarewicz S.*: Z historyi przesądów w medycynie. Now. Lek. 1912, R. 24, nr 8, s. 496-504.
17. *Moszyński K.*: Kultura ludowa Słowian, t. 2, cz. 1. Warszawa 1967, s. 216.

18. *Osipowicz A.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1897, t.11, z. 4, s. 771-783.
19. *Paluch A.*: Świat roślin w tradycyjnych praktykach leczniczych wsi polskiej. Wrocław 1984, s.100, 284.
20. *Parczewska M.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1896, t.10, z. 2, s. 342 -344.
21. *Pełczyński J.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1892, t. 6, z. 4, s. 911-916.
22. *Petrów A.*: Lud ziemi Dobrzyńskiéj, jego charakter, mowa, zwyczaje, obrzędy, pieśni, przysłowia, zagadki, itp. ZWAK 1878, t. 2, cz. III, s. 3-182.
23. *Piątkowski W.*: Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku. Wrocław 1988, s. 11-15.
24. *Półtorak Z.*: Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny. Opole 1989, s. 82.
25. *Radzicki J.*: Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym. Warszawa 1960, s. 88-107.
26. *Spittal S.*: Lecznictwo ludowe w Załoźcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa. Rocz. Podol. 1938, t. I, s.62-225.
27. *Szot – Radziszewska E.*: Stosowanie roślin o właściwościach odurzających w polskiej tradycji ludowej XIX i XX wieku, [w:] Historia leków naturalnych, p. red. *Barbary Kuźnickiej*, t. VI., Rośliny odurzające w polskiej literaturze naukowej XIX wieku. Warszawa 2007, s. 83-102.
28. *Szpilczyński S.*: Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie. Warszawa 1956, s. 51-54.
29. *Szukiewicz W.*: Wierzenia i praktyki ludowe (zabobony, przesądy, wróżby i.t.d.), zebrane w gubernji Wileńskiej. Wisła 1903, t.17, z. 4, s. 432-444.
30. *Szychowska – Boebel B.*: Lecznictwo ludowe na Kujawach (Materiały i rozważania). Toruń 1972, s. 40-41.
31. *Tylkowa D.*: Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich. Tradycja i współczesność. Wrocław 1989, s. 54-79.
32. *Udziela M.*: Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej. Wisła 1891, t. 7, s. 5-288.
33. *Wereńko F.*: Przyczynek do lecznictwa ludowego. MAAE 1896, t. 1, s. 99-228.
34. *Wysakowska B.*: Surowce i preparaty konopi stosowane w Polsce XIX wieku. Warszawa 2004, s. 65.
35. *Zieleniewski M.*: O przesądach lekarskich ludu naszego. Kraków 1845, s. 17-47.

Praca zawiera 29 928 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

POSTRZEGANIE NIEKTÓRYCH EKTOPASOŻYTÓW PRZEZLUDNOŚĆ WIEJSKĄ I WALKA Z NIMI NA ZIEMIACH POLSKICH NA PRZEŁOMIE XIX I XX WIEKU

Lilianna Wdowiak, Paweł Wysokiński*

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny,
al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego,
Pomorski Uniwersytet Medyczny,
ul. Rybacka 1, 70-240 Szczecin,
lwdowiak@sci.pam.szczecin.pl

„Lud nie rozróżnia wszy głowowej, odzieżowej i łonowej, tylko dzieli je na duże i małe" – narzekał lekarz, Stanisław Spittal (26). Niestety, chłopi wykazywali się jeszcze większą ignorancją, bo nie tylko nie rozróżniali wszy, lecz wręcz nie pojmowali, skąd się one biorą.

Szczególnie uciążliwe dla ludzi były krwiopijcze: pluskwa (*Cimex lectularius*) – insekt należący do Homoptera, różne gatunki pcheł, zwłaszcza pchła ludzka (*Pulex irritans*) – Aphaniptera, czy wszy (*Pediculus humanus*) i *Phthirius pubis* - Anoplura.

Na ziemiach Mazowsza, Podlasia, Wielkopolski czy Małopolski wszy nazywano *gnidami*, *mendami*, *mędakami*, *mędoweszkami*, *weszkami*, *wszołami* (1), natomiast na Kresach posługiwano się również

takimi określeniami jak *nędza*, czy *kuska.* Pchły zwano *płeszkami*, *błeszkami*, *błochami*. Pluskwy, zakopiańscy górale określali mianem *pleszczyc* (6).

Celem pracy stało się ukazanie poglądów ludności na temat pluskiew, pcheł i wszy – ich pochodzenia, sposobów ich zwalczania, funkcjonujących wokół nich przesądów, metod zapobiegania ich rozprzestrzenianiu. Autorzy skupili głównie swoją uwagę na etnograficznych opisach ludności zamieszkującej w wieku XIX ziemie polskie (w rozumieniu obszaru przedrozbiorowego), więc siłą rzeczy zarysowały się istotne różnice kulturowe.

W dziewiętnastowiecznych wiejskich drewnianych chałupach, pozbawionych często tynku i podłóg, niekiedy kryjących pod jednym dachem obórkę, stajnię i kurnik (fot.1) grasowały insekty – nie tylko na głowach (czasami skołtunionych), ciele i odzieży ich mieszkańców, ale i w ścianach domów. O imponującej liczbie gatunków owadów zasiedlających dawne wiejskie domy, świadczy drewniana tabliczka umieszczona na jednym z budynków skansenu w Dziekanowicach w Wielkopolskim Parku Etnograficznym (fot.2). Ale owady nie były jedynie problem wiejskim. Insekty nie oszczędzały również mieszkańców miasteczek i miast.

O ektopasożytach pisali głównie folkloryści i etnografowie badający ludność zamieszkałą w części zaboru rosyjskiego (na tzw. Kresach) i w zaborze austriackim, natomiast brakuje takich doniesień z zaboru pruskiego.

Fot.1. W niewielkich domach, pod jednym dachem z ludźmi mieszkały zwierzęta.

Fot. 2. Tablica na domu w skansenie w Dziekanowicach z informacją o zamieszkałych w drewnianych domach krytych strzechą owadach.

Opinie inteligentów na temat wiejskiej higieny

„*Mimo nowych zasad nauczania i nowych programów szkolnych, podstawowa nauka o zdrowiu ludzkim, higiena, jest jeszcze i teraz po macoszemu traktowana.* (...) *Czy same słowa skutek odniosą? A poza tym dom, tj. chata wiejska, której tutaj opisywać nie myślę, bo chyba dobrze jest znaną wszystkim z ich rodzinnych okolic, czy nawet w kilku procentach odpowiada choćby prymitywnym warunkom higieny? Często urąga ona całej wiedzy o zdrowiu i jak na ironię chlubi się tym właśnie, że w niej nie gnieździ się zaraza, tylko ludzie są zdrowi*" – konstatował w 1928 roku podolski lekarz Stanisław Spittal (26).

„*Czystość bardzo wątpliwa panuje naogół w chacie, a dzieci, naturalnie, brudniejsze są jeszcze od dorosłych. Dopóki są małe, kąpią je często; potem ten chwalebny zwyczaj zwolna ustaje, i z czasem matka poprzestaje na myciu i czesaniu niedzielnem; wtedy też dzieciak dostaje czystą koszulę. Bardzo to niewystarczające i ze smutkiem zanotować wypada, że dzieci włościańskie nadzwyczaj są brudne, a włosy ich, zwykle dość gęste i obcięte koło głowy, roją się od szkaradnych zwierząt*" - ubolewała nad mieszkańcami Komarowicz, wioski położonej w powiecie mozyrskim w guberni mińskiej na łamach „Wisły" E. Jeleńska (10).

W roku 1888 profesor Izydor Kopernicki odbył w związku ze swoimi antropologicznymi i etnograficznymi zainteresowaniami podróż do Galicji Wschodniej. Zauważył, jak bardzo różnią się od siebie różne grupy górali. Najbardziej niechlujni wydawali mu się Łemkowie i Boj-

kowe, bardziej dbali o swoje otoczenie „Połonińscy" i Tucholce, najbardziej Hucułowie. Chociaż nie wyrażał tego dosłownie, Izydor Kopernicki najwyraźniej był zdumiony powszechnie występującymi u Łemków i Bojków „kurnymi" chatami i panującą w nich „czystością". „*W izbach porządniejszych, w ostatnim kącie, tj. u samych drzwi naprzeciw pieca, jedyne miejsce z ułożoną podłogą przygotowane jest dla małych cieląt w zimie. Dodawszy do tego nieumieconą podłogę z ubitej gliny i powygniatane w niej doły, a po stole, po ławach i na piecu, w największym nieładzie porozrzucane motki przędziwa, niedojedzone placki owsiane, otrzęsione z drzew dzikie gruszki i jabłka i t.p., a pod ławami kupy ziemniaków obok wszelkiego śmiecia - mamy obraz najpowszechniejszy typowego mieszkania Łemków. Nie ubóstwo wcale jest przyczyną takiego stanu rzeczy, lecz nałogowe i tradycyjne niedbalstwo o porządek i schludność...*"- pisał (16).

Jak wynika z tych opisów – pchły, wszy i pluskwy w niektórych rejonach dawnej Polski miały wręcz rajskie warunki bytowania, a każdego człowieka, który szukał schronienia w domu, mogły traktować jak suto zastawiony stół, tym bardziej, że nie do końca było wiadomo, skąd się pasożyty biorą.

Ludowe opinie na temat pochodzenia pasożytów

W okolicy Tarnobrzegu wierzono, iż wszy wychodzą ze skóry „*wszywego*" człowieka (31). W mniemaniach ludowych w okolicach Wieliczki:„*Gnidy mo kuzdy cłek w skórze. Musi mieć i pon i zyd i chłop i hrabia najwiąksy. Ale gnidy sie tego najwioncyj trzymajom, kto jest »*

wsawy«"(9). Powszechnie panowała wiara w istnienie ,,»*wszawej choroby«, która niczem nie da się uleczyć, ale owszem przyprawia chorych o śmierć, gdyż robactwo »żywcem toczy ciało«"* (28) - pisał Marian Udziela.

„*Powstają one z zadania przez czarownicę, lub jako kara za grzechy. Stale żyją w ukryciu pod skórą i tam się rozmnażają, a dopiero na skutek złej woli czarownicy wydostają się na zewnątrz. Kto w niedzielę w świeżej i czystej bieliźnie szuka za wszami, mieć je będzie (kara Boża). Gdy babie pierzącej bieliznę życzy się szczęść Boże, w bieliźnie będą wszy*" (26). Samo nawet liczenie wyczesanych wszy (w Przemyskim) miało powodować ich obfitsze występowanie (2). Wszy powstają, gdy zmoczy się włosy rybim śluzem – wierzono w Puciłkowiczach położonych w dorzeczu Dźwiny (30).

Niedaleko Przemyśla panowała opinia, że pluskwy powstają ze smrodu (2). Na Kresach wśród ludności polskiej i ukraińskiej mniemano, iż pluskwy rodzą się z *mraki*, jak nazywano tam mgłę (14). Wszelkie robactwo wychodzi z ziemi na Matkę Boską Roztworną (Zwiastowanie) – 25 marca wierzono w okolicach Dobrzynia(21).

Wszy jako motyw kary boskiej dotykający ludzi bezbożnych pojawiał się w różnych regionach ziem polskich. W położonym na skraju Beskidu Niskiego Iwoniczu, przyrodnik i etnograf Bronisław Gustawicz (1852-1916) zanotował ludowe podanie o tym, jak Pan Jezus idąc po wsi (a była to niedziela i odbywała się msza), zobaczył ludzi siedzących na przyzbie. Spytał ich, dlaczego niczego nie robią. Usłyszał „*Ej, kiedy to dziś niedziela, to cóżbyśmy robieli*?" Pan Jezus wziął garść

pyłu i cisnął w nich ze słowami „*No teraz będziecie mieli co robić*”(7). Z pyłu powstały wszy. Mniemanie, iż robactwo u ludzi narodzić się może z zadania czarów, albo też jako dopust boży za popełnione grzechy, panowało prawie na całym obszarze ziem polskich (28).

W badanym etnograficznym materiale źródłowym nie znaleziono ludowego wytłumaczenia, skąd wzięły się pchły.

Przesądów – ciąg dalszy

W położonym na stokach Beskidu Małego Andrychowie, niedaleko Wadowic, panowało przekonanie, iż pchła chodząca po ręku, wróżyła, iż nadejdzie list (5). W wielu rejonach Galicji uważano, że spadnie deszcz, gdy pchły stawały się nadmiernie dokuczliwe (31), zapowiedzią deszczu w okolicach Brzeska (Małopolska) stanowiło iskanie się kur (3). „*Wesz na ucho wyłazi – pogoda*” (21) – prorokowano na ziemi dobrzyńskiej i na Mazurach. W Małopolsce rozlanie wody na podłogę w dzień wigilijny miało zapowiadać, iż w domu pojawią się pluskwy (31).

Jedzenie pieczonej rzepy groziło inwazją wszy (31). W Galicji i w Przemyskim wierzono, iż posiadacz wszy stanie się bogaty (31, 2). Na Podolu niewłaściwa technika szukania wszy miała powodować, iż ich właściciel tracił orientacje w terenie: „*Szukający za nimi w głowie winien szukać na prawej i lewej połowie głowy, bo inaczej zabłądziłby łatwo i to gdziekolwiek*” (26). Wierzono również, iż wszy opadną tego, kto się napije soku z *brzostu* (8), czyli z wiązu. Snuto przypuszczenia, że pojawienie się na chorym człowieku zwiększonej liczby wszy, zwia-

stuje jego śmierć. „*Jeśli chory, zwłaszcza z otwartymi ranami ma umrzeć, to wtedy w ranach ukazują się masowo wszy*”(26).

Zwalczanie insektów

Silnie trującym odwarem z gałązek *proskuryny* - trzmieliny zwyczajnej i brodawkowatej (*Euonymus europaeus* L. i. *Euonymus verrucosus* Scop. - Celastraceae) zmywano zawszawione głowy dzieciom na Wołyniu (15). Na Podolu: *„Aby się wszy pozbyć, nacierają się naftą (kamfiną). Najczęściej dotyczy to głowy, ale nieraz i całego ciała. Czasem kupują szarą maść w aptece i nią się nacierają, ale nie zmieniają przy tym bielizny, ani się nie kąpią, ani nie przepatrzą kożuchów, czy szmat, którymi się okrywają*”(26). Szara maść sprzedawana w miasteczkowych aptekach jako „*maść na wsoły, na gadzinę, sara maść*” – była to maść sporządzana z nasion kichawca lekarskiego (*Sabadilla officinarum* Brandt – Liliaceae) - *unguentum Sabadillae.* Oprócz „szarej maści” aptekarze ze zmielonych nasion kichawca wytwarzali ocet sabadylowy – *Acetum Sabadillae* i nalewkę sabadylową – *Tinctura Sabadillae*. Preparaty te są w użyciu jeszcze do dzisiaj.

„*Kto ma pod podeszwami młode weszki, kładzie leszczynowe liście do butów*” – pisał Marian Udziela. Podawał on, iż dzieciom na terenie dawnych ziem polskich obwiązywano zawszawione głowy leszczynowymi liśćmi (28). Przypuszczalnie wierzono, iż wszy nie przepadają za zapachem tej rośliny.

W Zakopanem i jego okolicach, aby „wyzbyć się robactwa” macerowano w wodzie przez 5-9 dni tojad mordownik, a następnie zmy-

wano wodnym wyciągiem z rośliny całe ciało. Niekiedy tojad zanurzano w moczu. Tojad, nazywany powszechnie przez górali *toja*, *omiak* czy *łabusztan* (6) należy do roślin niezwykle trujących i z tego względu w lecznictwie ludowym był bardzo rzadko stosowany. Autorzy nie spotkali się z wewnętrznym jego użyciem w celach terapeutycznych, niemniej Adam Paluch pisał o stosowaniu go jako środka poronnego. Tojad używano w przypadkach bólu piersi - na Litwie (20).

„*Niedaleko Przemyśla pluskwy usuwano, smarując miejsce gdzie się znajdowały ogórkiem*" (2). Po obierki z ogórka sięgano i na Podolu. Po ugotowaniu ich w wodzie, przemywano wywarem ściany i sprzęty (26). Stosowano w tym celu również glistnik jaskółcze ziele (4).

Na Wołyniu piołun, którego zwano tam *połyniem* należał do ziół, które święcono w dniu 11 sierpnia (św. Makoweja). Gdy w chatach pojawiały się pchły, wyścielano ich wnętrza piołunem, wkładano również ziele piołunu w pościel (22). Kolberg zamieścił informację, iż na Pokuciu posługiwano się w tym celu rdestem - „*dresenę*" – „...*ziele gorzkie kładzie się do siennika. Aby pchły leżącego na nim człowieka nie kąsały*"(13). Tatrzańscy górale używali do tego celu paproci, nerecznicy samczej, którą nie tylko umieszczano w pościeli, lecz również w szparach ścian domów. Nieopodal Wieliczki, w Woli Batorskiej również używano do przepłoszenia pcheł bliżej niezidentyfikowanych paproci (6). W małopolskim Szczepanowie, niedaleko Brzeska, kładziono do łóżek rumianek (6, 28). Józef Rostafiński pisał, iż działanie

owadobójcze przypisywano nasionom kolendry - „*kładzione pod pościel wytraca pchły i pluskwy*” (23).

Wiejskie kobiety, aby nadać włosom połysk i właściwy kolor, stosowały do ich płukania szereg roślin – między innymi: kwiat rumianku, „szyszki” chmielu, ziele ciemiernika białego, kłącze tataraku (20). Rośliny te również miały inne zadanie – wypraszały z głów nieproszonych gości. Polacy i Rusini zamieszkali na Kresach, aby pozbyć się wszy sięgali po wysoce trujące wywary z widłaku wrońca lub korzeni ciemiernika, albo ciemiężycy (30). Trudno ustalić jednoznacznie, czy używano ciemiernika, czy ciemiężycy, bowiem nazwy ludowe tych roślin są bardzo do siebie zbliżone.

Odwar z utartych świeżych liści zimowitu jesiennego służył u zwierząt domowych do „*wygubienia wszy i oddalenia innych owadów*”(4). W okolicach Łowicza zawszawionemu bydłu przychodziła z pomocą *puciwka*. „*Smrodynia zowią »puciwka«. Z niej gałązki zakładają się na kark cielęciu. aby się wszy pozbyło*” (29) - pisał Marian Wawrzeniecki o stosowaniu czeremchy zwyczajnej (*Padus avium* Mill.), zwanej również *trzemchą*, czy *kocierpką*. Odwarem z piołunu zmywano zbyt zawszawione zwierzęta gospodarskie na terenie całego dawnego państwa polskiego (4). W tabeli I. przedstawiono najczęściej stosowane w zwalczaniu pcheł, wszy i pluskiew środki roślinne.

Jak z tego wynika, niektóre roślinne środki należały do niezmiernie toksycznych (np. tojad, zimowit jesienny, ciemiężyca, czy ciemiernik) i należało stosować je z dużą ostrożnością.

Działania magiczne

„*Chatę jak bielić »na wspak«, tj. od drzwi, to się pluskwy wyniosą*" – uważano w Mysłakowie nieopodal Łowicza (29). Związany przez całe swoje życie z Kielecczyzną, zapalony etnograf, ksiądz Władysław Siarkowski (1840-1902), nie raz zapewne pomagał osobiście miejscowej ludności „pozbyć się" pcheł i wszy. „*Jeżeli jaka osoba ma robactwo po ciele, którego żadnym sposobem pozbyć się nie może, to powinna iść do kościoła i poprosić księdza, który przed nabożeństwem czyni aspersyją, aby tenże po skończonej aspersyi, ją wyłącznie pokropił święconą wodą* (Kielce)" (25) - pisał. Innym sposobem praktykowanym w tym rejonie było podłożenie swoich pcheł sąsiadowi: „*Pcheł z domu łatwo się pozbyć w ten sposób: w wigiliją Bożegonarodzenia trzeba czysto dom pozamiatać, śmieci zebrane potajemnie wsypać na sąsiednią oborę, a wtedy przeniesą się do domu, przy którym śmieci wysypano (pińczowskie)*"(25). Zapewne „podkładanie insektów" było szeroko praktykowane na ziemiach polskich, bowiem w Przemyskim: „*Aby się pozbyć pluskiew z domu, należało kilka złapać »...zawiązać je w szmatę, włożyć do jakiego towaru i razem z nim sprzedać, a opadną tego, kto je kupił«*" (2). W dorzeczu Dźwiny pluskwom urządzano „pogrzeb". Powszechnie wkładano je zmarłym do trumny, bądź też: „*Jedną pluskwę sadzą na łapciu i niosą przed umarłym w czasie pogrzebu*"- pisał Franciszek Wereńko (30). „Łapciami" nazywano niegdyś buty.

W odległych rejonach Kresów zamawiano „*czerwiej*" u zwierząt domowych, wyrywając krzaczek lebiody i łamiąc go w palcach. Czyn-

ność wykonywano trzykrotnie o wschodzie i zachodzie słońca, powtarzając: „*Jak z kamła lebieda spadajeć, kab i czerwi tak spadali*”. Innym sposobem oczyszczenia bydła, było zrobienie „*załomu*” na dziewannie. Dziewannę przyginano do ziemi (w kierunku zachodnim), przyciskając jej wierzchołek kamieniem, przy czym wymawiano magiczną formułę, w której „pannę dziewannę” informowano, że pozostanie „załamana”, dopóki z krowy nie wygoni czerwi. Aby „panna dziewanna” nie miała jakichkolwiek wątpliwości, co do celu swoich przyszłych działań, określano dość dokładnie, jak wygląda zaatakowana przez robactwo krowa (kara, bura, bez jednego rogu, etc.) i opisywano okolicę ciała z której należało czerwie wypędzić. Gdy insekty opuszczały zwierzę, dziewannie zwracano wolność, likwidując „załom” (30).

Zapobieganie

W metodach ludowej prewencji przeważały działania magiczne, niemniej stosowano również szereg środków racjonalnych.

Wiele działań magicznych, zapobiegających pojawieniu się insektów, związanych było ze świętami Bożego Narodzenia i świętami Wielkanocnymi. W wigilię Bożego Narodzenia na Kresach nie wolno było wypowiadać słów „mak” i „hreczka”, „*bo by przez cały rok były w tym domu pchły tak wielkie, jak hreczka a tak liczne jak mak*” (6). Ponieważ na wigilijnej wieczerzy podawano w wielu rejonach kluski z makiem, posługiwano się słowami zastępczymi – np. na mak mówiono „*zatyrka*” (6). Pod nazwą „hreczka” kryje się gryka, roślina nazywana dzisiaj *Fagopyrum esculentum* L. (Polygonaceae Juss.). Drugi

dzień świąt Bożego Narodzenia, 26 grudnia, to dzień św. Szczepana. W dniu św. Szczepana, aby pchły nie grasowały przez cały rok w łóżkach, trzeba było spalić wiechcie słomy z domowych sienników. „Na święty Szczepan" nie pozwolono również wejść nikomu do izby, gdy nie była pozamiatana (3), w przeciwnym wypadku groziła przez następny rok inwazja insektów.

„*W wielkanocny poniedziałek, czyli w święty Lejek gospodynie domowników przestrzegają, »żeby się nikt nie iskał, a nawet grzebienia do ręki nie brał, boby len w polu zarósł tak chwastem, żeby go nie można oplewić«*" (18) – wierzono w Małopolsce. Natomiast na Kresach (Puciłkowicze), w Wielki Czwartek gospodyni przed wschodem słońca rozbierała się do naga, zamiatała izbę i wyrzucała śmieci na podwórze, co miało zapobiec pojawieniu się pcheł (30). Z niewyjaśnionych powodów wiązano w tym rejonie pchły z dudkiem. Przeciwko pchłom okadzano izbę pierzem z dudka, a słysząc po raz pierwszy na wiosnę głos tego ptaka, trzykrotnie powtarzano: „*niech pchły i wszy wyniosą się za siedem wód*". Przeciwko pluskwom stosowano okadzania z proszku sporządzanego z ususzonych pijawek. Praktykowano również „przepłaszanie" insektów za pomocą kija, którym zabito wcześniej żmiję. Kij umieszczano za belką w chacie, zapewne ku przestrodze. Innym sposobem było wrzucenie na piec kopyta z tylnej nogi padłego konia (30). Dbałość o higienę we wszystkich rejonach dawnych ziem polskich zajmowała poślednie miejsce. Doroczne porządki czyniono zwykle przed świętami wielkanocnymi. We Fredrowskich Rudkach, położonych nad rzeką Wiszenką, część nadrzecznego

terenu nazwano „Mytnią”, bowiem przed świętami wynoszono nad brzeg rzeki wszystkie sprzęty z domostw i poddawano gruntownemu myciu (12). W dorzeczu Dźwiny przynoszono do łaźni parowej bieliznę, aby pozbyć się wszy z odzieży (30), natomiast nie trafiały do łaźni kożuchy, skądinąd ulubione miejsce pobytu wszy odzieżowej.

W domostwach powszechnie zalewano miejsca, gdzie gromadziły się pluskwy wrzątkiem („*Oparzają łóżka i ściany wodą wrzącą*”). Ściany i łóżka smarowano także żółcią wołową wymieszaną z octem, naftą rozbełtaną w oleju lub odwarem ze zgniłych raków (30).

W okresie międzywojennym chłopcom ścinano włosy do skóry, „na zero”, aby wszy nie miały gdzie się zagnieździć. W dni świąteczne, kiedy było więcej wolnego czasu, kobiety gęstym grzebieniem, najlepiej bukszpanowym, wyczesywały wszy z głów dzieci. Szczegóły tej „operacji” przybliżył Franciszek Wereńko: „*Wreszcie w każdą niedzielę zrana (a czasem i w każde inne święto) odbywa się walne oczyszczanie głów młodego pokolenia przez matkę lub starszą siostrę w rodzeństwie za pomocą grzebienia lub szczotki używanej zarazem i do czesania lnu, lub tez przy pomocy noża i palców; w tym ostatnim razie czynność oczyszczania zwie się »szukaniem, czyli skrobaniem w głowie«. Wszy biją, rozgniatając je paznokciem dużego palca u prawej ręki na grzebieniu, lub na ławie, a nigdy na stole...”* (30).

Zakończenie

O pchłach i pluskwach mieszkańcy dawnych ziem polskich żartowali, tworząc zagadki w rodzaju: „*Carniusieńkie, malusieńkie, ale*

największego człowieka rusy", „*Maleńka, czarnieńka, całą kłodę porusza*" – lecz dzisiaj mało już osób je zrozumie. Jeszcze bardziej tajemniczo brzmiała zagadka: „*Czerwone koryto do ściany przybito*"(19). Pomimo dowcipów, pluskwy, pchły i wszy stanowiły ogromne utrapienie nie tylko dla włościan, ale i dla innych stanów, skoro czasopismo poświęcone „umiejętnościom i wynalazkom" w roku 1828 zamieszczało „*Sposób na pluskwy*: *Tęgi odwar tureckiego pieprzu, którym się wymywają sprzęty i zakrapiają szczeliny w ścianach, ma być skutecznym środkiem od tego plugawego owadu*" (27). Inne czasopismo z tego samego okresu i o podobnym profilu zalecało na pluskwy odwar z młodych gałązek modrzewia (17). Metody te zapewne nie były bardziej skuteczne od specyfików używanych przez chłopów.

Zasługuje na zastanowienie fakt, iż w opisach folklorystów z zaboru pruskiego nie pojawiają się informacje o wszach, pchłach i pluskwach. Zapewne liczne zarządzenia higieniczne władz pruskich zaowocowały poprawą dbania o czystość w środowisku wiejskim (11), niemniej trzeba pamiętać również o tym, iż skuteczną walkę z analfabetyzmem i brudem na wsi prowadzili poznańscy społecznicy, właściciele majątków, czy nawet kościół. Na przykład, w ukazującym się od 1837 roku w Lesznie „czasowym piśmie dla włościan" – *Szkółce Niedzielnej*, oprócz głoszenia ewangelii zamieszczano pożyteczne dla chłopów porady.

Streszczenie

Celem pracy stało się ukazanie poglądów ludności zamieszkałej na obszarze przedrozbiorowej Polski na temat pluskiew, pcheł i wszy – ich pochodzenia, sposobów ich zwalczania, funkcjonujących wokół nich przesądów, metod zapobiegania ich rozprzestrzenianiu Zarysowały się istotne różnice pomiędzy ludnością zamieszkałą w poszczególnych zaborach. Ludność w zaborze rosyjskim i austriackim nie kojarzyła pojawienia się insektów z brudem, niemniej wypracowano dość skuteczne sposoby ich zwalczania u ludzi i zwierząt, natomiast pruskie przepisy higieniczne spowodowały, iż problem ten miał marginalne znaczenie na ziemiach wchodzących do zaboru pruskiego

Tab. 1. Rośliny używane do zwalczania pcheł, wszy i pluskiew przez ludność wiejską zamieszkałą na ziemiach polskich (XIX-XX w.)

Nazwa polska	**Nazwa łacińska**	**Sposób stosowania**
bylica piołun *psia ruta, piołun, psyruta, wermut, pilonek*	*Artemisia absinthium* L. Asteraceae Dum.	wkładanie ziela w pościel, wyścielanie chaty
chmiel zwyczajny *chmil*	*Humulus lupulus* L. Cannabaceae Endl.	odwar z korzeni, odwar z „szyszek" do mycia włosów, stosowanie kremu z masła i kwiatów chmielu na włosy
ciemiernik biały *sporzyść, świńska zielina, czamiaryca*	*Helleborus niger* L. Ranunculaceae Juss.	mycie w wywarze włosów

Nazwa polska	Nazwa łacińska	Sposób stosowania
ciemiężyca biała *czemer, czemerycia*	*Veratum album* L. Melanthiaceae Batsch	odwarem, czasem z dodatkiem soli i siarki smarowano głowę
czeremcha zwyczajna *smrodynia, pucówka, trzemchą, kocierpka*	*Padus avium* Mill. Rosaceae Juss.	zakładanie gałązek bydłu
glistnik jaskółcze ziele *gliśnik, celidonia, jaskółcze ziele, cyngalia, roztopaść jaskółecznik, zółtnik, złotnik, listownik,*	*Chelidonium maius* L. Papaveraceae Juss.	smarowanie sokiem miejsc, gdzie pojawiały się pluskwy
jaskier ostry *kazły*	*Ranunculus acris* L. Ranunculaceae Juss.	okadzanie pomieszczeń, aby „wygubić” pluskwy
kolendra *koriander*	*Coriandrum sativum* L. Apiaceae Lindl.	wkładanie nasion w pościel
leszczyna *orzech laskowy, oryszyna, liscyna*	*Corylus* sp. L. Betulaceae A. Gray	obwijanie głowy liśćmi, wkładanie liści do butów

Nazwa polska	Nazwa łacińska	Sposób stosowania
nerecznica samcza *panna baba, ferecyna*	*Polystichium filix* Roth – *(Dryopteris filix-mas)* Dryopteridaceae Hert.	wkładanie ziela w pościel
ogórek siewny	*Cucumis sativus* L. Cucurbitaceae Juss.	smarowanie przekrojonym owocnikiem miejsc, gdzie pojawiały się pluskwy
rdest plamisty *dresena*	*Persicaria maculosa* Gray Polygonaceae Juss.	wkładanie ziela w pościel
rumianek pospolity *kamelki, kamila, marona, roman*	*Matricaria chamomilla* L.; dawniej *Chamomilla recutita* L. Asteraceae Dum.	wkładanie kwiatów i ziela w pościel, płukanie włosów w naparze z kwiatów
tatarak zwyczajny *ajer, lepicha, tatar, tatarczuk*	*Acorus calamus* L. Acoraceae J.G. Agardh	mycie włosów z odwarze z kłącza
tojad *toja*, *omiak*, *łabusztan, pantofelki Matki Boskiej, mordownik*	*Aconitum* sp. L. Ranunculaceae Juss.	mycie ciała wodnym wyciągiem z tojadu
trzmielina brodawkowata *proskuryna*	*Euonymus verrucosus* Scop. Celastraceae R. Br.	zmywanie wywarem skóry głowy

Nazwa polska	Nazwa łacińska	Sposób stosowania
trzmieliny zwyczajna *proskuryna*	*Euonymus europaeus* L. Celastraceae R. Br.	zmywanie wywarem skóry głowy
wroniec widlasty widłak wroniec	*Huperzia selago* L. *Lycopodium selago* L. Huperziaceae Bernh.	zmywanie wywarem skóry głowy
zimowit jesienny	*Colchicum autumnale* L. Colchicaceae DC.	zmywanie wywarem skóry zwierząt
złocień właściwy *jastrun, roman*	*Leucanthemum vulgare* Lam. dawn. *Chrysanthemum leucanthemum* L. Asteraceae Dum.	sproszkowane ziele złocienia wsypywano w miejsca gdzie gromadziły się pluskwy, okadzanie pomieszczeń

Piśmiennictwo

1. *Brückner A.*: Słownik etymologiczny języka polskiego. Warszawa 1970, s. 607.
2. *Cisek M.*: Materyjały etnograficzne z miasteczka Żołyni w powiecie Przemyskim. ZWAK 1889, t. 13, cz. III, s. 54-83.
3. *Gawełek F.*: Przesądy, zabobony, środki lecznicze i wiara ludu w Radłowie w powiecie brzeskim. MAAE 1910, t.11, cz. III, s. 47-106.
4. *Gerald-Wyżycki J.*: Zielnik ekonomiczno-techniczny, czyli Opisanie Drzew, Krzewów i Roślin dziko rosnących w kraju, jako też przyswojonych, z pokazaniem użytku ich w Ekonomice, Rękodziełach, Fabrykach i Medycynie domowéj, z wyszczególnieniem jadowitych i szkodliwych, oraz mogących służyć ku ozdobie ogrodów i mieszkań wiejskich ułożony dla gospodarzy i gospodyń, t. 2. Wilno 1845, s. 5-390.
5. *Gonet S.:* Kilka szczegółów z wierzeń ludu w okolicy Andrychowa. Odczynianie uroków. Lud 1896, t. 2, s. 331-334.
6. *Gustawicz B.*: Podania, przesądy, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody (część druga). ZWAK 1882, t. 6, cz. III, s. 201-317.

7. *Gustawicz B.*: O ludzie Podduklańskim w ogólności, a Iwoniczanach w szczególności. Cześć wtóra. Lud 1901, t. 7, z.1, 128-146.
8. *Hodoly L.*: Mały przyczynek do wierzeń i podań ludowych o zwierzętach i roślinach. ZWAK 1882, t. 6, cz. III, s.318 -321.
9. *Hradecka S.*: Przyczynki do wierzeń ludu w Wierzbanowy, pow. Wieliczka. Lud 1903, t. 9, s. 64-68.
10. *Jeleńska E.*: Wieś Komarowicze w powiecie mozyrskim. Wisła 1891, t. 5, z. 3, s. 479-486.
11. *Jeszke J.*: Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian, Wrocław 1996, s.8.
12. *Józef znad Wiszenki*: Niektóre wierzenia ludowe w Rudkach spisał Józef z nad Wiszenki w latach 1870-5. Lud 1899, t. 5, s. 346-357.
13. *Kolberg O.*: Pokucie, Dzieła wszystkie, t. 31, cz. III. s.145. Wrocław – Poznań 1963,.
14. *Kolbuszowski E.*: Materyały do medycyny i wierzeń ludowych według opowiadań Demka Żemeły w Zaborzu w pow. Rawskim. Lud 1896, t. 2, s. 157-163.
15. *Kopernicki I.*: Przyczynek do etnografii ludu ruskiego na Wołyniu z materyjałów zebranych przez P. Zofiję Rokossowską we wsi Jurkowszczyźnie w pow. Zwiahelskim. ZWAK 1887, t. 11, cz. III, s.130-228.
16. *Kopernicki I.*: O góralach ruskich w Galicyi. Zarys etnograficzny według spostrzeżeń w podróży odbytej w końcu lata 1888. Kraków 1889, s. 6.
17. *Leńczowski* J.: Doświadczony sposób wygubienia pluskiew i ich nasienia. Piast czyli Pamiętnik Technologiczny obeymuiący przepisy dla gospodarstwa domowego i wieyskiego, ogrodnictwa, sztuk pięknych, rękodzielń i rzemiosł: niemniey, lekarstwa, domowe, pospolite i zwierzęce, 1829, t.3, s. 66.
18. *Mátyás K.*: Kilka zwyczajów wielkanocnych w Tarnobrzeskiem. Lud 1895, t. 1, s. 129-130.
19. *Orzeszkowa E.*: Ludzie i kwiaty. Wisła 1890, t. 4 z. 1, s. 12-13.
20. *Paluch A.*: „Zerwij ziele z dziewięciu miedz...” Ziołolecznictwo ludowe w Polsce w IX wieku i na początku XX wieku. Wrocław 1989, s. 59-.121.
21. *Petrów A.*: Lud ziemi Dobrzyńskiéj, jego charakter, mowa, zwyczaje, obrzędy, pieśni, przysłowia, zagadki, itp. ZWAK 1878, t. 2, cz. III, s. 3-182.
22. *Rokossowska Z.*: O świecie roślinnym wyobrażenia, wierzenia i podania ludu ruskiego na Wołyniu we wsi Jurkowszczyźnie pow. Zwiahelskim, ZWAK 1889, t. 13, cz. III, s. 163-199.
23. *Rostafiński J.*: Zielnik czarodziejski to jest zbiór przesądów o roślinach. ZWAK 1895, t.18, cz. II, s. 1- 191.
24. *Rulikowski E.:* Zapiski etnograficzne z Ukrainy. ZWAK 1879, t. 3, cz. III, s. 62-166.
25. *Siarkowski W.*: Materyjały do etnografii Ludu polskiego z okolic Kielc, cz. II. ZWAK 1879, t. 3 cz. III, s. 1-61.
26. *Spittal S.:* Lecznictwo ludowe w Załoźcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa. Rocz. Podol.1938, t.1, s. 62-225.
27. Sposób na pluskwy, *anon.* not. w rubr. „Rozmaitości”, Izys Polska, czyli Dziennik umiejętności, wynalazków, kunsztów i rękodzieł, poświęcony krajowemu przemysłowi, tudzież potrzebie wieyskiego i mieyskiego gospodarstwa, 1827/28, t. 2, cz. 3, nr 7, s. 330.

28. *Udziela M.*: Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej. Wisła 1891, t. 7, s. 5-288.
29. *Wawrzeniecki M.*: Wieś Mysłaków. Notaty ludoznawcze. MAAE 1907, t. 9, cz. II, s. 230-239.
30. *Wereńko F.:* Przyczynek do lecznictwa ludowego. MAAE 1896, t.1, cz. II, s. 99-228.
31. *Wierzchowski Z.:* Materyjały etnograficzne z powiatu Tarnobrzeskiego i Niskiego w Galicyi. ZWAK 1890, t. 14, cz. III, s. 145-251.

Praca zawiera 28 625 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PASOŻYTY PRZEWODU POKARMOWEGO W LECZNICTWIE LUDOWYM NA ZIEMIACH POLSKICH NA PRZEŁOMIE XIX i XX STULECIA

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak*

Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego,
Pomorski Uniwersytet Medyczny,
ul. Rybacka 1, 70-240 Szczecin,
*Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Pomorski Uniwersytet Medyczny,
al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
wyspa@sci.pam.szczecin.pl

„*Każde zwierze nosi w swych wnętrznościach swojego robaka, który je gryzie, pozbywa się, gdy się w niem zbytecznie rozmnoży, temiż co i my ludzie, środkami. Człowiek nie może uchronić się zupełnie od pasożytyzmu...*" – konstatował w połowie XIX wieku François Vincent Raspail (1794-1878), francuski lekarz i polityk, autor popularnej w Europie książki „*Domowy lekarz i domowa apteka*", który odniósł spektakularny sukces handlowy jako twórca receptury cenionego wówczas lekarstwa. Doktor Raspail sądził, iż właśnie robaki stanowiły powód 4/5 chorób gnębiących ludzkość (18).

Można przypuszczać, że chłopi zamieszkujący ziemie porozbiorowe dawnej Polski nie znali dziełka Raspaila, ponieważ tylko nieliczni

potrafili czytać, jednakże z podobnym jak on niepokojem spoglądali na robaki. „*Wedle ogólnego wierzenia - każdy człowiek musi mieć robaki (glisty), a zwłaszcza pracujący przy ziemi, a jeśliby ich nie miał, żyć by nie mógł. Robaki bowiem w małej liczbie są nawet pożyteczne i pomocne w trawieniu. U starszych nie jest to właściwie żadna choroba, tylko u dzieci* (...). *Gorzej przedstawia się sprawa, gdy robaki nie są zwyczajne, ale złośliwe, tj. soliter (tasiemiec taenia). Wtedy człowiek jest stale bladozielony, apetyt mu nie dopisuje, choć je bardzo wiele, bo nic mu jedzenie nie służy. Również usposobienie takich chorych pozostawia bardzo wiele do życzenia: są stale skwaszeni, niezadowoleni ze wszystkiego, źli i zawistni w stosunku do zdrowych, jednym słowem śledziennicy*" – pisał o podolskich poglądach ludowych lekarz i poeta, Stanisław Spittal w 1938 roku (23). *Że dziecko ma glisty, dowodzi jego wygląd; jest ono wtedy blade, jakby przeźroczyste, ma sińce pod wpadniętymi oczyma, traci apetyt, dłubie w nosie, cierpi na nudności, ślini się i zgrzyta ząbkami we śnie, a brzuch ma wzdęty i bolesny"* (23).

W medycynie ludowej nie wszędzie różnicowano choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego. Wyróżniano glisty i robaki, które najczęściej ze sobą utożsamiano, jednak tasiemiec, zwany soliterem bądź wstęgowcem, postrzegany był już jako robak „nadzwyczajny", złośliwy. Podobne mniemanie o pasożytach funkcjonowało powszechnie na terenie Mazowsza, Wielkopolski, Małopolski, na Podlasiu czy na wschodnich rubieżach dawnej Rzeczypospolitej. Ludność

należąca do warstw wykształconych, rozróżniała glisty (askarydy) od owsików, potocznie nazywanych „robakami".

Zamiarem autorów pracy jest ukazanie ludowej etiologii, przesądów, sposobów leczenia niektórych chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego wśród ludności wiejskiej na ziemiach wchodzących w skład państwa polskiego przed utratą niepodległości i po odzyskaniu państwowości – do wybuchu II wojny światowej. Pragniemy również wykazać, iż osąd o stosowaniu w lecznictwie ludowym przygodnych środków, w przypadku leczenia robaczyc, należy uznać za pozbawiony podstaw.

Opinie na temat pochodzenia pasożytów

W okolicach Krakowa sądzono w pierwszej połowie XIX wieku, iż powodem pojawienia się u dziecka robaków było zjedzenie robaczywego owocu lub wypicie wody zanieczyszczonej robakami (28, 23). Powodem „czerwiwości" według ludowych wierzeń było również spożywanie słodkich pokarmów. „*Robaków dostaje się przeważnie z jedzenia słodyczy, cukru, cukierków, pierników, miodu itp., bo tym właśnie odżywiają się glisty. Przeto, kto więcej je słodyczy, ma więcej glist*" – żartował z ludowych poglądów Stanisław Spittal (23, 10). Tego typu sądy funkcjonowały jeszcze powszechnie w latach 60-tych XX stulecia, a nawet i później (24, 27).

Przesądy

„Powodem bólu brzucha jest obecność w nim robaków. One albo uduszają dziecię, skoro mu zapchają gardło; albo też przedziurawiwszy serce, gdy dwie glisty się główkami zetkną, o życie przyprawią" – pisał Michał Zieleniewski o polskich wierzeniach ludowych (31). Wierzono, iż robaki, gdy księżyc znajduje się w nowiu, stają się bardziej niż zazwyczaj agresywne. Sądzono, iż robaki uwielbiają słodycze, natomiast nie lubią gorzkich bądź kwaśnych smaków (5).

„*Glisty może mieć i dorosły człowiek w żołądku. Skłonność do wymiotów u takiego chorego pochodzi stąd, że glisty do żołądka »szczą«*" – zanotował Marian Udziela opinię z Ostrężnicy, małopolskiej wioski położonej niedaleko Krzeszowic (29).

Według wierzeń ludowych istniały również „*robaki zaskórne*", maleńkie, z czarnymi łebkami, które ulokowane były „*około stosa piecierzowego*" i mogły dziecko „*ususzyć*", więc smarowano okolicę w której miały przebywać miodem przaśnym, co miało je zwabić, następnie dziecko kąpano w grochowinach i za pomocą brzytwy golono okolice kręgosłupa. Zabieg ten miał robaki unicestwić na dobre (31).

Jeżeli rana nie goi się przez kilkanaście lat, podejrzewano, że powodem tego stanu rzeczy jest obecność w ranie *robaka jelonka*, który żywi się mięsem. Zabić jelonka nie można było, bo groziła za to rannej osobie śmierć. Toteż, aby robak nie zjadał ciała ludzkiego, przykładano na ranę mięso (31).

W XIX wieku, w badanym materiale źródłowym właściwie nie znaleziono już przesądów, o których pisał Józef Rostafiński w swoim

„*Zielniku czarodziejskim*", a które dotyczyły okładania okolic pępka dziecka aloesem, plastrami z piołunu, szanty, maruny, ziaren słonecznika, czarnuszki i miodu. Zapewne przestano już wierzyć, iż aloes „*przyłożony na pępek zabija glisty*" (20). Tylko na Białorusi przykładano na pępek cebulę (30).

Leczenie

W terapii robaczyc do czasów II wojny światowej nie sposób rozdzielić terapii racjonalnej od terapii magicznej. Jak się wydaje, czosnek stanowił pierwszoplanowe remedium we wszystkich regionach ziem polskich.

Aby pozbyć się robaków, zalecano jedzenie trzy razy dziennie czosnku lub żuru, do którego dodawano czosnek (15). W okolicach Krakowa spożywano czosnek, który uprzednio moczono w wódce przez 9 dni (liczba magiczna w polskim lecznictwie ludowym) (26). Pito mleko, w którym gotowano czosnek. Czosnkiem posługiwano się również do robienia nasiadówek: „*Gotują również kilka ziaren czosnku w słodkim mleku i wlawszy to do jeszcze nieużywanego garnuszka, sadzają na nim dziecko, aby wzburzone glisty wylazły z odbytnicy do garnka*"(23). „*Gdy dziecię choruje na robaki, wieszają mu na nitce na szyji ząbki czosnyku* (*czosnku*)"(8) - wierzono w położonych nieopodal Lwowa Rudkach nad Wiszenką, w majątku Aleksandera Fredry. Podobnie postępowano w okolicach Krakowa, gdzie nie tylko noszono naszyjnik z czosnku, ale również nacierano nim skronie i przeguby dłoni (31).

Oprócz wszechobecnego czosnku, jedzono pieczony groch, nasiona czarnuszki, podawano gorzkie środki (31) lub kwaśne (4, 23). Uznaniem cieszyła się również wódka: „*Powszechnym jest przecież zwyczaj dawania dzieciom alkoholu, jako lekarstwa, n. p. przeciw robakom*" – pisano w XIX- wiecznej Galicji (3). Na Podolu w wódce macerowano korzenie glistnika jaskółczego ziela – „*gdyż to ma również pomagać, ale nie zawsze"* (23).

Podstawy ludowych poglądów i rzutowanie ich na terapię robaczyc u dzieci wyjaśnił znakomicie Stanisław Spittal, który posiadł rzadką w owych czasach umiejętność patrzenia na choroby z ludowego punktu widzenia: „*A gdy robaki już są i rozmnożyły się, na dziecko trzeba wtedy bardzo uważać, zwłaszcza w czasie nowiu. Wtedy bowiem zaczynają się one burzyć, odbywają wędrówki, zwijają się w kłęby, pchają się do gardła, mogą więc dziecko udusić. Pchają się również do serca, nosa i ucha, które poranić mogą i nawet łacno o śmierć przyprawić, zwłaszcza gdyby im na nowiu lek jakiś podano, który by je zanadto wzburzył. Po nowiu jednak można już przeciw nim śmiało wystąpić. Przede wszystkim dzieciom podejrzanym o robaki nie dają żadnych słodyczy. Natomiast zbrzydzić je starają się przez podawanie kwaśnych potraw, jak kiszona kapusta, ogórki, barszcz. Potrawy te psują glistom humor, więc zaczynają się one burzyć i pchać do gardła. Aby zaś zamknąć im tę drogę i nie dopuścić do uduszenia dziecka przez ich kłąb, wieszają na szyi chorego paciorki z nanizanych na nitkę ziarnek obranego z łupinki czosnku"* (23).

Na Podolu podawano na czczo dzieciom cierpiącym na robaki odwar z pieprzu gotowanego w mleku, odwar z tysiącznika lub czarny chleb z miodem i nasionami cytwaru. „*Miód słodki, jako ulubiony przysmak dla robaków, jest dla nich przynętą, wraz z którą zjadają truciznę"* (23).

Napar z kwiatów wrotyczu stanowił popularny środek odrobaczający we wszystkich zakątkach ziem polskich (5, 19). Roślinę prawie wszędzie święcono na Matkę Boską Zielną, by była bardziej skuteczna. Na Wołyniu *prywoteń* (wrotycz – *Tanacetum vulgare* L.) hodowano w przydomowych ogródkach (19). Do zwalczania robaków używano zarówno naparu z kwiatów, jak i z nasion wrotyczu (12,19). Gdy metoda ta zawodziła, na Wołyniu sięgano po bardziej drastyczny środek - odwar z korzeni nerecznicy samczej nazywanej tam „*pannababa*" (*Polystichium filix Roth*) (19). Na Pokuciu „*na czerwaky*" zalecano również pić wywar z korzenia bliżej nie zidentyfikowanej paproci (17). W okolicach Chełmna korzystano również z czerwonych owoców psianki słodkogórz (9, 5), które zjadano w niewielkiej liczbie, ze względu na toksyczny charakter rośliny, natomiast w dorzeczu Dźwiny sięgano po równie trujące jagody psianki czarnej (30).

W Galicji spożywano pieczony groch, nasiona czarnuszki moczone w wodzie po kwaszonych ogórkach lub burakach, a gdy podejrzewano, iż robaki są powodem bólu brzucha, podawano gorzkie środki (31, 28). „*Na zgubienie glist*" za dobry środek uważano odwar z bylicy bożego drzewka (*Artemisia abrotanum* L.), tysiącznika. Dobry na spędzenie robaków okazał się i bluszcz, pod warunkiem, iż był wa-

rzony w nowym garnku. Dzieci kąpano w wywarze z bluszczu, a w trakcie kąpieli kilka kropel odwaru dawano im do ust. Wodę po kąpieli wylewano daleko od domu, w sadzie (11,23). Kolberg odnotował, opracowując etnografię Małopolski, iż „*żebro czartowe*" „*morzy robaki*" (10). W nawiasie podał łacińską nazwę – *Succisa*. Zapewne miał na myśli „*czarcikęs łąkowy*", zwany driakwią *Succisa pratensis* L., dawniej nazywaną *Scabiosa succisa* L. „*Czartowym żebrem*", również określano komonicę zwyczajną, roślinę pastewną.

Innym remedium na glisty stanowił odwar z korzenia *waleryjanu*– kozłka lekarskiego (*Valeriana officinalis L*, - Valerianaceae) który należało wykopać na wiosnę, jeszcze przed zakwitnięciem rośliny. Waleriana często występowała nad brzegami rzek i jezior, na mokradłach, w wilgotnych zaroślach. Sięgano również po odwar z liści *bobrownika* (*Menyantes trifoliata* L. - Menyanthaceae), czyli bobrka trójlistnego, rośliny rosnącej, podobnie jak kozłek, na podmokłych terenach (19, 12). Na Białorusi zalecano pić odwar ze starej miotły z wiechciem z „*chwoszczu barawoha*" (skrzypu zimowego) (30).

Bobrek trójlistny, tysięcznik, czosnek, skrzyp oraz wrotycz pospolity i wrotycz maruna używane były „*do morzenia i wyprowadzania robaków*" we wszystkich kręgach społeczeństwa (19, 12, 23, 28, 30). Józef Gerald-Wyżycki w *Zielniku ekonomiczno-technicznym* (2) wymieniał ponadto brzozowy sok, chmiel pospolity, czubek turecki, inaczej *kardę* lub *karnę* (drapacz lekarski *Cnicus benedictus* L.– Asteraceae), jałowiec sawinę, marchew ogrodową, oman (*Inula* sp. L. - Asteraceae), pawężnicę brodawkowatą (*Peltigera aphtosa* L. – rodzaj

grzyba, ongiś uważany za porost lub mech), świeży sok z kłączy perzu, czy pokrzyw, piołun, rozmąconą w wodzie żywicę sosnową i „rumianek pachnący" (rumianek pospolity - *Matricaria chamomilla* L.- Asteraceae), rabarbar (2). Nie udało nam się jednak znaleźć potwierdzenia, iż rośliny te były używane do walki z robakami wśród „włościan", chociaż prawie wszystkie (poza pawężnicą?) znalazły zastosowanie w lecznictwie ludowym.

Znacznie mniej informacji można znaleźć na temat leków używanych w pozbywaniu się tasiemca. „*Solitera trują odwarem z kurdybanu (bluszczyk ziemny); dobrze także działają gruszki, ulęgałkami zwane*" - donosiła na łamach „Wisły" Melania Parczewska (15, 7). „*Niezawodnie zgubi solitra* (...) *kwaśne mleko, gdy się go pije w dużej ilości*" – wierzono w XIX wieku w Krakowie (29). „*By ratować chorych na tasiemca, gotują dwie kopy dyniek (ziarnek arbuza - Cucurbita maxima, Cucurbita Pepo) na mleku i dają to do zjedzenia choremu, lub częściej utarłszy dwie kopy pestek zaparzają kipiącym mlekiem. Po wypiciu tego leku soliter się spędzi (odejdzie)"*- pisał Stanisław Spittal (23). W okolicach Mińska należało do 6 kwart nieprzekwaszonej *sołoduchy* dodać liści rzepy, nasiona kminu, cebulę, sól, podzielić na trzy części i tak spreparowaną *sołoduchę* trzeba było jeść przez trzy dni. Na czwarty dzień tasiemiec się wynosił (30). Dla Franciszka Wereńki określenie „sołoducha" stanowiło oczywistość, lecz dzisiaj pewien kłopot sprawiło nam odkrycie, co to takiego właściwie było. „Sołoduchą" nazywano mąkę żytnią z cukrem i rodzynkami, którą zalewano gorącą wodą i poddawano fermentacji. Aby pozbyć się solitera, Józef Gerald-

Wyżycki polecał, jako lek sierocy, wywar z dokładnie wyczyszczonych korzeni „*paprotki samczej Aspidum Filix Mas*" (2). Dzisiaj roślina ta nazywana jest nerecznicą samczą *Dryopteris* filix-mas, *bądź Polystichium filix* Roth. Jako „panna-baba" paproć ta służyła w lecznictwie ludowym na Kresach w pozbywaniu się robaków (19). Używane w lecznictwie ludowym fitoterapeutyki obrazuje tabela I.

Oprócz fitoterapii stosowano koproterapeutyki, by „zbrzydzić chorobę": „*Przeciw robakom, z największą wiarą w skuteczność dają pić płyn wyciśnięty ze świeżego gnoju końskiego – dziewczynie od klaczy, a chłopcu od konia* - podawał Izydor Kopernicki (12). Innych specyfików zaliczanych do ściśle pojmowanej koproterapii w omawianym okresie nie napotkaliśmy. Jeszcze w XVIII stuleciu tego typu środków używano częściej, a kalendarze zamieszczały „znakomite" recepty w rodzaju: „*Proszek na glisty doświadczony. Weźmij glist ziemnych, albo glist, które wychodzą z dzieci, opłucz ich pięknie winem białym, włóż je w garnuszek polewany, dobrze zatkaj, włóż je w piec piekarski* (...)*, utrzyj z nich proszek miałki, daj tego proszku dzieciom tyle, co czerwony złoty zaważy*" (13). Leczenie sympatyczne w XIX wieku w przypadku robaków wydaje się zanikać, bowiem nie spotyka się w tym okresie zbyt wielu podobnych środków w medycynie ludowej.

Informację o tym, że sięgano po naftę zawdzięczamy lekarzom pracującym na Kresach. „*Podobnie jak czosnek działa nafta (kamfina, gaz), przeto i nią smarują dołek, namazują nozdrza, a nawet podają nieco dziecku do wypicia*" (23). Łyżeczkę nafty (*karasiny*) dawano

dzieciom również na Białorusi, lub zakupywano w aptekach *Oleum Terebinthinae Rectificatum* (30) – oczyszczony olejek terpentynowy.

Działania magiczne

„*Na robaki i glisty dzieciom smarują w dołku i pod nosem dziegciem*" (16, 15, 30). „*Skórka z zaskrońca szczęście przynosi. Tłuczoną mielutko dają pić z miodem dziecku na robaki*" (6) – pisano. O pozostałych sposobach, które dzisiaj nazwalibyśmy „magicznymi", wynikającymi z przekonania, iż robaki można było „przepłoszyć" napisano uprzednio, natomiast nie wspomniano dotąd o zażegnywaniu robaków. Jak się wydaje, nie było tych formuł zbyt wiele, bowiem zarówno Marian Udziela, jak i Stanisław Spittal powołują się tylko na jeden tekst zażegnywania:

"Święta Cecylija pięć córecki miała:
jedna glisty przędła, a druga motała;
trzecia na kłąbku zwijała;
czwarta łebki urywała;
piąta do morza ciepała" (28, 23).

Zażegnywaniu towarzyszyły odpowiednie gesty. Przy „urywaniu łebków" osoby wykonujące zabieg obrazowały choremu, jak ukręcają głowy glist czy robaków, a „wrzucaniu do morza" towarzyszył ruch rąk ukazujący wyrzucanie intruzów na ziemię. Po trzykrotnym powtórzeniu półgłosem formuły, nakazywano choremu odmówienie odpowiednich

modlitw (trzech „Zdrowaś Maryja” do Przemienienia Pańskiego) (28). Wysoce interesująca wydaje się konotacja ze świętą Cecylią. Dlaczego wybrano właśnie jej postać, skoro była to patronka muzyki kościelnej, „święta dziewica”? O pięciu córkach Cecylii zatem nie mogło być mowy. Odnalezione w katakumbach św. Kaliksta w Rzymie zwłoki Cecylii, ponad 600 lat po jej męczeńskiej śmierci uległy naturalnemu strupieszeniu (mumifikacji), opowiadano więc legendy o jej „nienaruszonym ciele” czyli o ciele, którego nie były w stanie toczyć robaki. Można przypuszczać, iż zapewne dziewicza żona św. Waleriana ludowi nie kojarzyła się z dziewictwem, skoro była mężatką, lecz z opornością zwłok na zjedzenie przez robaki.

W czasie prowadzenia poszukiwań napotkano również na trzy teksty dotyczące zamawiań robaczyc u bydła (22, 21).

Zapobieganie

Najpopularniejszym sposobem zapobiegania robaczycom było powszechne posypywanie chleba nasionami czarnuszki. Ale w niektórych rejonach, chleb stanowił rarytas i nie stać było wszystkich chłopów na jego wypiek. Chleba nie jadały najmłodsze, raczkujące po glinianej polepie czy klepisku dzieci, najbardziej narażone na kontakt z pasożytami, a i samo użycie czarnuszki nie zabezpieczało przed parazytozami. Ludność wiejska, pomimo propagowania higieny przez lekarzy i nauczycieli, na ogół nie łączyła pojawienia się robaków z czystością.

Zakończenie

W połowie XIX wieku w lecznictwie domowym ceniono sobie poradniki, których autorami byli zazwyczaj lekarze, lecz nie docierały one wszędzie, z uwagi na masowy analfabetyzm chłopów. Wśród tych poradników wysoką pozycję zajmował *Domowy lekarz.* Françoisa V. Raspaila (18). Działania terapeutyczne doktora Raspaila cechowała mnogość specyfików. Wśród licznych środków na pasożyty jelitowe, wymieniał on: czosnek, wódkę kamforową, proszek z korzenia paproci, kalomel (chlorek rtęci), „marzanę", aloes, korzonki granatu. Za najtrudniejsze uważał leczenie „*piekielnej jędzy naszych wnętrzności*" – solitera. Inne robaczyce traktował jako „*zmory mniejszego kalibru*" (18).

Popularny w zaborze pruskim poradnik tłumaczony z języka niemieckiego doktora medycyny Frickego, na tasiemce zalecał pestki dyni (zmieszane z borówkami), kwaśną kapustę i surową marchew, ewentualnie spożywanie mleka kokosowego. Oprócz trzech gatunków tasiemca, pośród robaków Fricke rozróżniał glizdy i czerw. Skutecznym remedium na nie miało być po wzięciu środka przeczyszczającego mleko zagotowane z liśćmi krwawnika i pestkami cytryny (1). Terapia proponowana przez Frickego nie odbiegała zbytnio od ludowych metod leczenia robaczyc, jakie stosowano na ziemiach polskich, prócz mleka kokosowego i cytryn, które nie były łatwo dostępne dla przeciętnego mieszkańca wsi.

„*Nowoczesna encyklopedia zdrowia*" opracowana przez czołowych lekarzy II Rzeczypospolitej, która ukazała się tuż przed wybu-

chem wojny, zalecała w leczeniu pasożytów jelitowych sałatkę śledziową z cebulką, wyciąg z paproci, sól gorzką (tasiemce), pozyskiwaną z bylicy cytwarowej santoninę i olejek widłakowy (glisty), natomiast na owsiki – lewatywę z mleka z czosnkiem i smarowanie odbytu szarą maścią (14).

Tab. 1. Rośliny używane w leczeniu dolegliwości spowodowanych przez pasożyty jelitowe w lecznictwie ludowym na ziemiach polskich na przełomie XIX i XX wieku

Nazwy polskie	**Nawa łacińska**	**Sposób użycia**
	Robaki/glisty	
bluszcz	*Hedera* sp. L. Araliaceae Juss.	kąpiel i picie odwaru z liści i łodyg
bluszczyk kurdybanek *kurdyban, bluszczyk ziemny, obłożnik, kondrotek, kurdybonek, przerwa, ziele św. Piotra, skulasznik*	*Glechoma hederacea* L Lamiaceae Lindl.,	picie odwaru z liści
bobrek trójlistny *bobrownik, krzyżok, wodna koniczyna*	*Menyantes trifoliata* L. Menyanthaceae Bercht. Presl.	odwar z liści
bylica boże drzewko *boże drzewko*	*Artemisia abrotanum* L. Asteraceae Dum.	odwar z ziela

Nazwy polskie	**Nawa łacińska**	**Sposób użycia**
bylica cytwarowa *cytwar, rupnik cytwarowe nasinje*	*Artemisia cina* Berg Asteraceae Dum.	nasiona zmieszane z miodem
centuria pospolita *tysiącznik, tysięcznik, czerwieniec, serdecznik, żółó ziemna*	*Centaurium erythraea* Rafn. Gentianaceae Juss.	odwar z liści i kwiatów
czarnuszka *czarnucha*	*Nigella sativa* L. Ranunculaceae Juss.	nasiona moczone w kwasie po ogórkach lub burakach
czosnek pospolity *czosnyk, czosnek babie ziółko*	*Allium sativum* L. Alliaceae Juss.	wieszanie na szyi, smarowanie obszaru pod nosem dziecka, jedzenie ząbków czosnku, nasiadówki nad mlekiem z czosnkiem, nalewka alkoholowa
dynia olbrzymia *dynka, bania, harbuz, arbuz, malon*	*Cucurbita maxima* Duch. Cucurbitaceae Juss.	gotowanie ziarek w mleku
glistnik jaskółcze ziele *gliśnik, celidonia, jaskółcze ziele, cyngalia, jaskółecznik, zółtnik, złotnik, listownik, roztopaść*	*Chelidonium maius* L. Papaveraceae Juss.	nalewka alkoholowa z korzenia

Nazwy polskie	**Nawa łacińska**	**Sposób użycia**
groch	*Pisum* sp. L. Fabaceae Lindl.	gotowane lub pieczone nasiona
kalina koralowa	*Viburnum opulus* L. Adoxaceae Trautv.	spożywanie owoców
kapusta warzywna	*Brassica oleracea* L. Brassicaceae Burn.	spożywanie kiszonych liści
kozłek lekarski *walerian, waleriana*	*Valeriana officinalis L.* Valerianaceae Batsh	odwar z korzenia
ogórek	*Cucumis* sp. L. Cucurbitaceae Juss.	kiszone owoce
nerecznica samcza *panna baba, ferecyna*	*Polystichium filix* Roth – vel Dryopteris filix-mas Dryopteridaceae Hert.	odwar z korzenia
psianka czarna	*Solanum niger* L. Solanaceae Lindl.	surowe jagody
psianka-słodkogorz *kartofelki, pomocnik, ؛ lisnyk*	*Solanum dulcamara* L. Solanaceae Lindl.	surowe jagody

Nazwy polskie	Nawa łacińska	Sposób użycia
skrzyp zimowy	*Equisetium hyemale* L. Equisetaceae Michx.	wywar z ziela
wrotycz maruna *marzanka, maronka*	*Matricaria parthenium* L. vel *Tanacetum parthenium* Asteraceae Dum.	napar z kwiatów
wrotycz pospolity *prywoteń, smakowe ziele, durant*	*Tanacetum vulgare* L. – Asteraceae Dum.	napar z kwiatów
Tasiemiec		
bluszczyk kurdybanek *kurdyban, bluszczyk ziemny, obłożnik*	*Glechoma hederacea* L Lamiaceae Lindl.,	picie odwaru z liści
dynia olbrzymia *dynka, bania, arbuz, harbuz*	*Cucurbita maxima* Duch. Cucurbitaceae Juss.	wywar z ziarek (gotowanych w mleku), sproszkowane ziarka + wrzące mleko
grusza pospolita *ulęgałka, ulężałka*	*Pyrus communis* L. Rosaceae Juss.	jedzenie owoców

Pozostaje otwartym pytanie, kto się od kogo uczył?

Jak z tych rozważań wynika, medycyna ludowa dysponowała arsenałem środków bardzo zbliżonym do medycyny oficjalnej. Wszystko wskazuje na to, że terapeuci ludowi i ludność wiejska w przypadku leczenia dolegliwości wywołanych przez pasożyty jelit, znaleźli skutecz-

ne lekarstwa i znano się na dobieraniu prawidłowych dawek, aby zapobiec zatruciu ludzkiego organizmu. W przypadku chorób pasożytniczych w znacznym stopniu wyeliminowane zostały działania magiczne, tak częste w przypadku leczenia innych schorzeń.

Streszczenie

Celem pracy jest ukazanie ludowej etiologii, przesądów, sposobów leczenia niektórych chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego wśród ludności wiejskiej na ziemiach wchodzących w skład państwa polskiego przed utratą niepodległości i po odzyskaniu państwowości – do wybuchu II wojny światowej. Poddano analizie piśmiennictwo etnologiczne z okresu XIX i XX wieku. Okazało się, że świadomość ludności wiejskiej na temat pochodzenia pasożytów cechowało przesądne myślenie, ale pomimo tylko częściowej znajomości etiologii chorób, wypracowano skuteczne sposoby kuracji. Lecznictwo ludowe w terapii robaczyc dysponowało szeroką gamą dosyć skutecznych fitoterapeutyków, ze środków odzwierzęcych stosowano jedynie mleko i rzadko - urynoterapię. Leczeniu niekiedy towarzyszyły działania o charakterze magicznym, jednakże nie wysuwały się na pierwszy plan. Osąd o stosowaniu w lecznictwie ludowym przypadkowych środków, w przypadku leczenia chorób spowodowanych przez pasożyty przewodu pokarmowego, należy uznać za pozbawiony podstaw.

Piśmiennictwo

1. *Fricke [?]*: Domowa pomoc czyli książka dla dobra choréj ludzkości. Hanower, bez r. wyd., s. 227-228.
2. *Gerald-Wyżycki J.*: Zielnik ekonomiczno-techniczny, czyli Opisanie Drzew, Krzewów i Roślin dziko rosnących w kraju, jako też przyswojonych, z pokazaniem użytku ich w Ekonomice, Rękodziełach, Fabrykach i Medycynie domowéj, z wyszczególnieniem jadowitych i szkodliwych, oraz mogących służyć ku ozdobie ogrodów i mieszkań wiejskich ułożony dla gospodarzy i gospodyń, t. 2. Wilno 1845, s. 381-390.
3. *Golińska Z.*: Badania nad alkoholizmem w zachodniej Galicyi. Lud 1902, t. 8, s. 62-76.
4. *Gustawicz B.*: O ludzie Podduklańskim w ogólności, a Iwoniczanach w szczególności. Lud 1900, t. 6, s. 36-80.
5. *Gustawicz B.*: Podania, przesądy, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody (część druga). ZWAK 1882, t.6, cz. III,s.201-317.
6. *Hradecka S.*: Przyczynki do wierzeń ludu w Wierzbanowy, pow. Wieliczka. Lud 1903, t. 9, s. 64-68.
7. *Jeszke J.*: Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian. Wrocław1996, s. 59.
8. *Józef znad Wiszenki*: Niektóre wierzenia ludowe w Rudkach spisał Józef z nad Wiszenki w latach 1870-5. Lud 1899, t. 5, s. 346-357.
9. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Chełmskie, t. 34, cz. 2. Wrocław – Poznań 1964, s.194.
10. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Krakowskie, t.7, cz.3. Wrocław – Poznań 1962, s.155-157.
11. *Kolbuszowski E.*: Materyały do medycyny i wierzeń ludowych według opowiadań Demka Żemeły w Zaborzu w pow. Rawskim. Lud 1896, t. 2, s. 157-163.
12. *Kopernicki I.*: Przyczynek do etnografii ludu ruskiego na Wołyniu z materyjałów zebranych przez P. Zofiję Rokossowską we wsi Jurkowszczyźnie w pow. Zwiahelskim. ZWAK 1887, t. 11, cz. III, s. 130-228.
13. Lekarstwa różne domowe, dla ludzi bardzo potrzebne, które każdy może sobie zrobić, (1750), Kalendarz uniwersalny, [w:] Kalendarz półstuletni 1750-1800, opr. B. Baczko i H. Hinz. Warszawa 1975, s. 181-182.
14. *Nowoczesna encyklopedia zdrowia*; Rząsnicki A. (red.), t. 3. Warszawa 1939, s. 111-114.
15. *Parczewska M.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1896, t. 10, z. 2. s. 342-344.
16. *Petrów A.*: Lud ziemi Dobrzyńskiéj, jego charakter, mowa, zwyczaje, obrzędy, pieśni, przysłowia, zagadki, itp. ZWAK 1878, t. 2, cz. III, s. 3-182.
17. *Piotrowicz S.*: Znachorka i wróżka Jewdokia Bojczuk. Materyały folklorystyczne ze wsi Bortnik na Pokuciu. Lud 1907, t. 13, s. 216-232.
18. *Raspail F. V.*: Domowy lekarz i domowa apteka. Teoryczna i praktyczna nauka jak sobie przyrządzać i używać lekarstw, zachować zdrowie lub wyleczyć się jak najprędzéj i małym kosztem z większéj części chorób uleczyć się dających, oraz jak sobie przynieść ulgę równą prawie zupełnemu wyzdrowieniu w chorobach nieuleczalnych lub chronicznych. Warszawa 1851, s. 313-323.

19. *Rokossowska Z.*: O świecie roślinnym, wyobrażenia, wierzenia i podania ludu ruskiego na Wołyniu, we wsi Jurkowszczyznie pow. Zwiahelskim. ZWAK 1889, t.13, cz. III, s. 163-199.
20. *Rostafiński J.*: Zielnik czarodziejski to jest zbiór przesądów o roślinach. ZWAK 1895, t.18, cz. II, s. 1- 191.
21. *Rulikowski E.*: Zapiski etnograficzne z Ukrainy. ZWAK 1879, t.3, cz. III, s. 62-166.
22. *Siarkowski W.*: Materyały do etnografii Ludu polskiego z okolic Kielc. Część II. ZWAK 1879, t. 3, cz. III, s. 3-61.
23. *Spittal S.:* Lecznictwo ludowe w Załoźcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa, Rocz. Podol. 1938, t. 1, s. 62 -225.
24. *Szychowska – Boebel B.*: Lecznictwo ludowe na Kujawach (Materiały i rozważania). Toruń 1972, s. 66.
25. Środki lecznicze i ich nazwy aptekarskie u ludu, *autor anon*. Lud 1899, t. 5, s. 164-166.
26. *Świętek J.*: Liczby Trzy i Dziewięć w mitach, wyobrażeniach, mistycznych praktykach i w zwyczajach ludowych. Lud1905, t. 11, s. 371-388.
27. *Tylkowa D.*: Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich. Tradycja i współczesność. Wrocław1989, s. 82.
28. *Udziela M.*: Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej. Wisła1891, t. 7, s. 5-288.
29. *Udziela M.*: Przyczynki do medycyny ludowej. Lud 1905, t. 11, s. 394-401.
30. *Wereńko F.*: Przyczynek do lecznictwa ludowego. MAAE 1896, t.1, cz. II, s. 99-228.
31. *Zieleniewski M.*: O przesądach lekarskich ludu naszego. Kraków 1845, s. 38-39.

Praca zawiera 27 707 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PROBLEM „ŻABY" W OPIECE NAD NOWORODKIEM I NIEMOWLĘCIEM NA ZIEMIACH POLSKICH W WIEKU XIX-TYM I W PIERWSZEJ POŁOWIE XX WIEKU

Paweł Wysokiński, Lilianna Wdowiak*

Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego,
Pomorski Uniwersytet Medyczny,
ul. Rybacka 1, 70-240 Szczecin,
*Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny,
al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
wyspa@sci.pam.szczecin.pl

Nazwa

Pleśniawki, schorzenie jamy ustnej noworodków i niemowląt określano onegdaj mianem *żaby,* czasami pieszczotliwie nazywano je *żabką.* Zwano je również: *skoczką*, *krostkami*, *krostami*, *pryszczami*, a nawet *pryszczycą* (17). W pierwszej połowie wieku XIX krakowski lekarz, Michał Zieleniewski (1821-1896), który napisał o przesądach ludowych dysertację doktorską, twierdził, że „*żabkę*" mylono z „*grzybkami*" i „*cuchnieniem gnilcowym*" (32). W końcu XIX wieku inny lekarz, uczestnik powstania styczniowego, Klemens Köhler (1840-1901) z Poznania zauważył, iż „*nowotwory wszystkie w ustach nazywa prosty lud żabkami*", nie mając na myśli nowotworu we współczesnym znaczeniu tego słowa, lecz wszelakie zmiany chorobowe w obrębie

jamy ustnej (9). Zamieszanie w ludowym nazewnictwie potwierdził Henryk Biegeleisen: *„Z chorób narządu trawienia zasługuje na uwagę t. z. żaba. W pierwszym roku życia zapadają dzieci na puchlinę w jamie ustnej, zwanej przez lud nasz żabką, a nazwę tę nadają także krostkoia pod językiem (aphthae) i zapaleniu krupowemu"* (1). Nie do końca autorzy ci mieli rację, bowiem w niektórych rejonach ziem wchodzącym przed zaborami do państwa polskiego, znakomicie odróżniano pleśniawki od innych schorzeń. Na przykład we Lwowie posługiwano się terminami takimi jak *pliśniawka* czy *mlecznica*, na terenie Beskidu Śląskiego używano słowa *plugawka*, w Beskidzie Sądeckim i Wysokim – *studzienica*, chociaż też mówiono tam na to schorzenie *żaba* (1, 26). Adam Paluch wymienia także określenia: *oskólnica*, *pleśnina*, lecz nie podaje w jakich rejonach je stosowano (17). Najbardziej zastanawiające są jednak nazwy używane na Kujawach i na Litwie – *bedki*, *bedłki*, *grzybki*, *grzyb*, czy *pleśniawki*, a w Poznaniu też obok żaby – *bedłki* (25, 14, 12, 13) Czy był to tylko zbieg okoliczności?

Rozpoznanie i etiologia

„Pleśniawki lub inaczey grzybki są to białe plamki rozmaitey wielkości robiące się u dzieci nowonarodzonych na ustach, w gębie i na iezyku, które nayczęściey bywają skutkiem nieochędostwa, albo niezdrowego mleka matki lub pospolicie mamki, albo też wtenczas powstaią, kiedy dzieci pozbawione mleka niewieściego karmią się sposobem sztucznym a mianowicie sesołką" - pisał wileński lekarz Mi-

kołaj Mianowski w 1825 roku (14). W tych czasach nie wiedziano jeszcze, iż istotnie można było uznać za sprawcę nieszczęścia zakażenie grzybem *Candida albicans*, dlatego zadziwiające jest, iż w niektórych okolicach posługiwano się nazwą „grzybki" czy „pleśniawki" na określenie zmienionych chorobowo miejsc. Warto zwrócić uwagę również na „sesołkę" i „nieochędóstwo", które Mikołaj Mianowski (1783-1843) wymienia, jako jedne z powodów powstawania pleśniawek. „*Radca Kollegialny, filozofii, medycyny i chirurgie Doktor, w Cesarskim Uniwersytecie Wileńskim sztuki położniczey Professor*" (14, 11) wydał swoją pracę, gdy sprawca rewolucji w położnictwie, Ignacy Semmelweis (1818-1865) liczył sobie siedem lat. Wymienianie „nieochędóstwa" jako powodu choroby należy więc uznać za bardzo cenne i celne spostrzeżenie.

Teodor Teofil Matecki (1810–1886), poznański „*praktykujący lekarz, chirurg i akuszer*" (12), a ponadto powstaniec i społecznik, nie upatrywał powodów powstawania pleśniawek w brudzie. „*Bedłki. - Tak nazywamy białe, okrągłe plamki, które się tworzą na powierzchni języka, podniebienia, dziąseł i policzek w gąbce. Powstają one przez to, iż na tych miejscach przyskórka w drobny pęcherzyk się wznosi i następnie pęka*" – pisał w „Poradniku dla młodych matek..."(1848), nie wyjaśniając przyczyn schorzenia (12). Jednak w opublikowanych prawie 20 lat później „Radach i naukach ...", ze zdziwieniem zauważył: „*Dość wcześnie jednak bez śladu zagajają się te wrzodki, osobliwie jeźli jamę ustową czysto utrzymywać będziem"* (13).

Ówczesne naukowe poglądy na powstawanie pleśniawek zmieniały się wraz z postępem w higienie i mikrobiologii. Wśród ludu panowały ugruntowane opinie. W niektórych rejonach ziem polskich uważano, iż przyczyną tej choroby było zabicie żaby, która odrastała potem na języku, natomiast zapewne ze Słowacji do Galicji przybył inny przesąd, iż w czasie snu dziecka wpadła mu do ust żabka (1, 27).

W dobie higienicznej niewiedzy, bo tak można nazwać cały XIX wiek, pomimo odkryć dokonanych przez Pasteura czy Kocha, głośnych jedynie wśród inteligencji, niemowlętom pozwalano ssać najróżniejsze przedmioty. W czasie ząbkowania, dzieciom na Śląsku Opolskim dawano do gryzienia gęsią kość lub klucz. „[Kluczem] *odmyka się te zęby*" – twierdzono (20). Klucz miał zatem przyśpieszyć ząbkowanie. Autorzy niniejszej pracy nie znaleźli podobnych przekonań w pozostałych rejonach ziem polskich, lecz pisano o innych magicznych działaniach w oparciu o tak zwaną „magię sympatyczną" np. o naszyjniku z nasion trującego rzepienia pospolitego (*Xanthium strumarium* L.), zwanego *zębownikiem*. Nasiona obszywano materiałem i wieszano na kaftanikach ząbkujących dzieci na Suwalszczyźnie (16). Zapewne po jakimś czasie tkanina była brudna. „*Ażeby się dziecka pieniądze w dalszym życiu trzymały, zawieszają mu we woreczku na szyjce przez jedną noc dwa dziesiątaczki srebrne, zapleśniałe*" – pisał o sandomierskim zwyczaju Zygmunt Wierzchowski (30). Lecz już w Krakowie i w jego okolicach panowało powszechne przekonanie, iż żabki nabywają dzieci, które bawią się pieniądzem lub grzebieniem (32, 1). M. Zieleniewski, w roku 1845 w swojej dysertacji

traktował te ludowe spostrzeżenia o pieniądzach czy grzebieniu jako przejawy przesądnego myślenia, chociaż solennie we wstępie rozprawy obiecywał, iż je sprawdzi (32). Nawet nie próbował tego uczynić. Nie potrzeba było upływu stuleci, wystarczyły trzy dekady, gdy okazało się, że częściowo racja leżała po stronie ludu, a niektóre z przytaczanych „przesądów" nimi wcale nie były.

Na Kujawach jeszcze w końcu lat 60-tych XX wieku uważano, iż powodem powstawania pleśniawek jest zły pokarm matki, ssanie brudnego smoczka, włożenie do buzi grzebienia, łyżki, przedmiotów z miedzi i żelaza, powietrze i „cug" – przeciąg (25). Tak jak wszędzie, lecznictwo ludowe ulegało przemianom, bowiem do tradycyjnych wierzeń dołączano elementy wiedzy naukowej.

Rokowanie

„Na te wszystkie okoliczności akuszerka baczenie mieć powinna; bo zdarza się, iż takowa choroba, z początku lekka i na pozór nic nie znacząca, będąc zaniedbana śmiercią się kończy. Skutki z niey są: że dziecię z trudnością albo wcale ssać nie może; ciągle iest niespokoyne i ślini się: często womituie; stolec ma brzydki zielony ze rznięciem połączony; nisczeie i nakoniec umiera, ieżeli albo choroba trwa długo, albo też plamki zrobią się żółte, zciemnieią, a potém do żołądka i do kanału kiszkowego przeydą i rozszerzą się"— pisał M. Mianowski (14). „*Jeśli bedłki są rozrzucone, a dziecko zresztą zdrowe, w takim razie niewielkie ich jest znaczenie. Zwykle już dnia piątego do siódmego nikną...*" – napisał w 1848 roku T. Matecki, doda-

jąc jednakże: „*Lecz bedlki liczne, z sobą spływające i do chorób innych przyłączające się wymagają już pomocy lekarza*” (12). Wiele lat później w „Radach starego lekarza...”, uspakajał nadal, iż „*pleśniawki są najniewinniejsze*”, lecz zaraz przestrzegał: „*czasami dołączają się do ciężkich chorób przewodu pokarmowego, także do chorób gorączkowych*” (13).

Leczenie

„Skoro akuszerka takowe plamki na ustach lub na ięzyku postrzeże, powinna natychmiast udadź się po radę do lekarza: sama zaś przemywa ie czystą wodą letnią lub z winem zmieszaną i zabrania karmiącey wszelkich potraw niestrawnych, tłustych i kwaśnych, które mléko psuć i odmieniać mogą. W niebytności lekarza może sama akuszerka użyć miodu różanego, którym kilka razy na dzień pleśniawki namasczać należy” – zalecał M. Mianowski (14).

Wskazania M. Mianowskiego nie odbiegały zbytnio od rad Ludwika Perzyny (1752-1812), popularyzatora wiedzy medycznej, należącego do Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, potocznie nazywanego bonifratrami. W XIX wieku dość znaną publikacją była praca „*Nauka położna krótko zebrana...”* (19). Perzyna na „*pleśń białą w gębach*” u noworodków i niemowląt podawał następujące remedia: „*Płucz winem z wodą, w którym szałwiia gotowana była – potym smaruy różanym miodkiem, w ktorym trochy soli rozpuścisz – niechay iada poleweczkę z rozcieraney marchwi z różanym miodkiem* (...). *Żabka pod językiem. Smaruy różanym miodkiem z solą rozpuszczonym*”

(19). Jak z tego, niejako przy okazji wynika, Perzyna różnicował „pleśń białą" od „żabki".

T. Matecki nie demonizował pleśniawek, jak to czynił M. Mianowski: „... *dla ulżenia dziecku radzę natenczas pędzlować w gąbce odgotowaniem korzenia ślazowego, miodkiem różannym samym, lub w połączeniu z boraksem.* (...) *Na wszelki sposób nieradzę wycierać bedłek inkaustem, albo jak to czasami wiejskie kobiety robią, uryną. Każda inna słabość w gąbce, niemoże być przedmiotem leków domowych*" (12).

Rady, zarówno Perzyny, jak i Mianowskiego, czy Mateckiego niewiele jednak przyczyniły się do szerzenia oświaty zdrowotnej wśród kobiet wiejskich. Powód był prosty: panie te nie umiały zazwyczaj czytać, a i zaufanie do lekarzy i duchownych bywało mocno ograniczone. *„Lud daje wiarę wszelkim czarom, zamawianiom, urokom, zadawaniom chorób; wierzy w złych, w czarownice, stośnicami również zwane, w owczarzów, i nieraz, chociaż za radą dworu, proboszcza lub jakiego rozsądniejszego sąsiada, wezwie w jakim przypadku doktora, nie przeszkadza to, że po wyjściu lekarza, z większym zaufaniem odda się w ręce umiejącego lub umiejącej zamawiać lub zażegnywać choroby. W receptę, zapisaną przez doktora, nie mają wiary; więcej zaufania okazują aptekarzom, których, przyszedszy do apteki, proszą nieraz o radę"* – pisała Melania Parczewska w końcu XIX wieku (18), a nie był to pogląd odosobniony.

W okolicach Olkusza — żabę leczono „*przykładaniem do bolącego miejsca żywej, zielonej żabki*", którą po przyłożeniu *„trzeba od-*

nieść w to miejsce, skąd się ją wzięło". *„Żabę gubią w Stopnickiem w ten sposób, że żabkę zieloną, złapaną w trawie, »zaszywają w woreczek, który zawiesza się na ciele chorej dzieciny«. Wycierają też pod językiem ususzoną majową żabkę, święconą w zielu*" – Henryk Biegeleisen podawał przykłady ludowego zastosowania zasady *similia similibus curantur* (1). Twierdził również, że górale z Krościenka pozbywali się choroby poprzez jej symboliczne zakopanie. Trzeba było: „*zrobić nożem dołek pod dębem, napluć doń trzy razy, tyleż razy obejść go dokoła*", a potem opuścić to miejsce (1, 27), zapewne bez oglądania się za siebie, jednakże tego typu działania mogły podjąć dopiero dzieci starsze, czy dorośli a nie noworodki, czy niemowlęta, więc raczej ten sposób leczenia nie dotyczył pleśniawek, lecz symptomów innych schorzeń objawiających się w jamie ustnej. O innym, również magicznym sposobie „spędzania" krost z końca XIX wieku pisał Konrad Zalewski: „*Na krosty u dzieci: Trzykrotnie polać psa wodą, w której dziecko się kąpało, a krosty zginą. Najlepiej czynić to o zachodzie słońca"* (31).

„*Żabę się zażegnuje, inaczej się jej nie wyleczy*"- stwierdziła wiekowa mieszkanka Obidzy w Beskidach, gdy Danuta Tylkowa prowadziła tam badania. „*W tym celu - jak powiada – »idzie się do złotej wierzby przeżegna się wytnie się skórkę [kawałek kory] i przyniesie do chałupy«. Korę tę należy trzykrotnie przesunąć dziecku po języczku, odmawiając przy tym Pozdrowienie Anielskie bez »amen«. Po zakończonym zabiegu korę należy odnieść w to samo miejsce, skąd ją wy-*

cięto, przykleić, przeżegnać się i wrócić do domu nie oglądając się za siebie, tylko odmawiając przez cała drogę »Zdrowaś Mario«" (26).

W okolicach Kielc zamawiano żabę w następujący sposób:

„Szła Najświętsza Panienka
krzyżowymi drogami
(napotkała żabę ze żabionkami)
Żabin się wrócił, a żaba nie wróciła
(bodajższ żabo w niwecz obróciła)" (15).

Na Rusi brano pokarm wylewający się przy jedzeniu z pyska świni, smarowano nim jamę ustną dziecka, wypowiadając słowa:

„Kuciu, kuciu (świnio)*, do koryta!*
Pliśniawka z jazyka!" (1)

Korzystano z „pomocy" świni także na Podolu, o czym wspomniał lekarz, Stanisław Spittal. Gdy dziecko dostawało pleśniawek, jego rodzicielka udawała się do chlewu i zanurzała palec w resztkach jedzenia, które znajdowało się w świńskim korycie, a potem smarowała tym dziecku wnętrze buzi (24).

Zabawny przypadek leczenia żabki opisywał K. Köhler (9), który od księdza z Kiełczewa pod Kościanem (Wielkopolska) otrzymał skonfiskowane narzędzia „praktyk czarodziejskich". Były nimi skamieliny – belemnity, zwane przez lud „*piorunowymi strzałkami*", albo „*pioruno-*

wymi kamyczkami". Zaciekawiony doktor Köhler nawiązał kontakt z zamawiaczką, która jak wynikało z jego ustaleń, posługiwała się przy zamawianiu żaby skamieniałym jeżowcem. „*Kobieta ta twierdziła, że jeżowce wyrastają na głowach królów żab, a że są oznaką ich majestatu królewskiego. Miała 4 takie skamieliny, które oddała księdzu, przyrzekając nadal już więcej nie zażegnywać. (...) Na jednym jeżowcu, przejętym krzemionką, przypadek zrządził, że została na podstawie tego skamieniałego mięczaka gładka* (...) *powierzchnia. Kobieta twierdziła, że sama tę koronę z króla żabiego głowy ścięła, a płaszczyzna gładka, to ślad pozostały od cięcia. Autosugestya, zdaje się, wywarła na nią taki wpływ, że robiła wrażenie o głębokiem przekonaniu swego twierdzenia, które byłaby gotowa poprzysiąc*". Tekst zamawiania brzmiał:

„*Szczęśliwą była ta godzina, kiedy Panna porodziła syna, oby też i ta tak szczęśliwą była". Trzy razy: W imię Ojca...."Dokąd to idziesz żabo, babulinko? Nie chodź tam, bom ja tam była. Przeżegnałam cię rączką Najświętszej Panny". Trzy razy: W imię Ojca... " (9)*

Właśnie do Matki Boskiej przy leczeniu żaby odwoływano się najczęściej. Zapewne rozumowano, iż skoro sama była matką, powinna najlepiej pomóc w leczeniu dzieci. Nie stwierdzono zbyt częstych odwołań do Matki Bożej w leczeniu innych chorób skóry (29). Na terenie Beskidów posługiwano się następującą formułą:

„Żaba byś skamlała
Siły, mocy nie miała

Żabka do wody
A Panienko Maryje
Broń piekielnego ognia" (26) .

W czasie wypowiadania tych słów przecierano język chorego dziecka czerwoną szmatką. Czynność tą powtarzano trzy razy, wypowiadając zamówienie, a po zakończeniu „terapii" gałganek wrzucano do potoku, by uniósł w dal chorobę. Przedtem trzeba było udać się nad rzekę przed wschodem słońca i obudzeniem się ptaków, nabrać spienionej wody zgodnie z prądem, w milczeniu, nie oglądając się za siebie, przynieść do domostwa, zanurzyć w niej skrawek czerwonego sukna i trzykrotnie wymyć buzię dziecka. Pozostałą wodę i materiał wynoszono z powrotem do rzeki, nie odzywając się do nikogo i nie oglądając się za siebie. „*Preferowano szczególnie miejsca, w których schodzą się 3 potoki. Liczba 3 bowiem, która - zgodnie z wierzeniami symbolizowała zmianę, miała zapewnić powrót do zdrowia"* (26).

Prowadząc swoje badania w latach 80-tych XX wieku, D. Tylkowa zauważyła, iż chociaż już nie stosowano magicznych formułek, nadal przecierano pleśniawki zmoczoną lub suchą czerwoną szmatką. „*Mogłoby to świadczyć o powszechnym niegdyś praktykowaniu opisanego wyżej magicznego »zmywania« żaby*" – pisała (26).

W Krakowie i jego okolicach również „zmywano" żabkę za pomocą pocierania zmienionych chorobowo miejsc suknem jasnoczerwonym, uprzednio zwilżonym bieżącą wodą, a zabieg stawał się bardziej skuteczny, gdy odbywał się w Wielki Piątek lub przed wschodem

słońca (32, 1). Z Małopolski pochodzi tekst zażegnywania żabki i szkorbutu, który nazywano „ślinogorzem": „*»Sła Najświętsa Panienka z Panem Jezusem drogo, napadła ślinogorza z zabo. Kaj ty idzies, ślinogorzu z zabo? Dy ja ide do tego człowieka chrzconego, mianowanego N. N., pod język, będe go susyć, morzyć. A ty jego nie ususys, nie umorzys, ja cie zegnam nie z grzechem, nie z moco, Najświętsej Panienki i Pana Jezusa i wsyćkich świętych pomoco«. Potem odmawia chory lub najbliższy z krewniaków trzy »Zdrowaś Maryja« do Przemienienia Pańskiego"* – pisał Marian Udziela (27).

Inny tekst z Beskidów, przytoczony przez D. Tylkową wskazuje, iż przy magicznych praktykach posługiwano się również sierpem, nierzadko używanym przy zamawianiu wszelkich chorób skórnych (29). Dokonując symbolicznego „ścięcia", mówiono:

„*Sierpiku, sierpiku*
zebrałeś z pola
oziminę i jarzynę
spędź plugawke" (26).

Gdy domowe zabiegi nie przynosiły rezultatu, wówczas szukano pomocy u „specjalisty", który potrafił zamówić żabę (26, 1, 6). „*Jak stwierdzają respondenci jeszcze w okresie międzywojennym zamawiania żaby na terenie badanych wsi było zjawiskiem powszechnym"* – pisała D. Tylkowa (26).

W wioskach położonych w Beskidzie Wysokim leczenie pleśniawek polegało na „zbrzydzeniu choroby". Jamę ustną dziecka przecierano obsiusianą pieluszką, śliną płynącą podczas pojenia z pysków zwierząt, wodą z fekaliami. W Beskidzie Śląskim posługiwano się krwią menstruacyjną, wypowiadając słowa: „*skadeś przisła — wracaj*". Odmiennie postępowano w okolicach Żywca – żabę usuwano tam szmatką zanurzoną w atramencie, bądź w cukrze (26).

Najwcześniejsze wzmianki dotyczące stosowania atramentu w celu likwidowania pleśniawek pochodzą z połowy XIX wieku. O tym, że był to sposób używany w Wielkopolsce, wiadomo z publikacji T. Mateckiego (12). „*Krosty w buzi u dzieci smarują atramentem, przykładają liście kapusty*" – pisała Janina Bogdanowiczówna o leczeniu pleśniawek na Lubelszczyźnie (2). Smarowano bedki atramentem również na Kujawach (25). „*Zabieg, pozbawiony z czasem całej magicznej oprawy, uproszczony został do zasadniczej czynności - dziś już nie zawsze zrozumiałej dla samych wykonawców, a miejscami przybierającej nawet wtórne pozory działania racjonalnego. Świadczyć o tym może stosowane w niektórych wsiach* (...) *wycieranie buzi dziecka szmatką zamaczaną w wodzie z atramentem. Atrament uznawano za środek odkażający, identyfikując go prawdopodobnie ze stosowaną w lecznictwie oficjalnym pioktaniną - płynem dezynfekującym o fioletowym zabarwieniu*" - pisała D. Tylkowa (26). Nie można zgodzić się z tym poglądem.

Rzecz w tym, iż fiolet gencjanowy, zwany również pioktaniną, bądź fioletem goryczki, podobnie jak zieleń brylantowa – aptekarska

viride nitens, środki odkażające, również wchodziły onegdaj w skład atramentów, były ich wodnymi, bądź alkoholowymi roztworami. W tym wypadku, można tylko chylić czoła przed ludowymi terapeutami. W wyniku poszukiwań leków do dezynfekcji, w roku 1872 wprowadzono do farmacji pioktaninę (21), a doktor Matecki wspominał o smarowaniu buzi dzieci atramentem w roku 1848. Wynika z tego jednoznacznie, iż ludność wiejska zastosowała atrament w leczeniu pleśniawek, zanim w medycynie oficjalnej odkryto bakteriobójcze działanie niektórych barwników.

Jaromir Jeszke w swoich badaniach stwierdził, iż w Wielkopolsce *„pleśniawki na języku zwalczano pocierając świeżo osiusianymi pieluszkami"* (6), co świadczyć może o zaniku zwyczaju używania atramentu. Po nasączone moczem pieluszki chwytano również na Kujawach. Sięgano także po takie środki, jak: „smoła" z fajki, spirytus, słona woda, soda oczyszczana, papka z mąki i cukru, napar z rumianku, *kala* (nadmanganian potasu). Pocierano również buzię dziecka zawiniętymi w szmatkę białymi grzybkami rosnącymi w drewnianych studniach, lub obciętym ogonem czarnego kota (25). Barbara Szychowska-Boebel podczas badań nie spotkała się już z zamawianiem.

Na zainteresowanie zasługuje wzmianka o stosowaniu cukru na Kujawach (25), podobnie jak w okolicach Żywca (26). „Nowiny Lekarskie" z roku 1889 zamieściły informację o tym, iż Fournier *„z dobrym skutkiem w praktyce dziecięcéj"* w leczeniu pleśniawek używał słabego roztworu sacharyny i spirytusu, którym nakazywał 4-5 razy dzien-

nie pędzlować gardło (22). Najprawdopodobniej autor notatki miał na myśli słynnego francuskiego lekarza Jeana Alfreda Fourniera, którego uważano za eksperta w leczeniu chorób skóry. Nie wątpiąc w działanie grzybobójcze spirytusu, wydaje się, że sacharyna i sacharoza mogły stanowić raczej znakomitą pożywkę dla *Candida albicans*. W II połowie XIX wieku znany był już również jako lek nadmanganian potasu, który w XVII wieku opisał Johann Glauber. Angielski chemik Henry Bollmann Condy opatentował początkowo nadmanganian sodu (1850), a później potasu (kryształki lub proszek Condy'ego). Produkował środek od roku 1867, walcząc w sądach z konkurencją (4), lecz trudno ustalić jest datę jego zastosowania na ziemiach polskich. W dwudziestoleciu międzywojennym *kali* było już przez lekarzy zapisywane. Badania nad środkami odkażającymi towarzyszyły rozwijającej się mikrobiologii. Już R. Koch przebadał kilkadziesiąt substancji (4). Lekarze w ostatnich dwóch dekadach XIX wieku zaczęli porzucać miód na rzecz środków chemicznych.

W medycynie ludowej w leczeniu pleśniawek nie posługiwano się zbyt często fitoterapią. Na „betki" koło Kielc aplikowano sok z czerwonych buraków (23, 5), gdzie indziej sięgano po rumianek (17, 25), czy po liście kapusty (2), pocierano śluzówkę korą wierzby (26).

Zapobieganie

„Gdy duża żaba pełza ku domowi, to powiadają, że to czarownica idzie. W ogóle każdą większą żabę, ropuchę pełzającą po ziemi mają za czarownicę, omijają ją daleka i nawołują dzieci, aby się do

niej nie zbliżały, bo może zaczarować" – wierzono w Galicji (28). Panowało przekonanie, iż zabicie żaby skutkuje „odrośnięciem" jej pod językiem sprawcy. Aby temu przeszkodzić, pod język wkładano czosnek (27).

„Nie wywołuj żaby z wody": „*Gdy ktoś na Pokuciu wobec dziecka wymawia słowo żaba — (żieba najczęściej szniaga) — powinien zaraz dodać wyrazy: »czesnok dytyni pid jazykom«. Gdyby tych wyrazów nie dodał, dziecko dostałoby pod językiem ranę, zwaną żieba, dla podobieństwa tejże rany do żaby«*" (8, 1). Wymawiać słowa „żaba" przy dziecku także nie wolno było na Podolu. Posługiwano się wobec tego synonimami: „skakawka" albo „weselucha". „*Gdyby jednak ktoś przez zapomnienie powiedział żaba, powinien wnet dla odczarowania dodać: czasnyk pid jazyk, a cebulka w sr...*" – pisał Stanisław Spittal. „*Aby dziecko nie dostawało owrzodzeń na języku lub w jamie ustnej, przemywa, a raczej przeciera mu matka w czasie kąpieli usta, dziąsła i język szmatką lnianą, szorstką i maczaną w wodzie kąpielowej*" (24).

Nie pozwalano dzieciom brać do ust grzebienia, by nie nabawiło się pleśniawek nie tylko w Małopolsce, w Beskidach, ale i na Lubelszczyźnie, czy na Kujawach. (33, 26, 3, 25).

Zakończenie

Pierwszy opis choroby (1839) spowodowanej przez grzyby i wykrycie grzybiczej etiologii niektórych schorzeń zawdzięczamy niemieckiemu chirurgowi Bernhardowi von Langenbeckowi (1810-1887). Rodzaj grzybów drożdżopodobnych pod nazwą *Monilia albicans* jako

pierwszy opisał w roku 1853 Charles Philippe Robin (1821?- 1885). *Monilia albicans* zmieniła nazwę na *Candida albicans* w roku 1923 dzięki pracy Christine Berkhout (1893–1932) z Utrechtu (33).

Zwrócenie uwagi na higienę (ochędóstwo) przez Mikołaja Mianowskiego należy uznać za spostrzeżenie wyprzedzające swoją epokę. Zarówno medyczne, jak i część ludowych sposobów leczenia pleśniawek, oparte były na doświadczeniu. Pędzlowanie zmian chorobowych za pomocą miodu „różannego" wydaje się być jak najbardziej zasadne. W zeszłym roku badania nad miodem prowadzone przez holenderski zespół doprowadziły do wyizolowania defensyn-1, białka, które stanowi cześć układu odpornościowego pszczoły i jest dodawane do miodu (10). Jak uznano, właśnie dzięki temu białku miód posiada tak znaczne działanie antybakteryjne. Odkrycie antymykotycznych właściwości miodu, znane z praktyki, przypuszczalnie wkrótce potwierdzą doświadczenia. W ludowych metodach zwalczania pleśniawek na ziemiach polskich, miód niestety nie znalazł uznania, za to wcześniej niż w medycynie oficjalnej dostrzeżono korzystne działanie barwników i mocznika. W terapii pleśniawek w polskiej etnomedycynie położono znaczny nacisk na leczenie magiczne, głównie oparte na zamawianiach. Działania te miały na celu uspokojenie matek, lecz nie dzieci. W nielicznych tylko przypadkach *żaba* okazywała się groźną chorobą. Ogromna śmiertelność wśród niemowląt w wieku XIX i wpierwszej połowie XX wieku, lęk o dziecko skłaniały do sięgania po magię, i religię. Stosowano środki drastyczne, budzące obrzydzenie

(koproterapia), czy dla dziecka niebezpieczne (np. „smoła” z fajki). Aleksander Osipowicz, urzędnik z Suwałk, żywo zainteresowany kulturą ludową, w końcu XIX wieku napisał: „*Wobec unikania pomocy lekarskiej, właściwego włościanom, wobec zbójeckich leków, zadawanych chorym przez znachorów, i zupełnego zaniedbania djety oraz warunków higjenicznych, podziwiać należy znakomity hart fizyczny ludzi wiejskich, których pomimo tak niefortunnych okoliczności, chyba sama matula-przyroda, jako istoty oddane twardej i ciągłej pracy wśród ruchu i na wolnym powietrzu, pielęgnuje i uzdrawia!*” (16). Nic dodać, nic ująć. Przetrwali najsilniejsi.

Streszczenie

Pleśniawki, schorzenie jamy ustnej spowodowane przez *Candida albicans,* dotykające najczęściej noworodki, niemowlęta i małe dzieci, nazywane były na ziemiach polskich „żabą”, „żabką”, „grzybkami”. W leczeniu pleśniawek w dużej mierze opierano się na magii, niemniej znaleziono również skuteczne sposoby ich zwalczania za pomocą fito- i koproterapii. Ludność wiejska zastosowała atrament w leczeniu pleśniawek, zanim w medycynie oficjalnej odkryto bakteriobójcze działanie niektórych barwników. Lekarz, profesor Mikołaj Mianowski z Wilna w roku 1825 zwrócił uwagę na brud jako czynnik wywołujący chorobę.

Piśmiennictwo

1. *Biegeleisen H.*: Matka i dziecko w obrzędach, wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego. Lwów 1927, s. 242-343.
2. *Bogdanowiczówna J.*: Kilka notatek z medycyny ludowej, ze wsi Nadrybie w pow. Chełmskim. Wisła 1896, t.10, z. 2, s. 345-348.
3. *Gawełek F.*: Przesądy, zabobony, środki lecznicze i wiara ludu w Radłowie, w pow. Brzeskim. MAAE 1910, t.11, cz. III, s. 47-106.
4. *Hugo W. B.*: A brief history of heat and chemical preservation and disinfection. J. Appl. Microbiol. 1991, t. 71, nr 1, s. 9 -18.
5. *Jaguś I.*: Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku. Kielce 2002, s.102.
6. *Jeszke J.*: Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian. Wrocław1996, s. 52- 68.
7. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Krakowskie, t.7, cz.3. Wrocław – Poznań 1962, s. 154.
8. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Pokucie, t.31, cz.3. Wrocław – Poznań 1963, s. 135.
9. *Köhler K.*: O belemnitach. Lud 1896, t. 2, s. 39.
10. *Kwakman P., de Velde A., de Boer L., Speijer D., Vanderbroucke C. G., Zaat S.*: How honey kills bacteria. FASEB J. 2010, r. 24, nr 7, s. 2576-2582.
11. Machulak *M.*: *W stronę Solecznik. Krosno 2002, s.27.*
12. *Matecki T. T.*: Poradnik dla młodych matek czyli fizyczne wychowanie dzieci w pierwszych siedmiu latach. Poznań 1848, s.263-264.
13. *Matecki T. T.*: Rady i nauki starego lekarza dla nielekarzy. Poznań1867, s. 193-194.
14. *Mianowski M.*: Nauka sztuki położniczej dla niewiast. Wilno 1825, s. 443-444.
15. *Michalski T.*: Oblicze Zdrowotności. Potęga natury, zwyczaje, wizje, zioła sekrety znachorskie. Przedbórz 2007, s. 62.
16. *Osipowicz A.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1897, t.11, z.4, s. 771-783.
17. *Paluch A.*: Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób. Wrocław 1995, s. 84.
18. *Parczewska M.*: Lecznictwo ludowe. Wisła 1896, t.10, z. 2, s. 342 -344.
19. *Perzyna L.*: Nauka położna krotko zebrana, cyrulikom, położnym, jako też i babom, czyli kobietom przy rozwiązaniu rodzących położnic służącym, dla wiadomości bardzo potrzebna: na pytania i odpowiedzi rozłożona. Kalisz 1790, s. 135-136.
20. *Półtorak Z.*: Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny. Opole 1989, s. 21.
Rembieliński R., Kuźnicka B.: Historia farmacji. Warszawa1987, s.124-125.102.
22. Sacharyny przeciwko pleśniawkom, *anonim*, rubr. Zapiski lecznicze. Now. Lek. 1889, R.1, nr 11, s. 580.
23. *Siarkowski W.*: Materyały do etnografii Ludu polskiego z okolic Kielc. Część II. ZWAK 1879, t. 3 cz. III, s. 3-61.
24. *Spittal S.*: Lecznictwo ludowe w Załoźcach i okolicy. Materiały dotyczące sposobów leczenia, zielarstwa, wierzeń, zabobonów i znachorstwa. Rocz. Podol. 1938, t. 1, s. 62 -225.
25. *Szychowska – Boebel B.*: Lecznictwo ludowe na Kujawach (Materiały i rozważania). Toruń 1972, s. 32.
26. *Tylkowa D.*: Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich. Tradycja i współczesność. Wrocław 1989, s. 65-103.

27. *Udziela M.*: Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej. Wisła 1891, t. 7, s. 5-288.
28. *Udziela S.*: Lud polski w powiecie Ropczyckim w Galicyi. ZWAK1890, t.14, cz. III, s.1-136.
29. *Wdowiak L., Kaczmarek J.*: Psychological aspect in treating skin diseases in Polish ethnomedicine, [w:] *K. Janowski, S. Steuden* (ed.) Biopsychosocial Aspects of Health and Disease, t. 1. Lublin 2009, s.30-39.
30. *Wierzchowski Z.*: Materyjały etnograficzne z powiatu Tarnobrzeskiego i Niskiego w Galicyi. ZWAK 1890, t. XIV, cz. III, s. 145-251.
31. *Zalewski K.*: notatka w rubryce Poszukiwania. Wisła 1903, t. 17, z.3, s. 368.
32. *Zieleniewski M.*: O przesądach lekarskich ludu naszego. Kraków1845, s. 35.
33. *Zieliński K. W.*: Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte. Bielsko Biała 2004, s. 122.

Praca zawiera 29 385 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

LECZNICTWO UZALEŻNIEŃ W POLSCE W LATACH 1918-1939

Adrian Zandberg

Wyższa Szkoła Komunikowania,
Politologii i Stosunków Międzynarodowych
ul. Rozłogi 10, 01-310 Warszawa
adrian.zandberg@gmail.com

Początki nowoczesnego lecznictwa uzależnień przypadają na ziemiach polskich na pierwsze lata dwudziestego wieku. Datujący się na ten okres rozwój instytucji i organizacji społecznych zajmujących się zwalczaniem alkoholizmu nie zbiega się w czasie ze szczególnym natężeniem pijaństwa. Szczyt spożycia przypadł na ziemiach polskich w latach czterdziestych dziewiętnastego wieku, kiedy osiągnęło ono poziom ok. 10 litrów czystego alkoholu na osobę rocznie (nota bene niewiele wyższy niż obecnego)[1]. W kolejnych dekadach ilość wypijanego alkoholu sukcesywnie spadała, osiągając w przededniu pierwszej wojny światowej poziom 2-4 litrów alkoholu na osobę[2]. Podobnie

1. J. Moskalewicz et al., "Poland," w: *Alcohol and Temperance in Modern History. An International Encyclopaedia* (Oxford: ABC-CLIO, 2003), 482; *WHO global status report on alcohol and health* (Genewa: WHO, 2011), 276.
2. T. Brzeziński, "Społeczne problemy alkoholizmu w Polsce w latach 1918-1939," *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 60, n. 4 (1997): 347; J. Moskalewicz, A. Zieliński, "Poland," in *International handbook on alcohol and*

jak w innych krajach, rozwój lecznictwa uzależnień można więc wiązać raczej z upowszechnieniem w Polsce postrzegania niekontrolowanej konsumpcji środków odurzających jako choroby (a także samego ukutego przez Magnusa Hussa pojęcia alkoholizmu) i ze spadkiem społecznej akceptacji dla nietrzeźwości niż z możliwym do uchwycenia statystycznie narastaniem problemu społecznego[3].

Powstające u schyłku stulecia kliniki odwykowe opierano zazwyczaj o zasadę ścisłej abstynencji. Za wzór służyło szwajcarskie sanatorium w Ellikon am Thur, założone w 1888 roku przez dr Augusta Forela. Fala zainteresowania lecznictwem uzależnień z pewnym opóźnieniem dotarła także na ziemie polskie. W 1910 r. dr Teodor Łapiński ubolewał wprawdzie, że „we wszystkich trzech zaborach zrobiono pod tym względem bardzo mało jeśli nie nic zupełnie"[4], ale była

---

culture, ed. Dwight B. Heath (Westport: Greenwood Publishing Group, 1995), 225.

3 H. Spode, "Sucht - Faktum oder Fiktion? Zum Krankheitsmodell des Alkoholismus aus Sicht derhistorischen Anthropologie," w: *Menschenbilder in der Medizin - Medizin in den Menschenbildern*, ed. Karl-Friedrich Wessel et al. (Bielefeld: Kleine, 1999), 766-772; H. G Levine, "The discovery of addiction," *Journal of Studies on Alcohol* 39, n. 1 (1978): 143–174; A. Chwalba, red., *Obyczaje w Polsce: od średniowiecza do czasów współczesnych* (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005), 279; T. Nasierowski, "Historia uzależnień," *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 7, n. 3 (2007): 123-124; A. Rothe, *Otrucie wyskokowe, czyli alkoholizm, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób nerwowych w kraju i za granicą* (Warszawa: E. Wende, 1882); W. Chodecki, "O pijaństwie. Studium społeczno-higieniczne," *Biblioteka Warszawska* 4 (1885): 339-362.

4 T. Łapiński, "O zakładach leczniczych, ambulatoryach i przytułkach dla alkoholików," *Zdrowie* 20, n. 1 (1910): 34.

to ocena nieco przesadzona. Co prawda plany budowy w Królestwie ośrodków dla uzależnionych z funduszy kuratoriów trzeźwości[5] nie zostały zrealizowane ze względu na brak środków finansowych (dysponenci funduszy uznali, że bardziej celowe od leczenia pojedynczych uzależnionych będzie spożytkowanie pieniędzy na adresowaną do szerokich grup społecznych działalność prewencyjną, m. in. organizowanie bezalkoholowych imprez masowych[6]), ale sytuacja przedstawiała się zupełnie inaczej na terenie zaboru niemieckiego. Na przyszłych ziemiach II Rzeczpospolitej działały tam trzy ośrodki odwykowe: katolicki, prowadzony przez zakon kamilianów w Tarnowskich Górach, oraz dwa protestanckie: w Gościejewie i Bojanowie[7]. Ponadto

---

5 J. Dąbrowski, "Kuratorya trzeźwości," *Wielka encyklopedia powszechna ilustrowana* (Warszawa, 1908), 499-501; I. Krasińska, "Kuratoria Opieki nad Trzeźwością Ludową w latach 1898-1914 i ich wpływ na życie kulturalno-oświatowe mieszkańców miast i miasteczek guberni radomskiej," *Almanach Historyczny* 1 (1999): 77-108; L. Bregman, "Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem," *Zdrowie* 17, n. 11 (1901): 821-846.

6 Szerzej: L. Bregman, "Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem," *Zdrowie* 17, n. 11 (1901): 821-846.

7. P. Gantkowski, "O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu ze szczególnem uwzględnieniem istoty alkoholizmu, profilaktyki i higieny," *Archiwum Higieny* 1, n. 2 (1925): 125; W. Jaszczołt, J. Paciorkowski, *Polityka społeczna państwa polskiego* (Ministerstwo Opieki Społecznej, 1935), 383; W. Martius, *Deutsche Trinkerheilstätten: Geschichte und Aufgaben des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebiets* (Mässigkeits-Verlag, 1908), 72-73; W. Węglicki, *Monografia Rzymskokatolickiej Parafii Pw. Św. Jana Chrzciciela i Św. Kamila w Tarnowskich Górach* (Tarnowskie Góry: Epigraf, 2002), 22-29, 84-87.

w Poznaniu od 1907 roku funkcjonowała opieka ambulatoryjna w postaci miejskiej stacji opiekuńczej dla alkoholików[8].

Okres pierwszej wojny światowej przyczynił się zahamowania działalności przeciwalkoholowej w dawnym zaborze niemieckim. Brak funduszy i zainteresowania ze strony organów publicznych spowodował zamknięcie istniejących zakładów odwykowych, stąd w momencie odzyskania przez Polskę niepodległości w kraju nie działał żaden taki ośrodek[9]. Okres budowy publicznego lecznictwa zakładowego przypada dopiero na połowę lat 20. Punktem zwrotnym było przyjęcie w 1924 r. przez parlament ustawy o monopolu spirytusowym, zgodnie z którą 1 procent zysków ze sprzedaży alkoholu miał zostać przeznaczony „na walkę z alkoholizmem, szpitale i schroniska dla alkoholików"[10]. Były to pierwsze stałe fundusze publiczne przeznaczone na leczenie alkoholizmu.

W 1925 r., antycypując „większy dopływ pieniędzy", Departament Służby Zdrowia zaplanował stworzenie sieci zakładów odwykowych ulokowanych w pobliżu większych miast: Warszawy, Łodzi, Lwowa, Poznania, Krakowa, Wilna i Torunia[11]. Dostępne fundusze

---

8 Archiwum Akt Nowych, Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem "Trzeźwość" 785/1, s. 7; Gantkowski, "O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu ze szczególnem uwzględnieniem istoty alkoholizmu, profilaktyki i higieny," 141.
9 Ibid., 125.
10 Dz.U. 1924 nr 78 poz. 756
11 AAN, Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem Trzeźwość 785/1, s. 120-121

okazały się zdecydowanie skromniejsze od zakładanych[12] i w rezultacie do 1939 r. powstały w Polsce tylko dwa takie ośrodki. W 1927 r. ponownie otwarto dla pacjentów przejęty przez poznański Krajowy Związek Komunalny ośrodek odwykowy w Gościejewie[13], a w *1929 r. państwo nabyło zrujnowany pałacyk magnacki w Świącku Wołłowiczowskim koło Grodna z zamiarem przebudowy rezydencji na specjalistyczne sanatorium, zdolne przyjąć do 100 pensjonariuszy14. Zakład dla uzależnionych uruchomiono ostatecznie po kilkuletnich pracach remontowych w październiku 1933 roku15. Kierownictwo objął w nim dr Henryk Zajączkowski, wysłany uprzednio w podróż studyjną po wiodących europejskich ośrodkach dla uzależnionych16. Łącznie z reaktywowanym ośrodkiem kamilianów w Tarnowskich Górach pod koniec lat 30. działały więc w Polsce 3 specjalistyczne zakłady odwykowe17. Dla porównania w Niemczech funkcjonowało*

---

12 "Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Walka z alkoholizmem," *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 6, n. 28 (1929): 671-672.

13 "Schronisko dla alkoholików w Gościejewie pod Rogoźnem," *Świt. Miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem* 24 (1927): 166; "Nowa lecznica krajowa w Gościejewie," *Ilustracja Poznańska*, 13.08.1927, s. 3.

14 „Sprawozdanie z działalności referatu walki z alkoholizmem w okresie 1919-1929", AAN, Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość" 785/1, s. 408

15 "Państwowe sanatorium dla narkomanów w Świącku," *Trzeźwość* 8, n. 7-9 (1933): 181-185.

16 "Kronika," *Trzeźwość* 6, n. 6-9 (1931): 207.

17 J. Gallus, *Przewodnik neurologiczno-psychiatryczny po Polsce* (Warszawa: Komitet Organizacyjny I Zjazdu Neurologów i Psychjatrów Ziem Słowiańskich, 1936), 21-22.

*w tym okresie 65 takich instytucji, dysponujących 2000 łóżek18. Niedobór miejsc powodował, że – z braku innych możliwości - uzależnieni trafiali często do szpitali psychiatrycznych. W latach trzydziestych niektóre z nich (m.in. w Choroszczy i Kościanie) zdecydowały się na wydzielenie oddzielnych pawilonów dla nałogowców i stosowanie wobec nich specjalnego trybu o charakterze leczniczo-wychowawczym. W większości zakładów, niedopasowanych do obsługi alkoholików, stanowili oni – jak twierdził w 1933 roku dr Henryk Zajączkowski – „dosłownie plagę, przyczyniając ogromnie dużo trudności lekarzom i personelowi zakładu, z drugiej zaś strony cierpiąc bardzo sami na niedostosowaniu do warunków zakładu psychiatrycznego"*19.

Terapia prowadzona w zakładach odwykowych w Gościejewie i Świącku opierała się o założenie niemożności powrotu uzależnionego do kontrolowanej, umiarkowanej konsumpcji alkoholu. Jej celem było przygotowanie do pełnej i trwałej abstynencji20. Podstawę leczenia stanowiła psychoterapia, jednak towarzyszył jej szeroki wachlarz innych metod leczniczych. Pobyt w zakładzie rozpoczynał się od detoksykacji. Alkohol odstawiano na oddziale zamkniętym, podając środki uspokajające, pomagające znieść towarzyszącą początkom przymusowej abstynencji bezsenność i stany lękowe. Pensjonariu-

---

18 "Protokół posiedzenia Sekcji do zwalczania alkoholizmu przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia, które odbyło się w dniu 24.VI 1932 r. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych," *Zdrowie* 48, n. 3-4 (1933): 178.
19 Ibid., 179.
20 H. Zajączkowski, "Lecznictwo alkoholików," *Trzeźwość* 12, n. 1-3 (1937): 12.

szom aplikowano gorące kąpiele (celem „anemizacji mózgu") oraz podskórne zastrzyki strychniny, mającej pełnić rolę „antidotum na działanie alkoholu na układ nerwowy". W cięższych przypadkach w okresie odstawienia pacjenta utrzymywano w narkozie21. W dalszej fazie leczenia sporą popularnością cieszyła się autohemoterapia, czyli domięśniowe zastrzyki ze świeżo pobranej krwi pacjenta, choć – jak przyznawał pod koniec lat 30. dr Zajączkowski – metoda ta „częściowo zawiodła pokładane w niej nadzieje"22 (stosowano ją jednak nadal w przekonaniu, że przyśpiesza odtrucie organizmu i przywraca prawidłową przemianę materii). W przypadku morfinistów dr Neczaj-Hruzewicz, kierownik zakładu w Gościejewie, rekomendował także podawanie leków rozkurczowych (aminofiliny) oraz (zaczerpnięte z medycyny chińskiej) „wstrzykiwanie zawartości pęcherza wywołanego na skórze chorego środkami pryszczącemi"23. Spośród mniej inwazyjnych metod Świąck i Gościejewo oferowały szereg zabiegów typowo sanatoryjnych. Świąck reklamował umieszczone w pałacowych oficynach urządzenia do „elektryzacji: djatermię i pantostat", salę wo-

---

21 Ibid., 9; J. Neczaj-Hruzewicz, "Lecznictwo nałogowców," *Trzeźwość* 12, n. 8 (1937): 517-518.

22 Zajączkowski, "Lecznictwo alkoholików," 9; W. Mitkus, "Próby leczenia alkoholizmu autohemoterapją," *Polska Gazeta Lekarska* 7, n. 32 (1928): 576-578; Autohemoterapię, podobnie jak okresowe zastrzyki ze strychniny, stosowano także jako metodę leczenia ambulatoryjnego. Stanisław Deresz, "Leczenie pozazakładowe alkoholików," *Rocznik Psychiatryczny* 16 (1931): 176; Fundowicz, "Działalność przychodni przeciwalkoholowej w Białymstoku od dnia 1.III.1933 do 15.IX.1935 r.," 419.

23 Neczaj-Hruzewicz, "Lecznictwo nałogowców," 518.

doleczniczą, oferującą „kąpiele zwykłe, tlenowe, jodłowe, piankowe, półkąpiele, oraz kąpiele częściowe, natryski parowe, szkockie, biczowe, wachlarzowate, deszczowe", a także gabinet fototerapii światłem widzialnym, podczerwonym i ultrafioletowym24. Alkoholikom zalecano picie wód zdrojowych, kąpiele mineralne, fizjoterapię, gimnastykę na świeżym powietrzu, a także przejście na dietę wegetariańską25. Obydwa państwowe zakłady odwykowe stosowały także terapię pracą. Działały w nich pracownie stolarskie (w Świącku także introligatorska), w których pensjonariusze mogli spędzać czas, zarabiając przy okazji na drobne wydatki26. Na przylegających do zakładów fermach rolnych pacjenci uprawiali na swoje potrzeby warzywa i owoce, z ich pracy korzystano także przy remoncie i rozbudowie ośrodków27. Organizowana w ramach terapii praca nie ograniczała się zresztą tylko do wysiłku

---

24 J. Szymański, "Państwowe zakłady dla narkomanów i alkoholików - Świąck i Gościejewo," w: *Szpitale psychiatryczne w Polsce*, t. 3 (Warszawa, 1937), 35-36; Gallus, *Przewodnik neurologiczno-psychiatryczny po Polsce*; *Polski almanach uzdrowisk* (Polskie Towarzystwo Balneologiczne, 1934); M. Klimowicz, "Wieści ze Świącka," *Trzeźwość* 10, n. 8-9 (1935): 385-392; W. Bienin-Bielenin, "Życie w Świącku," *Trzeźwość* 11, n. 12 (1936): 604.

25 P. Gantkowski, "Czy w leczeniu alkoholików można się w wybranych przypadkach posługiwać również i leczeniem w uzdrowiskach?," w: *Pamiętnik I Kursu Dokształcającego dla Lekarzy w Ciechocinku-Zdroju* (Włocławek: Neuman & Tomaszewski, 1928), 63-64.

26 Bienin-Bielenin, "Życie w Świącku," 608; *Przewodnik i informator po pawilonie Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego (Starostwo Krajowe w Poznaniu) na Powszechnej Wystawie Krajowej* (Poznań, 1929), 11.

27 mec., "Z życia w Świącku," *Trzeźwość* 9, n. 9-10 (1934): 239; Klimowicz, "Wieści ze Świącka," 388; Szymański, "Państwowe zakłady dla narkomanów i alkoholików - Świąck i Gościejewo," 36.

*fizycznego – przykładowo, nałogowcy z Gościejewie wydawali na wysłużonym szpitalnym szapirografie pismo Abstynent28. Co ciekawe, w latach 30. polscy lekarze byli mocno sceptyczni wobec pierwszych prób prowadzenia terapii awersyjnej, która po drugiej wojnie światowej (po odkryciu w 1948 roku disulfiramu) miała stać się tak popularną formą leczenia alkoholizmu zarówno w Polsce, jak i innych krajach bloku wschodniego*29.

Istotnym czynnikiem utrudniającym leczenie był pół-otwarty charakter zakładów, który umożliwiał pacjentom przemycanie alkoholu. Dyrektor sanatorium w Świącku, dr Zajączkowski, świadomy tego problemu, nie chciał jednak wdrażać „nadmiernej kontroli, ograniczenia swobody, inwigilacji i rewizji”, obawiając się, że polityka braku zaufania, uderzająca w godność pacjentów, „niszczy te walory psychiczne, na których mamy zbudować jego przyszłą egzystencję”. Stosowane rozwiązania, takie jak obowiązkowa abstynencja personelu zakładu czy dobre wynagrodzenia pielęgniarzy, mające uchronić ich przez „pokusą czerpania dochodów z przemytu środków narkotycznych”30, nie były zbyt skuteczne. W korespondencji Juliusza Żuławskiego zachował się list, rzucający interesujące światło na praktykę funkcjonowania ośrodka. W 1936 roku dobry znajomy pisarza, a zarazem pacjent zakładu w Świącku, prof. Janusz Domaniewski, relacjonował:

---

28 Pojedyncze numery pisma zachowały się w zbiorach Biblioteki Narodowej

29 Zajączkowski, “Lecznictwo alkoholików,” 10.

30 Ibid., 10-11.

*„Jeśli miałem kiedyś wątpliwości, czy jestem alkoholikiem, to rozwiały się one ostatecznie. Niewątpliwie jednak taki facet jak ja łatwo może tu wpaść w nałogowe pijaństwo. Wyobraź sobie trzydziestu gości, którzy przez cały dzień nie mówią o niczym innym jak o alkoholu i marzą o tym, jakby tu dobrze popić. Zakład jest otwarty, więc właściwie każdy może od czasu do czasu wyjść i urżnąć się lub przemycić butlę gorzały. Trudności tylko podniecają. Każde oszukanie sanitariuszy lub lekarzy uważane jest za najlepszy kawał"*31.

*Proceder przemycania alkoholu i narkotyków dotyczył, jak się wydaje, przede wszystkim grupy „nałogowców niepoprawnych", czyli tych, którzy nie wyrażali woli zostania abstynentami, a trafiwszy do Gościejewa czy Świącka pod presją rodzin bądź z wyroku sądu, traktowali pobyt w zakładzie jako tymczasową, przymusową przerwę w dotychczasowym stylu życia. „Kumulacja pacjentów, rokujących nadzieję wyleczenia z pacjentami beznadziejnymi – pisał w 1935 roku dyrektor ośrodka w Gościejewie, dr Neczaj-Hruzewicz - psuje efekt leczniczy i przeszkadza w leczeniu"*32. *Terapeuci nie mieli fizycznej możliwości odseparowania rozpoznanych „nałogowców niepoprawnych". Negatywnie oceniano jednak praktykę odsyłania ich do szpitali psychiatrycznych, w których także wpływali oni ujemnie na współpacjentów, łamiąc panującą tam dyscyplinę. Pojawiające się w latach*

---

31 J. Żuławski, red., "List Janusza Domaniewskiego do Juliusza Żuławskiego, 8.05.1936," w: *Z domu* (Warszawa: PIW, 1978), 305-306.
32 J. Neczaj-Hruzewicz, "Lecznictwo nałogowców niepoprawnych," *Trzeźwość* 10, n. 8-9 (1935): 319.

trzydziestych projekty stworzenia odpowiedniego odrębnego zakładu, współfinansowanego z przymusowej pracy pensjonariuszy, nie zostały nigdy w praktyce zrealizowane33.

Dla ośrodków odwykowych problemem okazał się art. 82 kodeksu karnego z 1932 r., dający sądom prawo do przymusowego umieszczania skazanych, których czyn pozostawał w związku z konsumpcją środków odurzających, w „odpowiednich zakładach leczniczych"34. W rzeczywistości zakłady takie po prostu nie istniały. Świąck i Gościejewo nie były przygotowane do przetrzymywania osób skazanych, nierzadko za poważne przestępstwa. Mimo to sądy kierowały skazanych do zwykłych placówek odwykowych (dezorganizując pracę terapeutyczną z innymi pacjentami) bądź – zdecydowanie częściej – do zakładów dla umysłowo chorych35.

Uwagę polskich terapeutów uzależnień przykuwała kwestia resocjalizacji uzależnionych po zakończeniu leczenia zakładowego. Lekarze byli świadomi, że wyrywanie pacjenta z codziennego otoczenia

---

33 Ibid., 320.

34 Grupa osób, których dotyczył art. 82, była dość spora, gdyż - zgodnie ze stosowaną wykładnią prof. Makarewicza - przepis odnosił się nie tylko do czynów dokonanych pod wpływem substancji psychoaktywnych, ale do wszelkich przestępstw dokonywanych przez osoby uzależnione, które można powiązać z ich nałogiem, takich jak np. kradzieże, fałszowanie recept przez morfinistów itp. J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem* (Lwów: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1932), 162-164.

35 "Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zwalczania Narkomanij. Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia 20.III.1935," *Trzeźwość* 10, n. 11-12 (n.d.): 582.

jest wskazane tylko dla części nałogowców36. „Ozdrowieńcy", wracający po wielomiesięcznym leczeniu zakładowym, borykali się ze społeczną stygmatyzacją. „Bo proszę sobie wyobrazić – pisał w 1928 roku w gościejewskiej gazetce zakładowej jeden z tamtejszych pacjentów – człowiek młody, który chwilowo wpadł w alkoholizm, zachwiał się i wyleczył, jak z każdej choroby, wychodzi z lecznicy. Czy duże ma szanse, że znajdzie zajęcie? Wszak dla ogromnej ilości osób słowa: był w zakładzie dla alkoholików są czemś piorunującem, czemś w rodzaju: siedział za kradzież w więzieniu"37. Problem ten stał się szczególnie dolegliwy w realiach dynamicznie rosnącego w latach 30. bezrobocia. Starając się mu zaradzić, związany z ruchem abstynenckim senator Aleksander Iżycki proponował utworzenie kolonii byłych nałogowców, przeznaczonych dla pacjentów, którzy zakończyli leczenie zakładowe i stali się abstynentami, lecz ze względu na okoliczności życiowe nie mogli wrócić do dawnej pracy. Projekt zakładał utworzenie przez państwo samowystarczalnych, kolektywnych gospodarstw rolnych, funkcjonujących pod nadzorem lekarskim istniejących zakładów leczniczych38. Do utworzenia takich placówek ostatecznie jednak nie doszło.

Pomimo państwowego charakteru zakłady dla alkoholików były dostępne przede wszystkim dla przedstawicieli elit społecznych.

---

36 Zajączkowski, "O ośrodkach pracy dla uleczonych nałogowców i organizacji opieki pozazakładowej," *Trzeźwość* 10, n. 8-9 (1935): 316.
37 „Do naszych czytelników", *Abstynent* 1, 1(1928): 3
38 Zajączkowski, "O ośrodkach pracy dla uleczonych nałogowców i organizacji opieki pozazakładowej."

W połowie lat trzydziestych koszt pobytu pacjenta wynosił (zależnie od wybranego standardu) od 150 do 300 złotych miesięcznie39 - wobec przeciętnych zarobków robotnika ok. 100 złotych miesięcznie40. Przy zalecanych 6 miesiącach kuracji łączny koszt leczenia w tym trybie sięgał około 1000 złotych, co (abstrahując nawet od pozostawania przez pół roku bez zarobków) było sumą zawrotną z punktu widzenia przeważającej większości pracowników najemnych. Niedostępność lecznictwa zakładowego dla uboższych klas społecznych dobrze obrazują badania dochodów alkoholików, przeprowadzone w latach 1925-1934 przez warszawski I Miejski Ośrodek Zdrowia. Spośród 1278 ankietowanych (mieszkających w relatywnie zamożnym mieście) ok. 35% legitymowało się zarobkami poniżej 100 zł, a niemal 80% - poniżej 300 zł miesięcznie41. Wśród pacjentów ośrodków odwykowych dominowali w efekcie wojskowi, urzędnicy i przedstawiciele wolnych zawodów42. Ograniczenie dostępności Świącka i Gościejewa było krytykowane przez znaczące postaci polskiego świata medycznego. W 1934 dyrektor Państwowego Zakładu Higieny, docent Gustaw Szulc, wskazywał na nieracjonalny z punktu widzenia terapeutycznego charakter segregacji pacjentów według kryterium zdolności do opłacenia leczenia. Do lecznictwa zakładowego trafiały bowiem

---

39 *Polski almanach uzdrowisk*, 399, 445-446.
40 *Mały Rocznik Statystyczny 1934*, s. 166
41 S. Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie* (Warszawa: Trzeźwość, 1936), 41.
42 "Kronika. Z życia w Świącku," *Trzeźwość* 9, n. 9-10 (1934): 238.

osoby radzące sobie - mimo uzależnienia - w życiu zawodowym, które z powodzeniem mogłyby leczyć się w trybie ambulatoryjnym. W wyniku przyjętego w Polsce modelu zajmowali oni w Świącku i Gościejewie miejsca chorym, którzy „dzięki nałogowi stoczyli się już na dno nędzy"43. Koszty leczenia powodowały, że nieliczne łóżka w zakładach odwykowych pozostawały niewykorzystane. W 1935 roku, w okresie przejmowania placówki w Gościejewie z rąk samorządu przez państwo, na 30 dostępnych łóżek przypadało 12 pacjentów, obsługiwanych przez 12 pracowników (zajmujących się, poza opieką lekarską, m.in. obsługą przyzakładowej szparagarni i oranżerii). Zarazem, pomimo wysokich opłat pobytowych, budżet ministerialny dokładał do funkcjonowania lecznicy 31 000 zł rocznie, co wzbudzało spore kontrowersje wśród opinii publicznej. Problem zakładów odwykowych trafił nawet pod obrady Senatu, podczas których, przy okazji debaty nad budżetem zdrowotnym, padła wręcz propozycja likwidacji Gościejewa i przeniesienia pacjentów do ogólnych szpitali psychiatrycznych44.

Odpłatne zakłady odwykowe, dysponujące w skali kraju mniej niż 200 miejscami dla pacjentów, przyczyniały się w nikłym stopniu do

---

43 G. Szulc, "Narkomania jako zagadnienie higieny społecznej," *Medycyna*, n. 5 (1934): 162.

44 "Nieuzasadniony atak," *Trzeźwość* 11, n. 1-4 (1936): 148-149; Por. także dyskusję o "luksusie i demoralizującym wpływie leczenia zakładowego" w: M. Klimowicz, "Sprawozdanie z posiedzenia sekcji do walki z alkoholizmem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia (27.06.1935)," *Trzeźwość* 10, n. 8 (1935): 378-383.

zwalczania zjawiska nałogowej konsumpcji alkoholu. W drugiej połowie lat 20. w kręgach medycznych popularność zyskiwała idea opieki ambulatoryjnej. Psychiatra z Tworek, dr Stanisław Deresz, wyrażał opinię znacznej części środowiska, pisząc: „Jak w zakresie walki z gruźlicą nie uznajemy obecnie za conditio sine qua non wysyłanie każdego przypadku do sanatorium, a staramy się unormować warunki życia pacjenta tak, aby mógł on wyzdrowieć nie odrywając się od codziennych zajęć, tak i w alkoholizmie kierujemy do zakładów specjalnych tylko pewne przypadki ciężkie, w których okres głodu alkoholowego wymaga izolowania pacjenta. Koszta leczenia ambulatoryjnego są nieskończenie niższe od zakładowego i dlatego niepomiernie większa liczba osób może z niego korzystać”[45].

Na ziemiach polskich pierwsze poradnie przeciwalkoholowe powstały jeszcze przed pierwszą wojną światową pod zaborem niemieckim. W „Szkicu planu walki z alkoholizmem w Polsce”, sformułowanym w 1919 roku w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, przewidziano dla nich istotną rolę w polityce przeciwalkoholowej niepodległej Polski[46]. Ambulatoryjne lecznictwo alkoholizmu rozwijało się jednak bardzo powoli. Do 1925 roku istniał tylko jeden taki ośrodek, wspiera-

45 S. Deresz, “Stanowisko lekarzy w sprawie zwalczania alkoholizmu,” *Lekarz Polski* 5, n. 2 (1929): 26-27.
46 J. Szymański, “Szkic planu walki z alkoholizmem w Polsce”, 15.03.1919 (Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem “Trzeźwość,” Archiwum Akt Nowych, 785/1)

ny od czasów przedwojennych z kasy miejskiej Poznania[47]. Podobnie jak w przypadku zakładów odwykowych, sytuację zmieniło istotnie dopiero utworzenie państwowego funduszu przeciwalkoholowego zasilanego z zysków monopolu spirytusowego. Zgodnie z ustawą stowarzyszenia i samorządy organizujące poradnie dla alkoholików mogły liczyć na dofinansowanie tej działalności z budżetu państwa[48]. Od połowy lat dwudziestych ambulatoria zaczęły powstawać w dużych miastach: Warszawie, Lwowie, Wilnie, Katowicach, Białymstoku, ale także mniejszych, jak w Kozienicach czy Pruszkowie. Niektóre z nich utworzono pod auspicjami organizacji społecznych, inne przy zainicjowanych w połowie lat dwudziestych przez Fundację Rockefellera ośrodkach zdrowia, grupujących w zamyśle poradnie zajmujące się działalnością higieniczno-zapobiegawczą[49]. Pomimo rządowych deklaracji,

---

47 P. Gantkowski, "Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików oraz pogląd na 3 1/2 letnią działalność poznańskiej stacyi," *Nowiny Lekarskie* 23, n. 7 (1911): 467-471; Gantkowski, "O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu ze szczególnem uwzględnieniem istoty alkoholizmu, profilaktyki i higieny."; *Alkoholizm i jego zwalczanie w grodzie Przemysława w roku 1930* (Poznań: Koło Poznańskie Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej, 1930), 8-10; "Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Walka z alkoholizmem."

48 Centralne instytucje odpowiadające za zdrowie publiczne preliminowały dotacje dla organizacji społecznych na organizację poradni także przed wejściem w życie ustawy monopolowej, ale projekty te spotykały się ze skutecznym oporem ze strony ministerstwa skarbu. Por. np. korespondencja w tej sprawie z 1921 r. w: AAN, Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość" 785/1, s. 239-242

49 M. Kacprzak, "Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia," w: *Ośrodki zdrowia w Polsce*, red. Marcin Kacprzak (Warszawa: Komitet Polski Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, 1927), 81-99.

zgodnie z którymi każdy „właściwie rozbudowany ośrodek zdrowia winien obejmować walkę z wszelkimi rodzajami chorób społecznych, m.in. ... alkoholizmem i narkomanią”[50], liczba takich poradni pozostała skromna przez cały okres dwudziestolecia międzywojennego. U schyłku lat 30. w całym kraju funkcjonowało tylko 14 ambulatoriów dla alkoholików[51] (dla porównania w Niemczech istniało ok. 500 takich instytucji[52]). Największa spośród nich, warszawska przychodnia przeciwalkoholowa funkcjonująca od 1925 roku przy I Miejskim Ośrodku Zdrowia, przyjęła łącznie w latach 1925-1939 około 2000 alkoholików[53]. Pod opiekę poradni poznańskiej trafiało pod koniec lat 20. około 100 nowych pacjentów rocznie[54]. Liczby te były oczywiście zdecy-

---

50 W połowie lat 30. w Polsce istniało ok. 300 ośrodków zdrowia – widać więc jasno, że cytowana deklaracja ministra opieki społecznej Władysława Jaszczołta nie znajdowała pokrycia w faktach; *Sprawozdanie stenograficzne z 15 posiedzenia Sejmu w dniu 22 lutego 1936 r.,* s. 22.

51 *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej, 1918-1938* (Warszawa: Ministerstwo Opieki Społecznej, 1939), 75.

52 “Protokół posiedzenia Sekcji do zwalczania alkoholizmu przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia, które odbyło się w dniu 24.VI 1932 r. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych,” 178; Około 200 z tych placówek założono jeszcze przez I wojną światową: Gantkowski, “O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu ze szczególnem uwzględnieniem istoty alkoholizmu, profilaktyki i higieny,” 142.

53 Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie*, 17; S. Stypułkowski, “Dział higieny psychicznej I-go miejskiego ośrodka zdrowia w Warszawie w walce z alkoholizmem,” *Trzeźwość* 14, n. 5-6 (1939): 378.

54 *Alkoholizm i jego zwalczanie w grodzie Przemysława w roku 1930*, 9; “Poradnia przeciwalkoholowa w Poznaniu,” *Świt. Miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem* 26, no. 305 (1929): 194.

dowanie skromniejsze w mniejszych ośrodkach miejskich – Białystok, w którym ambulatorium dla alkoholików prowadziło tamtejsze Towarzystwo Eugeniczne, rejestrował w połowie lat trzydziestych około 30 nowych pacjentów rocznie[55]. W latach trzydziestych, według danych Ministerstwa Opieki Społecznej, wszystkie poradnie przeciwalkoholowe w Polsce miały pod swoją opieką średnio ok. 1500 osób rocznie[56].

Nowe poradnie przeciwalkoholowe borykały się często z brakiem pacjentów, odnoszących się podejrzliwie do ich działalności. Porażki takie odnosiła w pierwszych latach istnienia także modelowa przychodnia przy I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie. Dobrze uwidacznia to porównanie jej popularności z innymi działami ośrodka: przykładowo w 1927 roku poradnia przeciwalkoholowa przyjęła 64 osoby – wielokrotnie mniej od przeciwjagliczej (9814 pacjentów), wenerycznej (3493 pacjentów) czy przeciwmalarycznej (1447 pacjentów)[57]. Dla przychodni przeciwalkoholowych podstawowym wyzwaniem była identyfikacja potencjalnych pacjentów i ich rodzin. Wykorzystywano do tego celu komisariaty policji, które w kilku miastach (m. in.

---

55 S. Fundowicz, "Działalność przychodni przeciwalkoholowej w Białymstoku od dnia 1.III.1933 do 15.IX.1935 r.," *Trzeźwość* 10, n. 10 (1935): 416; O różnicach w skali działalności przychodni przeciwalkoholowych por. także: M. Skokowska-Rudolfowa, "Zadania Ośrodków Zdrowia w zwalczaniu alkoholizmu," *Zdrowie* 46, n. 19 (1931): 1092.

56 *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej, 1918-1938*, 74.

57 M. Kacprzak, red., "Ośrodki zdrowia w Warszawie według materiałów i sprawozdań urzędowych," w: *Ośrodki zdrowia w Polsce* (Warszawa: Komitet Polski Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, 1927), 26,28.

W Warszawie[58], Poznaniu[59] i Wilnie[60]) przekazywały do ambulatoriów adresy osób zatrzymanych za przebywanie w miejscach publicznych w stanie nietrzeźwym[61]. Tzw. model wiedeński, czyli praktyka umarzania kar pod warunkiem udania się pod opiekę lekarską (stosowany m. in. w Wilnie[62]), przekładał się na dużą liczbę przyjęć nowych pacjentów, ale powodował także, że statystyki zapełniały osoby zainteresowane uniknięciem kary, a nie faktycznym podjęciem leczenia. W opinii lekarzy lepsze efekty przynosiła praca z osobami, które trafiały do poradni same, przyprowadzone przez rodzinę lub leczących się już znajomych. W Warszawie w połowie lat 30. z tych właśnie grup rekrutowała się przeważająca większość pacjentów, podczas gdy udział

58 S. Stypułkowski, "Poradnia przeciwalkoholowa i jej działy pomocnicze," *Trzeźwość* 8, n. 7-8 (1933): 162; Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie*, 72; S. Stypułkowski, "System walki z alkoholizmem na terenie I-go Miejskiego Ośrodka Zdrowia," *Zdrowie* 48, n. 5-6 (1933): 249.
59 Klimowicz, "Sprawozdanie z posiedzenia sekcji do walki z alkoholizmem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia (27.06.1935)," 378.
60 "Opieka nad alkoholikami," *Świt. Miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem* 26, n. 306 (1929): 207.
61 Zgodnie z art. 7 ustawy o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych z 23 kwietnia 1920 r. samo przebywanie w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwym podlegało karze aresztu do 1 miesiąca lub grzywny do 20 tysięcy marek. „Recydywistom" za publiczne upicie się mogło grozić nawet 3 miesiące aresztu i 100 tysięcy marek grzywny.
62 "Opieka nad alkoholikami."

podopiecznych pozyskanych za pośrednictwem policji z biegiem czasu spadł do kilku procent[63].

Wspomniane już dane o uzależnionych leczących się w przychodni warszawskiej, zebrane na podstawie kart pacjentów i opublikowane w 1936 roku przez dr Stanisława Stypułkowskiego, pozwalają nakreślić portret modelowego pacjenta ambulatorium dla alkoholików. Największą grupę stanowili wśród nich mężczyźni (94%) w wieku 20-40 lat (71%), z wykształceniem podstawowym (59%), o – jak już wspomniano - niewysokich dochodach. Około 45% pacjentów warszawskiego ośrodka dysponowało stałym zarobkiem, większość pracowała dorywczo (25%) lub była bezrobotna (26%). Pod względem zawodowym dominowali rzemieślnicy (43%) i robotnicy (20%), przy istotnie mniejszym udziale urzędników (12%), kupców (5%) i znikomym wojskowych, nauczycieli czy policjantów[64]. Zbliżony obraz dają statystyki zebrane w latach 1907-1911 przez przychodnię poznańską. Wśród ponad 400 przyjętych przez nią pacjentów dominowali rzemieślnicy, robotnicy (w tym ok. 35% robotników niewykwalifikowanych) i nisko wykwalifikowani pracownicy usług, w przeciwieństwie do właścicieli gospodarstw rolnych, mieszczaństwa czy inteligentów, którzy pojawiają się w statystykach ośrodka sporadycznie (14 kupców,

63 Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie*, 31-33; Stypułkowski, "System walki z alkoholizmem na terenie I-go Miejskiego Ośrodka Zdrowia," 254.
64 Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie*, 36-42.

3 restauratorów, 2 gospodarzy, 1 redaktor)[65]. W dwudziestoleciu międzywojennym zwiększyła się ilość leczonych w poznańskiej poradni urzędników i kupców, nadal jednak zdecydowanie dominowali robotnicy i rzemieślnicy[66]. W praktyce lecznictwo ambulatoryjne było dostępne niemal wyłącznie dla ludności wielkomiejskiej. W Warszawie i Poznaniu, dla których dysponujemy danymi statystycznymi opisującymi populację leczonych alkoholików, spoza miasta pochodziło mniej niż 10% pacjentów[67].

Instytucje zajmujące się leczeniem uzależnień – zarówno w wydaniu zakładowym, jak i ambulatoryjnym – współpracowały ściśle ze stowarzyszeniami antyalkoholowymi. Zapisanie się do takiej organizacji i aktywny udział w jej pracach postrzegano jako element terapii podtrzymującej pacjenta w abstynencji[68]. Poza psychicznym oparciem stowarzyszenia zapewniały porzucającym picie alkoholu alternatywny sposób spędzania wolnego czasu, „znajdując wyładowania i ucząc wyżywania życiowego w sposób społeczny"[69]. Oferta „godziwych rozrywek" nie mogła ograniczać się do umoralniających pogadanek. Jeden z zajmujących się tą problematyką lekarzy oceniał na łamach „Zdrowia", że podopieczni poradni byli „zupełnie nieprzygotowani do

65 Gantkowski, "Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików oraz pogląd na 3 1/2 letnią działalność poznańskiej stacyi," 470.
66 *Alkoholizm i jego zwalczanie w grodzie Przemysława w roku 1930*, 9.
67 Stypułkowski, *Dziesięcioletnia działalność Poradni Przeciwalkoholowej w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Warszawie*, 34; *Alkoholizm i jego zwalczanie w grodzie Przemysława w roku 1930*, 9.
68 Zajączkowski, "Lecznictwo alkoholików," 12-13.
69 Neczaj-Hruzewicz, "Lecznictwo nałogowców," 517.

słuchania odczytów, niesforni, hałaśliwi i nie umiejący skupiać uwagi na przeciąg 15-20 minut”[70]. Aby utrzymać ich w zasięgu oddziaływania lecznicy, działające przy poradni mokotowskie koło Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość” oferowało szeroki wachlarz abstynenckich rozrywek, m. in. „sporty, herbatki, tańce... orkiestrę, zespół dramatyczny, lekcję tańców, chór... szwalnię, stolarnię i pracownię dekoracji”[71]. W propagowanym przez warszawskich lekarzy modelu lecznictwa ambulatoryjnego ruch abstynencki pełnił rolę swoistego zamiennika dla sesji grupowych. Dr Stanisław Stypułkowski, opisując w 1933 roku „System walki z alkoholizmem na terenie I Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Warszawie”, argumentował wręcz, że działalność stowarzyszeniowa „posiadając jej [terapii grupowej – przyp. AZ] zalety nie posiada jej wad... Ujemną stroną tej metody [tj. terapii grupowej – przyp. AZ] jest ujawnianie publicznie dodatkowych chorób, zboczeń i dolegliwości w obecności grona obcych osób, co musi mieć miejsce na każdej wizycie lekarskiej i co jest bardzo bolesne dla ambicji i psychiki chorego. W poradni Ośrodka Zdrowia zachowana jest tajemnica lekarska w całej pełni... natomiast na terenie Koła odbywa się praca zbiorowa, oparta na serdecznej i dobrowolnej pomocy koleżeńskiej[72]”. Koła abstynenckie działały także przy poradniach w innych

70 Stypułkowski, “System walki z alkoholizmem na terenie I-go Miejskiego Ośrodka Zdrowia,” 252.
71 Ibid., 250,252.
72 Ibid., 252-253.

miastach[73], na przykład w zakładzie w Świącku podobną rolę odgrywało, składające się z pacjentów i personelu, Towarzystwo Przyjaciół. Z rozsianych po artykułach prasowych informacji o ich działalności wyłania się obraz działalności stowarzyszeń zgodny z oceną, sformułowaną w 1950 r. przez dr Zajączkowskiego (notabene, w tym okresie jednego z pierwszych polskich propagatorów Anonimowych Alkoholików): „w obecnym ujęciu była to niewątpliwie, w całym tego słowa znaczeniu, terapia grupowa"[74].

Związki łączące instytucje lecznictwa uzależnień z ruchem antyalkoholowym były wielopoziomowe. Ich rola nie wyczerpywała się na zapewnianiu społecznego wsparcia dla przechodzących terapię pacjentów. Organizacje takie jak PTWA „Trzeźwość" propagowały korzystanie z ośrodków odwykowych, współorganizowały poradnie alko-

---

73 Fundowicz, "Działalność przychodni przeciwalkoholowej w Białymstoku od dnia 1.III.1933 do 15.IX.1935 r.," 419; Trudno niestety oszacować skalę działalności kół zrzeszających niepijących alkoholików. Sprawozdania referatu walki z alkoholizmem przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych zawierają co prawda imponującą statystykę, zgodnie z którą np. w 1929 koła abstynenckie miały zrzeszać ponad 70.000 członków, ale jest to wynikiem ujęcia w tej liczbie zupełnie odmiennego fenomenu, jakim były katolickie bractwa trzeźwości, zrzeszające parafian, którzy złożyli przysięgę powstrzymania się od picia wódki (choć niekoniecznie innych napojów alkoholowych). Szerzej o bractwach trzeźwości: A. Bielewicz, "Bractwo Trzeźwości jako reakcja społeczna na zjawisko pijaństwa i alkoholizmu," w: R. Kwaśniewski, R. Sobiech, P. Zamecka, red., *Zaradność społeczna* (Wrocław: Ossolineum, 1990), 77-118.

74 H. Zajączkowski, "Psychoterapia grupowa alkoholików," w: *Zagadnienie alkoholizmu w świetle referatów wygłoszonych na III Zjeździe Higieny Psychicznej* (Warszawa, 1950), 19-20.

holowe, lobbowały na rzecz finansowania walki z alkoholizmem z budżetu państwa. Z drugiej strony znaczna część lekarzy specjalizujących się w problematyce uzależnień była bezpośrednio zaangażowana w działalność organizacji, legitymizując autorytetem medycznym kontrowersyjne w swoim radykalizmie projekty, takie jak np. zakończone fiaskiem wprowadzenie prohibicji w podwarszawskim Pruszkowie w latach 1929-1931[75].

Podsumowując: polskie lecznictwo uzależnień zostało zbudowane w oparciu wywodzący się z prac Benjamina Rusha i Thomasa Trottera, utwierdzony przez Christopha Wilhelma Hufelanda i Constantina von Brühl-Cramera i dominujący już bezsprzecznie w dwudziestoleciu międzywojennym paradygmat uzależnienia jako choroby uniemożliwiającej powrót do kontrolowanej konsumpcji alkoholu (i analogicznie – innych substancji psychoaktywnych). Z tej perspektywy celem interwencji klinicznej było doprowadzenie pacjenta do trwałej abstynencji, a następnie jej podtrzymywanie. Działalność taką prowadziły zakłady odwykowe oraz ośrodki lecznictwa otwartego. Instytucje te były stosunkowo nieliczne w porównaniu do placówek zajmujących się zwalczaniem innych chorób społecznych - przykładowo w 1936 roku na 10 poradni przeciwalkoholowych przypadało 291 poradni wenerycznych, 458 przeciwgruźliczych i 590 przeciwjaglicz-

75 M. Skwara, *Historia Pruszkowa w zarysie. Pruszkowskie międzywojnie.*, t. 2 (Pruszków: Powiatowa i Miejska Biblioteka Publiczna im. Henryka Sienkiewicza w Pruszkowie, 2006), 136; J. Szymański, *Prohibicja w Pruszkowie* (Warszawa: Trzeźwość, 1929), 13,17.

nych[76]. Przez cały okres dwudziestolecia lecznictwo uzależnień funkcjonowało więc na skromną skalę, borykając się z niedofinansowaniem i wynikającą z niego ograniczoną dostępnością.

76 *Mały Rocznik Statystyczny* 1939, s. 298.

PACJENT ZWIERZĘ

SZCZUR – BOHATER NAUKI, PRZYJACIEL CZŁOWIEKA, SZKODNIK, PACJENT

Karolina Barszcz, Marta Kupczyńska,
Agata Godlewska*

Katedra Nauk Morfologicznych
Wydziału Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa
*Przychodnia Weterynaryjna OGONEK
ul. Klemensiewicza 7, 01-318 Warszawa
karolina.barszcz@onet.eu

Szczury odgrywają w życiu człowieka wiele istotnych ról, a historia wzajemnych relacji pomiędzy obydwoma gatunkami jest bardzo długa i sięga początków ludzkości. Od najdawniejszych czasów wzbudzają strach i obrzydzenie, ale jednocześnie fascynację. Obdarzone niezbyt sympatycznym wyglądem, prowadzące nocny tryb życia, gromadzące się głównie na wysypiskach odpadów, były nieproszonymi gośćmi najstarszych ludzkich obozowisk. Szczury intrygują jednak swoją nadzwyczajną zwinnością, zdolnością do pokonywania najróżniejszych przeszkód, wyjątkową plennością oraz gotowością do walki w momentach zagrożenia. Człowiek szybko zauważył, że są to zwierzęta obdarzone swoistą inteligencją, szybko się uczące, co pozwala im na adaptacją do nawet bardzo niekorzystnych warunków środowiska. Nic więc dziwnego, że szczurom zawsze towarzyszyły przesądy, magia i mity.

Historia ewolucji gryzoni jest tematem dociekań wielu badaczy. Jednak niewielka liczba szczątków kostnych tych zwierząt w materiałach wykopaliskowych oraz trudności i różnice w ich datowaniu są powodem licznych sporów naukowców. Przypuszcza się, że praprzodkowie rzędu gryzoni pojawili się na Ziemi około 55 milionów lat temu. Z tego okresu pochodzi *Paramys*, znaleziony w Ameryce Północnej oraz Eurazji. Jest on uważany za najstarszego przedstawiciela gryzoni i opisywany jako duże, skoczne zwierzę przypominające wiewiórkę. W stosunku do szczura przyjmuje się, że pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej i stosunkowo niedawno rozprzestrzenił się po całym świecie (3, 6,).

Na przestrzeni lat klasyfikacja gryzoni, w zależności od przyjętych kryteriów, zmieniała się wielokrotnie. Początkowo myszy i szczury traktowano, jako jedną grupę *Mus*, którą w XVIII wieku opisał Linneusz (3). Na początku XIX wieku wprowadzono podziały na osobniki wspinające się, żyjące w norach i chodzące. W późniejszym okresie wśród gryzoni wyróżniono jedynie dwie grupy: króliki i tzw. „wszystkie inne" (3). Następne klasyfikacje oparto o określone cechy morfologiczne, głównie różnice w budowie mięśnia żwacza oraz mikroskopową budowę zębów. Obecnie według obowiązującego w Polsce mianownictwa taksonomicznego, opracowanego przez Komisję Nazewnictwa Zwierząt Kręgowych afiliowaną przy Polskim Towarzystwie Zoologicznym w gromadzie ssaków (*Mammalia*) wyróżniono rząd *Rodentia* – gryzonie. Zakwalifikowano do niego 13 nadrodzin, a w ich obrębie kilkadziesiąt rodzin (10). Gryzonie uważane są za naj-

liczniejszy rząd ssaków, obejmujący ponad 1 800 gatunków zamieszkujących bardzo różne środowiska (2). Większość z nich należy do zwierząt lądowych, często bytujących w drążonych przez siebie korytarzach podziemnych lub zajmujących różne nory, jamy i zagłębienia terenu. Wyróżniono osobno gatunki nadrzewne (np. wiewiórki, polatuchy), półwodne (bobry), jak również żyjące wyłącznie pod ziemią (np. kretoszczury, golce). Do gryzoni należą także osobniki o wyjątkowo cennym futrze – szynszyle i nutrie. Te gatunki oraz kilka innych określanych wspólnie mianem „zwierzęta laboratoryjne" (myszy, szczury, świnki morskie), człowiek świadomie selekcjonuje i hoduje. W stosunku do nich możemy mówić o udomowieniu krótkotrwałym bądź lokalnym (2, 4, 9). Olbrzymia zdolność przystosowawcza i wysokie tempo rozrodu umożliwiające utrzymanie licznej populacji nawet w niesprzyjających warunkach spowodowały, że gryzonie zasiedliły wszystkie kontynenty z wyjątkiem Antarktydy. Obecnie uważa się, że stanowią one 40 % wszystkich gatunków ssaków. Sukces ewolucyjny tych zwierząt jest przesłanką intrygujących komentarzy naukowców, iż to właśnie gryzonie przetrzymają każdą katastrofę ekologiczną i zasiedlą Ziemię po wymarciu ludzkości (2, 3).

Według wspomnianej obowiązującej taksonomii szczury należą do rodziny myszowatych *Muridae*, podrodziny myszy właściwych *Murinae* (10). Na szczególną uwagę zasługują dwa gatunki występujące także w Polsce: szczur śniady (*Rattus rattus*) i szczur wędrowny (*Rattus norvegicus*). Mniejszy i bardziej smukły szczur śniady nazywany bywa również okrętowym, dachowym bądź błękitnym. Jego ubarwie-

nie jest osobniczo zmienne; ma brązowy lub nawet czarny grzbiet oraz boczne części ciała i jaśniejsze podbrzusze. Charakteryzują go duże, prawie nagie uszy i długi ogon pokryty łuskami oraz rzadkim owłosieniem. Prawdopodobnie pochodzi z lasów tropikalnych południowo-wschodniej Azji, skąd wraz z żaglowcami przemieścił się na inne kontynenty. W Polsce występuje w dorzeczu Odry i w niektórych portach na wybrzeżu Bałtyku. Doskonale się wspina i skacze na wysokość ponad 1 metra. Co bardzo ciekawe preferuje życie na wysokościach, a w budynkach zajmuje najwyższe kondygnacje (dachy, strychy). W ostatnich latach jego liczebność znacznie zmniejszyła się gdyż z wielu środowisk został wyparty przez swojego konkurenta – szczura wędrownego. Ten gatunek jest obecnie najbardziej powszechnym, także i w Polsce. Szczur wędrowny określany jest synonimicznie nabrzeżnym, kanałowym, zwyczajnym, rudym bądź norweskim. Cechuje go mocna, krępa budowa ciała, brunatno-szary grzbiet z odcieniem żółtawo-rudym oraz znacznie jaśniejsze, czasem nawet białe podbrzusze. W stosunku do swojego pobratymcy ma mniejsze uszy i krótszy ogon. Bardzo dobrze pływa i chętnie buduje gniazda na wilgotnych terenach. W budynkach mieszkalnych i gospodarskich najczęściej zamieszkuje kanały, przestrzenie pod podłogami oraz piwnice. Na uwagę zasługuje jego wyjątkowo silny zgryz. Udowodniono, że nacisk na 1 cm^2 powierzchni trącej zębów może wynosi nawet około 500 kg. Oba gatunki należą do synantropijnych – zwierząt, które nauczyły się czerpać korzyści z życia w pobliżu siedlisk ludzi. Warto zaznaczyć, że populacja szczurów, w przeciwieństwie do innych dzikich

gatunków (w tym także synantropijnych), nie ucierpiała z powodu ingerencji człowieka w środowisko naturalne (3, 15, 16).

Tylko niektóre gryzonie są samotnikami (np. świszcz). Większość żyje w społecznościach liczących od kilkudziesięciu do nawet kilku tysięcy osobników, którymi najczęściej przewodzą dorosłe samce. W bardzo licznych koloniach szczurzych występuje wyraźna gradacja socjalna. Wyróżnia się osobniki dominujące tzw. „alfa" i „beta" oraz osobniki uległe. Do licznych taktyk ustalania hierarchii należą przede wszystkim gryzienie, boksowanie, postawa grożenia oraz gonitwa. Dominantami są zwykle największe i najsilniejsze szczury, które większość czasu spędzają odpoczywając oraz dbając o swoje futro. Zdecydowanie słabsze, tzw. osobniki podporządkowane żyją w ciągłym strachu przed „szczurzą arystokracją", rzadziej biorą udział w rozmnażaniu i pełnią funkcję swoistych „testerów" nowego pokarmu (14). Szczury należą do pantofagów – zwierząt wszystkożernych, choć preferują jednak produkty pochodzenia zwierzęcego. W pierwszej kolejności wybierają zawsze świeży, wysokoenergetyczny pokarm. Zróżnicowana dieta zapewnia im sprawność fizyczną i sprzyja wysokiej rozrodczości. Dorosły szczur o masie około 300 g zjada dziennie 20 - 30 g paszy i wypija 25 - 30 ml wody. Głodne osobniki stają się agresywne zarówno w stosunku do zwierząt jak i ludzi. W sytuacji skrajnego głodu zdarza się, że szczury zjadają słabszych przedstawicieli swojego gatunku (14).

Patrząc na twarz szczura mamy wrażenie, że zwierze „świdruje" nas swymi małymi, błyszczącymi oczyma. Zmysł wzroku nie jest

jednak najmocniejszą stroną tego zwierzęcia. Szczury są wrażliwe na światło i wykazują tzw. fototaksję ujemną. Dlatego też większość życia spędzają w kryjówkach, a największą aktywność wykazują o zmroku oraz w nocy. Bardzo chętnie gromadzą się w zacienionych miejscach i zawsze podążają w kierunku ciemnych pomieszczeń. Siatkówka oka szczura posiada jedynie dwa rodzaje czopków, czyli światłoczułych receptorów umożliwiających rozróżnianie barw. Szczur widzi, zatem tylko dwa kolory: zielony i niebieski, a dodatkowo także światło ultrafioletowe. Ponadto ze względu na zdecydowanie niewielką ilość czopków (zaledwie 1 % powierzchni siatkówki), należy przypuszczać, że kolory te są odbierane raczej jako wyblakłe. Badania wykazały jednakże, iż rozróżnianie barw nie jest dla szczurów kluczowe. Zdecydowanie większe znaczenie zdaje się mieć natomiast ich natężenie. Przyjmuje się, że ostrość widzenia szczura jest o 20 razy gorsza niż u człowieka obdarzonego normalnym wzrokiem. Natomiast dystans, na którym są w stanie dokładnie rozróżnić przedmiot wynosi około 50 - 75 metrów. Patologie narządu wzroku są powszechne u osobników albinotycznych. Słaby wzrok, zwłaszcza w lokalizacji przeszkód, wspomaga wyjątkowo dobrze rozwinięty zmysł dotyku. Bodźce odbierane są głównie przez włosy czuciowe (zatokowe). Dzięki nim szczury są lepiej zorientowane w otaczającym je świecie, poruszają się pod ziemią i pływają. Włosy zatokowe zlokalizowane są wokół wierzchołka nosa oraz rozmieszczone na tułowiu. Obecność tych ostatnich umożliwia szczurom tzw. tigmotaktyzm. Polega on na identyfikacji otaczających je rzeczy poprzez ciągłe ich dotykanie bocznymi częściami ciała.

Osobnik w pomieszczeniu zamkniętym przemieszcza się zawsze wzdłuż ścian i okrąża znajdujące się wewnątrz przedmioty. Szczury mają bardzo dobrze rozwinięty zmysł węchu. Poruszające się zwierzęta bezustannie zwracają głowę w różnych kierunkach oceniając pod względem zapachowym otoczenie. Pozwala im to odnaleźć pożywienie, wykryć wroga, odróżnić poszczególnych członków stada oraz rozpoznać ścieżki i granice terytorialne. Szczury znaczą moczem i wydzielinami ciała środowisko, w którym przebywają. Zawarte w nich feromony odbierane są przez inne osobniki i ułatwiają szybką orientację w terenie. Z jednej kropelki moczu szczur jest w stanie odczytać informacje dotyczące płci, dojrzałości płciowej, statusu rozrodczego, statusu socjalnego, poziomu stresu drugiego osobnika. Pomocą w identyfikacji zapachów jest specyficzna struktura układająca się na dnie jamy nosowej, czyli narząd lemieszowo – nosowy (*organum vomeronasale*). Wspomniany narząd jest w pełni rozwinięty u gadów, natomiast u kręgowców wyższych występuje raczej w formie szczątkowej. Narząd lemieszowo-nosowy jest jednak u szczurów dobrze wykształcony i pełni zasadniczą rolę w rozpoznawaniu feromonów. Nie mniej ważnym dla tych zwierząt jest zmysł słuchu i równowagi. Szczury słyszą nawet ultradźwięki o częstotliwości do 100 kHz; dla porównania człowiek odbiera dźwięki najwyżej do 20 kHz. Wydawane głosy – piski, o wysokiej częstotliwości są sygnałem do ucieczki w momencie zagrożenia a także specyficznym sposobem komunikacji z innymi osobnikami. Posiadają także zdolność utrzymania właściwej pozycji ciała spadając nawet z dużych wysokości. Szczury rozróżniają

wszystkie podstawowe smaki: słodki, słony, gorzki i kwaśny. Obdarzone są również zdolnością indentyfikacji kwasu glutaminowego, określaną smakiem umami. Pozwala im to na szybkie wyszukiwanie produktów pochodzenia zwierzęcego i wysokobiałkowych. Szczury są także wyjątkowo wrażliwe na zanieczyszczenia pokarmu. Niektóre substancje szkodliwe potrafią wykryć w stężeniu zaledwie 250 ppb (12, 14, 20).

Wspaniale rozwinięte zmysły połączone z wyjątkową sprawnością fizyczną powodują, że szczury rzadko spotykają na swojej drodze życiowej „przeszkody", których nie są w stanie pokonać. Te niezwykłe zdolności adaptacyjne spowodowały, że człowiek zaczął je wykorzystywać dla własnych potrzeb. Obecnie szczur jest podstawowym gatunkiem wśród tzw. zwierząt laboratoryjnych. Szybki rozwój pre- i postnatalny, wielkość, małe potrzeby bytowe a także plenność oraz bezpośrednio z nią związana możliwość uzyskania wielu osobników o dużym podobieństwie genetycznym sprawiły, że stały się one doskonałym modelem biomedycznym. Pierwszą udokumentowaną sekcję zwłok szczura przeprowadzono w 1621 r. i można stwierdzić, że od tej daty rozpoczęła się jego służba na niwie nauki. Na przestrzeni lat przeprowadzano na nim najróżniejsze doświadczenia, dokonywano sekcji i wiwisekcji, rażono go prądem, zarażano chorobami, topiono, manipulowano jego genami, kontrolowano za pomocą fal radiowych, wysyłano w kosmos i poddawano testom psychofizycznym. Przyczynił się on do wielu ważnych dla ludzkości odkryć, które wprawdzie przyniosły olbrzymie korzyści oraz postęp, ale pochłonęły i pochłaniają

mnóstwo istnień. Dlatego też, uważa się go za „bohatera nauki”, który przeszedł długą drogę pełną nieuniknionego heroizmu i męczeństwa w służbie ludzkości (3).

Wzrost zainteresowania hodowlą szczurów odnotowano na początku XX wieku w Wielkiej Brytanii, gdy po raz pierwszy zaprezentowano je na jednym z pokazów zwierząt domowych. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że już w 1822 r. nieopodal Bristolu eksponowano albinotyczne szczury, jako tzw. ciekawostkę przyrodniczą. Biało ubarwione osobniki zaczęto odławiać a następnie oswajać. W wielu kulturach uważano je za wyjątkowe zwierzęta, które przynoszą szczęście. Pierwsza wystawa gryzoni odbyła się 23 października 1901 r. w Aylesbury w hrabstwie Buckingham. W kategorii „Szczury, dowolnego rodzaju” zwyciężyła Mary Douglas, prezentująca równomiernie umaszczonego, czarno-białego osobnika. Właśnie dzięki działalności publistycznej tej hodowczyni wzrosła popularność tych zwierząt. Zaczęto interesować się ich hodowlą oraz tworzeniem nowych odmian. Utrwalano określone cechy eksteriorowe poprzez selekcję i odpowiedni dobór par. W 1912 r. na łamach cieszącego się uznaniem wśród miłośników gryzoni czasopisma *Fur and Feather* stworzono specjalną kolumnę zatytułowaną „Przegląd Szczurzy” poświęconą wyłącznie problematyce tych zwierząt. Dzięki pionierskiej działalności Mary Douglas uznano za „matkę szczurzego hobby” (3). Od 1974 r. wNebraska Wesleyan University odbywa się *Rat Olympic* (Szczurza Olimpiada). W 2004 r. zmieniono jej nazwę na Xtreme Rat Challenge. Do głównych konkurencji zalicza się bieg z przeszkodami, wspinanie

po linie, podnoszenie ciężarów oraz skok w dal. Od kilku lat jedną z atrakcji wystaw jest specjalny wyścig określany jako *agility*. Szczury muszą pokonać tor zbudowany z 6 do 8 przeszkód o wyrafinowanej konstrukcji, w czasie nieprzekraczającym dwóch minut. W 1976 r. utworzono National Fancy Rat Society (NFRS) zrzeszającą miłośników szczurów. W czasie swojej działalności organizacja ta opublikowała oficjalną listę wyprowadzonych ras (odmian), które dopuszcza się do dalszej hodowli i prezentacji na wystawach. Obejmuje ona między innymi: *Champagne*, *Russian Blue*, *Rex*, *Topaz*, *Lilac Agouti*, *Argente Cream*, *Platinum.* Cele współczesnej hodowli są dość specyficzne. Miłośnicy szczurów dążą do „ocieplenia" jego wizerunku. Zmiany eksteriorowe dotyczą głównie umaszczenia, barwy tęczówki oraz kształtu uszu (3, 18, 19). Dla podkreślenia znaczenia szczurów w życiu człowieka dzień 4 kwietnia uznano za World Rat Day – Światowy Dzień Szczura.

Szczur został zaliczony do tzw. zwierząt towarzyszących. Cieszy się on niezwykłym uznaniem głównie ze względu na wysoką inteligencję, przywiązanie do człowieka, a także małe wymagania bytowe oraz pokarmowe. Obecnie hodowane osobniki wywodzą się przede wszystkim z odmian laboratoryjnych. Wysoki współczynnik inbredu u tych zwierząt jest przyczyną ujawniania się różnego rodzaju zaburzeń, w tym spadku odporności. Szczur stał się, regularnym pacjentem lecznic weterynaryjnych. Do najczęściej stwierdzanych patologii zalicza się: nowotwory sutków oraz przysadki, zakażenia układu oddechowego, choroby powłoki wspólnej, choroby inwazyjne (pasożyty),

choroby serca (kardiomiopatia przerostowa) i zapalenie macicy (8, 11). Właściciele zwierząt są zwykle bardzo mocno z nimi związani emocjonalnie. Oczekują, iż w procesie diagnostycznym i terapeutycznym lekarz weterynarii wykorzysta wszystkie możliwe metody, często nawet bardzo nowoczesne a tym samym kosztowne. W większości przypadków właściciele podejmują również decyzję o długotrwałym leczeniu czy poważnym zabiegu chirurgicznym. Nowy pacjent stał się swoistym wyzwaniem dla lekarzy weterynarii. Wymusiło to pogłębianie wiedzy dotyczącej jego morfologii, fizjologii oraz etiologii i przebiegu różnych chorób. W medycynie weterynaryjnej, zauważalna zarówno w procesie kształcenia jak i w praktyce klinicznej, ukształtowała się nowa dziedzina związana ze zwierzętami egzotycznymi i gryzoniami, w tym oczywiście szczurami. Od kilkunastu lat Komisja do Spraw Specjalizacji Lekarzy Weterynarii w Polsce prowadzi specjalizację z zakresu użytkowania i patologii zwierząt laboratoryjnych. Jej program jest jednym z 17-stu oficjalnie zarejestrowanych. Tytuł specjalisty w zakresie tej dziedziny może uzyskać tylko lekarz weterynarii, z odpowiednim stażem w praktyce klinicznej, po ukończeniu dwuletniego kursu i zdaniu stosownego egzaminu.

Na przestrzeni wieków szczur postrzegany był jednak przede wszystkim, jako groźny szkodnik. Od najdawniejszych czasów człowiek chciał przejąć kontrolę nad jego narodzinami, życiem i śmiercią. Zjawisko zarówno nagłego pojawiania się jak i zaskakującego znikania bardzo licznych stad tych zwierząt zawiera w sobie element metafizyczny, który zawsze intrygował ludzi. Znalazło to odzwierciedlenie

w wielu legendach i mitach. Według wierzeń do wabienia szczurów należało używać czarów, zaklęć, magicznych ksiąg oraz wzywać na pomoc demony. Uważano więc, że mogły to robić tylko osoby obdarzone nadprzyrodzonymi mocami. Uznawano je za podobne do diabłów i nazywano „zdegradowanymi Orfeuszami". Znana jest opowieść o wędrującym po świecie szczurołapie, który grając na fujarce i pozostawiając w dziurach zapisane przyśpiewki skutecznie przeganiał szkodniki z gospodarstw ludzkich. Według legend pozbawieni zapłaty likwidatorzy tych gryzoni w odwecie za pomocą czarodziejskich sztuczek wywabiali z osad na bezdroża dzieci i zwierzęta gospodarskie (3).

Sposoby walki ze szczurami są tematem wielu opracowań. Opisywano w nich rodzaje przynęt, projekty pułapek oraz receptury trucizn. Należy tu wymienić opublikowany w 1590 r. przez Leonarda Mascall'a zbiór „rozmaitych machin i pułapek" na szczury i myszy oraz tekst z 1680 r. wpisujący oba gatunki na tzw. listę szkodników (3). Materiały te odzwierciedlają również postawę człowieka wobec tych zwierząt w różnych okresach historycznych. Początkowo szczury, które zanieczyszczały i pożerały żywność postrzegano jedynie, jako zagrożenie ekonomiczne. W XIX wieku wraz z rozwojem budowy kanałów ściekowych oraz innych urządzeń sanitarnych stały się one symbolem brudu i nieczystości. Ludzie bardzo szybko powiązali pojawianie się ich nadmiernej liczby z rozprzestrzenianiem się zaraz, co wzbudzało ogromy lęk i odrazę. Według obecnej wiedzy gryzonie te przenoszą około 70 chorób, do których zaliczono między innymi: leptospirozę, tu-

laremię, tyfus i listeriozę. Jednak za najgroźniejszą, wywołującą ogromny strach i wiązaną tylko ze szczurami, przez długi czas uważano dżumę. Dość późno, bo dopiero w 1898 r., francuski uczony Simond serią eksperymentów udowodnił, że to pchły bytujące na ich ciele są wektorami zakażenia. Wykazał także, iż szczury są bardzo wrażliwe na zakażenie bakterią *Yersinia pestis* (czynnik etiologiczny dżumy) i giną po kilku dniach wskutek silnej bakteriemii. Natomiast zakażone pchły zmieniają żywiciela, w tym przenosząc się na człowieka. Udowodniono również, że rezerwuarem zarazka są głównie inne niż szczury gryzonie, będące bezobjawowymi nosicielami. Najbardziej znana epidemia dżumy miała miejsce w latach 1330 - 1352. Obecnie nie stanowi już takiego zagrożenia, bowiem współczesna medycyna pozwala na jej całkowite wyleczenie. Jednak zakażone gryzonie spotyka się w wielu regionach geograficznych, ale transmisja na ludzi zdarza się stosunkowo rzadko. Szacuje się, że jest to 1 000 – 3 000 przypadków rocznie na całym świecie (3, 20).

Pomimo, że szczury tępione były od najdawniejszych czasów, wraz z rozwojem nauki, zaczęto zwracać uwagę na tzw. akceptowalne i nieakceptowalne sposoby ich zabijania. Carl Prausnitz w swojej pracy z 1908 r. podkreślał, że pułapki powinny zabijać zwierzę natychmiast bądź łapać je żywcem. Stanowi to dowód na to, że szczur pomimo statusu szkodnika stał się również postrzegany, jako stworzenie zdolne do odczuwania bólu. Stosowanie różnorodnych pułapek i trucizn nigdy nie doprowadziło do jego całkowitego wytępienia. Dlatego uznano, iż zabijanie szczurów jest najlepszą metodą kontroli ich li-

czebności. Według danych literturowych w połowie XIX wielu na terenie Wielkiej Brytanii zarejestrowano oficjalnie 2 256 łowców tych szkodników. Osiągnięcia tych zawodowych łapaczy nawet dziś szokują. Szczurołap z Suffolk zabił 11 465 szczurów w czasie 21 tygodni, natomiast specjaliści z Londynu wyłapywali około 8 - 9 tysięcy sztuk rocznie. Wybuch I Wojny Światowej oraz spadek zainteresowania wspomnianym „zawodem" sprzyjał rozprzestrzenieniu się gryzoni. Problem stał się na tyle istotny, że zaczęto organizować międzynarodowe zawody zabijania szczurów oraz wprowadzono system zapłaty za każdą złapaną sztukę. Ogłaszano również konkursy na komercyjne wykorzystanie szczurzych skór. Na Hawajach strzelanie do tych zwierząt stało się ulubioną formą hazardu. Do walki ze szczurami szkolono również psy. Sławny bulterier Billy zabijał ponad sto osobników w czasie poniżej 12 minut (3).

Dziś trudno stwierdzić, czy głód lub liczebność tych zwierząt były powodem, że szczur stał się popularną potrawą kulinarną w wielu regionach świata. Istnieją wzmianki o suszonych szczurach sprzedawanych w Chinach, duszonych w czerwonym winie przez francuskich kucharzy, smażonych w oleju kokosowym na Filipinach oraz podawanych na porcelanowych talerzach w Kornwalii. Ciekawe, że większość opisów dotyczących ich spożywania brzmi bardzo zachęcająco, a mięso pod względem smaku i delikatności porównywane jest do króliczego. W XVIII wieku pojawił się pogląd, że spożywanie szczurów ma niekorzystny wpływ na pamięć. Tłumaczono to tym, iż koty, których dieta złożona jest głównie z gryzoni, nie przywiązują się do swo-

ich właścicieli, zapominają o nich i nie są tak wierne jak psy. Natomiast Chińczycy do dziś wierzą, że spożywanie szczurzego mięsa jest zdrowe dla włosów i przeciwdziała łysieniu (3).

W zależności od kraju i lokalnych tradycji szczur może przynosić szczęście bądź pecha. Nawet sąsiadujace ze sobą społeczności miały odmienny stosunek do tego zwierzęcia.

Hindusi uważają szczury za zwierzęta święte oraz przynoszące szczęście. Według mitologii indyjskiej Bóg Ganesa przedstawiany z głową słonia, jest patronem uczonych i nauki. Towarzyszą mu zawsze szczury siedzące na jego stopie lub tworzące emblematyczny pojazd. Bóstwo pomaga rozwiązywać wszelkie problemy, a obecne przy nim zwierzęta symbolizują ich przezwyciężanie. Dlatego o łaskę Ganesa do dziś zabiegają ludzie rozpoczynający ważne przedsięwzięcia życiowe (3, 5). W świątyni poświęconej Karni Macie mieszkają tysiące szczurów, które uważane są za wcielenia istot ludzkich. Według lokalnej legendy, żyjącej w XV wieku mistyczce nie udało się przywrócić życia zmarłemu dziecku hinduskiego mędrca. Rozgniewana Karni Mater zapowiedziała, że już nikomu nie pozwoli znaleźć się w rękach Jamy – Boga Śmierci. Według tego wierzenia zmarli przyjmują postać szczurów zanim ponownie się narodzą. Dlatego też, zwierzęta te w miejscu kultu mają status istot świętych i są stale dokarmiane przez mnichów oraz przybywających turystów z całego świata (3).

Liczne doniesienia na temat symboliki szczurów odnajdujemy w religiach Dalekiego Wschodu. W mitologii japońskiej Daikoku opiekun kupców, rzemieślników oraz rolników jest jednym z siedmiu bo-

gów szczęścia i dobrobytu. Przedstawiano go, jako tęgiego mężczyznę siedzącego na workach wypełnionych ryżem. Wysłannikami Daikoku są białe szczury symbolizujące bogactwo (1, 3).

W kulturze chińskiej szczur jest pierwszym zwierzęciem horoskopu. Według legendy na czele szeregu zwierząt ujętych w zodiaku miał stanąć wół. Jednak zwinny i przebiegły gryzoń usiadł niepostrzeżenie na jego grzbiecie a następnie zeskoczył na ziemię w momencie nominacji. O szczurze gryzącym coś w nocy mówi się, że liczy pieniądze, stąd też dla skąpców używa się określenia „pieniężny szczur". Według innej legendy szczur przynosił ludziom ryż i dlatego uznany został za pożyteczne zwierzę. Ich liczne pojawienie w domostwie oznaczało jednak rychłe przybycie kotów, te zaś według Chińczyków symbolizują biedę i ubóstwo. Wierzono również, że szczury mogą przemieniać się w demony męskie (7, 13).

W religii chrześcijańskiej pojawia się postać Świętej Gertrudy z Nivelles, żyjącej w VII wieku. Na średniowiecznych ikonach najczęściej przedstawiano ją w towarzystwie szczurów. Wierzono, że przyciągała ona płynące od nich zło po to, aby nad nim zapanować. Należy podkreślić, że w Biblii istnieją jedynie nieliczne wzmianki o gryzoniach. Szczury opisywane są najczęściej negatywnie, jako znienawidzone szkodniki roznoszące plagi, zanieczyszczające i pożerające zapasy. Według Prawa Mojżeszowego zaliczane są do tzw. zwierząt nieczystych (3, 17).

Na przestrzeni lat powstało wiele przesądów związanych ze szczurami. Pogryzione przez nie ubrania uznawane było za znak nie-

szczęścia natomiast zniszczone firanki zwiastowały śmierć w rodzinie. Panowało także przekonanie, że zwierzęta te przynoszą pecha w czasie łowienia ryb. Pod koniec XIX wieku w Szkocji zabraniano używania słowa szczur podczas zarzucania wędek (3).

Szczury znalazły także swoje miejsce w literaturze pięknej. W bajkach Ezopa i La Fontaine'a, te małe, zwinne istoty dzielnie walczą z przeciwnościami losu. Morał jest jasnym przesłaniem. Nawet najmniejszy i odrzucany przez społeczeństwo może zwyciężyć. Pozycje te są jednymi z nielicznych przykładów gdzie gryzoń ten pełni rolę wychowawczą. W „Dżumie" Alberta Camusa i „Roku 1984" George'a Orwella, powszechnie znanych powieściach, szczury odgrywają kluczowe role. W obu przytoczonych przykładach zwierzęta te mają znaczenie symboliczne i przede wszystkim wpływają na podświadomość głównych bohaterów. Wywołują negatywne reakcje, wzbudzając irracjonalny strach zaburzają psychofizyczny, wewnętrzny porządek człowieka. W XX wieku relacje pomiędzy szczurem i człowiekiem skupiają się wokół tematów apokaliptycznych. Według naukowców przerażonych wizją katastrofy nuklearnej szczury miały największe szanse na przetrwanie. Ponadto postrzegano je, jako chytre, egoistyczne istoty pozbawione uczuć, świadomości i pełne okrucieństwa (3).

Szczury obecne są we wszystkich aspektach ludzkiego życia i kultury. Od kuchni do religii, od sztuki do hodowli, od nauki do chorób. Mimo to, że ciągle uważane są za szkodniki, coraz częściej hodowane w domach stały się dla wielu ludzi także przyjaciółmi.

Streszczenie

Szczury od stuleci były uważane za groźne szkodniki. Jednakże w dzisiejszych czasach, pomimo wciąż mocno zakorzenionej niechęci do tego gatunku, ich popularność, jako zwierząt towarzyszących stale rośnie.

Piśmiennictwo

1. *Bailey G.*, et al.: Mitologia. Mity i legendy świata. PWN, Warszawa, 2009.
2. *Burnie D.*: Królestwo Zwierząt. Świat Książki, Warszawa, 2003.
3. *Burt J.*: Szczur. Universitas, Kraków, 2006.
4. *Carwardine M., Cox R.*K.: Wybryki natury. National Geographic Society, Warszawa, 2007.
5. *Cotterell A.:* Słownik mitów świata. Książnica, Katowice, 1996.
6. *Dzik J.:* Dzieje życia na Ziemi. PWN, Warszawa, 2003.
7. *Eberhard W.*: Symbole Chińskie. Słownik. Universitas, Kraków, 2007.
8. *Gabrisch K., Zwart P.*: Praktyka kliniczna: zwierzęta egzotyczne. Galaktyka, Łódź, 2009.
9. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości. WUW, Warszawa, 2005.
10. Polskie Nazewnictwo Zoologiczne. I. Ssaki. Polskie Towarzystwo Zoologiczne. Komisja Nazewnictwa Zwierząt Kręgowych. PWN, Wrocław, 1986.
11. *Quesenberry K. E, Carpenter J. W.*: Ferrets, Rabbits and Rodents. Clinical Medicine and Surgery (2nd edition), Saunders, St. Louis.
12. Rat Behaviour and Biology. www.ratbehaviour.org
13. *Saunders N.J.*: Dusze Zwierząt. Świat Książki, Warszawa, 1996.
14. Szkodniki sanitarne - pokarm gryzoni. www.szkodnik.waw.pl.
15. Szkodniki sanitarne - szczur śniady. www.szkodnik.waw.pl.
16. Szkodniki sanitarne - szczur wędrowny. www.szkodnik.waw.pl
17. *Szczepanowicz B., Mrozek A.*: Atlas Zwierząt Biblijnych. WAM, Kraków, 2007.
18. The National Fancy Rat Society. www.nfrs.org.
19. Xtreme Rat Challenge. Nebraska Wesleyan University www.nebrwesleyan. edu.
20. *Ziętek J., Adaszek Ł., Winiarczyk S.*: Choroby zakaźne myszy i szczurów z elementami zoonoz, wybranymi zagadnieniami z hodowli, anatomii i fizjologii. Elamed, Katowice, 2010.

Praca zawiera 28 555 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

LECZENIE OWIEC NA TERENIE GALICJI W XIX WIEKU W OPARCIU O DZIAŁALNOŚĆ KAZIMIERZA WODZICKIEGO

Wacław Łuczak, Maciej Adamski, Norbert Pospieszny *

Instytut Hodowli Zwierząt
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
*Zakład Anatomii Zwierząt
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu

Na ziemiach polskich wiek XIX charakteryzował się w hodowli zwierząt dużym pogłowiem owiec. Zajmowano się owczarstwem w szerokim tego słowa znaczeniu, a mianowicie: wełną, rozrodem, rasami owiec, systemami chowu, żywieniem, pomieszczeniami, tzw. „higieną" oraz organizacją i ekonomiką produkcji owczarskiej. W tym czasie słowo higiena obejmowało zabiegi pielęgnacyjne i lecznicze wykonywane na owcach. Rozwój owczarstwa zależał od działalności tzw. „sortierów", właścicieli dużych owczarń i autorów podręczników owczarskich. Sortierami nazywano osoby zawodowo opiekujące się owcami i zajmujące się selekcją owiec ze względu na jakość wełny.

Najważniejszą postacią w owczarstwie w Galicji w XIX wieku był niewątpliwie Kazimierz Wodzicki. Do naszych czasów nie doczekał się fachowego opracowania działalności zootechnicznej. Jedynie skrupulatny i dobrze poinformowany prof. Pruski /1975/ wspomina o Wodzickim w historii hodowli zwierząt w Galicji.

Kazimierz Stanisław Michał Wodzicki urodził się w 1816 roku w Korzkwi koło Ojcowa /olkuskie/ w jednym z majątków rodzinnych. Był synem Józefa i Petroneli z Jabłonowskich i wnukiem w linii ojcowskiej Eliasza - generała wojsk koronnych i ostatniego starosty krakowskiego. O jego wykształceniu wiemy dzisiaj niewiele. Prawdopodobnie otrzymał staranne wykształcenie domowe. Dostęp do studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim miał utrudniony, ze względu na granice Rzeczypospolitej Krakowskiej. W swoich pamiętnikach Kazimierz Girtler zapisał, że w 1821 roku Kazimierz Wodzicki z braćmi Henrykiem i Aleksandrem uczyli się na pensji Franciszka Szopowicza w Krakowie.

Szeroką sławę uzyskał jako ornitolog, autor prac naukowych i popularno naukowych oraz racjonalny myśliwy dbający o ochronę przyrody. Był członkiem licznych towarzystw naukowych. Na jego cześć nazwano kilka gatunków ptaków i muchówek /łącznie 7 gatunków/. Wodzicki mówił o sobie: ”jestem apostołem ornitologii”. Zarządzanie majątkiem spowodowało, ze Wodzicki odsunął się od ornitologii w stronę działalności rolniczej. Zootechnicy za prof. Pruskim są zgodni, że Wodzicki był „apostołem owczarstwa galicyjskiego”. Na postawie najnowszej literatury na tamte czasy i własnych doświadczeń w prowadzeniu dużej owczarni napisał cztery obszerne artykuły o zagadnieniach owczarskich w rozprawach CK. Galicyjskiego Towarzystwa Rolniczego w latach 1853-1860. W 1867 roku wydał obszerny podręcznik: Vademecum dla owczarzy wschodniej Galicji. Udzielał się również społecznie, zwłaszcza jako poseł do sejmu krajowego we

Lwowie i państwowego we Wiedniu. Był także fundatorem stypendium z którego skorzystał min. prof. zoologii Antoni Wierzejski.

Zmarł w 1889 roku, w wieku 73 lat. Nekrolog zamieściły ważniejsze europejskie czasopisma ornitologiczne. Kolekcję ornitologiczną obejmującą prawie wszystkie ptaki krajowe podarował Muzeum Komisji Fizjograficznej Akademii Umiejętności w Krakowie, gdzie znajduje się do dnia dzisiejszego. Część zgromadzonych dubletów podarował Uniwersytetowi Jagiellońskiemu i Szkole Rolniczej w Czernichowie.

Kazimierz Wodzicki jako myśliwy

Obok Włodzimierza Dzieduszyckiego należy Wodzicki do najwybitniejszych postaci łowiectwa galicyjskiego z końca XIX wieku. W1871 roku założył ekskluzywne towarzystwo łowieckie zwane Towarzystwo Lisowickie lub Zakon Lisowicki. Kazimierz Wodzicki organizując towarzystwo wydzierżawił jednocześnie obwód łowiecki o powierzchni 30 tysięcy mórg (ponad 15tyś ha) u stóp Beskidu Stryjskiego. Był on podzielony na 3 rewiry: lisowicki /od niego pochodzi nazwa towarzystwa/, bolechowski i taniawski. Działalność ta dzięki znajomości i umiłowaniu przyrody doprowadził do niezwykłego powiększenia pojemności łowisk w zwierzynę, po mimo początkowych trudności. Został wieloletnim prezesem towarzystwa używając skromniejszego tytułu „łowczy". Barwny opis 422 polowań przeprowadzonych w latach 1871-1895 znajdujemy na 909 stronach Kronik Lisowickich. Zostały one wydane w stu egzemplarzach. Historycy łowiectwa pisząc o Wo-

dzickim dodają na koniec, że był on również autorem licznych dzieł rolniczych.

Działalność owczarska Wodzickiego

Kazimierz Wodzicki rozpoczął hodowlę owiec na własną rękę w rodzinnej Korzkwi uzyskując materiał hodowlany od ojca z gospodarstwa w Porębie Wielkiej. Były to owce, jak je sam określił w typie negretti górskie. Co 3 lata kupował tryki od hr. Larischa i od hr. Schafgotscha w Kopicach. Owczarnia przynosiła niewielkie zyski chociaż Wodzicki sprzedawał wełnę na targach wiedeńskich po dobrej cenie. Wprowadzanie nowości naukowych z dziedziny chowu i lecznictwa do swojej owczarni było dla właściciela kosztowne. Z tego powodu upoważniło to autora do zajmowani się osobiście różnymi problemami związanymi z hodowlą owiec, w tym opieką nad ich zdrowiem. Około 1842 roku sprzedał on Korzkwię i przeniósł się do Hołhocz w powiecie brzeżańskim a potem do Olejowa w powiecie złoczowskim, w którym z powodzeniem gospodarował aż do śmierci.

Leczenie owiec

Szeroko pojmowanym zagadnieniom ochrony zdrowia owiec poświęcił Wodzicki w swoim podręczniku obszerny rozdział zatytułowany Higiena dla owiec i ich choroby.

Słowo higiena oznaczało u Wodzickiego warunki utrzymywania owiec dla zapewnienia najlepszej ich zdrowotności i wykonywanie przez owczarzy określonych zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych.

W podręczniku podaje wiele sposobów postępowania leczniczego. Szczególną uwagę zwraca na konieczność wnikliwej obserwacji zwierząt, co jak wiadomo, jest pierwszym warunkiem postępowania diagnostycznego. Charakterystyczne dla danej choroby objawy pozwalają na w miarę trafne rozpoznanie jej w praktyce. Najciekawsza jest część lecznicza, chociaż w ówczesnych czasach dysponowano niezbyt dużym asortymentem leków i często sposób ich podawania był prymitywny.

Przy ospie /variolae ovinae/ autor zaleca przeprowadzenie tak zwanej owinacji, stosowanej już z powodzeniem w innych krajach. Polegała ona na szczepieniu profilaktycznym zdrowych jeszcze owiec nie osłabionym wirusem ospy, czyli wirusem zjadliwym w celu wywołania odpowiedzi immunologicznej (odporności). Zdaniem autora „najstosowniejszy jest spód ogona półtora cala od wzrostu już z tej przyczyny, że owcy w ruchach nie przeszkadza i że zaszczepiona materia ustawicznie się wygrzewając, szybko i doskonale dojrzewa".

Podaje również opis działania przy stwierdzeniu: blednicy, choroby gnilnej, wodnej puchliny, motylicy. Autor przyznaje, że jest jedna choroba, której główną przyczynę słusznie upatruje w pasieniu owiec na mokrych lub niskich łakach oraz zamarzniętych oziminach. Podane objawy – obrzęki, marskość wątroby, zaburzenia trawienne – towarzyszą ogólnemu wyniszczeniu organizmu, charłactwu i wreszcie śmierci. Autor zaleca lepszą opiekę i żywienie chorych zwierząt a jeśli to nie pomaga, zadawanie przez tydzień co dwa dni pigułki wielkości laskowego orzech wg następującej recepty:

„pól kwarty tartego piołunu
pół kwart gencjany
kwartę tatarskiego ziela
dwa funty opiłków żelaza
kwaterkę soli kuchennej
pół kwarty tłuczonego jałowca
mąka żytnia”/zmieszanie i zlepienie/

Zapalenie śledziony - tą nazwą określa autor wąglik /antrax/ w pierwszym stadium choroby, kiedy występuje ostry obrzęk śledziony przechodzący w stadium czyraków gromadnych. Po opisie objawów autor zwraca uwagę na fakt uporczywości choroby podając do zastosowania tylko tzw. środki zaradcze. Kolejną fazę choroby nazywa karbunkułem.

Kołowacizna zdaniem Wodzickiego jako choroba nieuleczalna jest okrywana tajemnicą i grasuje w owczarniach intensywnie prowadzonych.

Przy kulawce zaleca wycinanie nożem nadgniłych części racic oraz moczenie po dwie godziny na dobę w wodzie z dodatkiem kwasu saletrowego lub solnego. Gdy środki te nie wstrzymują ropienia zaleca sporządzenie maści w proporcji na 200 owiec o następującym składzie:

„1 i ½ funta dziegciu
¾ funta oleju terpentynowego
¾ funta saletrzanego kwasu

3 funty niebieskiego witriolu

Giez owczy /oestrus ovis/ zwany przez autora gzikiem owczym lub muchą pajęczą. Walka z nim polegała na posmarowaniu dziegciem lub olejkiem z rogu jelenia/ rasura cornu cervi/ okolic nozdrzy. Tę metodę odstraszania stosuje się z powodzeniem do dziś. Skutecznym sposobem było także sprowokowanie zwierzęcia do kichania.

Piśmiennictwo

1. *Brzęk G.*: Wodzicki Kazimierz Stanisław Michał. /w/ Feliksiak S. Red. Słownik biologów polskich. PWN. Warszawa1987, 582-583.
2. *Cąkała S.*: /red./. Choroby owiec. II wyd. PWRiL Warszawa, 1981.
3. *Pruski W.*: Hodowla zwierząt gospodarskich w Galicji w latach 1772-1918. Ossolineum, 1975.
4. *Wodzicki K.*: Vademecum dla owczarzy wschodniej Galicji. Lwów, nakładem autora, 1867.

Praca zawiera 8 804 znaki (< 0,5 arkusza wydawniczego)

WYBRANE ZAGADNIENIA Z HISTORII LECZENIA ZWIERZĄT W CZASACH STAROŻYTNYCH

Maria Makowiecka, Michał Skibniewski,
Marta Kupczyńska, Ewa Skibniewska*, Karolina Barszcz

Katedra Nauk Morfologicznych
Wydziału Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa
*Katedra Biologii Środowiska Zwierząt
Wydziału Nauk o Zwierzętach SGGW w Warszawie,
ul. Ciszewskiego 8, 02-776 Warszawa
maria_makowiecka@sggw.pl

W czasach prehistorycznych zarówno człowiek pierwotny jak i otaczający go świat fauny żyli w trudnych warunkach środowiskowych. Wspólnie narażeni byli na te same zagrożenia ze strony sił przyrody oraz klęsk żywiołowych. Występujące powszechnie choroby zakaźne i urazy zmusiły ludzi do stosowania praktyk leczniczych, które z początku miały charakter zachowań instynktownych lub były działaniami całkowicie przypadkowymi. Najwięcej informacji dostarczała człowiekowi wnikliwa obserwacja natury a zwłaszcza zachowań chorych zwierząt. Lizanie ran, usuwanie ciał obcych poprzez ocieranie się o drzewa i głazy, kąpiele w zimnej wodzie bądź błocie oraz zmiana pożywienia były dla ludzi wskazówkami do podobnego postępowania. Przyroda i chore zwierzęta stały się dla człowieka pierwszymi nauczycielami lecznictwa.

Stosowanie praktyk leczniczych u zwierząt prawdopodobnie ma historię tak starą, jak proces udomowienia poszczególnych gatunków. Domestykacja wymusiła określone postępowanie – zapewnienie odpowiedniego bytu, który dziś określamy dobrostanem. Choroby zwierząt boleśnie doświadczały również ludzi. Szerzące się epidemie powodujące upadki całych stad prowadziły do klęski głodu. Przesłanki te były powodem, że ludzie zaczęli interesować się stanem zdrowia zwierząt. Jedne z pierwszych materialnych dowodów takiego związku pochodzą ze starożytnego Egiptu. Hieroglify zamieszczone w papirusach z VI i V wieku p.n.e. dowodzą, że istniały osoby, których zadaniem było leczenie nie tylko ludzi, ale także zwierząt. Świadczą one także o tym, że w medycynie starożytnego Egiptu działania racjonalne stosowano na równi z praktykami magicznymi i religijnymi. Najbardziej znanymi dokumentem jest papirus Smitha opisujący zabiegi chirurgiczne (ok. 1600 rok p.n.e.) oraz papirus Ebersa z tekstami o chorobach wewnętrznych i środkach leczniczych (ok. 1500 p.n.e.). Kolejny, papirus z Kahun (ok. 2500 lat p.n.e.), odnosi się bardzo szczegółowo do ginekologii. Zawiera on także konkretne zapisy lecznicze zalecane do stosowania u zwierząt, stąd określany jest również, jako papirus weterynaryjny z el-Kahun (7, 17). Zamieszczono w nim opisy takich chorób jak wścieklizna, pomór bydła i wągrzyca świń (17). Według T. Rotkiewicza, uznanego deontologa i historyka weterynarii, istniał również dokument, który Autor określił jako „*Księga przygotowywania lekarstw dla różnych części ciała zwierzęcego*" (19). Inskrypcje zamieszczone w wymienionych źródłach mówią o środkach leczniczych

pochodzenia roślinnego, zwierzęcego i mineralnego, które podawano chorym w różnych postaciach. Znajdziemy w nich wiele opisów anatomicznych, stanów fizjologicznych, a także patologicznych wraz z metodami ich leczenia, które nawet dzisiaj uznamy za poprawne. Obok nich zamieszczono formuły magiczne i zaskakujące wskazania lecznicze. Na bóle polecano tłuszcz hipopotama, mleko kobiety po urodzeniu syna, ale także cebulę oraz czosnek (5). Medykamenty przynoszące ulgę ludziom Egipcjanie stosowali również u zwierząt. Obserwacje dokonywane w trakcie balsamowania zwłok pozwoliły im na dość dobre poznanie anatomii człowieka. Papirusy umieszczane przy mumiach zawierają informację przede wszystkim o przyczynie zgonu oraz często także krótką historię choroby (7). Egipcjanie balsamowali również zwierzęta. Odnaleziono okazy mumii praktycznie wszystkich gatunków żyjących na terenie ich kraju a także pochodzących z odległych rejonów geograficznych. Pozwala to sądzić, że morfologia zwierząt była również dziedziną, którą Egipcjanie dobrze poznali. Badania przeprowadzone nowoczesnymi metodami obrazowymi pozwoliły wykazać różne patologie u niektórych mumii. W wielu przypadkach zauważono również ślady dokonanych z powodzeniem zabiegów chirurgicznych (4). Świadectwem rozwijającej się opieki weterynaryjnej są także pochówki świętych byków Apis. Zmumifikowane ciała tych zwierząt dowodzą, że dożywały one sędziwego wieku. W zachowanych dokumentach odnajdujemy szczegółowe instrukcje dotyczące ich prawidłowego chowu, utrzymania oraz wiele informacji medycznych (4, 7).

Na XVIII w. p.n.e. datowany jest szczyt kultury materialnej Babilonu. W krainie z dorzecza Eufratu i Tygrysu astronomia, matematyka, prawo i medycyna stały na bardzo wysokim poziomie (7, 17). Z tabliczek pokrytych pismem klinowym odczytano, że Babilończycy korzystali z wiedzy lekarskiej zapożyczonej między innymi od Egipcjan. W Mezopotamii uważano, że chorobę wywołują złe moce. Materializowano je w postaci rzeźb ludzko-zwierzęcych i posługiwano się nimi podczas obrzędów religijnych oraz pokazywano chorym, jako środek leczniczy. Znano wiele leków pochodzenia roślinnego oraz mineralnego, które powszechnie stosowano zarówno wewnętrznie jak i zewnętrznie (7). W Kodeksie Hammurabiego (2003 - 1961 p.n.e.) odnajdziemy liczne zapisy prawne odnoszące się do wynajmu zwierząt, wynagrodzenia za usługi weterynaryjne oraz kar za złe leczenie (7, 17). Podstawową zasadą tego kodeksu było twarde prawo „oko za oko", co powodowało, że wykonywanie zawodu lekarza zapewne nie było łatwe (7).

Najstarsze zabytki mówiące o medycynie starożytnej Grecji pochodzą z XII w. p.n.e. W dwóch największych dziełach epickich tego okresu, Iliadzie i Odysei Homera, znajdują się wzmianki o lekarzach, uczniach boskiego Asklepiosa (5, 7). Kult tego boga był wyjątkowo silny i związany wyłącznie z lecznictwem. Do świątyń Asklepiosa, nazwanego również Eskulapem przychodzili nie tylko chorzy ludzie, ale przyprowadzano tam także chore zwierzęta. Pacjenci byli poddawani zabiegom oczyszczającym, takim jak posty i kąpiele oraz zabiegom magicznym. Główną metodą uzdrowienia był hipnotyczny sen na tere-

nie świątyni. W Epidauros, największym ośrodku kultu, kapłani wspomagali się również takimi metodami leczniczymi jak ukąszenie węża lub lizanie ran przez psy (7). Do czasów współczesnych dotrwało wiele zapisów o stosowaniu przez kapłanów elementów medycyny naturalnej. Na przeróżne schorzenia zalecali pacjentom częste kąpiele w ciepłej oraz zimnej wodzie, gimnastykę, posty, dietę, zioła, maści preparowane na podłożu wyciągów roślinnych z domieszkami minerałów oraz miód (5, 7).

Historia lecznictwa związana jest z prowadzeniem badań na zwierzętach. Były one przede wszystkim przyczynkiem do rozwoju morfologii i fizjologii człowieka oraz służyły dyscyplinom klinicznym takim jak np. chirurgia. W starożytnej Grecji powstały ośrodki skupiające największych intelektualistów zajmujących się poznaniem i zrozumieniem praw natury oraz istot żywych. Nazwano je Szkołami Medycyny, a ich liderami byli tak znani filozofowie jak Demokryt, Hipokrates, Platon, Arystoteles, Sokrates i wielu innych (5, 7, 17). Najbardziej znaną była szkoła Hipokratesa (470 - 360 p.n.e.). Uczonego nazwano Ojcem Medycyny (*Pater Medicinae*), bowiem jego traktaty w większości odnoszą się do szczegółowych analiz przyczyn oraz sposobów leczenia różnych chorób. Współczesna medycyna nadała mu tytuł niezrównanego diagnosty. Zalecenia wydawał po wnikliwym badaniu pacjenta uwzględniającym jego wiek, stan umysłu, odżywienie, łaknienie, brzmienie głosu, temperaturę ciała, tętno, oddech, wygląd skóry, owłosienia i błon śluzowych. Oglądał także krew, kał i mocz. Metody leczenia opierał na podstawowej zasadzie – *primum non nocere* –

przede wszystkim nie szkodzić, którą zapisali w swojej przysiędze współcześni lekarze. Obserwacje Hipokratesa i jego uczniów oraz kilku anonimowych autorów, zawarte zostały w 52 tomowym rozprawie „*Corpus Hippocraticum*" (ok. 440 - 350 p.n.e.). Dzieło, uznane za najstarszy medyczny zabytek starożytnej Grecji, dostarcza ogromnej wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii, patologii, chirurgii i położnictwa (7, 17, 19). Podejmując próby rozwiązania zagadnień etiologicznych oraz epizootiologicznych w dziele zatytułowanym „*Aforyzmy i rokowania*" Hipokrates rozstrzyga je w radykalny sposób. Stwierdza, że „choroby wyradzają się nade wszystko ze zmian pór roku, a w samych porach powstają one z gwałtownej zmiany zimna i gorąca i innych tym podobnych okoliczności" (5). W większości pisma Hipokratesa mają jednak charakter empiryczny i racjonalny, bowiem prowadził on liczne badania oparte na doświadczeniach wykorzystujących także żywe zwierzęta. Zapewne w szkole Hipokratesa nie wykładano nauk weterynaryjnych. Wiadomo jednak, że interesowały go również zagadnienia związane ze zdrowiem zwierząt. Opisał bowiem opuchliznę jamy brzusznej u kotów i psów, padaczkę u kóz oraz owiec, a także umiał stwierdzić u nich gorączkę. W swoich księgach wskazywał na występowanie podobnych objawów u ludzi i zwierząt, sugerując tym samym stosowanie podobnych metod leczniczych. Zauważył także możliwości przenoszenia się różnych chorób między zwierzętami i ludźmi (5, 19). Uwzględniając racjonalne podejście Hipokratesa do chorych ludzi można przypuszczać, że w podobny sposób traktował zwierzęta.

Wśród zachowanych dzieł starożytnej Grecji na uwagę zasługują prace Xenophonta (445-354 p.n.e.). Był przede wszystkim żołnierzem, ale interesującym się jazdą i końmi. W traktatach jego autorstwa znajdziemy bardzo szczegółowe opisy zasad chowu i pielęgnacji tych zwierząt, ale także charakterystyki wielu chorób. Sądzi się, że jako pierwszy opracował reguły określania wieku konia na podstawie wyglądu uzębienia (17, 19).

Ogromny wkład w poznanie świata zwierząt wniosły dzieła Arystotelesa (384 - 322 p.n.e.). Filozof ten był najsławniejszym uczniem Platona (472 - 347 p.n.e.), twórcy filozofii idealizmu. Wykształcenie miało zasadniczy wpływ na badania własne Arystotelesa. Opierały się one przede wszystkim na doświadczeniu i licznie przeprowadzonych dysekcjach zwierząt. Uważa się go za twórcę doktryn morfologii, bowiem szczegółowo zajmował się budową i kształtem organizmów. Swoje spostrzeżenia zawarł w dziele pt. „*Historia animalium*", w którym odnajdziemy również wiele informacji odnoszących się do systematyki świata zwierząt (1, 2, 8). Filozof nie odnosił się praktycznie do chorób, ale jego obserwacje wywarły ogromny wpływ na uczonych i lekarzy z państw basenu morza śródziemnego oraz krajów arabskich (8, 9).

Osiągnięcia medycyny greckiej i egipskiej inspirowały rzymskich badaczy nauk przyrodniczych (7, 8, 9). Starożytni Rzymianie stworzyli liczne poradniki agrarne, traktaty o zapobieganiu chorobom i leczeniu zwierząt (7, 9, 13, 22, 23). Wiele spośród nich nie przetrwało próby czasu. Istnieją w formie szczątkowej lub dowiadujemy się o nich

z późniejszych opracowań, gdzie pojawiają się cytaty, odwołania do zawartych w nich informacji lub tylko ich tytuły. Stąd na szczególną uwagę zasługuje zachowane w całości dzieło Luciusa Iuniusa Columelli (I w.n.e.) „*De re rustica*" (O gospodarstwie wiejskim). Pisany przez wiele lat traktat składa się z 12 ksiąg poświęconych agrotechnice. Zawiera on szczegółowe informacje o życiu i kulturze ludności wiejskiej, hodowli zwierząt (w tym ryb i pszczół), uprawie roślin i stosowaniu nawozów. W dziele tym Autor stwierdza również, że każdy z dobrych rolników powinien posiadać dostateczną wiedzę z zakresu medycyny weterynaryjnej (7, 17, 19). Ponadto kształtuje on postawę etyczną lekarza zwierząt odnosząc się do poglądów i przysięgi Hipokratesa. Musiały jednak upłynąć setki lat, aby na jej wzór opracować zasady, jakimi powinien kierować się lekarz weterynarii. Dokonał tego w 1629 roku hiszpański lekarz weterynarii F. B. Ramirez (9, 13). W swoich opisach Columella powołuje się na dzieło Aulusa Corneliusa Celsusa (ok. 25 p.n.e-50 n.e.) *De medicina libri octo* i jego wzorem wprowadza łacińsko-grecką nomenklaturę obowiązującą do dziś w medycynie i weterynarii (3). W traktacie Columelli znajdujemy wiele opisów chorób zwierząt, metod ich rozpoznawania, sposobów leczenia a także wykaz niezbędnych leków. W wielu przypadkach okazuje się, że są one zbliżone do współczesnej praktyki weterynaryjnej. Columella dla ludzi zajmujących się leczeniem zwierząt wprowadza termin *mulomedicus* lub *veterinarius*. Warto podkreślić, że ten ostatni funkcjonuje do dnia dzisiejszego. W swoim dziele Columella wyraża opinię, że rolnictwo oraz prawidłowo prowadzona hodowla żywego in-

wentarza są fundamentem rozwoju gospodarki. Zasadniczą rolę przypisywał hodowli bydła, której znaczenie w ówczesnych czasach wskazuje nazwa powszechnie stosowanej jednostki monetarnej – *pecunia*, pochodzącej od greckiego słowa *pecus*, czyli bydło. Na awersie wczesnych monet rzymskich i greckich wybijano zazwyczaj głowę Jowisza lub Ateny, a na rewersie głowę byka. O wielkiej mądrości Columelli świadczy jego nacisk na profilaktykę. We wspomnianym dziele podaje szereg sposobów jak chronić stada przed chorobami i zarazami, zgodnie ze stosowaną nawet obecnie zasadą, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Autor przypisuje również ogromne znaczenie higienie pomieszczeń dla zwierząt oraz konieczności izolowania osobników chorych. Proponuje także określone schematy leczenia oraz omawia różne zabiegi chirurgiczne (5, 7, 9, 19).

Równie ważnym poradnikiem rolniczym z tego okresu był „Traktat o rolnictwie" (*Opus agriculturae*) Rutyliusza Taurusa Emilianusa Palladiusza. Jedną z ksiąg Autor zatytułował *De veterinaria medicina*. Zawarł w niej szereg informacji odnoszących się przede wszystkim do hodowli koni. Opisał bardzo szczegółowo prawidłową konstrukcję stajni i wybiegów, metody przechowywania siana oraz szereg zabiegów pielęgnacyjnych. Odniósł się także do zasad żywienia, użytkowania i rozmnażania. W dziele tym Paladiusz zajął się także chorobami koni wskazując na różne metody lecznicze (14).

Znacznie później, bo w IV w.n.e., Publiusz Flavius Vegetius Renatus (Wegecjusz) publikuje obszerny poradnik dla hodowców i lekarzy weterynarii „*Digestorum Artis Mulomedicine Libri*". Autor, odwołu-

jąc się do zaleceń wielu znanych medyków, spisał w tym dziele praktycznie wszystko, co było ówcześnie wiadome na temat chorób zwierząt, tworząc swoistą encyklopedię. Należy podkreślić, że przekaz ten ma charakter naukowy. Renatus dokonuje bowiem krytyki wielu stosowanych metod leczniczych i analizuje ich skuteczność. Księga I zatytułowana została „objawy ogólne chorób koni i ich terapia, czystości stajen oraz zwierząt". Zawarte w niej opisy współczesna medycyna określiłaby, jako choroby ogólnoustrojowe. Księga II „choroby poszczególnych części ciała i ich leczenie", odnosząca się także do koni zawiera opisy 149 chorób i metod leczenia. Wiele zaleceń wzbudza kontrowersje, ale równie duża ich część znajduje głębokie uzasadnienie we współczesnej wiedzy medycznej. Księgę III Renatus poświęcił „budowie ciała konia w zależności od wieku i pochodzenia oraz kompozycji leków". Choć informacje morfologiczne mocno odbiegają od dzisiejszej wiedzy na temat anatomii konia, to warto podkreślić, że obserwacje dotyczące pokroju różnych ras dostarczają rzetelnej wiedzy. Wieloskładnikowe maści, plastry, wywary i napoje, obok tak dziwnych jak często zalecany szpik jelenia, zawierają substancje stosowane we współczesnym ziołolecznictwie. Czwartą Księgę Renatus zatytułował „choroby i leczenie wołów". Przekazywaną wiedzę oparł przede wszystkim na obserwacjach innych znanych lekarzy, opatrując ją swoimi komentarzami. Opisał prawidłowe warunki chowu oraz zasady żywienia tych zwierząt. Wśród chorób zwrócił uwagę na nosaciznę, zaburzenia pokarmowe oraz pasożyty (18). Próbował podnieść rangę lekarza zwierząt, gdyż jak twierdził, łatwiej jest wykryć chorobę u czło-

wieka, który wskaże bolące go miejsce. Można go uważać za twórcę patologii porównawczej, ponieważ w swoim dziele porównuje doświadczenia w terapii ludzi i zwierząt. Opisuje gorączkę zwracając uwagę na przyspieszone tętno i brak łaknienia, które jej towarzyszą. Wskazuje na wywołujące ją czynniki, czyli zmęczenie, nadmierny wysiłek, wysoką temperaturę powietrza w porze letniej oraz szkodliwy skład paszy i wody do picia. Przyczyn choroby szuka w płynach ustrojowych. Uważa, że choroby są zaraźliwe i dzielą się na ogólne i miejscowe. Podobnie jak jego poprzednicy, Renatus nie jest wolny od przywiązania do guseł. Koniowi dotkniętemu kolką radzi pokazać stado gęsi, które jako obrończynie Kapitolu, przegonią cierpienia zwierzęcia. Podobnie jak wielu ówczesnych medyków wysoko ceni sobie znane już od XII wieku p. n. e. cudowne remedium na wszelkie dolegliwości, jakim jest upust krwi. Zaznacza jednak, że należy go wykonywać z pewnym umiarem, zwłaszcza u ogierów, które i tak tracą płyny ustrojowe podczas kopulacji. Reatus kładzie nacisk na higienę stajni, żywienie i utrzymanie konia oraz pielęgnację racic (19, 20). W tej materii jest zgodny z panującymi ówcześnie poglądami. Na przykład Warron w traktacie o gospodarstwie rolnym zaznaczył, że podłogę w oborze dla krów cielnych, jak też w innych pomieszczeniach dla zwierząt należy wybrukować kamieniami lub podobnym kruszywem, aby zwierzętom nie gniły racice. Także w wielkim dziele starożytności, jakim jest poemat o rolnictwie „*Georgiki*" Wergiliusz zwraca uwagę na warunku zoohigieniczne panujące w pomieszczeniach inwentarskich (13, 22, 23, 24). Poza wieloma innymi chorobami Rena-

tus leczył także zmiany rozrostowe u zwierząt, przy czym uważał, że guzy należy wypalać gorącym żelazem lub bardziej skutecznymi w tym przypadku narzędziami miedzianymi. Przykładem świadczącym o wysokim poziomie jego wiedzy chirurgicznej jest opis postępowania w przypadku podwinięcia rzęs (*trichiasis*). Nakazuje naciąć powiekę w pobliżu rzęs poczynając od strony spojówki aż do skóry i nałożyć klamry, aby oko uzyskało pełną możliwość widzenia. W następnym etapie należy wyciąć pasek skóry powieki, założyć szwy a na oko opatrunek z gąbki nasyconej najlepszą oliwą i solanką. Umieszczony wcześniej opatrunek zdejmuje się po pięciu dniach a na oko nakłada maść do oczu *Collyrium*, na powieki zaś maść do ran *Tetrapharmacopn*. Po utworzeniu blizny należy usunąć założone uprzednio klamry (19, 20).

Innym znanym lekarzem zwierząt czasów antycznych był Apsyrtos (Apsyrtus) z Kladzomen (280 - 337 n.e.). Pełnił on funkcję hipiatry w wojskach Konstantyna I Wielkiego będąc jednocześnie wielkim autorytetem w tej dziedzinie (21). Podobnie jak jego poprzednicy w wielu przypadkach i prawie u wszystkich gatunków zwierząt zalecał stosować upusty krwi (nawet przy świerzbie). U koni wykonywał ten zabieg na podniebieniu, skroniach, pęcinie i koronce. Co ciekawe, w jego postępowaniu można zauważyć pewne niekonsekwencje polegające na tym, że niektóre z zabiegów raz polecał, zaś innym razem odradzał. Apsyrtus opisał różne sposoby postępowania podczas zabiegów operacyjnych z zakresu ortopedii w leczeniu kulawizn, złamań i zwichnięć.

Do czasów współczesnych przetrwało 121 listów, z których wynika, że posiadał dużą wiedzę morfologiczną i umiejętności praktyczne, np. w zatrzymaniu moczu zalecał masaż pęcherza moczowego przez odbytnicę. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż używane przez niego leki u zwierząt były tymi samymi preparatami, jakie wykorzystywano w leczeniu ludzi. Jednak w niektórych postępowaniach terapeutycznych stosował również gusła i zaklęcia. Oto kilka przykładów zabiegów chirurgicznych wykonywanych przez Apsyrtusa. Wzdęcie brzucha radzi leczyć przekuwając mostek trepanem. Z kolei przy puchlinie wodnej, w celu odpływu wody, igłę wkłuwa się w najniższym punkcie brzucha. Przepukliny należy wcisnąć i podwiązać, oraz przeciwko nawrotom zabezpieczyć pasem przepuklinowym. Wypadanie odbytnicy leczy się poprzez amputowanie wynicowanej części. Ostre zapalenie kaletki w okolicy guza wyrostka łokciowego leczy się wcierkami a w przypadkach przewlekłych należy ją usunąć. W leczeniu kręczu szyi (*torticollis*) wprowadził metodę nałożenia na jej wypukłej powierzchni trzech oddalonych od siebie „szwów" wykonanych z mitry woskowej. Związane mocno sznurem konopnym zmuszały pacjenta do utrzymania naturalnej pozycji szyi. „Klamry" pozostawały pod skórą, aż zropiały i odpadły. W leczeniu złamań proponuje założyć opatrunek usztywniający (szynę) na okres 40 dni i utrzymywać konia na macie podwieszającej. Przy wypadniętej macicy u klaczy każe zwierzę położyć na grzbiecie, polewać narząd ciepłą wodą, podrażniać przy pomocy cienkiej igły, obmyć wywarem z wina ziołowego, piany olejowej oraz oleju z owoców granatu i odprowadzić do jamy miednicy. Na-

stępnie do światła macicy wsunąć świeży pęcherz, nadmuchać go i zawiązać, po czym na srom założyć trzy szwy, w takich odstępach, aby możliwe było oddawanie moczu. Po upływie 12 dni należy wyjąć szwy a pęcherz nakłuć, wypuścić powietrze i wyciągnąć. Opisana metoda leczenia wypadnięcia macicy zaproponowana przez Apsyrtusa przetrwała aż do początków XIX wieku. Zbiór wiadomości na temat lecznictwa koni autorstwa Apsyrtusa znalazł się w bizantyjskim zbiorze *Hippiatrika* opracowanym w X wieku na polecenie cesarza Konstatntyna VII Porfirogenety. Dzieło to stanowiło kompendium wiedzy o chorobach koni obowiązujące przez kolejne stulecia (6, 20).

Jednym z podstawowych zabiegów chirurgicznych stosowanych od najdawniejszych czasów była kastracja. W rozwiniętych rolniczo państwach najczęściej wykonywano ją u bydła w celu otrzymania osobników lepiej przystosowanych do pracy pociągowej. Zauważono, że kastrata cechuje masywna budowa ciała, wybujały wzrost i większa siła. Ważnym powodem do wykonywania tego zabiegu były walory smakowe mięsa. U kastratów mięśnie przerastają obficie tkanką tłuszczową, co powoduje, że jest smaczniejsze i bardziej kaloryczne. Nie mniej ważkim wskazaniem wykonywania kastracji była chęć poskromienia temperamentu zwierząt (13). Wykonywano ją także, jako zabieg leczniczy a jej stosowanie zalecano między innymi u ogierów w chorobie jąder, ale także mózgu i nerek (9). Należy podkreślić, że kastracji dokonywano już w okresie neolitu. Najstarsze kości kastratów pochodzące z terenu Polski datowane są na okres kultury pucharów lejkowatych, zaś znaleziska z terenu Niemiec na okres ceramiki

wstęgowej rytej (10, 11, 15). Można zatem sądzić, że w czasach rzymskich był to zabieg dobrze znany a wykonujący go ludzie mieli doświadczenie zarówno w technice operacyjnej, jak też niezbędną, gromadzoną przez pokolenia, wiedzę na temat powikłań towarzyszących kastracji. Jądra niszczono rozmaitymi sposobami: ogniem, przez zgniecenie lub odcięcie a także przez zmiażdżenie powrózka nasiennego. Z całą pewnością doświadczeni hodowcy preferowali kastrację metodą bezkrwawą. Columella radził, aby nie wykorzystywać w tym celu noża, lecz leszczotki sporządzone z rozłupanej łodygi zapaliczki cuchnącej (*Ferula assa-foetida*), której grubość osiąga nawet 8 cm. Roślinę tę do dziś stosuje się w lecznictwie ludowym. Rutyliusz Palladiusz polecał wąskie cynowe paski, którymi należało ściskać mosznę niczym kleszczami. Dopiero po zmiażdżeniu powinno nastąpić odcięcie jąder za pomocą noża (9, 13, 16). Podobne metody postępowania przetrwały w nieco zmodyfikowanej formie do czasów współczesnych. Przykładem może być zastosowanie kleszczy Burdizzo do bezkrwawej kastracji bydła (12).

Okres starożytności cechował się niezwykłym rozwojem medycyny i weterynarii. Poczynione w tym czasie spostrzeżenia na temat morfologii ciała człowieka i zwierząt, chorób oraz sposobów ich leczenia przez wiele stuleci stanowiły dogmat. Niektóre z nich przetrwały do czasów nam współczesnych w formie niemal niezmienionej jak np. metoda bezkrwawej kastracji bydła lub upusty krwi stosowane powszechnie także w XX wieku podczas leczenia mięśniochwatu pora-

żennego oraz ochwatu u koni. Można zatem stwierdzić, że był to czas, w którym powstały podwaliny współczesnej medycyny i weterynarii.

Streszczenie

Artykuł przedstawia zarys historii leczenia zwierząt w czasach antycznych. Omówiono poglądy starożytnych na temat przyczyn chorób oraz podstawowe formy terapii za pomocą środków farmakologicznych oraz zbiegów chirurgicznych.

Piśmiennictwo

1. *Arystoteles*: Zoologia (Historia Animalium), tłum. i oprac. *P. Siwek*, PWN, Warszawa, 1982.
2. *Arystoteles*: Historia animalium; De generatione animalium (W:) Dzieła wszystkie. PWN, Warszawa, 1990.
3. *Celsus A.C.*: De Medicina. Leiden, 1730.
4. *Chrószcz A., Janeczek M., Pospieszny N.*: Mumie zwierzęce w starożytnym Egipcie. Medycyna Wet. 2006, 62 (11), 1330-1332.
5. *Iwańska J.*: Przyczyny, zapobieganie i leczenie chorób epidemicznych w starożytnej Grecji i Rzymie. Seminare, 2010, 28, 2, 223-327.
6. *Janeczek M., Chrószcz A., Ożóg T.*: Via punica et via hellenica incognita? Transfer wiedzy w świecie antycznym. Medycyna Wet. 2009, 65 (6), 427-430.
7. *Kądziołka A.*: Zarys historii medycyny weterynaryjnej i deontologii. Wyd. Akademii Rolniczej, Lublin 1988.
8. *König H.E., Liebich H.G.*: Veterinary Anatomy of Domestic Mammals. Textbook and Colour Atlas. Schattauer, Stuttgart, 2007.
9. *Kreyser K.*: Zwierzęta gospodarskie w traktatach agrarnych pisarzy rzymskich i wieku cesarstwa. Wyd. SGGW, Warszawa, 1996.
10. *Krysiak K.*: Szczątki zwierzęce z osady neolitycznej w Ćmielowie, Wiadomości Archeologiczne, 1950, 14, 165-228.
11. *Krysiak K.*: Materiały zwierzęce z osady neolitycznej w Gródku Nadbużnym, pow. Hrubieszów, Wiadomości Archeologiczne, 1956, 23, 49-60.
12. *Kulczycki J.*: Chirurgia operacyjna zwierząt domowych. PWRiL, Warszawa, 1960.
13. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości. Wyd. UW, Warszawa, 2005.
14. *Mikołajczyk I.*: Rzymska literatura agronomiczna. Wyd. UMK, Toruń, 2004.
15. *Müller H.H.*: Die Haustiere der Mitteldeutschen Bandkeramiker, Berlin, 1964.

16. *Palladiusz, Rutyliusz Taurus Emilianus Palladiusz*: Traktat o rolnictwie, przekład Mikołajczyk I., Wyd. UMK Toruń, 1999.
17. *Pospieszny N.*: Historia medycyny i deontologii weterynaryjnej. Choroby drobiu oraz ptaków ozdobnych – materiały szkoleniowe zeszyt 2. UWP Wrocław, 2009.
18. *Pubiusz Wegecjusz Renatus*: Zarys Antycznej sztuki weterynaryjnej. Wyd. P.P. Evan, Warszawa.
19. *Rotkiewicz T.*: Historia weterynarii i deontologia. Wyd. UWM, Olsztyn, 2006.
20. *Schebitz H., Brass W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów. PWRiL, Warszawa, 1983.
21. *Tarczyński S. i inni.*: Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii. PWN, Warszawa, 1990.
22. *Warron, Marek Terencjusz Warron*: O gospodarstwie rolnym, przekład Mikołajczyk I., Wrocław, Warszawa, Kraków, 1991.
23. *Warron, Marek Terencjusz Warron*: Rerum rusticarum libri tres, przekład Mikołajczyk I., Wyd. UMK, Toruń 1992.
24. *Wergiliusz P. Maro*: Georgiki, przekład Czerny A.L., PIW, Warszawa, 1956.

Praca zawiera 26 575 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ZWIERZĘ – PACJENT CZY TERAPEUTA?

Katarzyna Olbrych, Tomasz Szara

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
SGGW w Warszawie
kasiaolbrych@wp.pl

Udomowienie mięsożernych gwarantowało bezpieczeństwo ludzi. Psy ostrzegały przed zagrożeniem i chroniły wypasane stada zwierząt gospodarskich przed drapieżnikami. Koty zapewniały spokojny sen gospodarza chroniąc jego spichlerz przed szkodnikami. Z biegiem lat człowiek poznawał naturalne zachowania swoich czworonożnych przyjaciół i umiejętnie wykorzystywał je do swoich rozmaitych potrzeb. Wzajemna symbioza pogłębiała się, zacieśniały się relacje zwierzę – człowiek. Ewoluowały również potrzeby ludzi. Zaczęto postrzegać zwierzęta w innym świetle i zauważać odmienne, niematerialne korzyści płynące z towarzystwa zwierząt w życiu człowieka. Zauważano niejednokrotnie, że już samo przebywanie z czworonogiem, wspólna zabawa czy głaskanie uspakaja i poprawia samopoczucie ludzi. Wraz z postępem cywilizacji rozwijała się medycyna, również na tym polu działalności człowieka zwierzęta odegrały ważną role, którą pełnią do dzisiaj (5, 19, 29).

Najstarsze wzmianki o „leczniczych" właściwościach psów pojawiają się już w opracowaniach dotyczących czasów starożytnych.

W mitologii egipskiej bóg Anubis o głowie szakala lub psa pełnił rolę lekarza i aptekarza bogów, był również strażnikiem tajemnic mumifikacji i reinkarnacji. Za atrybut sumeryjskiej bogini Guli ,,Wielkiej Lekarki" również uważano psa, podobnie było z babilońskim i chaldejskim bóstwem Mardukiem. W starożytnej Grecji w kulcie syna Apollina, Asklepiosa (Eskulapa), uznanego za boga medycyny, pełniły one rolę uzdrowicieli. W świętym gaju, sanktuarium Asklepiosa zbierali się chorzy, którzy wystawiali chore części ciała do polizania przez psy specjalnie w tym miejscu trzymane i szkolone. Wierzono bowiem, że ich języki mają moc leczniczą. Na terenie świątyni znaleziono tabliczki z inskrypcjami, które miały poświadczyć cudowną moc świątynnych psów Thuson z Hermiony, niewidomy chłopiec, odszedł uzdrowiony, gdy jeden z psów mieszkających przy świątyni w biały dzień polizał mu oczy. Bliskość tych zwierząt i przyciskanie go do ciała w miejscach „chorych" miały powodować przejście choroby na czworonoga. Najczęściej stosowano taką „terapię" w przypadku bólu stawów oraz zgagi. Wiara w cudowną moc psów liżących rany i owrzodzenia przetrwała do czasów chrześcijańskich, gdzie niektórych świętych cieszących się zdolnościami uzdrawiającymi przedstawiano z tymi zwierzętami. Artystyczne świadectwa korzystania w Europie z psów przewodników można następnie odszukać w średniowiecznych drewnianych rzeźbach. Trzynastowieczne chińskie malunki na pergaminie, znajdujące się w zbiorach nowojorskiego Metropolitan Museum, przedstawiają podobne sceny z Dalekiego Wschodu. Grafiki Gainsborougha (1727-1788) i Bewicka (1753-1828) dostarczają więcej detali o prowadzą-

cych czworonogach. Obie przedstawiają niewidomego mężczyznę prowadzonego przez psa, który przekracza wąski drewniany mostek; w jednym wypadku niewidomemu towarzyszy również osoba widząca.

Najwcześniejsze systematyczne treningi zwierzęcych przewodników były relacjonowane przez wiedeńskiego okulistę Georga Beera; odbywały się w paryskim szpitalu Quinze-Vingts w połowie XVIII wieku (11). Chardin przedstawił artystyczną wizję psa przewodnika w czasie treningu na obrazie, który trafił do Luwru w 1753 roku. Trening psów był następnie prowadzony także w Wiedniu, gdzie zarówno pudle i szpice były poddawane treningom przez ich niewidomych właścicieli. Instytut w Wiedniu wprowadził bardziej systematyczny trening dla niewidomych w 1819, wydając pierwszy podręcznik. Do utrzymania dyscypliny na treningu używano laski dla niewidomych i specjalnej uprzęży. Zainteresowanie psami przewodnikami znacząco wzrosło w czasie pierwszej wojny światowej, kiedy niemieckim służbom medycznym powierzono rehabilitację wielu młodych ludzi, którzy stracili wzrok na skutek działań wojennych. Już podczas trenowania setek tych zwierząt, w 1916 służby medyczne umieściły swego pierwszego systematycznie szkolonego psa przewodnika u niewidomego weterana wojennego Paula Feyena. Zaledwie 3 lata później szkolono już średnio około 600 psów rocznie (25). Jednak stopniowo odchodzono od leczenia tylko dolegliwości fizycznych, a uzdrawiające właściwości tych czworonogów zaczęto koncentrować na sferze psychologicznej (17).

Pierwsze próby wykorzystania zwierząt w psychiatrii podejmowano w IX wieku. W ośrodku Gheel w dzisiejszej Belgii, zwierzęta wykorzystywano jako element „terapii naturalnej”. Kolejne, znacznie późniejsze, bo w XVIII w. Pochodząca z 1792 roku wzmianka wspomina o ośrodku w Anglii, w York Ratter, w którym leczeniu poddawano osoby psychicznie chore, kierował nim William Tuke. Elementem terapii była praca w gospodarstwie oraz zajmowanie się małymi zwierzętami – dzięki temu pacjenci uczyli się samokontroli oraz pewności siebie. Zakład położny z dala od miasta, posiadał ogród, w którym hodowano małe zwierzęta, a opiekę nad nimi powierzono pacjentom. Dzięki swym metodom odniósł on duży sukces. Pomimo to terapię z pomocą zwierząt uznano za "nienaukową". Tuke został wyśmiany, a jego metoda popadła w zapomnienie. Lecz 100 lat później powstał w Niemczech w Bethel zakład, w którym podjęto terapie Williama i zastosowano ją w praktyce. Ośrodek założony w 1860 roku, który istnieje do dziś, także wykorzystywał zwierzęta – w podobny sposób jak w Anglii. Obecnie szpital posiada dwie farmy, oraz stadninę koni, a zwierzęta w dalszym ciągu pomagają ludziom (2,3).

Jednak o prawdziwym rozwoju dogoterapii możemy mówić dopiero w XX wieku. Przyniósł on wiele nowych doświadczeń i badań, na podstawie których można dziś naukowo udowodnić przydatność zwierząt we wspieraniu różnego rodzaju terapii. Pierwszą pracę naukową stwierdzającą, że zwierzę, a zwłaszcza pies, może odgrywać bardzo ważną rolę w życiu dziecka było opracowanie W. Flower’a Bucke’a. W 1903 roku przeanalizował on 1200 dziecięcych wypracowań na te-

mat psów. Z jego badań wynikało, że dzieci samotne i cierpiące, w szczególny sposób wiążą się z psami i wiele zyskują na kontakcie z nimi. Na owe czasy była to bardzo rewolucyjna teoria, która zapoczątkowała zainteresowanie wpływem zwierząt na zdrowie psychiczne ludzi (17).

W 1944 ukazał się artykuł H.S. Bossarda pod tytułem „Zdrowie psychiczne właścicieli psów" który opisywał role, jakie zwierzęta odgrywają w życiu ludzi, a szczególnie dzieci. Te czworonogi są przede wszystkim źródłem nieograniczonej miłości i akceptacji, dzięki czemu nawiązują doskonały kontakt z dziećmi. Pies został przedstawiony jako „nauczyciel" dziecka w wielu aspektach życia, z akcentem położonym na sferę emocjonalną i rozwój psychiczny (7).

Najważniejszym jednak krokiem w kierunku uznania dogoterapii jako metody rehabilitacji były badania i prace Borisa Levinsona. Początkowo opierał się on na pracach Bossarda, jednak znacznie rozwinął jego teorię. W opublikowanym w 1964 roku artykule jako pierwszy użył określenia „terapia z udziałem zwierząt" (ang. pet therapy). Prowadził badania nad dziećmi z autyzmem i zauważył, że pacjenci dużo szybciej i chętniej otwierają się przed jego psem – Jingles'em – niż przed nim samym. Zaczął pracować nad wykorzystaniem tego stworzenia jako pomostu do nawiązania kontaktu z dziećmi. Dzięki temu skuteczniej mógł prowadzić terapię. Opierając się na swoich obserwacjach Levinson wysunął następujące hipotezy:

- Opieka nad zwierzęciem w dzieciństwie może wyrobić zwiększoną wrażliwość na uczucia i postawy innych ludzi, nauczyć tolerancji, samoakceptacji i panowania nad sobą.
- Życie w towarzystwie zwierząt domowych pozwala dziecku zrozumieć istotę życia i śmierci
- Zwierzęta sprzyjają rozwojowi emocjonalnemu, stanowiąc dla dziecka wsparcie i dając mu poczucie bezpieczeństwa w chwilach osamotnienia i wyobcowania.

Publikacje Levinsona przyczyniły się do uznania dogoterapii jako alternatywnej metody wspierania terapii psychologicznej. Zaczęto prowadzić badania, powstała też Delta Society – organizacja założona w 1977 przez Michela McCulocha. Obecnie Delta jest wiodąca międzynarodową organizacją badającą wpływ zwierząt na ludzi w celu udowodnienia przydatności tej metody (27).

Pierwszy program dogoterapii oparty na naukowych przesłankach skierowany był do pacjentów szpitala psychiatrycznego przy uniwersytecie w Ohio. Opracowało go małżeństwo psychiatrów – Sam i Elizabeth Corson, którzy w roku 1975 przeprowadzili go z udziałem 50 pacjentów. Każdy z nich mógł sobie wybrać psa, którego odwiedzał codziennie w sąsiadującej ze szpitalem hodowli. Trzech podopiecznych zrezygnowało z udziału w programie, jednak u pozostałych odnotowano znacząca poprawę stanu zdrowia. Psy wzmocniły pozytywny kontakt pomiędzy pacjentami i personelem, przyczyniły się do wzrostu niezależności, pewności siebie i zaufania do świata. Wielu chorych opuściło potem szpital (18).

Do Polski dogoterapia dotarła nieco później. Pierwsze wzmianki o niej pojawiły się pod koniec lat osiemdziesiątych, kiedy to Maria Czerwińska razem ze swoimi psami odwiedzała placówki, w których przebywały dzieci niepełnosprawne. W ubiegłym roku obchodzono dwudziestolecie dogoterapii w Polsce. Obecnie w naszym kraju działa kilkanaście organizacji dogoterapeutycznych, wśród których warto wymienić Przyjaciela (Warszawa), Dogtora (Gdańsk), Ama Camen (Łódź), Właśnie Tak! (Bydgoszcz) , czy Psa dla Stasia (Warszawa) (27).

Obecnie na całym świecie prowadzone są badania dotyczące wpływu zwierząt na rozwój i funkcjonowanie człowieka. Dogoterapia staje się coraz powszechniejszą i docenianą formą wspomagania leczenia, której działania nie da się zastąpić w żaden inny sposób. Trudno wymienić wszystkie schorzenia kwalifikujące się do zooterapii. Najogólniej mówiąc terapia z udziałem zwierząt najwięcej korzyści przynosi ludziom niepełnosprawnym fizycznie i psychicznie. Największy pożytek przynosi dzieciom z cechami autystycznym, ADHD czy Zespołem Down'a (13, 21). Psia terapia pomaga także pacjentom cierpiącym na mózgowe porażenie dziecięce (14). Jednak nie tylko niepełnosprawni mogą skorzystać z kojącej obecności zwierząt. Co ciekawe, zabawa ze zwierzęcym terapeutą wpływa także na socjalizację i uwrażliwienie więźniów, narkomanów czy trudnej młodzieży. Psy sprawdzają się nawet w terapii osób starszych i samotnych, nie mówiąc już o dzieciach z domów dziecka - opieka nad czworonogiem czy tylko krótkie spotkania na spacerze doskonale łagodzą samotność

i stres. Dogoterapia opiera się na przyjacielskich cechach zwierzęcia. Działają one na zmysły, często bez udziału naszej świadomości (15, 16, 20, 22).

Jednak pies nie jest jedynym zwierzęciem wykorzystywanym w szeroko pojętej animaloterapii. Innym czworonogiem, który związał się na przestrzeni lat z człowiekiem, by w końcu odegrać role „ludzkiego lekarza" jest koń. Historia relacji między człowiekiem i koniem jest nie mniej długa i koń, podobnie jak pies, doskonale nadaje się do terapii.

W V w p.n.e. odnajdujemy już pierwsze wzmianki o wykorzystaniu w lecznictwie koni, które zostały zawarte w dziele „Corpus Hippocrateum" pochodzącym z IV w p.n.e, a spisanego 100 lat poźniej. Autorem tego traktatu był Hipokrates z Kos, który zachwala w nim jazdę konną jako wysokowartościową gimnastykę ciała i ducha pobudzającą funkcje organizmu i łagodzącą schorzenia. Równie pochlebne opinie hipoterapia uzyskała w dziełach Asklepiadesa, Paracelsusa, Vesaliusza, La Mettrie. W historii medycyny, rehabilitacji i psychologii koń miał ogromne znaczenie, jednak do drugiej połowy dwudziestego wieku był zdecydowanie niedoceniany.

Dopiero w 1870 roku szkocki lekarz John Brown u asteników z powodu niedostatku bodźców stosował jazdę konną. Było to pierwsze celowe użycie konia do zabiegów terapeutycznych. W Wielkiej Brytanii w roku 1945 wprowadzono jazdę konną do terapii dzieci z dysfunkcją ruchową. Liz Hartel duńska amazonka dotknięta chorobą Hainego-Medina nie przerwała treningów. Dzięki jeździectwu jej stan

zdrowia uległ na tyle poprawie, że mogła wystartować w1952 w Olimpiadzie w Helsinkach i zdobyć srebrny medal w konkurencji ujeżdżania koni. Tę datę uważa się za narodziny nowoczesnej hipoterapii (24).

W 1954 roku Nora Jacques stworzyła w Angli pierwsze regularne grupy chorych usprawnianych na koniu. Również wWielkiej Brytanii w 1964 roku powstała pierwsza międzynarodowa organizacja RDI (Relationship Development Intervention) zajmująca się popularyzacją rzetelnej wiedzy na temat tej metody na świecie (27).

W latach sześćdziesiątych zaczęto stosować hipoterapie w takich państwach jak Niemcy, Francja, a w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych po roku 1968 powstają specjalne towarzystwa (28).

W latach siedemdziesiątych nastąpił rozwój hipoterapii w krajach Beneluxu, Austrii, Szwajcarii oraz powtórnie w Skandynawii (pierwsze próby podjęto w 1946 roku zaraz po II Wojnie Światowej , po wybuchu epidemii polio). W 1976 roku w Bazylei odbył się pierwszy międzynarodowy kongres, na którym podkreślono olbrzymi wpływ kontaktu z koniem u dzieci z okołoporodowym i późniejszym uszkodzeniem mózgu (8).

W 1984 roku powstała Polska Organizacja Hipoterapeutyczna pod kierownictwem prof. Grohmala konsultanta do spraw rehabilitacji w Krakowie. Rok później powstaje pierwsza oficjalna placówka w Swoszowicach w klubie jeździeckim Krakus zajmująca się terapią z użyciem koni w formie kursu wakacyjnego. Jeden sezon turystyczny trwał 24 dni i obejmował siedemdziesięcioro dzieci z różnymi schorze-

niami. Największa poprawa wystąpiła u pacjentów ze skoliozą (tzw. chorobą Scheuermana). Po turnusie ustąpiły u nich dolegliwości bólowe i poprawiła się ich sprawność ogólna. Największy postęp zaobserwowano u pacjentów, którzy powtarzali cykl 4 i więcej razy w roku. Lata osiemdziesiąte to również okres rozwoju tego rodzaju terapii na terenie Czech, Słowacji i Węgier. Natomiast w państwach byłego Związku Radzieckiego początki hipoterapii przypadają na lata dziewięćdziesiąte (8).

Dziś metoda ta jest rozpowszechniona na całym świecie i stanowi jedną z cenniejszych form rehabilitacji wieloprofilowej. Jej uniwersalność polega na jednoczesnym oddziaływaniu ruchowym, sensorycznym, psychicznym i społecznym. Ćwiczenia i jazda na grzbiecie końskim doskonalą równowagę, koordynację, orientację w przestrzeni oraz poczucie rytmu, stymulują i normalizują czucie powierzchowne a także zwiększają poczucie własnej wartości. Na szczególną uwagę zasługuje terapia, której istotą jest emocjonalny kontakt pacjenta z koniem bez konieczności wsiadania na grzbiet zwierzęcia i jazdy. Tego typu rehabilitacja wywiera zbawienny wpływ na osoby z zaburzeniami emocjonalnymi oraz rozwija pozytywnie społecznie. Hipoterapia przynosi korzyści zarówno somatyczne jak psychiczne. Można w ten sposób rehabilitować dzieci z takimi schorzeniami jak: mózgowe porażenie dziecięce, stany po urazach czaszkowo-mózgowych, minimalne uszkodzenie mózgu (ADHD), choroby mięśni, choroby psychiczne, wady postawy, skoliozy I stopnia według skali Coba, stany po amputacji i wady rozwojowe kończyn, zespoły

genetyczne (Zespół Down'a), przepukliny oponowo-rdzeniowe (warunkowo w zależności od wysokości uszkodzenia), zespoły psychologiczne (zaburzenia emocjonalne, upośledzenia umysłowe, niedostosowanie społeczne) dzieci niedowidzące i niewidome. Hipoterapia również przeznaczona jest dla osób dorosłych i daje dobre efekty w następujących schorzeniach: stwardnienie rozsiane (SM), stany po urazie mózgu (wylewy, zatory), stany po urazach czaszkowo-mózgowych, uzależnienia, patologie społeczne (2, 3, 5,8, 21).

Kot podobnie jak pies czy koń towarzyszył człowiekowi od tysięcy lat. Zwierzęta te były udomowione w starożytnym Egipcie jeszcze w czasach przeddynastycznych, czyli już 3500 lat p.n.e. . 2000 lat później, w czasach faraonów Tutenchamona i Ramzesa, umocnił się kult bogini Bastet (Bast; imię to oznacza: tę, która drapie), przedstawianej jako kotka lub kobieta z głową kotki. Bastet to bóstwo wszystkiego, co radosne: macierzyństwa, płodności, dzieci, miłości, radości, muzyki i tańca. Była boginią domu - żaden dom egipski nie mógł się obejść bez kota. Zwierzęta te były podziwiane za trzy cechy przypisywane faraonom: odwagę, siłę i aktywność. Według Herodota (który utożsamiał Bast z grecką boginią Artemidą), za czasów władców XXII dyn, rezydujących w Bubastis, gdy w Egipcie wybuchł pożar, ludzie martwili się bardziej o koty niż o płonące gospodarstwo. Hellenowie, a następnie Rzymianie również przyjaźnili się z kotami, uważając je za stróżów domowego ogniska. W świecie arabskim koty czczono m. in. dlatego, że ich wielbicielem był prorok Mahomet (3).

W średniowieczu nie traktowano kociego rodu łaskawie. Wierzono, że szatan przyjmuje postać czarnego kota, co było powodem prześladowań ludzi sympatyzujących z kotami. Do czasu. W latach 1346 - 1352 XIV wieku przez Europę przeszła straszliwa epidemia "czarnej śmierci" - dżuma, która pochłonęła 30-50% mieszkańców kontynentu. Uświadomiono sobie wówczas, że koty polujące na szczury, które przenosiły chorobę, są naturalnymi sojusznikami ludzi.(9) Na miedziorycie Albrechta Dürera "Adam i Ewa" z 1504 roku widzimy już kota pomiędzy innymi zwierzętami w rajskim ogrodzie (28).

Historia zatoczyła koło i podobnie jak w wielu innych przypadkach, współcześni uznali racje starożytnych: w latach sześćdziesiątych XX wieku koty zostały oficjalnie wprowadzone do medycyny przez Brazylijkę Nise da Silveira. Nazwa felinoterapia pochodzi od łacińskiego słowa felis - kot oraz greckiego therapeia - opieka, leczenie. Jest to jedna z najnowszych gałęzi animaloterapii, czyli zooterapii. W Stanach Zjednoczonych, w Wielkiej Brytanii i w Szwecji, istnieją co najmniej dwa programy animaloterapii opracowane przez psychologów, terapeutów i pedagogów. Pierwszy polega na resocjalizacja więźniów, młodzieży trudnej, osób z problemami życiowymi. Celem drugiego jest poprawa jakości życia osób starszych, dotkniętych przez los, pacjentów hospicjów. W Polsce felinoterapię stosuje się od grudnia 2005 r.

Oprócz korzyści psychologicznych "koci terapeuci" świetnie wpływają na zdrowie fizyczne osób starszych. Codzienne zabiegi pie-

lęgnacyjne, karmienie czy głaskanie zmuszają do ruchu. Dotykanie miękkiej kociej sierści łagodzi bóle reumatyczne rąk, ponieważ pacjent podczas głaskania mimowolnie gimnastykuje mięśnie i stawy. W Szwecji coraz częściej wykorzystuje się felinoterapię w leczeniu dzieci autystycznych. Badania naukowe wykazały również, że osoby żyjące w towarzystwie zwierząt mają niższy poziom cholesterolu i triglicerydów (1), a co za tym idzie - zmniejsza się ryzyko miażdżycy i choroby zakrzepowej; u posiadaczy zwierząt ryzyko zawału zmniejsza się o 3% (10).Felinoterapię wykorzystuje się, pracując z dziećmi autystycznymi, Zespołem Down'a, z dziećmi nadpobudliwymi, a będącymi w normie intelektualnej (23). Bywa one też stosowana u osób borykających się z chorobą Alzheimera, Parkinsona, będących po wylewach krwi do mózgu.

Dziś istnieje wiele koncepcji terapeutycznych i pól zastosowań zooterapii. Przede wszystkim konie, koty, psy i delfiny pomagają rozwiązywać niektóre problemy pacjentów przechodzących rehabilitację, niepełnosprawnych fizycznie lub psychicznie, socjalizowanych więźniów, narkomanów i tzw. trudnej młodzieży. W delfinariach leczone i rehabilitowane są osoby z chorobami psychicznymi, neurologicznymi, onkologicznymi oraz kobiety w ciąży. Długookresowe badania potwierdzają efektywność terapii z delfinami w przypadku dzieci z Zespołem Down'a, autyzmem i innymi schorzeniami psychicznymi i fizycznymi (26). Zaobserwowano u niektórych psów zdolności do wykrywania chorób nowotworowych u człowieka. Okazało się, że poszczególne nowotwory wydzielają specyficzny zapach, dobrze rozróż-

niany przez odpowiednio przeszkolone psy. Pies przewodnik niewidomych umożliwia sprawniejsze przemieszczanie się tych osób i jest dla nich towarzyszem umożliwiającym prowadzenie aktywniejszego życia. Jednak mimo potwierdzonej badaniami skuteczności animaloterapii należy pamiętać, że stanowi ona jedynie uzupełnienie pozostałych metod leczenia, jakim poddawany jest pacjent. Kontakt z psem, koniem, kotem czy innym zwierzęciem przyśpiesza proces zdrowienia, ułatwia terapeucie nawiązanie kontaktu i wyzwala spontaniczną aktywność pacjenta, nie zastąpi jednak rehabilitacji w jej podstawowych formach.

W literaturze można znaleźć zamiennie używane terminy: animaloterapia, terapia kontaktowa z udziałem zwierząt, czy zoo terapia. W zależności od rodzaju pracy jaką wykonują zwierzęta stosuje się bardziej szczegółowe określenia:

- pet therapy-terapia z udziałem zwierząt domowych,
- animal assisted therapy- terapia ze wsparciem zwierzęcia,
- animal assited activity- aktywność ze wsparciem zwierząt,
- animal service- usługa zwierząt,
- animal facilitated therapy- terapia wspierana przez zwierzęta,
- animal companionship -towarzystwo zwierzęcia przewodnika,
- animal visits - wizyty zwierząt,
- dog service -pies usługodawca,
- pet facilitated therapy- terapia wspierana przez zwierzęta domowe,

oraz terminy związane z rodzajem używanego zwierzęcia:

- delfin - delfinoterapia,
- koń - hippoterapia,
- pies - kynoterapia, bądź dogoterapia
- kot - felinoterapia, czasem kototerapia (4, 12, 15, 16)

W języku angielskim zwierzę określane jest słowem pet lub animal. Animal jest zwierzęciem często dzikim, takim którego nie trzymamy w domu, nie głaszczemy, nie bierzemy do łóżka, aby spało w naszych nogach. Pet to zwierzę, które traktujemy niejednokrotnie jak członka rodziny, troszczymy się o nie, pieścimy, jesteśmy w stanie poświęcić swoje zdrowie dla ocalenia go od niebezpieczeństwa. Dlaczego przyjęto sformułowanie „animal" w stosunku do zwierząt wykorzystywanych w terapii? Otóż w krajach takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, czy Szwecja w domach coraz częściej utrzymuje się różne zwierzęta w roli domowych maskotek, przewodników czy stróżów obejścia. Stają się nimi świnie, gęsi domowe, kuce szetlandzkie, węże, gekony, kameleony, małpy i inne stworzenia. Zaczęto przyjmować, że każde zwierzę duże czy małe, jednak takie, które mieszka w domu, z którym mamy kontakt wzrokowy, słuchowy czy dotykowy, może wywierać pozytywny wpływ na człowieka i jego zdrowie, a więc stać się terapeutą.

Na przestrzeni dziejów zwierzęta zawsze służyły człowiekowi do zapewnienia określonych potrzeb. Zmieniały się one wraz z rozwojem cywilizacji. Dzisiaj ludzie czerpią jeszcze jedną istotna korzyść z towa-

rzystwa czworonogów, a one wypełniają jeszcze jedną, ważną rolę. Są naszymi lekarzami.

Streszczenie

Zooterapia jest metodą terapeutyczną stosowaną od wieków. W leczeniu pomagają psy, koty, konie, delfiny i inne zwierzęta. Kontakt z czworonogiem poprawia samopoczucie chorych, przyspiesza rehabilitację i powrót do zdrowia. Może on stanowić samodzielną metodę lub uzupełniać inne.

„Na tym świecie różnie bywa,
Zabawnie i dziwnie.
Raz jednostka jest szczęśliwa,
To znów wręcz przeciwnie.
W dżungli życia, w życia buszu
Zawsze ci pomogą
Cztery łapy,
Para uszu,
Oczy,
Nos
I ogon."

(*Ludwik Jerzy Kern „Cztery łapy")*

Kultura posiadania zwierząt rozwijała się od czasów prehistorycznych, kiedy to człowiek zdołał udomowić pierwsze ssaki. Początkowo wszystkie starania związane z utrzymaniem dobrego stanu ich

zdrowia wiązały się z oczywistymi korzyściami dla człowieka. Zdrowy inwentarz gwarantował bowiem zdatne mleko do picia, mięso do jedzenia oraz ciepłą odzież. Zwierzęta często stanowiły środek transportu, a zdarzało się, że również zapewniały budulec na ludzkie domostwa.

Piśmiennictwo

1. *Anderson W., Reid, P., Jennings G.:* Własność zwierząt i czynników ryzyka chorób układu krążenia. Medical Journal. 1992, 157 s. 298-301.
2. *Baranowicz K.:* Zwierzęta w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Forum Edukacyjne Wydziału Pedagogiki Wyższej Szkoły Informatyki. 2006; 3 s. 116-119.
3. *Bartkiewicz W., i inni.:* Czy zwierzęta potrafią leczyć? : terapie z udziałem zwierząt wspomagające rehabilitację osób niepełnosprawnych. Warszawa 2008.
4. *Bartkiewicz W., Zawadka M.:* Pies - terapeuta i przyjaciel rodziny : rola psa w procesie rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka. Warszawa 2008.
5. *Baumans V.:* Use of animals in experimental research: an ethical di lemma. Gene Therapy. 2004; 11: 64–66.
6. *Baum E.:* Terapia zajęciowa. Warszawa 2008.
7. *Bossard J.H.S.:* Zdrowie psychiczne właścicieli psów. Londyn 1944.
8. *Brzuchacz M.:* Terapia psychomotoryczna małych dzieci z zaburzeniami i utrudnieniami w rozwoju psychoruchowym w hipoterapii. Szkoła Specjalna . 2005; 4: 295-299.
9. *Duncan Ch., Scott S.*: Czarna Śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych. Warszawa 2008.
10. *Fridman E.*: Rola zwierząt domowych w zwiększaniu dobrobytu człowieka: skutki fizjologiczne. New York 1995.
11. *Ireson P.*: Another Pair of Eyes. British Journal of Visual Impairment. 1991; 9 s. 101-102.
12. *Jakimiuk-Baran K., Lewandowska M.*: Heca na cztery łapy : gry i zabawy z udziałem psa terapeuty. Warszawa 2005.
12. *Kaczmarek B.*: Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa - teoria i praktyka. Kraków 2008.
13. *Kott T.*: Zajęcia pozalekcyjne i terapia zajęciowa z osobami o obniżonej sprawności umysłowej. Warszawa 2005.
1˛4. *Kulisiewicz B.*: Witaj, piesku! : dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Kraków 2007.
15. *Kulisiewicz B.*: Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania. Kraków 2009.
16. *Kurzeja A., Godawa J.*: Wykorzystania zoo terapii w terapii pedagogicznej na przykładzie terapii z udziałem psa. Katowice 2009.

17. *Machoś-Nikodem M.*: Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się : poradnik dla logopedów, dogoterapeutów i nauczycieli wykorzystujących terapię kontaktową w pracy z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi. Warszawa 2007.
18. *McCulloch et al.*: Diagnostic Accuracy of Canine Scent Detection in Early-and Late-Stage Lung and Breast Cancers. Integrative Cancer Therapies. 2006; 5 (1).
19. *Majewska B., Kohler R.*: Psy w terapii dzieci agresywnych i doświadczających przemocy. Warszawa. 2005; 4 s. 11-13.
20. *Olechnowicz J., Lessing H.*: Czego można się nauczyć o dziecku autystycznym w kontakcie z koniem? : inspiracja lekturą "Wokół autyzmu". Polskie Forum Psychologiczne. 2005, t. 10 (1) s. 81-85.
21. *Pawlik-Popielarska B.*: Terapia z udziałem psa. Warszawa 2008.
22. *Pisula E., Danielewicz D.*: Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Kraków 2008.
23. *Pyrka-Majerkiewicz M.*: Jeździectwo jako sport osób niepełnosprawnych. Szkoła Specjalna. 2005; 2 s.138-148.
25. *Refson, K., Jackson A.J., Dusoir A.E., Archer D.B.*: Ophthalmic and visual profile of guide dog owners in Scotland, British Journal of Ophthalmology. 1999; 83 s. 470-477.
26. *Schott S., Weiss J.*: Uczmy się od delfinów : jak żyć szczęśliwie w rosnącym chaosie trzeciego tysiąclecia. Katowice 2006.
27. *Włodarczyk-Dutka M.*: Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa. Ostróda 2006.
28. *Więcek J.*: Zwierzyniec terapeutyczny. Ekoświat. 2007; 2, s. 46-47.
29. *Willis C. et al.*: Olfactory detection of human bladder cancer by dogs: proof of priciple study. British Medical Journal 2004, 329 s. 712.

Praca zawiera 26 988 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

LWOWSKI KOŃ TRAMWAJOWY JAKO PACJENT

Zbigniew Wróblewski, Antoni Gamota*

Gabinet Weterynaryjny, ul Mickiewicza 41, 12-200 Pisz,
*Narodowy Uniwersytet Medycyny Weterynaryjnej
i Biotechnologii im. S.Z. Grzyckiego we Lwowie
zbigwrob@op.pl

Postanowieniem Cesarza Austrii z 27. 12. 1880 r. wyznaczono termin otwarcia c.k. Szkoły Weterynarii i Szkoły Kucia Koni w połączeniu z Zakładem Leczenia Zwierząt na dzień 01. 10. 1881 r. Od początku działalności szkoły rozpoczęto starania u władz o podniesienie lwowskiej weterynarii do rangi studiów uniwersyteckich (7, 8). Wymagało to od nielicznej w tym czasie kadry naukowej olbrzymiego wysiłku prowadzenia zajęć dla studentów na wysokim poziomie ,organizacji kuźni, klinik, pomocy dydaktycznych, prowadzenia badań naukowych oraz publikacji naukowych w czasopismach fachowych, a także reprezentowania uczelni na zjazdach naukowych.

W bardzo trudnych warunkach lokalowych rozpoczęto organizację klinik stanowiących podstawowa bazę do świadczenia usług dla miasta Lwowa i okolic. Był to nieodzowny warunek pozyskiwania pacjentów do działalności dydaktycznej i badawczej (7, 8). Pierwszymi były Klinika Chirurgiczna i Klinika Chorób Wewnętrznych zorganizowane w prymitywnych i ciężkich do pracy warunkach , gdy na uczelni

nie było jeszcze oświetlenia elektrycznego. Jeden z założycieli Szkoły Weterynarii we Lwowie prof. Henryk Kadyi tak oto opisuje warunki pracy klinicystów (7, 8):

Za budynek kliniczny służy stajnia nizka i ciemna, przy której nie ma najmniejszego lokalu,w którymby profesorowie, asystenci i słuchacze mogli złożyć swoje wierzchnie odzienie, co zresztą byłoby zbytecznem wobec panującego w klinice zimna. Z powodu braku światła w klinice badanie chorych zwierząt odbywa się po prostu pod gołem niebem, jeżeli chodzi o to, aby badający i obecni słuchacze coś widzieć mogli. W stajniach klinicznych nawet przy zupełnie otwartych drzwiach mało co widać, a gdyby drzwi zamknąć, coby w porze zimowej było pożądane i wskazane już ze względu na chore zwierzęta, wtedyby tam zapanowała absolutna ciemność (1).

Paradoksem historii jest fakt ,że budynek przetrwał wszystkie burzliwe dzieje historii uczelni i do dzisiejszego dnia spełnia rolę stajni.

Istniejące kliniki spełniały funkcje dydaktyczne, a w okresie ferii studenckich pracowały jako lecznice dla zwierząt, dlatego też ich działalność trwała nieprzerwanie przez cały rok .Opłaty za leczenie zwierząt pobierano tylko w przypadku koni psów i kotów, stosowano zniżki a w uzasadnionych przypadkach odstępowano od opłat za usługi weterynaryjne.

Szybko uczelnia stała się dobrze funkcjonującym zakładem leczniczym dla zwierząt, nie tylko dla miasta ale również dla okolicznych miejscowości (7, 8). Lecznictwo zwierząt stanowiło źródło dochodów wspomagających budżet szkoły (1, 7). W owych czasach

podstawowym pacjentem weterynaryjnym był koń, który pod koniec XIX wieku miał podstawowe znaczenie militarne i gospodarcze. Poziom hipiatrii, sukcesy w dziedzinie terapii, badania naukowe oraz publikacje budowały zasadnie prestiż uczelni. Liczba publikacji naukowych związanych z tą dziedziną nauk weterynaryjnych stanowi pokaźny dorobek uczelni. Do dnia dzisiejszego wspomina się o lwowskiej szkole ortopedii, której ostatnim przedstawicielem w Polsce był zmarły 11. 07 1985 r. we Wrocławiu prof dr. Henryk Szczudłowski (8).

O tramwajach konnych dawno już zapomniano, a tym bardziej o problemach zdrowotnych koni pociągowych używanych do tego środka transportu.

Pierwsza linia tramwaju konnego we Lwowie została otwarta 05. 05. 1880 r. na trasie: Dworzec ↔ ul. Gródecka ↔ ul. Hetmańska ↔ Plac Mariacki ↔ Plac Halicki ↔ Plac Bernardyński ↔ Plac Cłowy. Tramwaje posiadały zajezdnię przy rozwidleniu ul. Gródeckiej i Janowskiej. Dnia 31. 05. 1894 r. wprowadzono pierwszy tramwaj elektryczny i od tego czasu rozpoczęła się stopniowa likwidacja tramwaju konnego, ostatni kurs konny odbył się 29. 12. 1908 r. (9).

Konie pracowały w specyficznych warunkach, głównie na twardym kamiennym bruku. Ciągnęły wprawdzie wagony na gładkich szynach, ale ciężar wozów potrafił być znaczący, zwłaszcza gdy wagony były przepełnione. Duży problem stanowiło wtedy ruszanie i hamowanie, które wymagało krótkiego ale znaczącego dla konia wysiłku. Znacznym obciążeniom poddane były kończyny miedniczne co powodowało duże przeciążenia mięsni oraz ścięgien (szczególnie zgina-

czy), a także stawów oraz kopyt. Każdy koń codziennie przebywał trasę ok 24 kilometrów, a okres użytkowania koni w tramwaju wynosił średnio około 5 lat (2).

Problemy zdrowotne koni tramwajowych spowodowały, że opiekę weterynaryjną Towarzystwo Tramwajowe we Lwowie powierzyło od dnia 01. 07. 1891 r. niedawno powstałej c.k. Szkole Weterynaryjnej we Lwowie, a lekarzem nadzorującym został dr Włodzimierz Kulczycki. Liczba koni tramwajowych wynosiła wówczas 113. Najwięcej tych zwierząt pochodziło z Rosji, Galicji oraz Węgier i były one rozmieszczone w 4 dużych i w 3 mniejszych stajniach rezerwowych. Największym problemem w pierwszym roku sprawowania opieki weterynaryjnej była epizootia grypy koni, która objęła wszystkie stajnie. Przechorowały wtedy wszystkie konie i nie doszło do żadnego zejścia śmiertelnego (2, 3).

Opieka weterynaryjna wymagała rzetelnej wiedzy, dokładności, szybkiej diagnozy, częstych interwencji zabiegów chirurgicznych i ambulatoryjnych, gdyż od lekarzy weterynarii w dużym stopniu zależały wyniki ekonomiczne linii tramwajów konnych oraz zapewnienie płynnego i punktualnego transportu publicznego dla mieszkańców Lwowa. Profesjonalna opieka nad końmi była kontynuowana nieprzerwanie do końca 1905 r. (2, 3, 4, 5, 6). Prowadzono szczegółową dokumentacje i statystkę ,wydano szereg publikacji kazuistycznych, a do dzisiejszego dnia w zbiorach Katedry Chirurgii lwowskiej uczelni zachowały się liczne preparaty kości kończyn ze zmianami patologicznymi pochodzących od koni tramwajowych, liczące dziś dużo ponad 100 lat. Na

uwagę zasługuje fakt, że pokolenia profesorów tej katedry ocaliły wymienione preparaty przed zniszczeniem.

Dla zilustrowania problemów zdrowotnych koni tramwajowych wybrano okres 1903 – 1905 czyli ostatni okres świetności tego rodzaju transportu we Lwowie (6, 9).

W analizowanych latach we Lwowie siłę pociągową tramwajów konnych stanowiło od 138 do 142 koni. W tym okresie 348 przypadków wymagało interwencji lekarsko–weterynaryjnej (6). Czołowe miejsce w statystyce stanowią, co jest zupełnie zrozumiałe, z uwagi na charakter pracy zwierząt, schorzenia ortopedyczne:

zapalenia kopyt powstałe wskutek uderzeń, odgnieceń od niedopasowanych podków, czy też urazów na nierównych i twardych podłożach;

podbitki - miejscowo ograniczane krwiaki podeszwy ,powstałe wskutek punktowych urazów spowodowanych przez kamienie, żwir czy twarde przedmioty znajdujące się na jezdni;

nagwożdżenia - rany tworzywa kopytowego powstałe wskutek nadepnięcia podeszwą na ostro zakończone ciała znajdujące się na drodze;

zagwożdżenia - rany tworzywa kopytowego powstałe wskutek niewłaściwego kucia;

pęknięcia puszki kopytowej o różnej etiologii na tle urazowym, bądź złej jakości rogu kopytowego;

nadwyrężenie ścięgien i pochewek ścięgnowych powstałe wskutek użytkowania koni na twardym śliskim podłożu oraz powstałe jako następstwo częstych długich zjazdów i podjazdów;

zapalenie ścięgien i pochewek ścięgnowych powstałe wskutek pracy na grząskim lub bardzo śliskim terenie;

gruda - polietiologiczne schorzenia skóry pęcin;

narośla kostne powstałe wskutek urazów – nakostniaki, intensywnego użytkowania koni z wadami postawy kończyn: szpat, zajęczak, sarniak;

ochwat - schorzenie niedokrwienne tworzywa kopytowego o różnej etiologii;

zapalenia stawów na tle urazowym i infekcyjnym;

urazy koronki kopyta powstałe wskutek urazów zewnętrznych - zatrat, niewłaściwej budowy.

Użytkowanie koni w zaprzęgu powodowało również szereg obrażeń zewnętrznych, przeważnie były to**: uszkodzenia skóry takie jak rany, otarcia, odparzenia** spowodowane stosowaniem wadliwej, źle dobranej lub uszkodzonej uprzęży;

skaleczenia i stłuczenia o elementy tramwaju konnego lub powstałe przy wadliwym hamowaniu, przy zatrzymywaniu się na stromych zjazdach lub też będące skutkiem uszkodzeń mechanicznych elementów zaprzęgu;

urazy powstałe wskutek upadku pod wóz tramwajowy na śliskim podłożu lub przy próbie gwałtownego zatrzymania się albo też na skutek kolizji drogowej.

Schorzenia wewnętrzne takie jak **kolki, nieżyt górnych dróg oddechowych, zapalenie płuc, schorzenia jamy ustnej i uzębienia.**

Choroby zaraźliwe i zakaźne, a mianowicie **tężec, wąglik, zaraza piersiowa** (6).

W 1903 r. interwencji chirurgicznej wymagało 100 przypadków, a 10 koni poddano leczeniu zachowawczemu. W 1904 r. chirurgicznie leczono 77 koni, natomiast tylko 3 zwierzęta na choroby wewnętrzne. W 1905 r. w marcu wystąpiła enzootia zarazy piersiowej która trwała od początku marca do końca czerwca, a jeden przypadek choroby wystąpił we wrześniu. Przebieg choroby poza jednym przypadkiem był dosyć łagodny i zejść śmiertelnych nie notowano, 95 koni w trakcie roku wymagało interwencji chirurgicznej natomiast 3 konie leczono na choroby wewnętrzne.

Konie w trakcie leczenia nie były używane do pracy, okres przeciętnej niezdolności jednego konia do pracy wynosił w 1903 r. około 13 dni, a w 1904 r. około 7 dni, natomiast w 1905 r. około 14dni. Szczególną uwagę zwracano na ochronę pacjentów w trakcie terapii i rekonwalescencji, nie dopuszczając na zbyt wczesne użytkowanie koni. Czas zwolnienia konia od pracy zależał od rodzaju dolegliwości (tabela 1).

W swojej pracy Włodzimierz Kulczycki podaje, że absencja chorobowa w pracy u koni tramwajowych wynosiła 4,3 % w 1903 r., 1,3 % w 1904 r. i był to najkorzystniejszy wynik w ciągu 15 lat oraz 3,7 % w

Tab. 1. Kształtowanie się zwolnienia koni od pracy w zależności od rodzaju dolegliwości.

Rodzaj choroby	**Liczba dni bez pracy**
podbitki	5 - 12
nagwożdżenia	14 - 15
zagwożdżenia	7 - 35
nadwyrężenia wiezadeł i ścięgien	7 - 12
zapalenie scięgien i pochewek ściegnowych	12 - 15
pęknięcia puszki kopytowej	9 - 12
zapalenie kaletki maziowej	6 - 22
szpat narośla kostne	35 - 40
ochwat zapalenie stawów	10 - 35
skaleczenia	8 - 14
kolki	1 - 2
nieżyt górnych dróg oddechowych	12 - 32
zapalenie płuc	11 - 32

1904 r. (6). W analizowanym okresie wystąpiły również przypadki zejść śmiertelnych oraz skierowania koni na ubój z konieczności. W1903 r. padły 2 konie, a przyczyną były choroby bakteryjne: tężec i wąglik. W 1904 r. padły 2 konie w następstwie pęknięcia żołądka oraz rozległego pęknięcia miednicy po wypadku tramwajowym (6). Należy stwierdzić, że w stosunku do liczby koni i rodzaju użytkowania, liczba zachorowań nie była duża. Zwraca uwagę fakt, że nie stwierdzano dużej liczby zachorowań z objawami kolek i ochwatu oraz nie notowano zachorowań na mięśniochwat porażenny. Świadczy to o właściwej pielęgnacji, żywieniu i użytkowaniu zwierząt oraz właściwej opiece weterynaryjnej.

Szczegółowa analiza zachorowań koni tramwajowych we Lwowie może być cennym źródłem do porównań dla współczesnych stajni sportowych i rekreacyjnych, gdzie liczba notowanych przypadków chorobowych bywa w wielu okolicznościach znacznie większa, a przyczyną jest bardzo często niewłaściwe żywienie i użytkowanie i to w czasach gdy tak dużo mówi się o dobrostanie koni.

Streszczenie

Po otwarciu w 1881 r. c.k. Szkoły Weterynaryjnej we Lwowie w trudnych warunkach stworzono kliniki i rozpoczęto świadczenie usług weterynaryjnych. Najczęstszym pacjentem ówczesnych klinik weterynaryjnych szkoły był koń. Od roku 1891 – 1905 prof. Włodzimierz Kulczycki sprawował stałą opiekę nad końmi tramwajowymi miasta Lwowa, stanowiącymi dla uczelni zarówno doskonały materiał

dydaktyczny jak i naukowy - co też budowało prestiż uczelni. Powstało wiele prac kazuistycznych, uzyskano wiele istniejących do dziś preparatów związanych z patologią kośćca. Wpłynęło to również na poziom hipiatrii na uczelni, a zwłaszcza ortopedii. W połączeniu z dobrymi wynikami terapii miało wpływ na prestiż uczelni. Sporządzona statystyka chorób koni daje pełny przegląd schorzeń rejestrowanych u koni i świadczy o dobrych rezultatach prowadzonej opieki weterynaryjnej. Analiza schorzeń jest cennym źródłem porównawczym do oceny zdrowotnej współczesnych stajni.

Piśmiennictwo

1. *Kadyi H.*: Rozwój i działalność c.k. Szkoły Weterynarii we Lwowie od jej założenia w roku 1881 aż do końca roku szkolnego 1893/94 C.K. Szkoła Weterynarii, Lwów, 1895.
2. *Kulczycki W.*: Wykaz statystyczny chorób u koni tramwajowych we Lwowie. Przegląd Weterynarski, 1892, 12: 270-274.
3. *Kulczycki W.*: Wykaz statystyczny chorób u koni tramwajowych we Lwowie za rok 1893. Przegląd Weterynarski, 1893, 5: 128-131.
4. *Kulczycki W.*: Wykaz statystyczny chorób u koni tramwajowych we Lwowie za rok 1895 i 1896. Przegląd Weterynarski, 1897, 3: 65-69.
5. *Kulczycki W.*: Wykaz statystyczny chorób u koni tramwajowych we Lwowie za rok 1898, 1899 i 1900. Przegląd Weterynarski, 1901, 10: 324-329.
6. *Kulczycki W.*: Wykaz statystyczny chorób u koni tramwajowych we Lwowie za rok 1903, 1904, 1905. Przegląd Weterynarski, 1906, 8 i 9: 305-309.
7. *Perenc A.*: Historja lecznictwa zwierząt w Polsce, Toruń, 1936.
8. Praca zbiorowa pod redakcją Tarczyńskiego S. Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii. PWN, Warszawa, 1990: 131-134, 154.
9. Wikipedia, 2011. Tramwaje we Lwowie. http://pl.wikipedia.org/wiki/.

Praca zawiera 13 238 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

DAWNA MEDYCYNA I WETERYNARIA

ZWIERZĘ – ŹRÓDŁO INSPIRACJI W RÓŻNYCH KULTURACH

Karolina Barszcz, Marta Kupczyńska, Michał Wąsowicz

Katedra Nauk Morfologicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej
SGGW, ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa
karolina.barszcz@onet.eu

Człowieka najdawniejszych epok otaczał świat, którego nie rozumiał. Naturalne zjawiska przyrody takie jak gwałtowne wichury i opady, wylewy rzek, gromy, błyskawice, wybuchające pożary, były dla ówczesnych ludzi przerażające, często apokaliptyczne. W tym samym, groźnym środowisku bytowały silne zwierzęta o ogromnych rozmiarach, których pokonanie wymagało od człowieka wyjątkowego wysiłku i sprytu. Dlatego też w większości kultur to właśnie zwierzętom przypisywano nadprzyrodzone zdolności, dzięki którym władały one światem przyrody oraz ludzkim przeznaczeniem. Starożytne dokumenty, zarówno pisane jak i najróżniejsze formy ikonograficzne, zawierają wizualizacje różnych przedstawicieli fauny, jako opiekuńczych duchów, wysłanników bądź towarzyszy istot świętych. Bardzo często bogów przedstawiano całkowicie pod postacią zwierząt albo dodawano tylko określone elementy ich budowy (głowy, rogi, skrzydła, itp.). Większości bóstw, jako atrybuty mocy i władzy, przypisywano także konkretne zwierzę.

Najstarsze, odkryte dotychczas, motywy zoologiczne wzbudzają wiele kontrowersji. Wymienić tu należy „kamienną bibliotekę" z Ica (Andy), rysunki z Nazca (Peru) oraz malowidła naskalne w jaskini Altamira (Hiszpania) i jaskini Lascaux (Francja). Szczególnie intrygujące, a jednocześnie wzbudzające sporą polemikę wśród badaczy, są ogromne naziemne figury rozciągające się na powierzchni ponad 500 km^2 na płaskowyżu Nazca (16). Jak się przypuszcza, stworzone zostały przez Indian między 300 r. p.n.e. a 900 r. n.e. Wśród systemu linii wyraźnie różnicuje się pająk, którego odnóża osiągają długość 40 metrów, kondor, koliber, pies i małpa. Niektóre z przedstawianych zwierząt osiągają wielkość nawet 120 metrów. Wysnuto wiele teorii interpretujących znaczenie tych geoglifów. Od największego na świecie podręcznika astronomii, poprzez specyficzny system nawadniający lub plac zawodów sportowych, do lądowiska dla przybyszy z kosmosu (16). Nie mniej zagadkowa jest „kamienna biblioteka". Stanowi ją zbiór kamieni wulkanicznych, na których prawdopodobnie Inkowie wyryli wiele postaci zwierząt. Wykonane badania powłoki głazów określiły wiek rysunków na nie mniej niż 12 000 lat. Najbardziej kontrowersyjnym jest fakt, że jeden z nich odzwierciedlał dokładnie pterozaura żyjącego ponad 140 mln lat temu. I w tym przypadku badacze bardzo różnią się w interpretacji znaczenia „kamiennej biblioteki". Niektórzy uważają je za fałszerstwo, inni przypisują im zasadniczą rolę w rytuałach religijnych Inków (13, 16, 24). Rysunki zdobiące ściany wspomnianych jaskiń, pochodzące z epoki późnego paleolitu, przedstawiają głównie wizerunki najpotężniejszych roślinożerców (jeleni, turów,

bizonów i koni). W Lascaux na łącznej powierzchni około 100 m^2, umieszczonych jest około 150 malowideł i ponad 15 000 rytów skalnych. Spośród komnat jaskini na szczególną uwagę zasługuje tzw. Sala Byków. Wizerunki bydła (turów) mają imponujące rozmiary, a niektóre malowidła osiągają nawet 5 metrów długości. Sylwetki zwierząt zostały przedstawione z zaskakującą dokładnością i dbałością o szczegóły anatomiczne. Natomiast postać człowieka pojawia się stosunkowo rzadko i przedstawiana jest jedynie w sposób schematyczny. Na rytach naskalnych widoczne są wizerunki szamanów oraz myśliwych posiadających zwierzęce atrybuty jak np. ptasie maski. We wszystkich grotach widoczne są również abstrakcyjne symbole, których znaczenia dotychczas nie zinterpretowano. Uważa się, że ludzie paleolityczni traktowali jaskinię, jako pradawny ośrodek sakralny, w którym odprawiano rytuały magiczne w podziękowaniu za obfitość zwierzyny oraz udane łowy (2, 8, 24).

Najlepiej zachowanymi przykładami sztuki prehistorycznych Afrykanów są saharyjskie malowidła i ryty naskalne znajdujące się na wyżynie Tasali Wan Al-Hadżdżar we wschodniej Algierii (24). Najstarsze spośród nich powstały ponad 10 000 lat temu, a ich interpretacja jest również tematem badań wielu naukowców. Według archeologów dzieła te zostały podzielone na pięć okresów chronologicznych. Wyróżniono m. in. „epokę myśliwską", w której przedstawione są gatunki zwierząt do dziś spotykane w rejonie podzwrotnikowym oraz myśliwi zaopatrzeni w łuki, oszczepy i drewniane dzidy. Do „epoki bydła" zali-

czono wizerunki zwierząt udomowionych oraz sceny z życia codziennego (24).

Egipcjanie uważali, że zwierzęta są żywymi, naziemnymi obrazami bogów. Nieosiągalne dla człowieka ich cechy, jak zdolność latania, szybkość i waleczność, traktowali za przejaw boskiej mocy. Stąd też w niektórych świątyniach czczono poszczególne gatunki zwierząt. Najbardziej znanym przykładem jest święty byk Apis, symbol płodności, siły i męstwa. W Memfis, gdzie znajdowała się rezydencja i miejsce jego kultu, uważano go za żywe wcielenie boga – stwórcy Ptaha. Wierzono, że na Ziemi przybierał on postać czarnego byka z białym trójkątem na czole, dlatego trzymano go w zagrodzie niedaleko świątyni. Po śmierci urządzano zwierzęciu pogrzeb, który należał do wielkich wydarzeń religijnych. Ciało byka było uroczyście mumifikowane i składane w ogromnych sarkofagach w Serapeum – grobowcu świętych Apisów. Nowego następcę rozpoznawano dzięki specjalnym znakom, ponieważ wierzono, że po śmierci dusza wędruje do innego zwierzęcia. Według mitologii egipskiej boginią nieba była Hathor. Przedstawiano ją w postaci krowy bądź kobiety z krowimi rogami, pomiędzy którymi znajdował się dysk słoneczny. Hathor uważana była również za boginię urody, miłości, płodności i małżeństwa (6, 8, 14).

Kult kota w starożytnym Egipcie kojarzony jest z dwiema boginiami: Sechmet i Bastet. Pierwszą przedstawiano głównie z głową lwicy. Uznawano ją przede wszystkim za patronkę wojny i zemsty. Natomiast bogini Bastet posiadała dwa oblicza. Wizualizowano ją przede wszystkim, jako kobietę – kota, ale także w postaci kobiety z głową

lwicy. W kociej kreacji uważana była za łagodną boginię miłości i płodności oraz opiekunkę ogniska domowego. Ta wiara była tak silna, że po naturalnym odejściu kota właściciele na znak żałoby goli sobie brwi a człowieka, który umyślnie go zabił skazywano na śmierć. Zwłoki zwierząt balsamowano i umieszczano na cmentarzach w Bubastis, gdzie znajdował się główny ośrodek kultu bogini-kocicy. Drugi wizerunek Bastet, z głową lwicy, był symbolem zwinności i siły. Utożsamiano ją wtedy z boginią wojny Sechmet, mającą chronić władcę podczas bitew (5, 14).

Związek pomiędzy bóstwami a zwierzętami znajduje wyraz w sztuce, która przedstawia je najczęściej pod postacią człowieka z głową zwierzęcia. Umieszczane na głowach ozdoby i ich kształt wskazywały na moc oraz pozycję noszącej osoby. Faraona wyruszającego na pole bitwy chroniło wyobrażenie sępa umieszczonego na królewskim diademie. Ptak ten kojarzony był z boginią Nechbet, patronką Górnego Egiptu. W okresie Późnego Państwa sęp stał się potężnym symbolem władzy królewskiej, a jego wizerunki występowały w grobowcach władców. Spośród ptaków w sztuce jak i w mitologii egipskiej na uwagę zasługują również sokół i ibis. Pierwszy z nich związany był z licznymi bóstwami, stąd też jego wizerunek stał się synonimem boga. Drapieżna natura i dostojny lot czyniły go odpowiednim symbolem dla Horusa, syna Ozyrysa, króla bogów i patrona władzy królewskiej. Sokoła utożsamiano również z opiekunem rzemiosła wojennego – Montu, bogiem słońca – Re oraz bogiem pogrzebu – Sokarem. Natomiast święty ptak ibis uznawany był za wcielenie Thota,

boga księżyca i patrona pisarzy. W Hermopolis, głównym ośrodku jego kultu, znaleziono tysiące zmumifikowanych ptaków (1, 6, 10).

Również w mitologii greckiej zwierzęta najczęściej pojawiają się jako atrybuty bogów. Władca Olimpu Zeus posiadał obok siebie orła, bogini łowów Artemida – jelenia, a król mórz Posejdon – konia. Według wierzeń bogowie i boginie obdarzeni byli niezwykłymi mocami, dzięki którym przemieniali ludzi i samych siebie w zwierzęta. Kirke zamieniła żeglarzy podróżujących z Odyseuszem w wieprze. Natomiast zazdrosna Atena, pięknie tkającą Arachne przeobraziła w pająka. Zeus pod postacią białego byka porwał Europę, córkę króla Fenicjan. Przemieniony w orła uprowadził do niebios przystojnego Ganymedesa. Natomiast księżniczkę Ledę uwiódł pod postacią łabędzia (18, 21, 22).

Za pomocą zwierząt mityczni bogowie wymierzali kary swoim przeciwnikom bądź zależnym od ich woli ludziom. Obdarzony nadludzką siłą Herakles za zabicie własnych dzieci został skazany na służbę u króla Eurysteusa. Na jego polecenie heros miał wykonać 12 na pozór niemożliwych prac. Spośród nich część dotyczyła pokonania agresywnych zwierząt: lwa nemejskiego, dzika erymantejskiego, drapieżnych ptaków stymfalijskich i żywiących się ludzkim mięsem koni (3, 22). Prometeusz, który spowodował, że bogowie w ramach ofiar dostawali gorsze mięso, a ponadto wykradł im ogień, został zakuty w łańcuchy na najwyższym szczycie Kaukazu. Przez wieczność codziennie przylatujący orzeł bądź sęp miał wyszarpywać ciągle odrastającą skazańcowi wątrobę (3, 22).

W religii celtyckiej składanie zwierząt w ofierze było powszechnym rytuałem. Jednak gatunki dzikie i udomowione otaczano wielką czcią. Konie, byki, dziki i jelenie przede wszystkim podziwiano za ich szybkość, zwinność, odwagę oraz piękno. Według wierzeń zwierzynę i myśliwego łączył szczególny związek. W czasie polowań Celtowie traktowali swoje zdobycze z szacunkiem, a śmierć zwierzęcia wymagała przyzwolenia ze strony bogów. Stąd też zachowało się wiele podań mówiących o magicznych jeleniach i dzikach, które wabiły myśliwych do krainy umarłych (1, 3). Cernunnos, którego imię znaczy „Rogaty" bądź „Władca jeleni" uważany był za jedno z najpotężniejszych zoomorficznych bóstw celtyckich. Odnajdujemy go na licznych płaskorzeźbach przedstawianego jako Pana Zwierząt. Najbardziej znana zdobi srebrny kocioł z Gundestrup, pochodzący z I bądź II wieku n.e. W jednej ze scen Cernunnos ukoronowany rozłożystym porożem, pokazany jest w towarzystwie byka, dzika, delfina oraz węża o głowie barana. Rogi boga-jelenia symbolizują połączenie króla kniei z drzewami, które wyrastają z jego głowy na podobieństwo konarów. Ponadto zrzucane poroże, podobnie jak opadające z drzew liście było symbolem naturalnego cyklu wzrostu i obumierania. (1, 3, 18). Celtowie odczytywali przyszłość z lotu ptaka, który ponadto symbolizował przemieszczanie się duszy człowieka. Z dźwięków wydawanych przez kruki i gołębie odczytywano zapowiedź nadchodzących wydarzeń. Według wierzeń wodne ptactwo wyrażało łączność pomiędzy niebem a ziemią natomiast wrony i kruki uważane za padlinożerców kojarzono

z nadejściem śmierci. Opowieści z terenów Walii wspominają o ptakach bogini Riannon, które przynosiły kojący sen chorym (3).

Kluczową rolę w życiu Innuitów, rdzennych mieszkańców obszarów arktycznych i subarktycznych Grenlandii, Kanady i Alaski, odgrywa bogini morza – Sedna. Według wierzeń ojciec wyrzucił ją z łodzi, a gdy chciała się ratować obciął jej palce, z których następnie powstały pierwsze foki. Sedna utonęła i opadła na dno, gdzie zamieniła się w potężną boginię, duchową matkę wszystkich morskich zwierząt. Wierzono, że gdy zbyt skromnie składano jej hołdy zatrzymywała zwierzęta w głębinie, co uniemożliwiało ludziom ich upolowanie. Jeden z symbolicznych jej wizerunków wraz z licznymi zwierzętami umieszczony został na pochodzącym z XIX wieku obrazie „*Arktyczny kosmos*" namalowanym na foczej skórze (3, 6, 18).

W wielu tradycjach kulturowych zwierzęta są bohaterami mitów i legend o powstaniu świata. Częstym motywem jest wyobrażenie pływającego w pierwotnej pustce bądź wodach olbrzymiego jaja, z którego wykluwa się wszechświat oraz bóg stwórca. Dlatego też istotną rolę odgrywały stworzenia składające jaja. Dotyczyło to głównie symbolizujących siły ziemskie i świata podziemnego – węży oraz reprezentujących niebiańskie przestworza – ptaków. W różnych kulturach znajdziemy dla tej teorii liczne przykłady. Według Hindusów bóg Wisznu odpoczywał na grzbiecie węża Ananty czekając na powstanie nowego wszechświata, a gad Wasuki utrzymywał na swoich głowach świat (18, 21). Znany w Afryce, starożytnej Grecji i Ameryce Środkowej Uroboros przedstawiany był w postaci węża bądź smoka, z wła-

snym ogonem w swojej paszczy, pożerający samego siebie. Gad i utworzone z jego ciała koło są symbolem wieczności, zniszczenia, nieskończoności odnawiania się świata i światów oraz wskazują, że koniec w procesie wiecznego powtarzania odpowiada początkowi (21). Na terenach Afryki północnej wierzono, że pierwszą stworzoną istotą był wąż Minia. Według legend jego głowa sięgała nieba, a ogon zanurzony był w wodach podziemnych. Pewnego razu stwórca pociął go na siedem części, z których następnie stworzył wszechświat. W religiach afrykańskich gad ten utożsamiany jest również z tęczą, która oplata i podtrzymuje świat. Tęczowy wąż Akurra jest także popularnym motywem w mitologii australijskich Aborygenów. Gad opiekuje się przede wszystkim wodą i przynosi opady deszczu (3, 18, 21). Według dawnych mieszkańców Wyspy Wielkanocnej to Make Make uważany był za stwórcę wszechświata. Na malowidłach naskalnych przedstawiany jest jako człowiek-ptak, trzymający w ręku jajko, z którego wykluł się wszelki byt. Ibanowie z Borneo wierzą, że pierwszymi istotami były duchy Ara i Irik w postaci ptaków. Wydobyły one z kosmicznego niebytu dwa jaja, z których stworzyły niebo i ziemię (3, 21).

W wielu religiach śmierć nie jest końcem egzystencji, lecz stanowi początek drogi do życia wiecznego. Stąd też według wierzeń zarówno prawdziwe jak i baśniowe zwierzęta odgrywały rolę opiekuńczych duchów, strażników bądź przewodników po świecie umarłych. Cerber, mitologiczny pies o trzech głowach, mieszkał nad brzegiem Styksu i wpuszczał umarłych do świata podziemnego. Egipski Anubis, był najważniejszym bogiem zmarłych w czasach Starego Państwa.

Przedstawiano go z głową lub pod postacią szakala bądź psa, a jego czarne umaszczenie odnoszono do rozkładających się ciał, ale także do koloru żyznej gleby doliny Nilu, jako symbolu odrodzenia (10). W wielu religiach pojawia się wiara w reinkarnację, jednak w najbardziej rozbudowanej formie występuje ona w hinduizmie. Według wierzeń dusza bądź świadomość człowieka po śmierci wciela się w nowy byt fizyczny zarówno ludzki jak i zwierzęcy. Hindusi utrzymują, że zmarli przyjmują postać szczurów zanim ponownie się narodzą. W religii afrykańskich Buszmenów myśliwi po śmierci zmieniali się w antylopy eland, a Aztekowie widzieli w kolibrach dusze poległych wojowników (1, 21).

W wielu tradycjach kulturowych istotną rolę odgrywało niebo. Według wierzeń było ono siedzibą bogów i niebiańskich stworzeń. Zwierzęta widziano zarówno w pojedynczych gwiazdach jak i całych konstelacjach. Podobieństwo w interpretacji gwiazdozbiorów można zaobserwować w różnych, oddalonych od siebie kulturach. Przykładem jest tu występująca w tradycji zachodniej Wielka Niedźwiedzica utożsamiana z Niebiańskim Niedźwiedziem północnoamerykańskich Indian. Ponadto w większości kultur rozwinęła się sztuka przepowiadania przyszłości oparta na systemie znaków zodiaków. W astrologii zachodniej gwiazdozbiory kojarzone są ze zwierzętami rzeczywistymi jak również fantastycznymi (koziorożcem, wodnikiem). Natomiast w horoskopie chińskim wszystkie znaki zodiaków, oprócz smoka, przedstawione są pod postacią zwierząt dzikich bądź udomowionych (21).

Zwierzęta występujące w Biblii, począwszy od Księgi Rodzaju aż po Apokalipsę, przedstawione są w dwóch aspektach. Pierwszy z nich dotyczy opisów wyglądu i zachowania się osobników wolno żyjących jak również gatunków udomowionych funkcjonujących w życiu codziennym człowieka. Z drugiej strony poszczególne zwierzęta pełnią funkcję symboliczną, metaforyczną i alegoryczną stając się popularnymi motywami literackimi wykorzystywanymi w wielu kulturach. Ich wizerunki służą przedstawieniu wartości duchowej człowieka, sytuacji narodów, relacji zarówno międzyludzkich, jak i pomiędzy Bogiem a człowiekiem. Zwierzęta biblijne ukazane są również jako narzędzia woli boskiej. Przykładem jest tu opis dziesięciu plag egipskich, wymierzonych Egiptowi przez Boga Jahwe, spośród których wymienia się m. in. komary, muchy i żaby (20, 23). W Apokalipsie św. Jana pojawiają się, szczególnie wyraźne w interpretacji, metafory ze świata zwierząt, których celem jest podkreślenie dramatycznych wydarzeń. Czterej jeźdźcy przybywają na koniach o maści: białej – symbolizującej potęgę wojsk; ognistej – zapowiadającej wojnę; czarnej – oznaczającej głód oraz trupio bladej – przepowiadającej rychłą śmierć. Wizję katastrofy zwiastował również głośny ryk lwa i krzyk lecącego orła (20).

Według Prawa Mojżeszowego królestwo zwierząt zostało podzielone na zwierzęta czyste i nieczyste. Do pierwszej grupy zaliczono gatunki, które można było spożywać oraz składać w ofierze Bogu. Natomiast zwierząt nieczystych należało się wystrzegać i zabroniono ich jedzenia. Obecnie uważa się, że podział ten miał wyeliminować zwie-

rzęta czczone przez pogan i stanowił swoistego rodzaju ochronę przed obcymi kultami (20, 23).

Popularną tradycją w niemal każdej religii jest składanie ofiar krwawych bądź bezkrwawych. Według tradycji chrześcijańskiej do tzw. zwierząt ofiarnych zalicza się przede wszystkim: owce, kozy, bydło, gołębie i synogarlice. Z opisów biblijnych dowiadujemy się, że praktyka ta wywodzi się z zamierzchłych czasów. W Księdze Rodzaju Abel zabił jednego ze swoich baranów, a najlepsze części podarował Stwórcy. Przymierze pomiędzy Bogiem a Abrahamem przypieczętowano złożeniem ofiary z udomowionych przeżuwaczy i ptactwa. W ikonografii chrześcijańskiej jagnię jest symbolem Chrystusa składającego z siebie ofiarę dla zbawienia ludzkości (12, 20, 23).

W czasach Średniowiecza duchowni odwołując się do Księgi Rodzaju podkreślali podporządkowanie zwierząt władzy człowieka. Uważano, że posiadają one duszę, ale jednocześnie są istotami nierozumnymi, wręcz głupimi. Osobniki, które wyrządzały krzywdę bądź szkodę człowiekowi uznawano za złe lub opętane. Zwierzęta te sądzono i karano, aż do XVI wieku. Spośród wszystkich udomowionych gatunków najczęściej oskarżano świnie. Przykładem jest tu rycina przedstawiająca publiczną egzekucję maciory. Skazano ją na karę śmierci za zjedzenie dziecka i stracono w miejscowości Falaise w Normandii w 1386 roku. Natomiast w roku 1541 nałożono ostatnią karę na rój szarańczy, który spustoszył północne Włochy (21).

Wraz z rozwojem chrześcijaństwa nastąpiła również gwałtowna zmiana stosunku człowieka do kotów. Utraciły one boskie przywileje

i stały się zwierzętami prześladowanym w imię nowej religii. Od około 600 r. n.e. uważano je za uosobienie wszelkiego zła. Rosnąca liczebnie populacja kotów uznana została za przyczynę i roznosicieli zarazka w czasach szalejącej epidemii dżumy. Ponadto zostały one posądzone o współpracę z czarownicami, stały się zwierzętami przeklętymi, które zaciekle prześladowano, tępiono i masowo likwidowano. Znęcanie się nad kotami przyjęło postać ludowych festynów. Palono je i mordowano na różne sposoby ku uciesze tłumów. Negatywne nastawienie kościoła katolickiego wobec tych zwierząt determinowało ich wizualizację w sztuce chrześcijańskiej. W czasach Renesansu przedstawiano je jako symbol zdrady i złych mocy. Albrecht Durer (1471 - 1528) w drzeworycie *„Adam i Ewa”* ukazuje kota towarzyszącego Ewie, który jest wyrazem jej niepoprawności i nadmiernej seksualności (4, 5).

Stosunek ludzi do zwierząt kształtowały także poglądy uznanych filozofów. W założeniach Kartezjusza (René Descartes, 1596 - 1650), życie jest czysto mechanicznym procesem, determinowanym przez materialne impulsy. W tej koncepcji zwierzęta są po prostu maszynami, a ich zachowania wynikają jedynie z fizycznej budowy. Ten skrajny racjonalista uważał, iż nie są one zdolne do reakcji mających swoje źródło w umyśle bądź duszy, tak jak w przypadku człowieka. Wpływ jego mechanistycznej filozofii był tak silny, że upoważniał niektórych do twierdzenia, iż wycie cierpiącego zwierzęcia jest jedynie fizycznym odruchem, a nie oznaką bólu. Pod koniec XVII wieku niektórzy intelektualiści sprzeciwiali się doktrynie kartezjańskiej określając ją

mianem morderczej (11, 21). W czasach Średniowiecza momentem przełomowym w postrzeganiu zwierząt stała się działalność Świętego Franciszka z Asyżu (1182 - 1226). Uznany został za jednego z najważniejszych filozofów tego okresu, odnowiciela średniowiecznej moralności i reformatora Kościoła. Głównymi założeniami Jego poglądów obok uwielbienia Boga, był zachwyt nad pięknem świata oraz miłość do wszystkich stworzeń bożych. W ikonografii przedstawiany jest w charakterystycznym brązowym habicie, najczęściej w otoczeniu różnych zwierząt. Głoszony przez Świętego Franciszka światopogląd był powodem, że powszechnie uznano go za protektora zwierząt, a hodowcy ptaków domowych przyjęli za swojego patrona (17).

Na przełomie XVIII i XIX wieku artyści europejscy zarzucili malarstwo o treści religijnej i historycznej na rzecz scen przedstawiających życie codzienne. Zwierzęcymi motywami były głównie psy, koty oraz konie. Symbolem piękna, elegancji i delikatności stały się koty. Już sama ich obecność świadczyła o zamożności i bezpieczeństwie domu. Antoine Watteau (1684 - 1721), Jean Fragonard (1732 - 1806), Giovanni Tiepolo (1696 - 1770) na swoich dziełach przedstawiali zadowolone koty w otoczeniu pasterek bądź w objęciach panien z bogatych rodzin. Dla niektórych malarzy zwierzęta te podkreślały erotyzm portretowanych postaci. Eduard Manet (1832 - 1883) w obrazie *„Olimpia”* chcąc wyeksponować zmysłowość modelki umieścił u jej stóp spokojnego kota (5, 9). Sir Edwin Henry Landseer (1802 - 1873) angielski malarz i rzeźbiarz wiktoriański uznawany jest za jednego z najwybitniejszych animalistów wszechczasów. Malował przede

wszystkim zwierzęta, a w szczególności psy, konie, jelenie oraz sceny z polowań. Spośród licznych portretów psów różnych ras należy wymienić olejny obraz „*Eos*" przedstawiający greyhounda Królowej Wiktorii i Księcia Alberta, szkic kredkowy „*Alpejskie mastify*" oraz obraz pod tytułem „*King Charles spaniele*". Najbardziej znaną rzeźbą artysty są lwy umieszczone pod Kolumną Nelsona na Trafalgar Square w Londynie. Na cześć tego twórcy jego nazwiskiem (psy Landseer) nazwano jedną z ras psów molosowatych w typie górskim (7, 19).

Wśród zwierząt obrazowanych w malarstwie polskim z XIX wieku główną rolę odgrywają psy i konie. Oba te gatunki są nieodłącznym elementem scen rodzajowych obrazów Juliusza Kossaka (1824-1899), których wiodącą tematykę stanowią polowania i stadniny końskie. Widzimy to m.in. na akwareli „*Wyjazd na polowanie*" i obrazie olejnym „*Bieg myśliwych z psami za jeleniem*", przedstawiających jeźdźców w otoczeniu spuszczonych psów myśliwskich. Podobne motywy pojawiają się również w malarstwie Józefa Brandta (1841 - 1915). Inny nasz wielki wizażysta, Józef Chełmoński (1849 - 1914), malował głównie ptaki. Ich piękno na tle naturalnego środowiska utrwalił na tak słynnych obrazach jak „*Powitanie słońca. Żurawie*" czy „*Bociany*" (7). Postacie zwierząt odnajdziemy także w sztuce ludowej. Najlepszym przykładem są tu różnokolorowe wycinanki łowickie i kurpiowskie oraz jednobarwne pochodzące z okolic Kołbieli. Przedstawiają one motywy ze świata ludzi, zwierząt lub roślin. Jednak szczególnie popularnymi formami są koguty, które występują w różnych wzajemnych konfiguracjach i układach (15, 25).

Przytoczone aspekty wskazują, że między człowiekiem i zwierzętami od prehistorycznych czasów istniały silne związki emocjonalne. Ich charakter zmieniał się wraz z upływem czasu, rozwojem cywilizacji i nauki. We wszystkich kulturach obok człowieka pojawiają się zwierzęta. Powiązania i zależności między nimi utrwalone zostały w różnych formach. Dziś wiele z tych wytworów ludzkiej ręki są dla współczesnych niezastąpionymi informacjami o codziennym życiu i zmianach, jakie w nim następowały. Stanowią także ważki przekaz dla specjalistów wielu dziedzin, między innymi humanistów, antropologów, biologów i zoologów. Te ślady przeszłości świadczą, że dla człowieka zwierzęta zawsze były inspiracją do tworzenia i kreowania światopoglądów.

Streszczenie

Wizerunki zwierząt od najdawniejszych czasów przedstawiano w malarstwie naskalnym i obrazowym, na ścianach budowli, petroglifach oraz przedmiotach codziennego użytku. Najczęściej związane były z określoną symboliką.

Piśmiennictwo

1. *Adkinson R.*: Święte symbole – ludy, religie, misteria. Albatros A. Kuryłowicz, Warszawa, 2009.
2, *Albanese M.A., Bourbon F., Corradi G.M., Demichelis S., Durando F., Longhena M., Kochav S., Merchionne G., Viola D., Tiradritti F.*: Zaginione cywilizacje. Muza, Warszawa, 2000.
3. *Bailey G., et al.*: Mitologia. Mity i legendy świata. PWN, Warszawa, 2009.
4. *Balicka B.*: Kot święty i przeklęty. Studio Astropsychologii, Białystok, 2007.

5. *Barszcz K., Kupczyńska M, Kobryń H., Wąsowicz M., Wielądek A.*: Kot - odwieczny bojownik czy przyjaciel człowieka? Dawna medycyna i weterynaria militarna. Towarzystwo Przyjaciół Dolnej Wisły, Chełmno, 2009.
6. *Cotterell A.:* Słownik mitów świata. Książnica, Katowice, 1996.
7. *Cunliffe J.:* Rasy psów. Kompendium. Parragon, Ożarów Mazowiecki, 2005.
8. *Deres W., Jańczak D.:* Bydło domowe – przesądy, magia i mity. Przeobrażenia i zmiany. Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce, 2010.
9. *Edney A.:* Kot. Arkady, Warszawa, 2008.
10. *Freeman C.:* Egipt. Starożytne kultury. Penta, Warszawa, 1998.
11. *Huxley R.*: Wielcy przyrodnicy. Od Arystotelesa do Darwina. PWN, Warszawa, 2009.
12. *Impelluso L.*: Natura i jej symbole. Rośliny i zwierzęta. Arkady, Warszawa, 2006.
13. Kamienie z Ica. www.paranormalne.eu
14. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości. WUW, Warszawa, 2005.
15. *Mironiuk-Nikolska A.*: Polska sztuka ludowa. Sport i Turystyka – MUZA, Warszawa, 2010.
16. Nazca. www.wikipedia.org
17. *Niewęgłowski W.A.*: Leksykon Świętych. PWN, Warszawa, 1999.
18. *Philip N.*: Mity i legendy bez tajemnic. Świat Książki, Warszawa, 2009.
19. *Pickeral T.*: The dog. 5000 years of the dog in art. Merrell, London, 2010.
20. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Pallotinum, Poznań-Warszawa, 1990.
21. *Saunders N.J.:* Dusze Zwierząt. Świat Książki, Warszawa, 1996.
22. *Schmidt J.*: Słownik mitologii greckiej i rzymskiej. Książnica, 1996.
23. *Szczepanowicz B., Mrozek A.*: Atlas zwierząt biblijnych. WAM, Kraków, 2007.
24. *Veser T.*: Skarby ludzkości. Muza, Warszawa, 2001.
25. Wycinanki ludowe i artystyczne. www.mazowsze_wycinanki.republika.pl.

Praca zawiera 26 531 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ELEMENTY MEDYCZNE I WETERYNARYJNE WE WSPÓŁCZESNYCH HERBACH MIAST POLSKICH

Mariusz Z. Felsmann, Józef Szarek

Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej
Katedra Patofizjologii, Weterynarii Sądowej i Administracji
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie
ul. Michała Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn
emzetef@wp.pl

Herby miast, podobnie, jak inne symbole heraldyczne, są nie tylko elementami rozpoznawczymi, ale stanowią często odwołanie do historii. Te jednostkowe swoiste znaki zestawiane są z różnej liczby symboli – od elementów pojedynczych do kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu - tworzących godło (2, 6).

Nawet pobieżne spojrzenie na obecność określonych symboli, w herbach miast w naszym kraju pozwala na zauważenie powtarzalności niektórych z nich w poszczególnych regionach, czy tez województwach. Fakt ten nie powinien dziwić, kiedy powiążemy znaki heraldyczne z herbami wielkich i mniejszych rodów magnackich oraz szlacheckich, których przedstawiciele byli założycielami, a nawet właścicielami, wielu miast i miejscowości we wcześniejszych wiekach (1, 2, 6, 7). Podobnie rzecz ma się w wizerunkami świętych, czczonych w poszczególnych regionach, a nawet symbolami zwierzęcymi, w tym

mitycznymi. Obecność symboli rozpoznawalnych globalnie i lokalnie nie zawsze wynika ze związków miast posługujących się tymi znakami z organizacjami czy osobami noszącymi je pierwotnie (2, 6, 7).

W wielu herbach polskich miast można odnaleźć symbole związane z medycyną i weterynaria, szczególnie jeśli kryterium to zastosujemy do historii, często bardzo odległej, tych dziedzin nauki. To założenie przyświecało autorom w tworzeniu niniejszej pracy. Związki omawianej symboliki z medycyną i weterynarią przyjęte przez autorów nie zawsze są ścisłe, czy też jednoznaczne, stąd też warto przedstawić kryteria brane pod uwagę podczas dociekań. Herby jako elementy graficzne nie odzwierciedlają, ściślej bardzo rzadko odzwierciedlają, rzeczywistość. Same herby, jak też ich elementy, muszą być w miarę proste, stąd też odzwierciedlenia postaci, zwierząt, roślin, czy też elementów architektonicznych są najczęściej uproszczeniami lub schematami (6, 7). Te uproszczenia sprawiają czasami trudność w rozpoznawaniu konkretnych zwierząt, czy też rośli. Autorzy chcąc uniknąć błędów w zakwalifikowaniu określonych gatunków zwierząt i roślin oraz innych symboli, jako kryterium najistotniejsze przyjęli opisy herbów znajdujące się w uchwałach wadz określonych miasta (5). Do elementów weterynaryjnych nie zaliczono zwierząt wolnożyjących (np. jeleni, czy dzików) oraz zwierząt mistycznych (np. smoków, czy gryfów). Mimo tych wydawałoby się jasnych kryteriów, w pewnych szczególnych przypadkach należało odstąpić od tej zasady, ze względu na specyficzną symbolikę bezpośrednio i pośrednio związaną z medycyną i weterynarią. Czyniono tak jedynie w przypadkach wyni-

kających z zasad heraldyki, a także w przypadkach wynikających wprost z historii, religii i kultury europejskiej. Te „odstępstwa” zostały wyjaśnione w części szczegółowej podczas omawiania poszczególnych symboli i herbów. W symbolice religijnej uwzględniono jedynie symbole bezpośredni związane z lecznictwem oraz postacie świętych przypisywane chorobom i konkretnym działom medycyny.

W pracy opisano kaduceusz zastosowany prawidłowo w herbie jednego z miast, aby zwrócić uwagę na błędne uznawane tego symbolu za medyczny lub weterynaryjny,

1. Symbolika medyczna i weterynaryjna w herbach szlacheckich

Współcześnie niektóre miasta naszego kraju posługują się herbami będącymi odwzorowaniem lub nawiązaniem do herbów szlacheckimi (1, 2, 7). Dzieje się tak najczęściej dla podkreślenia znaczenia niegdysiejszych właścicieli dla powstania i rozwoju danego grodu. Nawiązania herbowe dotyczą w pewnej części władców naszego kraju, jak też władców panujących przez lata nad ziemiami współcześnie należącymi do Polski. Wśród herbów rodowych są i taki, których symbolika nawiązuje do znaczeń medycznych i weterynaryjnych przyjętych na wstępie.

1.1 Herby szlachecki jako pierwowzory herbów miast.

Elementy medyczne i weterynaryjne występujące w herbach niektórych miast w naszym kraju są dokładnym odwzorowaniem lub nawiązaniem do znanych herbów szlacheckich i magnackich. Należa-

ły one do rodów zamożnych i wpływowych, gdyż tylko takie mogły lokować miasta i być ich właścicielami. Najważniejsze z tych znaków heraldycznych to herby o nazwach – *Ciołek, Dołęga, Junosza, Jastrzębiec, Lubicz, Promnicz, Prus, Prus III, Starykoń, Wieniawa, Wieruszowa* (1).

Elementy wymienionych powyżej herbów lub ich wierna replika została przyjęta przez władze poniżej wymienionych miast jako własne herby (5).

Bychawa dla upamiętnienia rodu Myszkowskich posługuje się w swoim herbie znakiem *Jastrzębiec*.

Dobra - miasto w Wielkopolsce - posługuje się herbem *Junosza*, będącym znakiem Ignacego Gałeckiego niegdysiejszego właściciela miejscowości.

Iłowa zawdzięczająca swój rozwój Baltazarowi von Promnitz i jego następcom, umieściła na swojej tarczy herbowej kompilację elementów tarczy herbowej tego rodu – strzały i gwiazd oraz element będącego klejnotem herbu – psa z obrożą. Ten ostatni element dodano do herbu rodowego (*Promnicz*) po nadaniu Promnitz`om tytułu hrabiowskiego.

Jedwabne, jako jeden z elementów swojego herbu wykorzystało szlachecki znak heraldyczny *Lubicz*.

Łapy, miasto na Podlasiu, posługują się również herbem *Lubicz*.

Milanówek dla podkreślenia znaczenia Michała Lasockiego dla powstania miasta, w prawej części tarczy herbowej umieściło herb *Dołęga*, jakim posługiwał się ten szlachcic.

Nowogrodziec nawiązując do swoich średniowiecznych tradycji używa w swoim herbie dwóch elementów zwierzęcych pochodzących ze znaków heraldycznych rodu von Rechenberg – właścicieli miasta w XV w. Jednym z elementów jest głowa barana na tarczy, drugim głowa barania. Pierwotnie były to głowy kozłów.

Praszka dla podkreślenia związków z założycielem miasta - Piotrkiem Kowalskim, umieściła na kładce między basztami – główny element herbu) wizerunek czarnego kozła. Jest to nawiązanie do herbu *Wieruszowa*, jakim posługiwali się Kowalscy założyciele miasta.

Przecław w nawiązaniu do herbu z XVI w. posługuje się znakiem *Pobóg*.

Ropczyce posiadają złożony herb. Głównym jego elementem jest sokół stojący na barku podkowy, wewnątrz której umieszczony jest krzyż maltański. Podkowa z krzyżem wewnątrz jest odwróconym herbem szlacheckim *Jastrzębiec*, którego klejnotem był sokół, co mogło stanowić inspirację do obecnej formy herbu miasta.

Rudnik nad Sanem dla nawiązania do wcześniejszych właścicieli miasta podzielił swoją tarczę herbową na dwie części. Na prawej części znajduje się odwzorowanie herbu szlacheckiego *Dołęga*, którym posługiwali się Ulińscy.

Sędziszów – dawna siedziba Jastrzębców - w nawiązaniu do historii w swoim herbie umieścił elementy herbu o nazwie nawiązującej do rodu – *Jastrzębiec*.

Siemiatycze swój dostojny herb podzieliły na dwie części. Ważniejsza z nich, prawa, jest odzwierciedleniem herbu Jabłonowskich, właścicieli miasta w XVIII w., nazywanego *Prus III*

Skoki. Symbolika herbu – podkowa i krzyż - jest nawiązaniem do starego herbu *Lubicz.* Z pierwotnego znaku usunięto górny krzyż, a krzyż środkowi jest obecnie w innej formie i barwie w stosunku do pierwowzoru.

Stęszew oparł wzór swojego herbu na znakach trzech rodów władających onegdaj tym grodem. Prawa część tarczy herbowej nawiązuje do książąt Jabłonowskich posługujących się herbem *Prus*, lewa zaś część to znak *Wieniawa*, którym posługiwali się między innymi Broniszowie.

Sucha Beskidzka posługująca się w swoim herbie wizerunkiem konia wykorzystuje herb szlachecki o nazwie *Starykoń.*

Trzcianka posługuje się herbem *Ciołek* na pamiątkę rodu Poniatowskich- założycieli miasta

Wielichowo mające w swym herbie byczka nawiązuje tym samym do jednej z odmian herbu *Ciołek*.

Ulanów, podobnie jak **Milanówek**, posługuje się herbem *Dołęga.*

Żary posługują się herbem o tarczy czteropolowej. Dwa dolne pola odzwierciedlają elementy herbu *Promnicz*, którym posługiwał się

ród Promnitz. Trzecie pole jest odwzorowaniem tarczy herbowej tego rodu, a pies ze złota obroża widniejący na czwartym polu to klejnot tego znaku rodowego

Herby miast pochodzące wprost z herbów szlacheckich

Bychawa

Dobra

Milanówek

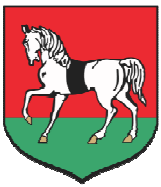
Iłowa

Jedwabne

Łapy

Sędziszów

Siemiatycze



Sucha Beskidzka

Trzcianka

Wielichowo

Żary

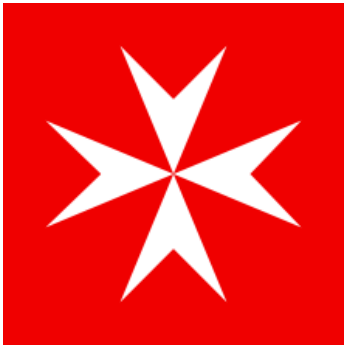
2. Symbolika związana z medycyną

2.1. Elementy wynikające z tradycji religijnych

2.1.1. Krzyże

W tradycji chrześcijańskiej krzyż, jako symbol męki pańskiej, odgrywa znaczącą rolę. W różnych wersjach graficznych stał się symbolem kościołów, zakonów, a nawet konkretnych świętych (krzyż św. Andrzeja).

W okresie wypraw krzyżowych, X – XIV w., był nie tylko ich symbolem, ale też stanowił znak rozpoznawczy wielkich i małych zakonów zajmujących się opieką na chorymi i poszkodowanymi (3, 4, 7). Najbardziej rozpoznawalny obecnie jest krzyż maltański. Kawalerowie Maltańscy (Suwerenny Rycerski Zakon Szpitalników św. Jana z Jerozolimy z Rodos i z Malty) swoje tradycje wywodzą z Zakonu Joannitów powstałego w Ziemi Świętej w połowie XII w. (3, 4).



Obecna wersja krzyża maltańskiego symbolizuje:

- w barwie, poprzez biel, – cnotę i czystość
- cztery ramiona - wierność, honor, wstrzemięźliwość i przezorność
- osiem rozwidleń –osiem błogosławieństw lub osiem cnót rycerskich:

1. Żyć w prawdzie 2, Mieć wiarę 3. Żałować za grzechy 4.Dawać dowody pokory 5. Miłować sprawiedliwość 6. Być miłosiernym 7. Być szczerym i wielkodusznym 8. Znosić prześladowania

Członkowie zakonu do dzisiaj niosą pomoc humanitarna i organizują opiekę zdrowotną dla najbardziej potrzebujących. Krzyż maltański był i pozostaje symbolem bezinteresownej i oddanej pomocy niesionej bliźnim w potrzebie, szczególnie w ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego. Jest odzwierciedleniem cnót najwyższych (4).

W herbach miast polskich symbol ten występuje często, nie zawsze w kontekście wynikającym z pierwotnej symboliki, co nie znaczy, iż nie należy traktować tego krzyża jako elementu związanego z opieką nad chorymi, tym samym symbolu związanego z medycyną.

Krzyż maltański jako główny lub jeden z równorzędnych elementów, występuje szczególnie w herbach miast Polski północnej i zachodniej – **Mirosławca** (symbol wcześniejszych związków miasta z zakonem Joannitów), **Wejherowa** (miasto zwane Jerozolima Kaszub znajdowało się pod opieką Joannitów).

Po dwa krzyże maltańskie znajdują się w herbach dwóch miast. **Elbląg** na współczesnej tarczy herbowej ma dwa krzyże w kolorach czerwonym i białym. Pochodzenie tych krzyży, pierwotnie w innym kształcie, wywodzi się wprost od założycieli miasta Zakonu Krzyżac-

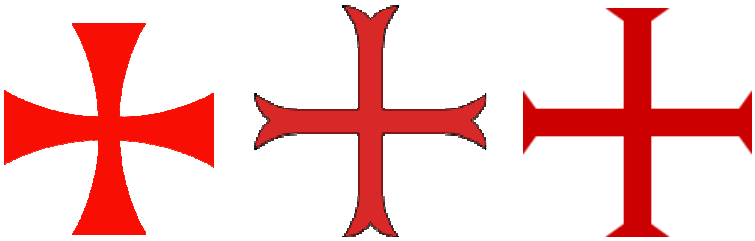
kiego. Herb **Nowych Skalmierzyc** nie ma związków heraldycznych, a powstał w latach dwudziestych ubiegłego stulecia.

W herbach innych miast krzyż ten występuje jako jeden z elementów i nie stanowi symbolu pierwszoplanowego. Można go spotkać na tarczach herbowych – **Starogrodu Gdańskiego** (chociaż symbol ten został nadany przez Krzyżaków, a herb od czasów lokacji nie uległ zmianie). Krzyż maltański w herbie **Chełmna** jest symbolem chrześcijaństwa (miasto założyli Krzyżacy). W herbie **Cybinki** krzyż maltański nawiązuje do zakonu Joannitów, wcześniej templariuszy, mających komturie w Łagowie.

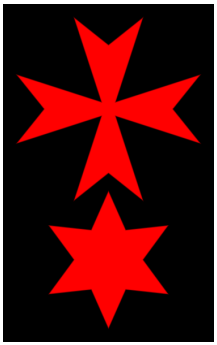
Powstały w XX w. herb **Nowych Skalmierzyc** zgodnie z opisem zawartym w statucie gminy zawiera dwa białe krzyże maltańskie. Patrząc na obowiązujący herb miasta dostrzegamy na niej dwa krzyże oficerskie - z heraldycznego punktu widzenia. Jednakże opis herbu jest elementem ważniejszym dlatego też i ten herb został przywołany w tym miejscu.

Swoje krzyże charakterystyczna dla siebie miały też inne zakony szpitalne. Templariusz posługiwali się krzyżami barwy czerwonej, jednakże ich kształt był zmienny. Zakon Ubogich Rycerzy Chrystusa i Świątyni Salomona zajmował się również opieką nad chorymi i potrzebującymi pomocy, nie tylko w Outremer (3).

Na białej chorągwi niesionej przez Baranka Bożego umieszczonego na tarczy herbowej **Sulęcina** widnieje czerwony krzyż maltański, kolor krzyża może sugerować wcześniejsze związki z zakonem Templariuszy.

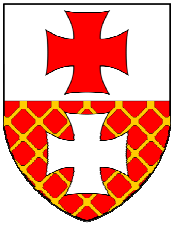


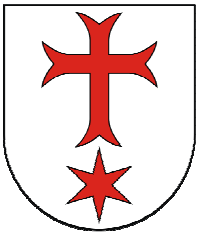
Zakon Krzyżowców z Czerwoną Gwiazdą został utworzony w XIII w przez św. Agnieszkę Czeską, znaną z dobroczynności, fundatorkę szpitala dla ubogich w Pradze. Zakon miał charakter szpitalny. Symbolem zakonu był krzyż maltański w kolorze czerwonym z umieszczoną pod nim sześcioramienną gwiazda w tym samym kolorze, godło umieszczone na czarnym polu.



Herbem **Siechnic**, miasta w województwie dolnośląskim, jest znak zakonu Krzyżowców z Czerwoną Gwiazdą umieszczony na białym polu.

Herby miast zawierające krzyże jako elementy herbu


Elbląg


Siechnice

Mirosławiec

Chełmno

2.1.2. Święci

Herby miast polskich zawierają na tarczy postaci świętych oraz postacie biblijne. Podobnie jak w przypadku krzyży, postacie umieszczane herbach stanowią ich główny element lub też jeden z elementów. Postaci świętych związanych z medycyną najczęściej widnieją na tarczach herbowych miast województwa dolnośląskiego i podkarpackiego.

Herb **Susza** nawiązuje bezpośredni do czasów kiedy nosił niemiecką nazwę Rosenberg. Pierwszoplanowym elementem znaku miasta jest postać św. Rozalii. Statut miasta nie określa związków świętej z miejscowością. Rozalia z Palermo żyjąca w XII w. normańska księżniczka - według legendy – uratowało swoje rodzinne miasto przez zarazą w XVII w., kiedy to ukazując się jednej z mieszkanek Palermo we śnie poinstruowała ją co uczynić dla odparcia zarazy.

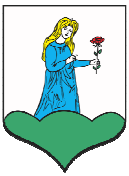
W herbie **Suwałk**, otrzymanym za czasów Augusta II, umieszczono dwóch świętych Romualda i Rocha. Ten drugi przedstawiany

jako postać z psem, jest patronem szpitali aptekarzy i lekarzy. Jako, że pies przy postaci św. Rocha jest atrybutem świętego herbu Suwałk nie można zliczyć do mającego związek z weterynarią.

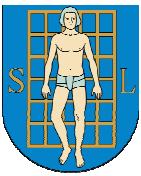
Świętego Wawrzyńca jako główne postacie w herbie umieściło miasto **Sepólno Krajeńskie** oraz. **Wojnicz**. Święty przedstawiany jest z kratą, która była narzędziem jego kaźni. Według dawnych wierzeń modlitwa do tego świętego jest pomocna w chorobach reumatycznych i poparzeniach.

Olsztyn, a także miasta **Sobótka** i **Pakość,** umieścił w swoim herbie postać św. Jakuba Starszego (Większego). Ten święty jest patronem aptekarzy i drogistów.

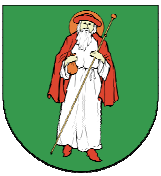
Herby miast odnoszące się do postaci świętych


Susz

Suwałki



Wojnicz


Sobótka

Michał Archanioł (św. Michał), ten najważniejszym z Archaniołów, jako główna postać został umieszczony w herbach **Łańcuta** i **Strzyżowa**. Natomiast miasto **Strzelin** i **Sanok** umieściły tę postać, odpowiednio na połowie i 1/3 tarczy herbowej. Św. Michał jest patronem radiologów i dobrej śmierci.

2.2. Elementy wprost odnoszące się do medycyny

2.2.1. Symbole medyczne

W herbach dwóch miast polskich znanych i uznanych, jako ośrodki uzdrowiskowe można zauważyć symbole tradycyjnie uznawane za medyczne.

Na lewej tarczy herbowej **Otwocka** widnieje zielony wąż. Symbol ten umieszczony w herbie miasta w 1926 roku nawiązuje do walorów uzdrowiskowych tego miasta.

Józefów nad Wisłą chcąc podkreślić uzdrowiskowy charakter miasta na lewym polu tarczy herbowej umieścił laskę Eskulapa (węża Eskulapa owiniętego wokół laski), zwaną też laską Asklepiosa – symbol medycyny.

2.2.2. Symbole i elementy uzdrowiskowe.

W herbie jednego z najbardziej znanych polskich uzdrowisk – **Ciechocinka** – widnieje tężnia będąca nie tylko największą atrakcją miasta, ale też ważnym obiektem terapeutycznym. Wizerunek tego potężnego obiektu uzdrowiskowego, jako główny element herbu jest znakiem rozpoznawczym Ciechocinka od zaledwie kilku lat.

Wiele miast naszego kraju, szczególnie na południu, w dwuczłonowej nazwie ma rzeczownik „Zdrój", co oznacza ich położenie na obszarach mających lecznicze właściwości klimatyczne i środowiskowe. Tryskające źródła, fontanny, dzbany stanowią elementy herbów miast położonych na terenach bogatych w wody zdrojowe.

Szczawnica Zdrój dla podkreślenia właściwości leczniczych swoich wód jako głównego elementu herbu użyła wizerunku dzbana. **Jedlina Zdrój** i **Świeradów Zdrój** umieściły w swoich jednopolowych tarczach herbowych symbole wody źródlanej (Świeradów dodatkowo wodę z bąbelkami) dla podkreślenie leczniczych właściwości miejscowych wód głębinowych. Podobnie uczyniła Szczawnica, dzieląc jednakże tarcze herbową symboliczna linią Dunajca. W dwupolowej tarczy herbowej **Iwonicza Zdroju** w części dolnej umieszczono źródełko bijące w środku pawilonu uzdrowiskowego (podobnie jak w herbie Jedliny).

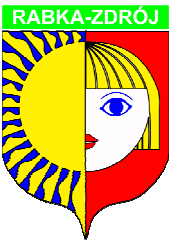
Kudowa Zdrój w czteropolowej tarczy herbowej zawarła dwa elementy „medyczne". W najważniejszym górnym prawym polu umieszczone symboliczne cztery strumienie wody jako odwołanie do leczniczych właściwości miejscowych wód, w lewym dolnym polu umieszczono czerwone serce symbol schorzeń kardiologicznych leczonych w Kudowie i jej okolicach.

Herby miast z symboliką leczniczą

Otwock

Ciechocinek

Szczawnica



Rabka Zdrój

2.3. Symbole różne

Dla podkreślenia znaczenia **Rabki Zdroju** jako najważniejszego uzdrowiska dla dzieci, władze miasta na połowie tarczy herbowej umieściły pół twarzy złotowłosego dziecka.

W herbie miasta **Marki** widnieje, jako jeden z elementów, kaduceusz. Ten symbol i atrybut boga Hermesa przez niektórych brany jest błędnie za symbol medyczny. Wielu ludzi sugeruje się zapewne tym symbolem używanym jako znak medyczny w Stanach Zjednoczonych, szczególnie w armii amerykańskiej. Z tym niewłaściwym, dla heraldyków wręcz niedopuszczalnym, używaniem kaduceusza jeden z autorów spotkał się otrzymując jako pamiątkę wspólnych kontaktów z żołnierzami armi amerykańskiej znaczki i medale pamiątkowe, amerykańskich oddziałów medycznych i weterynaryjnych, zawierających ten element jako główny symbol.

3. Symbolika związana z weterynarią

Leczeniem zwierząt nie zawsze zajmowali się lekarze weterynarii. Przed laty wiele schorzeń leczyli kowale, hodowcy poszczególnych zwierząt oraz różnego rodzaju zielarze i „zaklinacze". Stąd też pewna trudność z precyzyjnym zakwalifikowaniem symboliki umieszczanej w herbach miast jako weterynaryjnych. Aby przyjąć w miarę obiektywne kryteria autorzy uznali za elementy weterynaryjne wizerunki zwierząt gospodarskich i towarzyszących człowiekowi jako dawnych i obecnych pacjentów. Przy czym za kryterium świadczące o przyjęciu wizerunku za dany gatunek zwierzęcia uznano jego opis zawarty

w statucie miasta posługującego się konkretnym herbem. Nie brano pod uwagę zwierząt mistycznych i dzikich, chyba że te ostatnie niosą znamiona interwencji „weterynaryjnej" – np. mają kółko w nozdrzach. Jako bezspornie weterynaryjne elementy uznano podkowy i elementy związane z podkuwaniem koni.

3.1. Podkowy i podkuwanie koni.

Podwarszawska miejscowość **Podkowa Leśna** dla podkreślenia nazwy umieściła w swoim herbie jako główny element srebrną podkowę.

Podkowa zwrócona rogami w dół z krzyżem kawalerskim przylegającym do niej z góry jest jednym z głównym elementów **Czyżewa**. W tym przypadku symbol ten nawiązuje do rodu Czyżewskich i ich herbu.

Srebrna podkowa zwrócona rogami w dół jest jednym z kilku elementów herbu Borku Wielkopolskiego. **Sułkowice** dla podkreślenia tradycji kowalskich umieściły w swoim herbie srebrną podkowę umieszczoną w dół. **Międzyrzecz Podlaski** posiada herb łudząco podobny do szlacheckiego herbu *Lubicz*, głównym jego elementem jest srebrna podkowa umieszczona barkiem w górę. Podobnie umieszczoną, złotą, podkowę w swoim herbie ma **Kurów** (w województwie świętokrzyskim) symbol ten nawiązuje najprawdopodobniej do szlacheckiego herbu *Jastrzębiec*. Głównym elementem herbu Robczyc jest jastrząb, jednakże ptak ten siedzi na barku białej podkowy.

3.2. Elementy będące świadectwem ingerencji człowieka w stosunku do zwierząt.

W nozdrzach wołów, turów, byków będących elementami herbów miast widnieją kółka. Ten element służący poskramianiu tych potężnych zwierząt musiał być umieszczony tam przez człowieka poprzez krwawy zabieg, tak wiec symbole te można zaliczyć z całą pewnością do weterynaryjnych.

W herbie **Chojnic** widnieje łeb tura zwrócony na wprost ze złotym pierścieniem w nozdrzach, podobny wizerunek, żubrzej głowy, z kołem w nozdrzach widnieje w herbie **Dynowa**. Herb **Baranowa Sandomierskiego** zawiera wizerunek głowy rogatego zwierzęcia podobnego do tura lub byka z kółkiem w nozdrzach jednakże autorzy nie mogli dotrzeć do dokumentów zatwierdzających ten herb. Natomiast w herbie Leszna na prawej połowie tarczy umieszczono pół łba byka ze skręconym złoty kółkiem w nozdrzach.

3.3. Wizerunki zwierząt

Koń, jedno z najbardziej rozpoznawalnych zwierząt gospodarskich, bez którego nie można sobie wyobrazić rozwoju cywilizacyjnego w epoce przedindustrialnej, stanowił zawsze podmiot zainteresowania swojego właściciela, tym samym była przedmiotem troski i opieki, w tym weterynaryjne.

Miasto **Konin**, jak sama nazwa wskazuje, zawdzięcza swoją nazwę koniom właśnie. Biały koń będący jedynym elementem herbu miasta nie jest w tym przypadku zaskoczeniem. Tym Bardziej, że za-

równo herb i nazwa miasta wywodzą się od legendarnego stada dzikich koni ratujących przypadkowo dawnego władcę tych ziem.

Bardzo podobny herb z dodatkowo umieszczonym na końskim grzbietem młotkiem kowalskim mają **Kowary**

Wizerunek gniadego konia z żółtą grzywą, ogonem i pęcinami stanowi główny element herbu **Suchowoli**.

Miasto **Kobyłka** umieściło w swoim herbie konia koloru czerwonego. Wbrew sugestii płynącej z nazwy miasta, wizerunek konia jest jednym z pomniejszych elementów herbu.

Głowę białego wołu ze złotymi rogami jako jedyny element herbu możemy zobaczyć na czerwonej tarczy herbowej **Człuchowa**. Całe zwierze w barwie brązowej jako swój herb przyjęło miasto **Wołów**.

Na tarczy herbowej **Bojanowa** widzimy białego baranka z zakręconymi rogami wybiegającego z lasu w prawą stronę.

Jedno z czterech pól tarczy herbowej **Mszany Dolnej** przedstawia białego rogatego baranka.

W herbie **Lublina** widnieje biały kozioł ze złotymi rogami wsparty o krzew winorośli.

Wieruszów natomiast jako element swojego herbu wybrał czarnego kozła.

Miasto **Kędzierzyn-Koźle** w swoim herbie umieściło aż trzy głowy czarnych kozłów ze złotymi rogami. Jest to nawiązanie do tradycji heraldycznych miasta Koźla.

Wśród ptaków użytkowych widniejących na tarczach herbowych polskich miast najliczniej reprezentowane są koguty.

Wizerunek białego koguta (kura) kroczącego w lewą stronę przedstawia w swoim herbie **Oława**. Zdaniem niektórych heraldyków herb nawiązuje do szlacheckiego polskiego herbu – *Kur biały.*

Podobny, srebrny, kogut zwrócony w przeciwną stronę umieścił w herbie miejskim **Stoczek Łukowski** – miasto na Lubelszczyźnie

Kogut w naturalnych (na tarczy herbowej biały) barwach jest jednym z pomniejszych elementów złożonego herbu **Dusznik Zdroju**.

Gęś porwaną z miasta przez lisa i niesioną w pysku jest jednym z elementów herbu **Górowa Iławeckiego**. W tym współczesnym znaku miasta współczesny lis zastąpił pierwotnego wilka a gęś była niegdyś jagnięciem. Tak czy owak porywane zwierzę należy do zwierząt domowych.

Najmniejsze ze zwierząt widnieją, jako jeden z elementów, we współczesnym herbie **Golubia-Dobrzynia**, są to dwa białe gołębie. Jeden biały gołąb siedzący na toporze widnieje w herbie **Rejowca Fabrycznego.**

Herby miast z symboliką „weterynaryjną”.

Podkowa Leśna

Kurów

Chojnice

Kowary

Wołów

Bojanowo

Wieruszów

Oława

Piśmiennictwo

1. *Gajl T.*: Herbarz polski od średniowiecza do XX wieku. Wyd. L&L, Gdańsk, 2007.
2. *Gołdyn P.*: Symbolika Religijna I Koscielna w herbach miast polskich do końca XX wieku. Wyd. DIG, Warszawa, 2008.
3. Steward D.: Mnisi wojny.Wyd. Zysk i s-ka. Poznań, 2005.
4. Sire H.JA.: Kawalerowie maltańscy. PIW. Warszawa, 2000.
5. Statuty miast wymienionych w tekście.
6. *Znamierowski A.*: Insygnia, symbole i herby polskie. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2003.
7. *Znamierowski A.*: Wielka księga heraldyki. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2008.

Praca zawiera 23 699 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

PODKOWA JAKO ELEMENT GODEŁ W POLSKICH HERBACH SZLACHECKICH

Mariusz Z. Felsmann, Babińska Izabella

Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej
Katedra Patofizjologii, Weterynarii Sądowej i Administracji
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie
ul. Michała Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn
emzetef@wp.pl

Rozwój cywilizacyjny, szczególnie w dawnych epokach, wiązał się bezpośrednio z rozwojem techniki wojennej - wszak historia powszechna w znacznej mierze to historia wojen.

Rozwój cywilizacyjny to także udomowianie i wykorzystywanie zwierząt przez człowieka. Wolnożyjące zwierzęta po udomowieniu zmieniały środowisko naturalnego bytowania, często człowiek przenosił udomowione gatunki zwierząt do środowiska im nieprzyjaznego. Udomowienie konia, szczególnie zaś używanie go do jazdy wierzchem, naraziło kopyta tego, pierwotnie stepowego zwierzęcia, na częste i poważne uszkodzenia (11, 16). Poruszanie się po kamienistym gruncie, czy też innym twardym podłożu, prowadziła do nadmiernego i szybkiego ścierania się puszki kopytowej (4, 6, 8, 15). Obciążanie konia jeźdźcem, siodłem oraz bojowym rynsztunkiem ten proces nie tylko przyspieszało, ale narażało wierzchowca na dodatkowe, często poważne, uszkodzenia (1, 6, 8, 10). Przykładem wpływu uszkodzeń

końskich kopyt na kampanię wojenną, znaczącą dla historii, jest armia Aleksandra Macedońskiego próbująca podbić Azję. W wyniku uszkodzenia kopyt wiedzionych przez armię macedońską koni, koniecznym było porzucenie większości wierzchowców przed osiągnięciem celu wyprawy. (15). Przez całe stulecia żadna z wielkich cywilizacji nie mogła rozwiązać problemu ochrony kopyt końskich przed uszkodzeniami. W starożytnym Rzymie duże znaczenie przywiązywano do pielęgnacji końskich kopyt, podejmowane również próby stosowania metalowych podkładek przywiązywanych do końskich kopyt, (7, 12, 15). Niektóre ludy plotły z sitowia swoiste „kapcie" dla ochrony końskich kopyt (15). Dopiero Gallowie i Celtowie zastosowali podkowy przybijane do rogowej części kopyta (16). Te początkowo prymitywne podkowy udoskonalili Rzymianie zapoznając się z tym epokowym dla rozwoju jazdy wynalazkiem podczas swoich podbojów (12, 16). Coraz lepsza znajomość anatomii i fizjologii końskiego kopyta pozwoliła z czasem udoskonalić zarówno podkowy jak też proces podkuwania. W okresie wypraw krzyżowych, gdzie w bitwach ciężkozbrojna jazda europejska odgrywała pierwszoplanową rolę, podkuwanie koni było powszechnym i wykonywanym profesjonalnie zajęciem (2, 8, 10, 13). „Żelazna podeszwa" *solea ferrea* - jak nazywano podkowę w języku łacińskim – stała się wtedy elementem użytkowania koni i pielęgnacji kopyt stosowanym z niewielkimi zmianami do dzisiaj (11).

Okres wypraw krzyżowych przyczynił się do rozwoju etosu rycerskiego; rycerz nierozłącznie kojarzony jest z silnym rumakiem. Chociaż pierwsza krucjata w swojej drugie fazie przebiegała z wyko-

rzystaniem nielicznych, jak na potrzeby kampania, koni, trudno sobie wyobrazić przeprowadzenie wypraw krzyżowych bez tych zwierząt. Ciężkozbrojna jazda od początku drugiego tysiąclecia naszej ery miała decydujące znaczenia do rozstrzygnięć większości bitew. Te mobilne i zdyscyplinowane formacje nie mogłyby istnieć bez zdrowych i silnych koni (2, 3, 13, 14) . Wierzchowce z kolei nie wytrzymałyby trudów wojennych kampanii i ciężaru okutego w zbroję jeźdźca, gdyby nie podkowy chroniące kopyta przed urazami i ścieraniem. Tym samym z cała pewnością można stwierdzić, że podkowa oprócz miecza i zbroi jest elementem bez którego etos rycerski nie mógłby powstać. Z drugiej strony przytwierdzanie tego przedmiotu do puszki kopytowej wymagało nie tylko wprawy, ale również znajomości anatomii i fizjologii, i to nie tylko kopyta. Ówcześni kowale znani byli z umiejętności leczenia wielu końskich dolegliwości i chorób, tak więc można uznać ich za naturalnych protoplastów lekarzy weterynarii.

Znaki własnościowe w postaci prostych linii i ich połączeń stosowane były w wielu kulturach od setek lat. Znaki te uległy z czasem przekształceniu w bardziej skomplikowane, następnym etapem było ich usystematyzowanie bowiem zaczęli się nimi posługiwać ludzie szlachetnie urodzeni, ale też cechy i miasta (17, 18). Wspomniany wcześniej okres wypraw krzyżowych z racji wspólnej walki rycerstwa z różnych stron Europy wymusił konieczność zastosowania widocznych z dużej odległości i szybko rozpoznawalnych znaków. Konieczność ta doprowadziła do powstania znaków heraldycznych przekształcających się z czasem w znane dzisiaj herby (18). Początek drugiego

tysiąclecia przyniósł szybki rozwój herbów rodowych w naszym kraju. Panowie i rycerstwo polskie, później szlachta, przyjmowali i używali herbów według nieco innych zasad niż reszta Europy. Potomkowie pierwszych herbowych przenosząc się na coraz to inne tereny zmieniali nieco, czasem zasadniczo, kolorystykę herbów oraz pierwotne symbole. Działo się tak najczęściej kiedy rodowe dobra opuszczali kolejni potomkowie głowy rodziny. Z czasem zwyczaj ten doprowadził do powstania bardzo wielu odmian pierwotnych herbów. Ten sposób tworzenia znaków rozpoznawczych nie był akceptowany w krajach zachodniej Europy. Złota wolność szlachecka powodowała też brak w rodzimych herbach znaków rangowych, co było i jest powszechnym zwyczajem na zachodzie i południu naszego kontynentu (17, 18).

Biorąc pod uwagę powyższe prawidła, do których można dodać umieszczanie na tarczach herbowych prostych symboli znanych z życia codziennego, nie trudno się domyślić dlaczego podkowa jest jednym z częściej używanych symboli heraldycznych, szczególnie w początkach naszej państwowości. Ten powszechnie znany wśród rycerstwa i doceniany przedmiot możemy znaleźć jako element, najczęściej dominujący, w wielu polskich herbach. Symbol ten kojarzony z koniem i kowalem, jako element ochrony końskiego zdrowia można powiązać z historią weterynarii (9, 12). Powszechność zastosowania tego symbolu w herbach używanych w naszym kraju świadczą o znaczeniu podkowy dla rycerstwa. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że wybierane do herbów symbole nie były przypadkowe i kojarzono je z elementami o ważnym do herbowego znaczeniu.

Dla przejrzystości tekstu autorzy ograniczyli się jedynie do symboli umieszczanych na tarczy herbowej, pominięto symbole znajdujące się w innych elementach herbu, w tym w szczególności w klejnotach (17, 18). Omawiając poszczególne herby opisane zostaną, z pominięciem obowiązującego w heraldyce blazonowanie. Pierwotne postacie najstarszych herbów; ich odmiany zostaną opisane poprzez wybrane przykłady. Inne herby mające mniej herbowych opisane zostaną, jeżeli jest to możliwe, w grupach według podobieństwa. Autorzy pomijają, jako nie mające znaczenia dla niniejszego opracowania, rozróżnień na herby rangowe (np. książęce, czy hrabiowskie) (5, 17,18) Objętość niniejszej publikacji nie pozwala na zaprezentowanie wszystkich herbów zawierających podkowę jako symbol stanowiący godło lub jego część, ponadto nie jest to konieczne dla istoty przekazu.

Wszystkie ilustracje pochodzą z portalu Wikipedia - www.pl.wikipedia.org (16), a wzorce opisanych herbów konfrontowano z „Herbarzem polskim" (5).

Podkowa w całości lub we fragmencie (najczęściej pół podkowy) występuje w prawie 400-tu herbach szlacheckich i magnackich. Tarcza herbowa, w herbach prostych, w większości przypadków jest barwy błękitnej, rzadziej czerwonej, czasem tylko tynktura jest zielona lub żółta. Podkowa występuje w zdecydowanej liczbie godeł w kolorze srebrnych (białym), rzadziej element ten jest złoty (żółty).

1. Herby

1.1. Herby z pojedynczą podkową jako elementem głównym.

Trudno nie rozpocząć omawiania tematu od herbu zawierającego jako jedyny element godła pojedynczą podkowę oraz noszącego nazwę „PODKOWA". Upraszczając zasady blazonowanie herb ten można określić jako błękitna tarcza ze srebrną podkową. Taki opis dla osób znających zasady heraldyki zupełnie wystarczy bowiem naturalnym wizerunkiem podkowy jest przedstawianie jej rogami w dół, a barkiem (miejscem gdzie znajduje się kapturek) w górę (15, 17, 18). Odwrotny wizerunek podkowy określono by – podkowa na opak. Obroty o 90° określano by jako – podkowę zwróconą w prawo lub lewo.

Znaku tego używali przedstawiciele niewielu rodów (cześć Ostrowskich) i nie był to herb popularny. Istnieją cztery wersje tego herbu numerowane cyframi rzymskim. Wersja II i IV ma tarczę czerwoną, wersja III białą. W wersji II i III wewnątrz podkowy umieszczono miecz, a nad nią złotą gwiazdę odpowiednio ośmio i sześcioramienną. W wersji IV podkowa jest przesunięta do góry, a w niej i obok niej umieszczono trzy srebrne ćwieki. Popularność odmian tego herbu – SOWIŃSKI (podkowa jest złota), NIECZAJ (tarcza czerwona, wewnątrz podkowy strzała zakończona rosochą) – również była niewielka.

Z innych herbów z pojedynczą podkową wymienić należy herb JAGODOWICZ, JĘDRZEJEWICZ JENDRZEJOWICZ MAŁACH, WODORADZKI.

Jako ciekawostkę można przywołać herb PRAWOŚĆ, w jego godle podkowę trzyma w prawej dłoni kobieta.

Bardziej popularnym herbem, wizerunkiem i nazwą związanymi z omawianą tematyką, jest „TĘPA PODKOWA" - występująca w trzech wersjach oraz czterech odmianach. Najstarszym wizerunkiem tego znaku rodowego jest srebrna podkowa ze złotym krzyżem kawalerskim umieszczonym w jej wnętrzu, całość na błękitnej tarczy. W wersji II tego herbu podkowa jest złota, a w wersji III tarcza jest barwy czerwonej, a podkowa koloru złotego wewnątrz której widnieje półtorakrzyż srebrny w lewo. Odmiana o nazwie „SKOWROŃSKI" różni się od wersji III pierwowzoru jedynie wielkością półtorakrzyża. Odmianę „STABROWSKI" od wersji pierwotnej różnią inne elementy poza tarcza herbową, bowiem ta jest wierna pierwowzorowi. Herb „ZABŁOCKI" jest odmianą wersji III, przy czym tarcza jest błękitna, podkowa srebrna, a półtorakrzyż jest złoty. Czerwona tarcza ze srebrną podkową i takimże krzyżem kawalerskim wewnątrz jest wizerunkiem herbu OKOLSKI, kolejnej z odmian. W odmianie TĘPEJ PODKOWY o nazwie „BRZEZICKI" tło pozostaje wierne wersji pierwotnej, podkowa przybiera barwę złotą, a krzyż umieszczony jest na barku podkowy, zgodnie z heraldyką określa się takie umiejscowienie, kiedy elementy stykają się, zaćwiczeniem. Właściwym jest określenie godła herbu, jako podkowa z zaćwiczonym na barku krzyżem kawalerskim. Herbu w wersji pierwotnej używali Modlińscy i Żychowscy. Herbem tym szczycili się Zbyszko i Maćko z Bogdańca, bohaterowie

Sienkiewiczowskich Krzyżaków. Oryginalną, pochodzącą z XIX w., wersję tego herbu przedstawia poniższa ilustracja.

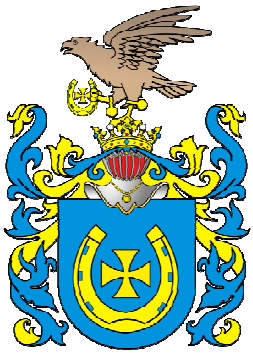
Mniej znane i popularne herby zawierające pojedynczą podkowę, jako godło na tarczy herbowej to JEDRZEJOWICZ i MILATYŃSKI. Tarcze herbowe tych znaków praktycznie nie różną się od godła PODKOWA, różnią je inne elementy heraldyczne. W tym miejscu warto zaznaczyć, że herby te pochodzą z tak zwanej nobilitacji, czyli nadania godności szlacheckiej za zasługi. Wiązało się to zawsze z nadaniem herbu; opisane powyżej nadano pod koniec XVIII w. Wiele herbów z nobilitacji było w zasadniczych elementach tożsamymi ze starymi znakami rodowymi lub podobnymi do nich. Dla odróżnienia nobilitowanych od starej szlachty ich herby miały nowe nazwy (17, 18).

1.2. Herby z podkową i innymi elementami

1.2.1. Herby z najliczniejszą liczbą odmian.

Wykorzystywana przez wielu szlachetnie urodzonych możliwość przyjmowania do szlachty osób zasłużonych dla danego rodu lub najzwyczajniej przyjaciół, spowodowało powstanie odmian herbów pierwotnych. Adopcji spowodowała istnienie w naszej heraldyce odmian herbów pierwotnie należących do rodów szlacheckich, w tym herbów mających w godle podkowę. Autorzy osobno omówią poniżej kilka takich herbów.

Najwięcej odmian, z podkową na tarczy, posiada herb JASTRZĘBIEC.



JASTRZĘBIEC

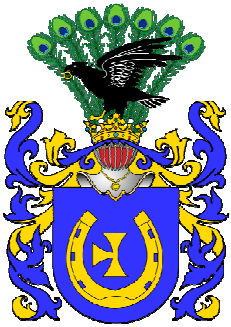
Według legendy pierwszym herbowym „Jastrzębca" był rycerz, który dzięki podkutemu koniowi mógł szybko poruszać się po oblodzonych skałach pod Łysą Górą i dzięki temu wykazać się męstwem.

Tracza herbowa posiada od zawsze błękitną tynkturę (barwę). Na niej znajduje się podkowa na opak, czyli przednią częścią w dół, w podkowie umieszczony jest centralnie krzyż kawalerski. Symbol herbowy trzyma w szpanie jastrząb stanowiący klejnot herbu. Obecnie kolor podkowy i krzyża przyjmuje się jako złoty (w heraldyce tynktura złota i srebrna są wymienne odpowiednio z żółtą i biała), niektórzy z heraldyków twierdza, iż pierwotnie kolor tych elementów był srebrny (17, 18). Wizerunek herbu znany jest z pieczęci z końca XIV w. Ten bardzo znany i popularny w Polsce herb był używany przez ponad 1700 rodów. Spośród wielu herbowych można wymienić Andrzeja Frycza Modrzewskiego i Michała Skrzetuskiego – pierwowzór sienkiewiczowskiego Jana Skrzetuskiego. Herb ten najpopularniejszy był w Wielkopolsce, na Mazowszu, w Małopolsce i ziemiach na wschód i północny wschód od tego regionu. Heraldycy podają ponad 1700 rodów posługujących się tym herbem.

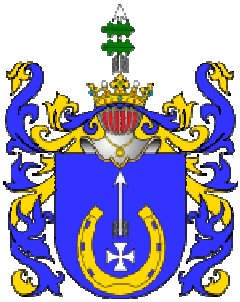
JASTRZĘBIEC w odmianach przybiera różne barwy i konfigurację elementów godła, przykładami tych odmian są herby o nazwach –BIAŁACHOWSKI, CZERNICKI, CZERNYSZEW, DRĄGOWSKI, DOMARADZKI I i II, GRĘBECKI, JACZYŃSKI, KOŚCIELSKI, ŁUKOMSKI, MIERCZYŃSKI, NIEMYSKI, SIKORSKI, SZASZEWICZ, SZASZEWSKI, UNIERZYCKI.

Na przykładzie herbu Jastrzębiec można prześledzić zmiany, prowadzące do odmian pierwotnego znaku, zmiany zarówno w elementach tworzących godło, jak też w kolorystyce tarczy herbowej oraz innych elementów nie będących przedmiotem rozważań. Główny ele-

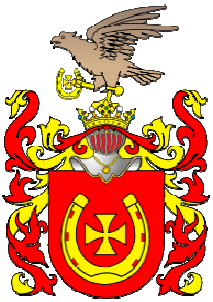
ment godła - podkowa - w zdecydowanej większości odmian jastrzębca zachowuje swoje położenia, barkiem w dół, jedynie herb BERNATOWICZ-GIEJSZTOFF zawiera odwróconą o 180° podkowę. W niektórych odmianach pierwotnego herbu podkowa przyjmuje barwę srebrną (białą). W odmianie Jastrzębca używanej między innymi przez Chylińskich, stąd nazwa herbu – CHYLIŃSKI, tarcza przybiera barwę czerwoną. Przykłady odmian Jastrzębca podano poniżej



ABRAHAMOWICZ

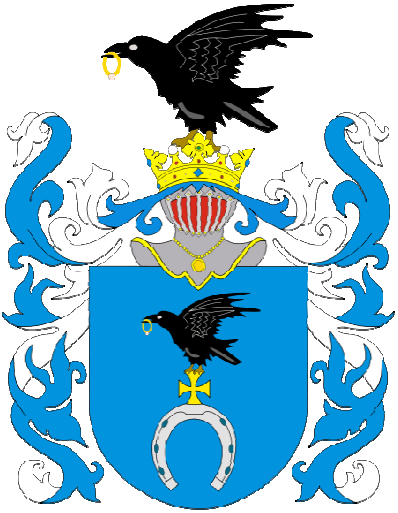


BEŁZA



CHYLIŃSKI

Nie wiele mniej odmian ma równie stary herb ŚLEPOWRON. Pierwsze wzmianki o tym znaku heraldycznym pochodzą z początków XIII w. Pierwotnie tarcza herbowa była barwy błękitnej. Na niej widniała srebrna podkowa, na której barku zaćwiczono złoty krzyż kawalerski. Na krzyżu siedzi czarny kruk ze złotym pierścieniem w dziobie.

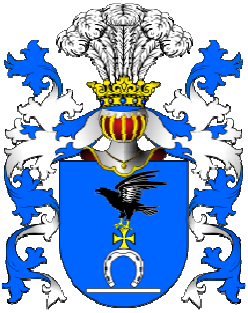


ŚLEPOWRON

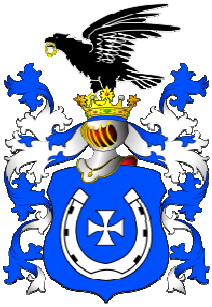
Spośród najbardziej znanych herbowych można wymienić Augustyna Kordeckiego Przeora klasztoru w Częstochowie podczas potopu szwedzkiego, poetę Zygmunta Krasińskiego, Kazimierza Pułaskiego, Karola Szymanowskiego oraz Wojciecha Jaruzelskiego. Herbem tym, wraz z odmianami, posługiwało się prawie tysiąc rodów polskich i litewskich. W odmianach herbu obok pierwotnego godła znajdujemy inne elementy, a także brak niektórych z elementów pierwotnych. W trzech przypadkach występuje też zmiana tynktury tarczy herbowej,

Przykładowe odmiany herbu ŚLEPOWRON -

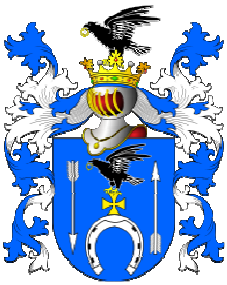
KAMECKI, LEŚNIEWSKI, LUTOSTAŃSKI, OLSZEWSKI IV i V, POKRZYWNICKI, RABE, SOBOLEWSKI, ROSYNIEC – zachowują w godle podkowę, jako jeden z głównych elementów, podczas gdy inne symbole w niektórych odmianach nie występują.



CZARNOWRON



KUROWSKI



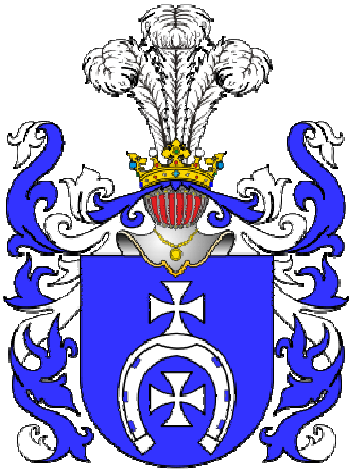
ROSYNIEC

Popularnym herbem z podkowami w godle jest LUBICZ, znak heraldyczny używany w różnych odmianach przez ponad 1200 polskich i litewskich rodów.

Ten powstały już w XII w. herb używany był w Rzeczpospolitej bardzo powszechnie. Można doliczyć się ponad tysiąc dwustu herbowych posługujących się tym znakiem w różnych odmianach. Znak ten to podkowa srebrna na błękitnym polu z zaćwiczonym na barku srebrnym krzyżem kawalerskim i takim krzyżem wewnątrz.

Herbem tym szczycił się hetman Stanisław Żółkiewski oraz Czesław Miłosz. Zarówno pierwotną wersję herbu jak też jego odmia-

ny należały do mniej zamożnej szlachty stąd też brak wielu znamienitych i znanych herbowych spod tego znaku heraldycznego.

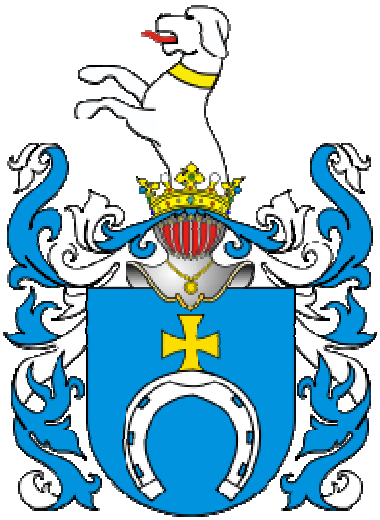


LUBICZ

LUBICZ w przykładowych odmianach – LUBICZ II, III, IV, V, VI, ABRAMOWICZ, ŁYŻYŃSKI-ABRAMOWICZ, SZYRMA, SZANTYR, MACKIEWICZ, MONKIEWICZ, PIWNICKI, SAGSEWSKI. Podobnie jak w przypadku opisanych powyżej herbów, podkowa pozostaje głównym elementem odmian znaku LUBICZ, przy zmianach położenia krzyży, dodatków innych elementów heraldycznych, a także koloru tarczy herbowej.

Podkowa i pies, elementy „weterynaryjne", występują w bardzo popularnym w całej dawnej Rzeczypospolitej herbie POBÓG i POBÓG II, co prawda pies widnieje w klejnocie herbu nie zaś na jego

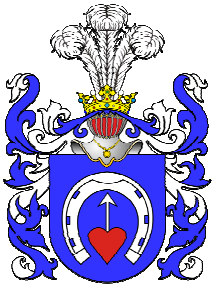
tarczy. Herb ten, wzmiankowany już w X w., związany jest według legendy z herbem ZAGŁOBA i JASTRZĘBIEC, od których pochodzić ma tynktura tarczy i główny element godła, a nazwa symbolizuje pobożność pierwszego herbowego. Herb ten można opisać jako srebrna podkowa na polu błękitnym z zaćwiczonym na barku złotym krzyżem kawalerskim. Należy zaznaczyć, że pierwotnie kolor tarczy był czerwony.



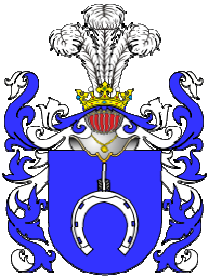
BOBÓG

Mało znana postać hetmana kozackiego Piotra Konaszewicza-Sahajdacznego, wsławionego w wielu bitwach w obronie Rzeczypospolitej, w tym w bitwie pod Chocimiem w 1621 r., jest przykładem nadawania polskich herbów szlacheckich również przedstawicielom innych narodów. POBÓG należał do herbów szlachty pochodzenia ta-

tarskiego. Spod tego znaku jest znany działacz niepodległościowy Roman Dmowski.



ALCHIMOWICZ



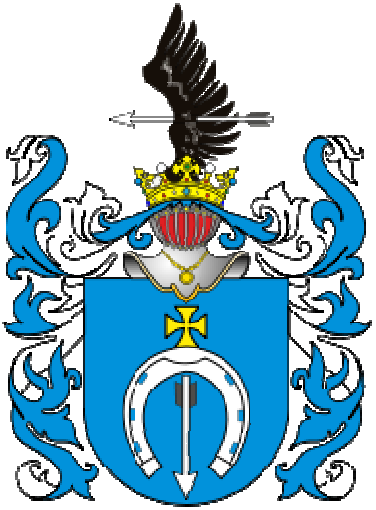
BRZUCHALSKI

MONTOWT

Odmiany herbu to – ALCHIMOWICZ, DOLIŃSKI, GURSKI, JAKUBOWICZ, LESZCZYŃSKI, MONTOWT, SAWANIEWSKI, HORWAT, SRZEDZIŃSKI, SUCHODOLSKI, SURGOLEWSKI, SZANTYR, TOŁOCZKO, WIEKOWICZ.

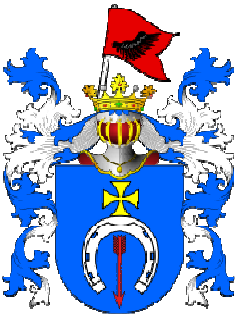
Ostatnim opisywanym herbem z podkową, jako głównym elementem godła, jest DOŁĘGA. Według legendy herb pochodzi z czasów Bolesława Krzywoustego, pierwsze źródła historyczne zawierające ten znak datowane są połowę XIV w. DOŁĘGA to herb Pawła Włodkowica, postaci znanej i zasłużonej dla XV-to wiecznej Rzeczypospolitej. Można by rzec, że Paweł Włodkowic był prekursorem praw człowieka i propagatorem pokojowego współistnienia ludzi różnych wyznań. Współcześnie do herbowych DOŁĘGI zaliczyć możemy Ta-

deusza Mazowieckiego. Odmiany herbu noszą nazwy - DĄBROWSKI, GRUNWALTH, KOMOROWSKI, NARZYŃSKI, SIERAKOWSKI,

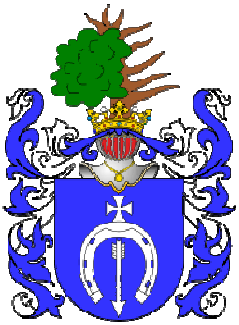


DOŁĘGA

.



DĄBROWSKI



GRUNWALTH

1.2.2. Herby z podkową i innymi znakami heraldycznymi w godle.

Wymienione powyżej herby nie są jedynymi znakami heraldycznymi występującymi w odmianach. Mniej liczne odmiany możemy znaleźć w herbach KRZYWDA, BIAŁYNIA, BELINA, DĄBROWA, NIEZGODA, KRZYWDA, CZEWOJA, ŁADA, ZATAJONY MIESIĄC BOŻA, WOLA,. Znaki te wraz z odmianami zostaną wymienione z innymi herbami w dalszej części tekstu.

Bardzo wiele herbów jako godło ma wizwrunek podkowy wraz z innym elementem lub elementami. Najczęściej podkowa łączona jest z różnego rodzaju krzyżami, spośród których najczęściej występuje krzyż kawalerski. Przykłady takich herbów wymieniono po niżej -. BORKOWSKI, BOROWSKI, GRZĘBSKI, KONIECPOLSKI, KOWNACKI, KRZYWDA, NABIAŁEK, NYCZ, OLSZEWSKI VI, PEŁKOWSKI, PINDZEWSKI, PIWNICKI, POZNAŃSKI (odm. BOŻA WOLA), SZPENDOWSKI, WOLNICKI, WDZIECZNOŚĆ, ZAKRZEWSKI. WOYNAROWICZ, SULISKI.

Inne krzyże w połączeniu z podkową reprezentują poniżej przedstawione przykłady herbów.

BIAŁA, DĄBROWA, DĄBRÓWKA, GOLĘDZINOWSKI, KOZŁOWSKI IV I KOZŁOWSKI, ŁOŚ, PUCHAŁA, RADOMSKI (ODM. PRUS III), SŁAWĘCIN, (ODM. KRZYWDA, ŚWINIARSKI (ODM. PUCHAŁA), (odm. DĄBROWA), ZAŁĘSKI,.

Nie rzadziej na tarczy herbowej podkowie towarzyszyła strzała lub strzały. Te elementy znajdziemy między innymi w herbach - BIAŁYNIA, BRZUCHAŃSKI, DANISZEWSKI (odm. RUDNICA),

EJNAROWICZ (odm. BIAŁYNIA), GRABOWSKI, KONISKI (odm. ODROWĄŻ), MUCHLA (odm. RUDNICA), RADECKI, RUDNICA, RUDNICA II, RUTKOWSKI, STUPACZEWSKI, SZABŁOWSKI, WIŚNIEWSKI, WOJNO, ZAGŁOWA (ze strzałami).

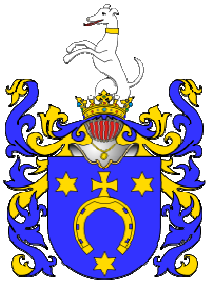
Strzały i krzyże jako dodatki do podków na tarczach herbowych występują równie licznie jak elementy wymienione powyżej. Widnieją one na tarczach znaków o nazwach - BIAŁOBŁOCKI, BIAŁYNIA, KUBITKIEWICZ (odm. ŁADA), MAKOWIECKI, NARUTOWICZ, NARUTOWICZ II, OKULICZ, OTOCKI, PODGÓRSKI, POPŁAWSKI, SZYSTOWSKI, TOCKI.

Podkowa występuje też w parze z innymi elementami. Herby KOCHANOWSKI (odm. ZAGŁOBA), DUBOWIK, SZWAJKOWSKI, KOLEŃSKI (dwie odmiany), ZAGŁOBA zawierają w godle szable, a JAROCZEWKI, NIEZGODA oraz NIEZGODA II miecz. Inne rodzaje broni znajdujemy w herbach MĄDRZEJEWSKI – topór, a MAZEWSKI, NAPOLSKI (odm. NIEZGODA), MINKOWSKI (odm. NIEZGODA), ZGAJEWSKI, SYPNIEWSKI strzały i groty. W kilku przypadkach wstępują gwiazdy – TOWTOKOWICZ, TOCZYŁO, SPIECZYŃSKI, KARŁOWICZ.

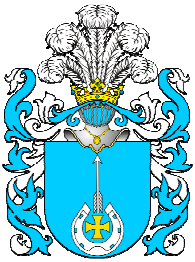
W herbach ZBROŻĘK, POKORA, .LIS VII ZATAJONY MIESIĄC I, ZATAJONY MIESIĄC II reprezentowane są też klucze i inne przedmioty.

Podkowa w towarzystwie wielu innych przedmiotów widnieje w ponad pięćdziesięciu herbach, innymi w herbach: ORĘŻ, BOŻA WOLA, BIAŁOSKÓRSKI, BRZEŻEWSKI, BARBERIUSZ,

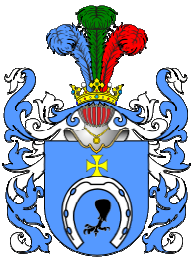
BRATKOWSKI, CZARNYSZ, CIESZYCA, GUTAKOWSKI, JANDAR, JACYNA, KLONICKI, KALNIEWICZ, KUDRYS, LAUDAŃSKI, ŁADA, MIRSKI-ŚWIATOPOŁK, MOWCZAN, MOZERKO (odm. DĄBROWA), MROCZEK (odm. DĄBROWA), NAWLICKI PODTĘPAPODKOWA, ROGOCKI, RYBIEŃSKI (odm. ŁADA), SIEDLECKI (odm. BOŻA WOLA),. SZCZEPAŃSKI, WIECKI II, WODORADZKI, WYSZGIRT, ZAJERSKI, ZALESKI, ZAMŁYŃSKI, ZAWOROWICZ.



BARBERIUSZ

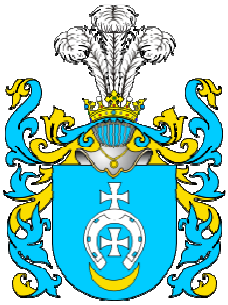


BIAŁYNIA

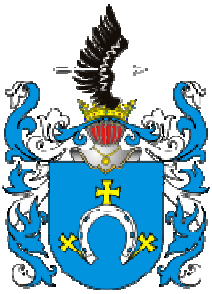


BIAŁOSKÓRSKI

BIAŁA

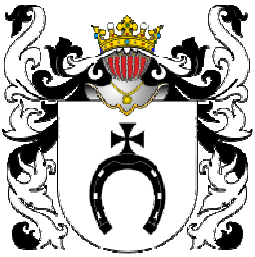


BOŻA WOLA



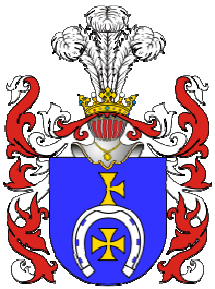
DĄBROWA

JACYNA



KITA

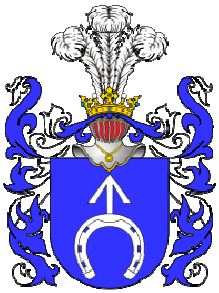
KOSARZEWSKI(ŁUK)



NABIAŁEK

NIEZGODA

POKORA



ZAGAJEWSKI

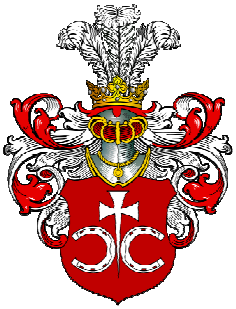
ZAGŁOBA

ZATAJONY MIESIĄC

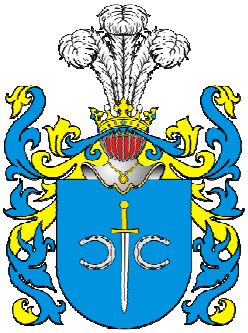
3. Herby z mnogimi podkowami jako elementem głównym godła.

Dwie podkowy w pas na czerwonym polu zwrócone do siebie barkami są godłem herbu CZEWOJA. W innych odmianach tego herbu występuje odpowiednio krzyż ćwiekowy oraz miecz, a w odmianie PRUSZKOWSKI tarczę dzieli w słup czarna linia.

Trzy podkowy na opak na czerwonej tarczy tworzą herb BUCHOLC. Również trzy podkowy jako główny element godła, ale wraz z mieczem, widnieje na błękitnej tarczy herbu BELINA, podobnie jak w odmianie KONOJACKI, natomiast odmiana TELATYCKI różni się od pierwowzoru układem podków i brakiem miecza. W odmianie BĘDZINSKI zamiast miecza występuje krzyż ćwiekowy, tarcza tego herbu jest czerwona; odmiana ta, w kolorystyce i godle, jest bliższa pierwotnej wersji herbu BELINA



CZEWOJA II



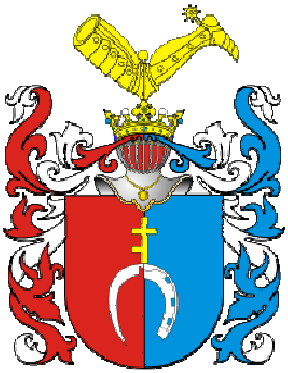
CZEWOJA III

BELINA

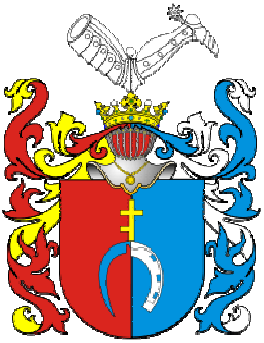
4. Herby z częściami podków jako elementem godła.

W około dziesięciu herbach szlacheckich występujących w Rzeczypospolitej jako element godła występuje pół podkowy. Takie przedstawienie przedmiotu wynika najczęściej z podziału tarczy herbowej na części co odbywało się czasami z podziałem godła.

Herb PRUS III, zwany tez NAGODY, jest przykładem łączenia elementów różnych herbów w następstwie łączenia radów. Pół podkowy pochodzi z najprawdopodobniej z herbu POBÓG. Odmianą tego herbu jest WIECHULSKI, BYSIŃSKI, BLANK. Herb RYWOCKI, uznawany za odmianę herbu PRUS I, tarczą herbowa bardziej podobny jest do herbu PRUS III. Pół podkowy występuje w herbach CZARNECKI V (odm. PRUS III), KUBLICKI (dwa herby o tej nazwie), KRZYŻANOWSKI III, LITWAN i OPACKI.



PRUS III

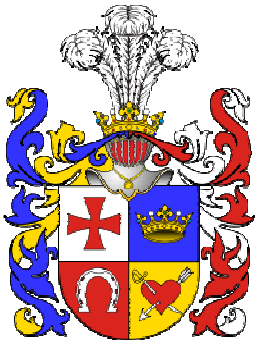


BLANK

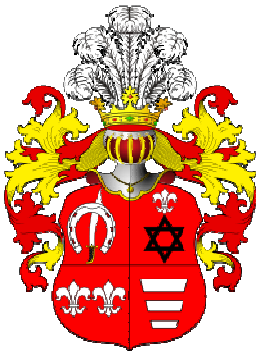
5. Herby złożone.

Dzieje wielu rodów szlacheckich związane są z licznymi ślubami między poszczególnymi rodami. Na losy poszczególnych przedstawicieli rodów szlacheckich i magnackich wpływały burzliwe dzieje Rzeczypospolitej i Europy. Odzwierciedlenie losów rodów i ich przedstawiciele są herby o złożonych godłach i tarczach herbowych. Niektóre z nich zawierają podkowę będąca elementem herbu istniejącego wcześniej w innych element ten występuje z innych przyczyn.

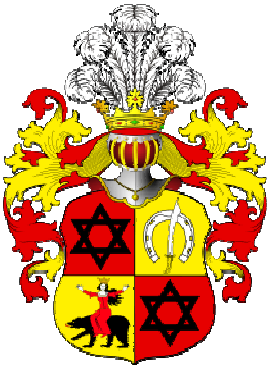
Herby złożone z podkową jako jednym z elementów widnieją w herbach: BRÜHL, BAKURYŃSKI, BALCEROWICZ, HEMPEL, HUMNICKI, IWAŃSKI, KLUSZEWSKI, KRZYŻAK, KUCZKOWSKI, LUBICZOBRA, LUBIENIECKI, MROZIŃSKI, MŚCIGNIEW, PANCERZ, PAWŁOWSKI, SMOLUCHOWSKI, STRZAŁA XI, SZALA, SZULC II, SZYDŁOWSKI, WĘGRZECKI, WIELOPOLSKI, ZŁOTYKŁOS.



BAKURYŃSKI



KOZIŃSKI



KOZIŃSKI II

6. Herby z elementami zwierzęcymi i podkową.

Niniejsze opracowanie związane jest z początkami weterynarii, wszak kowale byli pierwszymi „lekarzami”, nie tylko zwierząt, dlatego też warto w tym miejscu podać kilka przykładów herbów szlacheckich zawierających w godle poza podkową wizerunki zwierząt. Poza wcześniej opisanymi herbami, w których widnieją wizerunki zwierząt (JASTRZEBIEC, ŚLEPOWRON, czy POBÓG) należy przywołać i inne.

Ptaki drapieżne, sokoły i jastrzębie oraz krukowate, spotykamy w godłach herbów CZARNOWRON, KOŁYSZKA, KOSSAKOWSKI, KRASIŃSKI, RASZYNIEC, SIEDMIORADZKI, SOBOLEWSKI, SZLUBOWSKI, WRANA, ZASULICZ i ŻUKOWSKI.

Ciekawe są cztery herby galicyjskie z nobilitacji z wizerunkiem strusia trzymającego w dziobie lub pazurach podkowę - KUBIN, MARISCHLER, SCHMID I STRAUS. Inny ptak – łabędź siedzący na barku podkowy widzimy w herbie DOWGIRD.

W godle herbu KOMOROWSKI widzimy ptaka z wężem w dziobie siedzącego na podkowie, w godle herbu SUTOCKI widnieje ryba, a herb WIPSZA jako jeden z elementów godła przyjął, oprócz podkowy i krzyża, węża.

Piśmiennictwo

1. *Arystoteles*: Zoologia (historia animalizm). PWN, Warszawa, 1982.
2. *Asbridge T.*:Pierwsza krucjata nowe spojrzenie, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2006.
3. *Barber M.*: Templariusze. PWN, Warszawa, 2003.

4. *Chuchała J. i inni*: Chów, hodowla i użytkowanie koni. Wyd. SGGW, Warszawa, 1991.
5. *Gajl T.:* Herbarz polski od średniowiecza do XX wieku. Wyd. L&L, Gdańsk, 2007.
6. *Garbowski J.*: Chów koni, PIWR, Warszawa, 1950.
7. *Klaudiusz Elian*: O właściwościach zwierząt (wybór). Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2005.
8. *Janowski T. M.*: Zoohigiena – higiena środowiska i siedliska hodowlanego oraz zwierząt gospodarskich. PWN, Warszawa 1973.
9. *Owczarczyk J.*: Ratownictwo medyczne w Siłach Zbrojnych Rzeczpospolitej Polskiej. Lekarz Wojskowy, 2006; 82(2), s. 81-82.
10. *Perenc A.*: Historia lecznictwa Zwierząt w Polsce. Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wyd. PAN, Wrocław Warszawa, 1958.
11. *Prawocheński R*: :Hodowla koni tom I, Państwowy Instytut Naukowy Gospodarstwa Wiejskiego, Puławy, 1947.
12. *Prost E., Welento J.*: Weterynaryjny słownik terminologiczny. PWRiL, Warszawa, 1973.
13. *Schebitz H., Brass W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów, PWRiL, Warszawa, 1983.
14. S*eward D.:* Mnisi wojny. Wyd. Zysk i s-ka. Poznań. 2005.
15. *Sire H.J.A.*: Kawalerowie maltańscy. PWN, Warszawa, 2000.
16. *Szczudłowski K.*: Kucie kopyt i racic. Weterynaryjny Instytut Wydawniczy, Lublin, 1948.
17. Wikipedia, www.pl.wikipedia.org.
18. *Znamierowski A.*: Insygnia, symbole i herby polskie. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2003.
19. *Znamierowski A.*: Wielka księga heraldyki. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2008.

Praca zawiera 26 455 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

HISTORIA LWOWSKIEJ UCZELNI WETERYARYJNEJ I OCALENIE JEJ ZASOBÓW HISTORYCZNYCH

Antoni Gamota

Narodowy Uniwersytet Medycyny Weterynaryjnej
i Biotechnologii im. S. Z. Grzyckiego
we Lwowie

Lwów jest organizmem znacznie starszym aniżeli dzisiejsze pojęcie państw narodowych, jakie na arenie europejskiej poczęło się pojawiać dopiero w XIX stuleciu. Żadna z narodowości, zamieszkujących dawny Lwów nie była tu „okupantem" – co czasem dla doraźnych celów politycznych, próbowano wmówić. Wszyscy tutaj pracowali dla dobra miasta, wykorzystując dobre położenie geograficzne do pomnażania jego bogactwa.

Z czasem Lwów stał się ważnym ośrodkiem kulturalnym o wielonarodowościowym charakterze i z mieszkańcami niezwykle związanymi ze swoim miastem. W dziejach polskiej weterynarii Lwów odegrał rolę, której nie da się bagatelizować, a w XIX i XX wieku był dla Polaków jednym z najważniejszych ośrodków kulturalnych i naukowych obok Krakowa, Warszawy, Wilna i Poznania.

Tworzenie nowoczesnego wyższego szkolnictwa weterynaryjnego powstało dzięki inicjatywie wielu lekarzy medycyny, która wynikała z przyrodoznawstwa i dostrzegania niebezpieczeństwa chorób

odzwierzęcych, jak również z potrzeby zwalczania i lecznictwa zwierząt ze względów gospodarczych. Powstała koncepcja stworzenia grupy zawodowej o wykształceniu akademickim świadomej swojej misji ochrony człowieka przed zoonozami oraz zdolnej do podjęcia diagnostyki, terapii i profilaktyki chorób zwierząt (2).

Większość szkół weterynaryjnych w Europie powstała pod koniec XVIII wieku. Liczne próby zorganizowania wyższego szkolnictwa na ziemiach polskich w języku ojczystym kończyły się niepowodzeniem ze względu na uwarunkowania polityczne takie jak rozbiory Polski, wojny i powstania narodowościowe. Takie uwarunkowanie nie sprzyjałyo rozwojowi nauki, natomiast polityka szczególnie w zaborze Pruskim i Rosyjskim, była szczególnie agresywna z dążeniem całkowitego wynaradawiania Polaków (2). Inna sytuacja panowała w Galicji, która otrzymała własną autonomię. Nie bez znaczenia był również wysoki poziom nauczania i osiągnięcia ówczesnej medycyny oraz prestiż jaki osiągnęli polscy lekarze medycyny w oczach władz ówczesnej Austrii, a często i u samego cesarza Franciszka Józefa I. Stworzyło to dogodne warunki do powołania, po dwuletnich staraniach, CK Szkoły weterynaryjnej we Lwowie z polskim językiem wykładowym, którą otwarto 01. 10. 1881 r. Wybitne zasługi w doprowadzeniu do powstania uczelni wniósł ówczesny protomedyk Galicji, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Alfred Biesiadecki. Jego zasługą było oddanie szkoły, jako uczelni wyższej, pod zarząd Ministerstwa Wyznań i Oświaty oraz skompletowanie odpowiedniej kadry naukowej. (2, 3).

W 1871 r. Sejm Galicyjski podjął uchwałę o założeniu Szkoły Weterynaryjnej we Lwowie. Dziesięć lat później otwarto c.k. Szkołę Weterynaryjną we Lwowie z polskim językiem. Dyplomy ukończenia Szkoły nadawały absolwentom tytuł lekarza weterynarii.

W roku 1898/99 po reformie studiów zmieniono nazwę uczelni na Akademię Weterynaryjną, a od 1901 r. kierowanie Akademią powierzono rektorowi (1, 2, 3). W latach 1908 i 1909 akademia otrzymała pełne prawa akademickie, m.in. prawo habilitacji docentów, nadawania stopnia doktora medycyny weterynaryjnej, a także prawo obieralności rektora. Zestawienie dyplomów lekarskich i doktorskich wydanych we Lwowie w latach 1885-1918 zawiera nazwiska 511 lekarzy weterynarii: w tym 363 Polaków, 59 Czechów i Morawian, 57 Rusinów (Ukraińców), 18 Chorwatów, 8 Bułgarów, 8 innych Słowian. Ten wielonarodowościowy charakter uczelni wynikał z dwóch przyczyn, tj. wykładów w języku polskim i wielonarodowościowości miasta Lwowa.

Z inicjatywy grona profesorów lwowskiej uczelni powstało również pierwsze polskie towarzystwo korporacyjne skupiające członków naszego zawodu - Galicyjskie Towarzystwo Weterynarskie (1886 r.), a także pierwsze pismo fachowe Przegląd Weterynarski, będące później protoplastą do tworzenia podobnych czasopism w Polsce. Profesorowie tej uczelni prowadzili szeroką działalność patriotyczną, społeczną i popularyzatorską. To z ich inicjatywy powstało Galicyjskie Towarzystwo Ochrony Zwierząt (1876 r.), i Galicyjskie Towarzystwo Hodowców Drobiu (1894 r.) i wiele innych.

Akademia Weterynaryjna we Lwowie nie doznała uszczerbku w czasie okupacji rosyjskiej w okresie I wojny światowej, walk polsko-ukraińskich oraz podczas obrony Lwowa przed bolszewikami, ale jej działalność była kilkakrotnie przerywana działaniami wojennymi. Najdłuższe zawieszenie zajęć było podczas 10-miesięcznej okupacji Lwowa przez wojska rosyjskie (09. 1914 r. – 08. 1915 r.). W tym czasie mienia uczelni strzegła garstka naukowców: prof. dr W. Kulczycki i asystenci S. Runge i K. Szczudłowski (1, 2, 3).

W 1922 r., z racji wysokiego poziomu kształcenia, uczelnia otrzymała nazwę Akademii Medycyny Weterynaryjnej (AMW). W okresie międzywojennym nastąpił rozwój bazy materialnej uczelni Wzniesiono budynek domu dla studentów i powiększono Zakład Anatomii Porównawczej, zwłaszcza prosektorium. Dokonano zakupu przylegającego do uczelni pałacu Batyckich, w którym umieszczono 4 zakłady. Przed wybuchem wojny ukończono nowoczesny budynek dla Zakładu Położnictwa i Ortopedii, który miał być oddany do celów dydaktycznych 01. 10. 1939 r.

Przed wybuchem wojny w AMW we Lwowie pracowało 75 pracowników naukowo-dydaktycznych, w tej liczbie 8 profesorów zwyczajnych i 5 nadzwyczajnych: Anatomii Patologicznej - Aleksander Zakrzewski, Anatomii Porównawczej i Anatomii Topograficznej - Antoni Bant, Botaniki i Rolnictwa - Bronisław Janowski, Chemii Lekarskiej i Patologii Ogólnej - Wacław Moraczewski, Chemii Ogólnej i Nauki o Mleku - Stanisław Niemczycki, Chorób Kończyn i Polikliniki Chirur-

gicznej i Kliniki Położniczej - Kazimierz Szczudłowski, Farmakologii i Toksykologii - Wincenty Skowroński, Fizjologii - Andrzej Lisiecki, Histologii i Embriologii - Jerzy Alexandrowicz, Hodowli Zwierząt - Tadeusz Olbrycht, Mikrobiologii - Stanisław Legeżyński, Nauki o Środkach Spożywczych Zwierzęcego Pochodzenia - Alfred Trawiński, Patologii i Terapii Szczegółowej Chorób Chirurgicznych - Stefan Gajewski, Patologu i Terapii Szczegółowej Chórób Wewnętrznych i Zaraźliwych - Zygmunt Markowski, Zoologii z Paratyzologią i Biologii Ogólnej - Gustaw Poluszyński (1, 3).

W 1939 r. z oblężenia Lwowa przez wojska niemieckie uczelnia wyszła bez strat (2). Dnia 22 września 1939 r. wojska radzieckie wkroczyły do Lwowa i rozpoczęła się grabież bazy materialnej uczelni. Na cele wojskowe zajęto budynki oddawanego do użytku Zakładu Położnictwa i Ortopedii wraz z budynkami klinik i szpitalem do koni. Teren ten akademia utraciła na zawsze i do dzisiaj, mimo starań, go nie odzyskano. Uczelnia zmieniła nazwę na Lwiwskij Weterynarnyj Instytut, a poza rosyjskimi pracownikami o charakterze politycznym, zajęcia prowadziła kadra naukowa przedwojennej akademii: A. Bant, A. Zakrzewski, W. Moraczewski, A. Klisiecki, W. Skowroński, E. Mikulaszek, Z. Markowski, K. Szczudłowski, A. Trawiński, S. Niemczycki, B. Janowski, G. Poluszyński, W. Herman oraz doc. S. Grzycki, doc. E. Hamerski i dr Z. Sembratowa (2). W czasie działań wojennych w 1941 r. uczelnia ucierpiała (wprawdzie nieznacznie) w czasie ostrzału artyleryjskiego - ale w zasadzie baza materialna, sprzęt naukowy i dydaktyczny pozostały nietknięte. Władze niemieckie na tere-

nie uczelni utworzyły Tierarztliche Fachkurse zu Lemberg, mimo niemieckiego nadzoru kształcenie studentów trwało dalej (3). W 1944 r. przed wycofaniem się hitlerowców ze Lwowa rozpoczęła się grabież sprzętu i księgozbioru uczelni, który wywieziono ze Lwowa.

Po zakończeniu II wojny światowej w myśl jałtańskich postanowień zwycięzców Lwów znalazł się poza granicami Polski. Ostatnim rokiem działalności Polaków na uczelni był rok akademicki 1944/45. Później rozpoczęły się masowe przesiedlenia na zachód ludności polskiej, w tym pracowników i studentów akademii medycyny weterynaryjnej. Tak zazwyczaj przedstawiana jest historia Akademii Weterynaryjnej w polskim piśmiennictwie (2, 3). Odnosi się wrażenie, że po 1945 r. uczelnia praktycznie przestała kontynuować chlubne tradycje Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie. Na uczelni pozostała garstka naukowców z dyplomem przedwojennej Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie, którzy z niemałym trudem, w niekorzystnych warunkach politycznych, kontynuowali pracę poprzedników byli to: prof. Wacław Moraczewski, prof. Wincenty Skowroński, doc. dr hab. Stefan Grzycki, asystenci lek. wet . Leon Zając, lek, wet. Roman Mikoła, lek. wet. Biłozor Roman i lek. wet. Wiktor Hanasiewicz. To im oraz ich uczniom zawdzięczamy pamięć historyczną oraz fakt, że tak wiele zasobów historycznych przetrwało do dzisiejszego dnia.

Ich wysiłek, połączony z niełatwą przecież ze względów politycznych edukacją historyczną swoich studentów, uchronił, niestety tylko, część zbiorów bibliotecznych, preparatów anatomopatologicz-

nych i pamiątek po profesorach przed bezmyślnym niszczeniem i grabieżą.

Po przywiezieniu przez Armię Radziecką odzyskanego pod Poznaniem zagrabionego przez hitlerowców majątku uczelni rozpoczęło się palenie książek ostemplowanych hitlerowską pieczęcią przez Niemców, w tym wielu z nich napisanych w języku polskim, jako literatury faszystowskiej. Tylko część książek zostało uratowanych przez pracowników, ukryto je na terenie katedr.

W czasach Związku Radzieckiego doszło do największych strat dóbr materialnych uczelni. Zmniejszono, jej obszar, zlikwidowano bramę wjazdową i solidne ogrodzenie terenu, zlikwidowano kuźnię, która służyła do celów dydaktycznych, wybudowano na terenie uczelni Komitet Partii - co było później przyczyną całkowitego wyburzenia i zniszczenia budynku dobrze wyposażonej rentgenologii i unikalnej, ze względu na wyposażenie, apteki. Uzyskany teren, mimo, że było miejsce na inną lokalizację, przeznaczono pod kotłownię, która ogrzewała budynek partyjny. Wydawano również polecenia niszczenia zbiorów preparatów zgromadzonych na terenie katedr.

Część najcenniejszych preparatów anatomicznych i anatomopatologicznych zostało zabranych do Akademii Medycznej we Lwowie. Dzięki postawie niektórych pracowników uczelni oraz ich świadomości historycznej na terenie uczelni pozostało sporo zasobów historycznych, bezcennych dla polskiej weterynarii i sięgających początków c.k. Szkoły Weterynarii we Lwowie. Zbiory te nie są skatalogowane, a część z nich jest ukryta w różnych pomieszczeniach, rozproszonych

w kilku katedrach: Katedra Chirurgii posiada unikalną na skalę europejską kolekcję podków ortopedycznych, ponad 100 tablic poglądowych dla studentów, w tym jedna wykonana przez profesora Stanisława Królikowskiego, album naukowy profesora Królikowskiego - zawierający liczne zdjęcia, ryciny, projekty instrumentów, duży zbiór szklanych negatywów z przełomu XIX i XX wieku; Katedra Anatomii Patologicznej dysponuje zachowaną starą salą sekcyjną, książkami i protokołami sekcyjnymi, książką c.k. Instytutu Wścieklizny, sprzętem do sporządzania preparatów anatomopatologicznych, mokrymi preparatami anatomopatologicznymi (niektóre z nich z początków istnienia uczelni); Katedra Anatomii posiada kompletne szkielety zwierząt z początków istnienia uczelni, dużą liczbą preparatów kostnych oraz narządów, w tym preparaty pokazane na Wystawie Krajowej w Poznaniu w 1929 r. (na której AMW we Lwowie miała dużą własną ekspozycję swoich osiągnięć); Biblioteka w Domu Akademickim ma starodruki na tematy hodowlane i weterynaryjne, zbiory czasopism, podręczników akademickich, księgę inwentarza, dokumenty sporządzane osobiście przez prof. Stanisława Królikowskiego.

Przedstawiono tylko część unikalnych zasobów historycznych pozostałych we Lwowie. Są one nieskatalogowane, przechowywane w złych warunkach, a naszą powinnością jest je ocalić. Musimy poznawać historię naszego zawodu, by mieć poczucie własnej tożsamości. Powinniśmy odczytywać przesłania dawnych mistrzów *Ars Veterinaria* dla przyszłych pokoleń. Naszą powinnością jest czerpanie inspi-

racji do pracy naukowej, zawodowej i społecznej, a także kształtowanie świadomości i etyki przyszłych pokoleń lekarzy weterynarii.

Streszczenie

Geneza powstania polskojęzycznej szkoły weterynaryjnej we Lwowie związana jest z jednej strony z koncepcją polskiej medycyny stworzenia grupy zawodowej o wykształceniu akademickim i z drugiej antypolską polityką Rosji i Prus prowadzoną w porozbiorowej Polsce. Autonomia Galicji stworzyła dogodne warunki do stworzenia uczelni weterynaryjnej we Lwowie. Historia szkoły to z jednej strony duże sukcesy naukowe oraz liczne działania wojenne, które nie spowodowały uszczerbków w pracy i w zasobach materialnych uczelni aż do 1945 r., do przesiedlenia polskich naukowców. Od tego czasu grupa pozostałych nielicznych naukowców w trudnych warunkach politycznych starała się kontynuować tradycję uczelni i ocalić jej zasoby historyczne.

Piśmiennictwo

1. *Lewandowski L.*: Akademia Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie, http://www.lwow.com.pl, 2009.
2. *Perenc A.*: Historja lecznictwa zwierząt w Polsce. Nakładem autora, Toruń, 1936, 253-286.
3. Praca zbiorowa pod redakcją Tarczyńskiego S. Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii, PWN, Warszawa, 1990, 131-134,140-141.

Praca zawiera 13 161 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

DZIAŁALNOŚĆ PROFESORA JÓZEFA SZPILAMANA, PIERWSZEGO REKTORA AKADEMII WETERYNARYJNEJ WE LWOWIE, W 90–TĄ ROCZNICĘ ŚMIERCI

Antoni Gamota, Zbigniew Wróblewski*

Narodowy Uniwersytet Medycyny Weterynaryjnej
i Biotechnologii im. S. Z. Grzyckiego
we Lwowie,
*Gabinet Weterynaryjny,
ul Mickiewicza 41, 12-200 Pisz,
zbigwrob@op.pl

Józef Szpilman urodził się w Łańcucie 01. 07. 1855 r. Wykształcenie średnie zdobył w Rzeszowie w istniejącej od 1658 r. do dzisiejszego dnia szkole średniej i jest jednym z 10 wybitnych wychowanków tej szkoły (10). Po ukończeniu gimnazjum wstąpił na Wydział Lekarski w Krakowie, gdzie uzyskał dyplom lekarza medycyny w 1879 r. (4, 5, 6).

Początkowo zamierzał poświęcić się okulistyce przyjmując posadę asystenta w klinice okulistycznej, co stworzyło możliwość uzyskania rocznego stypendium w Szwajcarii. W czasie podróży pociągiem do Berna młody asystent spotyka prof. Alfreda Biesiadeckiego naczelnego lekarza Galicji, który widział konieczność stworzenia nowoczesnego szkolnictwa weterynaryjnego we Lwowie, mającego znaczenie dla podniesienia stanu zdrowia oraz rozwoju ekonomicznego

tej części kraju. Późniejsze rozmowy z dr Henrykiem Kadyi przekonały go o decyzji podjęcia pracy w Szkole Weterynaryjnej we Lwowie (4, 5).

W Bernie przebywał 2 lata studiując pod kierunkiem światowej sławy prof. Marcelim Nenckim, m.in. zgłębiając wiedzę na temat chemii drobnoustrojów. Fakt ten zadecydował o jego zainteresowaniu bakteriologią, której pozostał wierny do końca życia. W tym samym czasie pod kierunkiem Luchsingera studiował farmakologię i fizjologię doświadczalną. Po dwuletnim pobycie w Bernie powrócił do Wiednia, a wobec przedłużających się procedur otwarcia szkoły we Lwowie podjął pracę początkowo w Szpitalu Rudolfa. Po uzyskaniu stypendium rządowego rozpoczął w dniu 01. 10. 1881 r. naukę w Wojskowym Instytucie Weterynaryjnym w Wiedniu, a po jego ukończeniu pozostał w nim jeszcze przez rok jako asystent kliniczny (4, 5).

W 1883 r. za stypendium rządowe odbył krótkie staże w instytutach weterynaryjnych w Peszcie, Berlinie, Pradze, Halle, Lipsku, Dreźnie i Genewie (4).

Dnia 04. 09. 1884 r. uzyskał nominację na adiunkta farmakologii i fizjologii w CK Szkole Weterynaryjnej we Lwowie (4, 5, 6, 7). W następnym roku Władysław Szpilman bierze urlop i odbywa kilkumiesięczne studia u Roberta Kocha w Berlinie (4, 5). Po powrocie do Lwowa tworzy laboratorium bakteriologiczne. Popularyzuje najnowszą wiedzę szkoląc praktykujących lekarzy medycyny i lekarzy weterynarii oraz prowadząc ćwiczenia praktyczne i wykłady oraz jednocześnie budząc wielkie zainteresowanie w całej Galicji. Właśnie przekazywa-

nie najnowszych osiągnięć z dziedziny bakteriologii zbudowało duży prestiż prof. Józefa Szpilmana i Uczelni Weterynaryjnej w całej Austrii. Gruntowna znajomość bakteriologii oraz duże zapotrzebowanie na wiedzę z tej dziedziny spowodowały, że prof. J. Szpilman prowadził etatowe wykłady na wielu lwowskich uczelniach w zakresie chorób zakaźnych, inwazyjnych i odzwierzęcych (4, 5). Z dużą odwagą i szczęściem, w niewiarygodnie prymitywnych warunkach, przy lampach naftowych, prowadził w laboratorium badania nad nosacizną, wąglikiem, szelestnicą, wścieklizną oraz badania nad skutecznością szczepień ochronnych (4).

W 1888 r. został profesorem zwyczajnym fizjologii i farmakologii. W 1894 r. profesorem szczegółowej patologii i terapii zwierząt. W latach 1894 -1897 pełnił obowiązki dyrektora c.k. Szkoły Weterynaryjnej we Lwowie. W 1897 r. dokonał podziału swojej katedry, wydzielając naukę o chorobach zakaźnych z bakteriologią (4, 5).

Walcząc o podniesienie statusu uczelni Lwowskiej i reformę weterynarii w Austrii, dzięki olbrzymiej wiedzy i determinacji w rzetelnym argumentowaniu swych poglądów, zaskarbił sobie szacunek i przychylność cesarza Austrii Franciszka Józefa I, którego znał osobiście. W dowód swoich zasług w 1897 r. otwiera na polecenie Ministra Spraw Wewnętrznych Stację Badań Rozpoznawczych Wścieklizny we Lwowie, a w 1897 r. z nominacji cesarskiej zostaje dożywotnio pierwszym rektorem c.k. Akademii Weterynaryjnej we Lwowie. Od 1907 r. zostaje Radcą Dworu Cesarza Austrii, a w 1908 r. mianowano go Członkiem Rady Weterynaryjnej przy Ministerstwie Rolnictwa w Wied-

niu (4, 5, 8). Forma dożywotniej nominacji cesarskiej na rektora c.k. Akademii Weterynaryjnej we Lwowie wzbudziła krytyczną dyskusję grona profesorskiego, po długoletnich staraniach rozporządzeniem cesarskim 23. 06 1909 r. uczelnia uzyskała całkowite prawa uniwersyteckie wraz z prawem wyboru rektora przez grono profesorskie z tytułem *rector magnificus*.

W 1909 r. prof. Józef Szpilman zostaje pierwszym z wyboru rektorem c.k. Akademii Weterynaryjnej we Lwowie (4, 5, 8). W 1910 r. zostaje mianowany profesorem epizootiologii i bakteriologii

W latach 1913 - 1914 rozpoczął organizowanie nowoczesnego Instytutu Bakteriologicznego z zespołem pracowni w pozyskanych dla Akademii Weterynaryjnej nowych budynkach. Pierwsza wojna światowa przerwała te prace (4, 5). W 1914 r. został wysłany przez rząd Austrii z misją rozpoznania i zwalczania księgosuszu w Bułgarii. W czasie okupacji rosyjskiej Lwowa przebywał w Wiedniu. Do Lwowa powrócił 15. 11. 1915 r. Po powrocie z wojennej tułaczki do Lwowa, schorowany prof. Józef Szpilman, podjął pracę na uczelni. Starał się urządzać pracownie Instytutu Bakteriologicznego, ale były to działania dorywcze, przerywane walkami z Ukraińcami i obroną Lwowa przed nawałą bolszewicką. Należy też wspomnieć, że prof. Szpilman został powołany dnia 18. 03. 1920 r. na członka państwowej komisji egzaminacyjnej dla przyszłych państwowych lekarzy weterynarii przez Ministerstwo Rolnictwa i Dóbr Państwowych (4).

Prof. Józef Szpilman umarł we Lwowie w dniu 11. 11. 1920 r., a spoczywa w bardzo skromnej i obecnie zaniedbanej kwaterze na Cmentarzu Łyczakowskim.

Działalność prof. Józefa Szpilmana w Galicyjskim Towarzystwie Weterynarskim

Na I Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa, dnia 01. 08. 1886 r. prof. Szpilman wystąpił z inicjatywą reformy studiów weterynaryjnych i jako pierwszy stwierdził konieczność podjęcia działań w celu przemianowania Szkoły na Akademię. Został też upoważniony do przedstawienia tej sprawy na krajowym zjeździe lekarzy weterynarii w Wiedniu. Wieloletnie wysiłki podjęte wspólnie z prof. Henrykiem Kadyi doprowadziły do uzyskania pełnego statusu akademickiego uczelni.

Prof. Szpilman sprawował różne funkcje we władzach towarzystwa pełniąc również stanowisko prezesa. Przez 13 lat pełni funkcje redaktora naczelnego Przeglądu Weterynarskiego, przemianowanego później w Przegląd Weterynaryjny. W pracy tej był cały czas wierny założeniu, że „umieszczać będzie artykuły napisane językiem przystępnym, zawsze jednak dbać będzie o to, aby były napisane na podstawach czysto naukowych".

Publikuje na łamach czasopisma 18 prac własnych. Wygłasza 28 doniesień na zebraniach naukowych Galicyjskiego Towarzystwa Weterynarskiego. Publikuje 44 prace naukowe, w tym 15 w języku niemieckim, 1 w języku francuskim i 28 w języku polskim (4, 5, 6, 7).

Działalność w dziedzinie hodowli zwierząt

Był jurorem wielu wystaw hodowlanych, opracował instrukcje i schematy ocen oraz prowadził szkolenia osób w tym zakresie. Był zastępcą przewodniczącego komisji licencyjnej na okręg lwowski. Znacznie przyczynił się do założenia istniejącego do dziś w Polsce Towarzystwa Hodowców Drobiu, a także założycielem i wieloletnim redaktorem czasopisma „Hodowca drobiu". Stworzył przy Akademii docenturę ryboznawstwa i został honorowym członkiem Towarzystwa Rybackiego (4, 5).

Działalność w Towarzystwie Higienicznym

Był pionierem nowocześnie pojętej higieny ogólnej, do której jako bakteriolog przykładał dużą uwagę. Propagował ją nie tylko w szkołach wyższych Lwowa, ale także w szkołach średnich, ludowych oraz wśród ludności miast i wsi, gdzie prowadził działalność popularyzatorską. Skonstruował apteczkę domową pierwszej pomocy oraz tornister do tej pomocy (torbę sanitarną).

Był współzałożycielem i redaktorem naczelnym Przeglądu Higienicznego (4, 5, 6).

Działalność społeczna dla miasta Lwowa

Pełnił obowiązki radnego miasta Lwowa od 1893 r. przez 2 kadencje. Wniósł olbrzymie zasługi dla poprawy warunków higienicznych w mieście a tym samym ochrony zdrowia mieszkańców miasta. Z jego inicjatywy zbudowano wodociągi miejskie i rzeźnię miejską. Inwestycje

te poprzedzały liczne podróże z delegatami z ramienia Rady Miejskiej do różnych miast Europy, co zaowocowało stworzeniem własnych, uwzględniających specyfikę miasta Lwowa, nowatorskich rozwiązań. Był inicjatorem wprowadzenia nadzoru nad targowiskami i oczyszczania miasta. Zajmował się organizacją i wyposażeniem szkół. Znacznie przyczynił się swoją działalnością do poprawy warunków zdrowotnych i zwalczania chorób zakaźnych wśród mieszkańców Lwowa (4, 5).

Pierwsza stacja pogotowia ratunkowego we Lwowie w 1893 r. powstaje przy wydajnej pomocy prof. Józefa Szpilmana wspólnie z propagatorem idei ratownictwa baronem Jaromirem Mundy, pod patronatem dr. Edwarda Strojnowskiego. Pierwszymi dyżurującymi sanitariuszami byli lwowscy studenci weterynarii (3, 4).

Prof. Szpilman był wśród darczyńców i zarazem jednym z inicjatorów budowy pomnika Króla Jana III Sobieskiego. Jego podpis figuruje pod aktem erekcyjnym tego pomnika. (W 1950 r. pomnik przekazano Polsce i od 1965 r. stoi na Targu Drzewnym w Gdańsku – 1.)

Był erudytą jego wykłady akademickie, pogadanki, odczyty czy wystąpienia były zawsze doskonale przygotowane i prezentowane zrozumiałym dla odbiorców języku, przekonywujące oponentów, urozmaicone licznymi preparatami, planszami czy fotografiami. Zawsze gromadziły wielu słuchaczy.

Był doskonałym organizatorem, wymagającym i zawsze starannie dobierającym współpracowników. Wymagał gruntowej wiedzy, rzetelności, dyscypliny w pracy. Nie stronił od krytycznych ocen i gorzkich stwierdzeń, wszędzie tam gdzie to było konieczne.

Nigdy nie uchylał się od żadnej pracy naukowej oraz społecznej, był zawsze tam gdzie było „coś do zrobienia". Każdy jego wyjazd zagraniczny był dokładnie przygotowany, kończył się sprawozdaniem oraz wnioskami, które z obserwowanych rozwiązań można zastosować w pracy naukowej czy społecznej. Był surowym i wymagającym pedagogiem, czym zaskarbił sobie duży szacunek, wspierał materialnie studentów będąc członkiem wspierającym a później honorowym Bratniej Pomocy Studentów Akademii Weterynaryjnej we Lwowie.

Olbrzymi zapał do pracy i cechy jego charakteru powodowały, że umiejętnie skupiał zawsze wokół siebie wielu zapaleńców. Potrafił skutecznie pozyskiwać środki pieniężne stosując przekonywującą argumentację. Zawsze jednak twierdził że: „*środki pieniężne dla pewnych celów uzyska byle tylko znaleźli się ludzie dla nich odpowiedni*" (4, 5).

Odznaczony wieloma odznaczeniami, dyplomami honorowymi, adresat wielu listów i dyplomów pochwalnych. Był członkiem honorowym towarzystw naukowych i filantropijnych. Był prestiżowym gościem wielu uroczystości, zjazdów i kongresów nie tylko w ówczesnej Austrii ale i w Europie (4).

Pod koniec ubiegłego roku lwowska uczelnia zorganizowała uroczyste obchody z okazji 90 rocznicy śmierci pierwszego rektora Akademii Weterynaryjnej. Odbyła się uroczysta Msza Święta i złożono kwiaty na grobie prof. Józefa Szpilmana. Miała też miejsce sesja naukowa (9). W Polsce niestety o tak zasłużonej postaci dla nauki i zawodu zapomniano.

Streszczenie

Prof. Józef Szpilman, z wykształcenia lekarz medycyny, został przekonany do zorganizowania polskiego szkolnictwa weterynaryjnego we Lwowie. Z wielką determinacją, dzięki swojej wiedzy, argumentacji i pozycji naukowej, od 1884 r. do 1909 r. podjął wraz z gronem współpracowników zakończony sukcesem olbrzymi trud i wysiłek stworzenia pierwszej polskiej akademickiej uczelni weterynaryjnej z pełnymi prawami uniwersyteckimi. Będąc uczniem Roberta Kocha rozwinął we Lwowie nowoczesną bakteriologię i higienę. Był współzałożycielem Galicyjskiego Towarzystwa Weterynarskiego, Towarzystwa Higienicznego, Towarzystwa Hodowców Drobiu oraz redaktorem naczelnym Przeglądu Higienicznego i Hodowcy Drobiu. Był działaczem społecznym zasłużonym dla rozwoju miasta Lwowa.

Piśmiennictwo

1. Akt Erekcyjny pomnika Jana III Sobieskiego, Lwów, 20. 11. 1898.
2. *Kadyi H.*: Rozwój i działalność c.k. Szkoły Weterynarii we Lwowie od jej założenia w roku 1881 aż do końca roku szkolnego 1893/94 C.K. Szkoła Weterynarii, Lwów, 1895.
3. *Kotłobułatowa I.*: Lwów na fotografiach 1860-2006 . Wydawnictwo „Centrum Europy", Lwów 2008, 274.
4. *Królikowski S.*: ŚP Józef Szpilman. Przegląd Weterynaryjny, 1920, 7-12, 182-195.
5. *Legeżyński S.*: Prof. dr Józef Szpilman redaktor 1886 – 1898. Przegląd Weterynaryjny, wydanie jubileuszowe, Lwów, 1936, 73-75.
6. *Perenc A.*: Historja lecznictwa zwierząt w Polsce. Nakładem Autora, Toruń, 1936, 253-286.
7. Praca zbiorowa pod redakcją Tarczyńskiego S. Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii. PWN, Warszawa, 1990, 131-134, 140-141.
8. *Szpilman J.*: Smutna karta z dziejów weterynarii w Austrii i o potrzebie reform studiów weterynaryjnych i reorganizacji służby weterynaryjnej w armii osnute na tle rezolucji Rady Państwa z dnia 11 lipca 1891 roku. Przegląd Weterynarski, 1890, 11, 251-255.
9. *Michajło Padura*: Pamiati pierszoho rektora Akademii Svit Universitetu, Lviv, 2011, 16, 5-7.

10. *Świeboda J.*: Historia I Liceum Ogólnokształcącego im ks. St. Konarskiego w Rzeszowie - trzeciego pod względem dorobku w kraju. http://1lo.rzeszow.pl, 26. O2. 2010.

Praca zawiera 13 349 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

WSPÓLNE POCZĄTKI ANATOMII WETERYNARYJNEJ I ANATOMII CZŁOWIEKA

Jacek Gulczyński, Ewa Iżycka-Świeszewska *

ISPL Jacek Gulczyński Gdańsk,
jgulczynski@tlen.pl
*Katedra i Zakład Patomorfologii Uniwerstetu Medycznego
w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
eczis@wp.pl

Stosunek do ciała ludzkiego przez lata był wynikową dążeń do poznania i poszerzenia wiedzy, lęków często o podłożu egzystencjalno-religijnym, oraz rozważań natury etyczno-filozoficznej. W przypadku ciała ludzkiego osiągało to skrajne położenia - od totalnej negacji i zaniechania wykonywania autopsji do otwartego, publicznego sekcjonowania w ogólnie dostępnych teatrach anatomicznych. W przypadku zwierząt interakcje te miały zgoła odmienny charakter. Choć zwierzęta potrafiły budzić podziw, czasami lęk, wykorzystywane były w celach pokojowych, jak i w kampaniach wojennych, stanowiły źródło pokarmu, pomoc w jego wytwarzaniu, bądź służyły tylko do zabawy, to ich ciała nie stanowiły takiego tabu jak ciało ludzkie.

Podstawy anatomii znane były już w czasach prehistorycznych. W wyniku polowań ludzie poznawali anatomię zwierząt. W przypadku,

gdy zwierzę okazywało się silniejsze bądź sprytniejsze, współplemieńcy mieli możliwość nauki anatomii na poszkodowanym (3).

Ryc. 1. Rysunek naskalny datowany na ok 6000 lat p.n.e. Kakadu National Park, Northern Territory, Australia. Podobne rysunki znaleziono także w Afryce.

Pierwsze wzmianki o sekcji zwłok zwierząt pochodzą z Babilonii ok. 3500 lat p.n.e., lecz nie miały one jeszcze na celu poszerzenia wiedzy. Obraz narządów wewnętrznych oraz ich ułożenie miały przepowiadać przyszłość – obrazy jelit oraz wątroby miały nieść informację od bogów.

Wzmianki dotyczące terapii zarówno ludzi jak i zwierząt datują się na ok. 3000 lat p.n.e. w Chinach (głównie fitoterapia). Egipskie hieroglify z podobnego okresu pokazują zwierzęta udomowione, a więc także wszelkie konsekwencje płynące z ich przebywania w pobliżu człowieka, a także dbania o nie i ich dobrostan. Pierwszy szpital dla zwierząt, o którym wiemy powstał w Indiach za panowania cesarza Ashoki 3 wieke p.n.e.

Papirus Edwina Smitha datowany na czasy 16 lub 17 dynastii, ok. 1600 r p.n.e., podaje wyraźne wskazówki jak leczyć chirurgicznie niektóre choroby. Prawdopodobnym jest, że został on przepisany ze znacznie starszego źródła. Część autorów uważa, że autorem mógłby być Imhotep, pierwszy wielki lekarz, a zarazem kapłan i architekt, autor piramidy schodkowej Dżesera w Sakkarze, który żył prawdopodobnie ok. 3000-2500 p.n.e. Późniejsze inskrypcje pokazują, że umiejętności wykorzystywane choćby przy procesie mumifikacji wskazują na dość dobrą znajomość anatomii człowieka (przynajmniej w niektórych obszarach ciała). Zabiegowi mumifikacji poddawano także zwierzęta. Mnogość technik, a także fakt, że znalezione np. mumie pawianów miały w sposób fachowy usunięte kły przemawiają za więcej niż podstawową znajomością anatomii zwierząt (2, 10).

Pierwszym, o którym pisze się, iż mógł wykonywać sekcje, zarówno zwierząt jak i ludzi, w celach naukowych był Grek, Alkmeon z Krotonu (ok. VI-V wiek p.n.e). Był uczniem Pitagorasa, lekarzem, fizjologiem, ale i filozofem. Uważał, że zdrowie jest stanem równowagi pomiędzy trzema parami przeciwstawnych czynników: wilgoci i sucho-

ści, ciepła i chłodu, goryczy i słodyczy. Dzieło jego życia „O Naturze” jak i pozostałe niestety zaginęły. Zachowały się jedynie cytaty w pracach Galena i Plutarcha.

W starożytnej Grecji w 4 wieku p.n.e., Arystoteles, również wykonywał sekcje, lecz wyłącznie na zwierzętach. Jednak dzięki porównaniom wyników tychże sekcji i wiedzy uzyskanej podczas opieki nad rannymi w walkach żołnierzami, wspartą obserwacją zabitych, miał dość szczegółową jak na tamte czasy wiedzę na temat anatomii. Krótko po nim Herofiles z Chalcedonu wykonywał już sekcje publicznie, tłumacząc obserwatorom poszczególne etapy i wyjaśniając detale. Jako pierwszy opisał ogólnie układ krążenia, potrafił odróżnić nerwy, a także żyły od tętnic. Podał także ogólny opis układu nerwowego oraz moczowo-płciowego (5).

Herofiles wraz z Erasitratosem z Keos (Chios) założyli aleksandryjską szkołę medyczną, z pierwszym w historii wydziałem anatomii. Erasitratos, dzięki swej wiedzy i umiejętnościom stał się na tyle cenionym anatomem, że cytował go później nawet Galen.: „Żyła bierze swój początek z tego samego miejsca, do którego docierają tętnice, które są rozproszone w całym ciele, tam mają swój początek i powracają do sangwinicznej (prawej) komory serca; a tętnica (czy też żyła płucna) powstaje w miejscu, gdzie żyły mają swój początek i dochodzą do pneumatycznej (lewej) komory serca”. Świadczy to jak blisko byli właściwego opisania krążenia płucnego na prawie dwadzieścia wieków przed Harleyem (5, 9).

Herofiles prowadził swe badania podczas licznych autospji, które przeprowadzał osobiście na zwłokach. Istnieją jednak doniesienia Celsusa i Tertuliana, że dokonywał również wiwisekcji na skazanych przestępcach, co w Aleksandrii było dopuszczalne przez prawo ustanowione prze dynastię Ptolemeuszy. W latach późniejszych władcy usunęli z miasta Greków, co zakończyło funkcjonowanie słynnej szkoły, a także zaniechanie nauczania anatomii i techniki sekcyjnej.

Nawet działający później Galen, przez wieki uważany za wyrocznię w sprawach anatomii, sekcjonował zwierzęta, głównie naczelne, o czym sam pisze w swoim dziele „*De anatomici administrationibus*": „*Wybierzcie te małpy, które najbardziej przypominają człowieka, z krótką szczęką i małymi kłami. Odkryjecie, że pozostałe części również będą przypominać te ludzkie"* (1).

Niewątpliwie Galen posiadł obszerną wiedzę na temat układu kostnego i mięśniowego, głównie z czasów gdy zajmował się rannymi żołnierzami i gladiatorami. Jednak opatrując rannych nie miał częstego dostępu do narządów wewnętrznych, co później wyraźnie wytknął Vesalius w swym dziele „*Fabrica*".

W Rzymie w I w. n.e. żył Lacius Junius Columella, autor 12-tomowego dzieła, które zajmowało się, poza uprawą roślin, także hodowlą zwierząt i opieką nad nimi. On też prawdopodobnie jako pierwszy użył określenia „*veterinarius*" dla określenia osoby zajmującej się bydłem i nierogacizną (drugim takim określeniem było „*souvetaurinarius*"). Słowo to wywodziło się od łacińskiego „*veterina*" stosowanego dla okreslenia zwierząt stadnych.

Spuścizna starożytności prawie zaniknęła w średniowiecznej Europie. Na szczęście wiele z dzieł dawnej Grecji, Rzymu, Persji a nawet Indii zachowane zostało w tłumaczeniach w świecie islamskim. Poza tłumaczeniami nie sposób tu także nie wspomnieć Al Raziego [Rhazes] (865-925) autora dziewięciotomowej encyklopedii medycznej „*Liber de medicina ad Almansorem*" inaczej "*Liber Almansoris*", gdzie część rozdziałów poświęcona jest anatomii, czy Avicennie [Ibn Sinna] (980-1037), który w swym *Kanonie* („Al Canun fi al Tibb") usystematyzował anatomię, a neuroanatomii poświęcił oddzielny rozdział (9, 13).

Umiłowanie Arabów do koni, ich hodowli i leczenia zostało przeniesione wraz z medycyną dotyczącą człowieka do Europy tzw. Zachodniej (choć ówczesna Hiszpania była pod wływami Maurów).

Ibn Zuhr znany również jako Avenzoar (1091-1161) znany ze swego dzieła "Al-Taisir" wykonywał sekcje zarówno na ludziach jak i zwierzętach w celu wprowadzenia wiedzy praktycznej do umiejętności lekarzy. On też jako pierwszy, opierając się na swej znajomości anatomii, opisał i przeprowadzał tracheotomie, jako zabiegi ratujące życie (9, 11).

W okresie rozwijającego się renesansu Leonardo da Vinci (1452-1519) był osobą niezwykłą. Powodem dla którego postanowił dogłębnie studiować anatomię zarówno zwierząt jak i człowieka, była próba jak najlepszego i najgłębszego poznania natury oraz możliwości oddania jej później w sztuce. Osobiście wykonał kilkadziesiąt sekcji, i choć w swych opisach nie zawsze trafnie oddawał mechanizmy (wie-

rzył w prace Galena) to szczegółowość jego rysunków do dziś budzi podziw. Słynny jego rysunek pokazujący przekrój przez ciężarną macicę kobiety, powstał dzięki anatomii porównawczej. Leonardo obserwował noworodka, porówywał jednak z rozciętą ciężarną macicą bydła (12).

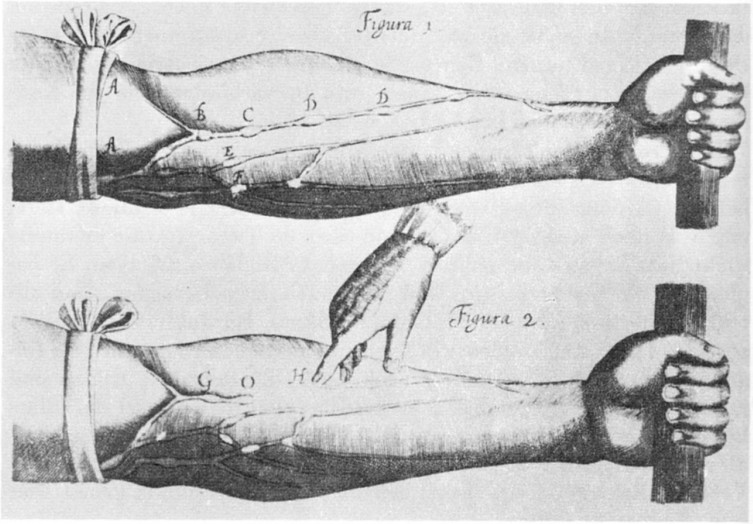
Anatomem, który nie bał się zaprzeczyć dogmatom Galena był Andreas Vesalius (1514-1564). Młody Flamand, studiujący w Leuven, potem w Paryżu i Padwie, początkowo wykonywał sekcje potajemnie, potem już jawnie. Wykonując raz sekcję małpy z rodzaju naczelnych odkrył wiele szczegółów podawanych przez słynnego poprzednika opisującego w ten sposób anatomię człowieka. Dzięki dokładnej analizie uznał, że Galen nigdy nie wykonał sekcji człowieka i wytknął u niego ponad 200 błędów, co spowodowało konflikt z wieloma profesorami – m.in. jego nauczycielem Sylwiuszem z Paryża. Wykazał wyraźnie, że nie można przenosić wszystkich relacji anatomicznych zwierząt na człowieka. Taki rozwój anatomii oraz wykazywanie różnic anatomicznych wpłynęło znacznie na rózwój anatomii porównawczej.

Najsłynniejszą pracą Vesaliusa była *De humani corporis fabrica librii septem* wydana w 1543r., ilustrowana rycinami Calcariego, ucznia Tycjana. Ten sam artysta uważany jest za autora rycin do innego wielkiego dzieła. Była to *Anatomia del Cavallo* Carlo Ruiniego (1530-1598), pierwsze poważne dzieło dotyczące anatomii weterynaryjnej. Księga ta dała także podstawy do rozwoju tej dziedziny jako osobnej gałęzi nauki (3, 9).

Ryc. 2. Anatomia del Cavallo – Carlo Ruini

Spuściznę uniwersytetu padewskiego kontynuował na gruncie brytyjskim William Harvey (1578-1657). Student Fabriciusa ab Aquapendente (1537-1619), potem profesor anatomii w Królewskiej Szkole Medycyny w Londynie. Jego głównym dziełem było „*Exercitatio*

Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus" (Praca anatomiczna o ruchu serca i krwi u stworzeń żywych) wydane w 1628 we Frankfurcie. We wstępie napisał: „Zadanie to znalazłem tak żmudnym i uciążliwym, tak pełnym trudności, że bliski byłem myśli, że … praca serca zrozumiała jest jedynie dla Boga. Nie byłem bowiem w stanie zauważyć kiedy miejsce miał skurcz, a kiedy rozkurcz, tak szybko po sobie następowały"(4, 9). Jednakże dzięki m.in. pracy Fabriciusa i Ruiniego nad budową serca, oraz własnym badaniom na zwierzętach odkrył mechanizm pracy układu krążenia (8). Początkowo poznawał budowę serca zmiennocieplnych (np. węgorzy), a następnie ich układu naczyniowego. Zauważywszy, że lewa komora pompuje krew do układu tętniczego, a prawa do krążenia płucnego, zaobserwował także, że skurcz występuje prawie jednoczasowo, a nie jak uważano poprzednio niezależnie od siebie. Ponadto sekcjonując embriony zauważył przewód tętniczy oraz opisał jego rolę w krążeniu płodowym. W konsekwencji badań nad układem naczyniowym przeprowadził publiczny eksperyment polegający na ciasnym zaciśnięciu odpowiednika współczesnej stazy na ramieniu ochotnika. Gdy po chwili ramię bladło oraz spadała jego temperatura jako wykładniki zamknięcia krążenia poniżej opaski, delikatnie ją zwalniano. Powodowało to napłynięcie krwi przez głębiej położone tętnice, przy zamkniętym odpływie żyłami. Kończyna robiła się ciepła, zaczerwieniona, a żyły powierzchowne nabrzmiewały. Całkowite zwolnienie opaski przywracało naturalny przepływ krwi w naczyniach i powrót kończyny do normalnego wyglądu (6, 9).



Ryc. 3. Eksperyment Williama Harveya

Harvey w swych poglądach głosił także, że życie nie może powstać z nieorganicznej materii nieożywionej i w pracy „*Exercitationes de generatione animalium*" („Badania nad pochodzeniem zwierząt") wydanej w 1651r., umieścił słynne zdanie: „*Omne vivum ex ovo*" – „Wszystko, co żyje, pochodzi od jaja". W swych poszukiwaniach anatomicznych sekcjonował około stu gatunków zwierząt.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) włoski anatom, był początkowo prosektorem przy Antonio Marii Valsalvie (1666-1723), który piastował wówczas na uniwersytecie w Bolonii stanowisko *demonstrator anatomicus*. Gdy Valsalva został przeniosiony do Parmy, Morgagni

przejął stanowisko i wówczas wykazał się swymi umiejętnościami. Sekcjonował w w jednym z najstarszych Theatrum anatomicum w Europie (drugie było w Lejdzie) przyciągając na zajęcia wielu obserwatorów, nie tylko studentów. Podczas licznych autopsji zaobserwował korelacje między objawami klinicznymi, a zmianami anatomopatologicznymi w narządach wewnętrznych, zapisywanymi później w raportach sekcyjnych.

Ryc. 4. Theatrum anatomicum w Leiden

Jego fundamentalna praca *De Sedibus et Causis Morborum* (O miejscach i przyczynach chorób) powstała jako wynik 70 listów, w których prawie 700 przypadków jest opisanych bardzo szczegółowo

„*a capite ad calcem*" – od głowy po stopy - dając usystematyzowany obraz wiążący wiele objawów klinicznych z obrazem zmienionych narządów wewnętrznych. Morgagni uważany jest za ojca patomorfologii (4).

John Hunter (1728-1793), szkocki lekarz i anatom, początkowo był asystentem swego brata Williama (1718-1783), również lekarza, położnika i anatoma, członka Królewskiego Towarzystwa Naukowego. Oddzieliwszy się od jego praktyki zajął się szerzej leczeniem zwierząt. Po pewnym czasie uznał je na tyle ciekawsze, że zarzucił praktykę leczenia ludzi. Pozostawił po sobie więcej opublikowanych prac dotyczących weterynarii niż wszyscy jego poprzednicy (zajmujący się zwierzętami) przez ponad wiek.

Około roku 1760 (prawdopodobnie w 1762) Claude Bourgelat założył pierwszą szkołę weterynaryjną. Miało to miejsce w Lyonie we Francji. Pierwszym profesorem katedry anatomii został Honore Fragonard (1732-1799), który sekcjonował i preparował zwierzęta, z części z nich wykonując stałe eskpozycje, do obejrzenia również dziaj w Musee d'Alfort w Paryżu. Był to prawdopodobnie ten moment kiedy wyraźnie oddzieliły się od siebie medycyna człowieka od medycyny zwierząt (7).

Ryc. 5. Lekcja anatomii Dr Tulpa

Streszczenie

Od chwili udomowienia zwierząt stały się one niedłącznym elementem środowska człowieka. Równolegle z rozwojem świadomości dotyczącym ciała ludzkiego lecz także wagi i użyteczności zwierząt, rosła także potrzeba dbania o nie. W ten sposób często równolegle, czasami równoczasowo wzbogacała się wiedza na temat budowy ciała jednych i drugich. Dla wielu pierwszych anatomów zwierzęta stanowiły pewnego rodzaju pole doświadczalne, dla innych stanowiły odniesienie i na tej podstawie budowali wiedzę o ciele człowieka, nie zawsze w zgodzie z prawdą. Lekarze zajmujący się zwierzętami w wielu społecznościach nie cieszyli się wielką estymą i pomimo wielu

prób dopiero początek XVIII wieku dał prawdziwe zainteresowanie weterynarią, a następnie wydzielenie jej jako osobnej i jakże ważnej nauki.

Piśmiennictwo

1. *Brain P. Galen on bloodletting*: A study of the origins, development and validity of his opinions, with the translation of the three works. Cambridge University Press 1986 p. 10, 140.
2. *Chrószcz A., Janeczek M., et al.*: Mumie zwierzęce w strożytnym Egipcie. Dawna Medycyna i Weterynaria Militarna, Chełmno 2009.
3. *Gulczyński J, Iżycka-Świeszewska E, Grzybiak M.*: Short history of autopsy. Part I. From prehistory to middle od 16th century. Pol J Pathol 2009; 60: 109-114.
4. *Gulczyński J, Iżycka-Świeszewska E, Grzybiak M.*: Short history of autopsy. Part II. From the second half of 16th century to contemporary times. Pol J Pathol 2010; 3: 169-175.
5. *Herophilus*: the art of medicine in early Alexandria : edition, translation, and essays Heinrich von Staden; Cambridge ; New York : Cambridge University Press, 1989. p. 46, 260.
6. *Halsall P.*: http://www.fordham.edu/halsall/mod/1628harvey-blood.html 1998
7. http://musee.vet-alfort.fr/web/Musee_Fragonard/151-copie-de-le-musee-fragonard.php.
8. http://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/ruini_home.html.
9. *Kożuszek W.* :Rozwój anatomii patologicznej na Uniwerystecie Wrocławskim oraz w Akademii Medycznej we Wrocławiu wraz z zarysem historycznym. Wrocław 2007. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. p. 28-60.
10. Medicine in Ancient Egypt. Sameh M. Arab. źródło – Internet.
11. *Nogales A. Espert.*: Aproximacion a la historia de las autopsias. II.- Edad Media. EJ Autopsy 2004, 9-15.
12. *O'Malley Ch. and de C.M. Saunders J.B.*: Leonardo da Vinci on the Human Body. Reprint 2003. Gramercy Books.
13. *Samir S. Amr.*: The Contributions of Arab and Muslim Civilization to Medicine. 22nd European Congress of Pathology, Florence, Italy. 2009. Congress materials "Update in Pathology".

Praca zawiera 16 150 znaków
(wraz z ilustracjami stanowi to > 0,5 arkusza wydawniczego)

GABINETY I ZBIORY OSOBLIWOŚCI JAKO PIERWSZE MUZEA ANATOMII, ANATOMII PATOLOGICZNEJ ORAZ HISTORII NATURALNEJ

Jacek Gulczyński, Ewa Iżycka-Świeszewska*

ISPL Jacek Gulczyński Gdańsk,
jgulczynski@tlen.pl
*Katedra i Zakład Patomorfologii Uniwerstetu Medycznego
w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
eczis@wp.pl

Historia muzeów takich jak znamy je dziś jest stosunkowo niedługa. Samo słowo wywodzi się z greki – *museion* czyli miejsce przebywania Muz. Miało ono stanowić ośrodek, w którym skupiać się miała wiedza z różnych obszarów, a ludzie mieli dzielić się swymi poglądami i nauczać innych. Obrazowi temu bardziej odpowiadają współczesne uniwersytety. Prawdopodobnie pierwszym było Muzeum w Aleksandrii. Założone ok. 295r p.n.e przez Ptolemeusza I Sotera, w całości przeznaczone dla zapewnienia uczonym jak najlepszych warunków do pracy. Prawdopodobnie dzięki pomocy Demetriusza, kontynuatora pracy Teofrasta i Arystotelesa, *Museion* ten strukturą swą bardzo przypominał ateńskie szkoły Platona i Arystotelesa. W obrębie kompleksu znajdowały się ogród botaniczny, zoologiczny, obserwatorium astronomiczne oraz największa w ówczesnym świecie Biblioteka Aleksandryjska (11).

W języku współczesnym muzeum jest jednostką organizacyjną nienastawioną na osiąganie zysku, której celem jest gromadzenie i trwała ochrona dóbr naturalnego i kulturalnego dziedzictwa ludzkości o charakterze materialnym i niematerialnym, informowanie o wartościach i treściach gromadzonych zbiorów, upowszechnianie podstawowych wartości historii, nauki i kultury polskiej oraz światowej, kształtowanie wrażliwości poznawczej i estetycznej oraz umożliwianie korzystania ze zgromadzonych zbiorów (9, 12).

W miarę rozwoju cywilizacyjnego wykształcała się u ludzi chęć zbierania i kolekcjonowania rzeczy niezwykłych i rzadkich. Dotyczyło to zarówno przedmiotów, które wychodziły z ręki artysty, ale także pochodzenia naturalnego. Miało ono w założeniu pozwolić zrozumieć i przyswoić sobie świat zewnętrzny zamykając go w małej, zamkniętej przestrzeni. Początkowo były to zaledwie pojedyncze eksponaty, lecz stopniowo, w zależności od stopnia zamożności, ale także wiedzy i kultury, tworzone były coraz większe kolekcje. Do eksponatów pochodzących z Europy zaczęły dochodzić te przywiezione z Nowego Świata. W 1519 po raz pierwszy powrócił do Europy Ferdynand Cortes (Hernán Cortés de Monroy Pizarro Altamirano, marqués del Valle de Oaxaca) (ok. 1485-1547) przywożąc ze sobą oprócz złota, wytwory rękodzieła Azteków, ale także liczne okazy fauny i flory. Przedmioty te, w zestawieniu z tymi pochodzącymi ze Starego Świata, nie zawsze mogły podlegać tym samym próbom katalogowania. Stąd powstawały pierwsze bardzo ogólne podziały na *naturalia* i *artificialia*. *Theatrum Sapientiae,* jak nazwał je po raz pierwszy Giulio Camillo (1480-1544),

doradca Cosimo di Medici (1519-1574) miały służyć poszerzaniu horyzontów, ale także katalogowaniu eksponatów oraz wiedzy już posiadanej. Podczas przygotowywania podobnych miejsc dla władców niemieckich po raz pierwszy pojawiło się określenie *Kunstkabinet* (*Wunderkabinet*) dla określenia przeszklonej szafki, w której mogły być wystawiane eksponaty. Pomieszczenia w których się znajdowały nazwano *Kunstkamern* lub *Wunderkamern* i gromadziły w swych zasobach między innymi rzadkie lub dziwne przedmioty pochodzenia naturalnego ze świata roślinnego bądź zwierzęcego. Tak jak i inne kolekcje muzealne, powstawały zazwyczaj dzięki mecenatowi majętnych osób, rodzin bądź instytucji.

Idea kolekcjonowania przedmiotów bądź artefaktów w tzw. „mikroskali" (lub mikrokosmosie) miała odzwierciedlać świat zewnętrzny makroskali (makrokosmosu), ale także miały na celu pokazanie szerokich horyzontów oraz wiedzy i zainteresowań ich właścicieli. Mogły być także wyrazem zmian w sposobie myślenia, postrzegania świata tak charakterystycznego dla okresu Renesansu. Dzięki temu powoli krystalizowały się pierwsze kolekcje muzeów historii naturalnej.

Cosimo I di Medici (1519-1574) Wielki Książę Toskanii, wielki mecenas sztuki (m. in. twórca galerii Uffizzi) w Palazzo Vecchio dla swoich zbiorów wykorzystywał początkowo pomieszczenia *scrottoio* i *guardaroba*. Pośród eksponatów pochodzenia naturalnego wystawione były zęby, szkielety ryb, oraz żuchwa słonia. Za jego wzorem poszedł także władca bawarski Albrecht V w Monachium (6).

W roku 1561 Ullysee Aldrovandi (1522-1605) otrzymał jako pierwszy tytuł profesora nauk przyrodniczych (*lectura philosophiae naturalis ordinaria de fossilibus, plantis et animalibus*). Był to wynik jego ponad 10-letnich wypraw, które miały na celu kolekcjonowanie i katalogowanie roślin, zwierząt oraz minerałów w kolekcji, którą sam nazwał „*teatro o microcosmo della natura*". W roku 1595 opisał swą kolekcję, która pod koniec życia obejmowała ponad 18.000 eksponatów dotyczących „*diversita di cose naturali*" czyli różnorodności rzeczy naturalnych. Kolekcja była na tyle obszerna, że po śmierci autora pozwoliła zasilić kilka uniwersytetów i instytucji, aby na początku XX wieku zostać ponownie połączona i powrócić w znakomitej większości do Palazzo Poggi w Bolonii, gdzie jest obecnie przechowywana (14).

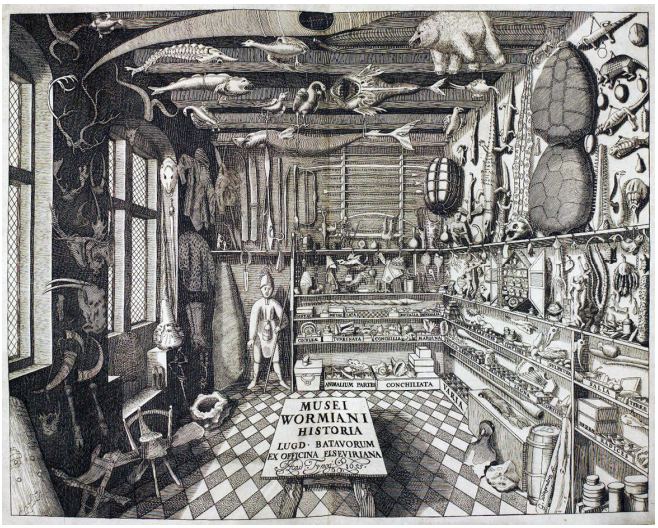
Podobną kolekcję zgromadził Duńczyk Ole Worm (1588-1655). Naukowiec, który studiował na kilku uniwersytetach, w roku 1611 uzyskał tytuły doktora medycyny na Uniwersytecie w Bazylei, a w 1617 Magistra w zakresie sztuki w Kopenhadze. W międzyczasie był osobistym lekarzem króla Danii Christiana IV, i co dotyczyło stosunkowo niewielu, w czasie lokalnego rzutu epidemii Czarnej Śmierci (w XIV w. uśmierciła ok. 1/3 populacji Europy, kolejne w następnych wiekach miały bardziej charakter lokalny) pozostał w mieście, by pomagać chorym. Jego głównym wkładem w zakresie medycyny są kosteczki Worma (Wormian bones) – drobne kostki wypełniające przestrzenie w szwach między kośćmi pokrywy czaszki. Jednakże to jego *Museum Wormianum*, skatalogowane i opisane w 1655 roku, stanowiło ogromną ciekawostkę na skalę europejską. Oprócz wypchanych zwie-

rząt, skamielin, kolekcjonował także zabytki literatury skandynawskiej [6].

Ryc. 1. Sala muzealna w Palazzo Poggi w Bolonii

W swym naukowym podejściu stawał zarówno po stronie badań empirycznych jak i starych podań i wierzeń. Udowodnił, że rajskie ptaki bezzasadnie noszą nazwę „*apoda*" i dysponują w pełni wykształconymi typowymi dla ptaków odnóżami. Dowiódł także, że lemingi są gryzoniami rozmnażającymi się w sposób typowy dla ssaków, a nie jak większość wówczas uważała, biorą się z powietrza. Wg Worma jednorożec był stworzeniem mitycznym i rogi jednorożca funkcjonujące „w obrocie" najpewniej były rogami narwali. Z drugiej jednak strony badał empirycznie skuteczność tegoż rogu jednorożca jako antidotum przeciwko truciznom. Trucizny podawał małym ssakom, stosując na-

stępnie sproszkowany „róg jednorożca” i notował wysoką skuteczność.



Ryc. 2. Museum Wormianum

W Anglii John Tradescant Starszy (ok. 1570-1638) naturalista i podróżnik również zebrał znaczną kolekcję, którą skatalogował wg znanego podziału na *naturalia* (w obrębie których znajdowały się zwierzęta, rośliny i minerały) oraz *artificialia* luźno eksponowane. Prawdopodobnie była tam pierwsza ekspozycja skamieniałości dinozaurów. Po raz pierwszy skatalogowane w roku 1634, „kurioza” wystawione były w budynku nazwanym Arką, eksponaty botaniczne natomiast na

terenie ogrodu. Kolekcja stworzyła pierwsze w Anglii muzeum otwarte dla publiczności, następnie przekształcone w Ashmolean Museum (9).

Kolekcje podobnego typu powstawały w całej Europie będąc symbolem statusu a zarazem demonstrowały poziom zainteresowania wiedzą współczesną oraz świadomość złożoności natury. Trend ten prowadził do coraz popularniejszego kolekcjonowania eksponatów, a potem także całych zwierząt.

Pierwsze muzea anatomiczne

Rozwój anatomii datował się od starożytności. Wiemy, że już Egipcjanie posiadali pewną wiedzę na temat budowy ciała ludzkiego, co m.in. wykorzystywane było przy prostych zabiegach chirurgicznych opisywanych w Papirusie Edwina Smitha (datowanym na około 1600 lat p.n.e), a także pośmiertnie w procesie mumufikacji. Szkoła grecka, począwszy od Alkmeona z Krotonu, poprzez Hierofilesa z Chalcedonu i Galena wnosiła już dość szczegółowe dane dotyczące budowy poszczególnych układów, a także obserwacji pierwszych patologii (11). Choć średniowiecze nie było najświetniejszym okresem do rozwoju nauki, to częściowo dzięki obecności Maurów w Hiszpanii oraz dzięki uniwersytetom włoskim, powoli chęć doskonalenia doprowadziła do oficjalnej zgody na wykonywanie autopsji w coraz szerszym zakresie. Ogromny wkład w rozwój tej dziedziny mieli m.in. Leonardo da Vinci (1452-1519), Antonio Benivieni (1443-1502) czy Andreas Vesalius (1514-1564). Vesalius zasłynął nie tylko swym nowoczesnym jak na ówczesne czasy podejściem do anatomii jako dziedziny oraz autopsji,

lecz także pracą podsumowującą jego doświadczenia *De humani corporis fabrica librii septem.* Dzieło wydane w 1543 r., ilustrowane było rycinami Calcariego, ucznia Tycjana.

W 1594 roku Fabricius ab Aquapendente (1537-1619), profesor anatomii na Uniwersytecie w Padwie zbudował pierwsze stałe *theatrum anatomicum*, a wkrótce podobne powstało także w Lejdzie.

W konsekwencji rozwoju anatomii szczegółowej, zarówno człowieka jak i zwierząt, musiało doprowadzić do znajdowania i rejestrowania anomalii i patologii. Obserwacje tych zmian stawały się elementem dydaktycznym, które w każdym wymiarze pokonywały, bez względu na to jak doskonałe by nie były, dwuwymiarowe ilustracje i ryciny.

W sytuacji gdy liczba odkrywanych zmian rosła, problemem zaczynała być kwestia utrwalania poszczególnych eksponatów, zwłaszcza gdy dotyczyły człowieka i zwierząt.

Najprostszym sposobem pozyskiwania eksponatów było zdobycie preparatów osteologicznych, w większości już gotowych. Uzyskiwano je poprzez usunięcie tkanek miękkich, a następnie maceracją. Niestety ten sposób nie pozwalał na utrwalenie zmian dotyczących powłok, bądź narządów wewnętrznych. Preparaty tzw. mokre powstawały zazwyczaj poprzez zanurzenie tkanek miękkich w różnych roztworach, najczęściej alkoholowych utrwalaczy. Preparaty suche powstawały po nastrzykiwaniu naczyń żywicami, lub woskiem, a następnie były suszone. Ostatnią metodą było uzyskiwanie preparatów poprzez trawienie. Dotyczyło to przede wszystkim układu naczynio-

wego. Naczynia ostrzykiwano najczęściej woskiem, a następnie cały organ poddawano działniu substancji trawiących tkanki miękkie. Pozostawał nie poddający się reakcji wosk idealnie oddający przebieg i kształt naczyń.

O ile w przypadku zwierząt nie było dużego problemu, to kwestia zdobywania zwłok ludzkich, ich części bądź organów wewnętrznych w celach naukowych, początkowo bardzo negatywnie odbijała się na liczbie eksponatów.

William Harvey (1578-1657) anatom i fizjolog, był studentem słynnego Fabriuciusa ab Aquapendente z Padwy. Dla swych badań nad układem krwionośnym opracował technikę badania przebiegu naczyń poprzez nastrzykiwanie różnymi substancjami. Technikę tę udoskonalił Frederick Ruysch (1673-1731) – początkowo farmaceuta, później położnik, ale przede wszystkim anatom. Po wielu mniej lub bardziej udanych próbach doszedł do receptury, która pozwalała utrzymać narządy i całe zwłoki w doskonałym stanie przez długi czas, nawet w kontakcie z powietrzem. Efekty swej pracy przedstawiał w specjalnie przygotowanym budynku na przedmieściach Amsterdamu, eksponując zarówno małe dioramy z elementami roślinnymi, mineralnymi ale także szkieletami płodów, oraz całe kompozycje, na które składało się kilka w pełni ubranych zwłok ludzkich. Swe wrażenia z tej wystawy tak opisywał ówczesny ambasador Francji de Fontenelle:

„Wszystkie ciała utrwalone (nastrzyknięte) przez niego (Fredericka Ruyscha) zachowały swój charakter i młodzieńczą świeżość.

Można by je wziąć za osoby żywe w głebokim spoczynku, ich członki w paraliżu snu. Można by powiedzieć, ze Ruysch posiadł sztukę przywracania do życia zmarłych. Jego „mumie" stanowią objawienie życia, podczas gdy egipskie nie prezentują nic poza śmiercią" (5).

Piotr I, car Rosji, był pod takim wrażeniem, że po pierwszym spotkaniu w 1697 roku, a następnie odbyciu kilku kursów anatomii u Ruyscha postanowił nabyć całą jego kolekcję wraz z sekretem produkcji „*liquor balsamicum*". W roku 1717 cała kolekcja została przewieziona do Sankt Petersburga, gdzie dała początki Kunstkamerze (Gabinetowi Ciekawostek), muzeum funkcjonującym do dziś.

Ryc. 3. Diorama

Dzięki carowi starającemu się wprowadzić Rosję do Europy, również poprzez naukę, w roku 1718 wydano edykt, który nakazywał

by każdy znaleziony „*ludzki, czy to bydlęcy, ale także każdego zwierzęcia i ptactwa dziwny twór*” miał być przekazywany do Sankt Petersburga. Muzeum zostało otwarte dla publiczności w roku 1719. W swych zasobach obejmujących zarówno faunę jak i florę całego świata do dziś można podziwiać kilkadziesiąt oryginalnych preparatów przywiezionych jeszcze z Amsterdamu (16).

William Hunter (1718-1783), szkocki lekarz, położnik i anatom, członek Królewskiego Towarzystwa Naukowego, w trakcie studiów w Paryżu i Lejdzie poznał i docenił wagę wykładów z wykorzystaniem ludzkich zwłok. Zaczął kolekcjonować preparaty, a także wykonywał gipsowe odlewy i modele (jako trwalsze) np. przekrojów ciężarnej macicy. W międzyczasie w 1742 r znacznie rozszerzył swą kolekcję poprzez nabycie wszytkich preparatów anatomicznych Dr Jamesa Douglasa (1675-1742) również szkockiego anatoma, pochodzącego z Edynburga. Hunter na własny koszt rozbudował i przebudował własny dom przy Great Windmill St. W Londynie, umieszczając tam zarówno bibliotekę, sale wykładową, ale także *theatrum anatomicum*. W przylegającym pomieszczeniu było umieszczone museum, dostępne dla przychodzących studentów. Na podstawie testamentu zostało przeniesione w roku 1807 do Glasgow, gdzie otwarto je jako Hunterian Museum. Do dziś dnia funkcjonuje ono jako muzeum posiadające liczne kolekcje, a np. eksponaty z zakresu zoologii liczone są na ponad 600.000. Preparaty anatomopatologiczne przedstawiają głównie patologie z zakresu neonatologii oraz chorób zakaźnych takich jak syfilis, czy gruźlica (4, 15).

Ciekawostką może być to, że młodszy John Hunter (1728-1793), także lekarz i anatom, tylko początkowo był asystentem swego brata Williama. Później zaczął tworzyć własną kolekcję, która objęła ok. 15.000 eksponatów, w tym wiele ze świata zwierząt (20).

Honore Fragonard (1732-1799) w 1762 r został zatrudniony przez Claude'a Bourgelata (1712-1779) założyciela pierwszej wyższej szkoły weterynaryjnej w Lyonie (ok. 1760). To właśnie tam zaczął on prezentować wypreparowane zwierzęta. W roku 1765 Ludwik XV zainicjował szkołę weterynaryjną w Paryżu, najpierw przy ul. Sainte Appolline a następnie do dzielnicy Alfort - École Nationale vétérinaire d'Alfort in Maisons-Alfort). Fragonard został tam pierwszym profesorem anatomii, przygotowując ponad tysiąc preparatów. Po rozstaniu ze szkołą nie zaprzestał pracy i kontynuował ją w domu, sprzedając jej efekty arystokratom chcącym powiększyć bądź rozpocząć prywatne kolekcje. Było to również spowodowane faktem, iż ciała po wypreparowaniu były „układane" w formy bardziej teatralne niż w celach edukacyjnych. Wyraźnym przykładem może być tu słynny „Jeździec apokalipsy" wzorowany na rysunku Albrechta Durera (1471-1528). Po okresie Wielkiej Rewolucji Francuskiej, w czasie której Fragonard był członkiem Narodowej Rady ds. Sztuki, większość kolekcji została zniszczona, lub rozproszona (19).

Ryc. 4. Honore Fragonard – Jeździec

W roku 1795, profesor Gerardus Vrolik (1775-1859) zajął się teratologią i stąd powstała kolekcja przypadków obejmujących wady wrodzone. Jego pracę kontynuował syn Willem Vrolik (1801-1863), zamykając zbiory liczbą ponad 5 tysięcy preparatów zarówno osteologicznych, jak i tzw mokrych. Po jego śmierci w niepewnej sytuacji dotyczącej dalszych losów społeczeństwo miasta Amsterdam wykupiło kolekcję i przekazało nieodpłatnie Atheneum Illustre, poprzednikowi Uniwersytetu Amsterdamskiego. Później została ona poszerzona

o osteologiczną kolekcję anatomopatologiczną Hoviusa. Może być ona do dziś oglądana w Wydziale Anatomii i Embriologii Uniwersytetu.

Ryc. 5. Albrecht Durer – Apokalipsa

Ryc. 6. Albrecht Durer – Apokalipsa

W tym samym czasie we Wiedniu funkcjonowało AKH (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien). Były oddział zamknięty dla pacjentów umysłowo chorych Narrenturm zostało w całości przekształcone w muzeum anatomopatologiczne, gdzie przechowywano preparaty zarówno osteologiczne, jak i maceraty. Od roku 1796, kiedy to cesarz Franciszek I je ustanowił, kuratorami były sławy wiedeńskiej medycyny i anatomii patologicznej włączając w to największego Karla Rokitansky'ego (1804-1878) (21).

W roku 1810 równocześnie z utworzeniem Uniwersytetu Berlińskiego, z połączenia trzech muzeów Anatomo-zootomicznego, Zoologicznego oraz Mineralogicznego, powstało Berlińskie Muzeum Historii

Naturalnej. Było pierwszym państwowym muzeum na świecie. Obecnie zbiory obejmujące zoologie, paleontologię i mineralogię obejmują ponad 30 milionów eksponatów. W chwili obecnej najbardziej znanymi eksponatami są zrekonstruowany szkielet brachiozaura oraz najlepiej zachowany skamieniały okaz Archeopteryxa. Podobne muzea wkrótce powstały w Londynie, Paryżu i innych większych miastach Europy, a znacznie później obu Ameryk.

W tym samym wieku w berlińskim Charite Rudolf Virchow (1821-1902) rrównież tworzył kolekcję preparatów anatomopatologicznych. Jego motto „nie ma dnia, bez eksponatu (do muzeum)" doprowadził do tego, że w roku 180 eksponatów było już 19 tysięcy, a przed wybuchem I wojny światowej – ponad 25 tysięcy. Wojna w znacznym stopniu zniszczyła zarówno budynej jak i jego zbiory, lecz dzięki pracy następców muzeum ponownie może poszczycić się ogromną kolekcją, częściowo udostępnianą zwiedzającym (22).

Muzea modeli

Musimy zaznaczyć, że równolegle do sztuki utrwalania preparatów pochodzenia naturalnego rozwijał się kierunek odtwarzania natury przy pomocy modeli wykonanych głównie z wosku bądź gipsu (metodę gipsową stosował już W. Hunter). Sztuka ceroplastyki, czyli modelowania w wosku powoli doskonaliła się w XVI i XVII wieku. Stała się bardzo użyteczną dziedziną, również w celach naukowych i dydaktycznych.

Gaetano Zumbo (1656-1701), który studiował anatomię, (podobno zainspirowany suchymi preparatami anatomopatologicznymi pozostawionymi dla dobra Instutu Naukowego w Bolonii przez Antonio Maria Valsalvę (1666-1723) chirurga i anatoma), a następnie pracował w tymże mieście i wykonywał kolorowe modele woskowe dla celów stricte dydaktycznych. Jego następcą został Ercole Lelli (1702-1766). Współpracując z Giovannim Manzolini and Anną Morandi Manzolini (1714-1774), małżeństwem profesorów w zakresie anatomii, wykonali wiele modeli woskowych dokładnie oddając szczegóły narządów wewnętrznych, a także naczyń, nerwów i mięśni. Wiele z tych prac anatomicznych i teratologicznych do dziś może być oglądana w Instituti di Anatomia Umana Normale oraz Museo delle Cere Anatomiche Luigi Cattaneo w Bolonii (7).

W roku 1771 powstało we Florencji Muzeum La Specola (*Obserwatorium*) jako *Imperial Regio Museo di Fisica e Storia Naturale* założone przez Piotra Leopolda, Wielkiego Księcia Toskanii z pochodzenia Medyceusza. Miało być ono otwarte dla szerokiej publiczności (choć restrykcje dotyczyły stroju zwiedzających) i prezentowało ciekawostki natury jak skamieniałości, minerały, egzotyczne rośliny ale również zwierzęta.

Ryc. 7. Museo La specola

Szkoła florencka była jedną z najważniejszych w ówczesnej Europie i stała się na tyle sławna, że jej modele stanowiły trzon kolekcji Josephinum (1782) – Wojskowej Szkoły Medycznej we Wiedniu, Uniwersytetu w Cagliari (Sardynia) - Wax Anatomy Museum (otwarte do dnia dziejsiejszego) a także wielu innych. [7]

Museo Anatomico Uniwersytetu w Sienie powstało na bazie kolekcji profesora anatomii Uniwersytetów w Pizie i Florencji, Paolo Mascagniego (1755-1815). Mascagni wzmocniony dodatkowymi funduszami oraz pomieszczeniami stworzył kolekcję obejmującą woskowe modele anatomiczne, teratologiczne płodów, ok. ośmiuset czaszek, a także modeli naczyń (głównie limfatycznych – jego głównego

celu badań). Pośród obfitej kolekcji rycin anatomicznych znajduje się kilka wykonanych przez Leonarda da Vinci.

Pośród materiałów polskich znalazł się opis pierwszej w Europie publicznej sekcji płodu dokonanej w roku 1613 w Gdańsku, przez profesora anatomii w Atheneum Gedanense Joachima Olhaviusa (1570-1630). Sekcjonowano zdeformowany płód, dość dokładnie przedstawiony później na rycinach. Sposób przedstawienia może sugerować, że płód został utrwalony (13). Drugą ważną informacją jest fakt nabycia drugiej kolekcji od Fredericka Ruyscha przez polskiego króla Augusta II Mocnego. Została ona umieszczona w Dreźnie w Kunstkamerach Pałacu, lecz następnie uległa rozproszeniu, a częściowo zniszczeniu podczas II wojny światowej i nie zachowało się nic z ich pierwotnego stanu (17).

Drogą morską, głównie z Holandii, sprowadzała eksponaty do swej kolekcji Anna z Sapiehów Jabłonowska, wojewodzina bracławska (1728-1800). Założyła w pałacu w Siemiatyczach gabinet historii naturalnej, w założeniach zgodny z wzorcowymi gabinetami Medyceuszy i Habsburgów. Źródłem historycznym, obrazującym zasoby tego gabinetu są zachowane listy przyjaciółki księżnej, Renaty Gralach z Gdańska. W jednym z nich opisała odebrane dla księżnej eksponaty z Holandii: *Bilioteka nasza upodobniła się raczej do muzeum, z chwilą gdy ozdobiłam ją przeszło 189 słojami, zawierającymi czworonogi, ryby, węże itp. – zakonserwowane w spirytusie. Obok tego ptaki z obcych krajów i wypchane małpy, muszle, wśród których najcenniejszymi okazami są Pavillon d'orange i Nautilus papirac* (10).

Jak pisze Kowalczykowa, najstarszym zachowanym w Polsce preparatem anatomicznym, i bodajże najsłynniejszym eksponatem w obrębie kolekcji Muzeum Collegium Medicum Uniwerystetu Jagiellońskiego, jest utrwalony w wyskoku (spirytusie) czteromiesięczny prawidłowo wykształcony płód ludzki, przechowywany w walcowatej flaszce z zielonkawego szkła, zabezpieczonej mosiężną ramką. Znajdująca się na nim inskrypcja:

AD 1686 29 Julii Szynwalde inclusus; AD 1691 datus Serenissimo Joanni 3 Regi Polo 23 Juni" ogląd zewnętrzny flaszy z preparatem, sposób jej wykonania oraz krój czcionki a także zapiski w archiwach przemawiają za jej autentycznością. Wszystko wskazuje na to, że był on podarowany królowi Janowi III Sobieskiemu, który był zbieraczem różnych osobliwości i posiadaczem całkiem sporej ich kolekcji (1, 3).

Streszczenie

Chęć kolekcjonowania znalezisk, czy też wyrobów rąk ludzkich towarzyszyła człowiekowi od dawna. Miała pomóc zrozumieć świat zewnętrzny i przyswoić go. W latach późniejszych kolekcje świadczyły także o guście i zamożności właścicieli. W erze rozkwitu Renesansu i zainteresowania naturą i człowiekiem, równolegle z rozwojem anatomii, zaczęto także kolekcjonować ciekawostki ze świata fauny i flory. Wraz z wzrastającą liczbą wydziałów medycznych na uniwersytetach europejskich wzrastało także zapotrzebowanie na pomoce naukowe, zwłaszcza, gdy okazało się, że nie muszą to być jedynie dwuwymia-

rowe ryciny. W ten sposób, na bazie najpierw pojedynczych Kunstkabinetów, powstawały Kunstkamery, a potem całe muzea. Wyodrębniły się z nich wyspecjalizowane muzea anatomiczne i anatomopatologiczne oraz muzea historii naturalnej, choć i w części z nich można również znaleźć eksponaty mówiące o licznych tajemnicach ciała ludzkiego (6).

Piśmiennictwo

1. *Ciechanowski St.*: Najstarszy w Polsce preparat, pamiątka po królu Sobieskim, „Polska Gazeta Lekarska", (23) 1938, s. 481- 483.
2. *Dzik J.:* Dzieje idei narodowego muzeum przyrodniczego [w]: Materiały sesji naukowej 200 lat muzealnictwa warszawskiego - dzieje i perspektywy. Zamek Królewski w Warszawie 16-17 XI 2005 r. Warszawa 2006.
3. *Kowalczykowa J.*: Sto lat krakowskiego Zakładu Anatomii Patologicznej, „Patologia Polska", (4) 1952.
4. *Keppie L.*: William Hunter and Hunterian Museum in Glasgow 1807-2007. Edinburgh University Press 2007, p. 7-18.
5. *Museum anatomicum Ruyschianum, sive catalogus rariorum quae in Authoris aedibus asservantur.* Amsterdam, 1691. 2nd edition, 1721; 3rd edition, 1737. English translation, London, 1751.
6. *Impey O., MacGragor A.* The Origins of Museums: The Cabinets of Curiosities in Sixteenth- and Seventeenth-Century Europe, 2001.
7. Museo La Specola, Firenze. Encyclopaedia Anatomica. 2006 Taschen.
8. *Salter H.E., Mary D.* The Old Ashmolean Museum', A History of the County of Oxford: Volume 3: The University of Oxford (1954), pp. 47-49.
9. Słownik Języka Polskiego PWN 2010.
10. Szwarc Z.: Prywatne ogrody botaniczne a rozwój nauk przyrodniczych w ośrodku gdańskim w XVI-XVIII w. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki", rok 1986.
11. *Świderkówna A.*: Hellenika, wizerunek epoki od Aleksandra do Augusta. PWN 2009. str. 152-223.
12. Ustawa z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o muzeach (Dz. U. z 2007 r. Nr 136, poz. 956 z późn. zm.]
13. *Żydowo M., Bukowski M.*: Dzieje nauk medycznych w Gdańsku. www.gumed.edu.pl/attachment/attachment/308/Dzieje_ALG_i_AMG_www_20071030_1.pdf.
14. http://www.bub.unibo.it/en-US/Historical-Artistic-heritage/Museo-Aldrovandi.aspx?LN=en-US&idC=61669.
15. http://www.hunterian.gla.ac.uk/.
16. http://kunstkamera.ru/en/.

17. http://www1.medizin.uni-halle.de/iaz/meckel/seite6b.htm.
18. http://www.msn.unifi.it/mdswitch.html.
19. http://musee.vet-alfort.fr/web/Musee_Fragonard/151-copie-de-le-musee-fragonard.php.
20. http://www.rcseng.ac.uk/museums/.
21. http://www.narrenturm.at.
22. http://www.bmm.charite.de.

Praca zawiera 25 349 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

KAPŁONIENIE
CZYLI KASTRACJA PTACTWA DOMOWEGO ORAZ SPRZĘT DO TEGO UŻYWANY

Alicja Krzyżewska-Młodawska

Katedra Chorób Małych Zwierząt z Kliniką
Wydziału Medycyny Weterynaryjnej SGGW,
ul. Nowoursynowska 159 C, 02-776 Warszawa
alicja-krzyzewska@wp.pl

Kapłon to wykastrowany i specjalnie utuczony młody kogut. Kapłony były kiedyś wykwintnym i dość popularnym daniem. Kuchnia staropolska XVI i XVII wieku obfitowała w przepisy na dania z kapłonów np.: „potrawka z pięciu kapłonów" (2). W Wielkiej Brytanii praktyka kapłonienia była mniej popularna niż na lądzie, chociażby we Francji, gdzie w niektórych rejonach kraju zajęcie to stanowiło źródło dochodu, zwłaszcza dla kobiet. Cena kapłonów w Londynie była dwukrotnie wyższa niż nie kastrowanych kurcząt (1), co świadczy o wykwintności mięsa i potraw z niego przyrządzanych.

Zabieg kapłonienia wykonywało się głównie w celu uzyskania kogutów większych rozmiarów oraz bardziej tłustych, co poprawiało zdecydowanie smakowitość mięsa w porównaniu z kogutami niekastrowanymi. Opisane przez dr Kluka tymi słowami: "… *Kogut bowiem cały rzadko, zwłaszcza od pieszczonych żołądków, bywa zażywany: jakoż w samey rzeczy tak lubieżny, i gorący Ptak, nie ma innego mię-*

*sa, iako tylko suche, niesmaczne, i trudne do strawienia. Przeciwnym sposobem Kapłon, osobliwie tłusty, jest bardzo soczystym pożywieniem. …" (*3). Ponadto zapobiegano walkom kogutów w stadzie (1), co również zostało ciekawie opisane przez dr Kluka: „*Kapłona imię daie się owemu młodemu Kogutowi, ktoremu członki rodzajne wyrzynaia się, aby przez swe lubieżności nie wynędzniał, aby stał się tłuściejszym, i mięso iego było smacznieysze*" (3). Ponadto można było używać kapłonów jako opiekunów młodych kurcząt. Odciążało to kury i przyspieszało ich ponowne niesienie jaj: … "*Kapłony zażyte być mogą do prowadzenia Kurcząt dla oszczędzenia Kur, które prędzey niosąc się pożytkować mogą.* …" (3). Na kapłony wybierało się kogutki z wiosennego odchowu, najlepiej takie, które miały pojedynczy grzebień i niebieskawe policzki (4). Trzy- lub czteromiesięczne kogutki były najodpowiedniejsze (4, 5). Oznaką gotowości do kapłonienia było gdakanie i pianie oraz rośnięcie ostróg na tylnych kończynach (4). Kogutki natomiast późno wylężone nie nadawały się do zabiegu (3). Na parę tygodni przed kastracją odłączało się ptactwo od grupy, co miało na celu wolniejsze rozwijanie się jąder (4). Najodpowiedniejszymi miesiącami do wykonywania zabiegu są według Hobdaya sierpień, wrzesień i listopad. Natomiast dr Kluk zauważył zależność między ciepłą porą roku, a zwiększoną umieralnością kogutków po zabiegu. Dlatego zalecał kapłonienie najlepiej przed Św. Janem: „ *… osobliwie gdy się to czyni w ciepłe czasy, zdychać mogą… Kogutki poźno wylężone nie zdadzą się do tego: najlepsze są, które przed S. Janem kapłonione być mogą*" (3).

Do przeprowadzenia zabiegu kapłonienia potrzebne były dwie osoby (1, 4, 5): jedna do przytrzymania ptaka, a druga do wykonania samego zabiegu. W ostateczności może sobie poradzić jedna osoba przygniatając koguta 2 butelkami wody, połówkami cegły lub wywiązując pasami (1). Zwierzę powinno być przegłodzone na 24 - 36 godz. przed zabiegiem dzięki czemu przepełnione jelita nie zasłaniają pola operacyjnego (1, 5). Ptaka kładzie się na boku z wyciągniętymi do tyłu kończynami (1, 5), bądź na grzbiecie z kończynami przyciśniętymi do boków (4). W miejscu cięcia wyrywa się pióra. Opisywane były dwie metody kapłonienia: w starszych książkach z jednego cięcia w poprzek brzucha (4), natomiast w późniejszych doniesieniach preferowano metodę dwóch cięć zażebrowych (1, 5). Cięcie długości ¾- 1 cala wykonuje się w poprzek brzucha poniżej ogona (4) lub wzdłuż przedniego brzegu ostatniego żebra na długości 3 cm po prawej i lewej stronie (5), według Hobdaya natomiast pomiędzy dwoma ostatnimi żebrami (1). Jądra koguta znajdują się na wysokości ostatniego żebra tuż przy kręgach lędźwiowych. Po nacięciu powłok brzusznych i rozszerzeniu brzegów rany chwyta się krezkę jądra i skręca ją (5) lub miażdży odpowiednimi narzędziami. Nie zaleca się wyrywania na siłę jądra z powodu ryzyka krwawienia (1). W cięciu brzusznym wprowadza się palec nasmarowany oliwą na ślepo i szuka jąderek posuwając się wzdłuż grzbietu: ”…*Po zrobionym otworze, operujący smaruje sobie palec oliwą, wsuwa go przez otwór wewnątrz brzucha ostrożnie obok kiszek, po lewym boku, aż ku grzbietowi, gdzie jąderka płciowe w kształcie białego migdału są przyrośnięte, a namacawszy je, ujmuje*

zakrzywionym palcem najprzód prawe jądro, wysuwa je aż do otworu i jak najostrożniej wyłupuje je, następnie drugie. ...” (4).

Postępowanie pooperacyjne również różni się w zależności od zastosowanego cięcia i roku wydania podręcznika. W starszych doniesieniach i cięciu w poprzek brzucha zalecano włożyć do brzucha w miejscu jąderek kawałek niesolonego masła i ranę zszyć jedwabną nitką, posmarować olejem, a następnie posypać miałko przesianym popiołem, co miało przyspieszać gojenie się rany. Zalecano również oddzielić wykastrowane kogutki na 3 (3) lub 8 dni od reszty stada i zamknąć je w czystym kurniku oraz żywić chlebem i piwem oraz poić dużą ilością wody (4). Z kolei przy cięciu bocznym międzyżebrowym zalecano pozostawienie rany bez szycia, gdyż sama bardzo szybko się zasklepia. Jedynym ryzykiem jest odma podskórna, którą łatwo można zlikwidować nacinając skórę, co zupełnie nie stanowi zagrożenia dla ptaka (1). Przy cięciu bocznym za ostatnim żebrem zalecano zszycie rany kilkoma węzełkami (5).

Ciekawe są praktyki opisywane w podręczniku Lewandowskiego, stanowiące część składową kapłonienia. Otóż zalecano również poza odjęciem jąder pozbawić koguta grzebienia i dzwonków oraz odciąć ostrogi, które potem przytwierdza się na miejsce grzebienia. „… Aby kapłonowi wynagrodzić wziętą mu ozdobę w grzebieniu, osadza się w świeżej tegoż ranie, ucięte z nóg ostrogi, które łatwo się przyjmują i rosną, lecz i tu trzeba również to miejsce obficie zalewać oliwą i zasypywać popiołem, aby krwotok nie powstał i zagojenie rany prędzej nastąpiło. …”

Narzędzia używane do kapłonienia były stosunkowo proste. Podstawę stanowił nóż lub skalpel w zależności od stanu posiadania osoby wykonującej zabieg. Bardziej polecano stosowanie tępego noża. We wcześniejszych doniesieniach w ogóle nie używano narzędzi do uchwycenia i podwiązania jąder. Robiono to za pomocą własnych palców (4). Z czasem zaczęły pojawiać się narzędzia ułatwiające uchwycenie i wydobycie jądra. Przykładem takich narzędzi jest zestaw Farmer Miles składający się między innymi z łyżkowatego kształtu szczypczyków ułatwiających uchwycenie jądra oraz narzędzia rozchylającego żebra (1). Podręcznik Szyfelbajna zaleca oprócz narzędzi ogólnie używanych dodatkowo druciany rozwieracz ran, hak do przerwania otrzewnej i szczypczyki do skręcenia jąder (5). W zbiorach prywatnego Muzeum Weterynarii Wiesławy i Waldemara Krzyżewskich w Przasnyszu znajduje się zestaw mogący służyć do kapłonienia kogutów. Składa się on z dwóch skalpeli oraz trzech haków: jednego ostro, a dwóch tępo zakończonych. Szacowany ich wiek to koniec dziewiętnastego stulecia. Wszystkie oprawione są w drewnianych uchwytach. Skalpele są z zabezpieczeniem przypadkowego otwarcia. Jeden z nich wyprodukowany przez firmę G. Mann drugi natomiast przez firmę Thamm. Dwa haki są niewiadomej produkcji, jeden natomiast wyprodukowany przez firmę Bott and Walla.

Poza kogutami zabiegowi kastracji poddawano również kokoszki, indyki samce i samice (4), ponadto opisano zabieg u kaczek, gęsi, łabędzi oraz strusi (1). Oczywiście zabieg u innych ptaków wykonywany był zdecydowanie rzadziej niż u kogutów. Kokoszki poddane

kapłonieniu nazywane są pulardami (3). Zabieg wykonuje się również w celu polepszenia jakości mięsa kury. Procedura wykonania była podobna do tej u koguta. Nacięcia dokonywano pod ogonem po wcześniejszym wyskubaniu piór. Uwidaczniała się wtedy biała maciczka i po naciśnięciu palcem pod kuprem wysuwała się, wtedy zalecano jej odcięcie. Mięso pulardy porównywane było do bażanciego. U indyków zalecano dokonywanie zabiegu kapłonienia z cięcia bocznego ze względu na wielkość ptaka i tym samym łatwiejszy dostęp do jąder (4). Zabieg kapłonienia strusi wykonywano głównie w Republice Południowej Afryki. Z powodzeniem przeprowadzano go zarówno u samic jak i samców. Co ciekawe, zauważono zmianę koloru piór kastrowanych samic i tym samym wzrost ich wartości w porównaniu z samicami niekastrowanymi. Kapłonienie strusi stało się, jak donosi autor, bardzo popularne w regionie. Zabieg, w odróżnieniu od wykonywanego u kur był już przeprowadzany w znieczuleniu chloroformowym. Ponadto cięcia dokonywano od tyłu w miejscu przechodzenia kończyny w tułów, po uprzednim wywiązaniu strusia z kończynami wyciągniętymi do przodu. Zalecano również odkażanie miejsca cięcia oraz szycie wszystkich warstw w miejscu cięcia. U samicy strusia wykonuje się zabieg bardzo podobnie pamiętając, że ptaki mają rozwinięty tylko prawy jajnik (1).

Obecnie zabiegu kapłonienia już się nie wykonuje. Być może związane jest to z pojawieniem się kur typu brojler. Ponadto w Wielkiej Brytanii jest to procedura zakazana ze względu na dobro zwierząt,

z czym nie można się nie zgodzić. Zabieg nawet szybko wykonywany musi być bolesny i traumatyczny dla ptaka.

Streszczenie

Kapłonienie czyli kastracja kur, kogutów i innego ptactwa domowego. Opisano cele i sposób wykonywania zabiegu, narzędzia używane podczas procedury, ciekawe opisy postępowania podczas operacji jak i po zabiegu.

Piśmiennictwo

1. *Hobday Frederick T.G.*: Castration (including cryptorchids and caponing) and ovariotomy. Edinburg and London, 1914, 86-88.
2. *Karbowiak A.*: Obiady profesorów Uniwersytetu Jagielońskiego w XVI i XVII wieku. Towarzystwo Miłośników Historyi i Zabytków Krakowa, Kraków, 1900 r.
3. *Kluk K.X.*: Zwierzat domowych i dzikich, osobliwie kraiowych, historyi naturalney początki i gospodarstwo. Potrzebnych i pozytecznych domowych chowanie, rozmnazenie, chorob leczenie, dzikich łowienie, oswoienie, zażycie szkodliwych zas wygubienie. Tom II. Z figurami o ptastwie. Warszawa, 1779, 129-130.
4. *Lewandowski J.H.*: Poradnik Weterynaryi gospodarczej czyli nauka dochodzenia przyczyn , poznawania, zapobiegania i leczenia chorób: koni, bydła rogatego, owiec, trzody chlewnej, psów, kotów i ptastwa domowego, sposobem alleopatycznym i homeopatycznym dla użytku ziemian i chodujących zwierzęta domowe. Warszawa, 1878, 643-649.
5. *Szyfelbejn E.*: Przewodnik Lekarsko weterynaryjny. Praca zbiorowa. Warszawa, 1952, 396.

Praca zawiera 10 465 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

WETERYNARIA W FILATELISTYCE W ZBIORACH MUZEUM WETERYNARII W PRZASNYSZU

Waldemar Krzyżewski

Muzeum Weterynarii Wiesławy i Waldemara Krzyżewskich
06 – 300 Przasnysz ul. Gdańska 5
wkrzyzewski@wp.pl

Filatelistyka odzwierciedla różne aspekty życia społecznego, gospodarczego, kulturalnego jak też naukowego. Dlatego oczywiste jest, że pojawia się na znaczkach pocztowych również tematyka weterynaryjna. Najczęściej na znaczkach możemy spotkać naszych pacjentów z grupy zwierząt towarzyszących takich jak psy i koty. Przykładem jest np. seria wydana w 1969 r. w Polsce. Przedstawia ona wizerunki ośmiu najczęściej występujących ras psów w naszym kraju. Jak też seria pięciu znaczków z Kuby. Koty są reprezentowane na bloczkach wydanych przez lokalne poczty Federacji Rosyjskiej. Równie często pojawiają się na znaczkach konie. Np. w ośmio-znaczkowej serii wydanej w 2005 r. na Ukrainie. Czy też na znaczkach niemieckich wydanych w latach czterdziestych ubiegłego wieku. Piękny jest znaczek przedstawiający św. Jerzego, na koniu, walczącego ze smokiem wydany przed pierwszą wojną światową w Rosji. Na znaczki trafiły również papużki, rybki, chomiki i króliki. Świetnym przykładem jest

seria z Izraela wydana w1998 r. Znacznie rzadziej są pokazywane wizerunki zwierząt gospodarskich. Do takich serii należą znaczki wydane w Rumuni w 1963 r., na których prezentowany jest drób domowy: kury, gęsi i indyki. Ale też bydło i świnie na znaczkach wydanych w 1962 r. Do takich tematów nawiązuje także seria prezentująca rasy świń wydana w Korei Pd. Pięknym przykładem tej tematyki jest seria wydana we Francji w 2004 r. prezentująca zwierzęta żyjące na fermie. Zobaczymy tam krowę, osła, królika i kurę z pisklętami. Owce oczywiście znajdziemy na znaczkach z Nowej Zelandii i Australii. Na znaczkach znajdziemy też użytkowane przez człowieka, ale dla nas, zwierzęta egzotyczne. Słonie są na znaczkach z Laosu wydanych w 1982 r. Wielbłądy na znaczkach z Mongolii z 1985 r. i znaczku z Afganistanu z 1997 r. Na znaczkach spotkamy także gołębie ozdobne jak i pocztowe - seria polska z 1994 r., seria kubańska z 2001 r., czy znaczek hiszpański z 1986 r. Należy też wspomnieć o pszczołach prezentowanych na znaczkach z Białorusi, Azerbejdżanu, byłego ZSRR, Korei, Fidżi, Argentyny, Izraela i innych. Do owadów użytkowych należy również jedwabnik prezentowany na znaczkach tureckich z 1989 r.

Na znaczkach prezentowane są podstawowe nauki biologiczne mające zastosowanie w weterynarii. Paleontologię prezentują znaczki pokazujące rozwojowe formy prehistoryczne konia - seria wydana w Afganistanie w 1996 r. Genetyka jest prezentowana na znaczkach wydanych w 1984 r. przez Watykan. Widzimy na nich Grzegorza Mendla - czeskiego zakonnika żyjącego w latach 1822–84, odkrywcę

podstawowych praw genetyki (4). Światowej sławy fizjologów ukazują znaczki wydane w Argentynie. Prezentują one: Wiliama Harvey'a to żyjący w latach 1578–1657 angielski fizjolog i anatom, który pierwszy opisał budowę i funkcjonowanie układu krwionośnego (4). Drugi z serii to Cloud Bernard, żyjący w latach 1813–78 francuski fizjolog, odkrywca glikogenu i jego przemian oraz roli wątroby w przemianie cukrów (4). Następny - Iwan Pawłow, żyjący w latach 1849–1936, rosyjski fizjolog, który jako pierwszy opisał odruchy warunkowe (4). Hematologia jest zaprezentowana na kopercie ostemplowanej okolicznościowym stemplem ze zjazdu hematologów, który się odbył w 1961 r. w Wiedniu. Farmakologię zaprezentowano na kopertach wydanych z okazji zjazdów farmakologów w 1963 roku w Pradze i w 1975 r. w Helsinkach. W 1971 r. ukazała się w Kanadzie koperta wydana z okazji pięćdziesiątej rocznicy odkrycia insuliny. Mikrobiologia i immunologia zaś jest reprezentowana na kopercie wydanej w 1966 r. we Francji. Zaprezentowany jest na niej Ilia Miecznikow, laureat Nagrody Nobla - rosyjski mikrobiolog i zoolog, żyjący w latach 1845–1916, odkrywca zjawiska fagocytozy (4). Na innej kopercie widzimy Luwika Pasteura (1822 – 95), francuskiego mikrobiologa, twórcę podstaw immunologii i mikrobiologii, który jako pierwszy opracował skuteczną szczepionkę przeciwko wściekliźnie (4). W 1943 r. w Niemczech wyemitowano znaczek z okazji setnej rocznicy urodzin Roberta Kocha, żyjącego w latach 1843–1910, niemieckiego mikrobiologa odkrywcy prątka gruźlicy i tuberkuliny (4). W 1982 r. ukazała się karta pocztowa wraz ze znaczkiem prezentująca tego uczonego. W Polsce zaś

w 1977 r. ukazała się koperta prezentująca polskiego mikrobiologa i zoologa, odkrywcę szczepionki przeciwko durowi brzusznemu (4) - prof. Rudolfa Weigla, który żył w latach 1883 – 1957.

Hodowlę zwierząt zaprezentowano na ośmiu znaczkach. Widzimy na nich: krowy, konie, owce, świnie, gęsi i kury. Serię tę wydano w Polsce w 1975 r. z okazji XX Zjazdu Europejskiej Federacji Zootechnicznej w Warszawie. Znaczek z 1971 r. o podobnej treści wyemitowano z okazji Wystawy Rolniczej w Argentynie - pokazuje także zwierzęta hodowlane. Podobnie jak i koperta fińska z 1988 r. Także na licznych kopertach wydawanych z okazji zawodów jeździeckich, wystaw psów rasowych w Polsce w 2006 r., Szwecji 1989 r., czy też NRD w 1989 r. Hodowla owiec jest prezentowana na kopertach wydanych w Australii w 1987 i 1988 r. Szczególnie bogato jest prezentowana hodowla pszczół. Na znaczkach wydanych w 1963 r. w Czechosłowacji z okazji Apimondii. W Polsce ukazała się z tej okazji sześciuznaczkowa seria z 1987 r., w której oprócz pszczół i ula jest pokazany bartnik przy pracy nad barcią. Z tej okazji ukazało się również kilka kopert okolicznościowych. W 2005 r. ukazał się znaczek z Apimondii w Irlandii. W 2000 r. obecna Jugosławia wydała znaczek z okazji kongresu pszczelarskiego. W 2000 r. Ukraina wydała znaczek pokazujący Piotra Prokopowicza ,ojca pszczelarstwa Ukrainy i Rosji, z okazji 150. rocznicy śmierci. W Polsce bardzo częstym gościem na znaczkach jest ks. dr Jan Dzierżon, żyjący w latach 1811-1906, twórca nowoczesnego polskiego pszczelarstwa (4). Pokazano go na znaczkach i kopertach z: 1956, 1971, 1987, i 2006 roku. Specjalnymi kopertami zo-

stały upamiętnione dni pszczelarstwa w Katowicach w 1987 r. i w Zamościu w 1990 r. Biologię żywności pokazuje znaczek wydany w Bułgarii w 2005 r. z okazji 100-lecia odkrycia przez Stamena Grigorowa (1878–1945) bułgarskiego mikrobiologa bakterii Lactobacillus bulgaricus odpowiedzialnych za pozytywną fermentację mleka i produkcję jogurtu (4).

Anatomia zwierząt jest ukazana na znaczku wydanym w Afganistanie w 1996 r. Pokazany jest na nim schematyczny szkielet konia. Parazytologia zwierząt jest pokazana w serii kubańskiej. Na znaczkach widzimy pasożyty: psa, konia, owcy, świni, krowy i kury.

Opieka sanitarna i związana z nią kwarantanna jest prezentowana na serii znaczków wydanych w Antylach Holenderskich w 1979 r. Pokazują wizerunki konia, bydła i kozy, oraz logo panamerykańskiego biura sanitarnego w Waszyngtonie. Opieka nad hodowlą świń jest ukazana na kopercie wydanej w Finlandii w 1998. Opiekę sanitarną nad zwierzętami dzikimi ukazuje seria znaczków wydanych w Korei w 1979 r. i koperta wydana w Finlandii w 1982 r. Kwarantanna sanitarna jest przedstawiona na kopercie, która ukazała się w 2008 r. w Australii. Kwarantanna jest jednym z elementów walki z chorobami zakaźnymi. Kilka z nich znalazło swoje odzwierciedlenie w filatelistyce. Dwa bloczki wydane w 2007 r. w Gwinei Bissau są poświęcone wściekliźnie, roli psów w jej rozprzestrzenianiu i szczepionce wynalezionej przez Ludwika Pasteura. Na pierwszym bloczku widzimy Ludwika Pasteura i akt szczepienia człowieka, a w tle psy rasy Bernardyn ratujące dzieci. Na drugim bloczku zamieszczono cztery znaczki,

na których umieszczono Ludwika Pasteura przy pracy w laboratorium i gabinecie lekarskim, w tle każdego znaczka widnieje inna rasa psa ratującego ludziom życie z symbolem Czerwonego Krzyża na opaskach. Często na znaczkach ukazana jest walka z gruźlicą; np. na znaczku Polskiego Związku Przeciwgruźliczego z 1932 r., serii znaczków podkreślających występowanie gruźlicy u zwierząt dzikich – Finlandia 1961 r. Z okazji setnej rocznicy odkrycia prątka gruźlicy wydano w Polsce dwie koperty. Na jednej z nich - dwa znaczki pokazujące Roberta Kocha i Odo Bujwida, polskiego mikrobiologa, autora wielu prac z zakresu weterynarii, żyjącego w latach 1857–1942 (3), oraz okolicznościową pieczęć mówiącą o tej rocznicy. Na drugiej kopercie jest Robert Koch zarówno na znaczku jak i pieczęci pokazującej jego związek z Wolsztynem. Jugosławia wydała także znaczek z okazji tygodnia walki z gruźlicą. Przedstawiono na nim w sposób graficzny popiersie Roberta Kocha. W prawym dolnym rogu widnieje dwuramienny, czerwony krzyż gruźliczy. Z tej samej okazji w 1993 r. w Macedonii ukazał się bloczek pokazujący drogi szerzenia się gruźlicy. Bloczek składa się z czterech znaczków. Na pierwszym widnieje tylko napis: Tydzień Walki z Gruźlicą - 14 – 21.09.1993. Na drugim - pszczoła miodna. Na trzecim - grupa dzieci. Czwarty, to wychodząca zza skały koza, jako istota zagrożoną gruźlicą. Na wszystkich znaczkach widnieje charakterystyczny dwuramienny krzyż gruźliczy. W dwóch państwach afrykańskich ukazały się znaczki pokazujące walkę z pomorem bydła (księgosuszem). W 1968 r. taki znaczek ukazał się w Senegalu. Przedstawia on w bardzo sugestywny sposób byka w połowie

zdrowego z symbolem strzykawki jako szczepienia przeciwko księgosuszowi i w drugiej połowie oddzielonej ciemną linią martwego byka - nieszczepionego. Drugi znaczek o podobnej treści wydano w Górnej Wolcie. Zaprezentowano na nim w sposób graficzny szczepienie bydła przez lekarzy weterynarii. Zwalczanie brucelozy pokazano na kopercie wydanej w 1964 r. na Malcie. Pokazane są na niej dwa znaczki prezentujące uczonych zajmujących się tą chorobą. Jest tam Dawid Bruce - szkocki lekarz, mikrobiolog pałeczki maltańskiej (brucella melitensis) (4), żyjący w latach 1855 – 1931. Drugi znaczek prezentuje grafikę związaną z Kongresem FAO o tej tematyce. W 2007 r. wydano w Korei znaczek pokazujący walkę z grypą zwierząt - w tym ptasią i świńską. Widnieje na nim wizerunek lekarza wykonującego dezynfekcję oraz schematyczne rysunki kury, gęsi, psa, świni i dzikich ptaków na tle mapy świata. W prawym dolnym rogu umieszczono symbole serotypów wirusa.

Położnictwo zwierząt zostało przypomniane pieczęcią okolicznościową wydaną przez Towarzystwo Przyjaciół Ziemi Przasnyskiej z okazji 100. rocznicy urodzin prof. dra hab. Romana Hoppe (1908–1979). Wykładowcę położnictwa zwierząt na warszawskim Wydziale Weterynarii i autora 110 publikacji weterynaryjnych (1).

Okazją do wypuszczania w obieg znaczków o tematyce weterynaryjnej stały się kongresy naukowy odbywające się w różnych krajach świata. Znaczkami i okolicznościowymi kopertami zostały upamiętnione światowe kongresy weterynarii odbywające się w Australii w 1983 r. Na znaczku wydanym z tej okazji możemy zobaczyć odciski

łap psa pozostawionych na marmurowej posadzce. Znaczek umieszczony został na specjalnej kopercie z wydrukowaną grafiką pokazującą lekarza weterynarii leczącego konia, dziecko bawiące się z psem, jak również plaster pszczeli i różne rasy kur. W Japonii w 1995 r. na znaczku przedstawiono zdjęcie psa rasy labrador oraz schematyczne rysunki krowy i konia. W Tunezji w 2002 r. wydano znaczek, na którym w sposób schematyczny przedstawiono zarys krowy, owcy i kury. U dołu znaczka widoczne są symbolicznie narzędzia pracy lekarza weterynarii; mikroskop, strzykawka i płytka Petriego. Specjalną kopertę z pieczęcią i nadrukiem wydano w Hiszpanii z okazji światowego kongresu specjalistów chorób małych zwierząt. Nadruk na kopercie przedstawia obrączkowanego ptaka ozdobnego siedzącego na gałęzi w sposób schematyczny oraz napis: Barcelona 24–27 wrzesień 1980. Z boku rysunku widnieje nazwa kongresu. Również w Polsce ukazywały się okazjonalne pieczęcie na kopertach z okazji Zjazdów PTNW, np. w roku 1971 w Warszawie, w 1978r. we Wrocławiu, w 2004 r. w Warszawie. Okazjonalna pieczęć ukazała się również na kopercie wydanej z okazji II Międzynarodowej Konferencji Włośnicowej we Wrocławiu w 1969 r. Pieczęć ma kształt wydłużonego prostokąta – z lewej strony, w kwadracie rysunek włośnia i napis górny: Trichinellosis, napis dolny - Wrocław 26–29 VI 1969 po środku napis: II Międzynarodowa Konferencja Włośnicowa.

W specjalny sposób uczczono rocznice powstawania szkół weterynaryjnych w rożnych krajach. 200-lecie powstania szkoły weterynaryjnej w Alfort we Francji 1967 r. uczczono znaczkiem, na którym

widnieje podobizna prof. Gastona Ramona (1886 – 1963) francuskiego lekarza weterynarii, odkrywcy szczepionki przeciwko tężcowi i błonicy (4), nadrukiem na kopercie i pieczęcią. Dwusetną rocznicę szkoły weterynaryjnej w Wiedniu upamiętniono zestawem trzech kopert i specjalnym znaczkiem z symbolem weterynarii. Na pierwszej widnieje scena przedstawiająca jeźdźca prowadzącego konia. Na drugiej wizerunek słonia w ZOO. Na trzeciej powiększony znaczek pocztowy wydany z tej okazji. Widzimy na nim symbol weterynarii - wąż owinięty wokół kielicha, wokół symbolu napis: Dwieście lat szkoły weterynaryjnej w Wiedniu. 200-lecie szkół weterynaryjnych upamiętniono również w Danii w 1973 r. na znaczku przedstawiono wizerunek założyciela szkoły, oraz w Szwecji w 1975 r. Na szwedzkim znaczku obok ryciny weterynarza leczącego konia, widnieje podobizna Petera Hernqvista, (1726–1808) szwedzkiego uczonego a zarazem założyciela szkoły. W Polsce 125 rocznicę powstania warszawskiej uczelni weterynaryjnej upamiętniono dwiema okolicznościowymi pieczęciami. Na jednej widnieje schematyczny wizerunek krowy z profilu, nad nim daty 1840-1965, a w otoku napis: 125 lat Uczelni Weterynaryjnej. Na drugiej pieczęci jest przedstawiona schematycznie głowa krowy. W centrum rysunku znak weterynarii - wąż owinięty na mieczu. Między rogami daty: 1840- 1965, a w otoku środkowym napis: Zjazd absolwentów. W otoku zewnętrznym, napis: 125 lat Uczelni Weterynaryjnej. W 2003 r. ukazał się znaczek upamiętniający 150-lecie powstania szkoły weterynaryjnej w Meksyku. Znaczek przedstawia zbitkę dwóch fotografii. Jedna przedstawia leczenie konia w XIX wieku, druga - współczesną salę

operacyjną. W prawym rogu symbol weterynarii - duża litera V i napis: 150 lat nauki weterynarii w Meksyku. Swoją szkołę weterynaryjną uhonorowała też Górna Wolta. Na znaczku przedstawiono graficznie leczenie przez dwóch lekarzy krowy rasy afrykańskiej. Dość często można spotkać nadruki weterynaryjne na kopertach - np. nadruk „Veterinary medicine" na kopercie wydanej w Stanach Zjednoczonych w 1980 r. Czy też w Polsce, nadruki regionalnych Izb Weterynaryjnych, np. Warszawskiej Izby Lekarsko – Weterynaryjnej na kopercie z 2005 r. firm weterynaryjnych - firmy farmaceutycznej Scan Vet Poland na kopercie z 2008 r, firmy farmaceutycznej Bio Factor na kopercie z 2010 r. czy też Targów Weterynaryjnych na kopercie z 2008 r.

To krótkie opracowanie tylko przybliża ten temat i obejmuje pozycje znajdujące się w jednej kolekcji. Nie zawiera ono chociażby znaczków opisanych przez Konrada Millaka w 1958 r. Znaczka wydanego w Turcji w 1957 r. przedstawiającego lek. wet. Mehmeta Ahifa - twórcę tureckiego hymnu narodowego. Jak też znaczka wydanego w Francji w 1951 r. Przedstawieni są na nim trzej zasłużeni twórcy współczesnej weterynarii francuskiej: Boulet, Choveau i Nocard (2).

Streszczenie

Na znaczkach pocztowych często możemy spotkać naszych pacjentów. Prezentowane są również różne aspekty życia naukowego oraz społecznego środowiska weterynaryjnego. Przedstawiony zbiór nie prezentuje całości tej tematyki, ale stanowi znaczny jej wycinek.

Piśmiennictwo

1. *Krzyżewski W.*: Historia Weterynarii Ziemi Przasnyskiej w XIX i XX wieku. Przasnysz 1994.
2. *Millak K.:* Lekarze weterynaryjni na znaczkach pocztowych. Medycyna Weterynaryjna, 1958, 14, (11),704.
3. *Millak K.*: Słownik Polskich Lekarzy Weterynaryjnych 1394 – 1918. Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne, Lublin, Warszawa 1960 – 1963.
4. Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, Warszawa 1996.

Praca zawiera 15 939 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

WPŁYW DOMESTYKACJI NA KSZTAŁTOWANIE RAS I MORFOTYPÓW PSA ORAZ WYSTĘPOWANIE CHORÓB

Marta Kupczyńska, Karolina Barszcz,
Michał Skibniewski, Maria Makowiecka

Katedra Nauk Morfologicznych Wydziału Medycyny Weterynaryjnej
SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa
marta_kupczynska@sggw.pl

Pies (*Canis lupus f. domestica, Canis lupus f. familiaris, Canis familiaris*) towarzyszy człowiekowi od tysięcy lat, dlatego też historia jego ewolucji związana jest nieodłącznie z dziejami ludzkości (11, 19). Od najstarszych epok wokół pierwotnych ludzi krążył dziki pies. Oba gatunki zasiedlały te same środowiska, polowały na podobne zwierzęta, będąc naturalnymi biologicznymi konkurentami. Z upływem czasu konkurencja przeobrażała się w swoistą „symbiozę" – wspólnotę. Człowiek zaczął izolować dzikie osobniki, wykorzystywać je jako stróży i pomocników w łowiectwie, zwierzęta zaś otrzymywały pożywienie. Z całą pewnością w pewnym okresie trwania owej wspólnoty dzikie psy znajdujące się w siedlisku pierwotnego człowieka zaczęły się rozmnażać, tym samym dając początek ich domestykacji i dalszej hodowli. Liczne badania specjalistów dotyczące procesu oraz miejsca udomowienia tego gatunku doprowadziły do powstania wielu teorii.

Bardzo często były one sprzeczne z sobą, a ich autorzy wielokrotnie zmieniali zdanie. Obecnie uważa się, że praprzodkiem psa domowego był wilk szary (*Canis lupus*), a zmiany ewolucyjne polegały na przystosowaniu go do środowiska i potrzeb człowieka. Współczesne badania genetyczne naukowców w Kalifornii na materiale pobranym zarówno od wilków, kojotów i szakali oraz różnych ras psów, zamieszkujących odmienne strefy geograficzne, potwierdziły hipotezę, że to właśnie wilk jest protoplastą współczesnego psa domowego (4, 14, 18, 21). Najstarsze, odkryte do tej pory, szczątki kostne psa znalezione bezpośrednio obok ludzkich datowane są na ok. 14 000 lat p.n.e. (12). Natomiast badania z wykorzystaniem technik biologii molekularnej sugerują, że proces wyłaniania się gałęzi genetycznej psa, związanej ze wspomnianą izolacją psa dzikiego, nastąpił znacznie wcześniej, bo nawet 135 000 – 100 000 lat p.n.e. (13, 18). Archeozoolodzy wyróżniają następujące zasadnicze pojęcia związane z udomowieniem: monotopię i politopię oraz monofilię i polifilię. Oznacza to, że udomowienie następowało w jednym (monotopia) lub wielu (politopia) niezależnych od siebie ośrodkach geograficznych oraz że określony gatunek wywodzi się od jednego (monofilia) lub wielu (polifilia) praprzodków. W stosunku do *Canis lupus f. domestica*, z całą pewnością można stwierdzić, że jest gatunkiem politopicznym. Przypisuje się mu także monofiletyczność, choć bezwzględnie gatunek kształtowały różne odmiany wilka, bytujące w poszczególnych strefach geograficznych (11).

Do najstarszych i niezależnych od siebie ośrodków udomowienia psa zaliczane są obszary współczesnej Europy, Palestyny, Iraku, Ameryki Północnej oraz Dalekiego Wschodu. Z odnalezionych szczątków kostnych psa tych obszarów datowanych na przełom paleolitu i wczesnego mezolitu archeolodzy zrekonstruowali trzy podstawowe jego formy: *Canis familiaris inostrancevi*, *Canis familiaris ladogensis*, *Canis familiaris putiatini*. Każda z nich dała początek określonym liniom rozwojowym, formującym się w późniejszych okresach, którym nadawano kolejne miana łacińskie. W neolicie najbardziej pospolitym był tzw. pies torfowy (*Canis familiaris palustris*), którego szczątki kostne odnajdywane są na całym kontynencie dzisiejszej Europy. Uważa się go za protoplastę współczesnych małych psów reprezentujących takie rasy jak szpice, teriery, pinczery a także wielu z grupy psów określanych, jako ozdobne i do towarzystwa. W epoce brązu ukształtował się *Canis familiaris decumens*, ciężki pies o masywnej głowie, morfologicznie podobny do molosów. Od niego wywodzi się także psy stróżujące, owczarki oraz rasy sportowe (22).

W Starożytnym Egipcie powszechnie występowały psy przypominające pokrojem dzisiejsze charty. Były to osobniki wysokie, o szczupłej budowie ciała, wydłużonej części twarzowej głowy ze spiczastymi uszami, smukłych kończynach oraz długim ogonie. Ich ikonograficzne wizerunki znajdujemy na ścianach domostw, świątyń i grobowców oraz przedmiotach codziennego użytku. Znane są także liczne posążki a także reliefy przedstawiające właśnie takie psy. Zamieszczane inskrypcje określały je, jako *tesem*. Jednak na podstawie

licznych dokumentów ikonograficznych odnoszących się do scen życia codziennego, obrządków religijnych, walk i polowań wyróżniono około 13 odmiennych pokrojowo psów z różnych okresów tego państwa. Psy pełniły wiele funkcji: chroniły i pasły stada, brały udział w polowaniach oraz poruszały koła wodne w systemach irygacyjnych. Bardzo szybko uzyskały także status domowych i wartościowych zwierząt, stąd traktowano je również, jako cenne królewskie podarunki. Uważa się ponadto, że starożytni Egipcjanie byli pierwszymi, którzy wprowadzili imiona dla swoich psów. Stosowne inskrypcje widnieją do dziś na ścianach różnych budowli, co wskazuje to na duży związek emocjonalny pomiędzy nimi i ich właścicielami. W piramidzie Cheopsa na jednym z malowideł umieszczono psa faraona – Akbaru. Ryciny czterech psów spoczywających u stóp swojego pana widnieją na ścianie grobowca Antefa II. Pod jednym z nich, psie o białej sierści i zwisających uszach, odczytano imię – Bahakaa (3, 12, 13). W panteonie bóstw egipskich znajdziemy wiele zoomorficznych odniesień do psa. Jednym z najstarszych znanych nam bóstw był Wepwawet. Przedstawiano go najczęściej, jako człowieka z głową zwierzęcia przypominającego szakala. Dlatego też, początkowo archeolodzy byli przeświadczeni, iż pies domowy w basenie Morza Śródziemnego wywodzi się właśnie od szakala. Z czasem Wepwaweta zaczęto nazywać Anubisem. To bóstwo miało już jednak głowę wyraźnie podobną do *tesema*. Podobnie wizualizowany był bardzo często najważniejszy z bogów tej kultury – Ozyrys. Przypuszcza się również, że Egipcjanie farbowali swoje psy. Na licznych malowidłach przedstawiane są one

w barwach czerwonych, zielonych i niebieskich. O emocjonalnym stosunku do psa świadczy także fakt, że po śmierci ciało zwierzęcia mumifikowano, a właściciele pogrążali się w żałobie. Istniało również prawo, które nakazywało każdemu, kto znalazł zwłoki psa ustalić ich pochodzenie i dostarczyć właścicielom, aby mogli je godnie pochować (2, 3, 5, 12, 13, 17). Około 625 roku p.n.e. w Egipcie powszechnie zaczęto hodować psy w typie molosów, morfologicznie przypominających dzisiejsze duże i ciężkie mastify. Przypuszcza się, że pochodzą one z krainy Molossis w Epirze, dzikich obszarów górskich leżących na granicy grecko-albańskiej (20). Sądzi się, że do starożytnego Egiptu przyprowadził je wraz ze swoim ludem, Molossus, wnuk Achillesa. Dlatego też, lud ten nazywano Molossami, a rasę ich psów – psami molosów. Trzymano je w licznych sforach i szkolono przede wszystkim do walki. Na podstawie zachowanych dokumentów można sądzić, że prowadzono nawet świadomą selekcję, celem otrzymania osobników o wyjątkowej wielkości, masie ciała, sile oraz agresji. Zwierzęta używano zarówno do zmasowanych ataków podczas prowadzonych wojen, jak i w walkach ku uciesze ludzi. Właściciele nadawali im bardzo sugestywne imiona np.: Ten Który Zniszczy Wszystkich Nieprzyjaciół, Zabójca Wszystkich Wrogów czy Ten Który Biegnie i Szczeka (3, 17).

W starożytnej Grecji psy nie były aż tak popularne jak w Egipcie. Arystoteles w swoich rozprawach zoologicznych wymienia wspomniane psy z Epiru, mniejsze, myśliwskie molosy z Molossji, lakońskie ze Sparty, cyrenejskie, indyjskie oraz maltańkie. Uważa się,

że Grecy wyhodowali jedną własną rasę psów lakońskich natomiast resztę sprowadzili z innych państw. Także i greckim wojskom często towarzyszyły liczne grupy psów wyszkolonych w walce (12).

Powszechnie przyjmuje się, że starożytni Rzymianie, jako pierwsi wprowadzili świadomą selekcję oraz hodowlę psów. Z zachowanych dokumentów wynika, że podzielili oni psy na trzy typy: *Canes Villatici* – o szerokiej klatce piersiowej, dużej głowie i oczach, opadających uszach (psy duże i molosowate), *Canes Pastorale* – osobniki duże w typie owczarka niemieckiego oraz *Canes Venatici* – małe psy sportowe oraz towarzyszące człowiekowi. Badania morfometryczne czaszek wykopaliskowych dowiodły, że w starożytnych Pompejach ówczesne psy wyraźnie zróżnicowały się na osobniki małe o morfotypie brachycefalicznym i dolichocefalicznym oraz duże w typie mesaticefalicznym (22). Większość psów sprowadzono z Grecji i innych krajów podbijanych przez Cesarstwo Rzymskie. Jedynie rasę saletyńską uważa się za rodzimie wyprowadzoną przez Rzymian. Z tego okresu pochodzi wiele informacji dotyczących użytkowania i utrzymania tych zwierząt. Ze względu na pełnione funkcje początkowo psy dzielono na myśliwskie, stróżujące i pasterskie. Zwracano również uwagę na aspekt przywiązania się psa do właściciela.

Religia muzułmańska uważa psy za „zwierzęta nieczyste“, jednak od najdawniejszych czasów prawo to nie dotyczy chartów saluki. Według wierzeń chart perski został zesłany ludziom przez Allacha i miał on przynosić im szczęcie oraz radość. Stąd też chart perski saluki uznawany jest za najstarszą na świecie rasę psów myśliwskich.

W starożytnym kraju Sumerów znany był już 5 tys. lat p.n.e. Ceniono go przede wszystkim za zdolności myśliwskie oraz niepowtarzalną urodę. Podziwiano jego harmonijną budowę, płynne, pełne gracji ruchy. Charty ze względu na szybkość poruszania się i dużą wytrzymałość wykorzystywano do polowań z sokołami na gazele oraz zające. Hodowano je w czystości rasy a także traktowano z szacunkiem w przeciwieństwie do tzw. „zwykłych psów". Wraz z wędrującymi Arabami psy te rozprzestrzeniły się w Afryce Północnej i na Bliskim Wschodzie (13).

W starożytnej Persji zabicie psa traktowano, jako zbrodnię. Cztery miasta w Babilonii zwolniono nawet z płacenia danin w zamian za to, że ich mieszkańcy zobowiązali się do utrzymania i szkolenia tych zwierząt dla wojska (3, 12).

W religii buddyjskiej bardzo silnie czczono dzikie kotowate, szczególnie zaś mitologicznego lwa. Przypuszcza się, że dlatego właśnie mnisi buddyjscy zaczęli selekcjonować psy w kierunku upodobnienia ich do tego zwierzęcia. Zastanawiające jest jednak to, że w konsekwencji były to osobniki drobne, o małych wymiarach, jednak z bardzo intrygującą i bogatą sierścią. Małe kudłate pieski mnisi uważali za święte i wierzyli w wędrówkę swoich dusz do ich ciał. Z tej grupy psów wywodzą się takie rasy jak pekińczyk, Lhasa apso, spaniel tybetański, terier tybetański i Shih tzu (20).

Historia powstawania ras jest tematem licznych pozycji literatury krajowej i zagranicznej, których autorami są często bardzo uznani badacze takich dyscyplin jak archeozoologia, zoologia czy biologia. Na-

leży tu jednak podkreślić, że w wielu przypadkach wyrażane poglądy bardzo różnią się między sobą. Próbę uporządkowania tych problemów podjęli kynolodzy. Uwzględniając proces powstawania poszczególnych ras dzielą oni psy na pięć podstawowych grup:

1. Rasy lokalne (naturalne)

Powstały na skutek nieświadomej selekcji człowieka w zamkniętej izolowanej populacji. Nazywane są również rasami prymitywnymi, a wśród nich możemy wyróżnić hodowane przez Pigmejów myśliwskie psy basenji, towarzyszące Eskimosom samojedy oraz protoplastów większości ras molosowatych – mastify tybetańskie.

2. Rasy przejściowe

Należą do nich psy rasowe wywodzące się z ras naturalnych, które zostały poddane świadomej selekcji w obrębie danej populacji. Przykładem są wyhodowane w Walii dwie rasy psów pasterskich welsh corgi cardigan oraz welsh corgi pembroke różniące się wielkością uszu i ogona. Obecnie uważa się, że na skutek kierunkowej selekcji uzyskano większość hodowanych współcześnie ras psów.

3. Rasy powstałe na skutek uszlachetnienia

Do ich utworzenia wykorzystano rasy lokalne, które krzyżowano z jedną bądź kilkoma rasami o pożądanych cechach. Następnie prowadzono świadomą selekcję osobników w celu ujednolicenia typu. Do

tej grupy zaliczane są m. in. owczarki szetlandzkie oraz setery angielskie.

4. Rasy kulturalne, czyli szlachetne

Wyprowadzone zostały na skutek świadomego krzyżowania rasotwórczego. Osobniki ras wyjściowych o wybranych cechach, kojarzono w celu uzyskania nowej rasy, lepiej przystosowanej do określonych zadań. Spośród nich należy wymienić m.in.: dobermany, czeskie teriery i czechosłowackie wilczury.

5. Rasy powstałe przez wykorzystanie pojawiającej się spontanicznie mutacji pojedynczego genu i utrwalenie jej poprzez hodowlę wsobną.

Do tej grupy zalicza się wszystkie rasy nagich psów, u których występuje gen braku owłosienia oraz osobniki ras achondroplastycznych charakteryzujące się skróceniem kości długich (9).

Z świadomą hodowlą, dążącą do powstawania i utrwalania konkretnego fenotypu, wiąże się wiele problemów. Związane są nie tylko z bezpośrednim procesem selekcji, ale także z określonymi kosztami. Dlatego też, w 1911 roku powołano Międzynarodową Federację Kynologiczną (Fédération Cynologique Internationale, FCI). Głównym zadaniem tej organizacji jest propagowanie hodowli psów rasowych, urządzanie wystaw i pokazów a także oparte na podstawach naukowych tworzenie nowych oraz udoskonalanie istniejących standardów dla osiągnięcia idealnych eksterierowo przedstawicieli ras (7, 8, 23).

Aktualnie zarejestrowano ponad 350 ras, które zaklasyfikowano do 10 grup, odzwierciedlający pochodzenie i użytkowość psów:

Grupa 1 – Owczarki i inne psy pasterskie z wyłączeniem szwajcarskich psów do bydła,

Grupa 2 – Pinczery i sznaucery, molosy, szwajcarskie psy górskie i do bydła, pozostałe rasy,

Grupa 3 – Teriery,

Grupa 4 – Jamniki,

Grupa 5 – Szpice i psy w typie pierwotnym,

Grupa 6 – Psy gończe i rasy pokrewne,

Grupa 7 – Wyżły,

Grupa 8 – Aportery, płochacze i psy dowodne,

Grupa 9 – Psy ozdobne i do towarzystwa,

Grupa 10 – Charty.

Bez względu na region geograficzny zmiany związane z udomowieniem psa dotyczą zawsze cech morfologicznych, fizjologicznych oraz w znacznej mierze wzorców behawioralnych. Szczególnie ostatnio wymienione mogą być bardzo drastyczne oraz manifestować się zarówno, jako hipertrofia jak i atrofia określonych zachowań. Uciążliwe szczekanie, często w wyniku spostrzeżenia nieznanego kształtu czy przedmiotu, wielokrotne znakowanie moczem miejsca swojego pobytu (domu), koprofagia (zjadanie własnych odchodów), objawianie ogromnego stresu w sytuacjach nagłych (hałas, strzały) – to przykłady hipertrofii zachowań. Atrofię obserwujemy przede wszystkim w zachowaniach macierzyńskich (zanik wyrywania sierści

podczas budowy gniazda, brak podstawowych instynktów przy karmieniu potomstwa), zaburzeniach komunikacji wewnątrzgatunkowej na skutek dokonywanych świadomie przez człowieka zmian fenotypowych (obcinanie ogona, modelowanie uszu) oraz co ma bezpośredni związek ze zmianami fizjologicznymi – przełamanie monoestralności. Należy jednak podkreślić, że mimo wpływu działalności człowieka, przeważająca większość psów domowych zachowała niezwykle ważną cechę charakterologiczną wywodzącą się od dzikich przodków, czyli bytowanie w stadzie. W grupie wielo-osobniczej psów bardzo szybko kształtuje się hierarchia podobna do modelu typowego dla wilków prowadzących złożone życie społeczne. Także pojedynczy osobnik traktuje domowników oraz ludzi wokół niego, jako własne stado. Warto jednak zaznaczyć, że na strukturę tak pojętej sfory wpływ ma przede wszystkim człowiek, a nie zwierzę (9).

W wyniku przyjętych metod hodowlanych dążących do ukształtowania określonych cech fenotypowych doprowadzono do utrwalania określonego genotypu.

Główną zasadą stosowaną w tym procesie było sterowanie rozrodem, a więc łączenie tylko osobników o widocznych pożądanych cechach morfologicznych. Nie mniej ważnym celem było osiągnięcie cech psychicznych, przydatnych przede wszystkim do określonego typu użytkowania. Od stuleci uważano, że otrzymanie „czystego rasowo" osobnika można uzyskać tylko na drodze kojarzenia równie „czystych" i uznanych za wzorcowe reproduktorów oraz matek. Metoda hodowli w bliskim pokrewieństwie (inbred) odegrała istotną rolę nie tylko

w kształtowaniu konkretnej rasy. Dziś możemy także stwierdzić, że inbred miał zasadniczy wpływ na tworzenie gatunków. Bowiem jeżeli w jakiejś populacji pojawi się nowa, korzystna cecha, to tym szybciej się ona utrwali, im bardziej ta populacja będzie pozbawiona wpływów zewnętrznych. Taką drogą powstał między innymi pies domowy poprzez świadome odseparowanie przez człowieka grupy wilków. W tym aspekcie inbred nie zawsze jest przyczyną wywołującą błąd genetyczny. Zarówno w przyrodzie jak i hodowli pozbawionej ingerencji człowieka działa podstawowa zasada ewolucji – doboru naturalnego. Osobniki chore, lub jedynie tylko różniące się eksterierem od pozostałych, podlegają eliminacji i nie biorą udziału w dalszym rozrodzie. Uznanie jednak tej metody hodowlanej, jako jedynej w prowadzeniu rasy musiało wywołać także nieoczekiwane konsekwencje. Korzystanie tylko z tzw. rodowodowych osobników, głównie championów spowodowało, że jeden reproduktor był ojcem nawet kilkuset potomków. Niestety, tylko te z nich, które stawały się championami równie aktywnie brały udział w reprodukcji, często kojarzone w bardzo bliskim pokrewieństwie. W efekcie można stwierdzić, że dochodziło do paradoksalnej sytuacji, którą można określić, jako świadome „klonowanie" wzorcowych osobników. Należy tu także podkreślić, że często ujawnienie się jakiejś mutacji stanowiło podstawę do utrwalenia określonego pokroju – psów o małych wymiarach ciała, bezwłosych lub przeciwnie z nadmiernym owłosieniem, ze spłaszczonymi twarzami, krótkimi kończynami itp. Cel dalszej hodowli związany był wyłącznie z zachowaniem wyglądu, który spodobał się człowiekowi. Zbyt mała pula

genowa zdeterminowała utrwalanie cech niepożądanych. Stąd też w obrębie gatunku *Canis lupus f. familiaris* obserwujemy wyjątkowe predyspozycje rasowe lub morfotypowe do występowania określonych chorób. Problem ten jest tematem wielu publikacji, także obszernych monografii, z których wynika, że dotyczy to ogromnej liczby chorób. Patologie upośledzają prawidłowe funkcjonowanie każdego układu organizmu, u określonych ras wywołują choroby systemowe oraz metaboliczne lub objawiają się znaczącą skłonnością do chorób nowotworowych i mogą dotyczyć osobników w każdym wieku. Swoistymi rekordzistami są tu owczarki niemieckie, które stanowią około 16% wszystkich psów rasowych. Obecnie stwierdzono około 140 chorób dziedzicznych, rodzinnych, idiopatycznych lub do których ta rasa jest wyjątkowo predysponowana. Badania duńskie wykazały, że wśród psów chorych na nadwrażliwość kontaktową 50% stanowiły właśnie owczarki niemieckie. Choroba ta związana jest z nadmierną reakcją alergiczną skóry lub błon śluzowych w kontakcie z bardzo różnymi substancjami, w tym niestety również lekami. Rasa ta jest także obciążona najgorszym wskaźnikiem rasowym, w stosunku do dysplazji stawu biodrowego (6). Równie drastyczne problemy dotykają grupy pudli. Opisano u nich ponad 100 takich chorób. Poważne patologie, takie jak chrzęstniakowatość mnoga, mnoga dysplazja nasad kości, pseudochondroplazja, ujawniają się przede wszystkim u pudli miniaturowych i związane są z ciężkimi zaburzeniami w budowie szkieletu kończyn. Grupa tych psów predysponowana jest także do chłoniakomięsaka, czerniaka jamy ustnej czy nowotworów jąder. Obserwujemy

obecnie ponowny wzrost popularności bokserów. Prowadzone badania morfometryczne szkieletu głowy upoważniają do stwierdzenia, że ta rasa nie jest jeszcze do końca ukształtowana (11). Tym bardziej w dalszej pracy holowanej należy uwzględnić, że już dziś opisano w jej obrębie skłonność do 79 chorób. Jedną z poważniejszych jest kardiomiopatia rozstrzeniowa, którą odnotowano u 3,4% populacji bokserów (6). Powszechne są także wady zgryzu, głównie przodozgryz, co ma zasadniczy wpływ na pobieranie pokarmu. Według A. Gough i A. Tomas'a (2006) innymi rasami równie obciążonymi są cocker spaniele (98 chorób), labrador retriver (93), doberman (76), golden retriver (73), sznaucery (69), jamniki (69), beagle (62), buldogi (60), rottweiler (57), pointery (50).

Obecnie uważa się, że najwięcej niepożądanych zmian związanych jest z aparatem ruchu. Wiele ras określanych jest wspólnym mianem achondroplastycznych lub chondrodystroficznych. Defekt ten spowodowany jest działaniem pojedynczego recesywnego genu, a ujmując to bardzo ogólnie choroba polega na zaburzeniach wzrostu chrząstek nasadowych. W konsekwencji u osobników dorosłych dochodzi do skrócenia kości kończyn i rozrostu kości czaszki. Do ras obciążonych tą chorobą należą: gryfony, jamniki, alaskan malamuty, buldogi, boston teriery, pekińczyki, basety (9). Psy ras dużych (powyżej 12 kg), tzw. szybkorosnących, predysponowane są do wspomnianej już dysplazji stawów biodrowych. Odnosi się ona do nieprawidłowo ukształtowanych elementów kostnych, co powoduje niestabilność stawu, wtórne zmiany zwyrodnieniowe, nadwichnięcia lub zwichnięcia.

Poza całkowitą protetyką choroba jest praktycznie nieuleczalna. Powstaje na skutek złożonego oddziaływania pomiędzy czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Obok owczarków niemieckich, patologię tę stwierdza się u labrador retriverów, dogów niemieckich i rottweilerów. U wymienionych ras obserwuje się również inny złożony proces chorobowy, o podłożu poligenicznym, określany, jako dysplazja stawu łokciowego. Najczęściej występującą postacią tego zaburzenia jest całkowite bądź częściowe odłamanie się wyrostka łokciowego (tzw. izolowany wyrostek łokciowy). Odizolowany fragment kości prowadzi do zmian zapalnych w stawie, a w konsekwencji do ograniczenia zakresu ruchów zginania i prostowania (10). Psy miniaturowe i średnie cechuje wrodzone zwichnięcie rzepki. Istotą tego problemu są zaburzenia rozwojowe dotyczące grzebienia bloczka kości udowej lub samej rzepki. Zaburzenia dotyczące budowy kręgów (tzw. półkręgi) oraz prawidłowego, synchronicznego wzrostu kości promieniowej i łokciowej są charakterystyczne dla buldogów. Do spontanicznego złamania końca dalszego kości piszczelowej bardzo często dochodzi u greyhoundów wyścigowych.

Powszechnym problemem w hodowli psów jest także zespół oddechowy psów krótkogłowowych, określany także, jako zespół niedrożności górnych dróg oddechowych lub syndrom brachycefaliczny. Termin ten odnosi się do wielu nieprawidłowości anatomicznych stwierdzanych u psów ras brachycefalicznych takich jak: buldog angielski, buldog francuski, boston terier, pekińczyk, shih tzu, mops, cavalier King Charles spaniel. Do najczęściej opisywanych zaburzeń

zalicza się: zwężenie nozdrzy przednich, załamanie osi długiej przewodów i małżowin nosowych, powiększenie migdałków, wydłużenie podniebienia miękkiego, wywinięcie kieszonek krtaniowych, zwężenie szpary głośni oraz zapadnięcie krtani i tchawicy. Stopień natężenia tych zmian jest osobniczo zmienny. U poszczególnych przedstawicieli morfotypu brachycefalicznego może rozwijać się pojedyncza wada lub najróżniejsze kombinacje wymienionych nieprawidłowości. Anomalie anatomiczne prowadzą do zaburzeń w przepływie powietrza przez górne drogi oddechowe i wywołują objawy niedrożności takie jak głośne oddychanie, świst oddechowy, duszność, sinica oraz omdlenia. Objawy te nasilają się najczęściej podczas wysiłku fizycznego, pobudzenia emocjonalnego oraz pod wpływem wysokiej temperatury otoczenia. W większości przypadków osobniki dotknięte tym zespołem adaptują swój organizm do specyficznej morfologii, ale często wywołuje on poważne dolegliwości ogólnoustrojowe, pociągające konieczność interwencji chirurgicznej (15). Morfotyp brachycefaliczny obciążony jest także szeregiem patologii dotyczących gałek ocznych. Wynika to przede wszystkim z charakterystycznie ukształtowanej trzewioczaszki (twarzy) i stosunkowo płytkich oczodołów (1). Patologie układu ruchu dotyczą także mięśni. U psów różnych ras stwierdza się liczne miopatie dziedziczne. Należy tu wymienić: dystrofię mięśni prowadzącą do zwyrodnienia cytoszkieletu mięśni szkieletowych, dziedziczną miopatię labradorów (DML), miotonię charakteryzującą się nieprzerwanym czynnym skurczem i opóźnioną fazą rozluźnienia mięśni oraz warunkowane genetycznie miopatie niezapalne (16).

Proces konsekwentnej selekcji w celu kształtowania poszczególnych ras wpłynął także na uwarunkowane genetycznie predyspozycje do chorób metabolicznych i ogólnoustrojowych. Można tu wymienić zapalenie wątroby bedlington terierów, spowodowane odkładaniem się miedzi w hepatocytach; kamicę moczanową i nefropatię dalmatyńczyków bądź cukrzycę pudli. Zaburzenie rozwojowe takie jak wrodzone zespolenie wrotno-oboczne występuje, jako wada związana z rasą miniaturowych sznaucerów, yorkshire terierów, wilczarzy irlandzkich, buldogów angielskich i owczarków staroangielskich.

Niektóre patologie są tak charakterystyczne dla poszczególnych ras, że wyodrębniono je, jako oddzielne jednostki, np. anomalia oka collie. W stosunku do tej rasy opisano szereg wad dotyczących gałki ocznej, uwarunkowanych genetycznie i związanych z kojarzeniem osobników marmurkowych z przewagą okrywy białej (6).

Dążenie do utrwalenia określonego koloru sierści wywołało także i inną patologię obserwowaną praktycznie w obrębie każdej z ras. Często z genem białego włosa związana jest głuchota jedno- lub obustronna (6).

Przytoczone liczne przykłady wyraźnie wskazują jak świadoma działalność człowieka wpłynęła negatywnie na gatunek *Canis lapus f. familiaris*. Niestety należy stwierdzić, że mimo ogromnej wiedzy, jaką dziś posiadamy w dużym stopniu pomijamy ją w prowadzonej współcześnie hodowli psów rasowych.

Streszczenie

Świadoma działalność człowieka w celu uzyskania idealnie eksteriorowych osobników wpłynęła negatywnie na gatunek *Canis lapus f. familiaris.* Dlatego też obserwujemy wyjątkowe predyspozycje rasowe lub morfotypowe do występowania określonych chorób.

Piśmiennictwo

1. *Bedford P.G.C.*: Choroby gałki ocznej u psów ras brachycefalicznych. Magazyn Weterynaryjny, 2010, 19, 492-498.
2. *Chrószcz A., Janeczek M., Pospieszny N.*: Mumie zwierzęce w starożytnym Egipcie. Medycyna Wet. 2006, 62 (11), 1330-1332.
3. *Cunliffe J.*: Rasy Psów – Kompendium. Parragon, Ożarów Mazowiecki, 2005.
4. *Dzik J.:* Dzieje życia na Ziemi. Wprowadzenie do paleobiologii. PWN, Warszawa, 2003.
5. *Freeman C.*: Egipt. Starożytne kultury. Wydawnictwo Penta, Warszawa, 1998.
6. *Gough A., Thomas A.*: Predyspozycje rasowe do chorób u psów i kotów. SIMA WLW, Warszawa, 2006.
7. *Grandjean D.*: The Royal Canin Dog Encyclopedia. Aniwa Publishing, Paris, 2005.
8. *Grandjean D.*: The Royal Canin Dog Encyclopedia. Small & Toys Breeds. Aniwa Publishing, Paris, 2006.
9. *Kaleta T., Fiszdon K.:* Wybrane zagadnienia z genetyki i zachowania się psów. Wydawnictwo SGGW, Wrszawa, 2002.
10. *Kealy J.K., McAllister H.*: Diagnostyka radiologiczna i ultrasonograficzna psów i kotów. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2007.
11. *Kupczyńska M.*: Anatomia kliniczna jamy nosowej i zatoki czołowej psa domowego (*Canis lupus f. domestica*). SGGW, Warszawa, 2007.
12. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości. WUW, Warszawa, 2005.
13. *Monkiewicz J., Wajdzik J.*: Kynologia. Wiedza o psie. UWP, Wrocław, 2007.
14. *Morell V.*: The origin of dogs: running with the wolves. Science 1997, 276, 1647-1648.
15. Nelson R.W., Couto C.G.: Choroby wewnętrzne małych zwierząt. t.I, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
16. *Nelson R.W., Couto C.G.*: Choroby wewnętrzne małych zwierząt. t.III, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
17. *Oeser E.*: Człowiek i pies. Historia przyjaźni. Bellona, Warszawa, 2009.
18. *Pennisi E.*: A Shaggy dog history. Science, 2002, 298, 1540-1542.
19. Polskie Nazewnictwo Zoologiczne. I. Ssaki. Polskie Towarzystwo Zoologiczne. Komisja Nazewnictwa Zwierząt Kręgowych. PWN, Wrocław, 1986.

20. *Räber H.*: Encyklopedia psów rasowych. t. I. MULTICO Oficyna Wydawnicza, Warszawa, 1999.
21. *Vilá C., Savolainen P., Maldonado J.E., Amorim I.R., Rice J.E., Honeycutt R.L., Crandall K.A., Lundeberg J., Wayne R.K.*: Multiple and ancient origins of the domestic dog. Science, 1997, 276, 1687-1689.
22. *Zeda M., Manca P., Chisu V., Gadau S., Lepore G., Genovese A., Farina V.*: Ancient Pompeian Dogs – morphological and morphometric evidence for different canine populations. Anat. Histol. Embrol. 2006, 35, 319-324.
23. Związek Kynologiczny w Polsce www.zkwp.pl.

Praca zawiera 28 209 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

DR MED. JERZY /GEORG/ SEGER – SIEDEMNASTOWIECZNY LEKARZ I BOTANIK

Marian Łysiak, Aleksander Drygas

Komisja Historyczna
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.
87-100 Toruń ul. Chopina 10
marianlysiak@wp.pl

Jerzy Georg Seger urodził się 8 lipca 1629 r. w Norymberdze[1]. We wczesnej młodości przybył z rodzicami do Torunia, gdzie uczęszczał do miejscowego gimnazjum (stąd nie bez powodu w wieku dojrzałym uważał się za Torunianina). Po ukończeniu gimnazjum w 1648 r. wyjechał na studia medyczne do Lipska[2]. Wiedzę medyczną pogłębiał następnie w kolejnych uniwersytetach europejskich – w Wittenberdze, Altdorfie, Bazylei i Kopenhadze, (gdzie zresztą przebywał najdłużej, bo w latach 1652-1655). Pociągała go tam asystentura i przyjaźń z wybitnym anatomem duńskim Thomasem Bartholinem (1616-1680), któremu później zresztą zawdzięczał swoje zainteresowania i sukcesy w tym przedmiocie.

---

[1] Drygas A., Seger Jerzy (1629-1678)…, *Słownik Biograficzny Pomorza Nadwiślańskiego*. T. 4 (R-Ż), Gdańsk 1997, s. 193.
[2] Ibidem: zob. równ.: Nadolski Br., *Wyjazdy młodzieży gdańskiej na studia zagraniczne w XVII wieku*. „Rocznik Gdański", T. XXIV, 1965, s. 197.

Trudne warunki materialne zmusiły go jednak do podjęcia funkcji guwernera dla synów znanych osobistości, po raz pierwszy zajmował się synami podkomorzego halickiego Jana Teodora Potockiego, po raz drugi byli to synowie Elżbiety Berens w Wandsbeck pod Hamburgiem[3]. Dzięki temu mógł odbyć kolejne podróże naukowe, m.in. przebywał w Akademii w Sora, w Lüneburgu, na uniwersytecie w Altdorfie, wreszcie w Bazylei[4] (gdzie świeże jeszcze były wybitne osiągnięcia w zakresie botaniki Kaspra Bauhina, zmarłego w 1624 r.). Podczas pobytu w Bazylei, Seger w 1660 r. uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie rozprawy pt. „De Hippocratis orthodoxaria in doctrina de nutritione foetus humani in utero". Po obronie pełnił w Bazylei (przelotnie) obowiązki asesora (odpowiednik dzisiejszego adiunkta), po czym w 1662 r. ponownie wyjechał do Kopenhagi.

W roku 1663 Jerzy Seger powrócił do Torunia, gdzie objął obowiązki fizyka miejskiego. W 1666 r. w Gimnazjum Toruńskim powierzono mu zaszczytną funkcję honorowego profesora fizyki i matematyki, którą pełnił do roku 1673[5].

Okres toruński w biografii Jerzego Segera zapisał się wzmożoną działalnością naukową; to on w Toruniu przeprowadził pierwszą sekcję zwłok w 1666 r.[6] (70 lat wcześniej aniżeli dr med. Henryk Lo-

---

[3] Drygas A., Seger Jerzy (1629-1678)…, s. 193.
[4] Ibidem.
[5] Salomonowicz S., *Kultura umysłowa Torunia między barokiem a oświeceniem*. [w:] Historia Torunia
pod red. M. Biskupa. Tom II, cz. III, Toruń 1996, s. 346.
[6] Ibidem.

elhoeffel w Warszawie). Popularność Segera musiała być znaczna w Polsce, skoro przez 12 lat zajmował stanowisko nadwornego lekarza aż trzech królów polskich – Jana Kazimierza, Michała Korybuta Wiśniowieckiego i Jana III Sobieskiego[7].

Pokaźny jest też jego dorobek publikacyjny (przeszło 30 publikacji)[8], a wśród nich pięć dotyczących padaczki: „Epilepsja ex incauto usu olei Juni perini", „Epilepsja igne curata", „De epilepsja gravidarum eiusque embrionem per XXV hebdomadas infestante", „De caecitate post epilepsiam in parturiente" i „De strabismo ex epilepsja"[9]. Przedmiotem jego zainteresowania było też zwłóknienie trzustki: „De Scirro Pancreatis et Glandularum Mesenterii Lethali". Warto tu dodać, że powyższą publikację oparł na podstawie przypadku trzyletniej dziewczynki przybyłej do Torunia z Lublina w 1673 roku. U pacjentki dr Seger stwierdził opóźniony rozwój fizyczny, przewlekłą gorączkę, wymioty oraz biegunkę. W badaniu pośmiertnym wykonanym przez chirurga Bartholomausa Taubenheima ustalono, że jedyną zmianą chorobową była stwardniała trzustka i węzły chłonne krezki. Opis ten był trzecim, po Peterze Paaw (Leyda 1595) Gerardzie Blasiusie (Amsterdam

---

[7] Ibidem.
[8] Drygas A., Seger Jerzy (1629-1678)…, s. 194.
[9] Łysiak M., Dr med. Georg Seger (1629-1678), pionier w dziedzinie epileptologii dziecięcej w Toruniu.
„Neurologia Dziecięca", Vol. 14/2005, Nr 28, s. 59-61.

1677) w literaturze europejskiej[10], dotyczącego takiego przypadku medycznego (czyli diagnostyki mukowiscydozy)[11].

Może warto w tym miejscu jeszcze dodać, że dziś już wiemy, że mukowiscydoza jest chorobą genetyczną, dziedziczoną po obojgu rodzicach, nosicielach nieprawidłowego genu „cystic fibrosis transmembrane regulator" (CFTR), odpowiedzialnego za pojawienie się tej choroby[12].

Po 10 latach pracy w grodzie Kopernika Jerzy Seger przeniósł się do Gdańska (prawdopodobnie po ponętniejsze stanowisko)[13], gdzie w 1674 roku (wg S. Sokoła w 1675 roku) objął katedrę anatomii w Gimnazjum Gdańskim oraz stanowisko lekarza miejskiego, które zajmował do końca życia[14] (zmarł 19 grudnia 1678 roku).

Jako lekarz miejski Seger miał prawo sprawdzać wiadomości kandydatów na chirurgów oraz rozsądzać ewentualne spory (obowiązek ten lekarze miejscy spełniali dopiero od połowy XVI w.). Gdy 11 marca 1677 roku Seger zgłosił burmistrzowi śmiertelny wypadek,

---

[10] Szczepaniak M., Krawczyński M., Cichy W., Kotelska-Dubiel N., *Obraz mukowiscydozy* (CF)
w opisach do początku XX wieku. „Ped. Pol." 2003, LXXVIII, 1, s. 80.

[11] Łysiak M., Czarnecki J., Dr med. Georg Seger (1629-1678), autor pierwszego w Polsce opisu
mukowiscydozy u 3-letniej dziewczynki. „Ped. Wsp. Gast. Hepatol. i Żyw. Dziecka". 2005, 7, 1,
s. 61-62.

[12] Brzozowska Z., *Błąd w łańcuchu DNA*. „Gazeta Farmaceutyczna", Nr 2/166/, 2006, s. 34.

[13] Salomonowicz S., op. cit., s. 309.

[14] Drygas A., Seger Jerzy (1629-1678)…, s. 194.

do którego doszło na skutek nieumiejętnego leczenia przez niepowołanego osobnika, Rada Miejska wezwała pokątnego „lekarza" w celu wyjaśnienia tej sprawy, a następnie poleciła lekarzom miejskim poddać go egzaminowi[15].

Także w Gdańsku Seger, jako profesor anatomii, przeprowadzał publiczne sekcje zwłok. Był członkiem Academiae Naturae Curiosorum oraz utrzymywał kontakty z Towarzystwem Naukowym w Londynie[16].

Seger był też autorem wielkiego podręcznika przyrodoznawstwa, którego wydanie drugie z 1677 roku (jedynie dziś istniejące) ukazało się w Gdańsku pt. „Synopsis physicae antiquo-novae". Pierwsze wydanie dzieła, dziś nieznane, przygotował autor jeszcze w okresie toruńskim. Jak już napisał S. Salomonowicz: „Seger był umiarkowanym eklektykiem o postawie filozoficznej, jednakże jego podręcznik, obejmujący całość wiedzy o przyrodzie otwierał już drogę do zdobyczy nauki nowożytnej"[17].

Zaangażowanie się Segera w sprawy medyczne szło także w parze z jego zainteresowaniami botanicznymi (niewątpliwie widać tu wpływ J. K. Bauhina, z którym Seger zetknął się podczas studiów w Bazylei).

O zainteresowaniach botanicznych Segera świadczy – opublikowana jeszcze w 1699 roku – dysputa pt. „Theoremata physica de

[15] Ibidem.
[16] Ibidem.
[17] Salomonowicz A., op. cit., s. 346.

animalis et in specie de plantis", na której tezy odpowiadał student Gimnazjum Toruńskiego Daniel Grewer[18].

Nadto Seger ogłosił cztery drobne notatki botaniczne w czasopiśmie „Synopsis Musaei Wormiani", gdzie wymienił rzadkie rośliny, owoce i korzenie, jakie znajdowały się w muzeum przyrodniczym profesora Wormiana[19].

Można zatem powiedzieć, że od zarania swego dorosłego życia Jerzy Seger był popularyzatorem najnowszych osiągnięć nauki europejskiej w dziedzinie botaniki, a jednocześnie świetnym wykładowcą tego przedmiotu w Gimnazjum Akademickim. Jego wykłady odznaczały się jasnością i zarazem przejrzystością, choć botanika nie była jego główną dziedziną zainteresowań; swymi pracami badawczymi zapisał się raczej w historii nauk medycznych i zoologicznych, znany był bowiem z tego także, że dokonywał sekcji łasic, różnych ptaków, węży i innych zwierząt[20].

Zainteresowanie Segera botaniką, musiało być jednak dosyć spore, skoro znalazło wyraz w prywatnej jego korespondencji. Przykładem list wysłany z Torunia do dr Sachsa we Wrocławiu, w którym główna uwaga poświęcona była roślinie rosnącej w okolicach Torunia,

---

[18] Sulma T., Schwarz Z., *Z dziejów botaniki na Pomorzu Gdańskim*. Część II. *Rozwój botaniki w Gdańsku w dobie oświecenia*. „Studia i Materiały z Dziejów Nauki Polskiej". Seria B. Z 27, 1977, s. 71.

[19] Drygas A., Seger Jerzy (1629-1678)…, s. 195.

[20] Ibidem.

a którą Seger określił – po łacinie – jako „Polygonum polonicum cocciferum” lub „Chermasinum polonicum”[21]. Sprawa jest bardzo ciekawa, ale też i bardzo niepewna. Zresztą sam Seger też tak do końca nie był pewny, co to była za roślina, skoro w liście do Sachsa wymienił tylko dwie przypuszczalne nazwy: Polygonum polonicum… i Charmesinum polonicum – po polsku: „rdest polski” i „kosmaczek polski”.

Zostawmy jednak na chwilę dociekania botaniczne nad owymi roślinami zwróćmy uwagę na ich podwójne nazewnictwo łacińskie, jakiego użył Seger. Skąd ono się wzięło? Ze stuprocentową pewnością można stwierdzić, że był to efekt pobytu studiów Segera w Bazylei, gdzie świeży jeszcze był wpływ znakomitego mistrza Kaspra Bauhina (1560-1624), który dla botaniki europejskiej położył wielkie zasługi, był on bowiem pierwszym badaczem – systematykiem roślin, który „wymyślił” podwójną dla nich nazwę: rodzajową i gatunkową (vide: Pinax theatri botanici, Basel 1623). Nie bezpodstawnie zatem Seger w liście do Sachsa wspomniał nazwisko Bauchina, kiedy próbował badane przez siebie rośliny określić podwójnym nazewnictwem (oczywiście, należy tu dodać, że od czasów K. Bauhina nazewnictwo roślin ulegało zmianie za sprawą kolejnych systematyków, głównie Karola Linneusza (1707-1778) i innych, choć ich podwójne nazewnictwo pozostało.

---

[21] Miscellanea Curiosa sive Ephemeridum Medico – Physicarum Germanicarum Academiae Naturae
Curiosorum. Biblioteka Narodowa, Warszawa. Druk z 1670 r., sygn. P.S. 1663/krus 7225. druk
w mikrofilmie Nr 83969.

Wróćmy jednak do roślin wymienionych w liście do Sachsa. Oczywiście, rozpoznanie ich przez Segera było błędne. Nie mniej Seger w swych dociekaniach botanicznych podał bardzo istotną informację, że ów „rdest" (Polygonum) bądź „kosmaczek" (Chermesinum) – jak je wystawić na działanie słońca, to po pewnym czasie opada z nich coś na kształt … piasku, który – również po pewnym czasie – ożywa! „Piasek" ów – jak podał Seger – przekształcał się w … żywe robaczki, które „utarte na mokro barwią łatwo i wszystko na kolor karmazynowy".

I ta właśnie informacja okazała się właściwym drogowskazem do zidentyfikowania rośliny jak i owego „piasku", który … ożywa! Rośliną tą jest czerwiec – Scleranthus, rodzaj z rodziny goździkowatych[22]. W Polsce – w miejscach piaszczystych na nizinach występuje czerwiec roczny (Scleranthus annus), zielony lub żółtawo – zielony oraz – rzadziej – czerwiec trwały (Scleranthus perennis), błękitnawy lub sinozielony, na którego korzeniach pasożytuje owad, tzw. „czerwiec polski" – Porphyrophora polonica[23]. To właśnie tego pluskwiaka zbierano masowo w średniowieczu, używając do barwienia tkanin; był nawet eksportowany. Dopiero po odkryciu Ameryki pluskwiak ten

---

[22] Szafer Wł., Kulczyński St., Pawłowski B., *Rośliny polskie*. Część I. Warszawa 1988, s. 141;
- zob. rów.: *Wielka Encyklopedia Powszechna* PWN, T. 2, Warszawa 1963, s. 740.

[23] *Słownik biologów polskich*, red. Stanisław Feliksiak. Warszawa, PWN 1987:480.

(czerwiec polski) został wyparty przez sprowadzoną zza oceanu koszenilę[24].

Należy dodać, że koszenila (Coccus cacti L.), żyjąca w Meksyku na opuncji, dostarczała po wysuszeniu czerwonego barwnika, wchodzącego w skład karminu. Już od połowy XVI w. koszenila całkowicie wyparła polski surowiec, jakim był czerwiec polski – Porphyrophora polonica L.

Jerzemu (Georgowi) Segerowi zawdzięczamy to, że w swoich zainteresowaniach botanicznych zwrócił uwagę na taką „dziwną" roślinę, która dostarczała „żywego piasku" – małego robaczka, który był (i jest nadal) małym pluskwiakiem, a który wysuszony dostarczał ongiś cennego barwnika.

Streszczenie

Biografia dr med. Jerzego (Georga) Segera należy do najbardziej frapujących spośród współczesnych mu lekarzy toruńskich. Urodzony 8 lipca 1629 roku w Norymberdze, we wczesnej młodości przybył z rodzicami do Torunia. Studiował na znaczących uniwersytetach europejskich. Był autorem przeszło 30 publikacji z zakresu medycyny, a także o dziwo botaniki. Autorzy przytaczają badania Segera dotyczące, jak się zdawało, dziwnej rośliny rosnącej w okolicach Torunia.

[24] Drygas A., *Historyczno – gospodarcze i naukowe tło narodzin przemysłu chemicznego i farmaceutycznego w Europie*. ACTA MEDICA PREMISLIENSIA, Tom XXII, 2001, s. 45-64.

Roślinę tę nazwał Polygonum polonicum (rdest polski) i Charmesinum polonicum (kosmaczek polski). Rozpoznanie to było błędne, jednakże informacja o opadającym z niej żywym piasku okazała się drogowskazem do rozpoznania czerwca, z którego w średniowieczu produkowano cenny barwnik.

Praca zawiera 10 446 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

EPIDEMIE JAKO PRZYCZYNY PORAŻEK MILITARNYCH ORAZ POWAŻNYCH STRAT OSOBOWYCH I MATERIALNYCH

Mirosław Mariusz Michalski

Katedra Parazytologii i Chorób Inwazyjnych
Wydziału Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,
michmm@uwm.edu.pl

Choroby zakaźne i inwazyjne towarzyszyły ludzkości od początku narodzin życia. Dzieje ludzkości były ustawicznie przeplatane długimi okresami epidemii – trądu, dżumy, ospy, tyfusu plamistego, kiły, cholery, duru brzusznego, salmoneloz, gruźlicy, wąglika i innych, które były przyczyną większych strat wśród ludzi niż same działania wojenne. Wielokrotnie o losach wojen rozstrzygał nie oręż, lecz straty poniesione w wyniku szerzących się epidemii. Do tego, występujące wśród zwierząt epizootie doprowadzały państwa do ruiny gospodarczej i były przyczyną klęsk głodowych (1, 2). Epidemie przyczyniły się do upadku Aten, Kartaginy, powstrzymały pochód Aleksandra Macedońskiego do Indii. Dżuma Justyniana, która ciągnęła się przez pół wieku, pochłonęła około 10 mln obywateli Imperium Rzymskiego (przy średniej liczbie mieszkańców szacowanej na około 60 mln), przyczyniając się walnie do jego upadku (1). Epidemia tyfusu prawdopodobnie zdziesiątkowała w 166 r. n.e. powracającą po pokonaniu Partów

armię Marka Aureliusza. Dzieje starożytnej Grecji są również związane z wieloma epidemiami. W połowie V w. p.n.e. Ateny były u szczytu potęgi militarnej i gospodarczej, a ich największym rywalem była Sparta. Każde z miast dążyło do przejęcia władzy nad jak największą liczbą greckich polis. W momencie najazdu spartan na środkową Grecję, ateńczycy schowali się za murami miasta mając zamiar nękać terytoria spartańskie najazdami od strony morza. Tego planu nie udało się jednak zrealizować, ponieważ w 430 r. p.n.e. w oblężonych Atenach oraz pobliskim Pireusie wybuchła zaraza, która w ciągu kolejnych czterech lat spowodowała śmierć mniej więcej jednej trzeciej ludności miasta, o czym możemy przeczytać w zapiskach starożytnego historyka Tukidydesa. Na podstawie opisu można sądzić, że tajemniczą zarazą mogła być dżuma, ospa, a może nawet zakażenie wąglikiem. Dopiero współczesne badania greckich uczonych pod kierunkiem dr Manolisa Papagrigorakisa z uniwersytetu w Atenach, oparte na badaniach DNA z zębów trzech ofiar tej tajemniczej choroby, dowiodły, że ludzie ci byli zakażeni bakterią *Salmonella typhi*, która powoduje dur (tyfus) brzuszny. Choroba zebrała ogromne ofiary, a ostatnie dni życia wyglądały przerażająco. Według Tukidydesa – „z braku mieszkań ludzie tłoczyli się w dusznych barakach – a było lato – i umierali w zupełnym chaosie. Trupy leżały stosami, a chorzy tarzali się na ulicach". Według badaczy podczas epidemii zmarł mniej więcej co czwarty ateński żołnierz, łącznie z najważniejszym wtedy w Atenach Peryklesem. Doprowadziło to w konsekwencji do przegrania wojny w 404 r. p.n.e. Klęska Aten miała też bardzo poważne konsekwencje dla skłó-

conych Hellenów, których nie miał kto zjednoczyć i już kilkadziesiąt lat później macedoński król Filip II wkroczył na rdzenne ziemie greckie, torując drogę swemu synowi. Niektórzy uważają, że gdyby nie zaraza, to ten „bystry chłopak" zapisałby się na kartach historii jako Aleksander Macedoński, a nie Aleksander Wielki (12).

Antycznej potędze – Rzymowi, przynajmniej kilkakrotnie zaszkodziły nieznane choroby, oto jeden z takich przypadków. W II wieku germańskie ludy Markomanów i Kwadów zajmowały tereny dzisiejszych Czech i Moraw, a rzymskie plany zakładały utworzenie na ich ziemiach nowej prowincji – Markomanii. Miało więc dojść do przesunięcia granicy imperium daleko na północ, aż do podnóża Sudetów i Karpat. Należy domniemywać, że intensywne wpływy Rzymu objęłyby zapewne także i obszar znajdujący się po dzisiejszej polskiej stronie gór. Niestety, w 165 r. n.e. rzymskich legionistów zaatakowała tajemnicza zaraza, przywleczona ze wschodu. Według jednych badaczy była to odra, według innych – dżuma. Zaraza ta grasowała na terenie imperium przez co najmniej kilkadziesiąt lat. Historyk Kasjusz Dion odnotował, że tylko w samym Rzymie umierało dziennie około 2 tysiące osób. W sumie liczbę ofiar szacuje się na 5 mln, czyli ok. 5 – 7 % mieszkańców państwa, łącznie z dwoma znakomitymi cesarzami – Lucjuszem Werusem (w 169 r.) i Markiem Aureliuszem (w 180 r.). Można przypuszczać, że to osłabienie rzymskiej armii, a nie siła germańskich plemion, miało decydujący wpływ na niekorzystne dla imperium zakończenie wojen markomańskich w 180 r. n.e. Rzymianie musieli opuścić na zawsze tereny leżące na północ od Dunaju (12).

Choroby zakaźne niejednokrotnie utrudniały kampanie wojskowe, przyczyniały się do ich wstrzymania lub były przyczyną dużych strat w oddziałach wojskowych. Wiemy, np. z „Iliady", że w wojskach greckich oblegających Troję panowała jakaś zaraza, od której ginęły zwierzęta, a potem ludzie (1). Jedną z najstarszych chorób ludzkości jest włośnica (wywoływana przez larwy *Trichinella spiralis*, czyli włośnia krętego). Zachowały się opisy zachorowań na tę chorobę wśród wyznawców religii judejskiej, stąd, w zasadach prawa starozakonnego od dawna przestrzegano zakazu spożywania mięsa wieprzowego. Podobnie i Mahomet (7 wiek p.n.Ch.) za przykładem Mojżesza zakazał spożywania wieprzowiny, uznając ją za źródło choroby. Prawdopodobnie, pierwszą, najstarszą epidemię włośnicy zanotowano w 422 r. p.n.e. u Kartagińczyków, których posłano na wojnę z Sycylią. U żołnierzy wystąpiły objawy chorobowe wskazujące na włośnicę, co zadecydowało o niepowodzeniu tej zbrojnej wyprawy (11).

Również historię wypraw krzyżowych czyta się jak kronikę epidemii. Dla przykładu – w pierwszej krucjacie armia, która w roku 1098 stanęła pod Antiochią w sile około 300 tysięcy ludzi, do roku 1101 stopniała do 20 tysięcy, a czwarta krucjata pod wodzą Baldwina z Flandrii wskutek wybuchu dżumy nie doszła w ogóle do Jerozolimy. Od roku 1500 p.n.e. historia notuje 41 okresów epidemii dżumy, która wyludniała miasta i wsie, a do Europy została zawleczona najpierw przez Rzymian, a później przez krzyżowców (2). Dżuma szalejąca w Europie w XIV wieku opóźniła o około sto lat nadejście renesansu. Do tej pory sądzono, że spowodowała ona zagładę około jednej trze-

ciej ludności Europy, lecz obecnie mówi się już o mniej więcej połowie europejczyków, a nawet 60 % całej populacji. Norweski historyk Ole J. Benedictow twierdzi, że przed epidemią w Europie mieszkało 80 mln ludzi, a zmarło aż 50 mln. Brak rąk do pracy oraz elit zdolnych do rządzenia przyczynił się do ostatecznego upadku systemu feudalnego i rozwoju bardziej nowoczesnych form organizacji społecznej. Z kolei paradoksalnie, strach przed powracającą dżumą powodował zamykanie miejskich łaźni i „kult brudu" (12).

W wielu kampaniach duże straty powodowała kiła (łac. *Lues*), choroba zakaźna wywoływana przez krętka bladego (*Treponema pallidum*), zwana powszechnie syfilisem lub francuską chorobą. Pierwszy jej atak w Europie zanotowano w 1495 r. wśród oblegających Neapol żołnierzy francuskich króla Karola VII. Inwazja Francuzów zakończyła się szybko i krętek blady wraz z żołnierzami powędrował na północ Europy (7).

Smutne karty w historii świata zapisała ospa prawdziwa (inacz. czarna ospa – łac. *Variola vera*), wirusowa choroba zakaźna o ostrym przebiegu. Cechuje ją bardzo duża śmiertelność, nawet do 80 % i zniszczyła ona niejedno potężne imperium. Pierwszą znaną w historii ofiarą ospy był faraon Ramzes V (1160 r. p.n.e.), a pierwsza odnotowana epidemia ospy prawdziwej pojawiła się w czasie wojny peloponeskiej (431- 404 p.n.e.) pomiędzy ateńczykami i spartanami (5, 12). Historia powszechna mówi, że hiszpańscy konkwistadorzy zwyciężali, ponieważ mieli lepszą broń (armaty i muszkiety), jednak to broń biologiczna, którą hiszpańscy żołnierze nieświadomie przynieśli, wyrządziła

znacznie więcej szkody. W 1519 r. Hernan Cortes dobił do brzegu ówczesnego imperium Azteków. Początkowo był postrzegany jako Bóg, ale z czasem aztekowie wzniecili rebelię i hiszpanie musieli uciekać. W czasie walki chory na ospę Hiszpan zmarł, a aztekowie przeszukując ciała poległych najeźdźców zostali przez przypadek zainfekowani. Ospa powoli wyniszczała społeczeństwo azteków (szacunkowo około 25 % populacji), ich żołnierzy i samego imperatora. Hiszpański ksiądz opisał to następująco: ”Jako że Indianie nie znali lekarstwa na chorobę, umierali gromadnie, umierali jak pluskwy. Nierzadko zdarzyło się, że każdy z domu umarł i, że niemożliwym było zakopać znaczną liczbę zmarłych, zawalano ich domy, żeby stały się ich grobowcami”. Żołnierze, którzy przeżyli byli słabi, wtedy też łatwo pokonano azteków i dotarto do Tenochtitlan, gdzie Cortes stwierdził, że ospa zabiła więcej azteków niż armaty. W imperium Inków efekt ospy był jeszcze bardziej wyniszczający. Ospa prawdziwa szybko roznosiła się od wsi do wsi imperium. W ciągu miesięcy choroba zabiła imperatora, jego następcę i większość ważnych dowódców, a wkrótce potem imperium najechał zbrojnie Francisco Pizarro. Z kolei, w czasie wojny prusko-francuskiej w latach 1870 - 1871 na ospę zmarło ponad 23 tys. żołnierzy, więcej niż poległo w walce (13).

Sama idea użycia w walkach broni biologicznej (stosując tutaj współczesne nazewnictwo) jest bardzo stara, co zilustruje kilka przykładów. Jeden z udanych przypadków ataku bronią biologiczną w starożytności dotyczył tularemii. Dokonali tego Hetyci, wykorzystując fakt, że tularemia wywołuje chorobę u ponad 100 gatunków zwierząt

i człowieka, stąd straty można zadać ludziom i jednocześnie obniżyć potencjał gospodarczy wroga, paraliżując oddziały transportowe wykorzystujące zwierzęta juczne i doborowe oddziały rydwanów. Hetyci posłużyli się żywymi (zarażonymi) zwierzętami, jako środkiem roznoszenia choroby. Historia świata odnotowała tę chorobę jako „zarazę hetycką" lub „chorobę hetycką" i pustoszyła ona kraje Bliskiego Wschodu pod koniec 14 w. p.n.e. Powracające z kampanii w Syro-Palestynie wojska hetyckie przeniosły tularemię na teren ich własnego państwa w Anatolii. Tajemnicza choroba była przyczyną śmierci królów hetyckich – Suppiliuma I i Arnuwanda II. Wykorzystało to państwo Arzawy, które zaatakowało z północy, pociągając za sobą kilka innych państw. Z kolei Hetyci, przed podjęciem przeciwuderzenia wysłali na teren wroga zarażone tularemią zwierzęta. Choroba dotknęła samego władcę Uhhazitisa, którego dotknął stan zapalny stawów kolanowych (10). Obecnie wiemy, że tularemia jest ostrą zakaźną chorobą bakteryjną, wywoływaną przez polimorficzną pałeczkę *Francisella tularensis*. Charakterystyczną cechą choroby jest obrzęk zmienionych węzłów chłonnych i może również wystąpić posocznica, zarówno u zwierząt jak i u ludzi. U ludzi choroba objawia się wysoką gorączką, potami, bólami mięśni i stawów.

Inne przykłady - w 6 w. p.n.e. Asyryjczycy zatruwali żywność wrogów sporyszem (przetrwalniki grzyba buławinki czerwonej – *Claviceps purpurea*), a Ateńczycy zatruwali wodę w mieście Krissa. Tatarzy oblegając Kaffę starali się wzniecić u obrońców miasta epidemię dżumy, Napoleon podczas kampanii włoskiej próbował wywołać epidemię

malarii w mieście Mantua, a Brytyjczycy w 1763 roku zastosowali po raz pierwszy broń biologiczną w pełnym tego słowa znaczeniu, zarażając Indian w Nowej Szkocji zarazkami ospy prawdziwej. Również wąglik (łac. *Anthrax*), wywoływany przez laseczki wąglika (*Bacillus anthracis*) był już znany w starożytności. Pierwsze, pewne opisy tej choroby pochodzą od Hipokratesa oraz Wergiliusza. W XVI wieku w Republice Weneckiej istniało prawo, które karało śmiercią osoby handlujące mięsem zwierząt zarażonych tą chorobą.

Podczas wojny trzydziestoletniej losy wielu potyczek również rozstrzygały szalejące epidemie. W 1632 r. wojska Gustawa Adolfa i Wallensteina stojące naprzeciw siebie pod Norymbergą opuściły swe stanowiska uciekając przed durem i szkorbutem, a straty w sile żywej wynosiły 18 tysięcy żołnierzy (2). Jednym z decydujących czynników, który przyczynił się do powstania niepodległości Haiti była żółta febra, która z armii francuskiej liczącej 25 tysięcy żołnierzy pochłonęła 22 tysiące (2). Żółta febra (łac. *Febris flava*) inaczej żółta gorączka, jest chorobą wywoływaną przez wirusa (z grupy *Flavivirus*) przenoszonego między innymi przez komary żyjące w strefie tropikalnej. Infekcja może przebiegać pod różnymi postaciami klinicznymi – od łagodnych objawów do ciężkiej choroby, kończącej się śmiercią.

Francuski lekarz Armand w swej „Historii medyko-chirurgicznej wojny krymskiej" opisuje skutki panującej w walczących armiach epidemii duru plamistego i cholery. Według jego obliczeń tylko w ciągu 4 miesięcy z liczącej 300 tysięcy armii francuskiej ubyło z linii 48 000

żołnierzy z powodu chorób. Z kolei Von Linstow (2) podaje również liczne straty poniesione w ludziach w latach 1854 – 1856 (tabela 1).

Tab. 1. Straty poniesione w ludziach skutkiem chorób na wojnie w latach 1854 – 1856 według Von Linstowa (2).

Narodowość	**Ranni**	**Polegli i umarli z ran**	**Chorzy**	**Zmarli z powodu chorób**
Francuzi	39 869	20 356	196 430	49 815
Anglicy	18 283	4 947	144 390	17 225

Konkurentką dżumy w masowym uśmiercaniu ludzi była cholera (*Cholerae*). Jest to ostra i zaraźliwa choroba zakaźna przewodu pokarmowego, której przyczyną jest spożycie pokarmu lub wody skażonej szczepami przecinkowca cholery (*Vibrio cholerae*) produkującymi enterotoksynę. Kolebką cholery są Indie, a Europa poznała tę chorobę dopiero na początku XIX wieku, chociaż, uważa się, że straszliwą zarazą, która wybuchła podczas wojen Kartagińczyków z Syrakuzami była właśnie cholera. Kiedy Himilkon oblegał tyrana Syrakuz Dionizjusza wydawało się, że losy obleganych są już przesądzone, tymczasem latem 396 r. p.n.e. w obozie Kartagińczyków wybuchła zaraza. Sytuację wykorzystał Dionizjusz, atakując agresorów z lądu i morza, w wyniku czego Kartagińczycy ponieśli klęskę (10). Chorobę cechuje śmiertelność około 1 % (skrajnie do 20 %) przypadków prawidłowo leczonych i 50 % przy braku leczenia. Na świecie miało miejsce 7 pan-

demii cholery. Do zakażenia dochodzi na drodze pokarmowej, głównie przez skażoną ludzkimi odchodami wodę. W początkowym okresie zakażenia dominuje biegunka, wymioty, zwykle bez gorączki i bólu brzucha. Stolec ma charakterystyczny wygląd – przypomina wodę po płukaniu ryżu i posiada swoisty, słodkawy zapach. Na naszych ziemiach epidemia cholery pojawiła się w 1831 r. w Gdańsku, zaczęła się 27 maja i trwała do 19 października. Pierwszymi chorymi byli robotnicy portowi. Według zapisków policyjnych Prezydium Policji, w pierwszym miesiącu zachorowało ponad 400 osób, z czego zmarło około 300 (9). Epidemia cholery w armii carskiej o mały włos nie zmieniła losów części kampanii w przebiegu tłumienia powstania listopadowego. W oddziałach rosyjskich przyczyną wybuchu epidemii cholery byli żołnierze Iwana Dybicza, którzy przywlekli ją z terenu Bałkanów z okresu wojny rosyjsko-tureckiej z lat 1828-1829, zakończonej pokojem w Adrianopolu. Jej ofiarą padł sam głównodowodzący, który zmarł w czerwcu 1831 r., a dwa tygodnie później z tego samego powodu zmarł wielki książę Konstanty. Epidemia wybuchła również w niektórych rejonach europejskiej części Rosji, a jej następstwem były bunty ludności. Ironią losu jest, że właśnie lata 1827 - 1831 były najcięższymi dla armii rosyjskiej aż do wybuchu wojny krymskiej. Jej straty bojowe wyniosły wtedy prawie 44 tys. żołnierzy. Z kolei, z powodu epidemii w 1829 r. zmarło około 90 tys. żołnierzy, a w 1831 aż 114 tys. – 1/7 stanu osobowego carskiej armii (3). Ofiarą panującej epidemii cholery był także Adam Mickiewicz, który zmarł na nią 26. 11. 1855 r. w Konstantynopolu. Przebywał on w tym mieście aby pomóc zorganizować Legion Pol-

ski, wzorem założonego przez siebie Legionu Polskiego we Włoszech podczas Wiosny Ludów w 1846 r.

Dużym problemem dla załóg okrętów wojennych był szkorbut (wynik niedoborów witaminy C), gdzie głównym źródłem pokarmu były suchary, solone mięso i ryby. W dawnej Anglii troska o zdrowie marynarzy królewskich i sprawność bojową ekspediowanych na wojny kolonialne żołnierzy nadawała ton poszukiwaniom lekarstwa na szkorbut. Za pierwszy, naukowy opis tej choroby uznaje się notatkę Jamesa Linda z 1753 r., który w 1757 r. dowiódł, że świeże owoce i jarzyny leczą szkorbut i zapobiegają chorobie. W 1820 r., naczelny lekarz wojennej floty rosyjskiej, Piotr Wiszniewski, przekonywał o aktywności przeciwszkorbutowej „środków dietetycznych ze świata roślinnego". Skuteczną walkę z chorobą za pomocą pokarmów roślinnych opisał w 1834 r. D.P. Sinopeus, ordynator Kronsztackiego Szpitala Morskiego i prawie w tym samym czasie, kierownik służby medycznej rosyjskiej floty bałtyckiej - Bacheracht, który podkreślał, że szkorbut pojawia się „kiedy jedzenie bywa przez długi czas używane bez wszelkich traw i roślin …" Dyrektor służby zdrowia japońskiej marynarki, Takaki, wprowadził w 1882 r. do menu załóg okrętowych racje świeżych zbóż, owoców i warzyw. Zaraz po ustaleniu budowy witaminy C w 1932 r. przez Hawortha, jej syntezy i zarazem pierwszej syntezy witaminy na świecie dokonał Polak, Tadeusz Reichstein, za co otrzymał w 1950 r. Nagrodę Nobla. Tak więc, nasz rodak po raz drugi w dziejach opracował lek na szkorbut (8).

W dawnych czasach, podstawą dobrego leczenia rannych i chorych żołnierzy były różnego rodzaju wykazy leków i substancji leczniczych wraz z instrukcjami lub opisami ich podawania i sposobami leczenia. W naszym kraju mamy bardzo chwalebny przykład takiego dzieła. Jest nim wydana drukiem w 1794 r. w czasie oblężenia Warszawy i tłoczona przez polskiego jakobina, księdza Józefa Mejera w jego własnej drukarni na Rynku Starego Miasta - „*Pharmacopaea Castrensis et Nosocomialis Exercitus Nationalis*", autorstwa sztabsmedyka generalnego dr Hiacynta Augusta Dziarkowskiego (1747 - 1828) (4). Profesor B. Hryniewiecki tak o nim pisał: „Był on zasłużonym obywatelem kraju, cenionym pisarzem w materii lekarskiej (pierwszy wprowadził u nas szczepienie ospy), podczas powstania kościuszkowskiego łożył z własnej kieszeni na szpitalnictwo, później dał impuls do założenia w Warszawie Szkoły Lekarskiej, gdzie był profesorem". Karta tytułowa tego dzieła w języku polskim brzmi: „Farmakopea obozowa i lazaretowa wojska koronnego wydana w Warszawie 1794 r. w drukarni ks. J. Mejera z polecenia Wydziału Potrzeb Wojskowych i kosztem Wydziału Instrukcji Narodowej". W drukowanych *Aktach Powstania Kościuszki*, tom III 1955 r. na stronie 50 pod nr 89 jest następujące pismo Najwyższego Naczelnika do Wydziału Potrzeb Wojskowych, datowane 17 lipca 1794 r. z obozu pod Mokotowem: „Na raport Wydziału Potrzeb Wojskowych odpowiadając, zalecam, aby lazaret w najlepszym był utrzymany porządku tak w dobraniu doskonałych felczerów, jako i w przyzwoitym dozorze dla rannych. Patent na szarżę generalnego sztabsmedyka Dziarkowskiemu przez Radę wy-

branemu posyłam i gorliwość jego w służeniu darmo przez ciąg rewolucji ocenić umiem". Na pierwszej stronie swojego dzieła Dziarkowski pisze: „Ażebym mógł bez nadmiernych kosztów ze strony Skarbu Narodowego pośpieszyć niezwyciężonemu żołnierzowi we wszelkiej potrzebie z pomocą zdrowotną, postanowiłem wydać książeczkę bardzo krótką, oszczędnie ułożoną, wolną od nadmiaru leków, wygodną w marszu i dosyć zwięzłą" (4). Indeks leków, substancji czynnych i leków złożonych był bardzo szeroki, a ich trafność i przydatność zilustruję komentarzem profesora Stefana Tarczyńskiego, który tak ocenił grupę leków przeciwrobaczych (*verminosa*): „wymienione leki są wybrane wyraźnie z myślą o robaczycach, nękających w szczególnie dotkliwym stopniu ludność, żyjącą w niehigienicznych warunkach. Dotyczy to przede wszystkim żołnierzy w polu. W farmakopei podano do dzisiaj używane w lecznictwie środki, służące do zwalczania u ludzi inwazji najważniejszych w naszych warunkach przywr, tasiemców i nicieni. Niektóre ze środków – chinina i emetyna są stosowane nadal w leczeniu schorzeń pierwotniaczych – zimnicy (*malaria*) i biegunki pełzakowatej *amoebiasis*)" (4). W tym miejscu należy tylko podziwiać fachowość, zaangażowanie i długowzroczność generalnego sztabsmedyka oraz Naczelnika Powstania, Tadeusza Kościuszkę. Przez analogię można by nazwać waszyngtońską - farmakopeę rewolucyjnej armii amerykańskiej, wydaną w Filadelfii w 1778 r. W Stanach Zjednoczonych jest ona zwana *The Lititz Pharmacopoeia*, gdyż opracowana była w Lititz, prawdopodobnie przez dr Wiliama Browna, lekarza wojskowego w tej miejscowości (4).

Na zakończenie należy jeszcze wspomnieć o słynnej malarii (łac. *Malaria*). Jej nazwa pochodzi od włoskiego słowa *malaria*, co znaczyło „złe powietrze". W Rzymie, gdzie malaria szalała od wieków, uważano, że jej przyczyną są opary z bagien. Z jej powodu zmarło co najmniej czterech papieży i prawdopodobnie uśmierciła ona Dantego. Na malarię chorowali: Jerzy Waszyngton, Abraham Lincoln i Ulysses S. Grant. W XIX w. choroba tak bardzo dawała się we znaki w stolicy USA, że pewien wybitny lekarz forsował (bezskutecznie) pomysł osłonięcia całego miasta gigantyczną siatką przeciw owadom. Malarii przypisuje się milion ofiar w armii Unii w czasie wojny secesyjnej, a podczas II wojny światowej w rejonie Pacyfiku pochłonęła ona więcej istnień ludzkich niż prowadzone tam walki. Niektórzy naukowcy uważają, że połowa ludzi, jacy kiedykolwiek żyli, zmarła na malarię (5).

Ten krótki przegląd świadczy dobitnie o znaczącej roli wielu groźnych epidemii, w szerzeniu strat w sile żywej walczących stron oraz ich skutkach dla miejscowej ludności w dłuższym okresie czasu po ich zakończeniu.

Streszczenie

W opracowaniu przedstawiono przykłady wpływu różnego rodzaju epidemii na porażki oddziałów wojskowych oraz przebieg kampanii wojennych, od starożytności do I Wojny Światowej. Omówiono między innymi niektóre znane w dziejach epidemie dżumy, ospy, tyfusu plamistego, duru brzusznego, cholery, wąglika, tularemii, włośnicy,

w kontekście strat w sile żywej, a czasami wynikających z tego tytułu daleko idących konsekwencji polityczno-gospodarczo-historycznych.

Piśmiennictwo

1. *Anusz Z.*: Zapobieganie i zwalczanie zawodowych chorób odzwierzęcych. Wydawnictwo ART Olsztyn, 1995.
2. Biuletyn Zarządu Dezynfekcji, Dezynsekcji i Deratyzacji Ministerstwa Zdrowia. Warszawa, PZWL, 1955.
3. *Bohun T.*: Królestwo Polskie kontra Imperium Rosyjskie. Mówią Wieki, 2010, 11/10 (610): 29-31.
4. *Bukowiecki H., Furmanowa M.*: Leki proste i złożone w lazaretach armii kościuszkowskiej i rewolucyjnej armii amerykańskiej. Studia i Materiały z Dziejów Nauki Polskiej Seria B, 1966, (12): 3-40.
5. *Finkel M.*: Chaos we krwi. Malaria. National Geographic Polska, 2007, 7(94): 28-63.
6. http//www.biolog.pl.
7. http//www.dziennik.pl/nauka/.
8. http//www.olimp-supplements.com.
9. http//www.wikipedia.org.
10. *Janeczek M., Chrószcz A., Ożóg T.*: Próby stosowania broni biologicznej i chemicznej w starożytności oraz epidemie i ich wpływ na dzieje: Życie Weterynaryjne, 2010, 85(3): 230-233.
11. *Kocięcka W.*: Włosień kręty i włośnica, Volumed Wrocław, 1996.
12. *Piotrowska A.*: Przypadek kontra człowiek. Focus Historia, 2009, 10: 38-40.
13. *Urbanek M.*: Czarna ospa w czerwieni. Polityka, 2003, 29(2410): 62-64.

Praca zawiera 22 988 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

EPIDEMIE I ZASTOSOWANIE BRONI BIOLOGICZNEJ W PRZEBIEGU DZIAŁAŃ WOJENNYCH W CZASACH NOWOŻYTNYCH

Mirosław Mariusz Michalski,
Mariusz Zbigniew Felsmann*

Katedra Parazytologii i Chorób Inwazyjnych
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie
ul. Michała Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn
* Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej
Katedra Patofizjologii, Weterynarii Sądowej i Administracji
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie
ul. Michała Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn
michmm@uwm.edu.pl

Historia przebiegu wielu wojen wskazywała na przypadki częściowego ich rozstrzygnięcia w aspekcie strat poniesionych w wyniku szerzących się epidemii, a nie tylko samego oręża. Jedną z takich epidemii była ospa prawdziwa (*Variola vera*), wirusowa choroba zakaźna o ostrym przebiegu, cechująca się bardzo wysoką śmiertelnością, dochodzącą nawet do 80 %. W okresie I wojny światowej, w 1915 r., duża epidemia ospy wystąpiła w Galicji i południowej Kongresówce – odnotowano wtedy kilkadziesiąt tysięcy zachorowań (11). Ospa prawdziwa należy współcześnie do grupy chorób mających znaczenie jako broń biologiczna, a to z racji: dużej śmiertelności, dużej zaraźliwości (przenosi się na ludzi poprzez powietrze oraz kontakt po-

średni i bezpośredni) oraz trudności w rozpoznawaniu we wczesnym etapie ataku (5). W Polsce, najgłośniejsza w czasach nam współczesnych epidemia czarnej ospy pojawiła się we Wrocławiu w 1963 r. (została ona przywleczona z Indii) (15).

Innym przykładem jest nosacizna (*Malleus*), zakaźna i zaraźliwa choroba zwierząt nieparzystokopytnych (najczęściej koni), wywoływana przez pałeczkę nosacizny (*Burkholderia mallei*). Nosacizna może być też niebezpieczną zoonozą dla ludzi, a sama pałeczka nosacizny może przeżyć w środowisku zewnętrznym nawet kilka tygodni. W 1916 r. Niemcy rozprzestrzeniali przy pomocy szpiegów na froncie zachodnim pałeczki nosacizny, które miały wywołać pomór wśród koni aliantów. Liczono, że epidemia sparaliżuje transport wroga, ale sukcesu nie odniesiono, a dalsze badania przerwała militarna klęska Niemiec.

W latach 30 - 40-tych XX wieku w czasie wojny w Chinach i Mandżurii, Japończycy wykorzystywali pałeczki dżumy, łącznie z próbą zarażenia członków Komisji Ligi Narodów. Utworzyli również na terenie Mandżurii specjalną jednostkę zajmującą się badaniami nad bronią biologiczną (w nieludzki sposób zabito 3 tys. ludzi, a na terenie Chin wywołano kilka pandemii chorób zakaźnych).

Swoją drogą, do 1939 r. Japończycy byli światowym liderem w badaniach nad bronią biologiczną. W centrum badawczym w Pingfan wyprodukowano m.in. 4 tys. bomb z wąglikiem. W 1947 r. odnaleziono masowy grób jeńców wojennych różnej narodowości, na których eksperymenty przeprowadzali naukowcy z centrum ba-

dawczego w Pingfan. Po zbadaniu zwłok ustalono, że 31 osób zmarło na wąglika, 60 na cholerę, 12 na dyzenterię, 16 na tężec, 106 na dżumę, 22 na dur brzuszny, 41 na gruźlicę i 9 na tyfus (8).

Idea zastosowania drobnoustrojów na polu walki zachwyciła bolszewików, „wielkie epidemie tyfusu w latach 1918 - 1921 w Rosji wywarły ogromne wrażenie na dowódcach Armii Czerwonej" – zanotował w swoich wspomnieniach jeden z twórców sowieckiej broni biologicznej Ken Alibek. Alarm, że coś niepokojącego dzieje się w ZSRR, po raz pierwszy ogłosił polski wywiad w 1925 r. Polskie zabiegi dyplomatyczne przyczyniły się do tego, że podczas rokowań rozbrojeniowych w Genewie, 17 czerwca 1925 r. (konferencja została zwołana w celu ograniczenia międzynarodowego handlu bronią), aż 108 państw, w tym ZSRR, podpisało konwencję o zakazie rozprzestrzeniania i stosowania broni chemicznej oraz biologicznej.

W tym miejscu należy wspomnieć, że polskiej delegacji w Genewie przewodniczył generał Kazimierz Sosnkowski. Historyczną zasługą Generała jest ustanowienie międzynarodowego zakazu stosowania broni bakteriologicznej, zawartego w Protokole Genewskim w 1925 r., będącego w mocy od 08. 02. 1928 r., którego stronami jest obecnie ponad 160 państw. Protokół ten obecnie nic nie stracił na znaczeniu, mimo podpisania Konwencji o Zakazie Prowadzenia Badań, Produkowania i Magazynowania Broni Bakteriologicznej z 1972 r. Generał w swoim genewskim wystąpieniu zawarł między innymi następujące stwierdzenia, które do dzisiaj nic nie utraciły ze swojej aktualności: „broń bakteriologiczna, jeśli chodzi o jej produkcję, posiada

przewagę nad bronią chemiczną. Może ona być produkowana łatwiej, taniej i w absolutnej tajemnicy. Z drugiej strony, jest ona z natury swojej zdolna do rozprzestrzeniania i rażenia, niezależnie od czynników atmosferycznych i terenowych. Wystarczy rozpocząć działania tą bronią na minimalną skalę, aby rezultaty stawały się coraz bardziej przerażające i przybierały coraz większe rozmiary" (10).

Pomimo tego, że ZSRR był sygnatariuszem Protokołu Genewskiego, pod koniec lat 20 XX wieku Rada Wojskowo-Rewolucyjna wydała dekret o „Kompleksowym programie opracowania broni zawierającej zarazki", a ośrodek badawczy założono na Wyspach Sołowieckich. Latem 1942 r. samoloty Armii Czerwonej rozpyliły zarazki tularemii nad jednostkami armii III Rzeszy nacierającymi na Stalingrad. Epidemia, jaka wówczas wybuchła, spowolniła ofensywę, lecz po kilku tygodniach bakteria przeniosła się na stronę radziecką, powodując tam jeszcze większe straty. Dlatego też, Rosjanie wstrzymali się z jej dalszym stosowaniem. W byłym ZSRR masowo produkowano wirusa ospy, zarazki dżumy płucnej i wąglika, a także prowadzono badania z wirusami Ebola (8).

Istnieje również ciekawy i tajemniczy wątek polskich badań nad bronią biologiczną w okresie przedwojennym. Z inicjatywy Oddziału II Sztabu Głównego, czyli wywiadu, zainwestowano wtedy większe sumy w badania naukowe. W 1935 r. powstał Samodzielny Referat Techniczny (SRT), którego pierwszym szefem został kpt. Ignacy Harski. Na wyposażenie tajnego centrum badawczego ulokowanego w Warszawie wydano sporą jak na tamte czasy kwotę około 0,5 mln

złotych. Dwa lata później w SRT pracowało 7 oficerów i prawie 60 naukowców oraz techników. Równolegle prowadzono tam badania nad gazami bojowymi, substancjami toksycznymi oraz drobnoustrojami. W aktach stalinowskiej prokuratury można wyczytać, iż pracowano tam nad: „uzjadliwieniem bakterii chorobotwórczych z grupy Salmonella, a to: tyfusu, paratyfusu A, para B, para C, Gaertnera, grupy czerwonki jak: Shiga-Kruze, Flexnera, Stronga i opracowaniem metod zakażania tymi bakteriami ludzi, zwierząt, pokarmów i wody". Na początku lat 30 skupiono się na toksynie botulinowej (jadzie kiełbasianym). Starano się stworzyć skuteczne antidotum, a jednocześnie znaleźć sposób na zastosowanie jadu w warunkach bojowych. Jednym z najzdolniejszych bakteriologów tamtych czasów był dr Jan Golba, którego zespół osiągnął spore sukcesy. Dr Gebarska-Mierzwińska opracowała metodę przechowywania zarazków dzięki ich odwodnieniu, uzyskano sproszkowany jad kiełbasiany o dużym stopniu toksyczności, udało się też znaleźć sposób namnażania bakterii tyfusu na masową skalę przy pomocy sztucznej pożywki (8).

Dr Golba był też pomysłodawcą nowatorskiego eksperymentu. Na ramie podwozia samochodu zamontowano kompresor z rozpylaczem i przy jego użyciu rozpylono w kilku punktach Warszawy specjalne szczepy bakterii, a następnie sprawdzano doświadczalnie, jak następuje rozprzestrzenianie się mikroorganizmów w powietrzu (Brytyjczycy dopiero w lipcu 1963 r. na stacji metra Coliers Wodo w Londynie przeprowadzili podobny eksperyment). Nowatorskie pomysły dr Golby wzbudziły żywe zainteresowanie Japończyków z centrum ba-

dań w Pingfan, z którymi odbyła się tajna konferencja w 1936 r. w Warszawie.

Po klęsce wrześniowej, dr Golba przedostał się do Anglii i opracował raport na temat swoich badań dla „Laboratorium Zdrowia Publicznego" w Porton (pod tą nazwą krył się brytyjski tajny ośrodek badań nad bronią biologiczną). Prawdopodobnie, osiągnięcia polskich bakteriologów zostały wykorzystane przez angielskich uczonych do pracy nad uzyskiwaniem takiej formy wąglika, którą można rozpylać nad dużym obszarem przy użyciu bomb kasetowych. Bomby ze sproszkowanym wąglikiem Anglicy wypróbowali w latach 1941 - 42 na wyspie Gruinard (u wybrzeży Szkocji), gdzie samoloty RAF-u obrzuciły bombami kasetowymi stado owiec, uwiązanych do palików. Wyspa została skażona na dziesiątki lat, a miejscowa ludność uważała, że ptactwo przywlekło z niej trzy kolejne epidemie wąglika, które wybuchły w Szkocji w latach 1954, 1961 i 1965 (badania kontrolne przeprowadzone w 1976 r. wykazały, że stężenie wąglika w glebie było wciąż takie samo). Działanie to było związane z zagrożeniem użycia broni chemicznej lub biologicznej przez hitlerowskie Niemcy. Pod koniec wojny listów z wąglikiem używała także polska Armia Krajowa, jednak bez większych sukcesów – jako broń listy wąglikowe nie są zbyt skuteczne (8).

Próby użycia broni biologicznej podczas II wojny światowej nie zakończyły się jednak sukcesem dla „biologicznych agresorów". Osiągnięcia naukowe z dziedziny nauk biologicznych, w tym w szczególności zastosowanie na frontach nowoczesnych leków (jak na owe

czasy), zwalczających chorobotwórcze drobnoustroje, pozwoliły na zdecydowane zmniejszenie strat wśród żołnierzy oraz częściowo wśród ludności cywilnej (1, 2). Z kolei, po II wojnie światowej, w latach 60-tych XX w. Amerykanie i Brytyjczycy zbudowali za 100 mln dolarów fabrykę broni biologicznej w Pine Bluff w Arkansas (budowla miała 4 hale naziemne i 3 podziemne) i można było produkować w niej dziennie setki kilogramów bakterii. Sam wąglik (*Anthrax*), jest zakaźną chorobą odzwierzęcą wywoływaną przez laseczki wąglika (*Bacillus anthracis*) i może być on wykorzystywany jako broń biologiczna zarówno przez armie jak i przez bioterrorystów. Laseczka wąglika lub jego zarodniki wnikają do organizmu następującymi drogami: przez skórę (postać skórna choroby), drogą pokarmową (postać jelitowa) lub drogą oddechową (postać płucna). Z ogniska pierwotnego dochodzi do rozprzestrzenienia się infekcji na cały organizm. Pierwsze, pewne opisy choroby pochodzą już od Hipokratesa oraz Wergiliusza. W XVI w. w Republice Weneckiej istniało prawo, które karało śmiercią osoby handlujące mięsem zwierząt zarażonych tą chorobą. Rozwój „wojskowej" wersji wąglika rozpoczęły Niemcy wykorzystując swoją pracę w 1916 r., gdy broń ta została przesłana wraz z „instrukcją obsługi" do ambasady niemieckiej na terenie Rumunii, której później wypowiedziano wojnę. Na terenie ZSRR po zakończeniu wojny rozwijana była broń biologiczna, zawierająca jako ładunek również laseczki wąglika. Prace badawczo-produkcyjne w wojskowej fabryce broni B w Swierdłowsku spowodowały w 1979 r. zakażenie ludności cywilnej poprzez przypadkowe uwolnienie aerozolu z wąglikiem. Zachorowało wtedy 79

osób, z czego zmarło 68 (u 77 chorych wystąpiła postać płucna tej choroby) (7). Z kolei, w Oboleńsku (100 km od Moskwy) prawdopodobnie w 1972 r. powstał ośrodek pod nazwą Wszechzwiązkowy Instytut Mikrobiologii Stosowanej, zwany „Biopreparat". Zatrudniał on 25 tys. ludzi w 18 odrębnych fabrykach. Laseczki wąglika były hodowane w dwudziestotonowych kadziach, które co 2 dni dostarczały około 1 tony świeżych bakterii, a zakładano, że 100 kg wąglika może uśmiercić około 3 miliony ludzi (8).

W okresie I wojny światowej między innymi na ziemiach polskich gwałtownie wzrastała liczba zachorowań na dur plamisty – z około 35 tys. przypadków w 1916 r. do 44 tys. w 1917 r., prawie 100 000 przypadków w 1917 r. i 230 tys. w 1919 r. (10). W tym też czasie, w okopach frontu wschodniego wykryto chorobę nazwaną gorączką okopową, nieco podobną do duru plamistego, lecz o łagodniejszym przebiegu, której wektorem są wszy. Choroba ta w okresach międzywojennych nie występowała, a podczas II wojny światowej pojawiła się ponownie, lecz w małym natężeniu epidemicznym (14).

Do sporych strat w sile żywej przyczyniały się również epidemie grypy. Wiosną 1918 r. wojska niemieckie rozpoczęły serię ofensyw mających na celu odciągnięcie sił nieprzyjaciela od kluczowych portów nad kanałem La Manche, a następnie przerwanie brytyjskich linii zaopatrzeniowych i komunikacyjnych. Jednocześnie przez francuskie okopy przetoczyła się epidemia niegroźnej grypy, którą prawdopodobnie przywieźli ze sobą amerykańscy żołnierze. Choroba objawiała się

osłabieniem i kilkudniową gorączką, ale mimo gwałtownego przebiegu infekcji, chorzy szybko wracali do zdrowia. To był początek epidemii, która przeszła do historii pod nazwą grypy hiszpanki. W momencie rozpoczęcia przez aliantów wielkiej ofensywy jesienią 1918 r., po obu stronach frontu umierały na hiszpankę już setki tysięcy żołnierzy. W drugiej fali epidemii infekcja przebiegała co najmniej równie gwałtownie, ale śmiertelność była znacznie wyższa. Zauważono, że umierali na nią nie tylko najmłodsi i najstarsi, ale także ludzie młodzi i zdrowi (należy przypuszczać, że przyczyniało się do tego osłabienie i niedożywienie). Grypa niezwykle szybko rozprzestrzeniła się na cały świat, więc mimo śmiertelności wynoszącej „zaledwie" 1 %, w latach 1918 - 1920 umarło na nią przypuszczalnie od 20 do 40 milionów ludzi na całym świecie, a więc więcej niż w wyniku działań wojennych lat 1914 - 1918 (4).

Bardzo groźną epidemią była cholera (*Cholerae*), której przyczyną jest spożycie pokarmu lub wody skażonej szczepami przecinkowca cholery (*Vibrio cholerae*) produkującymi enterotoksynę. W okresie I wojny światowej na ziemiach polskich, a zwłaszcza na terenie Galicji wschodniej, zarejestrowano w latach 1914 i 1915 odpowiednio około 2 700 i 30 000 chorych na cholerę, a do tego w latach 1914, 1915 i 1917 wystąpiły duże epidemie czerwonki (11).

Oprócz chorób zakaźnych, wiele szkód przynosiły żołnierzom zakażenia i infekcje. Przykładowo – niski poziom opieki medycznej oraz brak antybiotyków podczas I Wojny Światowej powodował, że względnie błahe kontuzje lub rany mogły doprowadzić do zgorzeli ga-

zowej. Choroba jest wywoływana przez beztlenowe bakterie z rodzaju *Clostridium* (w większości przez *Clostridium perfringens*). W przebiegu tego zakażenia bakterie uwalniają do tkanek gaz oraz bardzo groźne dla życia toksyny. Według danych niemieckich 12 % ran nóg i 23 % ran rąk kończyło się zgonem, wywołanym głównie zakażeniem. Z kolei, 44 % Amerykanów, u których rozwinęła się gangrena, nie przeżyło wojny, połowa rannych w głowę zginęła, a tylko 1 % rannych w brzuch przeżyło. Trzy czwarte wszystkich obrażeń spowodowanych w czasie walk było wywołanych pociskami artyleryjskimi, a rana wywołana odłamkiem była z reguły groźniejsza niż postrzał karabinowy, bo okruchy ziemi czy skał wywoływały groźne zakażenie. Podczas zimy, groźną plagą były też liczne odmrożenia, ponieważ temperatura w okopach spadała często do kilkunastu stopni poniżej zera (6).

Okres pierwszej wojny światowej oraz okres wojny polsko-bolszewickiej na byłych i obecnych terenach naszego kraju, spowodował nagłe pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej. Gwałtownie wzrastała liczba zachorowań na dur plamisty z ok. 35 tys. W 1916 r. do 44 tys. w 1917 r., prawie 100 tys. w 1917 r. i 230 tys. w 1919 r. Zapadalność na dur plamisty w I-szej połowie 1920 r. wahała się od 250 do 365 na 100 000, w II-giej połowie roku obniżyła się do 40 na 100 000, przy śmiertelności 11 – 12 %. Na drugim miejscu znajdowały się zachorowania na czerwonkę – zapadalność ok. 70/100 000 przy śmiertelności ok. 18 %, dur brzuszny z zapadalnością ok. 64/100 000 i śmiertelnością ok. 9 % zajmował trzecie miejsce. Poważny problem stanowiła epidemia płonicy, która spowodowała ponad 16 tys. zacho-

rowań – zapadalność 25, a śmiertelność 14 %, ospa i błonica miały podobną zapadalność ok. 3,0 na 100 000 (11). W celu zapobieżenia przenoszeniu chorób zakaźnych w głąb kraju przez reemigrantów z kierunku wschodniego, na granicy rosyjskiej powstał kordon sanitarny, który był utworzony z trzech pierścieni. Pierwszy pierścień obejmował posterunki jeszcze poza granicą Polski. Drugi obejmował w stacje graniczne, a trzeci stacje docelowe. Najpierw udzielano przyjeżdżającym pierwszej pomocy, chorych umieszczano w przygotowanych wagonach i transportem przesyłano do drugiej linii kordonu – stacji kwarantannowej. Kwarantanna trwała co najmniej pięć dni. Ludzi chorych umieszczano w szpitalach, a zdrowych kąpano, dezynfekowano ich ubrania i bagaże, poddawano odwszawianiu i szczepieniom ochronnym przeciwko durowi brzusznemu, cholerze i ospie prawdziwej. Trzecim etapem podróży reemigrantów ze wschodu była stacja docelowa położona w miejscowości, do której chcieli dotrzeć. Tu przebywali pięć dni, do chwili osiedlenia się. Tu również znajdowały się oddziały izolacyjne, w których zatrzymywano chorych zakaźnych, których nie zdołano wykryć wcześniej. Kontrola sanitarna i epidemiologiczna nad powracającymi Polakami ze wschodu ustawała w chwili ich stałego osiedlenia się (13).

W czasach bardziej nam współczesnych, w wojskach byłego ZSRR walczących w Afganistanie w ramach 40 Armii w latach 1979 - 1999 straty sanitarne uwarunkowane były w 79 – 88 % zachorowaniami na choroby zakaźne, a w 12 – 21 % innymi zachorowaniami i ranami. Struktura chorób zakaźnych przedstawiała się następująco:

wirusowe zapalenie wątroby szerzące się drogą pokarmową – 40 – 51 %, dury i paradury – 10 – 27 %, inne schorzenia jelitowe – 14 – 20 %, pełzakowica 3,3 – 11 %, malaria 2,7 – 5 % (9).

Dla oddziałów wojskowych operujących w gorących strefach naszego globu równie ważną sprawą, jest ochrona przed atakiem stawonogów, które są głównym wektorem niebezpiecznych chorób. W zakresie ochrony żołnierzy przed owadami, szczególnie walczących w strefach tropikalnych i subtropikalnych, w okresie II wojny światowej i tuż po niej, rozwinęła się produkcja ochronnych środków syntetycznych. W latach 40-tych i 50-tych XX w. Amerykański Departament Rolnictwa zbadał ponad 9 tys. substancji, które okazały się skutecznymi środkami odstraszającymi owady, a do czasów współczesnych przebadano 20 tys. takich substancji (3). Również we wspomnieniach polskich żołnierzy przebywających w okresie ostatniej wojny na terenie Iraku podkreśla się brak wody, upały, pustynny wiatr Chamsin i różnego rodzaju choroby przenoszone przez stawonogi. Żołnierze skierowany przeciwko sobie przez przyrodę „pełen arsenał środków" nazywali „siedmioma plagami irackimi". Należała do nich plaga komarów roznoszących malarię, plaga tzw. popataczy (niepozornych muchówek, których ukłucie powodowało wysoką gorączkę, silne ogólne osłabienie i zwykle zapalenie spojówek, stąd m.in. żołnierze niemieccy z korpusu Rommla nosili stale na pustyni ciemne okulary), plaga skorpionów i tarantuli, plaga tzw. falangi (szybko biegających pająków, których ukąszenie powodowało występowanie dokuczliwych wyprysków na skórze), plaga tzw. scolopendry (nazywanej

przez żołnierzy czterdziesto-nóżką, z najbardziej jadowitą odmianą – *Scolopendra gigantica*), plaga leiszmaniozy (pozostawiająca na całe życie duże blizny na ciele). Postrachem żołnierzy były też chorobotwórcze ameby i lamblie (*Giardia* sp.), występujące szczególnie obficie w dopływie rzeki Tygrys, rzeczce Little Zaab (15).

We współczesnym opracowaniu służb medycznych armii amerykańskiej, na liście niebezpiecznych owadów i pajęczaków znajdują się: pchły, wszy łonowe i głowowe (będące wektorami tyfusu endemicznego), komary i muchy będące wektorami malarii oraz filarioz (*Brugia malayi*, *Wuchereria bancrofti*), leiszmaniozy, trypanosomozy, onchocerkozy (inacz. ślepoty rzecznej – *Onchocerca volvulus*), bartonelozy (inacz. gorączki okopowej lub choroby kociego pazura), shigelozy (inaczej czerwonki bakteryjnej), salmonelozy, wirusowego zapalenia wątroby, żółtej febry (*Febris flava*), gorączki Denga, gorączki Doliny Rift (Rift Valley Fever), gorączki Zachodniego Nilu (West Nile Fever) oraz kleszcze, będące wektorami Lyme disease (inaczej boreliozy), gorączki kleszczowej, tularemii (*Francisella tularensis*), erlichiozy monocytarnej, gorączki gór skalistych (inaczej gorączki plamistej), babeszjozy (*Babesia microti*) i porażenia kleszczowego (3).

Doświadczenia wojen prowadzonych w dwudziestym wieku, pozwoliły z jednej strony na powstrzymanie się przed zastosowaniem broni biologicznej na szeroką skalę, z drugiej zaś strony stały się „inspiracją" do pracy nad udoskonalaniem biologicznych czynników chorobotwórczych, jako środków rażenia ludzi i zwierząt. Broń biologiczna zwana jest czasami „bronią masowego rażenia ubogich" lub „bronią

jądrową ubogich", które to określenie zawdzięcza dostępności i łatwości produkcji, a szczególnie dotyczy to broni bakteriologicznej (możliwość produkcji nawet w warunkach domowych i polowych). Stosunkowo niewielkie objętościowo i wagowo ilości czynników biologicznych są w stanie wywołać bardzo duże straty w szeregach przeciwników i przy dzisiejszym stanie technologii można tę broń przenosić na bardzo duże odległości. Efekt działania broni biologicznej można spotęgować jednoczesnym zastosowaniem broni konwencjonalnej, czy też broni chemicznej. Zadaniem tych środków rażenia jest niszczenie naturalnych barier ochronnych organizmów wrażliwych – mechaniczne uszkodzenia skóry i błon śluzowych, czy też uszkodzenie tych barier wysoką temperaturą lub środkami chemicznymi (oparzenia termiczne i chemiczne) (1, 2, 12). Należy też wspomnieć, że w doktrynach wojennych rozpatrywano użycie tego rodzaju broni przed lub bezpośrednio po atakach jądrowych. Od zakończenia drugiej wojny światowej, aż do dzisiaj trwają pracę nad tym rodzajem broni i prace te z różną intensywnością prowadzone są w coraz większej liczbie krajów (1, 2, 12). Do zakończenia zimnej wojny w arsenałach wielkich mocarstw zgromadzono tysiące głowic, pocisków oraz różnego rodzaju zasobników zawierających jednorodne czynniki chorobotwórcze jak też ich mieszaniny. Obecnie, jeśli wierzyć zapewnieniom władz większość państw, zniszczyły one znaczną część swoich zasobów biologicznych, ale należy pamiętać, że ilość przeszła tutaj w jakość. Co więcej, rządy niektórych państw zatwierdziły próby symulacyjne możliwości zastosowania takiej broni na własnych obywatelach. Co prawda nie mamy

danych z krajów dawnego bloku wschodniego, wiemy natomiast, że w latach 70-tych w Stanach Zjednoczonych rozpylano nad miastami bakterie uznawane za niechorobotwórcze dla sprawdzenia ich rozprzestrzeniania się w populacji ludzi. Jednak, nawet te wydawałoby się niegroźne drobnoustroje, jak *Serratia marcescens* (pałeczka krwawa, pałeczka cudowna), wywołały u ludzi zachorowania. Przykład ten świadczy wymownie o niebezpieczeństwie związanym z manipulacjami drobnoustrojami w populacji ludzkiej. Tylko z nielicznych doniesień i tzw. „przecieków" wiemy o intensywnych pracach nad wykorzystywaniem osiągnięć inżynierii genetycznej do celów militarnych. Nie należy mieć złudzeń, że technologia ta jest elementem prac nad modyfikowanymi czynnikami biologicznymi mającymi wywołać określony pożądany przez agresora skutek, czyli, pracuje się nad stworzeniem drobnoustrojów mogących jak najskuteczniej zabijać, przy jednoczesnej maksymalnej odporności na dostępne chemioterapeutyki. Tym samym powstrzymywanie się przed użyciem tej broni nie jest zjawiskiem stałym, a przyszły lokalny konflikt zbrojny między desperacko atakującymi lub broniącymi się nawet niedużymi krajami, może zakończyć się tragedią nie tylko dla obu walczących stron. Musimy mieć na uwadze, że przyszły konflikt zbrojny z użyciem broni biologicznej spowoduje niewyobrażalnie wielkie straty wśród ludności i zapewne zwierząt, a stosunek zabitych przez biologiczne czynniki chorobotwórcze w stosunku do poległych na konwencjonalnym froncie przekroczy znacznie dotychczas znane statystyki (1, 2, 12, 16).

Wspomniano już, że nawet niewielka dywersja biologiczna opóźniała marsz lub zatrzymywała wrogie armie, chociażby poprzez zatruwanie studni w wyniku umieszczania w nich zwłok ludzi lub zwierząt. Te proste metody dywersji i walki partyzanckiej stosuje się do dzisiaj na różną skalę. Przykładowo - podczas konfliktu wietnamskiego partyzanci Wietkongu (Vietcong) umieszczali w zamaskowanych zagłębieniach ostre kawałki bambusa zanurzone uprzednio w kale. Skaleczenia te nie zabijały żołnierzy amerykańskich, ale skutecznie eliminowały ich z walki. „Globalna wioska" jaką stał się nasz glob, umożliwia praktycznie bez większych utrudnień, przemieszczanie się z kontynentów na kontynenty praktycznie w ciągu kilku godzin. Ataki terrorystyczne jakie zdarzyły się na dużą skalę w ostatnich latach są odzwierciedleniem linii podziału interesów, już nie państwowych i narodowych, ale religijnych, światopoglądowych i ekonomicznych (2, 12). Ubodzy nie mając środków na kosztowny i drogi nowoczesny sprzęt wojskowy uciekają się do możliwie prostych i tanich metod „rażenia" wrogów, chociażby poprzez sianie terroru i powodowanie jak największej dezorientacji w systemach państw zachodnich (właśnie poprzez broń biologiczną). Działania bioterrorystyczne nie zostały jak dotąd zastosowane w praktyce na szeroką skalę, był jednak czas na początku naszego stulecia, kiedy za pomocą przesyłek pocztowych próbowano zakażać adresatów bakteriami przetrwalnikowymi. Przykład ten obrazuje jak łatwo można wykorzystać istniejącą infrastrukturę cywilną do działań *stricte* militarnych, bowiem dla broni biologicznej linią frontu jest każde miejsce, w którym żyją wrażliwi na nią ludzie

i zwierzęta (2, 12). Podobno wystarczy zarażenie 2 % populacji zwierząt gospodarskich na obszarze ich intensywnego chowu, aby w praktyce wstrzymać produkcję żywności z terenów z nich pochodzących. Przykłady symulacji strat w populacjach ludzkich i zwierzęcych są przedmiotem rozważań praktycznie w każdym współczesnym kraju; są one również pomocne przy rozważaniach przeciwdziałaniu zachorowań naturalnych. Jeżeli znajdują się ochotnicy do rozrywania się ładunkami wybuchowymi, można przypuszczać, że desperaci wyszkoleni przez terrorystów są w stanie zarazić się zjadliwym szczepem drobnoustroju wywołującego groźną zarazę i najzwyczajniej w świecie przebywać w miejscach gromadzenia się i przemieszczania ludzi – metro, dworce kolejowe i terminale lotnicze są tego najlepszym przykładem (2, 12).

Jeden z autorów podczas ćwiczeń w przeciwdziałaniu skutkom użycia broni biologicznej

Opisana sytuacja sprawia, że obecnie pojęcie wojny i pokoju oraz wroga muszą być definiowane inaczej niż w czasach minionych. Wszelkie granice i wyraźne podziały zostały zatarte, w odróżnieniu od konfliktów zbrojnych w poprzednich stuleciach i epokach, kiedy to czynniki biologiczne - nieznane ówczesnym ludziom, wywierały określone działania i niezależnie od walczących wpływały negatywnie na stronę przeciwnika lub obie walczące strony. Sukces w opanowaniu wpływu biologicznych czynników chorobotwórczych na żołnierzy walczących w XX w. obecnie należy już do przeszłości. Nasz kraj, nieposiadający broni biologicznej i niepracujący nad jej uzyskaniem, może jednak stać się obiektem takiego ataku. Dla uchronienia ludności Polski i wojska, istnieje cały system służący wykrywaniu ewentualnych ataków, ale przede wszystkim mający na celu szybkie i skuteczne zwalczanie skutków tego typu ataków. Główną rolę odgrywają tutaj specjalistyczne jednostki wojska polskiego. System ten oparty jest na pięciu Wojskowych Ośrodkach Medycyny Prewencyjnej (Bydgoszcz, Gdynia, Modlin, Kraków i Wrocław) będących pierwszą linią wykrywania i działań wstępnych, Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP (jednostka koordynująca) oraz Ośrodku Diagnostyki i Zwalczania Zagrożeń Biologicznych WIHiE w Puławach – głównym laboratorium diagnostycznym o klasie bezpieczeństwa BSL-3 (12, 16).

Opisane przykłady potwierdzają znaczącą rolę epidemii oraz wielu innych schorzeń niezakaźnych, w powstawaniu znaczących strat w szeregach walczących stron oraz wśród ludności cywilnej. Przedstawiają też kierunki współczesnych prac nad ewentualnym wykorzy-

staniem broni biologicznej na współczesnym polu walki, również w aspekcie zagrożeń ze strony bioterrorystów.

Streszczenie

W opracowaniu przedstawiono przykłady wpływu epidemii na przebieg działań wojennych, łącznie z działaniami celowymi w zakresie użycia broni biologicznej od 1914 r. do czasów nam współczesnych. Opisano między innymi epidemie dżumy, ospy, tyfusu plamistego, grypy, duru brzusznego, cholery, wąglika, tularemii, zarówno w aspekcie strat w zgrupowaniach wojskowych jak i strat wśród ludności cywilnej.

Piśmiennictwo

1. *Chomiczewski K., Gall W., Grzybowski J.*: Epidemiologia działań wojennych i katastrof, Warszawa, 2001.
2. *Chomiczewski K., Kocik J., Szkoda M.T.*: Bioterroryzm zasady postępowania lekarskiego, Warszawa, 2002.
3. *Gupta R., Robert L. JR., Lawyer P.G.*: Arthropods of military importance, in: Military Preventive Medicine: Mobilization and Deployment. vol. 1, 2000.
4. http//www.biokompost.wordpress.com.
5. http//www.biolog.pl.
6. http//www.wikipedia.org.
7. http//www.zgapa.pl.
8. *Krajewski A.*: Kanapka ze śmiercią, Polityka, 2003, 29(2410): 43-49.
9. *Lach J., Sulgostowska T., Bzdęga J.*: Inwazje pasożytnicze u żołnierzy armii europejskich stacjonujących w klimacie tropikalnym lub subtropikalnym w II połowie XX wieku. Probl. Hig. Epidemiol., 2006, 87 (2): 92-96.
10. *Mierzejewski J.*: Generałowie Kazimierz Sosnkowski i Shiro Ishi – dwie postawy wobec wojny bakteriologicznej, Życie Weterynaryjne, 1999, 74 (5): 227-228.
11. *Naruszewicz-Lesiuk D., Magdzik W.*: Choroby zakaźne na ziemiach polskich w dwudziestym wieku. Przegląd Epidemiologiczny, 2000, 54 (supl. 3): 5-9.
12. *Płusa T., Jahnz-Różyk K.*: Broń biologiczna zagrożenia i przeciwdziałanie. Warszawa, 2002.

13. *Sztuka-Polińska U.*: Zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych w Polsce w okresie międzywojennym. Przegląd Epidemiologiczny, 2000, 54 (Suplement 3): 16-22.
14. *Ślusarski W.*: Owady, żywy transport i siewcy zarazy. Biblioteka Zarządu Dezynfekcji, Dezynsekcji i Deratyzacji, Warszawa, 1955.
15. *Urbanek M.*: Czarna ospa w czerwieni. Polityka, 2003, 29(2410): 62-64.
16. *Zieliński A.*, *Sadkowska-Todys M.*: Bezpieczeństwo biologiczne w pracowniach mikrobiologicznych i biomedycznych, Warszawa, 2002.

Praca zawiera 29 656 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

ZASŁUGI KS. S. B. JUNDZIŁŁA DLA NAUKI WETERYNARII
NA PODSTAWIE ARTYKUŁU Z 1806 ROKU ZAMIESZCZONEGO W DZIENNIKU WILEŃSKIM.

Norbert Pospieszny, Wacław Łuczak*, Maciej Adamski *.

Zakład Anatomii Zwierząt
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
*Instytut Hodowli Zwierząt
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu

Życie i działalność księdza Stanisława Bonifacego Jundziłła /1761 –1847/ są stosunkowo dokładnie poznane /Baranowski 1996, Grębecka 1993, Sławiński 1947/. W takiej sytuacji postanowiono zajmować się zagadnieniami szczegółowymi z jego życia, w tym zasługami dla nauki weterynarii. Warto wspomnieć, że podczas studiów w szkołach pijarskich a następnie w zreformowanym Uniwersytecie Wileńskim wyrobił w sobie ogromne zamiłowanie do nauk przyrodniczych. Zasłynął później jako światowej sławy profesor tego Uniwersytetu w zakresie botaniki. Dodatkowo wykładał również zoologię. W 1831 roku przeżył gorycz likwidacji Uniwersytetu Wileńskiego. Formalnie nie posiadał dyplomu lekarza weterynarii. Jego zasługi dla Uniwersytetu Wileńskiego w zakresie weterynarii były niebagatelne.

Stanisław Jundziłł stosunkowo wcześnie, bo już w czasach działalności Komisji Edukacji Narodowej /KEN/, zapoznał się z problema-

mi weterynaryjnymi. Z polecenia KEN odbył podróż naukową do Wiednia /dwukrotnie/ w celu zbadania warunków do utworzenia szkoły weterynaryjnej w kraju. Z powodu sytuacji politycznej zdobyte doświadczenia w zakresie weterynarii, uzyskane w Wiedniu, nie zostały chwilowo wykorzystane. Akt erekcyjny Uniwersytetu z 1803 roku przewidywał utworzenie w składzie wydziału lekarskiego katedry weterynarii określanej jako „katedra bydlęcego leczenia". Z tego powodu jako profesor Uniwersytetu Wileńskiego miał ponownie kontakty z zagadnieniami weterynaryjnymi. W trzy lata później katedrę objął prof. Bojanus, a w 1823 roku otwarto Instytut Weterynaryjny. Konsekwentne działania władz uniwersyteckich wspierał Jundziłł w różny sposób, w tym także pracami z dziedziny weterynarii.

W redagowanym wspólnie z Jędrzejem Śniadeckim Dzienniku Wileńskim ogłosił cztery prace: Ośpica owiec 1805, str. 10-17; O włośniku 1805, str. 400-414; Ułomki nauki bydlęco lekarskiej 1806, str. 131-165 i O chorobie bydlęcej, liżączce 1821, str. 347-350.

Celem niniejszego opracowania jest zaznajomienie Czytelników z treścią i znaczeniem stosunkowo obszernego opracowania „Ułomki nauki bydlęco lekarskiej". Należy podziwiać erudycję i kompetencje prof. Jundziłła. W krótkim wstępie autor chwali rząd za zrozumienie zaniedbanej dla rolnictwa sprawy podniesienia rangi hodowli zwierząt domowych, szczególnie bydła, co ujawniło się między innymi utworzeniem katedry weterynarii w Uniwersytecie Wileńskim.

Pierwszy rozdział artykułu traktuje o historii nauki ze szczególnym zwróceniem uwagi na chorobę wołów, o której mówił już Hipokra-

tes: „a która się od utraty apetytu i sposobności przeżuwania zaczyna". Następnie tę samą zarazę opisał historyk Liwiusz w księdze piątej. Choroba występowała w 355 roku po złożeniu Rzymu tak bardzo często, że postanowiono zasięgnąć rady u kapłanów sybilijskich. Ponadto Senat zalecił uroczyste modły, a w świątyniach składano błagalne ofiary dla odwrócenia klęski. Tę samą lub podobną zarazę opisuje Wergiliusz w księdze trzeciej dzieła „O ziemiaństwie", podobne opisy zostawili także Owidiusz i Lukrecjusz. Zdaniem Jundziłła z tamtych czasów nie ma dzieła, w którym opisano by choroby bydła i sposoby ich leczenia, aczkolwiek cytuje opinię Wegecjusza: „iż Grecy i Rzymianie tem się zatrudniali, ze medycyna bydlęca zaraz po ludzkiej kładziona była". Ponadto w dziełach pisarzy rolniczych pojawiają się określenia „medicus veterinarius' lub tylko „veterinarius".

Za pierwsze dzieło weterynaryjne uważa Jundziłł „Artis veterinariae seu mulomedicine libri quattor" napisane przez Wegecjusza w końcu drugiego a najpóźniej na poczatku trzeciego wieku. W dziesiątym wieku cesarz bizantyjski Konstantyn Porfirogenet polecił uczonym, aby zebrali wypisy z dzieł starożytnych traktujących o weterynarii. Wypisy te dotrwały do naszych czasów i są jedyną informacja o oryginałach. W czasach nowożytnych dzieło Wegecjusza opublikowano w 1528 i 1563 roku w tłumaczeniu na francuski oraz w 1595 roku wypisy Porfirogeneta również po francusku. Współczesne wydanie dzieła Wegecjusza przygotowała renomowana firma wydawnicza Teubner z Lipska.

W dalszych rozważaniach Jundziłł opisuje zarazę bydła z 1711 roku i lat następnych, która doprowadziła do prawie całkowitego zniszczenia bydła. Zaczęła się w państwie weneckim od chorego wołu pochodzenia węgierskiego. Od niego zaraziło się bydło przebywające w tej samej oborze, a wkrótce potem cale pogłowie. Z Wenecji zaraza przeniknęła do Włoch, Francji, Anglii, Niemiec, Niderlandów, opanowała doliny Szwajcarii i Tyrolu, rozszerzyła się w Danii, Szwecji, Polsce, Inflantach i Rosji. Autor podkreśla, że we Włoszech chorobą bydła zajmowali się lekarze Romazzini i Lancisi. Ponadto z obserwacji wynikało, że zwierzęta po przechorowaniu powtórnie nie chorują. Dało to podstawę do rozpoczęcia szczepień.

W końcowej części opracowania Jundziłł wymienia słynnych uczonych z zakresu weterynarii i opisuje zakładanie katedr i szkół weterynaryjnych oraz omawia ich wpływ na likwidowanie chorób zwierząt i ogólny dobrobyt w danym kraju. Pisze o historii weterynarii w sposób kompetentny, jednocześnie z wyraźnym zaangażowaniem i entuzjazmem, przygotowując tym samym grunt do rozwoju weterynarii na uniwersytecie.

Drugi rozdział artykułu to: „Cel nauki, przysposabiające wiadomości, przymioty lekarza'. Cel nauki zawodu jest zakreślony szeroko, obejmuje rozmnażanie, utrzymywanie, doskonalenie i ochronę zdrowia wszystkich gatunków zwierząt. Zajmujący się zwierzętami lekarz weterynarii powinien być obiektywny, wolny od uprzedzeń, nie wstydzić się wątpliwości, szukać wiedzy w książkach. Niezależnie od posiadanej wiedzy i umiejętności powinien zachować pilność i pracowi-

tość gorliwego obserwatora. Naukę weterynarii Jundziłł dzieli w zasadzie na trzy części. W części pierwszej za podstawę uważa hodowle i żywienie zwierząt, w drugiej – anatomię i fizjologię, a w ostatniej umieszcza patologię oraz terapię ogólną i szczegółową. Jako profesor botaniki wspomina wielokrotnie o lekach krajowych, pochodzenia roślinnego, które powinno się stosować w miejsce drogich pochodzących z zagranicy. Pisze także o roślinach trujących, wskazując na konieczność posiadania stosownych na ten temat wiadomości przez lekarza weterynarii. Zwraca również uwagę na zagadnienia natury zootechnicznej, jak pomieszczenia i czystość mające na celu niedopuszczenie do wybuchu zarazy oraz wspomina o administracji weterynaryjnej.

Upłynęło 12 lat zanim podobnymi zagadnieniami zajął się prof. S. Girtler z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Poglądy Jundziłła w zakresie weterynarii były jak na owe czasach bardo nowoczesne, a i dzisiaj warte są przypomnienia.

Piśmiennictwo

1. *Baranowski H.*: Bibliografia Wilna. T.I. Uniwersytet Wileński. Toruń 1996. (Szkoła weterynaryjna poz. 722 – 731, S.B. Jundziłł poz. 2435 – 2458).
2. *Grębecka W.*: Stanisław Bonifacy Jundziłł – wybitny uczony polskiego Oświecenia, 1761 –1847. /w/ Wkład pijarów do nauki i kultury w Polsce XVIII – XIX w. KHNiT PAN Warszawa 1993, 240 –261.
3. *Girtler S.*: Rosprawa o potrzebie i użytności Nauki Weterynarii. Rocz. Tow. Nauk. Krak. 3, 1818,116 – 154.
4. *Jundziłł S. B.*: Ułomki nauki bydlęco lekarskiej. Dziennik Wileński 2, 1806, 131 –163.
5. *Perenc A.*: Historia lecznictwa zwierząt w Polsce wyd. II. Ossolineum Wrocław.
6. *Sławiński W. X.*: Stanisław Bonifacy Jundziłł. Lublin 1947.

Praca zawiera 7 525 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

ZARYS HISTORII I DZIEŃ DZISIEJSZY BADAŃ SYSTEMU KONTROLI POSTAWY.

Przybylski Grzegorz, Pyskir Małgorzata*, Pyskir Jerzy**, Bannach Małgorzata***, Gołda Ryszard****

Katedra i Klinika Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy UMK
w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy
*Katedra i Klinika Rehabilitacji UMK w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
**Katedra i Zakład Biofizyki UMK w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
***Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa UMK w Toruniu
Collegium Medium w Bydgoszczy
****Instytut Biologii Eksperymentalnej,
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcz
e-mail:gprzybylski@cm.umk.pl

Wstęp

Jedną z cech wyróżniających człowieka spośród innych mieszkańców Ziemi jest pionowa orientacja sylwetki. Takie ustawienie osi ciała w polu grawitacyjnym implikuje bardzo niewielką płaszczyznę podparcia. Dodatkowo wielosegmentowa budowa ciała oraz jego pokaźna wysokość powoduje, że systemem w warunkach statycznych człowiek w postawie stojącej jest niestabilny i ciągle narażony na utratę równowagi [2,3,9]. Nasz organizm posiada jednak zdolność kontrolowania swej postawy w spoczynku oraz w ruchu i reagowania na zmiany warunków otaczającego środowiska. Jest to proces złożony,

odpowiada za niego skomplikowany mechanizm zmysłowo-odruchowy nazywany systemem kontroli postawy (ang. postural control system). To on sprawia, że człowiek orientuje się w przestrzeni, dzięki jego pracy nasz organizm obudzony w środku nocy rozpoznaje pozycję leżąca, podczas morskiego rejsu odczuwa bujanie na falach, a kiedy tańczy walca czuje wirowanie. W czasie obrotu głowy czy podskoku odpowiednie receptory przekazują do mózgu informacje o kierunku, w jakim się zwróciliśmy, a następnie zostaje skorygowana postawa czy ruch całego ciała. Jeśli jednak nie zmienia ono swego położenia w przestrzeni a odbiera zmieniające się widoki, wówczas do mózgu docierają sprzeczne dane (np. w czasie jazdy samochodem lub na karuzeli), co jest przyczyną objawów choroby lokomocyjnej. Cierpią na nią często dzieci, ponieważ umiejętność utrzymania równowagi nie jest cechą wrodzoną lecz nabytą w długim procesie uczenia się i nie jest ona jednakowa dla wszystkich ludzi [3].

W odróżnieniu od innych zmysłów np. węchu, słuchu, czy wzroku, które mają jeden wyspecjalizowany narząd, prawidłowe funkcjonowanie systemu kontroli postawy ciała zależy od prawidłowej czynności i współdziałania trzech układów: przedsionkowego, wzrokowego i proprioceptywnego (3, 14, 26). Postawa ciała w ciągły sposób jest dostosowywana do zmieniających się warunków otoczenia. Na prawidłową kontrolę postawy ma wpływ wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Jedne z nich mogą powodować zaburzenia pracy systemu, inne natomiast mogą ją poprawiać. Stabilność postawy zmienia się wraz z rozwojem osobniczym. Od chwili urodzenia zdol-

ność utrzymania stabilności postawy ciała człowieka stopniowo się poprawia do osiągnięcia najlepszych rezultatów u młodych ludzi, by ulec wyraźnemu pogorszeniu w starszym wieku. Prawdziwym problemem związanym z pogorszeniem działania układu kontroli postawy są upadki, zazwyczaj spotykane u ludzi w podeszłym wieku. Najczęstszą ich przyczyną są potknięcia oraz zawroty głowy, które następnie powodują utratę równowagi. Często takie upadki kończą się złamaniami, hospitalizowaniem, a tym samym jeszcze większym ograniczeniem funkcji życiowych (14).

Prawidłowa praca systemu kontroli postawy człowieka wpływa na zdolność wykonywanych złożonych zadań ruchowych. Dobra ocena funkcjonowania tego skomplikowanego systemu jest konieczna ma duże znaczenie nie tylko w diagnostyce otolaryngologicznej i neurologicznej, ale jest bardzo ważna również w rehabilitacji zaburzeń równowagi i zawrotów głowy oraz przy uprawianiu wielu dyscyplin sportowych. Dlatego ocena funkcjonowania systemu kontroli postawy stała się przedmiotem intensywnych badań naukowych już w dziewiętnastym stuleciu. Od tego czasu diagnostyka ta bardzo intensywnie się rozwijała by osiągnąć ogromny postęp w czasie wprowadzenia komputerowej rejestracji danych. W dalszej części niniejszego opracowania zostanie pokrótce przedstawiona historia rozwoju badan systemu kontroli postawy, jej dzień dzisiejszy i perspektywy rozwoju.

Historia rozwoju badań systemu kontroli postawy

Pierwszą metodą oceny pracy systemu kontroli postawy odnotowaną w piśmiennictwie jest próba zaproponowana i opisana przez Moritza Heinricha Romberga, niemieckiego lekarza neurologa, autora klasycznego podręcznika wydanego w połowie dziewiętnastego wieku (23). Test ten polega na ocenie zachowania się pacjenta w pozycji stojącej, wyprostowanej, ze złączonymi stopami i ramionami wyciągniętymi do przodu. Badanie wykonuje się dwukrotnie: z otwartymi i zamkniętymi oczami. Osoba o prawidłowo funkcjonującym układzie kontroli postawy zachowuje w tych warunkach pozycję pionową, natomiast chwianie się we wszystkie strony lub w stronę uszkodzonego błędnika lub upadek uważa się za objaw patologiczny. Próba ta doczekała się licznych modyfikacji, które zwiększyły wartość kliniczną testu (11, 12, 13, 25). W różnych formach próba Romberga stosowana jest w praktyce do dnia dzisiejszego. Jedną z bardziej znanych modyfikacji testu jest wykonanie go przy niestandardowym ustawieniu stóp – zamiast równolegle koło siebie stopy ustawione są jedna tuż przed drugą. Obecnie stosowana wersja jest zastosowanie w próbie miękkiego podłoża (np. materaca).

Kolejnym krokiem w poprawie oceny pracy systemu kontroli postawy była próba wskazywania, którą zaproponował w 1910 roku Robert Bárány - austriacki otiatra węgierskiego pochodzenia, laureat nagrody Nobla z 1914 r. (za prace nad fizjologią i patologią aparatu przedsionkowego). W czasie testu naprzeciwko siedzącego człowieka umieszcza się przedmiot, następnie poleca się zamknięcie oczu i kil-

kakrotne wskazanie widzianego wcześniej przedmiotu. Przy zaburzeniach czynności błędnika badany ulegał iluzji ruchu przedmiotu i wskazywał obok rzeczywistego położenia (8). R. Bárány wykonywał testy także po irygacji ucha zewnętrznego wodą (inna temperatura wody w każdym uchu) i analizował zmiany w wykonywaniu testu.

Dalszy etap rozwoju diagnostyki systemu kontroli postawy stanowiła próba zaproponowana w 1913 roku przez Józefa Babińskiego i G.A. Weilla (1). Pierwszy z autorów to francuski neurolog, syn polskich emigrantów, był współzałożycielem Francuskiego Towarzystwa Neurologicznego, od 1907 r. jego przewodniczącym. Badanie polegało na wykonaniu pięciu kroków do przodu z zamkniętymi oczami, następnie (dalej bez otwierania oczu) kolejnych pięciu kroków do tyłu, następnie do przodu i tak przez 30 sekund. W przypadku jednostronnego upośledzenia błędnika chory chodził w charakterystyczną gwiazdę.

W 1924 roku Max Heinrich Fisher z Berlina i Ernest Wodak z Tel Awiwu opisali pierwszy test chodu w miejscu z rękami założonymi na klatkę piersiową zaobserwowali rotację pacjentów wokół własnej osi podczas chodu. Używając podobnego protokołu badania próbę dreptania opisał w 1938 roku Siegfried Unterberger, austriacki (18)]. Przy marszu z zamkniętymi oczami laryngolog, pod niemiecką nazwą ”der Tretrersuch” (26). Próba ta jest czasem określana dynamiczną próba Romberga. Badany podnosi wyprostowane ręce do poziomu i z zamkniętymi oczami maszeruje w miejscu w ciągu jednej minuty, unosząc wysoko kolana, tak by w najwyższym punkcie były

zgięte pod kątem prostym. Zdrowi ludzie przemieszczają się od położenia wyjściowego do końca marszu maksymalnie o 70 cm, a obrót w stosunku do pierwotnego kierunku nie przekracza 10 stopni. Unterberger zaobserwował, że rotacja jest wykonywana w stronę przeciwną do dominującej u danego badanego. Wadą prac Unterbergera oraz Fishera i Wodaka zarzucaną w dalszych publikacjach jest brak informacji na temat grupy badanych.

Podobny test do próby dreptania w 1940 roku przedstawił Cäsar Hirsch (niemiecki otolaryngolog żydowskiego pochodzenia, zmuszony do wyjazdu do Stanów Zjednoczonych) nazywając go próbą walca (”the waltzing test”). W 1959 roku Tadashi Fukuda, japoński otolaryngolog, zmodyfikował tę próbę i nazwał ją po angielsku ”the stepping test” (10). Fukuda wykonał uważnie badania na 500 osobach i korelował wyniki z diagnozą kliniczną. Stwierdził on, że wykonanie przez zdrowa osobę 100 kroków w miejscu nie powoduje obrotu. Jednak pomiary oparte na identycznym protokole wykonane przez P. Jordana z Tel Awiwu w 1963 roku okazały się być sprzeczne z wynikami T. Fukudy (15). Dalsze udoskonalanie powyższej próby zostało dokonane w 1963 roku przez Kaja Zilstorff-Pedersena i Erica Peitersena (18) ze Szpitala Uniwersyteckiego w Kopenhadze. Ci ostatni badacze zwrócili uwagę na niedostateczną kontrolę parametrów w badaniach wykonywanych przez wcześniejszych autorów.

Kolejna metodą oceny pracy systemu kontroli postawy była próba chodu podczas której badana osoba idzie prosto przed siebie z zamkniętymi oczami. Podczas testu obserwuje się, czy następuje

zbaczanie od kierunku chodu. Ulepszeniem tego badania była próba szynowa, opisana przez Heatha w 1942 roku, a później przez Corneliusa Getzingera z Uniwersytetu w Kansas w 1961 roku. Test ten wykonuje się chodząc boso po drewnianych szynach o różnej szerokości, a przy tym piętę przystawia się do palców. W tej próbie ocenia się odległość, którą badanemu udało się przejść utrzymując się na szynie (13, 24, 25).

W 1967 roku Eric Peitersen stwierdził, że marsz w miejscu z zamkniętymi oczami jest jedną z prób, która pomimo dotychczasowych wysiłków nadal pozostaje niedostatecznie przebadana a uzyskane wyniki są niemiarodajne (19). Peitersen zauważył, że do chwili powstania pracy nie ma dobrej metody badania patologii pracy systemu kontroli postawy, ponieważ nikt do końca nie rozumie jak pionowa postawa ciała jest utrzymywana w statyce i podczas chodu. Podsumowując: opisane dotychczas badania były bardzo proste do wykonania, nie wymagały specjalistycznej aparatury. Wnoszą one wiele informacji do diagnostyki klinicznej, jednak nie dostarczają obiektywnych parametrów ilościowych do oceny niewielkich ruchów ciała oraz pracy systemu kontroli postawy.

Wraz z doskonaleniem się możliwości technicznych wykonywania pomiarów i pojawieniem się odpowiedniej aparatury opisano próby obiektywizacji oceny równowagi i stabilności postawy. Nils G. Henriksson z Uniwersytetu w Lund oceniał różnice nacisku dolnych kończyn badanego stojącego na dwóch wagach ustawionych obok siebie. Test

ten pozwolił na obliczenie współczynnika asymetrii obciążeń kończyn dolnych podczas swobodnego stania.

Ilość problemów do rozwiązania w dziedzinie poznania i diagnostyki systemu kontroli postawy sprawiła, że w 1969 roku zostało powołane Międzynarodowe Towarzystwo Posturograficzne, zrzeszające przedstawicieli wielu dziedzin, między innymi: otolaryngologów, neurologów, neurochirurgów, fizjologów, okulistów, ortopedów, biomechaników. Głównym celem tego Towarzystwa uznano rozwijanie wiedzy o tonicznej aktywności posturalnej człowieka oraz jej nieprawidłowościach (9,16). W Polsce pionierskie badania posturograficzne rozpoczęto w latach siedemdziesiątych w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie. Innymi ośrodkami zajmującymi się podobna tematyką były AWF we Wrocławiu oraz Politechnika Warszawska (9, 16).

Z historii do współczesności – rozwój nowoczesnych badań posturograficznych.

Już na początku lat siedemdziesiątych XX wieku rozwój metody rejestracji danych z wykorzystaniem techniki komputerowej pozwolił na udoskonalenie badań systemu kontroli postawy. W 1974 roku Lewis M. Nashner, amerykański neurolog, jako pierwszy podjął próbę głębszego zrozumienia pracy tego systemu. Rozpoczął on rozważania z punktu widzenia sprzężenia dwóch układów: nerwowego i mięśniowego (17). Nasher użył prądu elektrycznego przyłożonego obustronnie do wyrostków sutkowatych w celu wyidukowania kołysania. Wyka-

zał on istnienie metody stymulacji mięsni antygrawitacyjnych. Badania pokazały, że chociaż wysiłki ciała zmierzające do kompensacji kołysania angażowały zarówno narząd przedsionkowo-rdzeniowy jak i sygnały od stóp i kończyn dolnych, to jednak początek odpowiedzi posturalnej na wytrącenie z położenia równowagi leży wyłącznie po stronie przedsionkowo – rdzeniowej. W celu obiektywnej oceny odruchów posturalnych Nasher wykorzystał platformę z wmontowanymi czujnikami tensometrycznymi. Były one połączone z komputerem, co pozwoliło na szybką akwizycję danych i zapisanie ich na nośniku, co dało możliwość dalszej obróbki.

Od tego czasu obserwuje się bardzo dynamiczny rozwój metod analizy pracy systemu kontroli postawy wykorzystujących statyczne i dynamiczne platformy posturograficzne (3, 11, 27). Przykładem jest platforma, której cała płaszczyzna jest podzielona na dwie podłużne części. Badana osoba staje na jedną kończyną na każdej części. W czasie około 30 sekund swobodnego stania rejestrowana jest siła nacisku na podłoże niezależnie prawej i lewej kończyny dolnej. Pomiar prowadzi się zarówno przy otwartych jak i zamkniętych oczach. Bardziej rozbudowana jest platforma z większą ilością czujników, które pozwalają na śledzenie w czasie przemieszczania się charakterystycznych punktów. Jednym z nich jest rzut środka ciężkości COG (ang. center of gravity) na płaszczyznę platformy. Innym wyznaczanym punktem jest COP (ang. Centre-Of-Foot-Pressure) wyznaczany na podstawie rozkładu siły nacisku każdej stopy na podłoże. Platformy

wykorzystywane od czasu pionierskich badań Nashera pozwalają między innymi na:

- ❖Rejestrację sygnałów odwzorowujących przemieszczenia COP ciała człowieka w rzucie na płaszczyznę podstawy w osi strzałkowej oraz osi czołowej
- ❖Wyznaczenie parametrów oceny wyników testu
- ❖Obserwowanie parametrów uzyskiwanych w trakcie trwania badania
- ❖Archiwizację wyników po zakończeniu testu
- ❖Przedstawienie danych na monitorze w układzie współrzędnych
- ❖Uzyskanie zintegrowanych raportów graficznych i liczbowych
- ❖Konwersję wyników badań oraz przebiegów wychyleń w obu osiach

Szczegółowa analiza rejestrowanych krzywych – statokinezjogramów (obraz błądzenia COP na płaszczyźnie X-Y) i stabilogramów (niezależne wykresy wychylenia w kierunku prawo-lewo oraz przód – tył od czasu) pozwala na obliczanie wielu parametrów opisujących drobne wychwiania, skorelowane często z rytmem fizjologicznym (oddychanie, praca serca). W ostatnich latach obserwuje się bardzo dynamiczny rozwój teoretycznych metod analizy wyników badań prowadzących do dokładniejszego zrozumienia funkcjonowania systemu kontroli postawy. Niedawno pojawiła się nowa metoda służąca do oceny krzywych uzyskanych podczas pomiarów posturograficznych. Jest nią analiza dyfuzyjna statokinezjogramów. Wykorzystuje ona ra-

chunek macierzowy i umożliwia wyznaczenie tzw. macierzy dyfuzji oraz innych parametrów będących miernikami aktywności systemu kontroli postawy człowieka. Nadal prowadzone są intensywne badania nad tą metodą analizy danych posturograficznych (5, 7, 21).

Tematem często poruszanym w literaturze jest wpływ różnych czynników na pracę systemu kontroli postawy (2, 4, 6). Wiele doniesień dotyczy stabilności sylwetki wśród wyczynowych sportowców.

Wykazano, że w grupie zawodników uprawiających czynnie takie dyscypliny jak: gimnastyka, akrobatyka, sporty walki, różne skoki: zarówno narciarskie, jak i do wody czy o tyczce, notuje się lepszą pracę systemu kontroli postawy (20, 22, 24, 25). Jednak u pływaków w próbach posturograficznych uzyskano wyraźnie gorsze wyniki od osób nie trenujących intensywnie pływania (25).

Nowością jest zastosowanie metod posturograficznych w rehabilitacji zawrotów głowy i zaburzeń równowagi. Szczególne znaczenie ma to w przypadku występowania problemów neurologicznych, w zakresie zdolności ruchowych, koordynacji, a także w zakresie obniżenia sprawności układu kontroli postawy, wynikających z wystąpienia zawrotów głowy pochodzenia obwodowego. Przeprowadzanie ćwiczeń bezpośrednio na platformie posturograficznej jest idealnym rozwiązaniem, umożliwiającym jednocześnie zadawanie ćwiczenia i kontrolę jego wykonania (2).

Podsumowanie

W podsumowaniu należy podkreślić, że ponad 150-letnia historia badań systemu kontroli postawy przyniosła wiele nowatorskich rozwiązań i wniosła wiele w dziedzinę zrozumienia funkcjonowania ludzkiego organizmu. Jednak daleko jeszcze do stwierdzenia, że o systemie kontroli postawy wiemy wszystko. Przed nauką jest jeszcze wiele do zrobienia, wyraźnie rysuje się konieczność interdyscyplinarnej współpracy wielu specjalistów, a współczesna technologia dostarcza coraz lepszych narzędzi badawczych.

Streszczenie

Pionowa postawa ciała jest charakterystyczna dla sylwetki ludzkiej. W związku z taką orientacją ciała w polu grawitacyjnym jesteśmy nieustannie narażeni na utratę równowagi. Jej ciągłe utrzymywanie jest procesem złożonym, za którego realizację odpowiedzialny jest system kontroli postawy. Diagnostyka tego systemu była przedmiotem zainteresowania badaczy już w połowie XIX wieku. W pracy przedstawiono podstawowe etapy rozwoju sposobów badań. Wskazano na olbrzymi postęp metod diagnostycznych i stosowanej aparatury. Pomimo to nauka ma w dziedzinie badan systemu kontroli postawy jeszcze wiele do odkrycia.

Piśmiennictwo

1. *Babinski J, Weill G. A.*: Désorientation et déséquilibration spontanée et provoquée. La déviation angulaire. *„CR Soc Biol". 74, ss. 852-855, 1913.*

2. *Błaszczyk J. W., Czerwosz L*: Stabilność posturalna w procesie starzenia. Gerontol. Pol. 2005, 13 (1): 25-36.
3. *Błaszczyk J.W.*: Biomechanika kliniczna. PZWL, Warszawa, 2004, 192-232.
4. *Błaszczyk J.W.*: Kontrola stabilności postawy ciała. Kosmos, 1993,42 (2): 473-486.
5. *Bosek M, Grzegorzewski B, Kowalczyk A*, Two-dimensional Langevin approach to the human stabilogram. Human Movement Science. 2004, 22: 649-660.
6. *Bosek M., Pyskir M., Pufal E., Sykutera M., Grzegorzewski B., Kała M., Piekoszowski W., Śliwka K.*: Posturograficzna ocena zaburzeń równowagi osób poddanych działaniu alkoholu lub chloropromazyny. Z Zagadnień Nauk Sądowych 2003, 56: 5-15.
7. *Collins J. J, De Luca C. J.*: Open-loop and closed-loop control of posture: random walk analysis of center-of-pressure trajectories. Exp. Brain. Res. 1993, 95: 308-318.
8. *Dolowitz D. A.*: Testing vestibular spinal reflexes. In: Spector M. (ed.) Dizziness and vertigo. Grune and Stratton, New York, 1967, 86-92.
9. *Flis K.*: Posturografia nie tylko dla pilotów. Głos Uczelni, 2001.
10. *Fukuda T.*: The stepping test. Acta Oto-laryngologica (Stockholm) 1959; 50: 95-108.
11. *Held-Ziółkowska M.*: Metody oceny równowagi posturalnej – komputerowa posturografia dynamiczna. Magazyn Otorynolaryngologiczny. 2006, tom V, zeszyt 2, no 18.
12. *Held-Ziółkowska M.*: Metody oceny równowagi posturalnej – próby kliniczne na sprawność postawy i chodu. Magazyn Otorynolaryngologiczny. 2006, tom V, zeszyt 2, no 18.
13. *Janczewski G., Pierchała K.*: Zaburzenia równowagi w wieku podeszłym. Przew. Lek 2003, 6 (2): 34-38.
14. *Jaskólski A., Jaskólska A.*: Podstawy fizjologii wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka. Wrocław, 2005, 69-71.
15. *Jordan P.:* Fukuda's stepping test : a preliminary report on reliability. Archives of Otolaryngology 1963; 77: 243-245.
16. *Kubiczkowa J.*: Rola posturografii w medycynie lotniczej. Pol. Prz. Med. Lot. 1998, 4 (3): 301-310.
17. *Nashner L. M.*, Wolfson P.: Influence of head position and proprioceptive cues on short latency postural reflexes evoked by galvanic stimulation of the human labyrinthe. Brain Research 1974; 67: 255 – 268.
18. *Peitersen E.*: Vestibulospinal reflexes VI: relationship between vestibulospinal and vestibule-ocular reflexes in normal subjects following thermal stimulation. Archives of otolaryngology 1963, 78: 797-802.
19. *Peitersen E.*: Vestibulospinal reflexes X theoretical and clinical aspects of the stepping test. Archives of otolaryngology 1967; 85: 88-94.

Perrin P, Deviterne D, Hugel F, Perrot C.: Judo, better than dance, develops sensorimotor adaptabilities involved in balance control. Gait and Posture 2002, 15: 187-194.

20. *Priplata A., Niemi J., Salen M., Harry J., Lipsitz L. A., Collins J. J.*: Noise–Enhanced Human Balance Control. Physical Review Letters 2002, 89(23): 238101-1 – 238101-4.

21. *Pyskir M., Pujszo R., Bosek M., Grzegorzewski B., Błach W.*: Wpływ wybranych ćwiczeń fizycznych na system kontroli postawy człowieka. Med. Sport. 2004, 20 (5): 247-253.

22. *Romberg M.*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin, Duncker, 1840-1846. 2nd edition, 1851; 3rd edition (unfinished), 1857, 1 volume. Also under the title of Pathologie und Therapie der Senisbilitäts- und Motilitätsneurosen. English translation: A Manual of the Nervous Diseases of Man. 2 volumes. London, Sydenham Society, 1853. Translated and edited by Sir Edward Henry Sieveking (1816-1904) Sydenham Society, 1853. Translated and edited by Sir Edward Henry Sieveking (1816-1904).

23. *Taniewski M., Radtke-Partyka A.*: Pobudliwość kaloryczna układu równowagi koszykarek. Med. Sportowa. 1992, 8 (24): 13-13.

24. *Taniewski M., ZaporoŜanow W., Kochanowicz K., Kruczkowski D.:* Ocena czynności układu równowagi sportowców na podstawie badania odruchów przedsionkowordzeniowych i przedsionkowo-ocznych. Med. Sportowa. 2001, 17 (6): 227-231.

25. *Unterberger S.*: Vestibularisgrenzgebiet der Otiatrie und Neurologie. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, 1940, 12: 329-348.

26. *Zagrobelny Z., Woźniewski M.*: *Biomechanika kliniczna*. Wrocław, 1999, 143-157.

Praca zawiera 21 285 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

MOJE PSY, LEKTURY, WSPOMNIENIA - Z REFLEKSJI LEKARZA WETERYNARII

Jerzy Szenfeld

Gabinet Weterynaryjny,
ul. Kostrzyńska 24/B, 66-400 Gorzów Wlkp.
jerzy.szenfeld@neostrada.pl

Od redaktorów

Zwierzęta zależne od człowieka, zwłaszcza chore, stają się stworzeniami szczególnie bezbronnymi. W skomercjalizowanym świecie bywa, że powołanie do określonego zawodu, szczególnie miłość do niego, staje się przedmiotem kpiących westchnień. Co prawda monografia ta jest wydawnictwem naukowym, jednakże redaktorzy uznali za zasadne umieszczenie w tym miejscu osobistych refleksji lekarza weterynarii z bardzo długim stażem, który zaczynał swoją pracę w „zamierzchłych czasach", w zupełnie innej rzeczywistości.

Z początków świadomości wyłania się rozpacz po kundlu, dziś wypada raczej powiedzieć mieszańcu. Był bardzo samodzielny i zaradny. Wabił się Cygan i zginął tragicznie przez nieporadność przyjaciela ojca, który z Galicji na Ziemie Odzyskane przywiózł swój paniczny strach przed psami.

Rozpacz dziecka, która szczęśliwie szybko, choć może tylko powierzchownie, mija, usunął obraz bernardyna, mimo swojej łagodności wzbudzającego respekt graniczący ze strachem. Ten odznaczał się niezwykłą opiekuńczością.

Wiele lat później przyjdzie czas na obiektywne obserwacje z ważnymi (dla autora tekstu) publikacjami.

Wcześniej jednak kilkuletni chłopiec musiał pogodzić się, a to przyszło mu już dużo trudniej, z kolejnym odejściem swojej przyjaznej, choć budzącej strach fascynacji. Tym zdyscyplinowanym, o pogodnym usposobieniu olbrzymem, który w oczach dziecka nabierał jeszcze wielkości. W latach gdy pierwsze antybiotyki częściej niż do ludzi trafiały do chorych koni, pan Suchocki, opiekun Barrego, usłyszał, że choroba jego pupila jest nieuleczalna…

I - co już było straszne - aby mu skrócić cierpienie, trzeba go zastrzelić. Dziecko najpierw pilnie nasłuchiwało, a następnie z empatią temu wiekowi właściwą dzieliło smutek przyjaciela dziadka. Dopytywało o szczegóły i domagało się wyjaśnień, tym usilniej im konsekwentniej dorośli próbowali zbywać jego ciekawość, już wtedy grawitującą w kierunku „medycznego powołania". Tym usilniej, im bardziej próbowali sobie poradzić z jego przeżyciami, których przecież nie mogli zgłębić, i już łatwiej dostrzegalnym niepokojem.

To chyba wtedy pojawiły się pierwsze naiwne, dziecięce marzenia: "Jak dorosnę, będę umiał im pomóc".

Z tamtej dalekiej przeszłości wracają poruszające obrazy, akcje hycli (mające duże znaczenie w zwalczaniu wścieklizny) zbierające w małych miasteczkach pogranicza wałęsające się bezpańskie psy. Towarzyszyły im opowieści małych i dużych gapiów, że przynajmniej część z nich zostanie przeznaczona „na mydło".

Ważniejsze! Chłopiec zapamiętał radość opiekunów, gdy w ostatniej chwili zabierali z rąk „łapaczy" swoich niesfornych pupili, oraz strach i smutek, tak przynajmniej to odbierał, tych stworzeń, które pozostały w klatkach na wozach i wkrótce opuszczały miasteczko. Wiele lat później, eufemistycznie, nazwano to depopulacją.

Z następnych, szkolnych już lat, wracają obrazy koleżanek i kolegów mówiących o swoich czworonożnych przyjaciołach.

Wkrótce pierwszy poważny wybór, dla czternastolatka najczęściej niełatwy, chyba nie do końca uświadomiona średnia szkoła weterynaryjna, w jakiejś mierze naśladownictwo rok starszego kolegi, później zresztą prawnika. Po części kalkulacje dotyczące przyszłego życia :„Jeśli rodziców nie będzie stać na studia…?" Zanim pięć lat w dobrej szkole, jeszcze rozmowa z ojcem, komandosem generała Sosabowskiego, i jego dobrze zapamiętane pytanie „Wiem, chcesz pomagać, ale nie boisz się krwi lub wykonywania zabiegów, oglądania ran i trzewi?"

Duże akcje zwalczania groźnych chorób zakaźnych były tym, czym manewry dla wojska. Różne też służby angażowano do pomocy przy zwierzętach, także nas, jeszcze uczniów szkół. A że przy tamtym z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych pogłowiu zwierząt potrzebna była każda para rąk, korzystano także z, chętnych do pracy więźniów - co dla dwudziestolatka było kolejnym nowym doświadczeniem. Ówczesne obserwacje sprowadzały się do konstatacji: Z towarzyszącymi zwierzętami, psami, kotami rozmawiają serdeczniej niż między sobą. Często mówią wprost: „Panie, zwierzęta są lepsze" – choć

większość ma trudności z odpowiedzią dlaczego. To wielu wie… Nie ma trudności dla szczerze zainteresowanych.

Praktyki miały posmak prawdziwej przygody, z namiętnym wielokrotnym opowiadaniem o ciekawych przypadkach sobie nawzajem, najbliższym oraz zainteresowanym spoza zawodu. Dzienniczek praktyk z wpisaną dobrą oceną i pochwałą urastał do sukcesu życiowego.

Tylko choroby odzwierzęce, wówczas także nasze zawodowe, i siermiężna rzeczywistość przebrzmiałej (czy na pewno?) epoki ograniczająca możliwość zapobiegania zoonozom – co jakiś czas mroziły radość i kazały weryfikować entuzjazm, zwłaszcza gdy któryś z kolegów dowiadywał się, że sam jest chory lub przedwcześnie odchodził. Bruceloza codziennie była na ustach koleżanek i kolegów po fachu. Zabrała wielu szlachetnych, przedwcześnie! Fałszerze prawdy nie chcą do dziś o jej ofiarach słyszeć.

Także ta „…prawdziwa miłość nigdy nie ustaje …”

Skąd się wzięła, dlaczego trwała? Chyba także dojrzewała? Do dziś te pytania pozostają bez odpowiedzi. A rozważania – jak prawie zawsze – niedokończone.

„To co jest z miłości wszystko jakby sporo

A co z przymuszenia wszystko jakby choro” (*Mikołaj Rej*)

Otwarta formuła nauki kazała w uprawianej profesji widzieć coraz więcej asocjacji budujących nowe, bogatsze piękno. Kazała także odkryć bogate relacje człowieka opiekuna z jego „braćmi mniejszymi”. Również wspólnotę poszukiwań. Kazała dostrzec ich często ofiarną rolę w procesie poznawczym człowieka.

Jako pierwsze na myśl przychodzą zwierzęta doświadczalne. Pomyślmy o nagrodzie, najczystszą były opisy literackie, także poezja poświęcona swoim czworonożnym przyjaciołom.

Gdzieś w okolicach początku studiów czas przyniósł Nagrodę Nobla współtwórcy etologii Konradowi Lorenzowi. Zaczytywanie się w jego popularnych przekładach: „Tak zwane zło", „I tak człowiek trafił na psa" i in. było potrzebą, kanonem, po trosze także snobistycznym obowiązkiem,

Jeszcze z lat studenckich pozostała w pamięci wakacyjna opieka nad pudlem pani docent z sąsiedniego wydziału, która w studentach weterynarii wyższych lat upatrywała zasadnie dobrych opiekunów dla swojej pupilki w przypadku wyjazdów, na które nie mogła jej zabrać. Tak naprawdę „pudliszki" tyleż głupiutkiej co sympatycznej i oddanej. Ta mała czarna suczka zmieniała sobie menu dokładnie co dwa tygodnie w sobotę przed południem. Ale co ważniejsze tymczasowemu opiekunowi okazywała bezwarunkową, pełną przywiązania psią miłość. Ciekawe że w okresie jej nasilonego poszukiwania.

Razem z dyplomem przywieźliśmy malutką puszystą kulkę, 10-tygodniowego mieszańca znakomicie wręcz „udającego" walijskiego corgi. Uratowany przed losem swoich doświadczalnych pobratymców przysparzał wielu zabawnych, choć najczęściej niechcianych atrakcji. Nie wiedzieć czemu był agresywny w stosunku do starszych kobiet i osób w mundurach. Na nasze szczęście najczęściej straszył odzianego przepisowo listonosza. Szczególną czułością darzył klien-

tów pobliskiego baru, zamroczonych do stanu horyzontalnego alkoholem. Komuś podobał się za bardzo, choć pilnowany był starannie, może tylko wychowywany nazbyt liberalnie, któregoś dnia znikł bez śladu. Całej czteropokoleniowej rodzinie długo jeszcze co jakiś czas wydawało się, że widziała go z kimś w tramwaju lub z tramwaju …jak spacerował w obcym towarzystwie.

Horyzont biologicznego rozumienia poszerzały też namiętne polemiki nad bestselerowymi pozycjami Desmonda Morrisa „Naga małpa”(6), dużo później „Zwierzę zwane człowiekiem”(7) oraz Vitusa Droschera „Cena miłości”(2) czy „Rodzinne gniazdo”(3), i in. pozycjami wówczas wyczekiwanymi i „zdobywanymi”. A na poziomie ewolucji genetycznej postęp w rozumieniu przyniosła pozycja, „Biologia twórcza” Jeana Rostanda; ta ostatnia lektura wśród innych zwieńczona wyjątkowym egzaminem u wspominanej do dziś profesor Marii Szelągiewicz.

Psy w swoim naturalnym środowisku wróciły w tym samym mniej więcej czasie w niewielkiej objętości książeczce Hugona Lawicka „Solo dziki pies dingo” – apoteozie macierzyństwa psów żyjących w naturalnych siedliskach. Opisie przypadku wyłamującego się z odwiecznych praw przyrody.

Równocześnie, choć nie wiem, czy taki był zamiar autorki, po powrocie ze stażu w USA Agata Fonberg(1) złożyła hołd psom używanym do wywoływania nerwic doświadczalnych, które przyczyniły się do poznania ich etiopatogenezy. Relacjonowane w tej pracy badania

innych autorów określenie „nasi bracia mniejsi” czyniły jeszcze bardziej uprawnionym.

Autora, który w rodzimej literaturze przedmiotu znalazł zaledwie trzy prace na omawiany temat, fakt ten zmusił do przedstawienia w najogólniej dostępnym, jednym z nielicznych wówczas branżowych tytułów dwóch prac przeglądowych przenoszących wyżej wymienione badania na grunt weterynaryjny.(8,9) W ocenie niektórych życzliwych recenzentów ukazały się za wcześnie. Na pewno też w nie najwłaściwszej dekadzie lat osiemdziesiątych.

W pamięci najbliższej rodziny ma swoje miejsce jamniczka Bella (imię jej szybko zamieniliśmy na mniej pretensjonalne), która była z nami za krótko, chora na cukrzycę a na koniec otruta tak, że pomoc okazała się nieskuteczna. Pod powiekami został jej ufny do końca wzrok i własna przykra bezradność, a w pamięci jej niezwykła czuła osobowość.

Wkrótce po niespełna sześciu latach pojawiła się możliwość łatwiejszego opisywania doświadczeń swoich i kolegów na łamach dostępniejszych już biuletynów Izb Lekarsko-Weterynaryjnych a także wymiany między nimi. Uruchomiły one nowe formy aktywności koleżanek i kolegów również na gruncie pozazawodowym. Nie zabrakło pierwszych, na różnym poziomie, prób literackich, w tym poetyckich.

Chętnym dało to możliwość dzielenia się z kolegami, czytelnikami szerzej pojętą historią zawodu oraz przekazywania polemik dotyczących etosu zawodowego. Także teraz nie zabrakło opisów psich pacjentów, którzy trwalej wpisali się w pamięć.

Wieloletnie już doświadczenie obligowało do stawiania pytań, o odpowiedź na które nie było i nie jest łatwo. Pytań, które śmiało podejmowali najlepsi, jak się wydawało, niezbyt często. Pytań z pogranicza „białej" i naszej „zielonej" medycyny, ale także etyki i filozofii medycyny, ogólniej ujmując. Czasami szczęśliwie prowadzących także na trudny grunt bioetyki. Pytania prowokowały do poznawania prac zmierzających do rzetelnej odpowiedzi.

Obok rosła tęsknota za minionym romantyzmem tego zawodu, który dwadzieścia lat wcześniej rozpoczął swój szybki marsz w niebyt.

Jak daleka i jak obiektywna okaże się samoocena?

Oby mnie, wszystkim moim koleżankom i kolegom przyniosła spokój, wszak nie zawsze marzenia młodości, zrealizowane w wieku dojrzałym, mogą zaświadczać o pięknym życiu.

Piśmiennictwo:

1. *Fonberg E.*: „Nerwice. Przesądy a nauka", „Wiedza Powszechna, Warszawa 1971.
2. *Dróscher V.B.*: Cena miłości, P W „Wiedza Powszechna", Warszawa 1980.
3. *Dróscher V.B.*: Rodzinne gniazdo, PW „Wiedza Powszechna". Warszawa 1980.
4. *Lorenz K.:* „I tak człowiek trafił na psa" PIW,2006.
5. *Lorenz K.*: „Tak zwane zło", PIW, Seria Biblioteka Myśli Współczesnej, 2003.
6. *Morris D.*: „Naga małpa",PIW,1976.
7. *Morris D.*: „Zwierzę zwane człowiekiem", PRIMA, Świat Książki, Warszawa 1997.
8. *Szenfeld J., Deptuła W., Rączkiewicz J.*: Życie wet.1983.
9. *Szenfeld J., Deptuła W., Rączkiewicz J.:* Życie wet.1986.

DOCENT DR JAN CHWALIBÓG TWÓRCA POWOJENNEJ WETERYNARII GORZOWSKIEJ

Jerzy Szenfeld, Michał Stosik*

Gabinet Weterynaryjny, ul. Kostrzyńska 24/B, 66-400 Gorzów,
*Katedra Biologii Molekularnej,
*Wydział Nauk Biologicznych, Uniwersytet Zielonogórski,
ul. prof. Z. Szafrana 1, 65-516 Zielona Góra
jerzy.szenfeld@neostrada.pl

Jan Chwalibóg urodził się 06 maja 1906 r. w Łącku, pow. Nowy Sącz, gdzie ojciec dr n. med. Henryk Chwalibóg był lekarzem okręgowym. Szkołę powszechną ukończył w Łącku. Na świadectwie z tego okresu, zaczynającym się: Kraj: Galicya, okręg szkolny Nowy Sącz, Szkoła Ludowa Mięszana, czytamy: Jan Chwalibóg w roku szkolnym 1912/1913 uczęszczał do szkoły tutejszej i wykazał w obu półroczach: zachowanie się chwalebne, pilność wytrwałą, porządek zewnętrzny ćwiczeń piśmiennych – bardzo staranny, a dalej już widnieją same oceny bardzo dobre. Dyplom lekarza weterynarii uzyskał 01. 04. 1931 r. na Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie.

Dr Jan Chwalibóg z ogromnym zapałem uprawiał szereg sportów, a wśród nich jeździectwo. Ta pasja o mało nie doprowadziła go do przedwczesnej śmierci. Upadek z konia, tylko szczęśliwym zbiegiem okoliczności, skończył się ciężką operacją - z usunięciem jednej

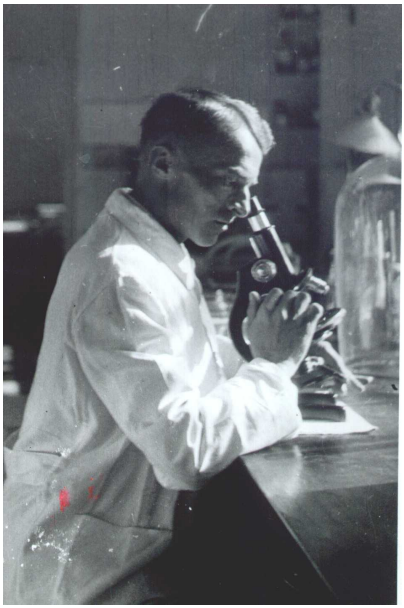
nerki (a miało to miejsce w czasie, gdy o penicylinie jeszcze nikt nie słyszał).

Zwolniony z obowiązku odbycia służby wojskowej, pierwszą posadę obejmuje w Rożniatowie pow. Dolina, jako Miejski Lekarz Weterynarii. Po roku musi rezygnować z tego stanowiska, ponieważ bez porozumienia z „zainteresowanym" znalazł się na liście składek ONR (Obóz Narodowo-Radykalny). Po odwołaniu, w którym stwierdził, że nie należy do żadnych stronnictw i jako taki nie będzie płacił składek, poradzono mu zmianę posady. Przenosi się, więc do Kobrynia (woj. poleskie), gdzie do 31. 10. 1935 r. pracuje na stanowisku Miejskiego Lekarza Weterynarii. Następnie na podobnym stanowisku pracuje przez rok w Drohiczynie Poleskim i rok w Lubowli na Wołyniu. Jesienią 1937 r. odbywa urzędową praktykę rzeźnianą w rzeźni lwowskiej po ukończeniu, której w listopadzie tego roku obejmuje stanowisko Miejskiego Lekarza Weterynarii i kierownika rzeźni w Dubnej na Wołyniu. Tu zastaje go wybuch drugiej wojny światowej rozpoczynający tułaczkę po wejściu Armii Czerwonej – w styczniu 1940 r.

W sierpniu tego roku obejmuje stanowisko asystenta w Katedrze Epizootiologii Lwowskiego Instytutu Naukowego. Po zajęciu Lwowa przez Niemców pracuje parę miesięcy w Zakładzie profesora Rudolfa Stefana Weigla przy produkcji szczepionki przeciw tyfusowi plamistemu. O tym miejscu pracy, po latach, profesor Andrzej Kajetan Wróblewski napisał, że obok wiodącego poziomu naukowego słynęło ono z pięknych mądrych kobiet, zabiegających o względy przystojnego szefa co atmosferę czyniło wysoce „naerotyzowaną".

Następnie dr Jan Chwalibóg przenosi się do Krakowa, gdzie przez pewien czas pracuje w Weterynaryjnym Zakładzie Rozpoznawczym wraz z prof. Kazimierzem Markiem i prof. Jerzym Szaflarskim. Pierwszego kwietnia 1942 r. przenosi się do Radomia, tutaj doświadcza końca wojny i wyzwolenia. Z okresu II wojny światowej zachowało się jego ulubione zdjęcie ilustrujące zaangażowanie w pracę naukową (ryc. 1). Zaraz w 1945 r. dr Jan Chwalibóg nawiązuje kontakt z Państwowym Instytutem Weterynarii w Puławach, a personalnie z prof. Witoldem Stefańskim – pracę doktora w tej jednostce ilustruje ryc. 2 i 3. Podejmuje pracę w Instytucie, a prowadzone przez dr Chwaliboga laboratorium wkrótce staje się (13. 06. 1945 r.) Wojewódzkim Zakładem Higieny Weterynaryjnej (dalej WZHW) dla woj. kieleckiego. W tym samym czasie kieruje laboratorium bakteriologicznym dla szpitali miejskich w Radomiu.

Pierwszego maja 1946 r. decyzją Ministra Rolnictwa, jako znający produkcję surowicy przeciw różycowej, zostaje przeniesiony służbowo do Gorzowa Wielkopolskiego z poleceniem jak najszybszego uruchomienia produkcji tejże surowicy. (Różyca jest w tym czasie głównym problemem hodowli świń.) Tak zostaje otwarty lubuski rozdział życia rodziny Chwalibogów, bo wkrótce przybywa także do Gorzowa żona Marianna z dziećmi.



Ryc. 1. Dr Jan Chwalibóg na jednym ze swoich ulubionych zdjęć – z okresu II wojny światowej.

Ryc. 2. Dr Jan Chwalibóg (trzeci od prawej strony) wśród pionierów Gorzowskiego Oddziału Państwowego Instytutu Weterynarii w 1948 r. – późniejszego „Biowetu“ Gorzów

Z powierzonego zadania wywiązuje się szybko, za co otrzymuje pochwałę i nagrodę. W tym samym roku, w lipcu 1946, zebrane wcześniej obserwacje i materiały zaowocowały obroną pracy doktorskiej nt. „Dwoinkowych zakażeń u cieląt" na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,

Ryc. 3. Dr Jan Chwalibóg (trzeci od prawej strony) z najbliższymi współpracownikami Gorzowskiego Oddziału Państwowego Instytutu Weterynarii - 1950 r.

W styczniu 1948 r. na prośbę Ubezpieczalni Społecznej w Gorzowie i za zgodą władz Instytutu obejmuje kierownictwo Laboratoriów Chemiczno-Bakteriologicznych Ubezpieczalni. Tę dodatkową pracę wykonuje do stycznia 1953 r., a od lutego tego roku na pół etatu obejmuje stanowisko kierownika WZHW w Gorzowie Wlkp.

Z końcem 1952 r. nastąpiła reorganizacja PIW, w wyniku, której zakłady produkcyjne zostały wydzielone tworząc Zakłady Przemysłu Bioweterynaryjnego „Biowet". W marcu 1953 r. dr Jan Chwalibóg zo-

staje mianowany zastępcą dyrektora ds. produkcji w Biowecie" gorzowskim. Likwidacja stanowiska zastępcy dyrektora ds. produkcji w 1958 r. i odejście ówczesnego dyrektora stawia doktora Jana Chwaliboga przed wyborem, o którym tak pisze w jednym z życiorysów: „*Rada Robotnicza Zakładu i Dyrekcja Naczelna Przemysłu Biowetery-naryjnego zwróciły się do mnie z propozycją objęcia stanowiska dyrektora Zakładów w Gorzowie z warunkiem zrzeczenia się pracy dodatkowej w W.Z.H.W. Ze względu na to, iż praca administracyjna nie odpowiada moim zamiłowaniom, odmówiłem i od 1 lipca 1958 roku przeszedłem na pełny etat kierowania WZHW w Gorzowie*".

Tak więc od lipca 1958 r. przechodzi do pracy w WZHW łącząc to stanowisko z pasją naukową i obowiązkowością lekarza weterynarii – pedagoga, wprowadzającego w życie młodych adeptów nauk weterynaryjnych. Zakład prowadzony przez dr Jana Chwaliboga realizuje wiele badań z zakresu chorób zwierząt gospodarskich. Opisano wiele ciekawych przypadków kazuistycznych oraz opracowano dwie instrukcje rozpoznawcze dla WZHW w kraju, dotyczące różycy i pasterelozy. Ponadto w WZHW w Gorzowie, jako pierwszym w kraju, wprowadzono do prac rutynowych ustalanie wrażliwości na chemioterapeutyki izolowanych szczepów bakteryjnych z nadesłanego materiału. Do osiągnięć tego Zakładu należy zaliczyć również wydatną pomoc (przy współpracy z dr n. wet. Bogdanem Bartoszem) przy rozpoznawaniu wielu chorób świń, które były w kraju mało znane. Powstały także trzy prace doktorskie (dr Jerzego Zahaczewskiego, dr Wandy Dubieńskiej, dr Barbary Buszkiewicz) oraz do czwartej wykonano część

laboratoryjną (dr Bogdan Bartosz). W okresie kierowania WZHW, później ZHW w Gorzowie Wlkp. przez doc. dr J. Chwaliboga istnieją następujące pracownie: mikrobiologiczna, serologiczna, parazytologiczna i chorób pszczół, chorób drobiu, bydła, badania mleka, środków spożywczych, chemii i toksykologii, pożywek, oraz dział wirusologii, który rozpoznaje wściekliznę, w których pracuje liczny personel (ryc. 4). W tym też czasie Docent wraz ze swoimi najbliższymi współpracownikami święci tryumf powstania Polskiego Towarzystwa Nauk Weterynaryjnych oraz jednego z pierwszych (piątego) Oddziału terenowego tej organizacji w Gorzowie Wlkp., o tyle wyjątkowego, że poza weterynaryjnym ośrodkiem akademickim.

Doc. dr Jan Chwalibóg, mimo konsekwentnego unikania przynależności do jakichkolwiek organizacji politycznych, w uznaniu zasług otrzymuje Medal 10-lecia Polski Ludowej. Stopień samodzielnego pracownika naukowego uzyskuje w 1968 r., a w 1974 r. zostaje powołany na stanowisko docenta. W ocenie wszystkich swoich współpracowników był szefem wymagającym, pedantycznym, ale szanującym współpracowników i dbającym o ich osobisty, w tym naukowy rozwój. Zaświadczają o tym liczne publikacje naukowe ze współpracownikami oraz uzyskane przez nich, za jego kierownictwa, stopnie naukowe. Wszyscy jego byli współpracownicy zgodnie też podkreślają prawość charakteru Docenta i jego pogardę dla matactw, spokój i godne zachowanie także wtedy, gdy krętactwa itp. sztuczki kazały rodzinie zmieniać kolejne mieszkania, wiadomym, a nigdy do końca, nieopisa-

nym faktem - nie na lepsze. Ile razy w grę wchodził merkantylizm – był Pan docent „ponad”.

Ryc.4. Dr Jan Chwalibóg w 1971 r. z współpracowniczkami Wojewódzkiego Zakładu Higieny Weterynaryjnej w Gorzowie Wielkopolskim.

Nadwątlone siły regeneruje żywym i pełnym kontaktem z przyrodą. Początkowo chodzi na polowania, ale na początku lat pięćdziesiątych odebrano mu broń, a że nie miał zwyczaju prosić - do dziś w „archiwach” rodzinnych pozostało zaświadczenie o rekwizycji. Gdy zabrakło polowań, jako odpoczynek po pracy, która zawsze zdawała się być najważniejsza, pozostało wędkowanie i kontakty towarzyskie, których pretekstem bywał m.in. brydż. W 1961 r. zostaje docent Chwalibóg uhonorowany Krzyżem Kawalerskim „Polonia Restituta”.

W 1963 r. ponownie podejmuje dodatkową pracę „za zezwoleniem władz nadrzędnych” jako kierownik Zakładu Badawczo-Doświadczalnego, który to zakład ma za zadanie doskonalenie produkcji i opracowywanie receptur i technologii nowych preparatów.

Stosowany powszechnie przez długi okres „Serovitulifor” i cieszący się dobrą opinią „Suiferrovit” są autorstwa zespołu docenta Jana Chwaliboga. Liczne nagrody i wyróżnienia człowieka, który nigdy nie starał się być „na fali”, najlepiej o nim zaświadczają, tak jak te, których nie przyjął, bo wiązałyby się z nimi jakieś przywileje. W swej godności zostawiał miejsce innym. Wielokrotnie pisano o nim jako o pionierze Gorzowa Wlkp., bo rzeczywiście przybył do tego miasta jako jeden z pierwszych, nie skorzystał jednak z przywilejów, jakie z tego tytułu zyskali inni.

Doc. dr Jan Chwalibóg, po ciężkiej chorobie, zmarł 13 września 1983 r., a spoczął na gorzowskim cmentarzu w Ziemi Lubuskiej, której poświęcił ponad połowę swojego pracowitego życia.

Doc. Jan Chwalibóg w trakcie swej wieloletniej pracy zawodowej udzielał się naukowo i swoje spostrzeżenia przedstawiał na łamach prasy fachowej. Opublikował ponad 70 prac. Dorobek ten nie obejmuje jednak około dziesięciu publikacji dotyczących choroby Aujeszky (m.in. z współautorstwem dr Bogdana Bartosza), z uwagi na utajnianie występowania tej choroby przez wiele lat. W swoim bogatym życiu, oddanym bez reszty pracy zawodowej, cieszył się ogromnym uznaniem, zaufaniem i serdecznością całej rzeszy pracowników służby weterynaryjnej. Zawsze skromny, życzliwy, rzetelny i pracowity,

o wysokiej kulturze osobistej, służył pomocą każdemu, przekazywał młodym zapał, umiejętności oraz umiłowanie ciężkiego zawodu lekarza weterynarii. Na stanowisku kierownika ZHW pracował do 31. 12. 1976 r., tj. do chwili przejścia na emeryturę. Był członkiem, założycielem i wieloletnim przewodniczącym Lubuskiego Oddziału PTNW, aktywnym członkiem Zrzeszenia Lekarzy i Techników Weterynarii oraz Polskiego Towarzystwa Mikrobiologii. Za swe zasługi odznaczony został Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem X-Lecia PRL, Odznaką Zasłużony Pracownik Rolnictwa, Odznaką za Zasługi w Rozwoju Województwa Zielonogórskiego, Złotą Odznaką Honorową Zrzeszenia Lekarzy i Techników Weterynarii, Honorową Odznaką za Zasługi dla PTNW, Medalem 50-Lecia Zrzeszenia Lekarzy i Techników Weterynarii i wieloma innymi.

Materiały źródłowe:

Materiały archiwalne w zasobach córki doc. Jana Chwaliboga, Magdaleny Chwalibóg-Koziczyńskiej.
Szenfeld J.: Docent dr Jan Chwalibóg - przy uprzejmej współpracy córki Magdaleny Chwalibóg-Koziczyńskiej i jej męża Włodzimierza Koziczyńskiego. Centaur Lubuski, 1992, 2(8): 3-4.
Szenfeld J.: Docent dr Jan Chwalibóg - wspomnienie w dwudziestą rocznicę śmierci. Centaur Lubuski, 2004, 14(3): 62.
Informacja uzyskana od Ś.p. dr Bogdana Bartosza, wieloletniego współpracownika doc. Jana Chwaliboga.

Praca zawiera 12 002 znaki (< 0,5 arkusza wydawniczego)

PROBLEMATYKA ZJAZDU INSPEKTORÓW FARMACEUTYCZNYCH (WARSZAWA, 7 – 8 KWIETNIA 1933 ROKU)

Wojciech Ślusarczyk

Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa
CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu
ul. Jagiellońska 15 , 85-067 Bydgoszcz
wojciech.slusarczyk@cm.umk.pl

W odrodzonym państwie polskim (1918 – 1939) zadanie przeprowadzania rewizji aptek i drogerii, działających na terenie danego województwa znalazło się w gestii wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego[1]. Jego obowiązkiem było również sprawowanie pieczy nad wytwórniami i hurtowniami zaliczanymi do przemysłu chemiczno – farmaceutycznego[2]. Utworzenie powyższego urzędu stanowiło innowację, pozwalającą na kontrolowanie niniejszych placówek przez farmaceutów[3]. Przed odzyskaniem niepodległości było to bowiem zadanie lekarzy[4]. Już w 1918 r. zorganizowano w Warszawie półroczny

[1] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12122.
[2] *Hanisz K.*: *Organizacja nadzoru państwowego nad aptekarstwem w II Rzeczypospolitej*. „Farmacja Polska", t. LIV, 1998 r., s. 509.
[3] Ibidem, s. 509.
[4] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12164., *Korpalska W.*: Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy, Toruń 2008, s. 219 – 230.

kurs dla przyszłych inspektorów farmaceutycznych[5]. Przez cały okres międzywojnia ich praca stanowiła niezwykle istotny element polityki zdrowotnej państwa polskiego[6].

---

[5] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12164., *Hanisz, Op. Cit*., s. 509.

[6] *Hanisz, Op. Cit*., s. 506 – 513., W 1945 r., po przerwie wywołanej II wojną światową, urząd wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego został przywrócony., „Rocznik Farmaceutyczny 1949/50", s. 11.

Ministerstwo któremu podlegały sprawy zdrowia[7], organizowało zjazdy wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych[8]. Odbywały się

[7] W okresie istnienia II Rzeczpospolitej, kwestie zdrowia, a w tym także aptek, podlegały różnym ministerstwom. Spowodowane było to wprowadzaniem częstych zmian w tym zakresie. Dekret Rady Regencyjnej z dnia 3 I 1918 r. podporządkował sprawy zdrowia świeżo utworzonemu Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Pierwsza zmiana nastąpiła już w kilka miesięcy później. Dekret Rady Regencyjnej z dnia 4 IV 1918 r., powołał do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy. Kolejny dekret Rady Regencyjnej z dnia 30 X 1918 r. utworzył osobne Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Ochrony Pracy. Kwestie aptek podlegały wówczas Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej, które w 1919 r. zmieniło nazwę na Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Funkcjonowało ono do dnia 28 I 1924 r. Zostało ono wówczas zlikwidowane na mocy ustawy w rzedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, z dnia 28 XI 1923 r. Równocześnie weszło w życie rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej, z dnia 18 I 1923 r., w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego. Na jego mocy zostały one podzielone między Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Kwestie aptek przyporządkowano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, w którego strukturze kwestiami lecznictwa zajmował się Departament V Służby Zdrowia. Kolejna zmiana nastąpiła w dniu 1 VII 1932 r. Weszło wówczas w życie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 VI 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej. W dniu 12 VII 1932 r. zmieniło ono nazwę na Ministerstwo Opieki Społecznej. Stan taki utrzymał się do wybuchu II wojny światowej., Dz. Pr., R. 1918, Nr 1, poz. 1., Dz. Pr., R. 1918, Nr 5, poz. 8., Dz. Pr., R. 1918, Nr 14, poz. 31., *Hanisz, Op. Cit*., s. 506 - 513., *Drygas A*.: Kształtowanie się podstaw prawnych aptekarstwa w przekroju dziejowym. Studia nad podstawowymi źródłami do dziejów farmacji europejskiej i polskiej, Gdańsk 1995, t. II, s. 75., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12134.

one z różną częstotliwością[9]. Posiadały charakter szkoleniowy oraz pełniły rolę forum wymiany doświadczeń między uczestnikami. Poruszana wówczas tematyka stanowiła odbicie aktualnych problemów farmaceutycznych, występujących na terenie poszczególnych województw, jak i całego kraju[10].

W dniach 7 – 8 kwietnia 1933 r., w Warszawie, w sali Ministerstwa Opieki Społecznej (dalej MOS[11]) odbył się zjazd, w którym z ramienia MOS uczestniczyli:

- Wiceminister Opieki Społecznej dr Eugeniusz Piestrzyński
- Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia dr Jan Adamski
- Wicedyrektor Departamentu Służby Zdrowia dr Bohdan Ostromęcki
- Inspektor Państwowej Służby Zdrowia dr Leonard Kowarski
- Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego Wacław Sokolewicz
- Naczelnik Wydziału Inspekcyjno - Organizacyjnego dr Franciszek Jarniński
- Naczelnik Wydziału Higieny Społecznej dr Józef Kowalczewski
- Naczelnik Wydziału Walki z Chorobami Zakaźnymi dr Henryk Palester

---

[8] Zjazdy te zostały przywrócone, w odrodzonym państwie polskim, po 1945 r., Archiwum Akt Nowych w Warszawie, Naczelna Izba Aptekarska, sygn. 53.

[9] Patrz: „Kronika Farmaceutyczna", 1931 r., XXX, Nr 7, s. 76 - 78., „Wiadomości Farmaceutyczne", 1935 r., Nr 4, s. 52 - 53.

[10] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12139.

[11] Było to pierwsze tego typu przedsięwzięcie zrealizowane po przyłączeniu Departamentu Służby Zdrowia do MOS., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.

- Naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk dr Witold Przywieczerski
- Radca Ministerialny Felicjan Miller
- Asesorzy Wydziału Farmaceutycznego Maria Sokalówna i Maria Nehringowa
- Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny dr Gustaw Szulc
- Dyrektor Działu Chemii Państwowego Zakładu Higieny dr Mieczysław Dominikiewicz [12].

Wśród obecnych znajdował się także dyrektor Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie prof. Jan Muszyński[13].

W zjeździe uczestniczyli również wszyscy urzędujący wówczas wojewódzcy inspektorzy farmaceutyczni. Listę obecności przedstawia tabela nr 1.

Wśród uczestników znajdował się także Adam Kalicki, pomocnik inspektora farmaceutycznego Warszawy[14].

W opracowaniu niniejszym skupimy się na treści wystąpień przedstawicieli MOS[15], a także na referacie prof. Jana Muszyńskiego, dyrektora Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Stefana Batore-

---

[12] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[13] Ibidem.
[14] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[15] Państwowy Zakład Higieny był budżetowany bezpośrednio ze środków MOS. Możemy więc przyjąć iż stanowił jego integralną część., Patrz: Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o Państwowym Zakładzie Higjeny z dnia 10 VI 1927 r., Dz. U. RP., R. 1927, Nr 54, poz. 477.

Tab.1. Wojewódzcy inspektorzy farmaceutyczni (1933 r.)[16].

Lp.	Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny	Województwo
1	Aleksandr Marcinkowski	Warszawa (miasto)
2	Jan Pazderski	białostockie
3	Janusz Baliński	kieleckie
4	Franciszek Sianko	krakowskie
5	Józef Zawidzki	lubelskie
6	Franciszek Sypek	lwowskie
7	Wiktor Wagner	łódzkie
8	Tadeusz Czajkowski	nowogródzkie
9	Bronisław Labes	poleskie
10	Władysław Siuda	pomorskie
11	Władysław Śliwinski	poznańskie
12	Helena Lehrówna	stanisławowskie
13	Jan Pluciński	śląskie
14	T. Najder	tarnopolskie
15	Jan Nartowski	warszawskie
16	Nikodem Hrynaszkiewicz	wileńskie
17	Józef Kalajeff	wołyńskie

[16] Ibidem., Musimy tutaj nadmienić, iż „Kalendarz Farmaceutyczny na rok 1933" pod redakcją F. Heroda podaje jako inspektora na województwo nowogródzkie Bronisława Labesa, zaś Tadeusz Czajkowski określony został jako inspektor na województwo poleskie., „Kalendarz Farmaceutyczny na rok 1933", red. *Herod F.*, s, 264.

go w Wilnie[17]. Ilustrują one bowiem stanowisko władzy centralnej oraz przedstawiciela świata nauki wobec spraw związanych z aptekarskim odcinkiem ówczesnej polskiej farmacji[18]. Podczas spotkania wygłoszono sześć referatów. Jednak ze względu na to, iż treść wystąpienia pt. *Zakres działalności inspektorów farmaceutycznych w stosunku do nowych przepisów sanitarnych w okresie ostatnich 2-ch lat* wygłoszonego przez Radcę Ministerialnego Felicjana Millera nie zachowała się[19], poprzestaniemy na przybliżeniu treści pięciu wystąpień, poświęconym następującym zagadnieniom:

- Zadania inspektorów farmaceutycznych
- Zaniedbania w zakresie składu i jakości leków przygotowywanych w aptekach
- Wady w zakresie obrotu narkotykami
- Wady w zakresie pracy i urządzenia aptek

---

[17] Sprawozdanie z niniejszego zjazdu ukazało w tej samej formie w „Kronice Farmaceutycznej", 1933 r., XXXII, Nr 11., s. 151 – 155 oraz w „Wiadomościach Farmaceutycznych", 1933 r., Nr 23, s. 303 – 306. W formie maszynopisu znajduje się ono również w zasobach Archiwum Państwowego w Bydgoszczy., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12139.

[18] Należy tu zaznaczyć, iż materiał źródłowy dotyczący omawianego zjazdu nie zawiera referatów wygłaszanych przez poszczególnych wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych. Z kolei nieliczne dyskusje podejmowane po wystąpieniach nie rzucały nowego światła na omawianą tematykę., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.

[19] „Kronika Farmaceutyczna", 1933 r., XXXII, Nr 11., s. 154., „Wiadomości Farmaceutyczne", 1933 r., Nr 23, s. 306.

- Zdominowanie rynku farmaceutycznego przez leki chemiczne i związane z tym zagrożenia
-

Pozwoli nam to na sformułowanie, w końcowej części niniejszego opracowania, problemów trapiących polskie apteki na początku lat trzydziestych XX w.

Zadania ówczesnych inspektorów farmaceutycznych zostały omówione w referacie zatytułowanym *Wytyczne działalności inspektorów farmaceutycznych jako organów służby zdrowia*, wygłoszonym przez Wacława Sokolewicza, Naczelnika Wydziału Farmaceutycznego.

Na wstępie referent przytoczył główne przepisy prawne stanowiące podstawę działalności wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych. Były to Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 VII 1919 r.[20], rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 20 I 1921 r. w przedmiocie kontroli nad produkcją i sprzedażą środków leczniczych i opatrunkowych, wód mineralnych i trucizn oraz nad produkcją kosmetyków[21], a także okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 14 X 1930 r. (Nr 188)[22]. Zgodnie z powyższymi regulacjami rolą inspektorów było sprawowanie nadzoru nad wyrobem i sprzedażą

[20] Dz. Pr. P.P., R. 1919, Nr 63, poz. 371.
[21] Dz. U. RP, R. 1921, Nr 10, poz. 63.
[22] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239., „Kronika Farmaceutyczna", 1933 r., XXXII, Nr 11., s. 152., „Wiadomości Farmaceutyczne", 1933 r., Nr 23, s. 303., *Hanisz, Op. Cit.*, s. 510, 512.

środków leczniczych oraz trucizn na terenie danego województwa. W związku z tym inspektorzy zobowiązani byli do:

- przeprowadzania inspekcji w zakładach wytwarzających i sprzedających środki lecznicze
- ewidencjonowania firm tego typu oraz zatrudnionego w nich personelu
- sprawowania pieczy nad nadawaniem koncesji na prowadzenie apteki oraz, w przypadku wytwórni, na produkowanie środków leczniczych i trucizn
- współdziałania z innymi władzami w zakresie przestrzegania przepisów celnych, akcyzowych, monopolowych, a także regulacji dotyczących wag i miar oraz ochrony roślin, o ile wiązały się one z kwestiami farmaceutycznymi[23].

Zdaniem prelegenta wymienione wyżej powinności nie wyczerpywały jednak obowiązków inspektorów farmaceutycznych. Powinni oni bowiem ponadto być dokładnie zapoznani *„(…) z zagadnieniami służby zdrowia w całości i dostosowywać dwoją działalność w harmonijnym wysiłku do ogólnych celów polityki państwowej."* Zadanie to należało realizować poprzez kształtowanie wśród kierowników i personelu aptek *„(…) poczucia obowiązku w odniesieniu do społeczeństwa, a przede wszystkim chorego obywatela, podniesienia godności zawo-*

[23] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.

du, [a także] zrozumienia słuszności i celowości zarządzeń władz nadzorczych[24]."

Na podległym sobie terenie szczególną uwagę powinni poświęcać aptekom wykazującym niski lub obniżający się poziom działalności merytorycznej. Jako przyczynę problemów tego typu Sokolewicz podał brak poczucia obowiązku, niedbalstwo, a nawet złą wolę kierowników. Jego zdaniem błędy te powinny być niwelowane nie tylko na drodze obowiązkowych, dokonywanych co dwa lata inspekcji, lecz także poprzez przeprowadzanie wyrywkowych, ponadprogramowych kontroli, odbywających się nie rzadziej niż raz na pół roku[25].

Dość ciekawą uwagą referenta było stwierdzenie, iż inspektorzy powinni pamiętać o tym, iż wyłącznie formalny i „suchy" stosunek wobec aptekarzy nie przyniesie w ostatecznym efekcie korzyści. Mówca proponował w zamian podejście wolne od szablonu, nacechowane podejściem pedagogiczno – wychowawczym, podkreślając przy tym jednak, że żadne wykroczenia nie mogą być tolerowane[26].

Inspektorzy winni ponadto uświadomić aptekarzom konieczność aktywizacji wytwórczości laboratoryjnej w aptekach i doszkalania w tym zakresie młodych adeptów farmacji. Sokolewicz uważał bowiem, iż działalność laboratoriów tego typu jest niezwykle ważna, jako alternatywa na czas klęsk żywiołowych lub wojny. Z kolei w zakresie produkcji poza aptecznej zadaniem inspektorów powinno być pobu-

---

[24] Ibidem.
[25] Ibidem.
[26] Ibidem.

dzenie lokalnych środowisk do zakładania wytwórni środków leczniczych[27].

Do obowiązków inspektorów należało także wpływanie na aptekarzy aby zaopatrywali biblioteki apteczne w najnowszą literaturę, zwłaszcza w zakresie analityki oraz aby nie zatrudniali w swych placówkach personelu niefachowego, „(…) w szczególności przy obecnem bezrobociu, kiedy wielu bardzo wykwalifikowanych farmaceutów pozostaje bez pracy[28]."

Przemawiający twierdził również, że inspektorzy farmaceutyczni, poprzez udzielanie uwag kierownikom aptek, powinni propagować konsumpcję krajowych preparatów oraz roślin leczniczych[29], a także lnu i konopi używanych do wyrobu fartuchów dla personelu, waty, koloraturek itp[30].

Na koniec Sokolewicz poruszył problem drogerii, zaznaczając iż inspektorzy powinni usilnie baczyć, aby nie uzurpowały sobie one prawa do sprzedaży pełnej gamy leków, a co za tym idzie miana „aptek drugiego rzędu", o co zabiegały wówczas organizacje drogistowskie[31].

---

[27] Ibidem.
[28] Ibidem.
[29] Zdaniem referenta uprawa i konsumpcja rodzimych roślin leczniczych powinna być promowana zwłaszcza na terenie ubogich kresów wschodnich., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[30] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[31] Ibidem.

Zagadnienie zaniedbań w zakresie składu i jakości leków przygotowywanych w polskich aptekach zostało omówione w referacie zatytułowanym *Wyniki badania środków leczniczych w roku 193 1i 1932 w pracowni Działu Chemji Państwowego Zakładu Higieny*, wygłoszonym przez dyrektora tejże placówki dr. Mieczysława Dominikiewicza.

W 1931 r. Dział Chemii dokonał 3404 analiz środków leczniczych, z czego 23% próbek nie odpowiadało wymaganiom. W roku następnym przeprowadzono 5404 analiz z negatywnym wynikiem dla 36% próbek[32]. Wyższy procent odrzuconych środków wynikał z faktu skoncentrowania uwagi na lekach, które zostały negatywnie ocenione już rok wcześniej. Dominikiewicz zastrzegł więc, iż uzyskanych w ten sposób danych nie można przełożyć bezpośrednio na wszystkie apteki w kraju[33].

Refertent wskazał na liczne uchybienia w zakresie jakości surowców leczniczych oraz ich proporcji użytych podczas przygotowywania leków. Częstym błędem było stosowanie niewłaściwych, tańszych składników. Najlepszym tego przykładem może być wosk pszczeli zastępowany woskiem zafałszowanym lub sztucznym. Z kolei w przypadku środków zawierających kwas solny notorycznym problemem było jego zbyt niskie lub zbyt wysokie stężenie. Jako kolejne bolączki referent wymienił między innymi używanie gorszych gatunków chininy, zbyt małą ilość kamfory w olejach i spirytusie kamforowym,

[32] Ibidem.
[33] Ibidem.

a także w przypadku 14. badanych preparatów, obecność alkoholu metylowego zamiast etylowego[34].

Dominikiewicz wskazał również na częsty problem niedostatecznej estetyki leków raz niedociągnięcia typowo techniczne takie jak niestaranna filtracja cieczy, niedokładne odmierzanie składników, a także niewłaściwe ucieranie i mieszanie proszków oraz maści[35].

Na koniec referent podkreślił konieczność zintensyfikowania kontroli surowców leczniczych przeprowadzanych przez same apteki[36].

Wady w zakresie obrotu narkotykami zostały nakreślone przez Marię Sokalównę, asesora Wydziału Farmaceutycznego, w referacie pod tytułem *O ustawodawstwie i nadzorze nad środkami odurzającemi oraz walce z ich nadużyciem*[37].

Mówczyni zaznaczyła, iż dwa nowe przepisy dotyczące nadzoru nad środkami odurzającymi wydane w ciągu ostatnich dwóch lat, nie wprowadziły zasadniczych zmian. Stanowiły one bowiem uzupełnienie lub rozszerzenie dotychczasowych regulacji prawnych opartych na Konwencjach Haskiej i Genewskiej z 1925 r. Pierwsze z nich - Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 XII 1931 r. w porozumieniu z Ministrem Skarbu o rozcią-

[34] Ibidem.
[35] Ibidem.
[36] Ibidem.
[37] Ibidem.

gnięciu na kodeinę systemu certyfikacji przywozu lub wywozu[38], miało przeciwdziałać nielegalnemu przerabianiu kodeiny na morfinę[39]. Z kolei Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu z dnia 22 lutego 1932 r. w sprawie zmiany rozporządzenia z dnia 15 III 1930 r. o uznaniu niektórych substancyj i przetworów odurzających za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia[40] rozszerzało grupę substancji odurzających określonych jako szkodliwe dla zdrowia. Obrót środkami tego typu miał podlegać dokładnym kontrolom, ze względu na fakt podpisania przez Polskę Konwencji Genewskiej dnia 13 VII 1931 r. o ograniczeniu fabrykacji i o uregulowaniu podziału środków odurzających[41].

W swoim wystąpieniu Sokalówna wyraziła opinię, iż „[…] nadzór, wykonywany przez P.P. nspektorów, dotyczący środków odurzających, musi być zaostrzony." Tworzone przez nich sprawozdania świadczyły bowiem, iż w aptekach dochodziło do licznych nieprawidłowości w tym zakresie. Do najczęściej popełnianych błędów należało niewłaściwe przechowywanie narkotyków oraz brak koniecznej dokumentacji. Ponadto środki odurzające przetrzymywane były, w pozbawionych do tego uprawnień, aptekach zakładowych[42].

Niektóre apteki próbowały prowadzić hurtową sprzedaż środków odurzających wyprodukowanych w innych wytwórniach. Tymczasem

[38] Dz. U. RP, R. 1932, Nr 12, poz. 72.
[39] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[40] Dz. U. RP, R. 1932, Nr 28, poz. 276.
[41] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[42] Ibidem.

w myśl rozporządzenia z dnia 1 III 1928 r. były one upoważnione do hurtowej sprzedaży jedynie tych substancji odurzających, które zostały wyprodukowane w ich własnych laboratoriach[43].

Problem stanowił również fakt spóźniania się koncesjonowanych wytwórni i hurtowni z dostarczaniem do urzędów wojewódzkich obowiązkowych sprawozdań ze swej działalności. Przesyłana dokumentacja zawierała ponadto dużo błędów[44].

Zdaniem Sokalówny nieprawidłowości popełniane były również przez lekarzy, którzy nie stosowali się do Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 V 1929 r. o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających[45].Do najczęstszych błędów należało:

- nieczytelne wypisywanie recept
- wypisanie recept na zwykłym papierze bez nadruku i adresu lekarza oraz nazwiska pacjenta
- wypisywanie recept bez dokładnych poleceń stosowania danego środka,
- wypisywanie recept z dopiskiem „pro me" lub „pro autore"[46]

Sokalówna podkreśliła, że recepty wypisane w taki sposób muszą być wysyłane do MOS w celu przeprowadzenia kontroli[47].

---

[43] Ibidem.
[44] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[45] Dz. U RP, R. 1929, Nr 48, poz. 402.
[46] Ibidem..

Ponadto zdaniem referentki, z raportów wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych wynikało, iż środki odurzające były nielegalnie sprzedawane w drogeriach. W takich przypadkach obowiązkiem inspektorów powinno być nie tylko skierowanie sprawy do sądu lecz także natychmiastowe zamknięcie łamiącej prawo drogerii[48]. Ten sam problem dotyczył również składów aptecznych, czyli drogerii hurtowych. Mimo tego, iż często nie posiadały one pozwolenia na obrót środkami odurzającymi, próbowały odgrywać role pośredników między wytwórniami a aptekami [49]. Sokalówna zakomunikowała, iż „Tego rodzaju pośrednictwo Ministerstwo uznało za niedopuszczalne i wino być [ono] systematycznie tępione[50]."

Co ciekawe urzędy wojewódzkie, wbrew obowiązującym przepisom, nie informowały władz centralnych o zaistniałych problemach. Z tego powodu MOS „O niektórych większych sprawach handlu nielegalnego lub przemytu dowiaduje się z gazet." Narażało to na szwank dobre imię Polski na forum Ligi Narodów. Sokalówna dodała także, iż „Trzeba pamiętać, że prasa niemiecka bacznie śledzi wszystko, co się dzieje w Polsce i w formie przejaskrawionej umieszcza na swoich szpaltach[51]."

---

[47] Ibidem.
[48] Ibidem.
[49] Ibidem.
[50] Ibidem.
[51] Ibidem.

Swój referat Sokalówna zakończyła sugestią, iż należy się w najbliższej przyszłości zastanowić nad zagadnieniem zalewu Polski narkotykami, rozumianym jako środek podboju[52].

Wady w zakresie pracy i urządzenia aptek omówił Wacław Sokolewicz Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego, przedstawiając ogólne wrażenia z podróży po województwach[53].

Wygląd zewnętrzny zlustrowanych placówek był na ogół dostateczny. Zdarzały się jednak przypadki, w których wystój okien wystawowych oraz izb ekspedycyjnych przypominał stylem drogerię lub perfumerię[54].

Również jako dostateczny Sokolewicz ocenił porządek panujący w pomieszczeniach aptecznych, dodając przy tym, iż mają miejsce liczne niedociągnięcia w zakresie przechowywania ziół. Ponadto w większości zrewidowanych aptek panował nieporządek, a nawet chaos w urządzeniu materialni i piwnic[55].

Nie wiele lepiej przedstawiały się biblioteki apteczne. Najczęściej były one zdekompletowane i bezładnie urządzone. Zamiast polskich pozycji przeważały w nich książki obcojęzyczne. Zdarzało się

---

[52] Ibidem.
[53] Nie znamy tytułu niniejszego wystąpienia. Nie wiemy też jakie województwa mówca miał na myśli. Można jednak zaryzykować tezę, iż wymienione tu uwago odnoszą się do większości województw II Rzeczypospolitej., Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[54] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 1239.
[55] Ibidem.

też, iż biblioteki sytuowano w miejscach niedostępnych dla personelu, na przykład w mieszkaniu właściciela apteki[56].

Nieprawidłowości dotyczyły też przechowywania substancji odurzających, które umieszczano najczęściej w ogólnodostępnych szafach. Dokumentacja obrotu narkotykami była prowadzona najczęściej niedbale[57]. Duża część aptek nie posiadała przy tym aktualnych spisów lekarzy i weterynarzy, bez których prawidłowe wydawanie narkotyków było w zasadzie niemożliwe[58].

Wiele zastrzeżeń posiadał Sokolewicz do stanu laboratoriów aptecznych. W większości przypadków były one nieczynne. Znajdujące się w nich urządzenia określił jako zdewastowane. Wyjątki od tej reguły były nieliczne. W przeważającej większości apteki wykonywały tylko „najprymitywniejsze preparaty galenowe", co do których jakości istniały często poważne zastrzeżenia. Sprzedawano bowiem głównie leki gotowe nabywane w hurtowniach[59].

Podobnym niedowładem cechowały się laboratoria analityczne. W większości przypadków, zarówno przyrządy jak i odczynniki były „(…) zdekompletowane lub w stanie nie do użycia.[60]"

W aptekach zatrudniano personel niefachowy, powierzając mu wykonywanie zadań osób z wykształceniem farmaceutycznym, takich jak praca w recepturze lub za pierwszym stołem[61].

---

[56] Ibidem.
[57] Ibidem.
[58] Ibidem.
[59] Ibidem.
[60] Ibidem.

Leki recepturowe były często wykonywane niewłaściwie i nieestetycznie. Wiele do życzenia pozostawiały także opakowania. Przykładowo środki wymagające zabezpieczenia przed światłem znajdowały się w opakowaniach ze szkła białego zamiast ciemnego[62].

Z kolei w niektórych aptekach, zwłaszcza w województwach zachodnich i południowych, sprzedawano leki zagraniczne, niedozwolone do obrotu na terenie państwa polskiego[63].

Sokolewicz zaznaczył również, iż właściciele aptek ociągali się często z wypełnieniem instrukcji inspektorów farmaceutycznych. Część aptek bojkotowała wydane polecenia mimo tego, że ich wykonanie nie wiązało się z żadnymi wydatkami[64].

Wystąpienie zostało zakończone uwagą, iż zarządzenia Naczelnika Wydziału Farmaceutycznego, powinny być przekazywane do wszystkich aptek przez urzędy wojewódzkie. Natomiast wszystkie okólniki tychże urzędów, adresowane do podległych mu aptek, muszą również być przesyłane do wiadomości Wydziału Farmaceutycznego[65].

Zdominowanie ówczesnego rynku farmaceutycznego przez leki chemiczne i związane z tym zagrożenia zostały przedstawione w referacie zatytułowanym *Przyczynki do wzmocnienia nadzoru nad obrotem ziołami leczniczemi* wygłoszonym przez prof. Jana Muszyńskiego,

---

[61] Ibidem.
[62] Ibidem.
[63] Ibidem.
[64] Ibidem.
[65] Ibidem.

dyrektora Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Intensywny rozwój chemii, który nastąpił w II poł. XIX w. sprawił, iż „Wszelkie rośliny, które nie wykazywały zawartości wyraźnie i szybko działających związków chemicznych, zaczęto wyrzucać ze skarbnicy lekarskiej, piętnując je pogardliwą nazwą <<babskich leków>>." Wiodącą rolę w tych przemianach odgrywały niemieckie środowiska medyczne, stanowiące wzór dla często bezkrytycznie zapatrzonych w nie polskich lekarzy[66].

Choć rozwój syntetyzowania leków wynikał ze szlachetnych pobudek medyków i chemików, stwarzał jednak niebezpieczeństwo nadużyć ze strony kupców i przemysłowców, dążących do wypuszczania na rynek leków określanych jako nowe, a będących w gruncie rzeczy kolejnymi i droższymi wariantami środków już istniejących. Owe pseudo – nowe leki posiadały niemal identyczny skład jak leki „stare" i nie różniły się od nich działaniem. „Dość powiedzieć, że już w roku 1907 opatentowano i zarejestrowano przeszło 700 takich nowych leków syntetycznych, t.zn. że codziennie uszczęśliwiano ludzkość dwoma nowemi lekami.", podkreślał z ironią Muszyński[67].

Problem stanowiła również, coraz bardziej natarczywa reklama, zachęcająca lekarzy do przepisywania kolejnych nowinek. „Kliniki i szpitale ciągle badają nowe leki. Ale zaledwie zdążą otrzymać jakie takie wyniki orientacyjne, gdy już pojawia się jakiś nowy niby udosko-

[66] Ibidem.
[67] Ibidem.

nalony preparat i tak bez końca[68].", narzekał profesor. Druki reklamowe podkreślały zaś wyłącznie zalety specyfików, milcząc na temat działań ubocznych. Sytuacja ta niosła ze sobą zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów[69].

Ponadto w ich oczach lekarz stawał się „(…) zwykłym propagatorem wypuszczonego przez fabrykanta specyfiku." W konsekwencji tego, o ile dany lek był dostępny bez recepty, pacjent omijał gabinet lekarski, kierując się bezpośrednio do apteki, co groziło pauperyzacją zawodu lekarza[70].

Konsekwencją tego stanu rzeczy była też coraz częstsza rezygnacja ze sprawdzonych leków naturalnych. Miało to wpływ na zmiany w programach studiów lekarskich, z których wycofano botanikę i farmakognozję[71].

Sytuacja ta była niebezpieczna także dlatego, że ówcześni pacjenci, przyzwyczajeni jednak do leków roślinnych, nie otrzymując ich ze strony lekarzy, zwracali się do różnego rodzaju szarlatanów. Co ciekawe Muszyński nie miał na myśli wiejskich znachorów, lecz osoby działające w dużych miastach, tytułujące się mianem „indyjskich lub tybetańskich lekarzy". Tajemnica ich sukcesu leżeć miała właśnie w tym, że posługiwali się oni wyłącznie lekami ziołowymi[72].

---

[68] Ibidem.
[69] Ibidem.
[70] Ibidem.
[71] Ibidem.
[72] Ibidem.

Referent twierdził, iż obowiązkiem lekarzy jest doskonalenie wiedzy na temat roślin leczniczych. Powinni oni przy tym skupić się na działających delikatnie środkach dietetycznych, dostarczających organizmowi składników odżywczych. Zdaniem Muszyńskiego to właśnie rośliny tego typu dominowały w tak zwanej „medycynie ludowej". Ich zastosowanie było konieczne gdyż rozpowszechniona denaturacja pokarmów spowodowała, iż realnym zagrożeniem stały się choroby wywołane niedoborem witamin i minerałów. Zaradzić miało temu częste zalecanie naparów, odwarów oraz soków z roślin leczniczych[73].

Analiza powyższych wystąpień pozwala na sformułowanie problemów trapiących ówczesną polską farmację na odcinku aptekarskim. Uderzający jest fakt, iż w wielu przypadkach zagadnienia poruszane przez referentów zazębiają się tworząc dość spójny obraz.

Wyraźnym zjawiskiem było zaniechanie w aptekach wytwórczości laboratoryjnej. Nieliczne działające laboratoria produkowały zaś środki mało skomplikowane. Wiązało się to z faktem zdominowania obrotu aptecznego przez gotowe leki chemiczne produkowane przez przemysł farmaceutyczny, przy jednoczesnym odejściu od środków roślinnych.

Zjawisko to, jednoznacznie potępione przez prof. Jana Muszyńskiego, miało negatywny wpływ na rozeznanie lekarzy i farmaceutów wśród rosnącej ilości lekarstw. Palący problem stanowiły zwłaszcza środki pozornie nowe, będące w istocie marketingowymi modyfika-

[73] Ibidem.

cjami leków już istniejących. Do korzystania z nich namawiała nie do końca uczciwa reklama. Stwarzało to niebezpieczną sytuację, w której pacjenci rezygnowali z korzystania z usług lekarzy, kierując swe kroki bezpośrednio do apteki. Z drugiej zaś strony tradycyjne przywiązanie do leków naturalnych, niestosowanych już de facto przez oficjalną medycynę powodowało, iż chorzy szukali porady u egzotycznych szarlatanów.

Leki recepturowe wykonywane były często niedokładnie i nieestetycznie. Do zjawisk nierzadkich należały przypadki nielegalnego zastępowania droższych składników tańszymi oraz niedbałość w zakresie proporcji i techniki wykonania. Używano przy tym surowców złej jakości, co spowodowane było niewłaściwymi warunkami ich przechowywania. Większość kierowników aptek nie przywiązywała również wagi do należytego prowadzenia laboratoriów analitycznych.

Zła jakość surowców wiązała się pośrednio z nieodpowiednim, a nawet chaotycznym urządzeniem zapleczy aptecznych. Większą uwagę poświęcano bowiem wystrojowi witryn oraz izb ekspedycyjnych, które traciły nierzadko apteczny charakter przypominając aranżacją drogerie i perfumerie.

Wiele do życzenia pozostawiały także biblioteki apteczne. Panował w nich nieład. Ich zasoby były nieaktualne i wybrakowane. Członkowie personelu mieli do nich utrudniony dostęp, co z pewnością nie sprzyjało wysokiej jakości pracy.

Zdecydowanie groźniejszym zjawiskiem było natomiast częste powierzanie zadań wymagających wykształcenia farmaceutycznego

członkom personelu niefachowego. Z punktu widzenia MOS postępowanie takie było podwójnie nieetyczne ze względu na wysokie bezrobocie dotykające wówczas farmaceutów[74].

Częstym problem w aptekach było również nieprawidłowe przechowywanie środków odurzających oraz niedbałe prowadzenie dokumentacji związanej ze sprzedażą substancji tego typu. Błędy w dokumentacji popełniano również w wytwórniach i hurtowniach prowadzących obrót narkotykami. Wieloma wadami cechowały się także recepty lekarskie wypisywane na środki odurzające. Sytuacja ta mogła być wynikiem zwykłego bałaganu. Sprzyjała jednak niewątpliwie rozwojowi narkomanii[75].

Co gorsza narkotykami usiłowały niekiedy nielegalnie handlować składy apteczne oraz drogerie detaliczne. Działania te wiązały się również ze sprzedażą leków silnie działających, co wpisywało się w ogólną tendencję aspirowania przez drogerie do miana aptek drugiego rzędu. Ponadto w wystąpieniu Marii Sokalówny, narkotyki zostały określone jako „środek podboju" Polski. To dość enigmatyczne określenie należy rozumieć jako przejaw antyniemieckich uprzedzeń cechujących ówczesne polskie środowiska urzędnicze.

---

[74] *Ślusarczyk W.*: *Warunki pracy personelu aptek pomorskich w latach 1920 – 1939*, [w:] *„Pieniądz, kapitał, praca. Wspólne dziedzictwo Europy"*, red. *Filipow K.*, Warszawa 2008, s. 232.

[75] *Ślusarczyk W.*: Problem *nielegalnego obrotu środkami odurzającymi w aptekach na te*

Praca zawiera 8 521 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

renie Kujaw i Pomorza Gdańskiego w latach 1920 – 1939. „Apothecaria Bydgostiana. Studia z Dziejów Farmacji i Medycyny", t. XI, s. 162 – 166.

Należy zaznaczyć, iż w ówczesnych aptekach, zwłaszcza na zachodzie i południu kraju, przez cały okres międzywojnia, spotykano niemieckie leki nie dopuszczone do sprzedaży na terenie Rzeczypospolitej. Sytuacja ta nie wynikała jednak raczej z antypolskiej polityki Niemiec, lecz z przywiązania polskich lekarzy, farmaceutów i pacjentów do niemieckich środków leczniczych[76].

Wadą działania władz wojewódzkich był brak należytego przepływu informacji z terenu do MOS i z powrotem, co na szczeblu centralnym w znaczny sposób utrudniało kontrolę spraw farmaceutycznych, a w przypadku „wycieku" informacji do prasy (zwłaszcza niemieckiej), prowadziło do powstawania złego wizerunku państwa polskiego na arenie międzynarodowej.

Działalność wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych przebiegała najczęściej sprawnie, choć dla lepszego oddziaływania na aptekarzy, sugerowano im mniej urzędnicze a bardziej koleżeńskie podejście. Inspektorzy powinni byli ponadto uświadamiać kadrę aptekarską co do ważkiej roli jaką odgrywały apteki w polityce zdrowotnej państwa. Było to tym bardziej konieczne, gdyż część aptekarzy z powodu niedbałości, nieświadomości lub nawet złej woli bojkotowała uwagi inspektorów, co bez wątpienia wpływało ujemnie na jakość pracy aptek.

Przedstawiony tu obraz rysuje się w dość ponurych barwach. Polska farmacja na odcinku aptekarskim cechowała się licznymi wa-

[76] Patrz wystąpienie prof. Jana Muszyńskiego.

dami, których wyeliminowanie zależało w dużej mierze od aktywności i umiejętności wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych. Musimy jednak pamiętać, iż referenci, ze względu na pełnione przez siebie obowiązki, skupiali się głównie na niedoskonałościach, pomijając milczeniem zjawiska pozytywne.

Streszczenie

Praca przedstawia problemy dotyczące aptek II Rzeczypospolitej na początku lat trzydziestych XX w. Zostały one sformułowane w wystąpieniach wygłaszanych podczas Zjazdu Inspektorów Farmaceutycznych, odbywającego się w dniach 7 - 8 kwietnia 1933 r. w Warszawie. Analizowane referaty stanowią przede wszystkim świadectwo stanowiska ministerialnych władz farmaceutycznych, według których do najczęstszych bolączek ówczesnego aptekarstwa należały: zła jakość leków, niewłaściwe urządzenie aptek, powierzanie specjalistycznych czynności personelowi niefachowemu, nielegalna sprzedaż narkotyków oraz słaba aktywność laboratoriów aptecznych i analitycznych przy jednoczesnym rozpowszechnienie gotowych leków chemicznych.

Źródła

Archiwum Akt Nowych w Warszawie, Naczelna Izba Aptekarska, sygn. 53
Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12122
Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12134
Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12139
Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, UWP w Toruniu, sygn. 12164
„Kalendarz Farmaceutyczny na rok 1933”, red. *Herod F.*
„Kronika Farmaceutyczna”, 1931 r., XXX, Nr 7

„Kronika Farmaceutyczna”, 1933 r., XXXII, Nr 11
„Rocznik Farmaceutyczny 1949/50”
„Wiadomości Farmaceutyczne”, 1933 r., Nr 23
„Wiadomości Farmaceutyczne”, 1935 r., Nr 4
Dz. Pr., R. 1918, Nr 1, poz. 1
Dz. Pr., R. 1918, Nr 5, poz. 8
Dz. Pr., R. 1918, Nr 14, poz. 31
Dz. Pr. P.P., R. 1919, Nr 63, poz. 371
Dz. U. RP, R. 1921, Nr 10, poz. 63
Dz. U. RP., R. 1927, Nr 54, poz. 477
Dz. U RP, R. 1929, Nr 48, poz. 402
Dz. U. RP, R. 1932, Nr 12, poz. 72
Dz. U. RP, R. 1932, Nr 28, poz. 276

Piśmiennictwo

1. *Drygas A.*: Kształtowanie się podstaw prawnych aptekarstwa w przekroju dziejowym. Studia nad podstawowymi źródłami do dziejów farmacji europejskiej i polskiej, Gdańsk 1995, t. II.
2. *Hanisz K.*: *Organizacja nadzoru państwowego nad aptekarstwem w II Rzeczypospolitej*. „Farmacja Polska”, t. LIV, 1998 r., s. 506 – 513.
3. *Korpalska W.*: Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy, Toruń 2008.
4. *Ślusarczyk W.*: *Problem nielegalnego obrotu środkami odurzającymi w aptekach na terenie Kujaw i Pomorza Gdańskiego w latach 1920 – 1939*. „Apothecaria Bydgostiana. Studia z Dziejów Farmacji i Medycyny”, t. XI, s. 162 – 166.
5. *Ślusarczyk W.*: *Warunki pracy personelu aptek pomorskich w latach 1920 – 1939*, [w:] „Pieniądz, kapitał, praca. Wspólne dziedzictwo Europy”, red. *Filipow K.*, Warszawa 2008, s. 225 – 234.

Praca zawiera 29 130 znaków (> 0,5 arkusza wydawniczego)

HELENA JURGIELEWICZOWA (1897-1980) PIERWSZA POLKA, KTÓRA OTRZYMAŁA DYPLOM LEKARZA MEDYCYNY WETERYNARYJNEJ PO UKOŃCZENIU POLSKIEJ UCZELNI

Jan Wiśniewski, Marek Nowicki*

Ośrodek Historii Weterynarii i Deontologii przy Katedrze Higieny Żywności i Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
*Katedra Higieny Żywności i Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa.
jan_wisniewski1@sggw.pl

Postać Pani Heleny Jurgielewiczowej zasługuje na przypomnienie nie tylko dlatego, że jako pierwsza Polka otrzymała dyplom lekarza medycyny weterynaryjnej po ukończeniu polskiej uczelni, co stanowiło wielkie osiągnięcie, była także bardzo ciekawą osobowością, kobietą, która potrafiła z powodzeniem łączyć pracę zawodową z pasją sportową. Urodziła się 7 czerwca 1897 roku w Krakowie. Pochodziła ze szczególnej rodziny. Ojcem Heleny Jurgielewiczowej był wybitny lekarz, bakteriolog Odo Feliks Bujwid, uczeń i współpracownik najpierw Roberta Kocha, a następnie Ludwika Pasteura, matką zaś Kazimiera

Bujwidowa sławna emancypantka. Miało to ogromny wpływ na ukształtowanie Jej osobowości i późniejsze dążenie do pokonywania kolejnych życiowych wyzwań. Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości w I Gimnazjum Żeńskim w Krakowie w 1915 roku rozpoczęła studia w Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie. Jednak pełne prawa studenckie zdobyła dopiero w 1918 roku, będąc na czwartym roku studiów. Przez pierwsze trzy lata była słuchaczką nadzwyczajną. Egzaminy zdawała w trybie eksternistycznym na końcu każdego roku studiów. W latach 1918-1920 była komendantem ruchomego szpitala koni pełniąc służbę weterynaryjną w Wojsku Polskim. Także uczestniczyła czynnie w przewożeniu broni ze wschodu do Krakowa dla drużyn strzeleckich Polskiej Organizacji Wojskowej (POW). Została za to odznaczona Krzyżem Niepodległości z mieczami. Została także odznaczona Krzyżem Walecznych z trzykrotnym okuciem za czynny udział w obronie Lwowa w 1918 roku, na odcinku obrony „Cytadela". Jako pierwsza kobieta w Odrodzonej Polsce, dekretem Wodza Naczelnego nr 2167 z dnia 27 maja 1919 roku pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, została podporucznikiem Wojska Polskiego. Po wojnie 1920 roku wróciła na studia i w 1923 roku w Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie uzyskała dyplom lekarza medycyny weterynaryjnej. W latach 1923-1926 pracowała w Warszawie w Laboratorium Bakteriologicznym Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr Państwowych jako asystentka prof. dr Z. Szymanowskiego. W 1926 roku została kierownikiem zakładu utylizacyjnego w Warszawie, aw 1932 roku wicedyrektorem Rzeźni Warszawskiej. Zaprosiła ze

Lwowa do współpracy doc. dr Irenę Maternowską i wspólnie zreorganizowały działające przy rzeźniach w Warszawie Laboratorium Mięsoznawczo-Bakteriologiczne. Aby zdobyć doświadczenia dotyczące budowy i organizacji nowoczesnych rzeźni Helena Jurgielewiczowa i Irena Maternowska odbyły podróż do Kopenhagi. Poza pracą zawodową Helena Jurgielewiczowa brała aktywny udział także w pracy społecznej. Została za to odznaczona Krzyżem Kawalerskim Polonia Restituta. Po wybuchu wojny w 1939 roku przedostała się do Francji, gdzie pracowała w Instytucie Pasteura w Garches. Po zajęciu Francji przez wojska niemieckie Helena Jurgielewiczowa przeniosła się do Grenoble, gdzie kierowała schroniskiem „Grand Hotel" i z dużym poświęceniem opiekowała się polską młodzieżą. Zaangażowała się także w konspirację. Po aresztowaniu przez Niemców została najpierw osadzona w twierdzy Perpignon, a następnie przewieziona do obozu koncentracyjnego dla kobiet w Ravensbrück. Po zakończeniu II wojny światowej Helena Jurgielewiczowa powróciła do Polski. Pomimo wyczerpania i złego stanu zdrowia podjęła pracę w służbie weterynaryjnej. Jedyną pracą jaką mogła uzyskać była praca lekarza weterynarii w terenie, lecz na to nie pozwalał Jej stan zdrowia. Dlatego też odbyła kurs dla mikrobiologów żywności w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie i rozpoczęła pracę w służbie zdrowia, jako kierownik pracowni mikrobiologicznej filii Państwowego Zakładu Higieny w Krakowie, a następnie w stacji sanitarno-epidemiologicznej w Myślenicach. Pracowała tam do chwili przejścia na emeryturę w 1973 roku. W 1974 roku wróciła do Warszawy, gdzie zmarła 29 listopada 1980

roku. Była członkiem wielu organizacji, miedzy innymi Polskiego Towarzystwa Nauk Weterynaryjnych i Zrzeszenia Lekarzy i Techników Weterynarii. Zrzeszenie Lekarzy i Techników Weterynarii nadało Pani doktor Helenie Jurgielewiczowej godność Członka Honorowego i Złotą Odznakę ZLiTWet (2).

Oprócz pracy zawodowej i społecznej bardzo ważną życiową pasją Heleny Jurgielewiczowej był sport, a w szczególności jeździectwo, w którym osiągnęła wielki kunszt i zdobyła wiele nagród w kraju i za granicą. Helena Jurgielewiczowa należała do pionierów sportu kobiecego w Polsce. Już jako uczennica I Gimnazjum Żeńskiego w Krakowie w 1912 roku wstąpiła do sekcji wioślarskiej Akademickiego Związku Sportowego. Członkiem i założycielem AZS w Krakowie w 1909 roku był ojciec Heleny Jurgielewiczowej, profesor Uniwersytetu Jagielońskiego Odo Feliks Bujwid, który także przez wiele lat wspierał finansowo sekcję wioślarską. W 1913 roku podczas wycieczek wioślarskich przepłynęła 727 km. Starty w regatach rozpoczęła w 1914 roku. Początkowo była sternikiem w osadzie męskiej, a następnie wiosłowała w osadach mieszanych odnosząc w regatach w 1918 roku liczne zwycięstwa. Uprawiała także pływanie, uczestnicząc w konkursach pływackich organizowanych przez krakowski AZS (np. „Wpław przez Wisłę”), działała także w Zarządzie Sekcji Krajoznawczo-Turystycznej AZS w Krakowie. Po skończeniu studiów zainteresowała się hippiką, a szczególnie konkurencją skoków. Startowała w barwach Klubu Sportowego Rodziny Wojskowej. Biorąc udział w licznych zawodach i konkursach hippicznych zdobyła 30 nagród.

Jednym z największych sukcesów sportowych Heleny Jurgielewiczowej było zdobycie I nagrody w międzynarodowych zawodach w konkursie par razem z rotmistrzem Adamem Królikiewiczem. Zawody te odbyły się 27 maja 1927 roku z okazji otwarcia nowego hipodromu w Łazienkach Królewskich w Warszawie. Po zakończeniu kariery sportowej Helena Jurgielewiczowa bardzo aktywnie działała społecznie w organizacji kobiecej Rodzina Wojskowa. W latach 1930-1938 kierowała największą sportową organizacją kobiecą w Polsce, pełniła funkcję wiceprzewodniczącej, a później przewodniczącej Zarządu Głównego Klubu Sportowego Rodziny Wojskowej. Klub ten zrzeszał około 2000 członkiń w 16 dyscyplinach sportu. W latach 1938-1939 była także przewodniczącą stowarzyszenia Rodzina Urzędnicza. Po II wojnie światowej i powrocie do Polski Helena Jurgielewiczowa żywo interesowała się jego działalnością AZS i brała udział w zebraniach Koła Seniorów AZS. Sportowe tradycje rodzinne znalazły również swój wyraz i kontynuację w działalności wnuków Pani doktor Heleny Jurgielewiczowej. Wnuczka Hanna była dyrektorem Klubu AZS AWF Warszawa, a wnuk Piotr zawodnikiem AZS i polskim olimpijczykiem z Montrealu w 1976 roku (1). Działalność zawodowa, społeczna, patriotyczna, a także sportowa Heleny Jurgielewiczowej może być wzorem i przykładem dla przyszłych pokoleń jak przezwyciężać przeciwności losu i pracować dla dobra ojczyzny i współobywateli.

Streszczenie

Praca przedstawia osobę Pani doktor Heleny Jurgielewiczowej, pierwszej Polki, która otrzymała dyplom lekarza medycyny weterynaryjnej po ukończeniu polskiej uczelni. Jej działalność zawodową, społeczną, patriotyczną, a także pasję sportową, która stanowiła dopełnienie i ważny element Jej życia.

Piśmiennictwo

1. *Rotkiewicz M.*: Sport w życiu Heleny Jurgielewiczowej. Kobiety w polskiej weterynarii. Streszczenia referatów przygotowanych na sesję naukową Sekcji Historii Medycyny Weterynaryjnej PTNW, Ciechanowiec, 25-26 września 1997. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 1997. s. 19-20.
2. *Tropiło J.*: Lekarz medycyny weterynaryjnej Helena Jurgielewiczowa (1897-1980) w setną rocznicę urodzin. Kobiety w polskiej weterynarii. Streszczenia referatów przygotowanych na sesję naukową Sekcji Historii Medycyny Weterynaryjnej PTNW, Ciechanowiec, 25-26 września 1997. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 1997. s. 17-18.

Praca zawiera 8 521 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

PROFESOR STANISŁAW KRÓLIKOWSKI - CHIRURG WETERYNARYJNY, HISTORYK I WYBITNY PEDAGOG

Zbigniew Wróblewski, Antoni Gamota*

Gabinet Weterynaryjny,
ul Mickiewicza 41, 12-200 Pisz,
*Narodowy Uniwersytet Medycyny Weterynaryjnej
i Biotechnologii im. S. Z. Grzyckiego
we Lwowie
zbigwrob@op.pl

Prof. magister nauk weterynaryjnych Stanisław Poraj Królikowski urodził się w Warszawie 06. 05. 1853 r. W 1871 r. w rodzinnym mieście został absolwentem gimnazjum klasycznego i rozpoczął studia w Szkole Weterynaryjnej w Warszawie, którą ukończył w 1875 r. z tytułem lekarza weterynaryjnego (12, 13, 15).

Po otrzymaniu stypendium rządowego udał się do Akademii Medyko –Chirurgicznej w Petersburgu gdzie 1878 r. po publicznej obronie rozprawy *Demodex follicularis canis* otrzymał tytuł magistra nauk weterynaryjnych (13, 15). Po uzyskaniu stopnia naukowego oraz prolongaty stypendium przez następny rok kontynuuje studia w Petersburgu w zakresie chirurgii oraz fizjologii. W 1879 r. otrzymuje dwie propozycje pracy: profesora w Instytucie Weterynaryjnym w Charkowie oraz posadę nauczyciela w Warszawskiej Szkole Weterynaryjnej.

Wybrał Warszawę, gdzie pracował do końca marca 1884 r.. Zniechęcił się trudną sytuacją w szkole i obarczaniem pracą przekraczającą jego obowiązki (12, 15).

W 1883 r. został powołany do objęcia Katedry Chirurgii w lwowskiej uczelni. Od 1884 r. wykładał chirurgię z okulistyką oraz objął kierownictwo lecznicy dla psów na stanowisku adiunkta tymczasowego do czasu uzyskania austriackiego obywatelstwa w 1886 r. W 1889 r. otrzymuje tytuł profesora nadzwyczajnego (12, 13, 15). W 1890 r. został wybrany przez grono profesorskie kierownikiem biblioteki szkoły - było to wówczas niezwykle prestiżowe stanowisko (13, 15).

Dnia 01. stycznia 1893 r. otrzymał tytuł profesora zwyczajnego chirurgii weterynaryjnej. W 1903 r. został prorektorem Akademii Weterynaryjnej, a później jeszcze kilkakrotnie piastował to stanowisko (12, 13, 15).

W roku 1897 i 1903 na własny koszt odbył podróże do Włoch i Niemiec wizytując szkoły i instytuty weterynaryjne oraz zwiedził wystawę rolniczo handlową w Hanowerze. Każda z wizyt inspirowała go do wdrażania nowych technik operacyjnych, konstrukcji i ulepszania narzędzi chirurgicznych oraz przedstawiania osiągnięć Akademii Weterynaryjnej we Lwowie. W 1911 r. został wybrany rektorem i piastował tę godność do 1913 r.. Wybuch pierwszej wojny światowej zastał go w Pradze, a trudności komunikacyjne uniemożliwiły mu powrót do Lwowa, natomiast późniejsza ciężka choroba spowodowała, że przebywał tam półtora roku (12, 15).

Oprócz pracy na macierzystej uczelni współpracował ze Szkołą Rolniczą w Dublanach, gdzie wykładał anatomię zwierząt i weterynarię oraz był także wykładowcą higieny na Wyższych Kursach Ziemiańskich we Lwowie (15).

Od 1899 r. przez 12 lat był redaktorem Przeglądu Weterynarskiego propagując to wydawnictwo wśród polskich lekarzy weterynarii we wszystkich zaborach, nawiązując z nimi bliskie kontakty, publikując prace tamtejszych wybitnych przedstawicieli zawodu m.in. Boczowskiego, Chełchowskiego, Ktłubaja. Prawie połowa nakładu tego czasopisma trafiała za granice, aż do odległych zakątków europejskich imperium rosyjskiego.

Dzięki zabiegom prof. Królikowskiego Przegląd Weterynarski stał się ważnym elementem integrującym rozsianych po świecie polskich lekarzy weterynarii, spełniając rolę ważnego łącznika naukowego i zawodowego - często jedynego z językiem ojczystym (15).

Prof. Królikowski był członkiem Galicyjskiego Towarzystwa Ochrony Zwierząt, brał czynny udział w zebraniach, był autorem wielu artykułów popularyzujących wiedzę weterynaryjną, a także propagatorem idei ochrony zwierząt domowych - czyli współcześnie rozumianego dobrostanu (13, 15). Przykładem takiej działalności są opublikowane drukiem liczne artykuły i odczyty na temat chorób odzwierzęcych przeznaczony dla lekarzy i studentów weterynarii oraz właścicieli zwierząt .Uważał słusznie, że edukując społeczeństwo o tych zagrożeniach zmniejszy liczbę zachorowań u ludzi. Choroby odzwierzęce stanowiły wówczas w Galicji poważny problem, stwierdzano wówczas

m.in. wściekliznę. W latach 1887 - 1889 aż 8.57 % ogólnej liczby zgonów u ludzi spowodowała wścieklizna. Prof. Królikowski zalecał osobom pokąsanym jak najszybszy wyjazd do najbliższego Instytutu Pasterowskiego (Kraków, Warszawa, Wilno), gdzie przygotowywano szczepionki apelując jednocześnie by ludziom biednym koszty pokrywane były przez gminy. Notowano wypadki śmierci spowodowane przez wąglik, włośnicę, wągrzycę, echinokokozę, zachorowania na nosaciznę, promienicę, grzybicę i świerzb odzwierzęcy. Podejrzewano możliwość przenoszenia przez pasożyty zewnętrzne psów i kotów zarazków dżumy i tyfusu. Ostrzegał przed gruźlicą bydła mimo, że na kongresie w Londynie w 1901 r. Koch i Schulz stwierdzili że gruźlica bydła nie stwarza zagrożenia dla ludzi. Uważał, że: „*Koch i Schulz popełnili jedną z najcięższych pomyłek, jakie uczeni mogą popełnić”*. Zalecał spożywanie krowiego mleka po przegotowaniu lub ogrzewaniu do temperatury 80ºC (8, 10). Wykłady czy też odczyty na temat chorób odzwierzęcych widząc przerażenie na twarzach słuchaczy kończył stwierdzeniem: „*Czyż jednak z tego wynika że należy nam co prędzej pozbyć się tych wiernych przyjaciół i niepotrzebnych wrogów? Wcale nie! Winniśmy nad zwierzętami roztoczyć czułą a rozumną opiekę, chronić je od chorób, bronić od zaraz. Dbać przede wszystkim o to, aby warunki w których żyją, były właściwe ich ustrojowi. Pod tym względem rzeczywiście musimy pozbyć się fałszywego sentymentalizmu. Zasadą naszą winno być dostarczenie zwierzętom jak najlepszych warunków bytu (……). A gdy mimo należytego utrzymania nie powinniśmy zaniedbywać choroby i nie pozostawiać zwierzęcia wła-*

snemu jego losowi, lecz przez odpowiednie postępowanie dopomódz mu gdy to możebne chroniąc tem samem i siebie od niebezpiecznych następstw" (10).

Katedra, którą prowadził prof. Królikowski była doskonale zorganizowana. Był świetnym klinicystą, chirurgiem, prowadził dokładną dokumentację pacjentów i wykonywał ją własnoręcznie. Rejestrował ciekawe przypadki chorobowe, opisywał nowe techniki operacyjne, osobiście sporządzał, mając duże zdolności plastyczne, ilustracje, tablice poglądowe, ilustrował także własne publikacje naukowe i podręczniki. Chętnie wprowadzał wszelkie nowinki techniczne, był jednym z pierwszych profesorów polskich, który to pod koniec XIX wieku, we współpracy z zawodowym fotografikiem Władysławem Borzemskim, stworzył bogate archiwum fotograficzne przypadków weterynaryjnych (15).

Podstawowymi pacjentami prof. Królikowskiego były konie i małe zwierzęta, którym poświęcił najwięcej publikacji i doniesień na zebraniach naukowych. Opracował wiele metod operacyjnych u koni, np.: kastracji, operacji przepuklin, leczenia powikłań pokastracyjnych, powikłanych ran, dokonał próby transplantacji tkanek u konia, opracował technikę operacji podwinięcia powieki u psów. Był konstruktorem sprzętu używanego w chirurgii, skonstruował znane do dziś kleszcze kastracyjne dla ogierów, zbudował własnej konstrukcji stół operacyjny dla dużych zwierząt, dotchawiczy aparat do podawania chloroformu i wiele innych. Zajmował się opatrunkami ustalającymi u koni, opracowując sposoby ich mocowania. W Katedrze Chirurgicz-

nej stworzył muzeum patologiczno – chirurgiczne, bogate w preparaty kostne, złamań narośli kostnych, nieprawidłowości zębów i zgryzu u koni, zbiór pasożytów zwierzęcych i preparatów mikroskopowych. Wiele z nich dzięki kolejnym kierownikom Katedry Chirurgii przetrwało i do dzisiejszego dnia służąc jako pomoc dydaktyczna dla studentów medycyny weterynaryjnej. Zgromadził bogate instrumentarium chirurgiczne, gdzie oprócz narzędzi zakupionych znajdowało się szereg narzędzi własnej konstrukcji (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9).

Wielkim dziełem prof. Stanisława Królikowskiego było stworzenie biblioteki naukowej, którą prowadził z przerwą spowodowaną pierwszą wojną światową aż do śmierci. Zgromadził ponad 7 000 tomów książek, czasopism naukowych polskich i zagranicznych (15). Mimo licznych grabieży znaczna część tej kolekcji istnieje do dziś z widniejącymi wpisanymi ręką profesora numerami ewidencyjnymi.

Wielką zasługą profesora było udostępnienie zbiorów bibliotecznych studentom. Profesor Królikowski był sprawiedliwym i życzliwym, lubianym przez młodzież, pedagogiem. Otoczył osobistą opieką ponad 30 studentów z Zaboru Rosyjskiego, którzy w czasie prześladowań szkolnych przybyli do Lwowa (15). Wielkim wyróżnieniem ze strony młodzieży akademickiej było otrzymanie statusu członka honorowego Bratniej Pomocy Studentów Akademii Weterynaryjnej we Lwowie. Profesor był też wieloletnim członkiem wspierającym samopomoc studentów (14). Był honorowym członkiem i prezesem filistrem korporacji Lutyko–Venedia. Wiele energii poświęcił pracy społeczno zawodowej w Galicyjskim Towarzystwie Weterynarskim, gdzie piasto-

wał godność honorowego członka. Prof. Stanisława Królikowskiego cechowały cztery zdecydowane kierunki zawodowe był znakomitym chirurgiem, pedagogiem, historykiem weterynaryjnym oraz w sposób perfekcyjny prowadził bibliotekę akademicką. Drukiem ogłosił 11 prac w formie książek, z czego 4 podręczniki, opublikował też 63 prace naukowe, z czego 50 prac w Przeglądzie Weterynaryjnym (12, 15).

Prof. Stanisław Królikowski zmarł we Lwowie 09.03.1924 r. i został pochowany na Cmentarzu Łyczakowskim.

Prof. Królikowski wielką wagę przywiązywał do propagowania historii weterynarii jako samodzielnej dyscypliny naukowej, a biblioteka, którą prowadził stała się nieoficjalną katedrą historii weterynarii. Dowodem tego są liczne artykuły historyczne, monografie, artykuły rocznicowe, które ukazały się we Lwowie od początku działalności uczelni do 1924 r., które stanowią do dziś bezcenne źródło wiedzy. Był autorem pierwszej bibliografii polskiej weterynarii i hodowli zwierząt domowych, a we wstępie pozostawił przesłanie do przyszłych pokoleń wskazując aby jego dzieło posłużyło do napisania przyszłej historii polskiej historii weterynarii (1). Po śmierci profesora uchwalono stworzenie Funduszu Wydawniczego imienia prof. Stanisława Królikowskiego. Zebrano nawet kwotę 578 zł, którą przekazano w 1925 r. na budowę domu akademickiego dla studentów (12).

Aleksander Perenc w Historii weterynarii stwierdza: *Rękopisy profesora zawierają szereg poważnych prac z dziedziny historii weterynarii. Obowiązek ogłoszenia tych prac spoczywa ze względu na ich*

trwałą wartość na członkach zawodu względnie na organizacjach zrzeszeniowych lekarzy weterynaryjnych (12).

W obecnych czasach zainteresowanie historią weterynarii w Polsce wśród lekarzy weterynarii jest stosunkowo niewielkie. Postać i niedoceniane w należytym stopniu zasługi prof. Stanisława Królikowskiego dla polskiej weterynarii uległy właściwie zapomnieniu. Może zbliżająca się 100 rocznica śmierci profesora będzie okazją do spełnienia przesłania Aleksandra Perenca.

Streszczenie

Prof. Stanisław Królikowski – to lekarz weterynarii, absolwent Szkoły Weterynaryjnej w Warszawie, z magisterium uzyskanym w Petersburgu. W 1884 r. przenosi się do Szkoły Weterynaryjnej we Lwowie.

Prof. Stanisława Królikowskiego cechowały cztery zdecydowane kierunki zawodowe: był znakomitym chirurgiem i zarazem konstruktorem sprzętu chirurgicznego, pedagogiem, wybitnym historykiem weterynaryjnym. Napisał wiele wartościowych prac, a wśród nich pierwszą polską bibliografię weterynaryjną. W sposób perfekcyjny prowadził bibliotekę akademicką, gdzie zgromadził ponad 7 000 tomów.

Piśmiennictwo

1. *Królikowski S.*: Bibliografia polskiej weterynaryi hodowli zwierząt. Nakładem Redakcji Przeglądu Weterynarskiego, Lwów, 1891.

2. *Królikowski S.*: Przyczynek do leczenia ran pod wilgotnym strupem. Przegląd Weterynarski, 1887, 4, 20-81.
3. *Królikowski S.*: Bandaż haftowy. Przegląd Weterynarski, 1889, 5, 105-106.
4. *Królikowski S.*: Przyrząd nowego sytemu do znieczulania zwierat domowych z pomocą wpylania chloroformu do tchawicy. Przegląd Weterynarski, 1890, 12, 268-269.
5. *Królikowski S.*: Gumki w zastosowaniu do bandażów. Przegląd Weterynarski, 1891, 3, 67-69.
6. *Królikowski S.*: Przyczynek do narośli kostnych na kończynach u koni. Przegląd Weterynarski, 1891, 4, 89-93.
7. *Królikowski S.*: Kastracja samców przez zgniecenie sznurka nasiennego. Przegląd Weterynarski, 1899, 12, 328-332.
8. *Królikowski S.*: Jak się ustrzedz chorób, które mogą się przenosić ze zwierząt na ludzi. Ksiegarnia Altenberga, Lwów, 1903.
9. *Królikowski S.*: Przyczynek do wiedzy o przeszczepianiu tkanek zwierzęcych. Przegląd Weterynarski, 1905, 1, 1-6.
10. *Królikowski S.*: Chore zwierzę a człowiek. Drukarnia Dziennika Polskiego, 1911.
11. *Kulczycki W.*: Lwowska Akademia Medycyny Weterynaryjnej w czasie wojen. 1914-1920. Przegląd Weterynaryjny, 1932, 4, 156.
12. *Perenc A.*: Historja lecznictwa zwierząt w Polsce. Nakładem Autora, Toruń, 1936, 253- 271, 276-278.
13. Praca zbiorowa pod redakcją Tarczyńskiego S.: Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii, PWN, Warszawa, 1990, 131-134, 141.
14. Sprawozdanie Wydziału Towarzystwa Bratniej Pomocy Słuchaczów Akademii Weterynaryjnej we Lwowie za 1904-1905, Lwów, 1906.
15. *Zakrzewski A.*: Prof. mgr Stanisław Królikowski redaktor 1899-1912. Przegląd Weterynaryjny, wydanie jubileuszowe 1886-1935, Lwów, 1936, 77-70.

Praca zawiera 13 206 znaków (< 0,5 arkusza wydawniczego)

ZWIERZĘ - ISTOTA CIELESNA, CZY DUCHOWA? WYBRANE POGLĄDY NA PRZESTRZENI DZIEJÓW

Helena Przespolewska, Michał Skibniewski, Henryk Kobryń

Katedra Nauk Morfologicznych Wydziału Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa
1helena@europe.com

Los zwierząt jest nierozerwalnie związany z losem człowieka. Od wielu tysięcy lat panuje on nad nimi decydując o ich życiu i śmierci. Początkowo stanowiły one jedynie źródło pokarmu, rozmaitych surowców oraz siły pociągowej. W miarę upływu czasu wytworzyła się między nimi więź emocjonalna i zwierzęta stopniowo stawały się podmiotem (23). Mimo to przez wieki we wszystkich kulturach i religiach, miliony żywych istot ginęły na ołtarzach, złożone jako ofiara bogom (23, 44).

Współcześnie bardzo żywy stał się problem podmiotowości zwierząt. Część społeczeństwa domaga się dla nich praw, prawie takich samych jak dla ludzi wyrażając pogląd, że „czas zaprzestać postrzegania i traktowania ich jak żywe przedmioty" (36, 37). Autor tego stwierdzenia, Peter Singer, uważa również, że wszystkie argumenty na podparcie ludzkiej wyższości nie są w stanie zaprzeczyć jednej

prawdzie: w cierpieniu zwierzęta są nam równe. Ludzką ignorancję w zakresie złego traktowania zwierząt określił jako „szowinizm gatunkowy". Wyraża on pogląd, że „nie powinno się dyskryminować żadnej istoty na podstawie przynależności gatunkowej" (36, 37). Orędownicy praw zwierząt dążą do przyznania im statusu podmiotów moralnych, wobec których człowiek winien przestrzegać określonych norm zbliżonych do zasad obowiązujących u ludzi. Zakazują one wyrządzania krzywdy, zadawania bólu a także traktowania innej istoty posiadającej samoistną wartość wyłącznie jako środka do celu, bez poszanowania jej indywidualnego interesu.

Aktualne prawo polskie chroni zwierzę do pewnego stopnia. Ustawa o ochronie zwierząt z dnia 21 sierpnia 1997 zawiera zapis mówiący: „Zwierzę, jako istota żyjąca, zdolna do odczuwania cierpienia, nie jest rzeczą. Człowiek jest mu winien poszanowanie, ochronę i opiekę". W niektórych kwestiach prawnych może jednak być traktowane jak inne przedmioty o czym traktuje następujący fragment: „W sprawach nie uregulowanych w ustawie do zwierząt stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące rzeczy" (43).

Radykalni zwolennicy idei praw zwierząt uważają nawet, że „nie powinny one stanowić źródła pożywienia dla rodzaju ludzkiego, gdyż ten współcześnie jest w stanie wyżywić się pokarmem pochodzenia roślinnego". Wśród nich jest Sylwester Graham, który twierdził, że „anatomia porównawcza dowodzi, iż człowiek jest z natury istotą owocożerną" (19). Już wcześniej podobny pogląd wyrażał znany rosyjski pisarz Lew Tołstoj, który uważał, że „człowiek może zdrowo żyć nie

zabijając zwierząt dla pożywienia. Dlatego też, jeżeli zjada mięso, uczestniczy w odbieraniu zwierzętom życia tylko po to, aby zaspokoić swój apetyt. Działanie takie jest więc niemoralne" (19).

W 1990 roku w Oberwolfach na konferencji pt. „O duszę zwierząt", psycholodzy, biolodzy, filozofowie oraz przedstawiciele innych dyscyplin nauki opracowali osiem postulatów, które zawarli w petycji skierowanej do papieża prosząc, aby uznał, iż zwierzęta obdarzone są nieśmiertelną duszą (26). Z tego faktu wynika, iż mają one prawo do życia, nienaruszalności cielesnej, godności i zaspokajania naturalnych potrzeb.

W oparciu o nauczanie i pisma św. Franciszka z Asyżu Ruch Ekologiczny – REFA przygotował Dekalog ekologiczny, w którym nakazuje otaczać wszystkie istoty żywe miłością, troską i szacunkiem (35). Jeden z jego punktów nakazuje traktowanie wszystkich istot stworzonych z należną czcią i miłością.

Na drugim, przeciwstawnym, biegunie stoją poglądy ludzi, wśród których pokutuje kartezjański mit zwierzęcia – maszyny, nie mającego uczuć a nawet nie czującego bólu fizycznego (11, 42). Z takim przedmiotem, niekiedy w imię dobra ludzkości, można zrobić wszystko. Świadczą o tym tysiące wiwisekcji wykonywanych na żywych, czujących istotach, liczne przeszczepy narządów, a nawet całych głów. Ten horror jest codziennością kilkudziesięciu milionów zwierząt na Ziemi. Są to koty, szczury, psy, myszy, króliki, małpy, świnki morskie, ptaki, płazy i ryby. Na zwierzętach testuje się leki, środki chemiczne, kosmetyki itp. Zaraża się je przeróżnymi drobno-

ustrojami aby wyprodukować szczepionki, poraża prądem aby poznać pracę mózgu, zatruwa w celu sprawdzenia działania leków oraz trucizn. To tylko niektóre okrucieństwa człowieka w stosunku do zwierząt stosowane szeroko w imię nauki i postępu.

Człowiek jest także zdolny do dręczenia zwierząt dla rozrywki. I tak, np. w Korei odbywają się walki koni, w Hiszpanii – byków, a na całym świecie walki psów i kogutów. Zwierzęta tresowane w cyrkach są wielokrotnie obiektem przemocy fizycznej i psychicznej. W niektórych szkołach tresury są to rutynowe metody pracy służące złamaniu oporu tresowanego zwierzęcia oraz poddaniu go woli i dominacji człowieka (4).

Niezbyt odległe od tych praktyk jest łowiectwo, traktowane współcześnie jako forma rozrywki. W imię wątpliwego interesu ekonomicznego i rzekomej konieczności „regulacji" relacji przyrodniczych, jak również tradycji, dochodzi do masowego uśmiercania zwierząt różnych gatunków.

Niekiedy w swoich poczynaniach człowiek czuje się usprawiedliwiony przytaczając wyższe racje odnoszące się także do aspektów religijnych. Przecież Bóg powiedział, że ma on władać zwierzętami i wobec tego uważa, iż jako panu przyrody wolno mu wszystko. Jest to przykład nadinterpretacji ponieważ biblijne przekazy mówią wyraźnie, że „Pan jest dobry dla wszystkich i Jego miłosierdzie ogarnia wszystkie Jego dzieła" (28). Katechizm Kościoła Katolickiego wyraża pogląd, iż Bóg kocha wszystkie swoje stworzenia, troszczy się o wszystkie, nawet o wróble (32).

Stosunek człowieka do zwierzęcia w dużym stopniu wynika z różnic jakie ten pierwszy znajdował pomiędzy nim i „bratem mniejszym". Bez względu na poglądy zajmujemy trwałe miejsce w systematyce zoologicznej. Od zwierząt różni nas wyprostowana postawa, budowa mózgowia, możliwość abstrakcyjnego i kreatywnego myślenia, używanie symboli oraz szczególna budowa aparatu głosu umożliwiająca porozumiewanie się mową artykułowaną. Człowiek posługuje się pismem, tworzy religię i kulturę. Ma świadomość dobra i zła oraz potrafi je rozróżnić. Niektórzy powiedzieliby, że człowiek jest zwierzęciem najwyżej zorganizowanym. Są też tacy, którzy podejrzewają, że tak naprawdę człowieka od zwierzęcia nie różnią kwestie jakościowe a ilościowe, i że być może jesteśmy wzajemnie spokrewnieni bardziej niż nam się wydaje. Im lepiej poznajemy świat zwierząt, tym więcej znajdujemy w nim podobieństw do naszych zachowań. Nieobce są im cierpienie, poczucie humoru, zdolność wytwarzania narzędzi i świadomość własnego istnienia. Will Cuppy powiedział, że „jeżeli zwierzę coś zrobi, nazywamy to instynktem, jeżeli zrobi to człowiek, nazywamy to inteligencją" (30).

Bliższe poznanie psychiki i możliwości intelektualnych zwierząt nakazuje współczesnemu człowiekowi zweryfikowanie swojego stosunku do tej części przyrody ożywionej.

Od samego początku istnienia, człowiek postrzegał istoty żywe poprzez pryzmat posiadania lub braku duszy. Jeśli już przyjął, że mają one coś co nazwał duszą (świadomością, jaźnią), to zastanawiał się

jakie są jej losy po zakończeniu życia, czy umiera wraz z ciałem, a może jest nieśmiertelna i funkcjonuje dalej.

Dusza jest jednym z pojęć opisujących zjawisko, którego istnienia nie można udowodnić naukowo. Definiowanie duszy zajęło niektórym filozofom całe życie i nie doprowadziło do jednoznacznego określenia. Pomimo tego wszyscy wiemy, że dusza ściśle wiąże się z życiem.

Starożytni Grecy wierzyli w obecność duszy nieśmiertelnej zarówno u człowieka jak i u zwierząt, na co wskazują liczne mity (27). Nazywali ją *psyche*, *thymos (thumos)*, *core*, *anima lub arche*. Jedni twierdzili, że mieści się gdzieś w głębi ciała, a inni wskazywali na konkretny narząd.

Thymos jest słowem analogicznym do *psyche* z jedną istotną różnicą – *thymos* był śmiertelny, natomiast *psyche* – nieśmiertelna. Homer identyfikował duszę zarówno z uczuciem jak i rozumem. Twierdził on, że kiedy człowiek umiera, jego dusza – nieśmiertelna część osoby – wylatuje z ust pod postacią motyla, a w Iliadzie czytamy o tym, że Hektor padł martwy bez rozumu (34, 38).

Wierzono, że dusza dostaje się do ciała wraz z pierwszym wdechem, a opuszcza je przy śmierci wraz z ostatnim tchnieniem. *Psyche* czyli oddech, wywodzi się z mitu o pięknej królewnie Psyche, której nadano cechy ludzkiej duszy. Grecy traktowali *psyche* jako mentalny odpowiednik ciała stanowiący jego cień, niezdolny do normalnego istnienia. Grecka *psyche* z czasem ewoluowała w łacińską *psyche*

(umysł) i *anima* (dusza); wtedy też w wierzeniach rzymskich przestała być motylem i stała się ostatnim tchnieniem umierającego (38).

Wyobrażano sobie także duszę w postaci małej laleczki, widocznej przez źrenicę, którą nazywano *core*, w języku łacińskim zaś określano ją terminem *pupilla*. „Laleczka" zwana też „panienką" pokazująca się przez źrenicę to upersonifikowana dusza (38). Jest to w pewnym sensie racjonalne, gdyż dziś wiemy, że źrenica stanowi niejako okienko z widokiem na mózgowie (siatkówka rozwojowo stanowi fragment mózgowia), a dusza nie mieściłaby się wówczas w oku lecz w mózgowiu.

Hipokrates uważał nawet, że dusza – fundament życia i siły – mieści się w żołądku. Wtórował mu w tym wiele lat później Paracelsus twierdząc, że sekretna zasada witalna, *arche* lub *archeus* znajduje się właśnie w żołądku (18).

Inny grecki filozof Arystoteles siedliskiem duszy (miłości) uczynił serce. Pogląd ten przetrwał do czasów bliskich współczesnym (18). Wielu zastanawia się nawet, czy wraz z przeszczepionym sercem, nie przeszczepia się świadomości (czytaj duszy) człowieka będącego dawcą.

Herofilos, Galen oraz Kartezjusz umiejscawiali duszę w szyszynce – niewielkim gruczole leżącym na terenie mózgowia. Hinduscy jogini uważali nawet, że poprzez szyszynkę podczas medytacji dusza opuszcza ciało (16).

Określeniem pozycji zarówno człowieka jak i zwierzęcia w świecie przyrody zajmowali się filozofowie greccy. Szanowali oni

przyrodę i zwierzęta obdarzone duszą, które były jej częścią. Orfeusz, założyciel religii orfickiej, przez niektórych uważny za postać fikcyjną, „widział, jak zbiegły się wokół niego leśne zwierzęta, zafascynowane jego słowami, pieśnią i miłością, jaką je obdarzał" (27). Filozof ten nauczał, że zwierzęta podobnie jak ludzie mają duszę, jak oni żyją wiecznie, po czym powracają na ziemię. Nawoływał aby ludzie wstrzymali się przed spożywaniem pokarmów mięsnych (33). Platon ukazał Orfeusza w zaświatach wybierającego duszę łabędzia (8, 15).

Pitagoras (572 – 474 p.n.e.) uczący szacunku wobec wszelkiego życia, również zakazywał swoim uczniom udziału w krwawych ofiarach i spożywania mięsa. Mówił, że wszystko to co człowiek zwierzęciu wyrządził, spadnie z powrotem na niego. Twierdził także, iż tak długo jak człowiek będzie zabijał zwierzęta, ludzie będą uśmiercali się nawzajem. W istocie, ten kto zabija i zadaje ból, nie zazna radości i miłości (21).

Plutarch (50 – 125 n.e.) poświęcił królestwu zwierząt kilka traktatów, był on zagorzałym zwolennikiem ich ochrony. W utworze pt. „Gryllos, czyli o rozumności nierozumnych zwierząt", dowodził, że wykazują one inteligencję nawet wyższą aniżeli ludzie. W traktacie zatytułowanym „O zmyślności zwierząt" przypisał tym stworzeniom pewne cechy cnót moralnych (39). Był on zdecydowanym przeciwnikiem ich zabijania w celu pozyskiwania pożywienia mówiąc m. in. że „z powodu kawałka mięsa pozbawiamy te istoty słońca, światła, całej życiowej ewolucji, do której mają prawo poprzez narodziny oraz życie" (21).

Inne stanowisko reprezentował Arystoteles (384 – 322 p.n.e) autor klasycznej definicji istot ludzkich jako „zwierząt rozumnych”, uważając, że zwierzęta mają tylko duszę wegetatywną i zmysłową, a pozbawione są duszy rozumnej. Uważał on, że ludzie posiadają racjonalny umysł, który wynosi je ponad inne gatunki i to wyższe rozumowanie daje człowiekowi prawo do wykorzystywania zwierząt, które istnieją. Tuż po ogłoszeniu tego stwierdzenia Arystoteles dodał jeszcze, że tak jak możemy polować na pozbawione cech ludzkich zwierzęta, możemy również "polować" i brać do niewoli inne istoty ludzkie, na przykład "barbarzyńców", których Grecy uważali za niższą rasę (1, 2).

Platon (427 – 347 p.n.e), zachowując biologiczne rozumienie duszy, przestał traktować ją materialnie. Jest ona, jako czynnik życia, przeciwieństwem materii, z natury bezwładnej. Natomiast dusza jako źródło ruchu jest realna, ale nie materialna. Uważał on, że ciało i jego zmysły są dla duszy narzędziami poznania. Poznaje ona różne zjawiska sama bezpośrednio, bądź pośrednio, posługując się tymi narzędziami. Platonizm był nie tylko dualizmem idei i rzeczy, ale również duszy i ciała. Platon wierzył w reinkarnacje; dusza dla odkupienia win musiała się wielokrotnie wcielać w postacie ludzkie, a także zwierzęce (31).

W posiadanie duszy, zarówno przez ludzi jak i zwierzęta wierzyli także Hebrajczycy. Słowo *nephesz* oznacza oddychanie oraz siłę witalną zawartą we krwi, stanowiącą synonim życia. Określa również psychikę czyli świat myśli, uczuć i woli człowieka. Duszę tę znajdowali

we krwi, która była siedliskiem życia. Stary testament wielokrotnie wspomina o tym, że zwierzęta mają duszę. Można tu przytoczyć fragment Księgi Rodzaju, gdzie czytamy: „Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze dusze – upomnę się o nią u każdego zwierzęcia" (28). W polskim tłumaczeniu słowo „dusza" zastąpione jest słowem „życie". Określenia krew-dusza-życie można zatem traktować jako równoznaczne. W innym miejscu Księgi Rodzaju znajdujemy fragment o przymierzu pomiędzy Bogiem i istotami żywymi: „Ja zawieram przymierze z wami i waszym potomstwem, które po was będzie; z wszelką istotą żywą, która jest z wami; ptactwem, ze zwierzętami domowymi i polnymi, jakie są przy was." W Księdze Wyjścia Bóg nakazuje pomagać zwierzętom, szanować ich godność i uczucia. Również w Starym Testamencie znajdujemy tekst, który mówi o stosowaniu podobnego prawa zarówno w stosunku do ludzi jak i do zwierząt: „Jeśli wół pobódł mężczyznę lub kobietę tak, iż ponieśliby śmierć, wówczas wół musi być ukamienowany". Biblia Starego Testamentu stawia ludzi na równi ze zwierzętami, kiedy Bóg domaga się ofiary: „I oddasz mi pierworodnego syna. To samo uczynisz z pierworodnym z bydła i trzody" (28).

Współczesny Judaizm uważa zwierzęta za istoty będące szczególnym dziełem Boga, które mają większą wartość niż przedmioty martwe. Poprzez uznanie zasad koszerności człowiek wyraża szacunek dla zwierząt. Zakaz spożywania krwi bierze się z faktu, że jest ona symbolem życia i duszy. Zasada rozdziału potraw mlecznych i mięsnych podkreśla opozycję pomiędzy życiem, które symbolizuje

mleko a śmiercią, którą wyraża mięso. Mleko uzyskuje się od zwierzęcia żyjącego, które właśnie wydało nowe życie. Mięso zaś pochodzi od zwierzęcia martwego (25).

Starożytni Egipcjanie wierzyli w życie duszy oraz ciała po śmierci zarówno człowieka jak i zwierzęcia. Twierdzili, że śmierć jest stanem przejściowym do nowego świata. Egipska Księga Umarłych mówi, że każdy człowiek składa się z kilku czynników, m. in. z ciała fizycznego – Khat. Wierzono, że po śmierci zmienia się ono w ciało duchowe – Ka i mieszka wśród bogów. Istniejące również po śmierci ciało duchowe, wymagało jedzenia, picia oraz przyjemności. Kolejnym czynnikiem była dusza – Ba, czyli niematerialna osobowość, wyposażona w cechy moralne i intelektualne. Pomimo, że uważano ją za nieśmiertelną to nie mogła ona jednak istnieć bez ciała. Serce traktowano również jako źródło życia i bytu. Jego zniszczenie powodowało unicestwienie zarówno sobowtóra ciała jak i pierwowzoru duszy. Mózg był tylko narządem produkującym śluz, nieistotnym w życiu pośmiertnym, więc usuwano go w czasie mumifikacji (3). Aby zachować ziemską powłokę człowieka dla Ka i Ba, Egipcjanie mumifikowali zwłoki. Usuwano większość narządów, przy czym zachowywano serce jako siedzibę myśli i siły życiowej (13). Otaczali czcią liczne gatunki zwierząt, w których widzieli ucieleśnienie bogów, uznawali je za równe człowiekowi i zupełnie od niego niezależne. Mumifikowano je więc jako żywy obraz Boga (10). Wierzono w ich życie pozagrobowe i w związku z tym balsamowano i grzebano wiele gatunków zwierząt. Były to nie tylko ssaki, ale również płazy, gady i ptaki. Wedle egipskich zwycza-

jów – do grobu wkładano zmarłemu zwierzęciu to, co mogło mu się przydać w życiu pozagrobowym, np. kotu – miski z mlekiem i zabalsamowane myszy, by po śmieci nie głodował. Egipcjanie z ewentualnych złych uczynków w stosunku do zwierząt byli rozliczani na sądzie Bożym (20).

W Hinduizmie istnieje wiara w reinkarnację, czyli wędrówkę dusz. Według wyznawców tej religii dusza przechodzi przez coraz wyższe postacie – od przedmiotu, przez postać rośliny, zwierzęcia, człowieka aż po zjednoczenie i stopienie się z Bogiem Absolutem raz na zawsze. W skrajnych przypadkach, w wyniku kary za popełnienie poważnych zbrodni, dusza może przybrać postać niższą (14).

Szczególnej ochronie zwierzęta podlegały w starożytnych Indiach. Przez wieki wielkie umysły tego kraju walczyły o ochronę świata zwierzęcego. Prawo Karmy rozciągało się zarówno na ludzi jak i zwierzęta. W epilogu Mahabharaty, Youdhisthira nie zgadza się wejść do raju, jeśli nie zostanie tam wpuszczony również jego pies, gdyż raj bez zwierząt nie byłby rajem. Budda zabraniał składania ofiar ze zwierząt mówiąc: „Zwierzęta, które zabijacie, złożyły wam daninę z mleka i wełny. Złożyły swą ufność w wasze ręce, które im teraz podrzynają gardła. O wy, co błagacie bogów o łaskawość, sami nie macie litości dla tych stworzeń, dla których jesteście bogami. Nikt nie może oczyścić swej duszy krwią. Stąd wniosek: albo bogowie są dobrzy i krew może w nich wzbudzić tylko odrazę, albo są źli i krwią nie da się ich przekupić. Nie możecie waszych niecnych czynów przenieść na głowę niewinnego zwierzęcia. Za wasze grzechy powinniście odpo-

wiadać osobiście". Cesarz Asioka Wspaniały, który panował w III w. p.n.e. zabraniał zabijania zwierząt w celach ofiarnych lub kulinarnych. W pierwszym wydanym edykcie mówił: „Niegdyś w kuchni króla, wybrańca bogów o przyjacielskim spojrzeniu, codziennie były zabijane tysiące zwierząt do zjedzenia. Lecz teraz, w chwili gdy wykuwa się to prawo, dla przygotowania posiłku zabija się tylko trzy zwierzęta: dwa pawie i gazelę. W przyszłości nawet te trzy zwierzęta nie będą uśmiercane". Był on także założycielem pierwszych szpitali dla chorych i rannych zwierząt (33).

W kulturze chrześcijańskiej człowiek jest bytem jednostkowym *(substantia),* w którym można rozróżnić „istotę" *(essentia)* i „istnienie" *(existentia),* czyli ciało i duszę, które stanowią u niego psychofizyczną jedność. Ciało jest śmiertelne w przeciwieństwie do nieśmiertelnej duszy. Po śmierci dusza oddziela się od materii przechodząc w istnienie wieczne (40, 41). Dusza to niematerialna esencja istnienia człowieka, która po oddzieleniu się od ciała nazywana jest duchem. W Biblii znajdziemy następujące fragmenty świadczące o tym, że zwierzęta nie są pozbawione duszy: „Przemówił Bóg – niech się zaroją wody rojem dusz żyjących i niech stworzenia latające latają nad ziemią po obliczu przestworza niebios. Niech ziemia wyda żyjące dusze według ich rodzajów, zwierzę domowe i inne poruszające się zwierzę oraz dzikie zwierzę ziemi według jego rodzaju. I tak się stało" (28). We fragmencie tym ryby, jak też zwierzęta domowe i dzikie zostały określone takim samym słowem: „dusze". Rozmaite zwierzęta, w tym również pta-

ki, nazwano duszami także w Księdze Rodzaju 9:10, Księdze Kapłańskiej 11:46 oraz Księdze Liczb 31:28 (28).

Święty Augustyn (354 – 430 n.e) pisał, że dusza ludzka ma wspólne elementy z duszami zwierząt, ale przewyższa je racjonalnością, którą nazwał „głową mojej duszy" (*caput animae meae*) (6). W hierarchii bytów, stworzonej przez św. Augustyna, Bóg jest bytem najwyższym, człowiek natomiast to istota ożywiona, czująca, rozumna i śmiertelna. W tej klasyfikacji miejsce człowieka znajduje się pomiędzy aniołami (nieśmiertelne) i zwierzętami (nierozumne). To miejsce człowieka (przypisane mu przez św. Augustyna) jest rezultatem jego dwoistej natury, która zawiera element zarówno materialny (ciało), jak i duchowy (duszę). Z bytami nieorganicznymi łączy człowieka istnienie, różne przejawy życia biologicznego (rozmnażanie, odżywianie, wzrost), ze światem zwierząt zaś posiadanie władz poznawczych i życie zmysłowe (6, 11).

Św. Franciszek z Asyżu (1181 – 1226), wielki orędownik całej przyrody, zwierzęta nazywał braćmi na długo przed powstaniem rezerwatów przyrody, okazywał swoją troskę wszystkim żywym istotom.

Według św. Tomasza z Akwinu (1225 – 1276), zwierzęta są obdarzone duszą, lecz bez wątpienia o niższym charakterze niż ludzka, wobec czego można je zbagatelizować. Uważał on, że „nie tylko ludzie i zwierzęta, ale także rośliny i byty nieożywione wykazują takie przejawy natury, jednak nie możemy zaliczyć ich do poznawania tylko do pożądania w najszerszym rozumieniu" (7, 40). W „*Summa contra gentiles*" św. Tomasz pisze: „Wyklucza się jako pomyłkę, że grzechem

jest zabijanie nierozumnych zwierząt, gdyż przewidziane są one przez opatrzność bożą przy wyposażeniu natury i dane dla ludzi. Dlatego bez poczucia niesprawiedliwości człowiek zabija je na swój pożytek lub wykorzystuje w inny sposób. Dalej czytamy: „Jeżeli w Piśmie świętym znajdują się określone zakazy, by niczego okrutnego nie czynić przeciwko nierozumnym zwierzętom, to tylko dlatego, by poruszyć sumienie człowieka przed okrucieństwem wobec drugiego człowieka lub też aby wyrządzone na zwierzętach lub ludziach rany przyniosły szkodę sprawcy" (5).

Niekorzystne piętno na stosunkach między człowiekiem i zwierzęciem położył okres renesansu, który z jednej strony stanowił czas rozkwitu myśli naukowej, z drugiej zaś spowodował, że zaczęto je postrzegać jako model doświadczalny. Był to okres niebywałego rozkwitu nauk biologicznych i jednoczesnego odarcia zwierząt z duchowości. W okresie tym powstały pierwsze dzieła z zakresu embriologii porównawczej jak „*De formatu foetu*" autorstwa Fabrizio d'Acquapendente opublikowane w 1600 roku oraz „*Opera omnia*" Marcello Malpighiego wydana w roku 1687 (24). Poza dociekaniami morfologicznymi prowadzono także liczne badania z zakresu fizjologii. Najbardziej znanym dziełem tego okresu jest wydane w 1628 roku „*Excertiatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*" opisujące zasadę działania układu krążenia. Willam Harvey udowodnił w nim, że skurcz serca ma charakter mięśniowy i dokładnie opisał ten proces wykorzystując psy jako zwierzęta doświadczalne (18). Należy zastanowić się jak uczony prowadził obserwacje czynności serca w o-

kresie gdy nie znano jeszcze środków do znieczulenia ogólnego. Z całą pewnością badania były okupione niewyobrażalnym cierpieniem zwierząt. Nie były one możliwe bez uprzedniego zakwalifikowania ich jako istot pozbawionych wyższych czynności psychicznych oraz duchowości.

Kartezjusz (1596 – 1650), autor słynnego „*cogito, ergo sum*" uznał, że zasadniczą własnością duszy jest myślenie. Dusza oddzielona od ciała nie może być pojmowana jako czynnik życia. O ile w starożytności dzielono istoty na żywe i martwe, to filozof ten zmienił linię podziału, stosując kryterium: „świadome – nieświadome". Świadomość zatem to czynnik nie posiadający żadnego pokrewieństwa z funkcjami organicznymi, zupełnie od nich odrębny. To co posiada dusze, utożsamione zostało z tym, co świadome. Zwierzęta w filozofii Kartezjusza są po prostu maszynami, natomiast człowiek stanowi wyjątek wśród istot żywych, w którym dusza i ciało są jednością (11).

W XVIII wieku Rousseau (1712 – 1778) wystąpił z tezą, że zwierzętom przysługuje prawo do tego, „aby nie były źle traktowane przez ludzi". Przeciwstawiał mu się m. in. Kant (1724 – 1804), który po staremu głosił, że jedynie człowiek może być podmiotem moralności (39).

W XIX w. m. in. Schopenhauer (1788 – 1860) zdecydowanie opowiedział się za przyznaniem praw zwierzętom (39). Michelet (1798 – 1874) francuski historyk i poeta, uważał, że zwierzęta, które cierpią podobnie jak człowiek, również powinny być objęte odkupieniem (33). W wywodach niektórych filozofów tego okresu zaczęło pojawiać się

pojęcie „etyka zwierząt". Powstały pierwsze Towarzystwa Ochrony Zwierząt. Na tradycyjnym stanowisku uznającym jedynie człowieka za byt zdolny do postępowania moralnie odpowiedzialnego stali w XIX w. głównie etycy chrześcijańscy (39).

Wiek XX i XXI to okres silnie rozwijających się ruchów na rzecz zwierząt. Coraz większa liczba autorytetów świata nauki ma odwagę bronić niepotrzebnie cierpiących istot. W Paryżu, 15.10.1978 UNESCO uchwaliło Światową Deklarację Praw Zwierząt (33, 39).

Z przytoczonych wywodów wynika, ze na przestrzeni dziejów wzajemne relacje pomiędzy człowiekiem i zwierzętami układały się różnie i ulegały zmianom. Ewoluowały również wyraźnie poglądy dotyczące ich duchowości (lub jej braku) – w sytuacjach skrajnych: od istot pozbawionych pierwiastka duchowego po stworzenia obdarzone duszą równą człowiekowi. Niezależnie od tego, że problem ten nie został drodze empirycznej w pełni rozstrzygnięty po dzień dzisiejszy – zwierzęta są istotami zdolnymi do reakcji emocjonalnych, wrażliwymi na cierpienie i w związku z tym nie powinny być traktowane przedmiotowo.

Streszczenie

Artykuł przedstawia wzajemne relacje pomiędzy człowiekiem i zwierzęciem, które wiązały się z poglądami na ich duchowość, w różnych okresach historycznych. Poglądy na temat duszy zwierzęcia opracownao w nawiązaniu do dwóch skrajnych postaw, jednej traktu-

jącej zwierzę jak przedmiot, drugiej stawiającej zwierzę na równi z człowiekiem.

Piśmiennictwo

1. *Arystoteles*: O duszy, tłum. i oprac. P. Siwek, PWN, Warszawa, 1988.
2. *Arystoteles*: Zoologia (Historia Animalium), tłum. i oprac. P. Siwek, PWN, Warszawa 1982.
2. *Barwik B.*: Księga wychodzenia za dnia. Tajemnice egipskiej Księgi Umarłych, PIW, Warszawa, 2009.
3. cala-prawda-o-zwierzetach.blog.onet.pl
4. catholicprimer.org/aquinas/aquinas_summa_contra_gentiles.pdf
5. *Chadwick H.*: Augustyn, tłum. Szafrański T., Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2000.
6. *Chenu M. D.*: Wstęp do filozofii św. Tomasza z Akwinu, Wyd. Antyk, Kęty, 2001.
7. chomikuj.pl/Antyczna_Grecja/Literatura/Po+Polsku/Platon/Platon+-+Fedon,356348021.pdf
8. chomikuj.pl/goodwill/Galeria/HISTORIA+*c5*9aWIATA/DZIEJE+RELIGII*2c+FILOZOFII+I+NAUKI/FILOZOFIA+STARO*c5*bbYTNA/PLATON+FEDON.pdf
9. *Chrószcz A., i in.*: Mumie zwierzęce w starożytnym Egipcie. Medycyna Wet. 62, 1330-1332, 2006.
10. *Copleston F.*: Historia filozofii, Tom 2, Od Augustyna do Szkota, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 2007.
11. *Copleston F.*: Historia filozofii, Tom 4, Od Kartezjusza do Leibniza, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 2008.
12. *Cotterell A.*: Cywilizacje starożytne: przewodnik encyklopedyczny, tłum. Ceran W., Wyd. Pro-media, Łódź, 1996.
13. Donimirski A.: Reinkarnacja, buddyzm, hinduizm, Oficyna Wydawnicza Zelpress, Warszawa, 1989.
14. filozofia.umk.pl/pliki/platon_panstwo.pdf
15. gazetachojenska.pl/gazeta.php?numer=04-29&temat=11
16. *Gilson É.*: Tomizm. Wprowadzenie do filozofii św. Tomasza z Akwinu, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1960.
17. *Gonzales-Crussi F.*: Tajemnice ciała, Wyd. Znak, Kraków, 2010.
18. greenway.pl/pl/o_nas/page/6
19. *Ikram S.*: Śmierć i pogrzeb w starożytnym Egipcie, PIW, Warszawa, 2004
20. *Jamblich A. P.*: Żywoty Pitagorasa, Wyd. Epsilon, Wrocław, 2008.
21. *Kenny A.*: Tomasz z Akwinu, tłum. Piotrowski R., Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
22. *Kobryń H.*: Wykorzystanie zwierząt w pradziejach do celów rytualnych, Rocz. Muz. Narod. Roln. w Szreniawie, 19: 241-248, 1993.
23. *Köng H.E., Liebich H.G.*: Veterinary anatomy of domestic mammals, Schattauer, Stuttgart, New York, 2007.

24. *Lenoir F., Tardan–Masquelier Y.* (red.): Encyklopedia religii świata - tom 2. Zagadnienia problemowe, Wydawnictwo Akademickie DIALOG, Warszawa, 2002.
25. O dusze zwierząt, zb.eco.pl/zb/17/dusza.htm
26. *Parandowski J.*: Mitologia, Puls, Londyn, 2009.
27. Pismo Święte starego i nowego testamentu. Biblia tysiąclecia, Pallottinum, Poznań, 2010.
28. pl.wikiquote.org
29. pl.wikiquote.org/wiki/Will_Cuppy
30. *Platon.*: Fajdros. Ebook [PL] [.doc .pdf]
31. Praca zbiorowa.: Katechizm kościoła katolickiego, Pallotinum, Poznań, 1994.
32. *Prieur J.*: Dusza zwierząt, Czakra, Warszawa, 1992.
33. ptta.pl/pef/pdf/d/duszal.pdf
34. refa.franciszkanie.pl/
35. *Singer P.*: Zwierzęta i ludzie jako istoty równe sobie, Etyka, 1980, 18, 49-62.
36. *Singer P.*: Wyzwolenie zwierząt, PIW, Warszawa, 2004.
37. *Szczeklik A.*: Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny, Wyd. Znak, Kraków, 2007.
38. *Ślipko T.*: Bioetyka. Najważniejsze problemy, PETRUS, Kraków, 2008.
39. *Św. Tomasz z Akwinu*: Traktat o człowieku summa teologiczna, Pallottinum, Poznań, 1956.
40. *Św. Tomasz z Akwinu*: Kwestia o duszy, Wyd. Znak, Kraków, 1996.
41. *Tatarkiewicz W.*: Historia filozofii, PWN, Warszawa, 2007.
42. Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. O ochronie zwierząt, Dz. U. 2003, poz. 1002.
43. *Węgrzynowicz T.*: Szczątki zwierzęce jako wyraz wierzeń w czasach ciałopalenia zwłok, Państw. Muz. Archeolog., Warszawa, 1982.

Praca zawiera 24 743 znaki (> 0,5 arkusza wydawniczego)

Spis autorów

Adamski Maciej, 323, 591

Andruszkiewicz Anna, 31

Babińskia Izabella, 431

Banach Małgorzata, 153, 597

Barszcz Karolina, 305, 331, 379, 525

Drygas Aleksander, 545

Fechner Andrzej, 11

Felsmann Mariusz Zbigniew, 397, 431, 571

Felsmann Mirosława, 31

Futyma Barbara, 31

Gamota Antoni, 367, 449, 459, 663

Godlewska Agata, 305

Gołda Ryszard, 597

Gulczyński Jacek, 469, 483

Iżycka-Świerszewska Ewa, 469, 483

Kobryń Henryk, 673

Konieczna Seweryna, 51

Korpalska Walentyna Krystyna, 69

Kosobucka Agata, 87

Kowalewska Magdalena, 113

Krzyżewska-Młodawska Alicja, 505

Krzyżewski Waldemar, 513

Kupczyńska Marta, 305, 331, 379, 525

Łuczak Wacław, 323, 591

Łysiak Marian, 545

Majchrzyk-Mikuła Joanna, 133

Makowiecka Maria, 331, 525

Michalski Mirosław Mariusz, 555, 571

Nowicki Marek, 657

Olbrach Katarzyna , 349

Piskir Jerzy, 153, 597

Piskir Małgorzata, 153, 597

Pospieszny Norbert, 323, 591

Przespolewska Helena, 673

Przybylski Grzegorz, 153, 597

Skibniewska Ewa, 331

Skibniewski Michał, 331, 525, 673

Stosik Michał, 619

Szara Tomasz, 349

Szarek Józef, 397

Szenfeld Jerzy, 611, 619

Szymczyk Katarzyna, 171

Ślusarczyk Wojciech, 629

Wąsowicz Michał, 379

Wdowiak Liliana, 193, 215, 237, 257

Wiśniewski Jan, 657

Wróblewski Zbigniew, 367, 459, 663

Wysokiński Paweł, 193, 215, 237, 257

Zandberg Adrian, 277