

DAWNA MEDYCYNA I WETERYNARIA

Praca zbiorowa pod redakcją:

Mariusza Z. Felsmanna
Józefa Szarka
Mirosławy Felsmann



Chel̨mno 2007

Recenzenci:

Prof. dr hab. Andrzej Felchner
Prof. dr hab. Roman Meissner
Prof. dr hab. Józef Szarek
Prof. dr hab. Bożena Urbanek

Projekt okładki:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

Skład i łamanie:

Mariusz Z. Felsmann
Józef Szarek

ISBN 978-83-908656-7-6

Wydawca: Rekpol Sp. z o.o.
www.rekpol.eu

***Monografia dofinansowana przez
Starostwo Powiatowe w Chełmnie***

Spis treści

Wstęp	7
Dawna Medycyna	9
Opieka kleru w archidiakonacie włocławskim w latach 1577-1598	11
Dariusz Chyla	
Rola czasopisma „Zdrowie” w rozwoju medycyny szkolnej w Polsce po pierwszej wojnie światowej	27
Andrzej Felchner	
Woda jako środek higieny i element zabobonu u Arabów na podstawie wybranych hadisów	43
Mirosława Felsmann, M. Z. Felsmann	
Ewolucja postępowania w konflikcie serologicznym i chorobie hemolitycznej	57
Iwona Gałązka, I. Caus-Woznak, M. Czajkowska, K. Leszczyńska, B. Naworska, M. Mazurek	
Etapy i determinanty opieki paliatywnej i hospicyjnej	65
Mariola Głowacka, M. Felsmann, M. Humańska, K. Kurowska, M. Milewska	
Leki dla zwierząt i leki pochodzenia zwierzęcego na przykładzie zapisów z kroniki rodziny Komierowskich z Komierowa koło Sępólna z XVIII wieku	81
Walentyna K. Korpalska	
Obraz systemu ochrony zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie na podstawie tygodnika „Zdrowie i Życie”	95
Krzysztof Krajewski-Siuda, K. Kaczmarek	
Kształcenie pielęgniarek w województwie Kujawsko-Pomorskim wczoraj i dziś	113
Mirosława Kram, A. Kurylak, A. Przybysz	
Śladami toruńskich absolwentów Wydziału Lekarskiego w Edynburgu	127
Marian Łysiak	
Fakty i mity o uzdrawiającej relikwii Św. Walentego	139
Małgorzata Łysiak-Seichter, M. Łysiak	
Znaczenie II Zjazdu Higienistów Polskich dla rozwoju medycyny szkolnej	149
Joanna Majchrzyk-Mikuła	
Z dziejów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Gdańsku	163
Mariola Małecka, Z. Kamiński	
XVII-wieczne toruńskie leki antyepidemiczne, uwagi na marginesie <i>Kurzer Bericht der Leiblichen Artzney z 1625 r.</i>	179
Katarzyna Pękacka-Falkowska	
Czepek pielęgniarski wczoraj i dziś	201
Agnieszka Pluta, H. Basińska, J. Czajkowska-Fesio, W. Kujawa, A. Marzec, K. Faleńczyk	

Zmiany w szpitalnej opiece pediatrycznej na przełomie ostatnich lat	209
Alicja Przybysz, A. Kurylak, M. Kram	
Recepty i sygnatury na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku w Polsce	217
Elżbieta Rutkowska	
Medycyna ludowa jako element badań w Muzeum Etnograficznym w Toruniu	225
Grażyna Szelańska	
Dawna Weterynaria.....	233
Doświadczenia na zwierzętach w ujęciu historycznym	235
Izabella Babińska, J. Szarek, M. Z. Felsmann, I. M. Kowalski, D. Przeździecka, M. Gesek	
Ewolucja polskich regulacji prawnych przeprowadzania doświadczeń na zwierzętach	243
Izabella Babińska, J. Szarek, M. Z. Felsmann, I. M. Kowalski, D. Przeździecka, T. Mieszczński	
Rozwój diagnostyki guza z komórek tłuszczowych u zwierząt towarzyszących człowiekowi – psów i kotów	255
Iwona Badurek, M. Sobczak-Filipiak, E. Malicka	
Dobrostan koni a dawna medycyna weterynaryjna w Polsce	265
Katarzyna Bursztynowicz, J. Sowińska, Z. Wróblewski, M. Gesek, T. Mieszczński	
Badania kości kończyn koni oraz najczęściej występujące zmiany patologiczne – historia i współczesność	275
M. Dzierzecka, H. Kobryń, M. Kupczyńska, D. Skubiszewska, B.J. Bartyzel	
Aspekty weterynaryjne w procesach czarownic na ziemiach polskich	287
Sławomir Gonkowski	
Czary i gusła jako czynnik terapeutyczny w dziejach polskiej weterynarii	301
Sławomir Gonkowski	
Zarys historii lecznictwa psów w Polsce od czasów najdawniejszych do końca XX wieku w świetle wybranych zabytków piśmiennictwa weterynaryjnego	313
Sławomir Gonkowski	
Relacje pomiędzy człowiekiem i psem w ujęciu historycznym	327
Marta Kupczyńska, M. Skibniewski, M. Małecka	
Zwalczanie chorób zakaźnych u zwierząt ze szczególnym uwzględnieniem wścieklizny w przepisach prawa polskiego przed drugą wojną światową	343
Piotr Listos	
Małopłytkowość jako cecha rasy psów ogar polski	367
Jacek Miciuń, M. Sobczak-Filipiak, A. Winnicka, J. Mieczkowska, M. Żmudzka, R. Lechowski	

Kształtowanie się rękopisów za wady fizyczne koni w Polsce przed i po drugiej Wojnie Światowej	377
Tomasz Mieszczyński, J. Szarek, I. Babińska, M. Gesek	
Teratologia wczoraj dziś i jutro	387
Marta Minta	
Anatomiczne mianownictwo weterynaryjne – przeszłość, stan obecny i przyszłość 401	
Helena Przespolewska, H. Kobryń, M. Skibniewski	
Flebotomia u koni jako zabieg terapeutyczny stosowany dawniej i dziś	407
Helena Przespolewska, H. Kobryń, M. Skibniewski	
Wartości poznawcze wykopaliskowych szczątków kostnych na wybranych przykładach	421
Michał Skibniewski, H. Kobryń, H. Przespolewska, E. Skibniewska	
Zastosowanie ciepła w leczeniu koni – historia i terażniejszość	435
Michał Skibniewski, H. Kobryń, H. Przespolewska	
Zmiany w obyczajowości mieszkańców wielkiego miasta na przykładzie doświadczeń zawodowych lekarza weterynarii klinicysty i patologa	447
Małgorzata Sobczak-Filipiak	
Gorzowska farmacja weterynaryjna w latach 1945 -1992	459
Jerzy Szenfeld, T. Melnarowicz, I. Szymczak	
Powojenna historia pszczelarstwa gorzowskiego z uwzględnieniem roli lekarzy weterynarii	473
Jerzy Szenfeld, W. Bortnik	
Zwierzęta gospodarskie w praktykach leczniczych	487
Danuta Szych	
Droga do Państwowego Instytutu Weterynaryjnego w Puławach – w ujęciu historycznym	503
Tadeusz Wijaszka, M. Truszczyński	
Dr Dariusz Jaworek lekarz weterynarii, nauczyciel akademicki, poeta	523
Jan Wiśniewski	
Fizjoterapia u koni dawnej polskiej weterynarii	531
Zbigniew Wróblewski	
Spis autorów	539

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.

Jakże często zapominamy o znaczeniu działalności naszych poprzedników dla obecnego stanu wiedzy i rozwoju cywilizacyjnego. Stwierdzenie, iż „*Historia jest nauką życia*” dla wielu jest truizmem, wszak my, żyjący tu i teraz, znamy odpowiedzi na wiele pytań, rozwiązaliśmy tak wiele problemów. Czy aby na pewno my? Czy aby na pewno sami? Historia wielu dziedzin nauki i szeroko pojętej działalności człowieka potoczyłaby się inaczej gdyby nie liczne rzesze naszych przodków, dla których opisywanie i rozumienie świata było wyzwaniem.

Dzieje medycyny i weterynarii, tak pokrewnych i mających wspólne korzenie dziedzin wiedzy ludzkiej, są najlepszym przykładem takiej działalności - działalności okupionej często własnym zdrowiem i życiem. Poznanie losów naszych antenatów w zawodzie i to nie tylko tych, którym się udało, ale również, a może przede wszystkim, tych którzy błędzili, wydaje się mieć nieocenione znaczenie dla pracy obecnych ludzi medycyny i weterynarii – jeśli tylko chcą z tych zasobów korzystać.

W zamyśle pomysłodawców niniejszej monografii, jest ona pierwszym z tomów popularyzujących te doświadczenia i zachęcających do czerpania z nich.

Mariusz Z. Felsmann

Józef Szarek

DAWNA MEDYCYNA

OPIEKA KLERU NAD SZPITALAMI W ARCHIDIAKONACIE WŁOCŁAWKIM W LATACH 1577 – 1598

Dariusz Chyła

Instytut Historii,
Uniwersytet im. Kazimierz Wielkiego w Bydgoszczy,
ul. Przemysłowa 24, 85-758 Bydgoszcz,
dariuszchyla@wp.pl

Definicja szpitala w XVI w. różniła się od dzisiejszej. Ówczesny pogląd na tę instytucję najlepiej ilustruje instrukcja wizytacyjna archidiacona wrocławskiego Teodora Lindana opracowana w 1579 r. Głosi, że „...*te wszystkie miejsca miłosierdzia chrześcijańskiego, w których ubodzy, pielgrzymi i niezdolni do pracy znajdują posiłek i odzież, a także niesprawni intelektualnie, starcy, sieroty pozbawione rodziców i samotni ubodzy, oraz wyrzucone dzieci, trędowaci, zarażeni, choroby przewlekłe i inne osoby godne miłosierdzia... te wszystkie miejsca nazywa się ogólnie szpitalami...*”¹. Wynika z tego, że XVI-wieczne szpitale pełniły funkcje dzisiejszych sierocińców czy domów opieki społecznej. Z tego powodu spotyka się kilka różnych terminów je określających, jak np. *hospitale*, *hospitium* czy *xenodochium*. Wi-

¹ Kumor Bolesław, *Opieka społeczna kościoła w świetle ustawodawstwa synodalnego w Polsce (do 1795)*, Charitas, Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XVI – XVIII wieku, red. Urszula Augustyniak, Andrzej Karpiński, s. 11.

zja szpitala wg Lindana jest idealna i nie zawsze miała uzasadnienie w rzeczywistości.

Opieka kleru nad biednymi odbywała się na dwóch płaszczyznach. Z jednej strony dbano o zaspokojenie warunków materialnych mieszkańców szpitali zaś z drugiej troszczono się o poprawne prowadzenie się biednych oraz wypełnianie przez nich obowiązków religijnych.

Problemem jest przynależność dekanatu raciążeckiego pod koniec XVI w. Ksiądz Librowski umieszcza go w archidiaconacie kruszwickim. Stwierdza także, że do 1586 r. istniał problem przynależności dekanatu do konkretnego archidiaconatu¹.

Utrzymanie

Sytuacja była zróżnicowana. Wizytator w 1582 r. odnośnie przytułku kowalskiego stwierdza, że szpital pozostawał bez opieki, zaś ubodzy żyli z samej jałmużny², ale wizytacja dekanatu brzeskiego z 1584 r. stwierdza, że to hospicjum otrzymało od biskupa wrocławskiego Jakuba z Sienna, w 1471 r. dziesięcinę z królewskiej wsi Pełczyce, oraz wyposażenie w kwocie trzydziestu grzywien cze-

¹ Librowski Stanisław, *Wizytacje diecezji wrocławskiej. Część 1: Wizytacje diecezji kujawskiej i pomorskiej*. T. 1: Opracowanie archiwalno – źródłoznawcze. Zeszyt 1: Wstęp ogólny, w: *Archiwa, biblioteki i muzea kościelne*, t. 8, s. 37. Mimo tych niejasności dekanat ten został umieszczony w niniejszej pracy. Głównym powodem była jego późniejsza przynależność do archidiaconatu wrocławskiego.

² *Visitationes Ecclesiarum parochialium sub Epo Hier. Rozdrażewski, Visitatio archidiaconatus Wladislaviensis per Martinum Janitium Smiłowitanum, delegatum Visitatorem, facta 1582 a., [w:] Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis*, t. 19, s. 52.

skich¹. Skoro legat ten miał miejsce już w XV wieku, to dlaczego wizytacja z 1582 r. informuje, że biedni żyli tylko z jałmużny? Ta wizytacja podaje również informację o dziesięcinie ze wsi Pełczyce, ale stwierdza, że posiadał ją prepozyt². Widocznie więc dobra te nie zawsze szły na utrzymanie ubogich.

Wizytacja z 1584 r. dotycząca parafii brzeskiej wspominała o dwóch szpitalach. Jeden z nich, znajdujący się przy klasztorze, otrzymał ziemię od opata. Niestety nie podano jego imienia³. Więcej informacji na ret temat dostarcza wizytacja z 1598 r. w stosunku do drugiego szpitala brzeskiego, który leżał poza murami miasta. Hospicjum posiadało pola: jedno wydzierżawiane pani Lenkowej za 60 florenów, drugie panu Kaniewskiemu za 20 florenów. Oprócz tego biedni otrzymywali dziesięcinę ze wsi Nakonowo⁴.

Wizytacja archidiaconatu wrocławskiego z tego samego roku wspomina, że prepozyt szpitala żyje z dziesięciny ze wsi Rakonowo⁵ oraz gruntów Kruszwickich⁶.

Biskup Karnkowski, w 1569 r. przekazał hospicjum wrocławskiemu z młyna Swiersz kwartalnie 2 korce mąki, tyleż samo grochu

¹ Visitatio Ecclesiae parochialis Brestensis (an. 1584), [w:] MHDWI, t. 19, s. 105 i n.

² Visitaciones Ecclesiarum parochialium... facta 1582 a, [w:] MHDWI, t. 19, s. 52.

³ Chodzi tu o włoski zakon zajmujący się opieką nad chorymi. Istniał w latach 1169 – 1656. Zakonnicy nosili podwójny krzyż.

⁴ Visitaciones Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis ex mandato Illmi ac Rev. Episcopi Hier. Rozdrazewski expeditae. Annus Domini 1598, [w:] MHDWI, t. 20, s. 18 i n., 147.

⁵ Istnieje problem czy wsie Nakonowo i Rakonowo to dwie wsie czy też jedna, której nazwę zapisano w innej formie.

⁶ Visitatoris Archidiaconatus Wladislaviensis per Ven. Matthiam Dombrowski, Archidiaconum Crusviciensem factae visitationis an. 1598, decreta per Reverendissimum Anno 1599 mense Januario, Raciążli, [w:] MHDWI, t. 23, s. 111-112.

i zacierki z mąki jęczmiennej oraz dwie części nienaruszonego mięsa wieprzowego. Na święta Bożego Narodzenia, Zmartwychwstania, Zielonych Świątek oraz we wszystkie święta Najświętszej Marii Panny dodatkowo ćwierć mięsa wołowego i beczkę piwa na każdy miesiąc¹.

Wizytacja z roku 1594 odnośnie Kowala informuje, że szpital posiadał łąn pola zapisany przez urodzonego w Kowalu ojca Mikossek, proboszcza w Zgierzu. Prepozyt szpitala miał dziesięcinę, całe ziarno i nasiona ze wsi Pełczyce zapisaną niegdyś przez biskupa Jakuba z Sienna za zgodą kapituły. Przez wiele lat danina ta nie była wypłacana. W 1594 r. mógł ją uzyskać aczkolwiek z wielkim trudem².

W ciężkiej sytuacji byli biedni z Chodcza. W 1594 r. utrzymywali się jednie z jałmużny³. Informację tę potwierdza wizytacja z 1598 r., która wspomina, że biednym w tym mieście biskup przekazywał jałmużnę⁴.

Większe dary otrzymywał w 1598 r. szpital w Radziejowie. Biskup ofiarowywał rocznie temu hospicjum dwa półcie słoniny i dwie tłuste wieprzowiny, pół beczki soli, siemienia konopnego dwa metretesy⁵ i jedną beczkę kiszonej kapusty. Wszystkie dary pochodziły

¹ Anno Dni 1584 die 10 Aprili, [w:] MHDWI, t. 18, s. 88-89.

² Trium Decanatum: Niessoviensis, Radzieioviensis et Brestensis, per Rev. D. Lucam ab Unie-iow, Archidiaconum Wladislaviensem, In Anno Dni 1594 facta. Visitatio, [w:] MHDWI, t. 23, s. 49.

³ Trium Decanatum... In Anno Dni 1594 facta, [w:] MHDWI, t. 23, s. 53.

⁴ Visitatoris Archidiaconatus Wladislaviensis... factae visitationis an. 1598, [w:] MHDWI, t. 23, s. 118.

⁵ Była to miara płynów. Jeden metretes wynosił około 39 litrów.

z klucza raciążeckiego¹.

Również szpital izbicki otrzymywał od biskupa więcej darów niż przeciętny dom ubogich. Zgodnie z danymi wizytacji z 1598 roku z klucza lubotyńskiego mieszkańcy szpitala otrzymywali rocznie żywność i pieniądze. Na produkty żywnościowe składały się połów słoniny, korzec papki jęczmiennej, korzec grochu, pół wołu² i beczka piwa. Poza tym dostawali pieniądze w kwocie 18 groszy na zakup korca pszenicy, 22 na zakup kapusty oraz 16 na warzywa. Jednak w czasie przeprowadzenia wizytacji na potrzeby szpitala nic jeszcze nie zostało zebrane³.

Skąpe są informacje dotyczące szpitala w Raciążku w 1584 r.. Jedyna informacja stwierdza, że biskup daje biednym co tydzień korzec mąki⁴. Lepiej pod tym względem wyglądał rok 1598. Według tej wizytacji hospicjum corocznie uzyskiwało 10 metretesów żyta i niejedyn innych zbóż. Jednak, tak samo, jak w przypadku szpitala izbickiego, w trakcie wizytacji stwierdzono, że w bieżącym roku darów tych jeszcze nie przekazano⁵.

¹ *Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598*, [w:] MHDWI, t. 20, s. 149-150; *Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598. Quasi corrigens raeteritas Visitationes*, Rev. D. Lucae ab Uniejów Archid. Wład., [w:] MHDWI, t. 21, s. 16-17.

² W opisie szpitala izbickiego w tomie 20 MHDWI istnieje informacja o przekazywaniu pół wołu, natomiast w tomie 21 podano informacje o przekazywaniu ćwierci wołu.

³ *Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598*, [w:] MHDWI, t. 20, s. 150; *Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598*, [w:] MHDWI, t. 21, s. 57-58.

⁴ *Visitatio ecclasiae parochialis Niessoviensis, Collationis Regiae, anno 1584 die 14 Aprilis*, [w:] MHDWI, t. 19, s. 70.

⁵ *Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598*, [w:] MHDWI, t. 20, s. 151; *Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598*, [w:] MHDWI, t. 21, s. 144.

Pożywienie od biskupa dostarczano także nieszawskiemu hospicjum. Było to rocznie 10 metretesów¹ żyta, 2 jęczmienia, 1 pszenicy, półtora grochu, ciele i beczkę piwa. Jednak w roku przeprowadzenia wizytacji szpital nie otrzymał jeszcze tych produktów².

Przedstawiciele Kościoła przekazywali pieniądze szpitalom nie tylko z legatów, ale niekiedy i z czynszu. Przykładem było miasto Przedecz. Według wizytacji z 1594 roku hospicjum w tym mieście posiadało pole, którego dzierżawcą był proboszcz przeddecki. Z tego tytułu wypłacał opiekunom szpitala czynsz w wysokości dwóch grzywien³.

Nie wszędzie jednak ludzie związani z Kościołem wzorowo spełniali swe powinności. Taką sytuację opisuje wizytacja z 1598 roku, w której upomina się wiktryków, by pieniędzy z jałmużny nie wydawali na wosk i wino dla kościoła parafialnego, lecz by były oddawane szpitalowi⁴.

Ludzie Kościoła jako opiekunowie i prowizorzy

Przedstawiciele kleru, czy też ludzie związanych z Kościołem spotyka się także na stanowiskach opiekunów lub zarządców szpita-

¹ W tomie 20 mowa jest o 10 metresach, zaś w tomie 21 o 10 skrzyniach.

² *Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598*, [w:] MHDW1, t. 20, s. 151; *Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598*, [w:] MHDW1, t. 21, s. 126.

³ *Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598*, [w:] MHDW1, t. 20, s. 116, 149.

⁴ *Visitoris Archidiaconatus Wladislaviensis ... an. 1598*, [w:] MHDW1, t. 23, s. 111-112.

li. Z taką sytuacją spotkać się można w Choczcu, w roku 1584. Według niej opiekę nad szpitalem sprawują wityrcy z proboszczem¹.

Podobna sytuacja miała miejsce w Raciążku. Wizytacja z 1584 podaje, że opiekę nad biednymi sprawował proboszcz². Informację tę potwierdza wizytacja z 1598 roku. Obie wizytacje różnią się tym, że ta późniejsza stwierdza, iż oprócz proboszcza opiekunami byli także wityrcy³. Wityrcy byli także opiekunami szpitala w Służewie. Jednak, jak podaje wizytacja 1582 roku funkcję tę sprawował z nimi nie proboszcz, lecz wójt⁴. Podobna sytuacja miała miejsce w roku 1598 w Brdowie, gdzie opiekunami byli Jakub Nasiegniewski wójt brdowski i wityrcy Albert Sulich i Wronka⁵. W szpitalu izbickim funkcję tę pełnił mieszczanin izbicki Grzegorz Mazurek oraz pleban z wityrkami⁶.

Zdarzało się także, że opiekę nad szpitalem sprawował zakon. Wizytacja z 1584 roku informuje, szpital znajdujący się poza murami miasta był niegdyś w rękach Krzyżaków⁷. W czasie wizytacji prepozytem był pan Pstrokoński, który jednak tam nie rezydował⁸.

¹ Visitatio decanatus ruralis brzestensis per honorab. Petrum Silvestrium et D. Albertum a Mława, Concionatorem ac Commendarium Ecclesiae Brzestensis, Visitatores a Reverendissimo Dno Episcopo Wladislaviensi deputatom, facta Anno Dni 1584., [w:] MHDWI, t. 22, s. 37.

² Visitatio Ecclesiarum In Dekanatu Raciąsiensi, ac nomenclatura oppidorum ac villarum ad eundem spectantium. Anno Domini 1584, w: MHDWI, t. 22, s. 70.

³ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 143.

⁴ Visitationes Ecclesiarum parochialium... facta 1582, [w:] MHDWI, t. 19, s. 60.

⁵ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 45.

⁶ Ibidem, s. 57.

⁷ Chodzi tu o włoski zakon zajmujący się opieką nad chorymi. Istniał w latach 1169 – 1656. Zakonnicy nosili podwójny krzyż.

⁸ Visitatio Ecclesiae parochialis Brestensis (an. 1584), w: MHDWI, t. 19, s. 98.

We Włocławku w 1584 roku opiekunami szpitala byli Andrzej Wieniec, wikary włocławski i Marcin Glab (Głab), mieszczanin włocławski. Wiadomo, że obaj zaniedbywali swe obowiązki¹.

Najwięcej informacji posiadamy odnośnie Radziejowa. W 1598 roku szpital w tym mieście powinien posiadać dwóch opiekunów. W czasie przeprowadzenia wizytacji był tylko jeden, niejaki Chorodul. Drugi zmarł, a proboszcz nie wyznaczył jego następcy². Prowizorów w liczbie dwóch – wyznaczano z rady miasta. Ich obowiązkiem było dbanie o wszystkie sprawy finansowe szpitala oraz składanie rocznych sprawozdań ze swojej działalności zarówno proboszczowi, jak i rajcom. Te same osoby miały pełnić funkcję kuratorów³. Szpital był niegdyś prepozyturą, jednakże został przekazany mansjonarzom kościoła parafialnego⁴.

Opieka duchowa

Najwięcej informacji spotyka się przy opiece kleru nad życiem duchowym ubogich. Dużą wagę przykładano także do posiadania przez hospicja kaplic. Spotkać je można było przy większości szpitali. Trudno się jednak dziwić takiemu stanowi rzeczy, gdyż to właśnie od posiadania kaplic w dużej mierze zależało spełnianie przez biednych obowiązków religijnych.

¹ Anno Dni 1584 die 10 Aprilis, [w:] MHDW1, t. 18, s. 86, 88.

² Visitaciones Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis...Annus Domini 1598, [w:] MHDW1, t. 20, s. 150.

³ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDW1, t. 21, s. 16.

⁴ Ibidem, s. 17.

Z wizytacji przeprowadzonej w 1577 roku nie wynika czy szpital przedecki posiadał kaplicę. Jednakże, że znajdował się on koło kościoła pod wezwaniem św. Katarzyny¹. Jest więc wielce prawdopodobne, że właśnie tam biedni wykonywali swe religijne obowiązki.

Według wizytacji parafii brzeskiej z 1584 roku szpital brzeski znajdujący się poza miastem posiadał niegdyś kościół, jednak ten spalił się 25 lat przed wizytacją². W defektach z wizytacji generalnej z tego roku znajduje się informacja nakazująca prepozytowi szpitalnemu, niejakiemu Begeliusowi odbudowanie kościoła. Otrzymał on także polecenie przekazania swoich obowiązków innemu kapłanowi, który wypowiada biednych i udzieli im sakramentów³. Jednocześnie dzięki wizytacji z 1598 roku wiadomo, że jedno z hospicjów w Brześciu posiadało własną kaplicę i cmentarz otoczony płotem⁴. Jednocześnie wizytator nakazuje troskę o sprzęt kościelny do kaplicy⁵.

Najwięcej informacji posiadamy o szpitalu radziejowskim. Według wizytacji z 1584 roku hospicjum to posiadało małą, drewnianą kaplicę. Mimo, że nie była ona konsekrowana, za zgodą biskupa

¹ *Visitatio ecclesiarum in Archidiaconatu Dioecesis Wladislaviensis consistentium, per Rdum in Christo Patrem et Dominum Dnum Stanislaum Karnkowski, Dei et Apost. Sedis Gratia Episcopum Wladislaviensem et Pomeraniae, adhibilo publico Notario nobili Petro Goiski, facta sub Anno Dni 1577 in principio mensis Septembris incoepa, w: Monumenta Historica Dieceoseos Wladislaviensis, t. 17, Włocławek 1899, s. 46.*

² *Visitatio Ecclesiae parochialis Brestensis (an. 1584), w: MHDWI, t. 19, s. 98*

³ *Defectus atque exorbitantiae ex Visitatione generali anni 1584 per Ill. Et Rev. Dnum D. Hieronymum Rozdrażewskim, Dei et Apl. Sedis Gratia Episcopum Wladislaviensem deprehense, atque forum ratio et remedia ab ipsomet Reverendissimo annotata, w: MHDWI., t. 22, s. 168.*

⁴ *Visitaciones Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis... Annus Domini 1598, [w:] MHDWI, t. 20, s. 18.*

⁵ *Visitatoris Archidiaconatus Wladislaviensis... factae visitationis an. 1598, [w:] MHDWI, t. 23, s. 112.*

można tam było celebrować msze, jednak z powodu nieobecności kapłana na msze chodzono do kościoła. Biedni z Radziejowa żyli przyzwoicie, co jak zaznaczył wizytator spowodowane było wiekiem i kalectwem mieszkańców szpitala¹. W 1598 roku sytuacja wyglądała już inaczej. Wiadomo, że w tym roku szpital w Radziejowie posiadał konsekrowaną już kaplicę pod wezwaniem św. Ducha. Posiadała ona drewniany ołtarz z portatyłem, dwa świeczniki oraz obrazek ze świętymi relikwiami. Oczywiście na jej wyposażeniu znajdowało się także tabernakulum, jednak nie przechowywano w nim ani eucharystii ani wody święconej. W kaplicy odbywały się msze dwa razy w tygodniu z zastrzeżeniem jednak, że nie droga do kaplicy nie była błotnista. Z tą samą częstotliwością odbywały się litanie². Udzielano także sakramentu chorym. Ewangelie czytano im po polsku. Jednak w kaplicy nie było kazań. W celu ich wysłuchania biedni musieli udać się do kościoła parafialnego³. Z tego powodu w dekretach powizytacyjnych wspomnianej wizytacji nakazano przeprowadzanie kazań w szpitalu dla chorych, którzy nie mogą udać się do kościoła⁴.

Wzmiankę o kaplicy spotyka się odnośnie szpitala nieszawskiego. Kaplica była pod wezwaniem św. Adalberta, jednak nie konsekrowano jej. Już w 1584 roku była opuszczona i od trzech lat nie

¹ Anno instanrate salutis 1584, die vero 4 Novembris, ex mandato Rmi Dmi D. Hieronymi a Rozdrażew colitis, Dei gratia episcopi Wladislaviensis et Pomeraniae, Decanatus Radzieioviensis Ecclesias lustrare et visitare coepi, w: Monumenta Historica Dioeceseos Wladislaviensis, t. 22, s. 105-106.

² Prawdopodobnie biedni ich nie odmawiali lub robili to rzadko, gdyż w dekretach powizytacyjnych nakazuje się by litanii nie odmawiali jedynie chłopcy ze szkoły, lecz także biedni; Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 215.

³ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 14-15.

⁴ Decreta Reverendissimi In Visitationem anni Domini 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 215.

odbywały się tam msze¹. O wiele lepsza sytuacja była w roku 1598. Wówczas szpital posiadał w kierunku drogi publicznej kaplicę z ołtarzem, zbudowaną za pomocą tzw. pruskiego muru. Pomimo faktu nie konsekrowania kaplicy z pozwolenia biskupa czasem przy ołtarzu celebrowało się mszę. Wiadomo także, że opiekun prosił o konsekrowanie kaplicy. Kaplica posiadała własne sprzęty liturgiczne. Znajdował się tam srebrny kielich z kamieniami, miejscami połączany, Mszał Rzymski, świeczniki. Ponadto na wyposażenie kaplicy składały się trzy obrusy kościelne, jeden obrus ołtarzowy, dwa korporały, zasłona i portatył. Kaplica posiadała dwa dzwony oraz jedną sygnaturkę. Biedni odmawiali codziennie Mszę św., częściej także się wyspowiadali i przyjmowali komunię, Litanię odmawiali dwa razy w tygodniu².

W przypadku Włocławka wiadomo, że hospicjum posiadało kaplicę, jednak nie odbywały się w niej żadne msze. Biedni wyspowiadali się dwa lub trzy razy w roku. Proboszcz z parafii św. Witalisa był zobowiązany dwa razy w tygodniu celebrować mszę, w piątki *Humiliavit*, zaś w soboty o Najświętszej Marii Pannie. Problemem było to, że zaniedbywał swoje obowiązki. Mimo tego pobierał wynagrodzenie z Kapituły w wysokości czterech florenów³.

¹ Visitatio ecclesiae parochialis Niessoviensis... anno 1584 die 14 Aprilis, [w:] MHDWI, t. 19, s. 91.

² Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 125-126.

³ Anno Dni 1584 die 10 Aprilis, [w:] MHDWI, t. 18, s. 88-89.

W defektach z wizytacji z 1584 roku stwierdzono, że proboszcz ma wykonywać swoje obowiązki względem biednych. W przeciwnym razie będzie ukarany kwota czterech florenów¹.

Według wizytacji Kowala z 1594 roku biedni wyspiewali się i przyjmowali komunię oraz nie zaniedbywali żadnych obowiązków religijnych. W świetle słów prepozyta biedni się nie upijali, a sam prepozyt czuwał także czy nie poświęcają się klótniom czy niezgodom².

Ta sama wizytacja informuje o nie konsekrowanej kaplicy szpitalnej w Brdowie. Wiadomo także, że biedni z tego szpitala rzadko się wyspiewali i przyjmowali komunię, a litanii nie odmawiali. Żyli także wbrew prawom. Jednak ani przeor ani konwent nie chcieli wziąć na siebie odpowiedzialności za opiekę nad biednymi, tłumacząc, że to nie jest dla nich, ani nigdy nie należało do ich obowiązków³. Problem ten rozwiązuje dekret powizytacyjny powierzający opiekę nad szpitalem przeorowi konwentu brzeskiego⁴.

W przypadku szpitala izbickiego znaleźć można informację o nieposiadaniu przez niego kaplicy oraz braku jakichkolwiek zapisów na jej wybudowanie. Wiadomo także, że biedni uczęszczali do świątyni oraz żyli przyzwoicie co, jak w przypadku biednych z Radziejowa, wynikało z ich wieku i chorowości⁵. W 1598 roku szpital w Izbicy nie posiadał własnej kaplicy aczkolwiek znajdował się blisko kościoła. Biedni wyspiewali się, przyjmowali komunię

¹ Defectus atque exorbitantiae... anni 1584, [w:] MHDWI, t. 22, s. 166.

² Trium Decanatum... In Anno Dni 1594 facta, [w:] MHDWI, t. 23, s. 49.

³ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 44-45.

⁴ Decreta Reverendissimi... anni Domini 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 218.

⁵ Anno instanrate salutis 1584, [w:] MHDWI, t. 22, s. 124.

oraz szczególnie w piątki odmawiali litanie. Choć w tym przypadku informacja nie jest ścisła, gdyż jednocześnie wizytator informuje, że litania nie jest mówiona¹. Więcej światła na tę sprawę rzuca dekret powizytacyjny, który nakazuje komendariuszowi, aby litanie wygłaszał także w środy². Prawdopodobnie więc była zbyt rzadko wygłaszana.

Podobnie sytuacja przedstawiała się w Raciążku. Nie ma żadnej informacji o istnieniu kaplicy. O życiu duchowym biednych wiadomo, że zaniedbywali litanie. Jednak mieli spisane prawa, których przestrzegali, ich obyczajowość nadzorował proboszcz³.

W przypadku Służewa także nie ma informacji odnośnie istnienia kaplicy. Jednak jest więcej informacji na temat życia biednych. Wiadomo, że mieli prawa ustanowione przez biskupa i praw tych przestrzegali. Biedni, którzy byli rozwiążli i rozpustni byli upominani. Także litanie były codziennie recytowane przez kapłanów lub kantorów. Częściej się także wyspowiadali i przyjmowali komunię. Na odgłos dzwonu wszyscy mieli obowiązek stawienia się w szpitalu i nie powinni go już opuszczać. Po wieczornym odmówieniu modlitwy powinni iść spać. Biedni mieli obowiązek dbania o cmentarz oraz pomagania podczas pogrzebów⁴.

¹ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 58.

² Decreta Reverendissimi... anni Domini 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 218.

³ Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598, [w:] MHDWI, t. 21, s. 144.

⁴ Ibidem, s. 157.

Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że fakt istnienia kaplic nie gwarantował jeszcze spełniania przez biednych religijnych obowiązków.

Przykładem tego był szpital lubieński. Według wizytacji z roku 1584 hospicjum posiadało kaplicę, jednakże była ona zamieszkaana przez biednych. Wizytacja podaje także informację o nakazie wyrzucenia ich z stamtąd, gdyż miejsce raz poświęcone nie może być używane do czynności związanych z profanum¹. Ta sama wizytacja wspomina o kaplicy szpitalnej w mieście Chodecz, w której jednak nie odbywały się żadne msze².

Z powyższych informacji wynika, że kler zajmował się zarówno sferą materialną, jak i duchową mieszkańców szpitali. Wynikało to po części z postanowień soboru w Trydencie, który obowiązek opieki nad szpitalami przeniósł na parafie. Oczywiście nie wszystko zawsze wyglądało w rzeczywistości tak, jak powinno. Dużo zależało od chęci i gospodarności ludzi związanych z Kościołem. Niemniej Kościół był instytucją, która obok szlachty i rad miast najwięcej robiła dla ubogich.

Streszczenie

Niniejsza praca dotyczy roli Kościoła w opiece nad chorymi i ubogimi w archidiakonacie wrocławskim pod koniec XVI w. Opisuje pomoc materialną kleru dla ubogich np. legaty czy jałmużny, osoby

¹ Visitatio decanatus ruralis... Anno Dni 1584, [w:] MHDWI, t. 22, s. 34.

² Ibidem, s. 37.

związane z Kościołem, które pełniły funkcję opiekunów szpitali, oraz kładzie duchowy mieszkańców hospicjów.

Piśmiennictwo

1. *Augustyniak U., Karpiński A.*: Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XVI – XVIII wieku (praca zbiorowa), Charitas, Warszawa 1999.
2. *Librowski S.*: Wizytacje diecezji wrocławskiej. Część 1, Lublin 1964.
3. Anno Dni 1584 die 10 Aprilis ad mandatum In Christo patris Rmi Dni Dni Hieronimi colitis a Rozdrażew Dei gratia Episcopi Wladislaviensis et Pomeraniae comparantes Rdi Honorabiles et Venerandi litteras provisionum et promotionum ad Ordines ostenderunta, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 18, Włocławek 1899.
4. Anno instanrate salutis 1584, die vero 4 Novembris, ex mandato Rmi Dmi D. Hieronymi a Rozdrażew colitis, Dei gratia episcopi Wladislaviensis et Pomeraniae, Decanatus Radzieiowiensis Ecclesias lustrare et visitare coepi, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 22, Włocławek 1903.
5. Decreta Reverendissimi In Visitationem anni Domini 1598, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 21, Włocławek 1901.
6. Defectus atque exorbitantiae ex Visitatione generali anni 1584 per Ill. Et Rev. Dnum D. Hieronymum Rozdrażewskim, Dei et Apl. Sedis Gratia Episcopum Wladislaviensem deprehense, atque forum ratio et remedia ab ipsomet Reverendissimo annotata, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 22, Włocławek 1903.
7. Trium Decanatum: Niessoviensis, Radzieiowiensis et Brestensis, per Rev. D. Lucam ab Uniejow, Archidiaconum Wladislaviensem, In Anno Dni 1594 facta. Visitatio, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 23, Włocławek 1907.
8. Visitatio decanatus ruralis brzestensis per honorab. Petrum Silvestrium et D. Albertum a Mława, Concionatorem ae Commendarium Ecclesiae Brzestensis, Visitatores a Reverendissimo Dno Episcopo Wladislaviensi deputatom, facta Anno Dni 1584, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 22, Włocławek 1903.
9. Visitatio Ecclesiae parochialis Brestensis (an. 1584), Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 19, Włocławek 1900.
10. Visitatio ecclesiae parochialis Niessoviensis, Collationis Regiae, anno 1584 die 14 Aprilis, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 19, Włocławek, 1900.
11. Visitatio Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis de Anno 1598. Quasi corrigens raeteritas Visitationes, Rev. D. Lucae ab Uniejów Archid. Wlad., Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 21, Włocławek 1901.
12. Visitatio ecclesiarum in Archidiaconatu Dioecesis Wladislaviensis consistentium, per Rdum in Christo Patrem et Dominum Dnum Stanislaum Karnkowski, Dei et Apost. Sedis Gratia Episcopum Wladislaviensem et Pomeraniae, adhibilo publico

Notario nobili Petro Goiski, facta sub Anno Dni 1577 in principio mensis Septembris incoepa, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 17, Włocławek 1899.

13. Visitatio Ecclesiarum in Dekanatu Raciąsiensi, ac nomenclatura oppidorum ac villarum ad eundem spectantium. Anno Domini 1584, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 22, Włocławek 1903.
14. Visitationes Ecclesiarum Dioecesis Wladislaviensis ex mandato Illmi ac Rev. Episcopi Hier. Rozdrażewski expeditae. Annus Domini 1598, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 20, Włocławek 1901.
15. Visitationes Ecclesiarum parochialium sub Epo Hier. Rozdrażewski, Visitatio archidiaconatus Wladislaviensis per Martinum Janitium Smitowitanum, delegatum Visitatorem, facta 1582 a., Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 19, Włocławek 1900.
16. Visitatoris Archidiaconatus Wladislaviensis per Ven. Matthiam Dombrowski, Archidiaconum Crusviciensem factae visitationis an. 1598, decreta per Reverendissimum Anno 1599 mense Januario, Raciązli, Monumenta Historica Dieceseos Wladislaviensis, t. 23, Włocławek 1907.

ROLA CZASOPISMA „ZDROWIE” W ROZWOJU MEDYCZYNY SZKOLNEJ W POLSCE PO PIERWSZEJ WOJNIE ŚWIATOWEJ

Andrzej Felchner

Instytut Nauk Pedagogicznych, Wydział Nauk Społecznych,
Filia Akademii Świętokrzyskiej w Piotrkowie Trybunalskim,
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski,
felchner@piotrkow.net.pl

Pojawienie się ponownie państwa polskiego było jedną z ważniejszych zmian, jakie zaszły na naszym kontynencie po „wielkiej wojnie” 1914-1918. Przed społeczeństwem odradzającej się, po ponad stuletniej niewoli Rzeczypospolitej stanęło wówczas wiele bardzo ważnych zadań, w tym między innymi stworzenie nowoczesnego, jednolitego systemu oświaty. W założeniach powinna ona zapewnić ogółowi ludności możliwość wszechstronnego kształcenia, a powstającemu państwu niezbędny dopływ dobrze wykształconych kadr we wszystkich dziedzinach życia. Odbudowę szkolnictwa polskiego i tworzenie struktur administracji zarówno centralnej, jak i regionalnej rozpoczęto przed końcem działań zbrojnych. Trzeciego stycznia 1918 r. dekretem Rady Regencyjnej utworzono na przykład Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (dalej:

MWRiOP), które nie zmieniając nazwy kontynuowało swoją działalność w niepodległej ojczyźnie przez cały okres międzywojenny ¹.

Pierwsze lata II Rzeczypospolitej to okres szczególnie ciężki dla ludności odbudowującego się państwa. Obok licznych konfliktów zbrojnych i ogólnego niedostatku panowało wówczas także wiele epidemii groźnych chorób zakaźnych, powodujących masową śmiertelność, również wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Ponadto stan higieny w najszerszym tego słowa pojęciu był na naszych ziemiach, poza nielicznymi wyjątkami, bardzo zły. Do tego dochodziły zniszczenia spowodowane działaniami i rekwizycjami wojennymi ². Dlatego też w omawianym okresie zarówno lekarze, jak i pedagodzy wiele uwagi poświęcali kwestiom stanu zdrowia uczniów i sprawom związanym z higieną oraz profilaktyką w dziedzinie zdrowotności, a więc problemom które określamy dziś nazwą medycyny szkolnej ³. Tym zagadnieniom, jeszcze w okresie I wojny światowej, a także

¹ L. Brzoza, *Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego* [w:] *Encyklopedia historii Drugiej Rzeczypospolitej*, red. A. Garlicki, Z. Landau, W. Roszkowski, P. Stawicki, J. Tomaszewski, Warszawa 1999 r., s. 232.

² Szerzej na ten temat między innymi w pracach naukowych i opracowaniach: *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964 r., *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918-1938*, Warszawa 1939 r., A. Felchner, *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 r., E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924*, Wrocław 1999 r.

³ Współczesna encyklopedia tak ją określa: [...] *dziedzina medycyny, której celem jest zapewnienie wychowania zdrowego, prawidłowo fiz. i psych. rozwiniętego młodego pokolenia przez lek. działalność profilaktyczną i leczn. wśród młodzieży szkolnej. Działalność profilaktyczna obejmuje okresowe i kontrolne badania lek., szczepienia zapobiegawcze oraz oświatę sanitarną na terenie szkoły. Działalność leczn. polega na udzielaniu doraźnej pomocy ogólnolek. w zachorowaniach i wypadkach, świadczeniu pomocy stomatologicznej oraz kierowaniu na badania i leczenie w poradniach specjalistycznych [...]*, *Mala encyklopedia medycyny*, T. II, wyd. IV, Warszawa 1988 r., s. 649.

bezpośrednio po jej zakończeniu poświęcano wiele publikacji. Można tutaj na przykład wspomnieć opracowania Matyldy Biehlerowej, Teodora Drabczyka, Stefana Karp-Rottermunda, czy zwłaszcza Stanisława Kopczyńskiego. To oczywiście tylko niektórzy autorzy piszący w owych latach o tym bardzo ważnym społecznie problemie ¹.

Czasopismem, gdzie zamieszczano materiały poświęcone medycynie szkolnej było „Zdrowie” - wówczas, po I wojnie światowej, organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Jego redaktorem był dr Józef Polak, a później dr Marcin Kacprzak. W skład Komitetu Redakcyjnego wchodził zarówno wybitni lekarze z różnych ośrodków w całej Polsce, jak i przedstawiciele innych zawodów. Wszystkich ich łączyła wspólna troska o podniesienie poziomu higieny i zdrowotności w naszym kraju ².

¹ Niniejsze doniesienie naukowe nie ma na celu przedstawienie całego dorobku z tej dziedziny medycyny. Piśmiennictwo z okresu pierwszych kilkudziesięciu lat XX wieku (do 1939 r.) jest tak obfite, że jego szczegółowe omówienie wymaga odrębnej, dużej publikacji, lub dużego podrzdziału w ewentualnej monografii. Dla zilustrowania zagadnienia można tutaj podać następujące opracowania: M. Biehler, *Opieka higieniczno-lekarska oraz wykład higieny w szkole średniej u nas i na zachodzie. (Rzecz czytana na posiedzeniu plenarnym Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w dniu 2 marca 1917 roku)*, Warszawa 1917 r., T. Drabczyk, *Stanowisko lekarza szkolnego wobec zagadnień higieniczno-pedagogicznych*, Warszawa 1916 r. (tekst powstał jeszcze we wrześniu 1914 r.), *Higiena szkolna. Podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych*, red. S. Kopczyński, Warszawa 1921 r., S. Kopczyński, *Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami (Podług wykładów dla kandydatów na lekarzy powiatowych wygłoszonych w Warszawie w grudniu 1917 r.)*, wyd. II, Warszawa 1919 r., *Projekt wprowadzenia powszechnego lekarskiego dozoru szkolnego w Królestwie Polskiem oraz zbiór regulaminów sekcji. Zaakceptowany przez Sekcję Higieny Szkolnej Wydziału Szkolnego Magistratu stoł. m. Warszawy*, opr. S. Karp-Rottermund, Warszawa 1917 r. Warto tu dodać iż biografię S. Kopczyńskiego opracował M. Demel, *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora St. Kopczyńskiego 1873-1933-1973*, Warszawa 1972 r.

² W tej krótkiej z konieczności publikacji ograniczam się tylko do tego tytułu, celowo nie prezentując materiałów ze „Zdrowia Publicznego”, będącego od roku 1934 kontynuatorem tego czasopisma.

Na łamach wspomnianego periodyku publikowano wiele doniesień dotyczących organizacji medycyny szkolnej. Jeden z ważniejszych artykułów zamieścił w roku 1927 S. Kopczyński¹, pełniący przez szereg lat stanowisko naczelnego wizytatora higieny szkolnej i wychowania fizycznego w MWRiOP, a więc będący osobą najlepiej zorientowaną. Autor dokonał w nim podsumowania dotychczasowych osiągnięć w tej dziedzinie. Na wstępie zaprezentował ówczesny stan prawny, omawiając najważniejsze akty normatywne wydane przez ministerstwo. Poinformował również, że na zaproszenie Ligi Narodów i fundacji Rockefellera, jako oficjalny reprezentant naszego kraju, brał udział w roku 1924, razem z przedstawicielami innych państw, w podróży służbowej, zapoznając się [...] ze *stanem opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami w Anglii, Belgii, Holandii* [...]². W dalszej części autor przedstawił dotychczasową organizację medycyny szkolnej w naszym kraju w połowie roku 1925. Dużą część wspomnianego artykułu zajmuje omówienie stanu zdrowotnego uczniów, ilustrowane licznymi danymi epidemiologicznymi³. Istotny jest również fragment zatytułowany *literatura higieniczno-szkolna*, zawierający najważniejsze publikacje ogłoszone drukiem w latach 1918-1927, a rozproszone po różnych czasopismach, często o małych nakładach i ukazujących się krótko⁴. Na zakończenie podano tematy referatów wygłoszonych przez niektórych lekarzy szkolnych

¹ S. Kopczyński, *Stan higieny szkolnej w szkołach Rzeczypospolitej za rok 1924 i 1925*, „Zdrowie”, 1927 r., nr 4.

² Tamże, s. 168.

³ Tamże, s. 168-176.

⁴ Tamże, s. 176-180.

oraz nazwiska laureatów nagród. Treść wspomnianej publikacji niejako uzupełniają dane ankietowe dotyczące stanu ówczesnego sportu szkolnego, znajdujące się tuż po niej i spełniające rolę jakby załącznika ¹. W sumie dzięki tym obydwu doniesieniom naukowym mamy w sposób kompleksowy zaprezentowany poziom medycyny szkolnej po blisko dziesięciu latach od uzyskania niepodległości. Dramatycznym uzupełnieniem publikacji S. Kopczyńskiego jest niewielki artykuł M. Kacprzaka z końca 1931 r. ukazujący olbrzymie trudności, na jakie napotykała medycyna szkolna w latach panującego wówczas w naszym kraju wielkiego kryzysu ekonomicznego. Pociuszającym było według autora to, że [...] *lekarze i dentyści szkolni przeniesieni w stan nieczynny [...] prawie wszyscy samorzutnie [...] chodzą nadal do szkół* [...] ².

Powyższe publikacje były uzupełniane przez doniesienia obejmujące węższe kwestie. Przykładowo: Kazimierz Dietrich przedstawił spostrzeżenia dotyczące stanu szkół powszechnych powiatu lubelskiego w roku 1923, Karol Mitkiewicz omówił poziom higieny i sportu szkolnego w placówkach oświatowych okręgu warszawskiego (w latach 1922-1928), a Feliks Wasilewski w listopadzie 1931 r. zaprezentował uwagi dotyczące ówczesnej opieki higieniczno-lekarskiej w wileńskich szkołach powszechnych. Ponadto łódzki pediatra Tadeusz Mogilnicki opublikował własne refleksje poświęcone

¹ Tamże, s. 184-200.

² M. Kacprzak, artykuł redakcyjny zamieszczony na początku numeru 17 z I X 1931 r., s. 974.

opiece sprawowanej nad dziećmi w Wiedniu na przełomie roku 1931/1932¹.

Na łamach „Zdrowia” publikowano również niektóre okólniki MWRiOP² oraz sprawozdania i komunikaty dotyczące różnej problematyki związanej z medycyną szkolną³. O tym, jak ważne były to publikacje świadczy fakt opublikowania projektu dotyczącego utworzenia specjalnych gimnazjów w sanatoriach dla młodzieży szkolnej. Propozycje te zostały opracowane w MWRiOP jako odpowiedź na artykuł S. Kopczyńskiego *Szkoły-uzdrowiska*, zamieszczonego w „Oświacie i Wychowaniu” w roku 1930⁴.

Ze wspomnianych materiałów warto wspomnieć, iż na łamach „Zdrowia” zamieszczano bardzo ważne dla wszystkich interesujących się medycyną szkolną obszernie protokoły z zebrań lekarzy szkolnych, które odbywały się w Warszawie, w Wydziale Wychowania Fizycznego i Higieny Szkolnej MWRiOP, często pod przewodnictwem dr S. Kopczyńskiego. W obszernych, kilkunastu stronowych infor-

¹ K. Dietrich, *Spostrzeżenia dotyczące stanu szkół powszechnych powiatu lubelskiego*, „Zdrowie”, 1923 r., nr 12, K. Mitkiewicz, *Stan higieny i wychowania fizycznego w szkołach okręgu szkolnego warszawskiego (1922/23-1927/28)*, „Zdrowie”, 1930, nr 6, T. Mogilnicki, *Opieka nad dzieckiem w Wiedniu*, „Zdrowie”, 1932, nr 5-6, F. Wasilewski, *O opiece higieniczno-lekarskiej na terenie szkół powszechnych*, „Zdrowie”, 1931 r., nr 20.

² Na przykład okólnik *W sprawie kwalifikacji zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich*, „Zdrowie”, 1929 r., nr 1, czy inny, dotyczący konieczności zmiany obuwia w szkołach, „Zdrowie”, 1929 r., nr 8.

³ Można tu na przykład wymienić informację Mr. Gromskiego *P.A.K.P.D. (Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom)*, „Zdrowie”, 1926 r., nr 1, zestawienie K. Mitkiewicza *Stan higieny w szkołach okręgu szkolnego warszawskiego w roku szkolnym 1928/29 i 1929/30*, „Zdrowie”, 1930 r., nr 15, czy sprawozdanie Henryka Rudzińskiego *Praca organizacyjna w dziedzinie Zdrowotności Publicznej Wydziału Zdrowia Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego w roku 1930/1931 i najważniejsze zamierzenia na najbliższą przyszłość*, „Zdrowie”, 1932, nr 1-2.

⁴ *Gimnazja sanatoryjne. Tezy*, „Zdrowie”. 1933 r., nr 1-2.

macjach prezentowano bieżące sprawy, podawano terminy wraz z tematyką organizowanych zjazdów naukowych i szkoleniowych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Kwestie te mogły zainteresować wiele osób, nie tylko ze stolicy. Streszczano też referaty, które były prezentowane w części naukowej zebrania wraz z głosami w dyskusji. Na przykład inspektor szkolny Stanisław Bogdanowicz mówił o *Przeciążeniu w szkole na zasadzie ankiety* (badaniami objęto około 30 tysięcy uczniów w 156 różnych szkołach średnich, co pokazuje wielki zakres tych działań), dr Frūhaufalowa - *O kwalifikowaniu młodzieży szkolnej do obozów letnich wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego*, dr W. Goździcki - *O estetycznych walorach wychowawczych, zawartych w grach ruchowych i sporcie*, doc. dr Zdzisław Górecki - *O wydzieleniu wewnętrznym i jego znaczeniu w szczególności w okresie dojrzewania*, dr M. Grzywo-Dąbrowska - *Samobójstwa młodzieży szkolnej w Polsce w świetle ankiety*, dr Jan Kuchta - *Podstawy psychologiczne nowych programów szkolnych*, doc. dr W. H. Melanowski - *Wzrok a szkoła*, dr Michał Mendys, ówczesny Dyrektor Departamentu Szkolnictwa Ogólnego MWRiOP - *Ustrój szkolnictwa według projektu ustawy* (była to tak zwana reforma jędrzejewiczowska, wystąpienie wzbudziło wówczas ożywioną dyskusję), dr Janina Misiewiczówna - *Wyniki badań maturzystów warszawskich* (objęły one grupę 557 uczniów i były przeprowadzone w poradni przeciwgruźliczej), dr Karol Mitkiewicz - *Minimalny zakres pracy lekarza szkolnego w dobie obecnej* (w tym czasie, w latach wielkiego kryzysu, znacznie zredukowano etaty

przyznawane przez samorzady pracownikom szkolnej służby zdrowia), dr Piotrowska - *Psychologia indywidualna Adlera a higiena szkolna*, dr E. Reicher - *Zagadnienia kliniczne w zakresie wychowania fizycznego*, doc. dr Rutkowski - *Dziecko leniwe*, dr Aleksandra Stępowaska - *O zaburzeniach mowy u młodzieży w wieku szkolnym - jękaniu*, doc. dr Gustaw Szulc - *Żywnienie a odporność ustroju ucznia*¹. Jak widać tematyka była różna i dotyczyła bardzo ważnych problemów z wielu dziedzin medycyny, pedagogiki, psychologii, zapewne wzbudzała zainteresowania zarówno lekarzy jak i pedagogów, o czym świadczą liczne głosy w dyskusji. Sądzę, że ciekawe byłoby ewentualne porównanie większości prezentowanych ówczesnych badań (gdybyśmy dysponowali oryginalnymi pełnymi tekstami) z przeprowadzonymi obecnie, po 70-u czy 80-u latach.

Na łamach omawianego periodyku publikowano również komunikaty o kursach dokształcających z zakresu medycyny szkolnej organizowanych dla nauczycieli i lekarzy. Te pierwsze były przeprowadzane w okresie wakacji w stolicy, w Państwowej Szkole Higieny przy ul. Chocimskiej i trwały około trzech tygodni. Dokształcanie lekarzy szkolnych prowadzono także w Warszawie, w klinikach i katedrach teoretycznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, ale trwały nieco krócej. Z zamieszczanych informacji wszyscy zainteresowani mogli dowiedzieć się o wielu szczegółach,

¹ Tamże, numery 15 i 23 z 1930 r., 11-12 oraz 20 z 1931 r., nr 3-4, 11-12, 19-20 z 1932 r., 1-2, 3-4 z 1933 r. W niektórych zeszytach znajduje się więcej niż jedno omówienie.

a przede wszystkim o programie zajęć i kwestiach organizacyjnych na tyle wcześniej, by mieć czas na ewentualne wysłanie zgłoszenia¹.

Warto także wspomnieć o sprawozdaniach z różnych zjazdów oraz spotkań naukowych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. W roku 1923 omówiono na przykład międzynarodową wystawę higieniczną imienia Ludwika Pasteura, zorganizowaną w Strasburgu, na którą [...] *Ministerstwo Wyznań i Oświecenia posłało tablice ilustrujące działalność Sekcji Higieny Szkolnej: opieka lekarska w szkołach, pomoc dentystryczna oraz statystyczne dane, dotyczące chorób zakaźnych w szkołach średnich na obszarach Rzeczypospolitej* [...]

². W następnym roku ukazało się omówienie I Polskiego Kongresu Higieny Szkolnej i Wychowania Fizycznego, który odbył się w stolicy w dniach od 25 do 27 czerwca 1924 r., a w roku 1931 zamieszczono informacje o bardzo dobrze przyjętym polskim wystąpieniu na temat medycyny szkolnej na paryskim kongresie pedagogów szkół średnich³. Do ważnych sprawozdań należały doniesienia o działalności różnych organizacji wspierających działania lekarzy i higienistów szkolnych. Publikowano na przykład systematycznie obszernie, bardzo szczegółowe *Sprawozdania z działalności Ogrodów im. W. E.*

Rau'a czy też *Sprawozdania za rok* [...] *Komitetu Zarządzającego Instytutu Higieny Dziecięcej im. bar. de Lenvala*⁴.

¹ *Kursy dokształcenia sanitarnego dla nauczycielstwa szkół powszechnych*, „Zdrowie”, 1928 r., nr 6, *Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych*, „Zdrowie”, 1932 r., nr 11-12.

² Tamże, 1923 r., nr 10-11, s. 275.

³ Tamże, 1924 r., nr 2, 1931 r., nr 18.

⁴ Znajdują się one w wielu zeszytach, na przykład: 1928 r., nr 6, 1931 r., nr 11-12, czy 1932 r., nr 7-8.

W „Zdrowiu” zamieszczano również inne artykuły naukowe poświęcone medycynie szkolnej, recenzje i omówienia, a także różne inne drobne materiały.

Z artykułów naukowych można choćby wymienić publikacje dotyczące spraw szeroko pojętej higieny. I tak profesor Kazimierz Karaffa-Korbutt, ówczesny kierownik Zakładu Higieny Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie zamieścił na przykład w roku 1926 ważne doniesienie *O metodyce nauczania higieny w szkołach średnich*, postulując wyodrębnienie higieny z nauk przyrodniczych i wykładanie jej jako odrębnego przedmiotu [...] *2 godziny w przedostatniej lub ostatniej klasie kursu gimnazjalnego*. [dodając] *Na tę drogę już wstępują niektóre szkoły* [...] ¹. W programie nauczania według autora powinny się znaleźć kwestie statystyki sanitarnej, chorób zakaźnych, higieny: odżywiania, mieszkania, środowiska, pracy i szkoły ². Inny, wiążący się z tą tematyką problem omówił kilka lat później M. Kacprzak (*Propaganda higieny przez szkołę*) ilustrując poruszane zagadnienia licznymi przykładami z różnych krajów ³. Niemal w tym samym czasie profesor Paweł Gantkowski postulował, by nauczanie higieny rozpocząć w formie pogadarek już w szkole powszechnej, dodając na zakończenie: [...] *przyszłość Polski jest w rękach nauczyciela-Polaka mogącego i pod względem intelektu i pod względem zdrowia korzystnie urabiać przyszłe pokolenie Polski* [...] ⁴.

¹ „Zdrowie”, 1926 r., nr 9, s. 490.

² Tamże.

³ Tamże, 1929 r., nr 11.

⁴ Tamże, 1929 r., nr 12, s. 783.

Na łamach „Zdrowia” omawiano kwestie związane z jednym z najgroźniejszych, masowo wówczas występujących schorzeń - gruźlicą, również w kontekście medycyny szkolnej. Zwiąże problemy walki z tą nieuleczalną wtedy chorobą przedstawiła w roku 1927 redakcja czasopisma w komunikacie *Zwalczanie i zapobieganie gruźlicy wśród dzieci i młodzieży*¹. Kilka lat później, w roku 1933, ukazał się artykuł dr M. Skokowskiej-Rudolfowej *O roli kolonij leczniczych w zwalczaniu gruźlicy*. Z uwagi na małą liczbę prewentoriów oraz innych specjalistycznych placówek dla dzieci i młodzieży szkolnej cierpiących na tę chorobę autorka proponowała zorganizowanie dla nich specjalnych kolonii leczniczych [...] *jako czasowe prewentorium i postawić dla niej odpowiednie wymagania* [...] ². Mieli tam być wysyłani, nawet na trzy miesiące, uczniowie ze środowisk gruźliczych oraz ci, u których stwierdzano pewne niepokojące objawy (na przykład powiększone gruczoły zewnętrzne, i po przebytych zapaleniu płuc). Kolonie takie powinny być kierowane przez lekarzy, a cały porządek dnia uzależniony od stanu zdrowia młodych uczestników. Autorka wywody poparła własnymi pozytywnymi spostrzeżeniami i przykładami, wyniesionymi z dotychczas organizowanych takich obozów zdrowotnych ³.

Inną kwestią, która też znalazła swoje odbicie w publikacjach, była sprawa wychowania fizycznego i powiązania tych zagadnień ze stanem zdrowia oraz kondycją ogółu uczniów. W roku 1925 za-

¹ Tamże, 1927 r., nr 2.

² Tamże, 1933 r., nr 3-4, s. 133.

³ Tamże.

mieszczono na przykład referat dr Władysława Świętopęk-Zawadziego *Wychowanie fizyczne jako obowiązek społeczny*, wygłoszony w maju poprzedniego roku w Łucku na III Zjeździe lekarzy i miejskich działaczy sanitarnych. W zakończeniu autor stwierdził [...] *Im więcej boisk ćwiczebnych, tem mniej szpitali, sądów i więzień* [...] ¹, postulując jednocześnie rozwijanie masowego sportu w każdej miejscowości. Miało to być ważne również dla spraw obronności.

O stanie wychowania fizycznego w Łodzi w roku 1932, w mieście, gdzie gruźlica i inne choroby społeczne występowały szczególnie często, informował artykuł A. F. Kowalskiego. Podano w nim, że w roku 1929 powołano w ramach miejskiego Wydziału Zdrowotności Publicznej specjalny referat wychowania fizycznego, który rozpoczął aktywną działalność. Według autora [...] *Idzie tu o wielką rzecz, o to, aby odciągnąć dzieci i młodzież od wpływu ulicy, podwórz, z nad ścieków, śmietników i ustępów, a wprowadzić je na place zabaw, na boiska, do ogrodów, gdzie oprócz lepszego powietrza, prócz dobroczynnych promieni słonecznych zjawia się czynnik niezmiernie cenny - wychowawca czy wychowawczyni, kierując umiejętnie ruchami i zachowaniem się dziecka* [...] ². W omawianej publikacji w kilku tabelach pokazano rozwój tych form rekreacji uczniów, ubolewając jednocześnie, że zły stan finansów miejskich nie pozwalał na jeszcze intensywniejszy wzrost ilości placów zabaw i boisk. Z zagadnieniami wychowania fizycznego wiązał się także artykuł dr M. Biehlerowej

¹ Tamże, 1925 r., nr 1, s. 7.

² Tamże, 1933 r., nr 3-4, s. 136.

Rozwój fizyczny dziewcząt w okresie pokwitania a szkoła, który był wcześniej prezentowany na poznańskim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we wrześniu 1933 r. ¹.

Sporo miejsca w „Zdrowiu” zajmowało także omówienie różnych publikacji, w tym dotyczących medycyny szkolnej. Szczególnie ważne były informacje o artykułach ukazujących się w innych krajach. Dość dużo prezentowanych było opracowań poświęconych sprawom organizacyjnym tej dziedziny medycyny. Dla przykładu w roku 1927 na kilku stronach zaprezentowano opublikowaną rok wcześniej w paryskim periodyku pracę L. Dufestela o ówczesnym stanie i poziomie opieki lekarskiej nad szkołami zarówno we Francji, jak i w innych krajach. W następnym numerze ukazało się doniesienie dr Legroux, także z naukowej prasy francuskiej, o tamtejszych Ośrodkach Higieny Szkolnej ². Dwa lata później, w roku 1929, zamieszczono omówienie pracy, która wyszła spod pióra dr L. Gerot, i dotyczyła roli pielęgniarki szkolnej. W tym samym roku, kilka miesięcy później, zrecenzowano artykuł dr H. Kellera o rozwoju higieny szkolnej w Wiedniu ³. Omawiano również zagraniczne doniesienia o innej tematyce. W roku 1927 przybliżono polskim czytelnikom francuską publikację prezentującą aktualną wówczas i w naszym kraju kwestię wszawicy w szkołach powszechnych. Pięć lat później szczegółowo przedstawiono artykuł z prasy niemieckiej o wynikach badań lekarskich dzieci szkolnych w Prusach, ilustrując go danymi epide-

¹ Tamże, 1933 r., nr 21-22.

² Tamże, 1927 r., nr 2 i 3.

³ Tamże, 1929 r., nr 2 i 6.

miologicznymi, umożliwiającymi porównanie z ówczesną sytuacją na naszych ziemiach ¹.

Symbolicznym zakończeniem tematyki medycyny szkolnej w „Zdrowiu” był opublikowany w roku 1933 nekrolog jednego z jej twórców w naszym kraju doktora S. Kopczyńskiego. Napisano tam między innymi [...] *11 lipca r. b. zmarł ś. p. dr med. Stanisław Kopczyński, lekarz-neurolog, naczelny wizytator higieny szkolnej w Ministerstwie W.R. i O.P. [...] Ogrom prac wykonał ś. p. dr Kopczyński w umiłowanej dziedzinie: od samotnego prawie występu w 1900 r. na rzecz idei opieki higieniczno-lekarskiej w szkole do prawie stuprocentowego jej wcielenia w życie i to w takiej formie, która na Kongresie Pedagogicznym w Paryżu w r. 1931 zyskała opinię najlepiej postawionej nie tylko w Europie, ale na całym świecie [...]* ².

Dokonując przeglądu problematyki medycyny szkolnej na łamach omawianego periodyku można stwierdzić, iż przed 70-ciu czy 80-ciu laty odgrywał on doniosłą rolę w rozwoju tej ważnej dla ogółu społeczeństwa dziedziny życia. Lektura „Zdrowia” była wówczas niezbędna dla wszystkich, którym bliskie były kwestie rozwoju opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży szkolnej, zarówno przedstawicielom świata medycznego, jak i pedagogom, czy pracownikom administracji. Dziś, po wielu latach, zwłaszcza, gdy dużo dokumentów i materiałów zaginęło bezpowrotnie w czasie II wojny światowej, stanowi dla nas nieocenione źródło informacji. Wszyscy, którzy interesują się

¹ Tamże, 1927 r., nr 3, 1932 r., nr 21-22.

² Tamże, 1933 r., nr 17-18, 892-895, zamieszczono tam również zdjęcie zmarłego.

historią oświaty i wychowania oraz historią medycyny II Rzeczypospolitej w większym lub mniejszym stopniu powinni przeprowadzić kwerendę w tym czasopiśmie.

Streszczenie

W 1918 r., po odzyskaniu niepodległości, odbudowując oświatę, zaczęto też tworzyć nowoczesną medycynę szkolną. Bardzo ważną rolę odegrało czasopismo „Zdrowie”, w którym zamieszczano wiele artykułów i komunikatów z tej problematyki. Można je uznać za nieoficjalny organ lekarzy szkolnych i pedagogów zajmujących się tymi zagadnieniami.

WODA JAKO ŚRODEK HIGIENY I ELEMENT ZABOBONU U ARABÓW NA PODSTAWIE WYBRANYCH HADISÓW

Mirosława Felsmann, Mariusz Z. Felsmann*

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej,
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

*Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
UMK w Toruniu,
ul. Jagiellońska 13-15, 85-067 Bydgoszcz,
emzetef@wp.pl

Przeciętny przedstawiciel „świata zachodniego” postrzega Arabów jako ludzi zacofanych i niedbających o higienę, dodatkowo ten negatywny obraz potęgują media przedstawiając i ugruntowując w naszej świadomości obraz araba-terrorysty. Obcowanie z mieszkańcami krajów arabskich, szczególnie w ich własnym środowisku, obala ten negatywny stereotyp. Dbłość o higienę osobistą nakazana jest, bowiem Arabom przez religię od ponad tysiąca lat.

Półwysep Arabski był, podobnie jak dzisiaj, w czasach rodzenia się Islamu terenem ubogim w wodę, co wcale nie przeszkadzało miejscowej ludności dbać o higienę osobistą. Silne wpływy hellenistyczne na ten obszar sprawiały, iż już w początkowych wiekach naszej ery w miastach tego obszaru budowano wiele obiektów służących utrzymaniu higieny i dbałości o zdrowie (1, 4, 5, 8). Obecność tych obiektów ze zdziwieniem przyjmowali uczestnicy wypraw krzy-

zowych stykający się z nimi na początku drugiego tysiąclecia, szczególnie, że poza kąpielą, strzyżeniem, goleniem, depilacją i masażem umożliwiały też spotkania towarzyskie miejscowej społeczności (8, 9).

Zjednoczone przez Muhammada ibn Abd Allaha ibn Abd al-Muttaliba, znanego w naszym kręgu kulturowym jako Mahomet, plemiona Beduinów przyjmując nową religię zobowiązani byli przyjąć reguły Koranu (księgi objawionej) i żyć zgodnie z jej nakazami. Jakkolwiek księga ta jest dla Muzułmanów najwyższą świętością, to nie obejmuje wszystkich dziedzin życia doczesnego. Tę lukę wypełnia sunna, czyli ścieżka (albo tradycja) Proroka, będącą zbiorem jego wypowiedzi i opisem jego zachowań w określonych sytuacjach. Sunna jest wielkim zbiorem relacji tychże przypadków znanych jako hadis, a że Mahomet działał z Boskiego natchnienia jego czyny i słowa były dla wyznawców prawowierne (1, 2, 4).

Hadisy zaczęto spisywać jeszcze za życia Proroka Mahometa, jednak ich obecnie znane treści powstały wiele lat po jego śmierci. Nie dziwi, więc, że konkretne zdarzenie opisywane jest w poszczególnych hadisach nieco inaczej, czasem wręcz sprzecznie, nie dziwi to, kiedy uwzględnimy fakt wcześniejszego jedynie ustnego przekazu poszczególnych relacji przez pokolenia. Co więcej liczne podboje i zmiana funkcjonowania nowego państwa wymuszały wręcz dokonywanie „poprawek” wobec tradycji wyrosłej z życia koczowniczych Beduinów (1, 4). Spośród wielu badaczy hadisów, którym zawdzięczamy ich obecną formę, wymienić należy czterech (1, 2, 4, 6). Naj-

bardziej znanym i cenionym jest żyjący w IX wieku Al-Buchari (Abu Abdullah Muhammad ibn Ismil ibn Ibrahim Ibn al-Mughira al-Ja`fai) oraz jego uczeń Sahih Muslim (Abul Husain Muslim bin Hajjaj al-Nisapuri), którzy zebrali kilka tysięcy przekazów. Wspomnieć też trzeba o dwóch innych badaczach hadisów – żyjącego w VII wieku Malika (Malik Ibn Anas bin Malik ibn Abu Amir Al-Asbahi) oraz starszego o ponad sto lat Abu-Dawuda (Abu-Dawud Sulaiman ibn Al-Aash`ath All-Azdi as Sijistani) (1, 2, 4, 6).

Autorzy w większości przypadków korzystali ze zbioru tłumaczeń hadisów na język angielski dostępnych na stronach internetowych Uniwersytetu Południowej Kalifornii w Los Angeles (www.usc.edu/dept/MSA/fundamentals/hadithsunnah/bukhari/, [.../muslim/](http://www.usc.edu/dept/MSA/fundamentals/hadithsunnah/muslim/), [.../muwatta/](http://www.usc.edu/dept/MSA/fundamentals/hadithsunnah/muwatta/), [.../abudawud/](http://www.usc.edu/dept/MSA/fundamentals/hadithsunnah/abudawud/)). Zbiory wszystkich czterech autorów nie zachowały się w całości, mimo to w literaturze przyjęło się cytować poszczególne relacje z podaniem autora zbioru, numeru księgi i kolejnego numeru relacji (np.: Sahih Muslim, 24: 5250), wyjątek stanowią zapisy Buchariego, gdzie dodatkowo na pierwszym miejscu podaje się numer tomu (np. Al.-Buchari; 1, 9, 486). Należy zaznaczyć, iż każdy hadis (opowieść) składa się z dwóch części. Pierwsza to wykaz autorytetów, którym zawdzięczamy przekaz od Proroka do momentu zapisania, druga to sam przekaz Mahometa lub opis jego zachowania w danej sytuacji (1, 2).

Najprostszym, a zarazem najważniejszym sposobem dbania o higienę jest mycie i kąpiel. Sunna zawiera wiele opisów dotyczących

sposobu i kolejności dokonywania tych czynności, co więcej różnicują sposoby mycia w zależności od sytuacji. Jakkolwiek sam Mahomet na początku swojego dorosłego życia nie uznawał łaźni i częstego mycia, to w wielu hadisach znajdujemy nakazy świadczące o zmianie zachowań Proroka (5, 6).

„Dbajcie o czystość swojego ciała, a Bóg was oczyści. Z czystym człowiekiem śpi anioł w swoich szatach, który ani na chwilę nie przestaje modlić się do Boga: Boże przebacz grzechy mojemu słudze, bo spędza noc w czystości” (6).

W innym z nakazów znajdujemy bardziej praktyczną i przyziemną korzyść z dbałości o higienę osobistą

„Pierzcie ubrania, strzyżcie włosy, myjcie zęby, upiększajcie się i bądźcie czysti, bo żony Izraelczyków, którzy tego wszystkiego nie robili, cudzołożyły z innymi” (6).

Te ogólne przesłania powstałe w końcowym okresie pierwszego tysiąclecia naszej ery są szczególnie ważne, kiedy weźmie się pod uwagę dwa aspekty. Pierwszy to warunki geograficzne i klimatyczne Półwyspu Arabskiego, rejonu ubogiego w wodę, drugi to porównanie z nawykami higienicznymi ówczesnej Europy (1, 5, 8). Nawet, jeśli uwzględni się wpływy innych religii i kultur na powstanie Is-

lamu, należy przyznać, że wiele nawyków higienicznych wyznawców Allacha i dzisiaj można uznać za słuszne i uzasadnione naukowo.

Według Ibn Abbasa, którego cytował Ata bin Jasar, zgodnie z zaleceniami Mahometa ablucja powinna przebiegać według schematu: należy zaczerpnąć pełne dłonie wody i przepłukać nią jamę ustną, po czy wypluć wodę, następnie ponownie nabrawszy oburącz wodę przepłukać nią jamę nosową zaciągając ją przez nos, po czym wydmuchać wodę. Kolejnym etapem jest umycie twarzy wodą nabrałą w złożone dłonie i tarcie jej dłońmi, następnie należy umyć z zachowaniem kolejności prawe i lewe przedramię, po czym wilgotne dłonie wytrzeć o włosy przeciągając nimi kilka razy z góry w dół, na zakończenie należy splukać kolejno prawą i lewą stopę do wysokości kostek wodą nabieraną w złożone dłonie. (Al.-Buchari: 1, 4, 142; 1, 4, 183; 1, 4, 185; 1, 4, 186; 1, 4, 196; 1, 4, 198;). Według Sahih Muslima przedstawiony powyżej sposób mycia był ablucja rytualną, dokonywaną przed modlitwą. (Sahib Muslim: 002, 0436; 002, 0456; 002, 0475). Przedstawione w cytowanych powyżej przekazach czynności powinno się wykonywać dwu a nawet trzykrotnie (Al.-Buchari: 1, 4, 190; 1, 4, 191; 1, 5, 265), (Abu Dawud: 1, 0121). Istnieją też inne wersje kolejności rytualnej ablucji (Al.- Buchari: 1, 5, 257; 1, 5, 259, 7, 72, 750), (Sahih Mulim: 002, 0527; 003, 0620). Znamy i bardziej ogólne przykłady praktyk prowadzących do utrzymania higieny. W jednym z hadisów (Abu Dawid:1, 0052) znajdujemy nakaz strzyżenia wąsów, pielęgnacji brody, mycia zębów, szorowania palców, depilacji pach, golenia łona oraz mycia części intym-

nych po czynnościach fizjologicznych. Narrator tego przekazu na koniec dodaje – *Mogę zapomnieć namiotu, ale muszę wyplukać usta.* Istnieją przekazy dotyczące jedynie poszczególnych czynności podanych powyżej. Jedną z nich jest płukanie nosa za pomocą wciągania i wydmuchiwania wody bezpośrednio przez nozdrza (Al-Buchari; 1, 4, 162-163), (Sahih Muslim: 002, 0458), (Abu Dawud: 1, 0411). Podobnie rzecz ma się z myciem zębów, do którego używano pędów drzewa arakowego rośliny stanowiącej naturalną szczoteczkę do zębów zwaną „Siwak”. (Al-Buchari: 5, 59,722), (Abu Dawud: 1, 0055).

*„Muzułmanin ma obowiązek mycia głowy
i całego ciała co siedem dni” (6).*

Hadisy rozstrzygały nawet tak szczegółowe kwestie higieniczne jak mycie splecionych włosów przez kobiety, w tym przypadku Prorok pozwalał na ich mycie bez konieczności rozplatania (Sahih Muslim: 003, 0643). Dokładne naśladowanie przywódcy duchowego w czynnościach higienicznych miało tę zaletę, że prawowierny Muzułmanin nie musiał zastanawiać się dlaczego tak, a nie inaczej, ma się zachowywać podczas mycia, a myjąc się był chroniony przed roznoszeniem chociażby drobnoustrojów - tak licznych w wydalinach i wydzielinach (szczególnie w czasie rozwoju i trwania zakażeń). Jakkolwiek kolejność rytualnej ablucji nie jest „wynalazkiem” Mahometa, to ten nakaz religijny można uznać za poprawny sposób dba-

nia o higienę osobistą. Podobnie jak nakaz używania prawej ręki do jedzenia i picia, a lewej do mycia intymnych części ciała (5, 8).

*„Jedzcie, używając prawej ręki, pijcie, używając prawej ręki,
bieżcie prawą ręką i dawajcie prawą ręką” (6).*

Abu Quatada podaje, że Prorok zabraniał dotykania penisa podczas oddawania moczu prawą ręką i używania jej do mycia części intymnych (Al-Buchari: 1, 4, 156), w innym miejscu znajdujemy kompilację dwóch cytowanych powyżej nakazów i zakazów (Abu Dawud: 1, 0033). W wielu krajach arabskich nie używa się papieru toaletowego, a po defekacji i oddaniu moczu myje się miejsca intymne, i chociaż dzisiaj zachowania te są przyjętym sposobem dbałości o higienę, to w początkach Islamu były nakazem wypływającym z Sunny Proroka. Mogłoby się wydawać, że nie wynikały z potrzeby dbania o higienę, a ze strachu przed diabłem, który według ówczesnych wierzeń krył się w ludzkich wydalinach. Z drugiej jednak strony ówczesni lekarze znali przyczyny wielu chorób, potrafili je leczyć i zapobiegać im, co wynikało z wieloletnich obserwacji ich samych, jak też twórców medycyny hellenistycznej (8). Stąd też nakazów tych nie należy traktować li tylko jako część rytuału religijnego, bowiem nieznaną mikrobiologii nie pozwalała na poznanie przyczyn chorób zakaźnych i dlatego choroby te uznawano za sprawkę mocy piekielnych. Nie dziwi, więc kiedy Anas bin Malik wspomina z przejęciem jak to kiedy był chłopcem przynosił szklanekę wody Mahometo-

wi, kiedy ten wracał z medytacji, aby mógł umyć intymne części ciała (Al-Buchari: 1, 4, 152; 1, 4, 153; 1, 4, 154; 1, 4, 216). Abu Huraira natomiast podaje, że prorok podczas ablucji płukał nos, a następnie czyścił miejsca intymne przy pomocy licznych kamieni (Al-Buchari: 1, 4, 162; 1, 4, 163), o używaniu kamieni donosi inny hadis (Al-Buchari; 5, 58, 200). Jak wspomniano wcześniej dla Arabów żyjących w końcu pierwszego tysiąclecia wszelkie wydzieliny i wydaliny ludzkie były siedliskiem sił nieczystym nie dziwi, więc wiele regulacji dotyczących pozbywania się i neutralizacji tychże wydzielin i wydaliny. Prawowierny muzułmanin zobowiązany był po odbyciu stosunku seksualnego do dokonania ablucji takiej samej jak przed modlitwą, o czym możemy dowiedzieć się od Abu Said Al-Khud`a (Al-Buchari:1, 4, 180), oraz innycj narratorów, z żoną Mahometa włącznie, (Al-Buchari:1, 5, 248-249; 1, 5, 256; 1, 5, 272-273), (Sahih Muslim: 002, 0572; 002, 0639). Ślad po nasieniu z odzieży należało zmywać wodą do czasu jego zniknięcia. (Al-Buchari: 1, 4, 229; 1, 4, 231), (Sahih Mulim: 002, 0572). Podobnie należało najpierw usuwać krew menstruacyjną z odzieży, aby móc odbyć modlitwę. Według Asma' bin Abi Bakr`a plamy takie należało tak długo trzeć przy użyciu wody aż znikną z materiału. (Al.-Buchari:1, 4, 227; 1, 6, 304). Zapewne z obawy przed krwią menstruacyjną zabronione było branie do ablucji wody używanej wcześniej przez kobietę (Abu Dawud: 1, 0082). Natomiast woda morska była zawsze czysta i nadawała się do mycia (Abu Dawid: 1, 00830), (Malik Muawata: 2, 2.3.12).

*„Woda w morzu jest czysta i to, co w niej żyje, jest czyste.
Nawet martwe zwierzęta wyjęte z wody morskiej
można jeść”(6).*

Dosyć ciekawie przedstawia się sprawa usuwania śladów moczu z odzieży oraz oddawania go w miejscach kultu. Przewyczajeni do koczowniczego życia Beduini odwiedzając miasta oddawali mocz nawet w meczetach, zgodnie z naukami Proroka nie należało im w tym przeszkadzać tylko mocno zmyć urynę wodą. (Al-Buchari: 1, 4, 218-219; 1, 4, 221), (Sahih Muslim: 002, 0557). Sam jednak, o czym donosi Hakam Sufvan at-Thagaf (Abu Dawid:1, 0166), spluکیwał intymne części ciała po oddawaniu moczu. Zgodnie z hadisem będącym relacją Aiszy, żony Mahometa, (Al-Buchari: 1, 4, 222) wysłannik Allacha nie czynił problemów z poplamienia własnych szat przez siusiających chłopców, splukując zanieczyszczenia wodą. (Al-Buchari: 1, 4, 223; 7, 71, 596), (Sahih Muslim: 002, 0560), (Malik: 2, 2.31.111). Nieco inaczej przedstawiała się sprawa podczas poplamienia szat przez mocz dziewczynek, wtedy nie wystarczało samo splukanie, szaty należało uprać (Abu Dawud: 1, 0376; 1, 0379). Prawowierny muzułmanin nie powinien też oddawać moczu do wód stojących (Al-Buchari: 1, 4, 239), (Sahid Mulim:002, 0553). Niedopuszczalne jest też mycie się w wodzie stojącej, do której oddano mocz (Abu Dawud: 1, 0027; 1, 0070). Zakaz podyktowany jest obawą przed dostaniem się do człowieka diabła z zanieczyszczonej wody. (Abu Dawid: 1, 0027 w wersji Ahmad`a). Po śmierci człowieka,

zapewne z obawy przed siłami nieczystymi, jego zwłoki musiały zostać obmyte i namaszczone wonnościami (Al-Buchari: 2, 23, 357; 3, 29, 76; 7, 71, 621-622), (Sahih Muslim:007, 2746),

Arabowie zauważyli też właściwości lecznicze wody. Sądząc, iż gorączka pochodzi od mocy piekielnych Mahomet nakazywał jej gaszenia właśnie wodą (Al-Buchari: 4, 54, 483-486), (Sahih Muslim: 026, 5476-5480).

*„Gorączka pochodzi z ognia piekielnego,
więc schładzaj ją wodą” (2, 6).*

Podobnie sądzono, że woda jest najlepszym lekiem na choroby oczu. (Al-Buchari: 6, 60, 163; 7, 71, 609; 7, 71, 620). Wodą nakazywano zmywać krew z ciała rannych, ale nie polecano jej do przemywania ran bowiem potęgowało to krwotok, a ten tamowano popiołem ze spalonej słomy (Al-Buchari: 1, 4, 244; 4, 52, 152; 5, 59, 402)

Do ważnych dla zdrowia nakazów zawartych w Sunnie, a związanych bezpośrednio z wodą należą opisujące postępowanie z bukłakami do przechowywania wody pitnej. Jak podaje Jabir (Al-Buchari: 7, 69, 528; 8, 74, 311) Apostoł Allacha mówił:

„Kiedy idziesz spać zgaś lampę, zamknij drzwi, zasznuruj wylot bukłaka z wodą i przykryj żywność oraz napoje”.

Zabronione było też picie wprost z bukłaków' jak też zaginanie ich wylotów (Al-Buchari: 7, 69, 529-533). Nakazy owe miały bardzo praktyczne znaczenie, chociażby z powodu możliwości dostania się w tem miejsca niebezpiecznych zwierząt, jak chociażby skorpiony, czy skolopendry.

Wszystkich nakazy higieniczne związane z używaniem wody należało przestrzegać, aby uchronić się karą po śmierci. Zgodnie z narracją Muhammada Ibn Zivad`a Prorok przestrzegał: „...*Strzeżcie wasze pięty przed ogniem piekielnym*” (Al-Buchari; 1, 4, 166).

Wiele, jak nie większość, z cytowanych powyżej nakazów związanych z używaniem wody ma uzasadnienie praktyczne i chroni ludzi przed wieloma chorobami, tym samym można je uznać za przejaw wiedzy zdobytej przez ludność Półwyspu Arabskiego prawie półtora tysiąca lat temu i nie jest ważne, że przekazywano je w postaci nakazów religijnych, te bowiem najlepiej docierały do prostych ludzi. W tym miejscu warto dodać, iż już wtedy miejscowa ludność, a nawet ludy żyjące w tym rejonie świat przed nimi, potrafiła powiązać zachorowania ludzi na wścieklicznę z ukąszeniami przez psy (3, 7). Dlatego też naczynia polizane przez psy nakazywano myć siedmiokrotnie, w tym raz szorując je piaskiem (3). Na pustynnym i półpustynnym obszarze woda stanowiła o jakości życia, a nader często o jego istnieniu stąd też wśród nakazów religijnych Islamu znalazło się wiele wychwalających zachowania związane z dzieleniem się tym życiodajnym płynem oraz potępiające zachowywanie jej dla siebie

i odmawianie użyczenia bliźnim. W hadisach możemy znaleźć przykłady wybaczenia grzechów nawet prostytutkom kiedy te poły schorowane i umierające z pragnienia psy (Sahih Muslim: 026, 5578-5579). Należy tu zauważyć, iż pies jest zwierzęciem niezbyt pozytywnie postrzeganym przez Islam, a prostytutka należy do najbardziej grzesznych zachowań (3). Wody nie wolno było odmawiać potrzebującym, a jej nadmiar po zaspokojeniu potrzeb własnych musiał być bezpłatnie używany innym potrzebującym (Al-Buchari: 3, 40, 543-544; 3, 40. 547; 9, 86, 92), (Sahih Muslim: 010, 3798-3802; 032, 6357).

Woda oprócz swoich właściwości niezbędnych do życia i zachowania zdrowia stanowiła dla Arabów w okresie tworzenia przez Mahometa podstaw nowej religii także czynnik, który możemy zaliczyć do elementów magii i zabobonu. Jakże, bowiem inaczej zakwalifikować „uzdrowiające” właściwości wody wypluwanej przez Proroka wprost na twarze chorych dzieci. (Al-Buchari: 1, 3, 77; 1, 4, 188), czy też jeszcze bardziej obrzydliwy sposób leczenia i zapobiegania chorobom polegający na picu wody w której ablucji dokonywał sam Mahomet. (Al-Buchari:1, 4, 189; 4, 56, 741). Nieco mniej drastyczne było używanie do własnej ablucji wody pozostałej po ablucji samego Apostoła Allacha (Al-Buchari:1, 4, 187; 1, 9, 480) lub spryskiwanie taką wodą chorych (Al-Bucharii:1, 4, 193; 1, 8, 373). Według niektórych przekazów woda taka w miarę potrzeb ulegała „rozmnożeniu” (Al-Bucharii-1, 4, 194; 1, 4, 199). Do zachowań wynikających z nakazów religijnych, a niemających uzasadnienia praktycznego można

zaliczyć spór o szkodliwość picia wody na stojąco i odwoływanie się niektórych do picia wody przez proroka właśnie na stojąco. (Al-Buharii-7, 69,519) (Sahih Muskim:023, 5017; 023, 5023-5025). Podobnie, choć zasadnym w gorącym klimacie, nakaz picia wody małymi łykami, nie chroni przed chorobami wątroby (6).

„Pijcie wodę wolno drobnymi łykami, aby nie spowodować choroby wątroby”

Innym przesądem jest wyjątkowe dopuszczanie kobiet do opieki nad rannymi podczas wojny ograniczające się do pojenia ich oraz przemywania ran.(Sahih Muslim: 019, 4454).

Autorzy zdają sobie sprawę z przedstawienia jedynie niektórych aspektów związanych z wodą w świecie zasad religii stworzonej przez Mahometa, jednakże przedstawione przykłady ilustrują jak wielką wiedzę wynikającą z obserwacji posiadali ówcześni mieszkańcy Bliskiego Wschodu i jak bardzo wiedza ta oraz codzienne praktyki higieniczne różniły się od im podobnym w ówczesnej Europie. Mimo wielu błędów popełnianych w życiu codziennym przez ówczesnych Arabów należy z uznaniem spojrzeć na ich dokonania i wiedzę w zakresie leczenia, a w szczególności zapobiegania chorobom, szczególnie zakaźnym. Odniesienie do Arabów i to tych żyjących na przełomie pierwszego i drugiego tysiąclecia naszej ery jest o tyle ważne, że w okresie późniejszym, i obecnie, Islam obejmuje

tak wielkie obszary geograficzne i został przyjęty przez ludy o zróżnicowanych kulturach, że trudno oczekiwać, aby wszędzie tam gdzie religia ta jest wyznawana można było przejść wprost wszystkie jej zasady. Należy też zaznaczyć, iż wiele z zasad obowiązujących w zakresie higieny i medycyny przejęli od Arabów Europejczycy w okresie wojen krzyżowych.

Piśmiennictwo

1. *Danecki J.*: Arabowie, PIW, Warszawa 2001.
2. *Danecki J.*: Mahomet - Mądrości proroka, Wyd. Dialog, Warszawa 2000.
3. *Felsmann M. Z., Felsmann M., Szarek J.*: Stosunek ludności arabskiej do psów. *Medycyna Weterynaryjna* 2005, 61 (8).
4. *Gaudefroy-Demombynes M.*: Narodziny islamu. Wyd. PIW, Warszawa 1988.
5. *Hitti P. K.* Dzieje Arabów. Wyd. PWN, Warszawa 1969.
6. *Kozłowska J.* Mahomet – O małżeństwie, kupcach i dobrym wychowaniu (Wybór hadisów), Wyd. Dialog, Warszawa 1999.
7. *Milczarek S. A.*: Kultura łowiecka Islamu, Wyd. Dialog, Warszawa 2002.
8. *Rosheda R.*: Historia Nauki Arabskiej tom 3. Wyd. Dialog Warszawa 2005.
9. *Usama Ibn Munkidh*: Księga pouczających przykładów, Ossolineum, Wrocław 1975..

EWOLUCJA POSTĘPOWANIA W KONFLIKCIE SEROLOGICZNYM I CHOROBY HEMOLITYCZNEJ

Iwona Gałązka, Irena Caus – Wozniak,
Mariola Czajkowska, Katarzyna Leszczyńska,
Beata Naworska, Monika Mazurek

Zakład Propedeutyki Położnictwa,
Wydział Opieki Zdrowotnej,
Śląska Akademia Medycze w Katowicach,
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice

Według Robertsona pierwsza wzmianka o złocistym zabarwieniu płynu owodniowego pochodzi z 1878 roku. Pierwszy opis płodu z najcięższą postacią choroby hemolitycznej - obrzękiem uogólnionym pochodzi zaś z 1892 roku. Hipoteza, że niezgodność grupowa krwi pomiędzy matką i płodem może wywoływać objawy chorobowe, wypowiedziana została po raz pierwszy na I Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Warszawie w 1924 roku przez polskich badaczy Ludwika Hirszfelda i Henryka Zborowskiego, a następnie przez Darrowa w 1938 roku (1, 5).

Wykrycie przez Landsteinerja i Wienera w 1940 roku antygenu Rh, nazwanego później antygenem D z układu Rh, stało się podstawą do opracowania w rok później przez Levina modelu etiopatogenetycznego choroby hemolitycznej (1,5). W 1945 roku Coombs opracował metodykę wykrywania przeciwciał związanych z krwinkami czerwonymi

(1, 5). Nazwany jego nazwiskiem test laboratoryjny do dnia dzisiejszego jest wykorzystywany do oznaczania miana przeciwciał anty - D i stanowi pierwszy krok w rutynowej diagnostyce konfliktu serologicznego (1). W 1948 roku Wiener wykazał, że główną przyczyną immunizacji jest przeciek krwinek płodowych Rh dodatnich do krążenia matki (1, 5).

Sformułowanie podstaw patofizjologii konfliktu serologicznego umożliwiło podjęcie prób diagnostyki i terapii tej jednostki chorobowej. Do początku lat 40-tych XX wieku umieralność noworodków z chorobą hemolityczną sięgała 50 %, z czego połowa dzieci ginęła jeszcze wewnątrzmacicznie z powodu obrzęku uogólnionego, a druga połowa po urodzeniu ze względu na znaczny stopień żółtaczkę prowadząca do uszkodzenia jąder podstawy mózgu (kernicterus) (1). Pierwszy krok naprzód w terapii konfliktu serologicznego wykonał Wallerstein w 1945 roku. Przeprowadził on pierwszą udaną transfuzję wymienną u noworodka urodzonego o czasie w stanie dobrym, ale z ciężką postacią żółtaczki nieuchronnie prowadzącą do uszkodzenia jąder podkorowych i zgonu dziecka. Wprowadzenie leczenia noworodków transfuzjami wymiennymi pozwoliło na obniżenie wskaźnika umieralności do około 25 % (1).

Kolejnym osiągnięciem stało się opracowanie w 1957 roku przez Kleihauera i Betkę bardzo czułej metody barwienia krwinek. Dzięki możliwości zróżnicowania hemoglobiny płodowej (HbF) oraz hemoglobiny typowej dla ludzi dorosłych (HbA) rozrózono i określono wielkość przecieku płodowo - matczynego (1, 4, 5).

W 1958 roku Chown jako pierwszy wprowadził wcześniejsze ukończenie ciąży (pomiędzy 32, a 34 tygodniem ciąży) jako metodę leczenia konfliktu serologicznego i tym samym obniżył umieralność do około 16 %. Nie były to jednak proste decyzje, ponieważ z jednej strony problem stanowiło leczenie noworodka przedwcześnie urodzonego, a z drugiej wybór najwłaściwszego momentu ukończenia ciąży (1).

Wciąż poszukiwano nowych metod diagnostycznych w konflikcie serologicznym. W 1952 roku Bevis wykonał pierwszą amniopunkcję i stwierdził, że żółte zabarwienie płynu owodniowego pochodzi od produktów rozpadu bilirubiny. Wykazał związek między stężeniem bilirubinoïdów w płynie, a nasileniem choroby (1, 6).

Jednak przełomu w diagnostyce choroby hemolitycznej dokonał Liley. W 1961 roku opracował on metodę oceny nasilenia choroby na podstawie pomiarów gęstości optycznej płynu owodniowego przy długości fali 450 nm i na jej podstawie opracował tabelę prognostyczną, zwaną odtąd Skalą Liley'a (1, 5, 6).

Zastosowanie seryjnych amniopunkcji i oznaczeń gęstości optycznej płynu owodniowego doprowadziło do dalszej redukcji wskaźnika umieralności noworodków z chorobą hemolityczną do 13 % (1).

Momentem przełomowym w terapii konfliktu serologicznego było wykonanie przez Liley'a w 1963 roku pierwszej transfuzji wewnątrzmacicznej. Do wizualizacji płodu zastosował technikę opisaną przez Menessa w 1930 roku (5). W Polsce pierwsze transfuzje do-

otrzewnowe wg metody Liley'a rozpoczęto w 1968 roku w Poznaniu (H. Bręborowicz, Z. Słomko) oraz w 1969 roku w Warszawie (D. Łozińska) (1, 5).

W 1965 roku Adamson, Freda i wsp. wykonali transfuzję wymienianą do żyły wyłonionej kończyny płodu. W rok później Selen wykonał podobny zabieg do naczynia żylnego powierzchni płodowej łożyska z dostępu pozaowodniowego. Zespół Rodecka w 1981 roku opracował technikę wykonywania fetoskopowych transfuzji do naczyń płodowych (1, 5).

Pierwszą kordocentezę wykonał Bang w 1982 roku w Szwecji. Pod kontrolą ultrasonograficzną nakłuł on pępowinę w miejscu jej przyczepu wątrobowego (1). Wprowadzenie kordocentezy, jako rutynowego postępowania w diagnostyce i leczeniu choroby hemolitycznej płodu w konflikcie serologicznym, znacznie zmieniło postępowanie z ciężarnymi z tym powikłaniem ciąży (7). Kordocenteza jest zabiegiem stosowanym w celu uzyskania próbki krwi płodu do badań diagnostycznych lub zastosowania terapii wewnątrzmacicznej (2, 8, 9, 10). Dostęp do żyły pępowinowej jest możliwy od 18 - 20 tygodnia ciąży. W tym okresie można pobrać do badań około 2 ml krwi płodowej nie powodując znaczącego wpływu na morfologię płodu. W miarę wzrostu płodu nakłucie pępowiny staje się coraz łatwiejsze a ilość krwi, którą można bezpiecznie pobrać, coraz większa (8, 9). Możliwość nakłucia naczyń pępowinowych, pobrania krwi płodowej i podawania krwi bezpośrednio do krążenia płodowego zrewolucjonizowała diagnostykę i terapię choroby hemolitycznej płodu. Badanie serologiczne oraz ocena param-

trów morfologicznych i biochemicznych krwi płodu stanowią najprecyzyjniejszy sposób oceny rzeczywistego zagrożenia płodu chorobą hemolityczną. Możliwość wykonywania powtarzalnych, uzupełniających lub nawet wymiennych przetoczeń krwi bezpośrednio do naczyń płodu daje szansę na leczenie nawet tak ciężkich postaci choroby, jak obrzęk uogólniony, który jeszcze kilka lat temu był praktycznie wyrokiem dla płodu. Wprowadzenie donaczeniowej terapii wewnątrzmacicznej pozwoliło na uzyskanie doskonałych wyników leczenia - przeżycie ponad 90 % płodów i noworodków kwalifikujących się do leczenia wewnątrzmacicznego (3). Wśród autorów zajmujących się problematyką konfliktu serologicznego panuje w chwili obecnej zgodna opinia, że najsukcesywniejszą metodą leczenia ciężkiej postaci choroby hemolitycznej płodu są wewnątrzmaciczne transfuzje donaczeniowe, uzupełnione w przypadkach powikłanych obrzękiem uogólnionym przetoczeniem 20 % roztworu albumin (11). W 1988 roku Berkowitz jako pierwszy wprowadził do terapii choroby hemolitycznej płodu suplementację albuminami (1).

W 1961 roku Finn, Clark, Woodrow, zwani później grupą z Liverpoolu, opublikowali pierwsze wyniki badań nad zapobieganiem immunizacji antygenami układu Rh. Podobne badania podjęli w 1961 roku na Uniwersytecie Columbia Freda, Corman i Pollac. Zostały one opublikowane w 1963 roku (4, 5).

Rozwinęła się część wiedzy o konflikcie serologicznym, służąca jego zapobieganiu, zwana immunoprofilaktyką. Zostało potwierdzone praktycznie, że podanie kobietom Rh(-) ujemnym po porodzie nowo-

rodka Rh(+) dodatniego gotowych przeciwciał anty Rh zawartych w G - globulinie jako immunoglobuliny anty-D eliminuje z jej krwioobiegu krwinki płodu Rh(+) dodatnie, uniemożliwiając jej pierwotne uczulenie. Ilość gotowych przeciwciał anty-Rh (D) koniecznych do podania kobiecie po porodzie przyjęto wg WHO jako 150 μ g.

Dla kobiet Rh (-) ujemnych po przebytych poronieniu przyjęto dawkę 50 μ g (1, 4).

Od pewnego czasu, zarówno w Polsce jak i na świecie, obserwuje się tendencję spadkową w częstości występowania konfliktu serologicznego i choroby hemolitycznej. Przyczyny takiego stanu rzeczy należy upatrywać przede wszystkim w rutynowo prowadzonej od wielu lat immunoprofilaktyce w zakresie konfliktu RhD. Poza tym obecnie w naszym kraju znacznie więcej niż jeszcze przed kilku laty ośrodków medycyny perinatalnej zajmuje się profesjonalnym prowadzeniem pacjentek z konfliktem serologicznym (III poziom opieki perinatalnej).

Streszczenie

Konflikt serologiczny jako jednostka nozologiczna został opisany w połowie XX wieku. Mało jest jednostek chorobowych, które zostały tak dokładnie opisane. Rozwój takich nauk jak: genetyka, immunologia, hematologia oraz zastosowanie nowych metod technicznych w medycynie umożliwiły poznanie patogenez tego schorzenia, określenie zasad rozpoznawania, leczenia oraz skutecznego zapobiegania.

Piśmiennictwo

1. *Brzezińska E., Drews K., Puacz P., Pieńkowski W.*: Rozwój diagnostyki i terapii choroby hemolitycznej płodu. *Ginekologia Praktyczna* 2001, 9 (3), 31 - 32, 34 - 35.
2. *Evans M.I., Rodeck Ch.*: *Ultrasound and Fetal Therapy*. New York: The Parthenon Publishing Group Inc. 2000: 1 - 30.
3. *Lenkiewicz B., Dębski R., Marianowski L.*: Transfuzje donaczyniowe jako czynnik ryzyka hiperimmunizacji. *Ginekologia Polska* 1994, 65 (3), 1514-1518.
4. *Lenkiewicz B.*: Immunoprofilaktyka konfliktu Rh. *Terapia* 1995, 3 (7/8), 15 - 17.
5. *Marianowski L., Dębski R.*: Konflikt serologiczny – ewaluacja poglądów i postępowania. *Ginekologia Polska* 1991, 62, 433 - 436.
6. *Marianowski L., Łukaszewicz E., Dębski R., Latoszevska – Smółko W., Lenkiewicz B., Fałęcka K., Gromadzki J.*: Transfuzje wewnątrzmaciczne w leczeniu ciężkich postaci konfliktu serologicznego. *Polski Tygodnik Lekarski* 199, 46 (17/18), 303 - 306.
7. *Pozowski J., Poręba R., Wojcieszyn M., Kolny L.*: Wartość diagnostyczna badania spektrofotometrycznego płynu owodniowego w diagnostyce konfliktu serologicznego Rh (D). *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998, 27. Materiały II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej Tom 3: 160 - 164, Katowice 10 - 12.09.1998.
8. *Preis K., Ciach K., Świątkowska – Freund M.*: Ryzyko wystąpienia powikłań po kordocentezie diagnostycznej lub terapeutycznej. *Ginekologia Polska* 2004, 75, 10.
9. *Rokicki T., Wielgoś M., Dębski R., Marianowski L.*: Suplementacja albuminami w leczeniu ciężkich postaci choroby hemolitycznej płodu. *Ginekologia Polska* 1994, 3, 1510 - 1513.
10. *Simpson I.L., Elias S.*: *Essentials of prenatal diagnosis*. Churchill Livingstone Inc. 1993, 63 - 76.
11. *Wojcieszyn M., Błaszczuk K., Poręba R., Pozowski J., Wilk J.*: Wewnątrzmaciczne transfuzje donaczyniowe w leczeniu choroby hemolitycznej płodu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998, 27. Materiały II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Katowice 10 - 12.09.1998, Tom 3: 165 - 169.

ETAPY I DETERMINANTY ROZWOJU OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Mariola Głowacka, Mirosława Felsmann, Marzena
Humańska, Krystyna Kurowska, Małgorzata Milewska.

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej,
CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz,
mariaglo3@wp.pl

Trudno jest jednoznacznie określić początki właściwej opieki hospicyjnej. Badacze współczesnych form opieki nad chorymi terminalnie wybierają dwie drogi. Albo przyjmują za drogowskaz nazwę hospicjum i idąc tym tropem usiłują dotrzeć do jej korzeni, albo a limine kwalifikują opiekę nad nieuleczalnie chorymi jako działalność charytatywną i w ślad za tym łączą jej przeszłość z początkami i rozwojem miłosierdzia. Wielu tym szlakiem dociera do greckiej i rzymskiej starożytności, inni do początków chrześcijaństwa (5, 10). Nazwa hospicjum oderwana od znaczeń swego czasu niczego nie opisuje i o niczym nie informuje. Dlatego rodowód grup, organizacji i instytucji zajmujących się umieraniem-zgonem-denatem jest możliwy do odczytania jedynie przez pryzmat poglądów na śmierć, funkcje medycyny i wzory rozwiązywania problemów społecznych w danym czasie historycznym (5).

Starożytność zdecydowanie odwracała się od wszelkiej słabości, brzydoty, bezużyteczności. Nieuleczalnie chorzy nie mieścili się w kręgu zainteresowań ówczesnej medycyny. Hipokrates pozostawał w sporze z sofistami, którzy podważali autorytet i byt sztuki lekarskiej uważali, że „... *jest to zupełne chorých od cierpień uwolnienie, bólów ostrości przytępienie, płynące ze świadomości, że do leczenia ich sztuka ta nie jest zdolna...*”. Więc istnieje i zachowuje rację bytu, ale „...*słusznie nie porywa się na choroby nieuleczalne...*”. W tej kategorii mieszczą się także chorzy na raka i odmawia się im opieki lekarskiej, ponieważ „...*możemy w tym tylko być mistrzami, nad czym jesteśmy w stanie panować za pomocą środków, dostarczonych przez naturę i sztukę...*” (8). Dla Platona, który rozstrzygał kwestie z punktu widzenia dobra i spójności społeczeństwa zorganizowanego w państwo, nieuleczalnie chorzy są zakałą, a zabiegi wokół ich życia są czynem szkodzącym wspólnocie. Tym sposobem chorzy terminalnie zostali odrzuceni od społeczności. Okazywano im jedynie łaskę, że w przeciwieństwie do kalek czy słabych niemowląt, które zrzucano z Góry Tajget (w Rzymie ze Skały Tarpejskiej wraz ze zdrajcami ojczyzny), mogli umrzeć śmiercią naturalną. Opieka i współczucie ze strony bliskich mogło być źle postrzegane, gdyż okazywanie im litości mogło być odebrane przez społeczeństwo jako przeciwstawienie się woli bogów, którzy głęboką ułomność i nieuleczalną chorobę zesłali jako zemstę lub karę. Przy tak określonych w świecie cywilizacji pogańskiej ramach życia społecznego i funkcji medycyny nie było miejsca dla instytucji chroniących dogasające życie (5).

Pod wpływem cywilizacji chrześcijańskiej, która rozwijała się na gruzach pogańskiej starożytności, doszło do przewrotu w hierarchii wartości społecznych. Za nauczaniem Jezusa z Nazaretu wysunięto na szczyt szacunek dla bliźnich i uznanie człowieka za wartość absolutną bez względu na jego przypadłość i położenie społeczne. Współczucie oraz niesienie pomocy ludziom dotkniętym różnymi nieszczęściami ludzkiego życia stało się misją wspólnot chrześcijańskich i normą życia w jedności (5, 7). Kościół czasów apostołskich nadał tej misji formy zorganizowane. Pierwsze gminy chrześcijańskie składały opiekę nad chorymi w ręce diakonów, którzy dobierali sobie pomocników. Nowy kształt organizacyjny i nowe zaakcentowane znaczenie tej posługi umocniły uchwały Soboru Nicejskiego w roku 325. W postanowieniach Soboru zawarto zalecenia, co do zinstytucjonalizowania działalności charytatywnej oraz powołanie wyspecjalizowanych zespołów do ich obsługi. Kościół Wschodni tworzył przy klasztorach xenodochia czyli izby przyjmujące obcych i pielgrzymów. Wzorowane były na infirmeriach dla chorych braci zakonnych. Kościół Zachodni również gorliwie zajął się organizowaniem podobnych domów schronienia dla podróżnych i osób dotkniętych niemocą. W ślad za hospicjami pojawiły się zespoły pielęgniarzy - w Aleksandrii parabolanie, w Konstantynopolu gorliwe dziewice, w Rzymie virginies sacrae (1, 5, 7). W następstwie uchwał soborowych zaczęły powstawać liczne bractwa dewocyjno-ascetyczne, które poświęciły się pracy charytatywnej. Od IV wieku przejmowały one organizację i prowadzenie instytucji dobroczynnych. Wówczas rozpoczęła się

okres burzliwego rozwoju różnorodnych przytułków. Z polecenia Soboru wynikało także, że każde miasto jest zobligowane do posiadania hospicjum dla ludzi potrzebujących pomocy, ubogich pielgrzymów, chorych i umierających. Powstające w ten sposób przytułki w znacznym stopniu wpłynęły na poprawę losu ludzi nieuleczalnie chorych. Osoby obciążone ciężką chorobą uzyskały prawo do godnego życia (7).

W Średniowieczu w wielu krajach Europy istniały już hospicja. Ich prowadzeniem oraz tworzeniem w dalszym ciągu zajmowały się zgromadzenia zakonne, których reguły nakazywały poświęcenie się chorym i czuwanie przy umierającym. Tego typu działalnością parały się, np. Hospicjum św. Bernarda i Bractwo Bożej Miłości założone w 1494 roku w Vicenzy.

Władze świeckie wraz z instytucją Kościoła nałożyły na lekarza nową, chociaż niemającą nic wspólnego z terapią powinność, a mianowicie skłanianie chorego do odbycia spowiedzi, wzbudzenia żalu za grzechy i przyjęcia wiatyku i ostatniego namaszczenia. Polecenie to znajduje swoje uzasadnienie w postawie wobec śmierci, jaką prezentowała epoka Średniowiecza (3, 5, 7). Wraz z upływem czasu pojawiła się konieczność wprowadzenia izolacji poszczególnych grup pacjentów. W ten sposób w VI wieku zainicjowano opiekę nad ludźmi chorymi umysłowo oraz trędowatymi. Osoby nieuleczalnie chore zaczęto wyodrębniać z grona chorych dopiero w XVI wieku.

Po okresie reformacji wiele hospicjów zamknięto lub przekształcono w przytułki dla starców lub szpitale. Hospicjum jako na-

zwa miejsca przeznaczonego dla ludzi umierających pojawiło się w XIX wieku. W 1842 roku Jeannie Gardier założyła w Lyonie schronisko dla umierających nazwane Hospicjum lub Kalwaria. Kilkanaście lat później, w 1879 roku, irlandzkie Zgromadzenie Katolickie Sióstr Miłosierdzia założyło Hospicjum Naszej Pani dla Umierających w Dublinie, które objęło opieką ludzi ze środowisk robotniczych oraz ze slumsów. W hospicjach zaczęto koncentrować się na znaczeniu zabiegów: pielęgnacyjnych, opiekuńczych, psychologicznych w występujących stanach terminalnych. Przy tym wszystkim usilnie poszukiwano nowych metod zwalczania bólu (7, 10). Wiele takich ośrodków powstawało we Francji. W 1893 r. z inicjatywy dr Barretta i Misji Metodystów Zachodniego Londynu założono Dom dla Konających Ubogich św. Łukasza- obecnie Szpital św. Łukasza. W 1948 roku pracę jako pielęgniarka-ochniczka rozpoczęła Angielka Cicely Saunders, uważana za prekursorkę współczesnego nurtu opieki paliatywnej (3, 7, 10). Wkrótce po II wojnie światowej rozpoczęła starania w zakresie budowy domu dla umierających, który otrzymał nazwę Hospicjum św. Krzysztofa i rozpoczął działalność w 1967 roku. Nazwa ta posiada głęboki sens symboliczny. Przypomina o istocie egzystencji ludzkiej jako podróży przez świat i czas. Umieranie, będące końcowym etapem tej podróży, dobrze, gdy odbywa się w domu gościnnym - hospicjum. Po drugie św. Krzysztof jest patronem podróżujących, nie tylko tych na własnych nogach (3).

Cicely Saunders jest autorką pierwszej koncepcji opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi dostosowaną do współczesnych wa-

runków, potrzeb i możliwości. Idea budowy Hospicjum św. Krzysztofa zrodziła się w efekcie wielogodzinnych rozmów Cicely Saunders ze swoim podopiecznym, umierającym na nowotwór polskim lotnikiem Dawidem Taśmą, za namową którego rozpoczęła studia medyczne. Po ich ukończeniu w 1958 roku podjęła pracę w Hospicjum św. Józefa, gdzie wprowadziła regularne podawanie leków przeciwbólowych, w tym także doustnej morfiny. Dokumentacja jaką prowadziła, pozwoliła na analizę postępowania medycznego wobec pacjentów w stanie terminalnym i ogłoszenie zdobytych doświadczeń. Publikacje dotyczące opieki paliatywnej wzbudziły zainteresowanie i pomogły w zdobyciu funduszy na budowę Hospicjum św. Krzysztofa. Ośrodek ten stał się centrum szkoleniowym i naukowym, rozwijającym metody leczenia objawowego, opieki domowej i pomocy rodzinie umierającego. Fundamentem dla działalności tego hospicjum stała się idea otwarcia na człowieka konającego oraz koncepcja bólu totalnego (7, 10).

W 1963 roku Hinton opublikował pracę „Fizyczna i psychiczna rozpacz umierania”, a w 1969 roku została wydana książka Elizabeth Kubler- Ross „*On death and Dying*” (5).

Opiekę nad chorymi terminalnie łączono na początku z całodobowym pobytem pacjenta w szpitalu w Hospicjum św. Krzysztofa. Od 1971 roku opieką objęto także i osoby zostające we własnym domu. Florence Wald, przełożona Szkoły Pielęgniarskiej w Yale, i Ed Dobihal, kapelan tamtejszego szpitala, wzorem Cicely Saunders, złożyli w New Haven pierwszy Zespół Opieki Domowej. W 1974 roku

do zespołu dołączyła dr Sylvia Lack, która zdobywała doświadczenie zawodowe w Hospicjum św. Krzysztofa oraz w Hospicjum św. Józefa w Londynie. Podobną inicjatywę podjął nowojorski kapelan Carleton Sweetser, który korzystając ze wsparcia powołanego w tym celu komitetu, doprowadził do utworzenia w Szpitalu św. Łukasza specjalnego zespołu konsultacyjnego dla chorych terminalnie. Założona przez niego placówka wspierała opiekę domową oraz umożliwiała przeprowadzanie zabiegów medycznych (5).

Ważnym wydarzeniem w dziedzinie opieki terminalnej było połączenie opieki domowej z opieką środowiskową. W 1975 roku przy Hospicjum św. Łukasza w Sheffield powstał Ośrodek Dziennego Pobytu dla Nieuleczalnie Chorych. W tym samym czasie w Montrealu w Szpitalu Królowej Wiktorii uruchomiono Oddział Opieki Paliatywnej współdziałający z zespołem opieki domowej (5, 7).

Rozwój ruchu hospicyjnego w Polsce rozpoczął się we wczesnych latach osiemdziesiątych. Ludzie podejmujący ten problem wywodzili się głównie ze środowisk związanych z Kościołem Katolickim, kierując się chrześcijańską ideą miłości bliźniego, miłości i współczucia wyrażonego w sposób czynny (7).

Pierwszy ośrodek hospicyjny powstał w Krakowie. Jego początki wiążą się z inicjatywą grupy katolików z nowohuckiej Parafii Arki Pana utworzonej na potrzeby prac synodu archidiecezji krakowskiej w latach 1971- 1978. Aktywiści katolicy za główny cel przyjęli otoczenie miłością cierpiących, w tym również chorych oraz wypracowanie sposobów urzeczywistnienia tej wartości i postawy. Niektó-

rzy członkowie zespołu podjęli społeczną pracę w prowadzonym przez dr Stanisława Kownackiego oddziale zakaźnym szpitala w Nowej Hucie, w którym leczono m.in. także osoby z zaawansowanym procesem nowotworowym. W szpitalu utworzono tzw. łóżka społeczne dla pacjentów, którzy potrzebowali fachowej pomocy personelu medycznego. Pomoc tę nazwano opieką hospicyjną. Dr Kownacki popierał pracę wolontariuszy na terenie swojego szpitala oraz częstą obecność członków rodziny i przyjaciół chorych. Był to pierwszy nieformalny zespół wolontariuszy hospicyjnych w Polsce. W Polsce opieka hospicyjna opierała się głównie na wolontariuszach (5, 7, 10).

Nowohuccy wolontariusze bazowali na koncepcji i formach opieki hospicyjnej wypracowanych w londyńskim Hospicjum św. Krzysztofa. W 1977 roku zrodziła się inicjatywa zbudowania hospicjum stacjonarnego. Autorzy pomysłu zamierzali wznieść je przy Kościele Arki Pana. W ten sposób chciano odwołać się do średnio-wiecznej tradycji lokowania schronisk hospicyjnych przy kościołach. Ówczesny metropolita krakowski, Karol Wojtyła, wyraził zgodę na tę budowę. Po wybraniu Wojtyły na Stolicę Apostolską, zdecydowano o wzniesieniu tego budynku poza strukturami Kościoła. Drugiego marca 1981 roku odbyło się zebranie założycielskie stowarzyszenia hospicyjnego, które zostało zarejestrowane 29 września 1981 roku pod nazwą: Towarzystwo Przyjaciół Chorych HOSPICJUM. W lutym 1982 roku powstał w Krakowie Zespół Opieki Hospicyjnej, który skupiał lekarzy z Instytutu Onkologii. Lekarze ci po zakończonej hospita-

lizacji obejmowali swoich pacjentów terminalnie chorych opieką domową. Dwa lata później do zespołu dołączyli przeszkoleni wolontariusze-opiekunowie umierających pacjentów (9). Projekt hospicjum stacjonarnego był gotowy w 1984 roku. Pojawiające się trudności administracyjne, niechętna postawa mieszkańców, a przede wszystkim podejrzliwość władz stanu wojennego wobec wszelkiej aktywności społecznej nie pozwoliły na rozpoczęcie prac. Dlatego budowę rozpoczęto dopiero w 1989 roku, która trwała do 1996 roku (5, 7, 10).

Drugi ośrodek w Polsce - Hospicjum Pallotinum w Gdańsku - powstał w 1984 roku. Inicjatorem powstania tego obiektu był ks. Eugeniusz Dutkiewicz, który w pracy duszpasterskiej spotykał się z osobami umierającymi, z ich opuszczeniem i bezradnością. Dodatkowym czynnikiem stymulującym do powstania hospicjum była wizyta dr Cicely Saunders i jej wystąpienie na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, które poświęciła organizacji opieki hospicyjnej i funkcjonowaniu Hospicjum św. Krzysztofa.

Dutkiewicz współpracował z prof. Joanną Muszkowską-Penson, kierownikiem kliniki chorób wewnętrznych AM w Gdańsku. Ich pomysł polegał na uzupełnieniu zabiegów medycznych opieką zespołu hospicyjnego i opieką także nieuleczalnie chorych w domach (5).

Kolejny ośrodek powstał w Poznaniu w 1985 roku jako Hospicjum św. Jana Kantego. Jego geneza związana jest z działaniami personelu medycznego- lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny,

którzy chcieli przeciwstawić się szerzącej się bezduszności, popadaniu w rutynę oraz korupcji wśród służb medycznych. Na początku organizowano wykłady raz w miesiącu na temat etyki lekarskiej i innych osób opiekujących się chorymi. Grupa nawiązała współpracę z parafią św. Jana Kantego, w której ks. Ryszard Mikołajczyk organizował pomoc dla osób niepełnosprawnych. W ciągu kilku miesięcy zorganizowano grupę wolontariuszy, w skład której wchodził pracownicy służby zdrowia (7).

W kolejnych latach doszło do prawdziwego rozkwitu myśli hospicyjnej. W okresie 1987 – 1989 roku powstały kolejne ośrodki, np. w Łodzi z inicjatywy prof. Leszka Woźniaka Stowarzyszenie Łódzkie Hospicjum, które jako cel przewodni przyjęło dążenie do zorganizowania opieki nad nieuleczalnie chorymi, Poradnia Leczenia Bólu w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym, która w 1994 roku została przekształcona w Zakład Opieki Paliatywnej. W tym samym czasie powstało stacjonarne Hospicjum im. o. Rafała Chylińskiego w IV Domu Opieki Społecznej (11).

Na Zjeździe Zespołów Hospicyjnych 17 lutego 1991 roku w Wesolej koło Warszawy powołano Ogólnopolską Radę Hospicjum, którą 28 maja tego roku przekształcono w Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH), które za cel przyjęło doskonalenie i propagowanie opieki hospicyjnej poprzez współpracę pomiędzy ośrodkami, wymianę zdobytych doświadczeń, organizowanie zjazdów, konferencji, szkoleń a także współpracę z innymi ośrodkami. Na

I Zjeździe OFRH 1-3 lipca 1992 roku w Gdańsku zatwierdzono Kartę Hospicjum określającą zakres działania i główne założenia ruchu (6).

Z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka powstał w 1988 roku pierwszy w Polsce Zespół Opieki Paliatywnej. Został on założony przy Katedrze Onkologii AM w Poznaniu. W skład tego zespołu wchodziły: łóżka stacjonarne, Poradnia Walki z Bólem, Poradnia dla Osób Osieroconych oraz zespół Opieki Domowej. W 1990 roku Zespół Opieki Paliatywnej został przekształcony w Klinikę Opieki Paliatywnej. Od 1997 roku w strukturze organizacyjnej kliniki działa Ośrodek Opieki Diennej im. J. Drażby (5).

Dwudziestego piątego października 1993 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (KROPiH) jako organ wnioskujący, opiniodawczy oraz konsultacyjno- doradczy. Jej zadaniem jest opracowanie programu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy uwzględnieniu organizacji, standardów opieki, sposobów finansowania, kształcenia i koordynowania działalności organizacji związanych z opieką paliatywną (5, 7).

Pierwszego września 1994 roku w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie rozpoczął pracę zespół zajmujący się badaniem i leczeniem bólu oraz opieką paliatywną nad dziećmi. W Zakładzie Anestezjologii tego Instytutu utworzono Poradnię Leczenia Bólu dla Dzieci. Działa ona jako ambulatorium i zajmuje się wszystkimi rodzajami bólu przewlekłego. Ponadto powołano przy Instytucie Matki i Dziecka Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, które zajmuje się opie-

ką nad dziećmi w terminalnym okresie choroby nowotworowej oraz dziećmi z chorobami bezpośrednio zagrażającymi życiu, przebywającymi w swoich domach na terenie Warszawy i w promieniu 100 km. Hospicjum służy również pomocą i wsparciem rodzinom w okresie osierocenia.

W Warszawie od 1995 roku istnieje pierwszy w Polsce oddział badania bólu i terapii paliatywnej w Centrum Onkologii, w którym przebywają osoby z bólem deaferentacyjnym oraz ci, u których znaczną rolę w patogenezie bólu odgrywają czynniki pozasomatyczne (5, 6).

W 1991 roku opublikowano Ustawę o Zakładach Opieki Zdrowotnej, w której zostały zawarte podstawy prawne do rozwijania opieki paliatywno-hospicyjnej. W myśl §19, art. 5.1 „*Każdy chory ma prawo do umierania w spokoju i godności*”.

W 1993 roku państwo przeznaczyło znaczne środki na rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej, co zaowocowało wzrostem liczby nowych placówek dla pacjentów chorych terminalnie do 200 oraz 5-krotnym wzrostem zużycia morfiny doustnej. Dzięki zmianom w zakresie legislacyjnym i prawidłowej polityce Ministerstwa Zdrowia wszystkie podstawowe analgetyki opioidowe we wszystkich postaciach oraz wszystkie formy morfiny doustnej stały się ogólnie dostępne, bezpłatne dla chorych z bólem przewlekłym. Do bardzo ważnych wydarzeń należy zaliczyć również powołanie krajowego i regionalnych konsultantów w dziedzinie medycyny paliatywnej i w dziedzinie pielęgniarstwa oraz wprowadzenie specjalizacji dla le-

karzy, kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji w zakresie opieki paliatywnej dla pielęgniarek a także na mocy nowelizacji do Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i Ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zaliczenia świadczeń tego typu jako odrębnych usług, objętych kontrakcją. Opracowano również standardy opieki paliatywnej (2).

Dynamiczny rozwój w ostatnich latach opieki paliatywnej i hospicyjnej, systemy edukacyjne studentów oraz kształcenie podyplomowe lekarzy i pielęgniarek stawiają nasz kraj w awangardzie światowej w tej dziedzinie.

Streszczenie

W Polsce, podobnie jak w Europie Zachodniej, coraz więcej osób kwestionuje nieuchronność umierania w cierpieniu, stąd należy oczekiwać zwiększenia nacisku opinii publicznej na rozpowszechnienie opieki paliatywnej w sposób profesjonalny. Dane szacunkowe wskazują, że obecny stan zaawansowania rozwoju opieki paliatywnej w Polsce w około 50% pokrywa potrzeby chorych i ich rodzin. Pozostała część osób pozostaje pod opieką na oddziałach szpitalnych lub podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna powinna obejmować chorych onkologicznie innych pacjentów u kresu życia. Jest to opieka całościowa - nastawiona na spełnienie wszystkich ważnych potrzeb, a także dynamiczna - szybko reagująca na dolegliwości pojawiające się w przebiegu zaawansowanego procesu nowotworowe-

go. Opieką objęte są także rodziny chorych- zarówno w czasie choroby, jak i w okresie osierocenia.

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia sprecyzowała, kierunki działania opieki hospicyjnej, w wydanym dokumencie „*Leczenie bólu w chorobach nowotworowych*”, w którym zawarła opinie ekspertów mówiące, że można skutecznie opanować ból przy użyciu prostych i ogólnodostępnych środków. Stwierdzono też, że ból jest to jedynie objaw choroby i dlatego wprowadzono pojęcie opieki hospicyjnej. Opieka ta, sprawowana przez wykształcony i do tego celu przygotowany personel medyczny, obejmuje chorego oraz jego najbliższą rodzinę, interesuje się wszystkimi wymiarami choroby: fizycznymi, psychologicznymi, społecznymi i duchowymi.

W 1990 r. WHO opublikowała kolejny dokument „*Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*”, w którym poparła metody farmakologiczne z jednoczesnym podkreśleniem potrzeb chorego w wymiarze biopsychospołecznym. Dla określenia całościowej opieki nad człowiekiem w końcowej fazie choroby WHO wprowadziła termin opieka paliatywna [11].

Zasady leczenia objawowego zalecane przez Światową Organizację Zdrowia są stale pogłębiane i udoskonalane. Wszystkie te działania mają na celu podwyższenie standardu leczenia i opieki. Opiekę paliatywną wprowadza się w coraz większej liczbie krajów, a w Wielkiej Brytanii medycynę paliatywną uznaje się za odrębną specjalność lekarską. W wielu państwach zostały stworzone katedry medycyny paliatywnej. Istnieje także szereg stowarzyszeń opieki pa-

liatywnej oraz powstaje wiele czasopism poświęconych tej tematyce, między innymi - „*Journal of Palliative Care*” oraz „*American Hospice Journal*”. Wzrasta także liczba pracowników oddających się człowiekowi kresu życia, którzy posiadają wykształcenie, niezbędną wiedzę potrzebną do pracy z człowiekiem umierającym (2).

Piśmiennictwo

1. *Danielau J., Marrou H.I.*: Historia Kościoła tom I. Instytut Wydawniczy Pax. Warszawa 1989.
2. *De Walden-Gałuszko K.*: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2005.
3. *De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.*: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005.
4. *De Walden-Gałuszko K.*: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2005.
5. *Głowacka A.*: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Nowa Medycyna 1999, 97.
6. *Górecki M.*: Hospicjum w służbie umierającym. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
7. *Górecki M.*: Zasady pracy hospicyjnej. Zarządzanie i edukacja 1999, 1.
8. *Jeziorski A.*: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2005.
9. *Jurewicz-Jędrzejewska M.*: Idea opieki paliatywnej- hospicja, historia i podstawy rozwoju nauki. Aspekty, Informacje, Dyskusje, Stanowiska 1995, 1.
10. *Stańczyk J.*: Opieka paliatywna. Lekarz Rodzinny 2000, 11.
11. Sprawozdanie Komisji Ekspertów WHO: Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna. Genewa 1990.

LEKI DLA ZWIERZĄT I LEKI POCHODZENIA ZWIERZĘCEGO NA PRZYKŁADZIE ZAPISÓW Z KRONIKI RODZINY KOMIEROWSKICH Z KOMIEROWA KOŁO SĘPÓLNA Z XVIII WIEKU

Walentyna Krystyna Korpalska

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
UMK w Toruniu,
ul. Jagiellońska 13, 85-067 Bydgoszcz,
wkorpalska@wp.pl

Od najdawniejszych czasów medycynę i weterynarię łączył szczególny związek. Były to dziedziny pokrewne i wzajemnie się uzupełniające. Od stuleci o trzody i stada troszczyli się i lekarze, i specjaliści od chorób zwierząt. W przygotowywaniu leków znaczący był także udział farmaceutów. Przez stulecia też głównym dostawcą surowców do wyrobu leków był świat roślin. Jednak tuż za nim był świat zwierząt, z którego od najdawniejszych czasów czerpano surowce do wyrobu leków.

Mimo znaczącego rozwoju nauk podstawowych i medycyny w XVII i XVIII wieku niewiele odkryć znalazło zastosowanie w praktyce medycznej. Środki lecznicze jeszcze w XIX wieku pozostawały w tyle za postępem chemii, nauk biologicznych czy fizjologii.

Na specjalistyczną pomoc medyczną mogli w zasadzie liczyć mieszkańcy dużych miast. Znaczna część ludności mieszkającej na

ternach wiejskich zdana była na pomoc każdego, kto tylko miał chorym coś do zaoferowania. Podobnie było na ziemiach polskich, pozostających w tym czasie pod zaborami. Szczególną rolę odgrywały w życiu mieszkańców terenów wiejskich dwory szlacheckie i ziemiańskie.

Kiedy mowa o dworze szlacheckim jako zjawisku kulturowym i historycznym należy podkreślić funkcję, jaką odgrywał on w świadomości terapeutycznej ludności wsi¹. Jak wspominał Melchior Wańkiewicz: *Dwór był kasą chorych i największą apteką na okolicę. Przesiąknięte jesiennym dniem szare postaci babulek niezmiernie wzdychającym głosem wywodziły stale to samo, że mężów czy też dzieciuków pali we środku. Mężczyźni najbardziej lubili się uskarżać na niedomogi...macicy. Wskakiwała im do gardła, szła w nogi i w najniemożliwsze miejsca. Jako przyczynę choroby obie płcie najchętniej podawały przełęknięcie*².

Przykłady takiej wiodącej roli dworu w XVIII i XIX wieku znajdujemy także na ziemi kujawsko – pomorskiej.

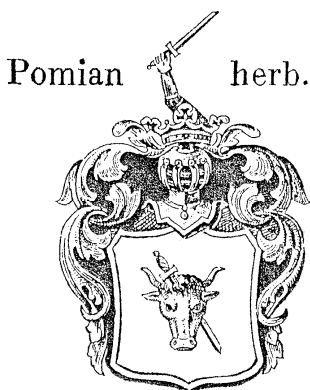
W zasobach Archiwum Państwowego w Bydgoszczy wśród wielu cennych zbiorów przechowywana jest także spuścizna piśmienna rodziny Komierowskich z Komierowa koło Sępólna³. Ten znany szlachecki ród, o wielowiekowych tradycjach, pieczętował się początkowo herbem Wieniawa, następnie zaś Pomian. Poprzez za-

¹ Zob.: E. Szot – Radziszewska, *Apteczki lecznicze i przyjemne w dworach polskich*, *Farmacja Polska* 1999, T. 55, nr 24, s. 1141 – 1151.

² M. Wańkiewicz, *Szczenięce lata*, Warszawa 1972, s. 47 – 48.

³ Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, Archiwum Komierowskich z Komierowa.

wierane małżeństwa Komierowscy wchodzili w pokrewieństwo z rodzinami szlacheckimi osiadłymi na Pomorzu. Piastowali wysokie godności i sprawowali funkcje publiczne¹. Troska o posiadane dobra i gospodarność, pojmowane jako obowiązki obywatelskie sprawiły, że rodzina Komierowskich cieszyła się dobrobytem i pomyślnością. Dwór promieniował na okolicę, był centrum kultury, kształtował uczucia patriotyczne i obyczajowość.



Herb rodu Komierowskich

Pozostawione przez dziedziców Komierowskich archiwum rodzinne wśród wielu różnych zapisów zawiera także porady i przepisy, które mogły być wykorzystywane w gospodarstwie domowym. Noszą wdzięczny tytuł: *Sekreta różne, tak w gospodarstwie potrzeb-*

¹ M. Romaniuk, *Z dziejów obrony narodowych praw - Komierowscy z Komierowa*, Bydgoszcz 1887.

ne, jako też w chorobach różnych ratunki doświadczone i niektóre temi czasy praktykowane i zalecane. Zapisy pochodzą z XVIII wieku, oznaczone są datami 1752 - 1756. Są znakomitą ilustracją i pośrednim źródłem informacji o terapii i terapeutykach dominujących w lecznictwie na Kujawach i Pomorzu. Wśród wielu zapisów zawierają także XVIII – wieczne poglądy na temat zdrowia, choroby i przebiegu procesów fizjologicznych człowieka oraz łacińskie i polskie nazwy *simpliciów* oraz leków używanych w staropolskiej praktyce lekarskiej. Zaczerpnięte zostały one, jak sądzić można, z popularnych w tym czasie *ogrodów zdrowia*, zielników i poradników medycznych. Wiele podobnych poradników i dykcjonarzy było w użyciu jeszcze w pierwszej połowie XIX wieku¹.

Czytając *Sekreta* dziedzica Komierowskiego pamiętać jednak należy, że są one odzwierciedleniem stanu ówczesnej obyczajowości jak i poziomu wiedzy medycznej. Życie codzienne ludzi w XVII i XVIII wieku zmieniało się, w użycie wchodził widelec, coraz częściej ukazywały się chusteczki do nosa i wykałaczkę. Nadal jednak występowały zaniedbania kultury osobistej i higieny. Bieliznę zmieniano rzadko, w łóżku częste były pluskwy a na porządku dziennym wszy. Szerzyły się choroby, zwłaszcza zakaźne. Ówczesna terapia była nieudolna i w większości chorób nieskuteczna. W leczeniu stosowano sposoby najprostsze, słynną *trójkę terapeutyczną* - upust krwi, lewatywa, środki napotne. W XVII i XVIII wieku występowały liczne

¹ Por.: D. Nespiał, *Józefa Rostańskiego (1850 – 1928) wkład do historii medycyny w Polsce*, Arch. Hist. i Fil. Med. 1988, T. 51, z. 3.

przesady i zabobony w stosowaniu prostych środków i leków. Po-
wszechnie były zamawiania, wiara w magiczną moc pór dnia, miesię-
cy, faz księżyca. Podstawowym lekiem był lek roślinny, dla którego
surowce uprawiano głównie w ogrodach klasztornych, ale też
i w ogródkach przydomowych. Skuteczność stosowanych środków
profilaktycznych i terapeutycznych była wątpliwa, a niektóre sposoby
leczenia przynosiły na ogół więcej szkody niż pożytku. Tak, więc los
chorych bardziej zależał od naturalnej odporności, niż stosowanej te-
rapii.

Poradnik, którego fragmenty prezentujemy, pisany był bez
żadnego porządku, wyodrębnić w nim można jednak cztery „działy”:
dom, ogród, inwentarz, lekarstwa. Poniżej przedstawione są porady
dziedzica Komierowskiego dotyczące leczenia i stosowanych wów-
czas środków terapeutycznych pochodzenia zwierzęcego. Zachowa-
ny został styl i język oryginału, dostosowano jedynie interpunkcję
i ortografię do zasad dziś obowiązujących¹.

*Dziedzica Michała Komierowskiego z Komierowa
Lekarstwa domowe doświadczone, sposób ich robienia i za-
żywania, dzielności i cnoty ich.*

¹ Objasnienia archaizmów i zwrotów staropolskich – W. Kopaliński, *Słownik mitów i tradycji kultury*, Warszawa 1991.

*

Lekarstwo od gorączki.

Wziąć trzeba pajęczyny tyle, żeby zwinąwszy wielość jej do laskowego orzecha była przyrównana, i tę gałkę dać zażyć choremu, nie obawiając się, że to od pajaków pochodzi; pewne lekarstwo.

*

Na suchoty.

Masła zrobić z mleka słodkiego, gorzałką przepłukać i spinać, to jest pacierze smarować w krzyżu.*

Po wtóre: wanny zażywać z mrówkami.

Po trzecie: mleko przewarzone z szałwią, hyzopem pić na suchoty.

**Spina, spinae - łac. - „stos pacierzowy” - kość kręgosłupa.*

**Hyzop - ziele stosowane do dzisiaj w chorobach układu oddechowego.*

*

Na febrę.

Pajaka jako możesz mieć największego wziąć, w cienkim płótnie rąbku zrobiwszy, woreczek na szyi zawiesić, żeby nad samym dołkiem wisiał, przestrzegając, ażeby nie zgnieść, żeby żył jak najdłużej, pewne remedium; albo rozdrażnić go wpród trzeba, żeby z siebie jad wypuścił, a po tym w orzechową łupinę włożyć i tak na sobie nosić. Item: żywego raka upiec, utrzeć na proszek, na 4 razy rozdzielić, wypić.*

**Item - łac. - także.*

*

Na wrzód w gardle.

Jaskótcze gniazdo w gorącej wodzie rozmiękczone na chore gardło przyłożyć.

Item - toż ucierać z wodą, przecedzić, ocukrować, dać pić.

Item - hyzop z octem warzyć, przestudzony gargaryzować przylawszy zimnej wody, do tego wódki różanej i trochę poziomkowej*

**Gargaryzować - dawn. - płukać.*

*

Lekarstwo od ukąszenia komarów.

Weźmij kawałek driakwi weneckiej, którą pomięszaj z oliwą, i to przyłóż na miejsce ukąszone, w sześć godzin się zgoi.*

**Driakiew – teriak - „lek” uniwersalny złożony z kilkudziesięciu składników, rzekome antidotum na wszystkie choroby, roznoszony i fałszowany przez olejkarzy lub driaczników, produkowany aż do XVIII w. W skład tego specyfiku produkowanego na bazie wina wchodziło opium, preparaty z węża, krew kaczek, które żywiły się trującymi roślinami. Na przestrzeni wieków skład tego leku ulegał zmianom, ale leczono nim apopleksję, konwulsje, paraliż, a nawet wściekliznę.*

*

Na konwulsję dzieciom.

Łosiego rogu jak pieprzu ziarko utłuc i dać w pokarmie dziecieniu raz tylko, a starszemu tyle dwoje lub troje, jak do konstytucji (budowy ciała).

*

Lekarstwo na odgniotki

Weźmij świeże gołębie łajno, nasmaruj one na płatek i przyłóż do odgniotka, trzymaj przez 24 godzin, a odgniotek bez bólu odjęty być może.

*

Lekarstwo na odgniotki

Nasmaruj na płateczek trochę smoły z koła wozowego, przyłóż do odgniotka, a co dzień świeżą, aż odgniotek zmięknie, dopiero możesz go bardzo łatwo i bez bóli wyrżnąć i nigdy więcej nie urosnąć.

*

Na kolki albo parcie.

Boże drzewko w winie warzyć i jako znieść może na żywot* przyłożyć.*

Rumianku z ślazem w pół z winem i wodą uwarzyć, wławszy część oliwy i tą samą polewkę w macherzynę wylawszy, na to miejsce dolegliwe najgoręcej wytrwałemu przyłożyć.

Item: od szczupaka zęby ususzyć, utłuc i dać w herbacie pić na kolki.

**Boże drzewko - krzew bylica.*

**Żywot - dawn. - brzuch, łono.*

*

Na kaduk.*

Krew puścić i stroje bobrowe pić.*

**Kaduk - dawn. - padaczka, epilepsja, choroba św. Walentego.*

**Strój bobrowy - wydzielina gruczołów napletkowych bobra, wysuszoną uważano dawniej za lek uniwersalny, dziś stosuje się w przemyśle perfumeryjnym.*

*

Na wielką chorobę.*

Na samym nowiu wróbla złapanego żywego zaszpontować w garnku w węglach wstawionego i spalić na proch. Ten proch dać wypić w ciepłym piwie w sam dzień nowiu pacjentowi obiej płci.

Toż uczynić na pierwszej kwadrze, na pełni i ostatniej kwadrze księżycy.

**Wielka choroba - padaczka, dawn. zwana chorobą św. Walentego.*

*

Na pedogę.*

Łajno świeże bydlęce, trzłdy albo cztery jaja rozbić, solić, smażyć, siarką posypać i ciepło okładać.

**Pedogra – podagra.*

*

Na żółtą chorobę.

Żółtek świeżego jaja rozbić w winnym occie, kieliszek wypić, po trzykroć tego zażyć, pewne lekarstwo.

*

Na odbicie mózgu.

Podmiot, albo raczej bobki końskie i niemi głowę okładać.

*

Na urazy wszelkie.

Proszek z raków.

*

Na brodawki.

Kwaśna wódka jest w aptece, po wtóre: krew gołębia, nią nacierać, wyginą brodawki.

Z wielu przepisów zamieszczonych w poradniku dziedzica Komierowskiego wybrano te, w których surowce były pochodzenia zwierzęcego. Jak z tego przeglądu wynika, były to preparaty, które dziś też nie budzą sprzeciwu, ale i takie, które nazwalibyśmy „obrzydliwymi”, wręcz z zakresu koproterapii. Składnikami były więc miód, mleko, jaja, całe zwierzęta (kura, wróbel), owady, wszelkie tłuszcze, wydzieliny, kał zwierzęcy, rogi, zęby szczupaka.

Warto zastanowić się nad tym, czy stosowanie leków pochodzenia zwierzęcego, nawet tych „obrzydliwych” było zupełnie pozbawione sensu? Wiele z nich musiało działać korzystnie w różnych chorobach, skoro powtarzane były w lekospisach od wielu pokoleń.

Choroby zwierząt miały też zawsze duże znaczenie w gospodarstwie. Troska o domowy inwentarz zaprzętała gospodarzy w równiej mierze, co troska o ludzi. Wśród przepisów zawartych w księ-

gach Komierowskiego były więc i te, które odnosiły się do hodowli zwierząt domowych.

*

Dla bydła i koni pokarm.

Siano, gdy układają warsztwami solić go, po tym w zimie dawane koniom i bydłu zdrowe jest i tuczy.

Abyś miał konie tłuste, nasienie od pokrzywy zbieraj w lecie i suszone na proszek dawać po garści w obroku.

*

Sposób, aby muchy nie siadały na koniach, lub bydłe.

Weźmij żółci od ryb 5 lub 6 kawałków, włóż je w szaflik i przylej wody ile chcesz, umocz gąbkę w niej i umyj nią konie lub bydło, a żadna mucha na nich nie siądzie.

*

Sposób puszczenia krwi koniowi, aby nigdy nie oślepnął.

Wtedy, kiedy słońce w znak Panny wstępuje, to jest koło Św. Bartłomieja, trzeba w tej minucie koniowi krew puścić, doświadczysz, iż koń nigdy nie oślepnie.

*

Prezerwatywa pewna od choroby bydła rogatego.*

Postrzegłszy, że bydło jeść nie chce, zawiąż mu na karku powróż, do którego być przypięte powinny kilka główek czosnku lub cybuli. Te główki nazajutrz będą ci się zdawać jakoby w pół wywarzone i natenczas je trzeba odjąć, a świeżych powiesić, zdjęte zaś w dół

zakopać, ażeby ptaki wynaleźć nie mogły, gdyż ten pokarm dla nich bardzo byłby szkodliwy.

W kilka dni po zawieszeniu główek czosnku, z nozdrzów ciec będzie temuż bydłęciu bardzo wiele materii i ordynaryjnie nogi popuchną i drętwieją, lecz w krótkim czasie puchlina ta zejdzie, ściekanie materii umniejszy się i wszystkie przypadki zniesione będą, a bydło zdrowe zostanie. Na konie jest rzeczą użyteczną zawieszać w oborze po kilka główek czosnku i cybuli. Znajdziesz w tej prezerwatywie bardzo wielkie skutki złączone z łatwością wypełniania onych.

*praeservare – (łac.) zachowywać. Prezerwatywa, tu: środek zabezpieczający.

*

Prezerwatywa od choroby bydła rogatego.

Jeżeli bydło jeszcze nie zachorowało, a że się jednak zaraza w okolicy pokazuje, wtedy wrzuć w tę wodę, którą pić ma gąbkę z lip. Gdyby raz już zarażone było, wtedy takowe gąbki spal na proch, którym zamięszaną wodę bydłęciu często dasz.

Prezentowane wyżej, a nie publikowane dotąd fragmenty zespołu akt rodziny Komierowskich są znakomitą ilustracją środków leczniczych i metod terapeutycznych stosowanych na przełomie XVIII i XIX wieku na ziemi kujawsko – pomorskiej.

Wiele z tych środków i teorii leczniczych przetrwało próbę czasu i warto o nich pamiętać. Także dzisiaj różne części zwierząt są

surowcem do produkcji leków, a współczesna nauka często potwierdza utrwaloną drogą empirii i praktyki skuteczność dawnej terapii.¹

¹ A. Drygas, *Narodziny leku. Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji*, w: *Historia medycyny*, pod. red. T. Brzezińskiego, Warszawa 2000, s.185 – 187.

OBRAZ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE NA PODSTAWIE TYGODNIKA ZDROWIE I ŻYCIE

Krzysztof Krajewski-Siuda, Krzysztof Kaczmarek

Zakład Polityki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna,
ul. Piekarska 18, 41 – 902 Bytom,
zpz@slam.katowice.pl

Wstęp

Ukazujący się od września 1940 roku tygodnik „Zdrowie i Życie” wedle otwarcie deklarowanego celu zapewniać miał należyty przepływ informacji w obrębie Izby Zdrowia. Stanowił on jeden z 19 periodyków wydawanych przez administrację okupacyjną. Wszystkie one podlegały pod Wydział Oświecenia Publicznego i Propagandy (*Fachabteilung für Volksaufklärung und Propaganda*) oraz Urząd Szefa Prasy w Generalnym Gubernatorstwie^{*}. Cechą łączącą wspomniane tytuły prasowe było silne zabarwienie ideologiczne. Istotę tego specyficznego elementu dodatkowego łatwiej będzie zrozumieć odwołując się do słów redaktora naczelnego „Zdrowia i Życia”, a jednocześnie autora najbardziej zideologizowanych artykułów, jakie gościły na tych łamach – Wenera Krolla. Misję nowego czasopisma ujął on w następujących słowach: „*Niniejsze czasopismo (...)*

^{*} Ta swoista podwójna zależność stanowiła wyraz dążeń gubernatora Hansa Franka do przejęcia całkowitej i niepodzielnej władzy nad okupowanymi obszarami.

założono pół roku temu nie po to aby marnować papier, lecz aby przez nie jako urzędowy organ Izby Zdrowia dać wszystkim zawodom leczniczym (...) możliwość zapoznania się z wymaganiami nowych czasów i możliwie szybkiego przestawienia się na nowe dane rzeczywistości.” [4]. Rola dziennika urzędowego w tej perspektywie wykroczyła znacznie poza organ czysto informacyjny przekształcając go w platformę „wychowywania” odbiorców, kształtowania ich postaw wedle zarysowanego przez władze okupacyjne schematu.

Cel pracy

Celem pracy było ukazanie specyfiki okupacyjnego systemu ochrony zdrowia budowanego w oparciu o założenia państwa totalitarnego. Istniejące piśmiennictwo odnoszące się do okresu Generalnego Gubernatorstwa zwykle koncentrują się na dwóch aspektach:

-zbrodni dokonywanych przez nazistowskich lekarzy (w tym przypadków eutanazji i eksperymentów na ludziach) [3,9,14];

-działalności konspiracyjnej polskich lekarzy.

Niniejsza praca omawia w oparciu o materiały zawarte w „Zdrowiu i Życiu” sposób zorganizowania i zasady panujące w systemie, a także konfrontuje treści zawarte w czasopiśmie z informacjami z innych źródeł, odnalezionych w toku kwerendy bibliotecznej oraz internetowej.

Materiał i metody

Analizie poddany został zbiór czasopisma „Zdrowie i Życie” z lat 1940-1942, pierwotnie należący do krakowskiego lekarza Leona Garlińskiego, a obecnie stanowiący własność współautora publikacji (Krzysztofa Krajewskiego Siudy). Ze względu na niekompletność zbioru (czasopismo ukazywało się do 1944 roku) przegląd nie miał charakteru systematycznego. Dobór artykułów do badań podyktowany był przyjętymi założeniami.

Materiały analizowano ze szczególnym zwróceniem uwagi na dwa aspekty:\d

- prezentowane rozwiązanie formalne w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia;

- zabarwienie propagandowe publikacji.

Uzyskane w ten sposób informacje poddane zostały konfrontacji z materiałem pochodzącym z kwerendy bibliotecznej i internetowej. Pozwoliło to na przeciwstawienie propagandowej wizji systemu ochrony zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, rzeczywistemu obrazowi służby zdrowia pozostającej pod zarządem okupacyjnym.

System ochrony zdrowia na terenie Generalnego Gubernatorstwa

Początek kształtowania zrębów nowego systemu sięga roku 1939. W listopadzie rozpoczęto szeroko zakrojoną akcję dyslokacji kadry medycznej w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

mieszkańców Generalnego Gubernatorstwa. W praktyce akcja ta obejmowała dwa działania:

1) segregację rasową poprzez odsunięcie żydowskich przedstawicieli zawodów medycznych od nieżydowskich pacjentów;

2) bardziej równomierne rozmieszczenie zawodów medycznych, które „(...) skoncentrowały się w niecelowy sposób po miastach” [4]. W praktyce oznaczało to przeniesienie niektórych lekarzy do pracy w ośrodkach wiejskich.

Obydwa działania poczytywane były jako kroki o zbawiennym wpływie na zdrowie społeczności zamieszkującej Generalne Gubernatorstwo, czego dowodem miło być rzekome zapobieżenie epidemii chorób zakaźnych zimą 1939/40. Co charakterystyczne, nie podano żadnych miarodajnych dowodów na rzeczywiste powodzenie podjętych kroków.

Zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania systemu miało utworzenie w oparciu o rozporządzenie Generalnego Gubernatora z 28 lutego 1940 roku Izby Zdrowia – organizacji zawodowej zrzeszającej lekarzy, dentystów, techników dentystycznych, felczerów i położne (4 maja 1940 roku do grupy tej dołączeni zostali także aptekarze). Tym samym zawodowe samorzady zawodów medycznych podzieliły los większości polskich organizacji i stowarzyszeń zlikwidowanych przez niemieckie władze okupacyjne.

Proces wcielania do nowego organu prześledzić można w oparciu o sprawozdanie z procesu włączania do Izby Zdrowia felczerów. Dnia 28 kwietnia 1940 roku delegacji Centralnego Związku

Felczerów przybyłej na spotkanie z zastępcą kierownika Izby Zdrowia, zakomunikowano, że wszystkie związki zawodowe zostały rozwiązane, a felczerzy, jako oddzielna grupa wcieleni zostaną do Izby Zdrowia. Przewodniczącym grupy mianowano byłego prezesa Centralnego Związku Felczerów – Stefana Galubę, któremu nakazano realizację następujących zadań:

- powiadomienie oddziałów związku o jego likwidacji,
- wezwanie członków do wpłacenia zaległych składek po dzień 1 września 1940 roku na rzecz Izby Zdrowia,
- likwidację lokalu centrali związku i zwolnienie pracowników,
- przekazanie inwentarza związku Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie,
- ustalenie dokładnych danych adresowych członków byłego związku.

Po dokonaniu powyższych czynności przewodniczący miał powiadomić wszystkich felczerów o wpisaniu ich na listę członków Izby Zdrowia (1).

Struktura terenowa Izby Zdrowia dzieliła się na 4 ekspozytury okręgowe – w Warszawie, Krakowie, Radomiu i Lublinie. Niemieccy lekarze urzędowi pracujący przy starostwach miejskich i powiatowych stali się pełnomocnikami Izby Zdrowia na podległym im terenie.

Izba Zdrowia w głównej mierze zajmowała się regulowaniem stosunków w obrębie zawodów medycznych. Jej działania wpisane były w pracę szerszego organu, jakim był Wydział Spraw Zdrowot-

nych przy Urzędzie Generalnego Gubernatora. Ciało to zakresem swych kompetencji obejmować miało całokształt spraw zdrowotnych, czego dowodem m.in. był zakres zadań wchodzących w jego skład XI referatów (10):

I – ogólna administracja łącznie ze sprawami osobowymi i budżetowymi;

II – zwalczanie chorób zakaźnych i ogólne sprawy zdrowotne;

III – zakłady lecznicze i opiekuńcze;

IV – kąpieliska państwowe, uzdrowiska, szpitale i instytuty lecznicze;

V – sprawy apteczne i środków leczniczych;

VI – opieka nad zdrowotnością w szkołach i wśród młodzieży;

VII – praca;

VIII – służba sądowo-lekarska;

IX – kolejnictwo;

X – Izba Zdrowia;

XI – Polski Czerwony Krzyż.

Taki sam podział obowiązywał w urzędach okręgowych Krakowa, Warszawy, Radomia i Lublinia (5).

Izba Zdrowia, która dzieliła się na 4 okręgi nadzorowała Powiatowe Rady Zdrowia, które powstawały przy starostwach powiatowych i miejskich. Kontrolni jednostek powiatowych podlegały z kolei Obwodowe Rady Zdrowia. Najmniejszymi jednostkami tego systemu były Rady Zdrowia oraz Wielkie Rady Zdrowia. Te pierwsze powoływane były w siedzibach indywidualnych lekarzy, drugie tworzone w siedzi-

bach wielu lekarzy. Za wyjątkiem Rad Zdrowia, gdzie kierownikiem zostawał lekarz, w którego siedzibie powstała rada, kierowników pozostałych rad powoływały jednostki bezpośrednio zwierzchnie, jednocześnie informując o tym fakcie swoich przełożonych (16).

Pomimo sztywnej struktury i tendencji do centralizacji ochrony zdrowia utrzymane zostały pozory systemu ubezpieczeniowego, poprzez podtrzymanie funkcjonowania instytucji ubezpieczalni społecznych (przy uprzedniej zmianie kierownictwa tych instytucji na niemieckie). W relacji prezentowanej przez „Zdrowie i Życie” proces przekształceń w warszawskiej ubezpieczalni społecznej po przejęciu jej zarządu przez niemieckich specjalistów prezentowany jest jako akt o zbawiennych skutkach dla pacjentów korzystających z usług tej instytucji. Pod adresem przedwojennych lekarzy Ubezpieczalni wysuniętych zostało wiele oskarżeń. Postrzegano ich jako konformistów, dążących jedynie do zapewnienia sobie wygodnego bytu, dla których umowa z ubezpieczalnią była środkiem zapewnienia stałego źródła wysokich dochodów. Podważano ich kwalifikacje zawodowe, które miały być na tyle niskie, że powodowały trudności w kierowaniu pacjenta do właściwego specjalisty. Brak odpowiedniej wiedzy i umiejętności miały stanowić główny powód zwolnienia z pracy 50 polskich lekarzy domowych. Pozostałych skierowano na specjalne kursy dokształcające prowadzone przez „*pierwszorzędne siły zawodowe*”(15).

Prowadząc reorganizację nie omieszkało zadbać o segregację rasową, przejawiającą się zwolnieniem wszystkich żydowskich

lekarzy ubezpieczalni oraz zatrudnieniem 10 niemieckich lekarzy do opieki nad obywatelami III Rzeszy przebywającymi w Generalnym Gubernatorstwie (15).

Lekarze domowi pozbawieni zostali personelu pomocniczego, przez co odpowiedzialność za realizację wszystkich procedur społeczęła wyłącznie na nich. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach wolno im było ubiegać się o przydzielenie do pomocy np. pielęgniarki. Obowiązkiem lekarzy domowych stała się konieczność pełnienia służby pogotowia przez 24 godziny na dobę. Instrumentem blokującym możliwość pojawienia się nieuzasadnionych wezwań, poza godzinami zwykłej ordynacji, była groźba wyciągnięcia konsekwencji wobec osób dopuszczających się tego typu zachowań (15). Biorąc pod uwagę, iż ubezpieczalnia postrzegana była jako część aparatu państwowego prawdopodobnie problem nieuzasadnionych wezwań stanowił zjawisko marginalne, skutecznie hamowane lękiem przed władzami okupacyjnymi. Jest to jednak tylko hipoteza, ponieważ brak jest jakichkolwiek rzetelnych danych, umożliwiających jej zweryfikowanie.

Do 1 stycznia 1941 roku stosunki pomiędzy ubezpieczalnią a lekarzami podlegały regulacjom zawartym w przedwojennych przepisach polskich (*Zasady ogólne w sprawie umów pomiędzy lekarzami i ubezpieczalniami społecznymi z 24 lutego 1939 roku*).

Zmiana przepisów nastąpiła na mocy *Zasad Ogólnych* wydanych 24 czerwca 1941 roku przez kierownika Głównego Wydziału

Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa. Jednym posunięciem zlikwidowano wówczas komisje: kwalifikacyjną, specjalną i administracyjną, oddając sprawy powoływania i zwalniania lekarzy oraz badania uchybień w ręce kierownika ubezpieczalni oraz lekarza naczelnego. Zmieniono także zasady zawierania umów. Obowiązujące wcześniej przepisy polskie nakazywały zawieranie umów zbiorowych pomiędzy ubezpieczalnią a związkiem zawodowym lekarzy działającym na danym obszarze. Wyjątki stosowano jedynie w przypadku, gdy na danym terenie nie było odpowiedniej organizacji zawodowej, do której można by się zwrócić. Nowe przepisy znosiły umowy zbiorowe, nakazując podpisywanie tylko i wyłącznie umów indywidualnych. W ich treści miały się znajdować przede wszystkim postanowienia dotyczące miejsca i czasu pracy, zakresu działalności, wynagrodzenia oraz okresu wypowiedzenia. Warunkiem zawarcia umowy miało być figurowanie lekarza w spisie lekarzy Izby Zdrowia oraz posiadanie doświadczenia odpowiedniego do pełnienia funkcji lekarza ubezpieczalni. Lekarzom ubezpieczalni pozostawiono możliwość prowadzenia prywatnych praktyk, jednak z listy ich pacjentów wykluczone zostały osoby posiadające ubezpieczenie (2).

Totalitarny kształt systemu

Ideologia nazistowska podobnie jak każdy totalitaryzm postawiła jednostkę w roli elementu drugoplanowego, na czoło wysuwając zbiorowość i swoje rozumienie jej celów i interesów. Zbiorowość (czy też raczej w przypadku tej ideologii naród) stanowić miała byt dosko-

nalszy, wobec którego jednostka odgrywać mogła jedynie służalczą rolę. W tym duchu przebiegała budowa mitu Rzeszy Wielkoniemieckiej, która miała być „stać się czynnikiem decydującym w Europie”. Przytoczony cytat zaczerpnięty został z artykułu Wenera Krolla* o jakże znamiennej tytule: „*Dąż zawsze do całości, a jeżeli sam nie możesz być tą całością, przyłącz się do niej jako członek pozostający w służbie całości*” (6). Spośród przeanalizowanych artykułów właśnie ten stanowi doskonały przykład pisma propagandowego skierowanego do określonej i specyficznej grupy odbiorców, jakimi bez wątplenia byli przedstawiciele zawodów medycznych. Ten oraz podobne artykuły strictly propagandowe stanowiły niezwykle istotny element „Zdrowia i Życia”, pojawiając się w nim z równie często, co artykuły kliniczne. Ich zadanie było klarowne – miały wykształcić u czytelnika „właściwą” postawę wobec nowej rzeczywistości. Ze względu jednak na fakt odwoływania się do odbiorcy dobrze wykształconego rzadziej następowały tu odwołania do argumentów emocjonalnych. Dążeniem autorów było nadanie tekstom pozorów racjonalności. Dobrym przykładem jest to wspomniany już artykuł „*Dąż zawsze do całości...*”.

Wychodzi on od podważenia dotychczasowych kanonów nauki i jej tendencji do rozpatrywania w sposób partykularny działania elementów składających się na większe całości. Ta tendencja do cią-

* dr med. Werner Kroll – organizator Izby Zdrowia (Gesundheitskammer) w Krakowie – był pierwszym redaktorem „Zdrowia i Życia”, po nim w 1944 roku redakcję objął dr med. Max Seyffert. W ciągu pięciu lat (od 1 IX 1940 do 15 VII 1944) ukazało się 161 numerów czasopisma.

głego dzielenia na coraz drobniejsze elementy przedstawiona zostaje jako błędna spirala prowadząca do nikąd i niedająca żadnych odpowiedzi, a jedynie mnożąca zwątpienie w możliwości poznawcze człowieka. W przeciwieństwie do tych założeń nazistowska koncepcja zakładała rozumienie części tylko i wyłącznie z punktu widzenia całości, a zatem z punktu widzenia roli jaką część odgrywa względem całości. Idea ta stała się podstawą szerszego projektu społecznego, którego celem ostatecznym miał być „(...)organizm europejski, w którym poszczególne narody i ludzie mają do spełnienia podobną rolę jak narządy i komórki w żywym organizmie(...)”(6).

Jaką rolę w tym organizmie społecznym odgrywać mieli przedstawiciele zawodów medycznych? Hitlerowska administracja uznała, że z racji swego wykształcenia jest to grupa o szczególnym znaczeniu dla powodzenia „przebudowy” ładu społecznego. „*Stanowisko zawodów leczniczych w Generalnym Gubernatorstwie będzie zależało od tego czy użyją całego swego wpływu by ten nowy porządek wprowadzić tak szybko, jak to tylko jest możliwe, czy też chcą pozostać sługami charlejącej śmiertelnie epoki życia Europy, której wewnętrzna niemoc i pustka doprowadziła wreszcie do przyspieszonego rozpadu w ostatnich miesiącach*”. Rolą zawodów leczniczych w Generalnym Gubernatorstwie stało się zatem nie tylko dbanie o zdrowie pacjentów, lecz także nakłonienie ich do pogodzenia się z nową rzeczywistością, w której „*Generalne Gubernatorstwo jako ojczyzna narodu polskiego jest częścią składową wielkoniemieckiego zakresu władzy*”(6).

Deprecjacja znaczenia jednostki i jej podporządkowanie interesom narodowym znalazła odbicie w nazistowskiej wizji stosunków lekarz-pacjent. Elementem odzwierciedlającym tę nową sytuację stało się specyficzne podejście do zagadnienia tajemnicy lekarskiej, obowiązujące w III Rzeszy i przeniesione na obszar Generalnego Gubernatorstwa. Wprowadzie paragraf 13 ordynacji lekarskiej Rzeszy z 13 grudnia 1935 roku groził karą więzienia do 1 roku osobom, które naruszyły tajemnicę lekarską, to jednak ordynacja zawodowa z 5 listopada 1937 roku wprowadziła szereg wyjątków uzasadnionych obowiązkiem prawnym, moralnym lub innym celem, *„który zdrowy instynkt społeczny uważa za słuszny”*. Na mocy tych przepisów lekarz zobowiązany był do udzielenia informacji m.in. urzędom i przedstawicielom partii. W niektórych przypadkach był także zobowiązany do powiadomienia kierownika zakładu pracy. W świetle tych faktów tajemnicę lekarską uznać należy raczej za mit, a nie realnie istniejącą instytucję ochrony praw pacjenta.

Antysemityzm i segregacja rasowa

Kolejnym elementem przeniesionym wprost z nazistowskiej ideologii do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia było jego wyraźnie antysemityczne nastawienie. Wykluczenie żydowskich przedstawicieli zawodów medycznych z procesu leczenia pacjentów innego pochodzenia etnicznego od początku budowania nowej służby zdrowia traktowane było przez władze okupacyjne jako jeden z priorytetów. W celu uwiarygodnienia tego procesu nadawano mu pseu-

do-racjonalne przesłanki, motywując segregację dobrem pacjentów. W szerzonej na łamach „Zdrowia i Życia” propagandzie dominował obraz Żydów jako roznosicielei chorób zakaźnych – wynikających z ich rzekomo niehigienicznego trybu życia. Efektem miało być, iż „(...) brud, zawszenie, a w związku z tym tyfus plamisty niewątpliwie najczęściej występowały u żydowskiej części ludności”(5). Na tej podstawie orzeczono, iż należy odsunąć żydowskich lekarzy i pielęgniarki od łóżek pacjentów, uznając, że za ich pośrednictwem mogłyby dochodzić do przenoszenia chorób zakaźnych ze społeczności żydowskiej na innych członków społeczeństwa.

Jeśli ten argument nie byłby dla odbiorcy dostatecznie przekonujący postanowiono wesprzeć go poprzez zdyskredytowanie żydowskich lekarzy w oczach ich polskich kolegów poprzez publikację listy rzekomych skarg kierowanych do Izby Zdrowia. Trudno oceniać na ile lista ta miała jakiegokolwiek wsparcie w rzeczywistych głosach docierających do Izby, a na ile był to tylko i wyłącznie kolejny wybieg propagandowy. Na liście znalazły się głównie oskarżenia o stosowanie nieuczciwych praktyk mających na celu odbieranie pacjentów innym lekarzom oraz wyzyskiwanie pacjentów. Szczegółowe zarzuty dotyczyły m.in.:

- zatrudnianie „naganiaczy” dbających o stały napływ pacjentów;
- umowy z położnymi, które zobowiązywały się do wzywiania danego lekarza do każdego porodu niezależnie od rzeczywistej potrzeby;

- brak odpowiednich kwalifikacji;
- bezprawne podszywanie się pod tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, niemające otwierzenia w faktycznym przygotowaniu;
- zaniżanie cen usług (7, 8).

Ten szeroko zakrojony atak na lekarzy żydowskich skutecznie zamknął im możliwość wykonywania zawodu wśród ludności nieżydowskiej. Zaznaczyć należy w tym miejscu, iż według szacunków podawanych przez samą Izbę Zdrowia działania te dotknęły ponad 1/3 spośród ogółu przedstawicieli zawodów medycznych na terenie Generalnego Gubernatorstwa.

Propaganda, a rzeczywistość polskiego lecznictwa w okresie okupacji

W kontraście do zapewnień o „właściwym i zbawiennym” działaniu zmienionego systemu ochrony zdrowia pozostawały realia, w jakich na co dzień funkcjonowały placówki lecznicze. Władze okupacyjne drastycznie ograniczyły ilość środków przeznaczanych na leczenie. W okupowanej Warszawie uległy one zmniejszeniu do ok. 1/5 zwyczajowych wydatków miasta w tym zakresie (dane dotyczą porównania pomiędzy latami 1938/39) (13). W kolejnych latach, głównie dzięki naciskom ze strony polskich lekarzy oraz istniejącego zagrożenia wybuchem epidemii, udało się je podnieść do ok. 44% (wg zapisów na lata 1943/44) [13]. Nie sposób zweryfikować, na ile rzetelne są przedstawiane wyliczenia.

Jednocześnie dość szybko pojawił się problem braku personelu medycznego. Już w 1940 roku władze okupacyjne zmuszone zostały do zwolnienia polskich lekarzy przetrzymywanych w oflagach. Dodatkowo w samej tylko Warszawie konieczne stało się zatrudnienie ok. 1000 osób jako tzw. pracowników odróbkowych, pracujących w zamian za środki otrzymywane z pomocy społecznej.

W tym samym czasie z dużymi trudnościami zaopatrzenia w borykały się szpitale w całym kraju. Wg wyliczeń przeprowadzonych dla oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie na wszystkich pacjentów oddziału (350 osób) przypadło 20 ml 20% glukozy, 2,5 ml koraminy, 8-10 tabletek preparatów sulfonamidowych. Na 250-370 zabiegów chirurgicznych przeprowadzanych miesięcznie dysponowano 7 par rękawiczek gumowych (11).

Przykład krakowskiej Ubezpieczalni wskazuje, że oszczędności szły znacznie dalej. Nie dotyczyły jedynie wydatków na środki lecznicze, lecz objęły również obniżenie poborów lekarzy, redukcję kwot zasiłkowych, wstrzymanie zasiłku szpitalnego dla osób samotnych, ograniczenie bezpłatnych świadczeń dla rodzin. Od marca 1940 roku zaprzestano wypłacania ubezpieczonym wszelkich świadczeń finansowych (11).

Niezwykłe trudna sytuacja wymusiła na polskich lekarzach konieczność stosowania wyjątkowych metod działania dla uzyskania większej puli środków na leczenie, łącznie z wykorzystaniem argumentów rasistowskich. Stanczewski przytacza przypadek, kiedy to wspólnie z dr Marcinem Kacprzakiem posłużyli się wyciągiem z pra-

cy jednego z berlińskich profesorów (autor nie jest podany), stawiającym tezę, że śmiertelność Niemców chorych na dur plamisty jest sześciokrotnie wyższa niż Żydów. Bez względu na zasadność przytaczanego argumentu posłużono się nim w celu podsycania poczucia zagrożenia wśród władz okupacyjnych, a poprzez to skłonienia ich do zwiększenia środków dla szpitali (13).

Pomimo tego typu działań, sytuacja zdrowotna populacji w Generalnym Gubernatorstwie ulegała stałemu pogorszeniu, czego dobitnym przykładem były dane dotyczące śmiertelności wśród dzieci poniżej jednego roku życia. W 1937 notowano 100 zgonów na 1000 urodzeń. W 1941 roku liczba ta wzrosła do 169 zgonów na 1000 urodzeń (12). Nie stanowi to zaskoczenia, jeśli zestawimy prezentowane powyżej fakty ze stanowiskiem dotyczącym opieki medycznej wyrażonym przez Wetzel-Hechta, jedną z osób odpowiedzialnych za kształtowanie opieki zdrowotnej na okupowanym terenie, wyrażonym podczas konferencji lekarzy niemieckich w 1939 roku (11). Mówił on n. in., że: *„Opieka lekarska ma się ograniczyć z naszej strony do zapobiegania zawleczeniu epidemii na tereny Rzeszy. Jak dalece zapewniona jest opieka lekarska przez polskich lub pozostałych jeszcze żydowskich medyków, nie interesuje nas, tak samo nie interesuje nas sprawa kształcenia lekarzy. Wszystkie środki, które służą zmniejszeniu urodzin należy tolerować lub popierać”* (11).

Podsumowanie

Przegląd artykułów ukazujących się w „Zdrowiu i Życiu” w ciągu 3 lat (1940-1942) ukazuje obraz systemu opieki zdrowotnej jako instrumentu państwa totalitarnego. Schemat organizacyjny, stosowane rozwiązania i założenia w całości uznać należy za podporządkowane strategii budowania ładu społecznego w oparciu o ideologię nazistowską. Pomimo zachowania pozorów zdecentralizowania w sferze deklaratywnej, dążeniem organizatorów systemu było przekształcenie lekarzy w quasi-funkcjonariuszy państwowych, realizujących propagandowe koncepcje władz. Jednocześnie konfrontacja doniesień zawartych w „Zdrowiu i Życiu” z informacjami dostarczanymi przez praktykujących lekarzy oraz badaczy okresu okupacji wskazuje na głębokie zafałszowania, jakich dopuszczano się na łamach czasopisma dla ukrycia rzeczywistych warunków funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz zbrodniczych celów, jakie stawiały przed nim władze okupacyjne.

Pismienictwo

1. Galusa S.: *Sprawozdanie o działalności grupy zawodowej felczerów po dzień 31. 1. 1941 r.* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1941, 9(26), 70-72.
2. Görlich: *Nowe przepisy prawne dla lekarzy w ubezpieczeniu społecznym w Generalnym Gubernatorstwie* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1941, 34(51), 231-233.
3. Jaroszewski J.: *German Extermination of Psychiatric Patients in Occupied Poland 1939-1945.* <http://www.projectinposterum.org/docs/Jaroszewski1.htm>.
4. Kroll W.: *Zawody lecznicze jako rzecznicy idei społecznej* Zdrowie i Życie, Dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1941, 11(28), 81-85.

5. Kroll W.: *Izba Zdrowia* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1940, 1.
6. Kroll W.: *Dąż zawsze do całości, a jeżeli sam nie możesz być tą całością, przyłącz się do niej jako członek pozostający w służbie całości.* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1940, 2, 9 -11.
7. Kroll W.: *Moralność zawodów leczniczych a żydostwo,* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1941, 12(29), 89-91.
8. Kroll W.: *Moralność zawodów leczniczych a żydostwo (Dokończenie).* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1941, 13(30), 97-102.
9. Mikulski J.: *Medycyna hitlerowska w służbie III Rzeszy.* Warszawa 1981.
10. Müller F.: *Organizacja spraw zdrowotnych w Generalnym Gubernatorstwie.* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1940, 2(2), 12.
11. Olbrycht J.: *Sprawy zdrowotności w Generalnej Guberni.* [w:] *Okupacja i medycyna.* Trzeci wybór artykułów z "Przeglądu Lekarskiego - Oświęcim" z lat 1961-1970, Warszawa 1971, 83-102.
12. Sroczyński K.: *Szpitala warszawskie w okresie okupacji hitlerowskiej* [w:] *Okupacja i medycyna.* Trzeci wybór artykułów z "Przeglądu Lekarskiego - Oświęcim" z lat 1963-1976, Warszaw, 1977, 202-220.
13. Starczewski J.: *Uwagi o służbie zdrowia w okupowanej Warszawie.* [w:] *Okupacja i medycyna.* Trzeci wybór artykułów z "Przeglądu Lekarskiego - Oświęcim" z lat 1963-1976, Warszawa, 1977, 221-229.
14. Sterkowicz S.: *Lekarze w służbie Bestii.* Służba Zdrowia 55-58 (3456-3459); <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/html/more3456b.php>.
15. Vieweg C.: *Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1940, 14, 105-107.
16. *Zarządzenie o utworzeniu Rad Zdrowia jako podrzędnych organów Izby Zdrowia.* Zdrowie i życie dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, 1940, 7, 51-54.

KSZTAŁCENIE PIEŁĘGNIAREK W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO–POMORSKIM W CZORAJ I DZIŚ

Mirosława Kram, Andrzej Kurylak, Alicja Przybysz

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
C M w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz,
kramm@cm.umk.pl

W okresie międzywojennym kształcenie pielęgniarek miało miejsce w Krakowie, Poznaniu i Warszawie. W okresie powojennym, dopiero w latach pięćdziesiątych nastąpił dynamiczny rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego, czego przykładem było otwarcie w Bydgoszczy w 1954 r. Państwowej 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, a w następnych latach kolejnych w 9 miastach woj. bydgoskiego. Wszystkie szkoły kształciły pielęgniarki wg planów i programów nauczania zatwierdzanych przez ówczesne: Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Bazę dla nauczania praktycznego uczennic stanowiły szpitale ogólne i przychodnie na terenie miast.

Transformacja szkolnictwa pielęgniarskiego oraz upowszechnienie wyższego kształcenia pielęgniarek zgodnie z europejskim porozumieniem w sprawie kształcenia pielęgniarek, spowodowało likwidację średniego szkolnictwa medycznego.

Obecnie zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej kształcenie pielęgniarek jest realizowane w systemie 3-letnim, co pozwala na uzyskanie wyższego wykształcenia oraz tytułu zawodowego: licencjata pielęgniarstwa. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu jest realizatorem projektu pt. „*Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim*”. Projekt jest skierowany do czynnych zawodowo pielęgniarek - absolwentek medycznego studium zawodowego oraz liceum medycznego, które wyrażają chęć podwyższenia kwalifikacji zawodowych i udokumentują związek z woj. kujawsko-pomorskim.

Początki pielęgniarstwa

Zanim pielęgniarstwo stało się zawodem, przedmiotem nauczania i kształcenia, społeczno-przyrodniczą nauką praktyczną, przeszło długą drogę „ewolucji” (1). Od opieki w epoce ludów pierwotnych i starożytności, przez okres średniowiecza, w którym dominowało miłosierdzie, okres odrodzenia i oświecenia nieprzynoszący chluby pielęgniarstwu, poprzez rok 1860 do wieku XX, w którym to sięgnęło podstaw naukowych.

Wiek XIX rozpoczął erę pielęgniarstwa nowoczesnego. Jego twórczynią była Angielka Florencja Nightingale (2). Urodzona 12 maja 1820 roku we Florencji, w zamożnej, arystokratycznej rodzinie, otrzymała staranne wychowanie i wykształcenie. W ciągu licznych podróży po Europie zawsze przy okazji zwiedzała szpitale. Poznała wielu ludzi, zdobywała wiedzę ukierunkowaną na pielęgniar-

stwo. Momentem przełomowym w jej życiu był udział w wojnie krymskiej – w 1854 r. i opieka nad chorymi i rannymi żołnierzami angielskimi. Dzięki wielkim umiejętnościom organizacyjnym, twardej dyscyplinie i ofiarnej pracy Florencja Nightingale wraz z 38 pielęgniarkami dokonała rewolucyjnych wręcz zmian. Oddzieliła chorych zakaźnie od rannych. W nocy obchodziła sale chorych z lampą (stąd symbolem pielęgniarstwa jest paląca się lampka oliwna). Po wojnie wróciła do Anglii. W 1860 roku w Londynie przy szpitalu św. Tomasa założyła szkołę przygotowującą do zawodu pielęgniarki. Wkład F. Nightingale do pielęgniarstwa wyraził nową koncepcją świeckiego i humanitarnego pielęgniarstwa. Pierwsze absolwentki „londyńskiej” szkoły propagowały idee w krajach, z których pochodziły: w Europie, Ameryce Północnej, Afryce i Australii. Szkoły miały szczegółowo opracowany program nauczania i szkolenia. Zasady stanowiące podstawy programu nauczania nosiły jednak wyraźnie znamiona reguł klasztornych i wojskowych, których wpływ odczuwa się jeszcze do dzisiejszych czasów (zwracanie się do pielęgniarki – siostró, noszenie przez pielęgniarki mundurków pielęgniarskich, nazywanie stanowisk kierowniczych: naczelną pielęgniarką, przełożoną pielęgniarek, itp).

Rozwój pielęgniarstwa w Polsce

Rozwój pielęgniarstwa na ziemiach polskich przypada na początek XX w. i wiąże się głównie z powstawaniem pierwszych szkół

oraz pierwszej organizacji zawodowej pielęgniarek, tj. Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Pierwszą szkołę otwarto w Krakowie w 1911 r. jako Szkołę Pielęgniarek Zawodowych Pań Ekonomek, św. Wincentego a Paulo. Weszła ona na trwałe do historii polskiego szkolnictwa pielęgniarskiego, a jej absolwentki Maria Epstein i Anna Rydlówna przekazały swym wychowankom idee ofiarnej pracy na rzecz chorych cierpiących. Po I wojnie światowej powstawały szkoły w Warszawie i Poznaniu, na ich czele stanęły jako dyrektorki pielęgniarki z USA. Szkoły te powstawały dzięki współdziałaniu władz, społeczeństwa i fundacji Rockefellera. W okresie międzywojennym jedną z najbardziej zasłużonych pionierek szkolnictwa i pielęgniarstwa polskiego była Zofia Szlenkierówna. Ufundowany przez nią szpital im. Karola i Marii (Szlenkierów) stał się miejscem odbywania praktyk pielęgniarskich z zakresu pielęgniarstwa dziecięcego (szpital uległ zniszczeniu w czasie Powstania Warszawskiego). Wielce zasłużoną pielęgniarką okresu międzywojennego i powojennego była wspomniana już Hanna Chrzanowska, nauczycielka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarstwa w Krakowie, redaktor naczelny „Pielęgniarki Polskiej”. Uznawana jest za twórczynię pielęgniarstwa domowego (środowiskowego, rodzinnego). Pielęgniarstwo polskie pod względem zawodowego przygotowania kadry pielęgniarek dyplomowanych osiągnęło w tym okresie wysoki poziom (3).

Okres historyczny, jakim były lata wojny i okupacji – to dzieje ofiarnej pracy polskich pielęgniarek działających w trudnych warunkach życiowych, organizowanie tajnego nauczania pielęgniarskiego

i sanitarnego, służba w jednostkach wojska polskiego na wszystkich frontach, w partyzantce i powstaniu warszawskim.

Okres po II wojnie światowej charakteryzował się dynamicznym, aczkolwiek nierównomiernym rozwojem. Złożyło się na to kilka przyczyn, min. konieczność uzupełnienia braków kadrowych. Także pod wpływem rozwoju medycyny i techniki medycznej pielęgniarstwo często odsuwała się od zadań opiekuńczych. Mimo to następowały sukcesywnie przeobrażenia w organizacji opieki i metodach pracy pielęgniarstwa. Nastąpił wzrost liczby placówek szkolnictwa pielęgniarstwa, w zależności od bieżących potrzeb i aktualnej polityki władz w stosunku do pielęgniarstwa.

Rozwój pielęgniarstwa w województwie kujawsko–pomorskim (dawniej bydgoskim)

Powstała w 1954 r. na terenie m. Bydgoszczy Państwowa

3-letnia Szkoła Pielęgniarstwa była pierwszą w ówczesnym województwie bydgoskim szkołą kształcąca do zawodu pielęgniarstwa (4). Mieściła się ona w gmachu II LO im. Mikołaja Kopernika przy ul. Nowodworskiej. W wyniku egzaminu wstępnego dokonano naboru do dwóch klas pierwszych. Każda z nich liczyła 40 uczennic. Była to typowa szkoła mundurowa. Uczennice nosiły szare sukienki z harcerskiego płótna, przybrane w białe kołnierze i mankiety. Wówczas przyszłe pielęgniarki musiały opanować przedmioty ogólnokształcące z zakresu klasy pierwszej i drugiej szkoły średniej. Równolegle zdobywano wiedzę z przedmiotów zawodowych. Lekarze:

Ferdynand Tyloch, Franciszek Narożny, Jan Goc, Stanisław Adamczak, nauczali tzw. przedmiotów klinicznych - od anatomii i fizjologii do interny, chirurgii, pediatrii, farmakologii. Mgr Stefan Sukniewicz nauczał łaciny szczególnie podkreślając aspekty medyczne języka. Nauczycielkami uczącymi praktycznej nauki zawodu były: Krystyna Ropińska, Janina Tomaszewska, Stanisława Felcyn, Janina Kozłowska, Danuta Sielewicz. Praktyki zawodowe odbywano w Szpitalu Ogólnym nr 1, Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oraz przychodniach na terenie miasta. Szkoła dokonywała naboru kandydatek do 1957 r.. Ostatnie absolwentki opuściły szkołę w roku 1959. W tym samym roku, tj. w 1959, powołano Liceum Pielęgniarstwa na podbudowie dziewiątej klasy liceum ogólnokształcącego. Nauka trwała 4 lata. Wkrótce zatrudniono do pracy pedagogicznej absolwentki szkół pielęgniarstwa w Poznaniu i Warszawy. Były to: Ł. Żłobińska, B. Grzesiak, T. Sobień, Z. Lewandowska, G. Rutecka, I. Nitka, H. Kluk, A. Pawlikowska, które nauczały pielęgniarstw specjalistycznych wiele kolejnych roczników. Wiedzę z zakresu przedmiotów ogólnokształcących przekazywali nowozatrudnieni absolwenci wyższych uczelni i uniwersytetów, między innymi UMK w Toruniu.

W 1962 r. powołano Liceum Medyczne Pielęgniarstwa przyjmujące kandydatki na podbudowie 8 - letniej szkoły podstawowej. Nauka trwała 5 lat. Absolwentki w klasie 4 zdawały egzamin dojrzałości, a w klasie 5 egzamin z przygotowania zawodowego uzyskując tzw. dyplom pielęgniarstwa. Zainteresowanie zawodem pielęgniarstwem było coraz większe. W roku szkolnym 1962/63 dokonano naboru do

4 klas pierwszych. Szkoła systematycznie się rozbudowywała i rozszerzała nauczanie praktyczne o kolejne bazy szkoleniowe – były to: Szpital nr 2 (obecnie Szpital Miejski) oraz szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

W 1965 r. dla szkoły zaczął się okres przeprowadzek. Szkoła Podstawowa nr 61 przy ul. Kruczej stanowiła nowe jej miejsce. 1971 r. to kolejna przeprowadzka podobnie jak w poprzednich latach, tym razem do Szkoły Podstawowej nr 56 przy ul. Chorwackiej (obecnie Bośniackiej w dzielnicy - Wzgórze Wolności). W 1974 r. dyrektorem szkoły został mgr Jan Marszałec. Mimo trudności lokalowych szkoła rozbudowywała się – powstały nowe gabinety i pracownie oraz wydziały. Rok wcześniej powstało Medyczne Studium Zawodowe nr 3 z wydziałem Pielęgniarstwa. Nauczanie w studium trwało 2 lata i kończyło się egzaminem z przygotowania zawodowego. Jednocześnie zatrudniono nowych nauczycieli do przedmiotów ogólnokształcących, przedmiotów pielęgniarских – mgr Hannę Dudę, mgr Jadwigę Cieślik oraz lekarzy - dra Andrzeja Dziedziczko wykładającego internę, dra Andrzeja Kapałę wykładającego chirurgię, dra Jana Karpińskiego wykładającego pediatrię.

Wydział Opiekunki Dziecięcej powołano w 1975 r.. Nauka trwała 4 lata i kończyła się maturą oraz dyplomem opiekunki dziecięcej. Absolwentki znajdowały zatrudnienie w placówkach wychowania zbiorowego: w żłobkach, domach małego dziecka, pediatrycznych oddziałach szpitalnych, sanatoriach dziecięcych. Dr Janina Kruś - le-

karz pediatra, z ogromnym zaangażowaniem prowadziła zajęcia lekcyjne z pediatrii, przekazując wiedzę o dziecku zdrowym i chorym.

W 1980 r. Kuratorium Oświaty i Wychowania powołało Zespół Szkół Medycznych. Dla jego potrzeb przydzielono samodzielny budynek szkolny przy ul. Stawowej. W skład nowopowstałego zespołu szkół weszły następujące wydziały: Liceum Medyczne Pielęgniarstwa, Liceum Medyczne – Wydział Opiekunka Dziecięca, Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa, Wydział Położnych, Wydział Fizjoterapii, Wydział Elektroradiologii, Wydział Farmacji, Wydział Analityki Medycznej.

Połączenie wszystkich średnich szkół medycznych na terenie Bydgoszczy nastąpiło w 1982 r.. Zespół Szkół Medycznych przeprowadził się do budynku przy ul. Swarzewskiej 10 w dzielnicy Bartodzieje. Szkoła stała się jedną z największych i najlepiej wyposażonych placówek szkół medycznych w kraju. Dysponowała także Bursą Średnich Szkół Medycznych. Znacznie rozrosła się kadra dydaktyczna szkoły, szczególnie w zakresie nauczania do zawodu pielęgniarskiego. Jej trzon stanowiły absolwentki studiów pielęgniarskich z Akademii Medycznych z Poznania i Lublina.

W nowym Zespole Szkół Medycznych wszystkie wydziały przeżyły wielką uroczystość nadania szkole imienia dr Emila Warmińskiego. Obyła się ona w 1986 r. w Filharmonii Pomorskiej i została uświetniona obecnością córki lekarza, pani Sławy Warmińskiej-Zollowej. Tego samego dnia w hollu szkoły nastąpiło odsłonięcie popiersia patrona (5).

Warmiński - lekarz i działacz narodowy, urodził się w Bydgoszczy w 1881 roku. Mając 17 lat zdał maturę w gimnazjum bydgoskim (obecnie LO nr I). Bezpośrednio po maturze podjął studia medyczne w Niemczech. W maju 1905 roku wrócił do Bydgoszczy, rozpoczął praktykę lekarską. Był ofiarnym lekarzem. Włączył się w działalność narodową i społeczną bydgoskich Polaków. Przyczynił się do ożywienia działalności Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół”, był czynnie zaangażowany w pracach Towarzystwa Śpiewaczego „Halka”, Towarzystwa Przemysłowego. W 1907 r. zakupił dom przy ul. Gamma (dziś dr E. Warmińskiego 11) i zorganizował w nim Dom Polski, który wkrótce stał się prawdziwym centrum polskiego życia narodowo- społecznego i kulturalnego. Intensywna praca wyczerpywała Warmińskiego, chorującego od 1904 r. na gruźlicę, która stała się przyczyną jego zgonu. Zmarł 8 czerwca 1909 r. w Poznaniu. Ekspozycja do Bydgoszczy miała miejsce 12 czerwca. Pochowany został w grobowcu rodzinnym na cmentarzu Starofarnym w Bydgoszczy przy ul. Grunwaldzkiej 13.

W latach 90 nastąpiło stopniowe ograniczenie przyjmowania uczniów do Liceum Medycznego Pielęgniarstwa oraz Medycznego Studium Zawodowego. Był to wynik zmian dokonywanych w prawodawstwie polskim regulującym zasady uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki w związku z procesem dostosowawczym do wymagań prawa Unii Europejskiej. W latach 1954-1992 mury bydgoskiej szkoły opuściło 3989 absolwentów (4). Ostatnie absolwentki Liceum Medycznego Pielęgniarstwa w Bydgoszczy opuściły

mury szkoły w 1997 r., natomiast Medycznego Studium Zawodowego w 2000.

Na terenie woj. kujawsko–pomorskiego, utworzonego w 1999r, z dawnych województw: bydgoskiego, włocławskiego i toruńskiego funkcjonowały szkoły pielęgniarские w: Brodnicy, Grudziądzu, Inowrocławiu, Mogilnie, Nakle nad Notecią, Świeciu, Toruniu, Włocławku i Żninie.

Tradycje i symbole w rozwoju pielęgniarstwa

Wszystkie szkoły pielęgniarские oprócz funkcji kształcącej spełniały funkcje wychowawcze. Niezwykle ciekawa była obrzędowość szkoły. Uroczystości obchodzono tzw. czepkowanie, czyli nałożenie czepka pielęgniarского przed pójściem na pierwszą praktykę zawodową. Nałożenie czepka było symbolem pierwszego wtajemniczenia zawodowego. Mniej oficjalne, ale także uroczyste było „paskowanie”, czyli nakładanie na czepkę cienkiego czarnego paska. Do ważnych momentów należało wręczanie dyplomów a wraz z nim czepka pielęgniarского z czarną, szeroką aksamitką, odzwierciedlającą profesjonalizm w pielęgniarstwie. Absolwentki żegnając szkołę składały przysięgę zawodową oraz śpiewały hymn pielęgniarский: *„W świat niesiemy swe serca i siły, Wszędzie tam gdzie są ludzkie cierpienia, I gdzie łzy z bólu oczy wymyły, W duszę wkradły się iskry zwątpienia. W służbie naszej przodować będziemy, Dla ojczyzny – jej dobra pracować, A gdy trzeba i ginąć będziemy, Aby życie człowieka ratować. Sztandar nasz przeszedł wielkie dni chwały, Gdy*

*o wolność się walki toczyły, Pielęgniarki na frontach też były, I ofiar-
nie swą służbę pełniły. My nie chcemy, dziś wojen ni bojów, Dość
krwi bratniej i ofiar faszyzmu, My jesteście siostrami pokoju, Straż-
niczkami idei humanizmu”.*

Przedstawiona symbolika w pielęgniarstwie przez całe lata kształtowała tożsamość zawodową pielęgniarek. Współcześnie co-raz częściej jest stawiane pytanie: czy nadal i na ile symbole zawo-
dowe odgrywają rolę w kształtowaniu wzorów osobowych i tożsamo-
ści zawodowej pielęgniarek?

Pielęgniarstwo a Unia Europejska

Zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej kształcenie pielęgnia-
rek jest realizowane w systemie 3 – letnim/ 4600 godz. Pierwszy na-
bór kandydatów na Akademię Medyczną na Wydział Pielęgniarstwa
w Bydgoszczy (obecnie Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu) miał miejsce
w 1997 roku i trwa do dnia dzisiejszego. Kształcenie w systemie 3-
letnich studiów wyższych pozwala na uzyskanie tytułu zawodowego:
licencjata pielęgniarstwa. Uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa
jest możliwe przez kontynuację nauki na 2- letnich magisterskich
studiach uzupełniających w trybie dziennym i zaocznym. W celu
upowszechnienia wyższego wykształcenia wśród pielęgniarek - ab-
solwentek medycznego studium zawodowego oraz liceum medycz-
nego, uczelnia dokonuje naboru na studia uzupełniające w systemie
zaocznym. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK

w Toruniu jest realizatorem projektu pt. „Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim”, na który otrzymano dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej z EFS, w ramach Priorytetu 2 – „Wzmocnienie zasobów ludzkich w regionach”. Projekt jest skierowany do czynnych zawodowo pielęgniarek i udokumentują związek z woj. kujawsko-pomorskim (6).

Rozwój pielęgniarstwa województwa kujawsko-pomorskiego jest wypadkową nowych tendencji w pielęgniarstwie polskim od 1989 roku, polegających min. na transformacji podstawowego szkolnictwa pielęgniarskiego, upowszechnianiu wyższego kształcenia pielęgniarek zgodnie z europejskim porozumieniem w sprawie kształcenia pielęgniarek oraz zobowiązaniami wynikającymi z działań dostosowawczych prawa polskiego do dyrektyw Wspólnot Europejskich. Z

Streszczenie

W dotychczasowych dziejach pielęgniarstwa rozróżnia się dwa okresy: przednowoczesny i nowoczesny. Wielka zmiana została zapoczątkowana w połowie XIX wieku przez Florencję Nightingale. Założona przez nią szkoła stała się wzorem dla innych. W ciągu 50 lat szkoły takie powstały we wszystkich zakątkach świata. W Polsce pierwszą szkołą kształcąca do zawodu pielęgniarskiego, była Szkoła Pielęgniarek Zawodowych Pań Ekonomek św. Wincentego a Paulo; została otwarta w Krakowie w 1911 r.

Piśmiennictwo:

1. *Wrońska I.*: Badania naukowe w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo* 2000, 97, 1(30), 8-11.
2. *Szenajch W.*: Trzy pielęgniarki. PZWL, Warszawa 1959.
3. *Widomska –Czekajska T., Grajek –Jóźwik J.* (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1999.
4. Archiwum autorskie i Zespołu Szkół Medycznych w Bydgoszczy.
5. *Kutta J.*: Bydgoski Słownik Biograficzny. T 1, Urząd Miasta Bydgoszcz 1994, 111-112.
6. *Wiadomości Akademickie.* Pismo Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. 2007, 24, 22.

ŚLADAMI TORUŃSKICH ABSOLWENTÓW POLSKIEGO WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W EDYNBURGU

Marian Łysiak

Komisja Historyczna Kujawsko – Pomorskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu,
marianlysiak@wp.pl

Dramat II wojny światowej dotknął nie tylko polską ludność cywilną, ale także stojących w nierównej walce żołnierzy Wojska Polskiego. Aby uniknąć strat, podjęto decyzję o przemieszczeniu niektórych jednostek za granicę.

Wielu żołnierzy polskich, po internowaniu w roku 1939 w Rumunii lub na Węgrzech znalazło się w szeregach Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie utworzonych we Francji, a później w Wielkiej Brytanii. Byli wśród nich także lekarze i studenci wydziałów lekarskich z kraju i zagranicy.

Jednym z nich był prof. dr hab. med. Antoni Tomasz Jurasz (1882-1961) którego w dniu 22 października 1940 r. Rada Ministrów rządu polskiego w Londynie upoważniła do prowadzenia pertraktacji w imieniu Rzeczypospolitej z władzami Uniwersytetu Edynburskiego w sprawie utworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego (PWL). Dopiero 13 listopada 1940r. były dziekan Wydziału Lekarskiego i prorektor Uniwersytetu Poznańskiego uzyskał oficjalną zgodę na

utworzenie PWL przy Uniwersytecie w Edynburgu. Istotnego wsparcia udzielił komendant szpitala wojskowego na zamku w Edynburgu, przyjaciel Polaków, doktor honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego Francis A. A. Crew który prawdopodobnie był wykonawcą podobnych poleceń władz centralnych w Londynie. Oficjalne otwarcie PWL odbyło się 22 marca 1941 r. już podczas funkcjonowania uczelni. Studia podjęło 337 studentów, z których 227 uzyskało dyplomy lekarskie, a 19 z nich stopnie doktora medycyny. Dla 90% studia w PWL były kontynuacją nauki rozpoczętej w Polsce i za granicą. Najliczniejszą grupę stanowili studenci wojskowi (59%).

Do wyróżniających się absolwentów PWL, którzy wrócili do powojennej Polski zaliczyć należy: dr Emila Valisa, który wracając w roku 1947 przywiózł ze sobą do kraju całe wyposażenie Punktu Krwiodawstwa z Edynburgu, jako dar PCK dla Polskiego Banku Krwi. Wkrótce po osiedleniu się w Katowicach awansował do stanowiska kierownika Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa. Najwybitniejszym absolwentem PWL, który powrócił do Polski był późniejszy profesor Antoni Kępiński, kierownik Kliniki Psychiatrycznej UJ w Krakowie. Znaczącą rolę odegrali: dr Mieczysław Pietrzyk zatrudniony w I Klinice Chorób Wewnętrznych w Krakowie, a także lekarze Władysław Gałęcki i Bolesław Rutkowski, obydwoj pracujący w Instytucie Onkologii w Gliwicach. Pracę na stanowiskach ordynatorów i w administracji podjęli: dr Karol Konopacki ordynator oddziału laryngologii w szpitalu w Kaliszu, dr Zdzisław Teleszyński, późniejszy dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie i dr Kazimierz Parkita dyrektor

Wojewódzkiego Górniczego ZOZ-u w Katowicach. Inni objęli stanowiska asystenckie w szpitalach lub w ośrodkach wiejskich.

Z Toruniem - z tytułu urodzenia, nauki lub pracy związanych było sześciu absolwentów. Czworo z nich, którzy po uzyskaniu dyplomów z różnych powodów do kraju nie wróciło i dwóch, którzy po powrocie do kraju spotykali się z niechęcią lub odmową zatrudnienia w rodzinnym Toruniu. Tych pierwszych czworo to:

1. Bernard Antoni Wroński, ur. 27 grudnia 1912 r.. Matura w Gimnazjum im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Po wojnie osiedlił się w Kanadzie. Zajmował się chirurgią.
2. Zbigniew Marian Jedlina-Jacobson, ur. 3 września 1914 r. w Gnieźnie, syn zamieszkałego w Toruniu mjr dr med. Wojciecha Jedliny-Jacobsona (1886-1920), wielkiego patrioty, pisarza i działacza niepodległościowego. Zbigniew uzyskał maturę w Gimnazjum im. M. Kopernika w Toruniu. Zmarł w szpitalu 4 lipca 1943 r..
3. Anna Sokołowska, ur. 15 listopada 1922 r. w Toruniu, córka wybitnego chirurga urazowego, twórcy pierwszego w Polsce oddziału urazowego w Toruniu i Centrum Chirurgii Urazowej w Warszawie płk dr med. Tadeusza Mieczysława Sokołowskiego (1887-1965), po wojnie profesora Akademii Medycznej w Szczecinie. Osiedla ostatecznie w Kanadzie jako specjalista psychiatrii.
4. Krystyna Maria Kawa-Marska, ur. 28 marca 1923 r. w Toruniu. Po wojnie wyemigrowała wraz z mężem dr Mieczysławem Kawa,

absolwentem Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie, więźniem obozu w Starobielsku zwolnionym pod koniec sierpnia 1941r., który do Wielkiej Brytanii przybył jako żołnierz II Korpusu. Po ukończeniu PWL wraz z żoną osiedli w Kanadzie, gdzie dr Marska, uzyskawszy specjalizację pracowała jako konsultant w otolaryngologii (1).

Po II wojnie światowej spośród 18 absolwentów PWL, którzy wrócili do powojennej Polski do Torunia wróciło dwóch. Byli to chirurdzy: Bohdan Zdzisław Adamski i Lucjan Kręcki.

Oto przytoczone poniżej ich noty biograficzne:

Lek. med. Bohdan Zdzisław Adamski urodził się 12 października 1915r. w Kilonii (Niemcy) w rodzinie emigranta Leona Adamskiego, późniejszego urzędnika państwowego w Poznaniu i następnie Toruniu, oraz matki Stanisławy z Mączyńskich niepracującej zawodowo. Ojciec aktywnie działał w Związku Sokolów Polskich w Kilonii, a po powrocie do kraju również w Poznaniu i Toruniu. Brał czynny udział w Powstaniu Wielkopolskim. Bohdan uzyskał maturę w Gimnazjum Męskim im. Mikołaja Kopernika w Toruniu w roku 1934. Studia medyczne rozpoczął na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. W czasie okupacji pracował jako robotnik w Toruniu. Z uwagi na miejsce urodzenia i znajomość języka w roku 1942 rodzinę zmuszono do przyjęcia III grupy niemieckiej listy narodowej (DVL). W lipcu 1943 r. powołany został do służby wojskowej

w Wehrmachcie. Wkrótce skierowano go jako sanitariusza na front zachodni, do Francji. W sierpniu 1944 roku dostał się do niewoli angielskiej. Kiedy znalazł się w Wielkiej Brytanii przejęty został przez polskie władze wojskowe z zaleceniem kontynuowania studiów odkomenderowany został na PWL przy Uniwersytecie w Edynburgu. Tam, 5 grudnia 1946 roku, uzyskał dyplom lekarski (M. B. Ch. B, łac. medicinae baccalaureus, chirurgie baccalaurens).

W oczekiwaniu na transport do kraju, pracował w czasie od 1 lutego 1947 r. do 4 maja 1947 roku jako lekarz w obozie repatriacyjnym w Szkocji. Po powrocie do kraju, mimo usilnych starań nie znalazł pracy w Toruniu. Dnia 1 lipca 1947 r. podjął pracę w oddziale chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Świeciu nad Wisłą. Kolejnym miejscem pracy był Szpital Miejski w Grudziądzu, gdzie pracował w oddziale chirurgicznym kontynuując specjalizację (1949 -1952). Był również lekarzem przemysłowym w Grudziądzkich Zakładach Mięsnych i Zakładach Graficznych. W listopadzie 1952 roku przeniesiony został służbowo do Szpitala Powiatowego w Łasinie na stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego i dyrektora szpitala. Mimo trudności systematycznie przyczyniał się od rozwoju tamtejszego lecznictwa. Rozbudował i unowocześnił szpital, w którym zorganizował 4 oddziały szpitalne z obsadą ordynatorów, a liczba łóżek z 60 wzrosła do 120. Przyczynił się do utworzenia nowoczesnego laboratorium analitycznego, wzorowego zakładu rentgenowskiego, wybudowania awaryjnego ujęcie wody pitnej dla szpitala z zasilaniem własnym agregatem prądotwórczym. Zorganizował ośrodki zdrowia w Nicwał-

dzie, Wydrznie i Melnie. W roku 1969 na własną prośbę przeniesiony został do pracy w Ośrodku Zdrowia w Mokrem koło Grudziądza, którym kierował od 1 maja 1968 roku do 31 października 1976 roku. Dnia 1 listopada podjął pracę w Przychodni Rejonowej w Ciechocinku. Po przejściu na emeryturę pracował w niepełnym wymiarze godzin. W latach następnych, do roku 1995 był lekarzem w sanatoriach: Julianówka i Gracja. Od połowy lat 50-tych był radnym Powiatowej Rady Narodowej w Grudziądzu i przez wiele lat członkiem Komisji Zdrowia Powiatowej Rady Narodowej. Do jego zainteresowań pozazawodowych należały: turystyka górską (w szczególności rowerowa i piesza), literatura faktu, teatr oraz opera. Zmarł 28 grudnia 2001r, pochowany na cmentarzu komunalnym w Toruniu.

Doktor Adamski zawarł związek małżeński z Torunianką Stefanią Cieślak. Z małżeństwa urodziło się dwoje dzieci: córka Danuta Adamska, ur. 31 marca 1948 r., absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, z zawodu radca prawny oraz syn Ryszard Adamski ur. 23 stycznia 1959 roku, absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku, specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej, od roku 2001 ordynator Oddziału Urazowo-Ortopedycznego dla Dzieci i Dorosłych w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Toruniu.

Dr Bohdan Adamski wyróżniony został Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Srebrnym Krzyżem Zasługi. Kapituła Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w roku 1999 nadała

mu tytuł „Pro Gloria Medici”. Ostatnim miejscem zamieszkania był Ciechocinek (2).

Lek. med. Lucjan Kręcki urodził się 18 stycznia 1919r. w Berlinie z ojca Lucjana, inżyniera elektryka i matki Salomei z Nowakowskich. Od roku 1920 do 1942 zamieszkiwał w Toruniu przy ul. Podmurnej 1, gdzie ojciec prowadził zakład elektryczny. Naukę szkolną rozpoczął w roku 1925. Od 1936 r. uczęszczał do Państwowego Gimnazjum Męskiego im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Maturę uzyskał w roku 1936. W roku 1937 rozpoczął studia na Wydziale Rolniczo – Leśnym Uniwersytetu Poznańskiego (UP), z których po roku zrezygnował, przenosząc się na Wydział Lekarski UP. Do wojny roku 1939 zdołał ukończyć pierwszy rok studiów. We wrześniu w obawie przed spodziewanymi represjami Kręccy opuścili Toruń. W kwietniu 1941 r. za porozumiewanie się w języku polskim przez dwa tygodnie przebywał w toruńskim areszcie. Na początku roku 1942 podjął pracę jako robotnik, a następnie jako elektromonter.

W maju 1941 r. został aresztowany jako podejrzany o udział w podpaleniu Młynów Rychtera. Wkrótce znalazł się w obozie koncentracyjnym w Stutthofie, gdzie przebywał 6 miesięcy. Po powrocie do Torunia zatrudniony został jako robotnik, a następnie jako elektryk. W październiku roku 1942 wraz z rodziną został zmuszony do przyjęcia III-ej grupy niemieckiej listy narodowej (DVL), a w następnego roku powołany do armii niemieckiej. Do roku 1944 (w stopniu st. szeregowego) uczestniczył w wojnie na terenie Francji w okolicach Brestu. W lipcu 1944 r. dostał się do niewoli amerykańskiej.

W połowie listopada został przejęty przez polskie władze wojskowe. Jako studenta medycyny odkomenderowano go na Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu, gdzie przyjęty został na drugi rok studiów. Dyplom lekarza (gradus medicinae baccalaureus, chirurgie baccalaures) otrzymał 8 grudnia 1948 r. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczął starania o powrót do kraju. Wobec przeciągania się formalności podjął pracę w szpitalu (Tynemouth Infirmary) w North Shields, gdzie był asystentem w oddziałach chirurgicznym i ginekologicznym. Do kraju powrócił latem 1949 roku. Dnia 15 września 1949 r. rozpoczął pracę na stanowisku st. asystenta w oddziale chirurgicznym Szpitala Miejskiego w Toruniu. Po 5 latach pracy i uzyskaniu specjalizacji II stopnia wygrał konkurs na stanowisko dyrektora i ordynatora oddziału chirurgicznego Szpitala Powiatowego w Chełmży. Zamieszkał przy Rynku Garncarskim 5. Po 16 latach dyrektury w latach 1954-1970, po porozumieniu stron przeszedł do pracy w Poradni Chirurgicznej i Komisji Lekarskiej ds. Orzecznictwa w Przychodni Rejonowej w Chełmży.

Dr Kręcki był pasjonatem chirurgii. Poza nią kochał Bory Tucholskie, skąd wywodziła się jego rodzina. Lubił polować i zbierać grzyby. Związek małżeński zawarł w roku 1949 z Gertrudą z Affeltów z zawodu nauczycielką (zm. 2004 r.). Z małżeństwa tego urodziło się czworo dzieci: Ewa za mężem - Dałek, (ur. w roku 1950, ekonomistka), Lucjan, (ur. w roku 1951, mgr rolnictwa), Anna, (ur. w roku 1954, psycholog, zmarła w roku 2004) i Dorota, (ur. w roku 1956, opiekun społeczny). Dr Kręcki zmarł 22 marca 1986 r. z powodu raka krtani,

pochowany został w Toruniu na cmentarzu komunalnym przy ul. Wybickiego (3).

Od początków tworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu, jego polscy organizatorzy myśleli o przeniesieniu uczelni po wojnie do Polski. Mimo usilnych starań prof. Antoniego Jurasza, który w roku 1946 dwukrotnie w tym celu osobiście zwracał się do rządu polskiego w Warszawie propozycje tą potraktowano za każdym razem odmownie (4).

Po zakończeniu wojny w roku 1945 władze Uniwersytetu Edynburskiego licząc się ze zwiększonym napływem studentów brytyjskich podjęły decyzję o rezygnacji z naboru na I rok PWL, pozostawiając jedynie studentów IV i V roku. Tych z naboru na I rok studiów i studentów III roku rozproszono po innych uniwersytetach brytyjskich (5).

Siódmego grudnia 1945 r. prof. Jurasz zaproponował przejęcie Polaków chętnych do studiów medycznych przez zorganizowane przez niego Studium Lekarskie przy Szpitalu im. Ignacego Paderewskiego (6). Wykładali tam ci sami wykładowcy, co na PWL. Kończący studium uzyskiwali zaświadczenie upoważniające do ubiegania się o dyplom lekarski, bo aż 17-stu z 37 studentów otrzymało tego rodzaju zaświadczenie.

Uroczystość pożegnalna wychowanków tych obu polskich uczelni odbyła się 20 listopada 1949 r. na dziedzińcu Uniwersytetu w Edynburgu. Ostatni dziekan PWL prof. Jakub Rostowski w obecności władz brytyjskich wziął udział w odsłonięciu tablicy pamiątko-

wej na dziedzińcu uniwersytetu upamiętniającej działalność PWL w okresie II wojny światowej.

Streszczenie

Autor prześledził losy absolwentów Polskiego Wydziału Lekarskiego /PWL/ przy Uniwersytecie w Edynburgu (1941-1949) związanych z Toruniem jako miejscem urodzenia, nauki lub pracy.

Naukę podjęło 337 studentów i absolwentów, z których 227 uzyskało dyplomy lekarskie, a 19 z stopnie doktora medycyny. Spośród sześciorga z nich, czworo związanych z Toruniem, pozostało za granicą. Byli to: Bernard Antoni Wroński, Zbigniew Marian Jedlina-Jacobson, Anna Sokołowska i Krystyna Maria Kawa-Marska. Do już innej Polski powrócili: Bohdan Zdzisław Adamski (915-2001) i Lucjan Kręcki (919-1989). Autor przedstawił ich drogę do PWL oraz losy po powrocie do kraju.

Piśmiennictwo:

1. *Gąsiorowski J.*: Losy absolwentów Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu. Wyd. Mado, Toruń 2004.
2. Informacje od syna dr n. med. Ryszarda Adamskiego zamieszkałego w Toruniu. *Polski Almanach Med.* 1956, s. 2; Rostkowski J.: History of the Polish School of Medicine University of Edinburgh. The University of Edinburgh. 1955, 57, Gąsiorowski J.: Losy absolwentów Polskiego... ibidem 99-100.
3. *Jurasz A.*: Krótki przegląd działalności Szpitala im. I. Paderewskiego w Edynburgu. *Lek. Woj.* 1946, 37, 2-3, 189-191, 203; Meissner R.K.: Polski Wydział Lekarski w świetle „nowych” dokumentów archiwalnych [w:] *Księga Pamiątkowa w 80-lecie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu.* red. R.K. Meissner, Poznań 2001, 360-363; Kordek A.: Doksztalcanie podyplomowe polskich lekarzy wojskowych podczas II wojny światowej. *Lek.Woj.*2003, 79, 4, 239- 241; Własnoręcznie napisany życiorys dr L. Kręckiego z 30 października 1953r; Ankieta personalna Akt Osobowych Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Toruniu. Akta osobowe Personelu Medycznego Archiwum Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu;

Gąsiorowski J.: Losy absolwentów... ibidem : 169-170; Informacja od córki mgr Ewy Kręckiej-Dątek zamieszkałej w Toruniu.

4. *Machaliński Z.*: Nieudana próba przeniesienia Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu do Polski. Pamiętnik XIX Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji. Poznań 22-24 września 2000, Poznań 2002; Gąsiorowski J.: Losy absolwentów Polskiego ...ibidem: 75-76.
5. *Rostowski J.*: Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu(1941-1949) Nauka Polska na obczyźnie, Polskie Towarzystwo Naukowe na Obczyźnie, Londyn 1955, 1, 19-38.
6. *Tomaszewski W.*: Na szkockiej ziemi, Londyn 1976.

FAKTY I MITY O UZDRAWIAJĄCEJ MOCY RELIKWII ŚWIĘTEGO WALENTEGO

Małgorzata Łysiak-Seichter, Marian Łysiak

Komisja Historyczna Kujawsko – Pomorskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu,
mk_lysiak@poczta.onet.pl

Medycyna starożytna zazwyczaj nie oddzielała religii od uzdrawiania. Wyznawcy Asklepiosa, boga uzdrowiciela, wierzyli, że leczenie to proces również psychiczny, który może zajść dzięki modłom w jego świątyni. Chińczycy natomiast, przypisywali większą rolę uzdrawiania swoim bogom, ponieważ w kulturze tej już dzieci uczono o pozytywnym wpływie wiary na funkcjonowanie organizmu. Przez wieki czczono różne obiekty kultu z nadzieją na przychylną pomoc w walce z przeciwnościami losu, takimi jak choroba czy kalectwo. Ponieważ Jezus Chrystus i jego Apostołowie uzdrawiali, to samo mogli czynić w następnych wiekach święci. Po uznaniu chrześcijaństwa za religię państwową w cesarstwie rzymskim (391 rok) rozpowszechnił się kult męczenników-cudotwórców (12). Wydobywaniu z grobów ciał pierwszych świętych towarzyszyły często cuda, takie jak przywracanie wzroku ślepym, uzdrawianie chorych oraz wypędzanie demonów. Szczególną moc leczniczą przypisywano szczątkom świętych, którzy jeszcze za życia dokonali cudownych aktów uzdrawiania. Z czasem zaczęto przypisywać świętym szczególne moce w określonych przypadkach dolegliwości (8). Zyskiwali oni

miano patronów. Tworzono nawet tak zwane „apteki świętych” (11), czyli spisy patronów chorób, z których można było dowiedzieć się, jaki święty przyporządkowany jest do danej choroby lub danego organu ciała ludzkiego. Święci uzdrowiciele popularni byli przez następne stulecia (10). Im poważniejsze schorzenie, tym więcej świętych patronów wzywano na pomoc. Padaczka postrzegana jako ciężka przypadłość miała ich około 40-tu (1).

Najważniejszym z tej licznej grupy patronów padaczki był św. Walenty, znany obecnie szeroko jako patron zakochanych. Starożytnie imię Valentine pochodzi od przymiotnika *valens*, czyli *silny, zdrowy* (4). Miejsce w historii, św. Walentego jako patrona chorych cierpiących na padaczkę Marcin Luter przypisywał podobieństwu brzmienia jego imienia św. Walentego do niemieckiego słowa upadać (9). Z powodu istnienia kilku świętych o tym imieniu nie łatwo zidentyfikować historyczną postać świętego Walentego. W martyrologium rzymskim pod dniem 14 lutego widnieją dwie postacie świętych Walentych męczenników, jednego z Rzymu drugiego z Terni (Umbra). Bollandyści, jezuita belgijscy zajmujący się spisywaniem serii żywotów świętych pańskich, twierdzą, iż była to jedna i ta sama postać. Tłumaczą to faktem, iż kult świętego przewędrował do Terni, a potem w związku z brakiem dokładniejszych wiadomości poczytany został za kult lokalny, oddawany pierwszemu biskupowi tego miasta (5). Inni historycy opowiadają się natomiast za hipotezą, którą można by nazwać odwrotnością twierdzenia poprzedniego: to kult biskupa z Terni dostał się do Rzymu i zlokalizował przy *Via Flaminia*.

Jakkolwiek by było, jego wczesne świadectwa są dostateczne i pewne.

Nie sposób określić datę narodzin wczesnochrześcijańskiego kultu relikwii. W I wieku n.e. wielu chrześcijan było Żydami, którzy odmawiali oddawania czci obrazom i pamiątkom po świętych. Kiedy chrześcijaństwo dotarło do Azji Mniejszej, prawdziwego tygla kultur i religii, nie wszyscy popierali ten zakaz. Postaciami, które odegrały ważną rolę w propagowaniu kultu relikwii były święta Helena (ok.248-329), matka cesarza rzymskiego Konstantyna Wielkiego (324-337), organizując wyprawę do Ziemi Świętej po relikwie, oraz święty Ambroży (ok.340-397), doktor kościoła, odkrywając relikwie dwóch męczenników Gerwazego i Protazego. Chociaż zbieranie relikwii zawsze było częścią starszej tradycji, szła ich gromadzenia sięgnął zenitu w IV wieku (14). Na początku IV stulecia czczono już grób Walentego męczennika, nad którym papież Juliusz I wybudował bazylikę, natomiast odnowił ją papież Teodor I. O tym grobie świadczą także pielgrzymi i itineraria (czyli drożnie - opisy podróży) z VII wieku (5). Późne *Acta* nie zasługują jednak na wiarę, toteż nic bliższego o świętym nie wiemy. Jak w wielu innych wypadkach, nie było to przeszkodą do rozwoju kultu, który chętnie sycił się legendą i powędrował w kraje całej niemal Europy, docierając także do nas. W Polsce imię Walenty musiało być znane od schyłku średniowiecza, ponieważ już w XVI wieku było dość popularne (5). Walenty – kapłan, męczennik opisany został także przez Piotra Skargę w „Żywotach Świętych Starego i Nowego Zakonu” wydanych w 1860 roku

(13). Wszedł również w zwyczaje ludowe i folklor, ale rzecz znów osobliwa: pod wpływem niemieckim skojarzył się wówczas z ciężkimi cierpieniami (epilepsją), podczas gdy na Zachodzie, zwłaszcza w Anglii i Stanach Zjednoczonych święty jest raczej patronem zakochanych, a jego dzień okazją do tego, by obdarowywać się drobnymi upominkami.

Od początków chrześcijaństwa Kościół nie zwalczał praktyki oddawania czci i gromadzenia relikwii, głosił jednak, że relikwia nie powinna być przedmiotem kultu sama w sobie, lecz obiektem reprezentujący wstawiennictwo u Boga danego świętego lub męczennika (14). Istnieje specjalne błogosławieństwo dla relikwiarzy w „Rytuale rzymskim” (5). Prawo kościelne wprowadziło zasadę, że we wszystkich ołtarzach muszą się znajdować co najmniej dwie relikwie (14). Ta zdumiewająca interpretacja sprawia, że handel relikwiami znacznie się nasilił. Relikwie były cenne, ponieważ promieniowały mocą, dawały ochronę i mogły uzdrawiać. Teraz zaś stały się niezbędne do odprawiania mszy. Relikwie stały się też przejawem bogactwa, ponieważ nabrały wartości handlowej. Można było je podarować w celu zdobycia czyjejs przychylności czy do ufundowania nowych kościołów, albo po prostu sprzedać w razie potrzeby. Powracający z wypraw krzyżowych zadłużeni królowie sprzedawali relikwie monarchom, którzy pozostali w Europie (14). Oficjalny zakaz handlu relikwiami wprowadzony już przez cesarza Teodozjusza I (379-395) (14) sprowokował do rozwoju sztuki tworzenia cennych relikwiarzy, które to mogły zostać przedmiotem zakupu natomiast zawarte w nich

relikwie były niejako ofiarowane dobrowolnie. Właściwie od VIII wieku kwitł ożywiony handel relikwiami (12).

Kościół dokonał szczegółowego zdefiniowania i sklasyfikowania relikwii. Podział ten obejmował trzy kategorie. Do relikwii pierwszej kategorii należały fragmenty kości, ciała, trzewi, które można przypisywać Jezusowi Chrystusowi, lub świętym. Relikwią drugiej kategorii była odzież, przedmioty osobiste, proch z grobu, mieszanka relikwii świętych. Do relikwii trzeciej kategorii zaliczano: obrazy, kwiaty, tkaniny mające kontakt z ciałem lub grobem (2). Ażeby relikwia została przedstawiona do publicznego kultu, relikwiarz musiał być opatrzony pieczęcią biskupa, arcybiskupa, kardynała lub postulatowa procesu kanonizacyjnego, stanowiącą dowód autentyczności. Niekiedy dokumenty takie nie zachowały się, gdyż z upływem czasu, w pożarach, ucieczkach, rewolucjach itp. zostały zgubione. Ważna była wówczas pieczęć położona na relikwiarzu, pod warunkiem, że zachowała się w nienaruszonym stanie (2). Środki ostrożności podjęte przez Kościół miały podwójne zadanie, potwierdzenie autentyczności: dla ochrony przed fałszerstwami dla celów handlowych oraz atakami przeciwników kultu relikwii. Dekret Soboru Trydenckiego z 25 sesji mającej miejsce 3 grudnia 1563 roku głosił: *„Ci, którzy twierdzą że nie należy oddawać honorów i czci relikwiom świętych lub, że jest bezcelowe, aby wierni okazywali im szacunek, podobnie jak innym świętym pamiątkom; że na próżno zwiędza się miejsca ich męczeństwa aby uzyskać ich pomoc, wszyscy oni muszą zostać po-*

tepieni, jak to już kościół czynili poprzednio i jak czyni do dziś jeszcze” (2).

Dla milionów ludzi relikwie wiele znaczą. Przypisuje się im cudowną moc leczenia zarówno ciała, jak i duszy. Tysiące wiernych odbywają pielgrzymki do miejsc objawień, aby zbliżyć się do relikwii świętych w nadziei na cud (14). Ponieważ relikwie były nieodzowne w kościołach, wkrótce stały się powodem do ich budowy. Im ważniejsza relikwia, tym większe znaczenie miał kościół. Sanktuaria, w których znajdowały się ważne relikwie, przyciągały pielgrzymów. Relikwie bywały też często największą atrakcją na jarmarkach, które w wielu miastach odbywały się kilka razy do roku (14). Najpopularniejszymi miejscami kultu relikwii świętego Walentego są w Polsce Chełmno - Kościół Farny (6), Jasna Góra - Kaplica Świętych Relikwii, Lublin - Kościół nawrócenia św. Pawła Apostoła.

Po dokonaniu kwerendy zasobów sieciowych na temat obecności relikwii świętego Walentego w innych polskich kościołach znaleźć można jeszcze kolejnych blisko piętnaście miejsc kultu świętego. Należą do nich (w porządku alfabetycznym): Bieruń - Kościół św. Walentego, Cieszęcin - Sanktuarium, Futoma - Kościół Parafialny p.w. św. Walentego, Gniezno - Kaplica św. Walentego w Katedrze, Kórnik - Kościół Parafialny p.w. św. Wojciecha, Kraków - Kościół św. Floriana, Krobica - Sanktuarium św. Walentego, Kruszwica - Kościół p.w. św. Piotra i Pawła, Limanowa - Kościół Parafialny, Lubcza - Parafia p.w. Najświętszego Serca Pana Jezusa, Matarnia - Kościół św. Walentego, Przemyśl - Klasztor i Kościół Franciszkanów p.w.

św. Marii Magdaleny, Poznań – Kościół św. Stanisława biskupa, Rudy Wielkie – Kościół Parafialny p.w. Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny, Tarnów Opolski – Kościół św. Marcina. Wszystkie wymienione kościoły gromadzą tak zwane relikwie pierwszej kategorii oraz często także relikwie trzeciej kategorii - czyli cudowne obrazy św. Walentego. O obfitości łask spływających na modlących się do niego wiernych świadczą liczne wota dziękczynne (cenne małe, pozłacane serduszka i sznury prawdziwych koralii itp.) ofiarowane przez uzdrowionych. Także przetrwały przez wieki kroniki parafialne zawierają podziękowania od osób, które otrzymały łaskę zdrowia za pośrednictwem św. Walentego.

Świat nauki próbuje wkraczać do świata sacrum i wydaje się, że niektórzy „naukowcy” pragną zemsty za sąd inkwizycji nad Galileuszem. Dla innych jest to tylko rodzaj krucjaty mającej zweryfikować odwieczne wierzenia, że Biblia opiera się na faktach historycznych, a nie tylko na tradycji i mitach (14). Nauka zgromadziła arsenal danych podważających autentyczność różnego rodzaju przedmiotów kultu. Można użyć szerokiej gamy najnowocześniejszych technik naukowych do określenia wieku i autentyczności przedmiotów, które od stuleci były uważane za święte. Wyniki ekspertyz mogą posłużyć do podważenia lub potwierdzenia przekazów religijnych. Chociaż sceptycy przypisują cuda i łaski spływające na wiernych sile sugestii lub podejrzewają, że wielu chorych wyzdrowiało w sposób naturalny, uzdrowieni ignorują tę argumentację. W pewnych przypadkach, które miały miejsce w średniowieczu, nawet stopniowy powrót do zdrowia

uznawano za cud. Również współcześnie spontaniczne remisje i błędne zdiagnozowane choroby mogą prowadzić do przekonania, że zdarzył się cud. Autorzy prowadzący interdyscyplinarne badania na temat efektu placebo postrzegają to zjawisko jako wytłumaczenie cudownych uzdrowień (3). Reakcje ludzkiego organizmu uwarunkowane są nie tylko przez mechanizmy biologiczne, ale także kulturę (7). Kult relikwii od wieków jest nie tylko elementem życia religijnego, ale także tradycji i kultury europejskiej, nie obdzierajmy go zatem z mistycznej tajemnicy i cudownej mocy wszak wielu czerpało i będzie czerpać z niego siłę do walki z przeciwnościami losu.

Streszczenie

Przez wieki przypisywano szczególną moc leczniczą relikwii świętych, którzy jeszcze za życia dokonali cudownych aktów uzdrawiania. Jednym z świętych męczenników-cudotwórców był św. Walenty, znany obecnie szeroko jako patron zakochanych. Miejsce w historii, św. Walentemu jako patron chorych cierpiących na padaczkę, Marcin Luter przypisywał podobieństwu brzmienia jego imienia św. Walentego do niemieckiego słowa upadać. Z powodu istnienia kilku świętych o tym imieniu nie łatwo zidentyfikować historyczną postać Walentego. W martyrologium rzymskim pod dniem 14 lutego widnieją dwie postacie świętych Walentych męczenników, jednego z Rzymu drugiego z Terni (Umbra). Już na początku IV stulecia czczono grób Walentego męczennika, nad którym papież Juliusz I wybudował bazylikę, natomiast odnowił ją natomiast papież

Teodor I. Świadczą o tym itineraria z VII wieku. Kult, który chętnie sycił się legendą i powędrował w kraje całej niemal Europy, dotarł także do nas. Najpopularniejszymi miejscami czci relikwii świętego Walentego są w Polsce Chełmno, Jasna Góra i Lublin. Autorzy po dokonaniu kwerendy zasobów sieciowych na temat obecności relikwii świętego Walentego w kościołach innych polskich miast znaleźli jeszcze kolejnych blisko piętnaście miejsc kultu świętego. O obfitości cudów dokonanych na ich mocy świadczą liczne wota dziękczynne ofiarowane przez uzdrowionych, oraz podziękowania zawarte w kronikach parafialnych. Nauka dysponuje niewielkimi możliwościami udowodnienia, iż cudu nie było, a religia ma tylko wiarę na jego potwierdzenie. Kult relikwii od wieków jest nie tylko elementem życia religijnego, ale także tradycji i kultury europejskiej, nie obdzierajmy go zatem z mistycznej tajemnicy i cudownej mocy wszak wielu czerpało i będzie czerpać z niego siłę do walki z przeciwnościami losu.

Piśmiennictwo

1. *Ablewicz J.*: Pielgrzymka jako znak święty. Tarnowskie Studia Teologiczne 1983, IX, 13.
2. *Bouchard F.*: Wielkie cuda pobożności, czyli skarby kościoła wsparciem dla Ludu Bożego. *Exter* 2002,30-35.
3. *Chaput de Saintonge DM, Herxheimer A.*: Harnessing placebo effects in healthcare. *Lancet* 1994, 8, 344, 995-8.
4. *Fatovic-Ferencic S, Durrigl MA.*: The Sacred Disease and Its Patron Saint. *Epilepsy Behav* 2001, 2(4), 370-373.
5. *Fros H. SI, Sowa F.*: Twoje Imię przewodnik onomastyczno-hagiograficzny. Wydawnictwo Apostoła Modlitwy, Kraków 1992, 518-519.
6. *Grzeszna-Kozikowska A.*: Chełmno przewodnik. PWR, Toruń 2006.
7. *Harrington A.*: The placebo effect: an interdisciplinary exploration. Harvard University Press, 1997.

8. *Jagla J.*: Boska Medycyna i Niebiescy Uzdrówiciele wobec kalectwa i chorób człowieka. Neriton Warszawa 2004, 64-68.
9. *Jankovic SM, Sokic DV, Levic ZM, Susic V, Stojavljevic N, Drulovic J.*: Epilepsy, eponyms and patron saints (history of Western civilization). Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo 1996, 124(5-6), 162-5.
10. *Lebrun F.*: Jak dawniej leczono : lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku. Bellona, Warszawa 1997.
11. *Ostrowski K.*: O czarach, znachorach i lecznictwie. Warszawa 1955.
12. *Schott H.*: Kronika Medycyny. Horyzont, Warszawa 2002.
13. *Skarga P.*: Żywoty Świętych Starego i Nowego Zakonu. Każdy dzień przez cały rok, wybranych z poważnych pisarzy i doktorów kościelnych, których imiona wyżej położone. Cz. I, 144-146.
14. *Sora S.*: Skarby niebios. Dzieje legendarnych, prawdziwych fałszywych relikwii chrześcijaństwa. Amber, Warszawa 2005.

ZNACZENIE II ZJAZDU HIGIENISTÓW POLSKICH DLA ROZWOJU MEDYCyny SZKOLNEJ

Joanna Majchrzyk-Mikuła

Instytut Nauk Pedagogicznych, Wydział Nauk Społecznych, Filia
Akademii Świętokrzyskiej w Piotrkowie Trybunalskim,
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski,
drasma@wp.pl

Zdrowie fizyczne młodego pokolenia, dla
przyszłego Państwa Polskiego będzie jednym
z najważniejszych i najpierwszych zadań.

*S. Karp-Rottermund*¹

Okres tuż przed odzyskaniem przez Polskę niepodległości wypełniony był działalnością wielu stowarzyszeń społecznych, wśród nich oświatowych i lekarskich. Każde z nich posiadało własny program i często w sposób odmienny postrzegało rolę i zadania przyszłego państwa polskiego. Inicjatywa obywatelska objęła między innymi oświatę, a w jej ramach i higienę szkolną, gdzie na plan pierwszy wysunięto problem zarówno opieki nad zdrowiem uczącej się młodzieży, jak i warunków, w jakich przebiegało nauczanie.

¹ S. Karp-Rottermund, *Projekt wprowadzenia powszechnego lekarskiego dozoru szkolnego w Królestwie Polskim, oraz zbiór regulaminów sekcyi*, Warszawa 1917 r., s.2. (przy przytaczaniu danych tekstów oraz tytułów zachowano oryginalną pisownię).

Na szczególną uwagę zasługuje działalność Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, zwłaszcza powstałej przy nim w 1912 roku Delegacji Higieny Szkolnej, która w swoim programie na pierwszym miejscu postawiła sprawy zdrowia młodego pokolenia¹. Mimo, że Towarzystwo zostało powołane przez lekarzy to również pedagodzy posiadali w nim bardzo silną pozycję. Byli wśród nich: Jan Stanisław Dawid, ks. Jan Gralewski, Aniela Szycówna, Iza Moszczeńska, Stanisław Karpowicz². Ich aktywny udział w wielu dyskusjach na temat higieny szkolnej, przyczynił się do nadania ruchowi higienicznemu charakteru wychowawczego. Dzięki temu został stworzony dogodny klimat dla rozpatrywania tych zagadnień, nie tylko z pogranicza wiedzy medycznej, ale też i pedagogicznej.

W wyrażaniu szerokich opinii obu tych środowisk na temat, zdrowia i higieny dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, służyły liczne zjazdy i kongresy. W 1917 roku odbył się w Warszawie II Zjazd Higienistów Polskich, którego głównym celem było, omówienie problemów i zadań higieny szkolnej w Polsce w związku z odbudową kraju

¹ Delegacja Higieny Szkolnej powstała dzięki staraniom między innymi lekarz: S. Kopczyńskiego, M. Biehlerowej, S. Karpa-Rottermunda, W. Knappego czy T. Drabczyka. Już w 1907 roku zorganizowali oni przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich Koło Lekarzy Szkolnych, biorąc czynny udział w zjazdach i wystawach poświęconych problemom higieny. Szerzej na ten temat pisali: S. Kopczyński, *Szkice higieniczno-wychowawcze*, Warszawa 1910 r., L. Szymański, *Higiena szkolna w Królestwie Polskim 1864-1914*, Wrocław 1967 r., M. Demel, *Higiena wychowawcza a higiena szkolna. Fakty i dyskusje* „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna”, 1983 r., nr 5, Tenże, *Dzieje higieny szkolnej w Polsce do roku 1939. Fakty-problemy-zwiastuny* „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1991 r., nr 2.

² M. Demel, *Księga tradycji Polskiego Towarzystwa Higienicznego (Chronologia-topografia-biografia) tom 1, Czas niewoli*, „Problemy Higieny” 1986 r., s.28; Tenże, *W służbie Hygei i Syreny. Życie i dzieło dra Józefa Polaka.*, Warszawa 1970 r., S. Kopczyński, *Historia higieny szkolnej*, [w:] S. Kopczyński, *Higiena szkolna*, Wyd. I Warszawa 1921 r., s. 4; S. Radiukiewicz, *Medycyna szkolna-pojęcie, zakres, historia*, „Medycyna Szkolna” 1987 r., s.7.

i państwa polskiego po zakończeniu wojny¹. Stanowiło to dość istotną sprawę, bowiem sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego w końcowych latach I wojny światowej oraz w następnym okresie - walk o niepodległość i granice Rzeczypospolitej - była bardzo zła. Masowo występowały groźne choroby zakaźne, a zwłaszcza dury - osutkowy i brzusznym oraz czerwonka, a nawet cholera. Zubożenie społeczeństwa, niedożywienie i złe warunki bytowe sprzyjały także dużemu wzrostowi zachorowań na różne inne choroby, określone jako społeczne, przede wszystkim na gruźlicę, czy też inną dość groźną chorobę, jaglicę, prowadzącą do ślepoty².

Interesujące badania stanu rozwoju fizycznego i zdrowia młodzieży w tym okresie przedstawił na Zjeździe doktor Teodor Drabczyk³, który na podstawie szczegółowych analiz i obliczeń w szkołach średnich warszawskich w latach 1910-1917 dostrzegł, że roz-

¹ Zjazd odbył się z inicjatywy Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego, 29-30 czerwca i 1 lipca 1917 roku w Warszawie. W trakcie obrad podjęto dyskusję nad trzema głównymi problemami: projektem prawodawstwa sanitarnego w Polsce, przedstawieniem stanu sanitarnego kraju w ówczesnej dobie oraz kwestiami higienicznymi przy odbudowie wsi i miast, po zakończeniu działań zbrojnych. W rozwinięciu tych tez, szczególną uwagę zwrócono na walkę z chorobami zakaźnymi oraz opiekę nad dziećmi i młodzieżą szkolną. *Pamiętniki II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, pod red. J. Bączkiewicza, J. Furuahjelma, H. Gromadzkiego, Warszawa 1918 r.; *Dziennik Zjazdu Hygienistów Polskich, 27 lipca 1917 r. w Warszawie*, Warszawa 1918 r. (dodatek do „Zdrowia”).

² Na ten temat pisano już wiele, z dawniejszych prac patrz na przykład: *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918-1938*, Warszawa 1939 r., *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964 r., a z nowszych: A. Felchner, *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 r. czy E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918-1924*, Wrocław 1999 r.

³ T. Drabczyk, *Rozwój fizyczny i stan zdrowia młodzieży szkół średnich (4956 badań) za czas 1910 i 1911-1916 i 1917 rok szkolny w cyfrach*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.188-192.

wój fizyczny tej grupy wiekowej wyraźnie się pogorszył, zauważył on spadek wzrostu o 2,5 cm jak i wagi o około 1 kg, a w skrajnych przypadkach nawet do 4 kg¹. Na sytuację zdrowotną miały również wpływ szerzące się choroby społeczne, a zwłaszcza gruźlica, na którą zachorowalność wzrastała z każdym następnym rokiem. Zaobserwował, że w roku szkolnym 1915/16 choroba ta wzrosła o 2,58%, a już w następnym prawie podwoiła się, dochodząc do 4,58% w całej populacji. Przyczyn takiego stanu dopatrywał się autor w niewłaściwym odżywianiu, w złych warunkach mieszkaniowych, a także w niedostatecznej opiece lekarskiej w szkołach, mającej ogromny wpływ na zdrowie młodzieży. Podsumowując swoje wystąpienie zwrócił się o przedłożenie wniosku Tymczasowej Radzie Stanu o podniesienie norm żywnościowych dla dzieci i młodzieży, o utworzenie Sekcji wychowania fizycznego, a w kolejnym etapie wyższej uczelni zajmującą się tą problematyką. Ostro skrytykował dotychczasowy system nauczania, zwracając uwagę, że jest on obciążony programowo, a z tego wynikała, zbyt duża liczba godzin lekcyjnych. Brak też przerw międzylekcyjnych i stwierdzano ogólny zły stan higieniczny pomieszczeń szkolnych. Czynniki te jego zdaniem niewątpliwie miały duże znaczenie dla rozwoju ówczesnej młodzieży.

Referat ten wywołał dość burzliwą dyskusję i znalazł wielu zwolenników. Z pośród jego grona głos w sprawie chorób zakaźnych

¹ Podobne badania dotyczące wpływu systematycznego niedożywienia w okresie I wojny światowej na rozwój biologiczny młodego pokolenia na obszarze byłego Królestwa Polskiego i dochodząc do bardzo zbliżonych wniosków, przeprowadził Michał Kopczyński, na które powołuje się A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność...* s.60.

w szkole zabrała Matylda Biehlerowa¹. Zaniepokoił ją fakt wzrastającej liczby chorób zakaźnych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, do których należały poza gruźlicą, między innymi odra, błonica, jaglica. Znacznie częściej stwierdzano wtedy u uczniów pojawiającą się wszawicę, co mogło doprowadzić do wybuchu epidemii duru osutkowego. Schorzenia te świadczą również o nie najlepszym poziomie kultury prozdrowotnej dużego kręgu społeczeństwa i warunkach sanitarno-higienicznych szkół. Według niej jedną z osób, która może zapobiec szerzeniu się tych chorób, jest lekarz szkolny, mający możliwość przerwania tego łańcucha epidemiologicznego, pod warunkiem, że będą przestrzegane przez wszystkie władze przepisy w sprawie walki z chorobami zakaźnymi. Autorka miała na myśli wykrycie choroby we wczesnym jej stadium rozwoju i możliwość izolowania zakażonej osoby, bądź też stworzenia barier sanitarnych, niedopuszczających do jej rozprzestrzeniania się, nawet posuwając się do nakładania kar na rodziców niedbających o higienę swojego dziecka.

Na przerwanie lub całkowitą likwidację źródeł szerzenia się tych schorzeń, a zwłaszcza gruźlicy zwrócił też uwagę doktor D. Nisenson², który przy szerokim omówieniu problemu tej choroby wśród dzieci, wysunął postulaty, by zająć się w przyszłości organizacją placówek w postaci przychodni, żłobków czy ośrodków letniskowych,

¹ M. Biehler, *Ważniejsze postulaty w sprawie walki z chorobami zakaźnymi w szkole*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.192-193.

² D. Nisenson, *Gruźlica a dziecko*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.221-223.

w których poddawane byłyby one leczeniu. Temu miały by służyć kolonie lecznicze dla dzieci, których rolę i wartość w kuracji docenił inny referent doktor - Julian Kramsztyk¹. Przypominał on rys historyczny i rozwój tych placówek w Europie już od końca XIX, gdzie *początek dała Anglia, tworząc pierwsze morskie kolonie dla dzieci*². Już wtedy doceniono nadmorskie powietrze, które dawało znakomite wyniki w leczeniu zwłaszcza *ciężkiej postaci zółtych i gruźlicy kostnej*³. Podobne rezultaty w rekonwalescencji pacjentów przynosiły kolonie lecznicze solankowe, niekoniecznie nad morzem, ale też w zdrojowiskach mineralnych.

J. Kramsztyk podkreślił, że mimo ciężkiego położenia naszego kraju i braku pomocy ze strony władz rządowych, już od 1879 roku, dzięki inicjatywie doktora Stanisława Markiewicza⁴, polskie dzieci mogły korzystać z tej formy wypoczynku. Pierwszą kolonię leczniczą założono w Ciechocinku, gdzie przebywało rocznie ponad 500 dzieci dotkniętych przede wszystkim gruźlicą kostną. Podobne placówki, wskutek ofiarności społeczeństwa, rozwinęły się na ziemiach polskich w pozostałych zaborach, a zwłaszcza w Galicji. Autor próbował

¹ J. Kramsztyk, *Kolonie lecznicze dla dzieci*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.205-210.

²Tamże, s.208.

³ Współczesna encyklopedia tak ją określa: [...] *zółta to choroba do zakażenia której dochodzi paciorkowcem, który bytuje na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych jako saprofit. Jej rozwojowi sprzyjają przeziębienia, osłabienie, złe warunki środowiskowe. Paciorkowiec po wnikięciu przedostaje się do okolicznych węzłów chłonnych powodując w nich zmiany ropne* [...] pl.wikipedia.org/wiki/Zółty

⁴ M. Demel, *Wysoko jak król Zygmunt*, Warszawa 1977 r., K. Łazarowicz, *25 lat działalności Tow. Kolonii Letnich*, Warszawa 1907 r., *50 lat działalności TKL im. dra S. Markiewicza*, Warszawa 1932 r., J. Korczak, *Kolonie letnie. Wybór pism pedagogicznych*, Warszawa 1957 r., J. Szmurło, *Kolonie letnie dla dzieci*, [w:] *Higiena szkolna*, pod red. S. Kopczyńskiego, Warszawa 1921 r.

przekonać do projektu utworzenia w Warszawie centralnej instytucji, która miałaby nadzór nad wszystkimi koloniami w całym kraju. Ponadto zaproponował narzucić obowiązek władzom samorządowych miast polskich, tworzenia w swojej okolicy kolonii letnich, niekoniernie w miejscowościach kuracyjnych, ale możliwie oddalonych od zabudowań, gdzie warunki klimatyczne, a zwłaszcza świeże powietrze, dobre odżywianie i odpowiednia higiena, pozwalałaby dzieciom powrócić do zdrowia. Dla wielu z nich było to jedyne miejsce, gdzie mogły odzyskać siły, ponieważ często ich rodzinny dom nie mógł im tego zapewnić.

O eliminowaniu negatywnych czynników mających wpływ na szerzenie się wśród dzieci i młodzieży chorób zakaźnych, zwłaszcza gruźlicy, dość jasno wyraził swoje poglądy doktor L. Bondy¹ w referacie na temat żywienia dzieci. Z naciskiem podkreślił, że obowiązkiem każdej szkoły, zwłaszcza elementarnej (czyli podstawowej), jest zagwarantowanie wychowankom, których warunki domowe nie zapewniają regularnego żywienia, odpowiedniego posiłku podczas zajęć lekcyjnych². W kontekście tych stwierdzeń domagał się, by społeczeństwo, a przede wszystkim samorzady, objęły patronat nad akcją dożywiania uczniów we wszystkich szkołach i jednocześnie stworzyły prawidłowe warunki w postaci odpowiednich pomieszczeń

¹ L. Bondy, *O Żywieniu dzieci w szkołach*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.198-199.

² Z nieco późniejszych sprawozdań lekarzy szkół średnich za rok 1921/1922 wynika, że co dziesiąte dziecko było źle odżywione, *Sprawozdanie Wydziału Higieny Szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za czas od r. 1918 do 1923 włącznie*, Warszawa 1925 r.

(kuchni, jadalni) do spożywania posiłków. Autor żywił nadzieję, że jego postulaty znajdą swój wyraz prawny w ustawach tworzącego się, przyszłego państwa polskiego¹.

Z przestrzeganiem higieny osobistej i dbaniem o zdrowie młodzieży wiązała się profilaktyka chorób jamy ustnej. Plagą szkół, zwłaszcza elementarnych-powszechnych, była próchnica zębów, która, jak twierdził J. Gutowski², powołując się na badania w szkołach amerykańskich, ma istotny wpływ na rozwój umysłowy dziecka. Szeroko omawiając najważniejsze choroby jamy ustnej, ich etiologię, objawy i przebieg, przedstawił skutki, jakie niesie za sobą ich nieleczenie. Oparł się na przeprowadzonych w wybranych szkołach badaniach, z których wynikało, że *odsetek dzieci z próchnicą zębów wynosi u nas około 92%, przyczem każde dziecko posiada w ustach przeciętnie 7 do 8 zepsutych zębów*³.

Dla porównania przytoczył dane statystyczne z kilku państw Europy w tym między innymi Szwecji, Danii, Anglii i Niemiec oraz z odległych Sanów Zjednoczonej Ameryki. Liczby te nie odbiegały od wyników badań przeprowadzonych wśród polskich dzieci. Z tą różnicą jednak, że tam problem ten uznano za priorytetowy i jako jedną z metod walki z nim wprowadzono na szeroką skalę uświadamianie społeczeństwa oraz masowo zaczęto zakładać specjalne kliniki den-

¹Odnosząc się z wielką powagą do omawianego problemu, członkowie Zjazdu podjęli dodatkową uchwałę, by władze szkolne wprowadziły do programu nauczania dziewcząt kursy racjonalnego żywienia. L. Bondy, s.199.

² J. Gutowski, *Organizacja pomocy dentystycznej dla ubogich dzieci*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.212-215.

³ Tamże, s.214

tystyczne, które dla większości dzieci na ziemiach polskich były nieosiągalne¹. Autor zwrócił uwagę, że polskie środowisko lekarzy-dentystów jednak dostrzegало ten problem i korzystając z doświadczeń innych miast Europy, zawiązało instytucje o nazwie *Organizacja bezpłatnej pomocy dentystycznej dla ubogich dzieci stołecznego miasta Warszawy*. Przy omawianiu głównych założeń tej placówki J Gutowski wysunął istotny postulat społeczny: objęcia bezpłatną opieką dentystyczną dzieci i młodzież, narzucić zarówno na rodziców jak i na nauczycieli obowiązek dbania o jamę ustną swoich podopiecznych zaś na lekarzach szkolnych powinien spoczywać obowiązek rozpowszechniania higieny w śród społeczeństwa, poprzez min. odczyty, pogadanki, wykłady.

Rozwijanie profilaktyki w praktyce dentystycznej zaczęło stawać się powoli koniecznością, co podkreślił również, w swoim wystąpieniu S. Blikle². Próbuąc dowieść, że walkę z próchnicą zębów należy rozpocząć od zapobiegania jej. Jednak by akcja ta przyniosła wymierne skutki muszą być poznane, zdaniem autora, wszystkie możliwe przyczyny wywołujące ten stan choroby. Stąd postulował, by została utworzona przy Instytucie Higienicznym w Warszawie,

¹ W Warszawie zostało uruchomione ambulatorium dentystyczne przy Instytucie im. Lenwała, z którego korzystała młodzież szkoły ludowej utrzymywanej z funduszków Karola Rosego. Z inicjatywy dr S. Szmurły otwarto w Warszawie w 1915 r. dwa ambulatoria dentystyczne dla dzieci miejskich oraz jedno dla dzieci żydowskich szkół początkowych. Placówki te nie mogły jednak zapewnić dzieciom należytej opieki dentystycznej, tamże, s. 215, szeroko na ten temat pisał M. Demel w swoich opracowaniach: *Instytut Lenwała. Z dziejów warszawskiego ruchu higienicznego* „Wychowanie Fizyczne i Sport”, 1960 r., nr 3; *Bez historii teoria jest ślepa*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1996 r., nr 5; *Higiena wychowawcza a higiena szkolna. Fakty i dyskusje*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1983 r., nr 5.

² S. Blikle, *Projekt racjonalnego zapobiegania powstawaniu próchnicy zębów*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.215-217.

Komisja, zajmująca się badaniami i zwalczaniem przyczyn wywołujących próchnicę. W podobnym duchu wyrażał swoją opinię doktor A. Frejtkin¹, który powołując się na badania statystyczne, wykazujące, że ponad 80% dzieci zarówno w wieku szkolnym jak i przed-szkolnym posiada próchnicę zębów, posunął się do stwierdzenia, że *Jeżeli uznajemy, że próchnica zębów jest jednym z czynników chorobowości społecznej, to obowiązkiem naszym jest powołać do walki z tą chorobą wszystkie siły potrzebne, w celu radykalnego zwalczania tej obecnie rozpowszechnionej choroby*². Zaproponował, by został przeznaczony fundusz na wydawnictwo specjalnych broszurek i tablic poglądowych, których zadaniem byłoby propagowanie wśród społeczeństwa konieczności pielęgnowania zębów. Ponadto wysunął wniosek, by we wszystkich szkołach średnich i miejskich zostały urządzone gabinety dentystyczne, lub by powołać do życia centralne szkolne kliniki dla uczącej się młodzieży

II Zjazd Higienistów Polskich był również miejscem dyskusji i koncepcji nad kształtowaniem się w przyszłym państwie polskim modelu higieny szkolnej. Głos w tej sprawie zabrali doktorzy Jan Szmurło i Stefan Karp-Rottermund. Pierwszy z nich omówił sprawy organizacji medycyny szkolnej, opierając się w tym wypadku o doświadczenia wynikające z kilkuletniej działalności Sekcji Higieny Szkolnej istniejącej w Warszawie od listopada 1915 r.³. Sekcja ta na

¹ A. Frejtkin, *Racjonalna pomoc dentystyczna, jako konieczny czynnik zdrowotności społecznej*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.217-220.

² Tamże, s.218.

³ Po wybuchu I wojny światowej, grupa lekarzy, skupiona wokół S. Kopczyńskiego w Kole Lekarzy Szkolnych, utworzyła przy wydziale oświaty magistratu m. Warszawy samodzielną

szeroką skalę objęła specjalistyczna opieka uczniów, organizując pomoc dentystryczną oraz okulistyczną, a dla dzieci z niedorozwojem intelektualnym zostały stworzone specjalne klasy. W konkluzji referent postulował, by idąc za przykładem Sekcji, działającej tylko w szkołach warszawskich, zaprowadzić taki system higieniczno-lekarski we wszystkich szkołach miast Królestwa Polskiego, zwracając szczególnie uwagę na prawidłowe projektowanie budynków szkolnych, wyposażenia szkoły, a także jej funkcjonowania. Specjalne wymagania stawiał osobom odpowiedzialnym za oświatę w sprawie prawidłowego odżywiania uczniów, proponując, by we wszystkich placówkach wprowadzone były obiady, posiadające odpowiednią wartość odżywczą. Autor biorąc pod uwagę stan zdrowotny dzieci, który budził wiele zastrzeżeń, zaapelował, by zapewnić im bezpłatną, specjalistyczną opiekę medyczną.

Toczące się dyskusje nad głównymi kierunkami działań lekarzy szkolnych skierowane były przede wszystkim na opiekę zdrowotną dzieci i młodzieży szkolnej z uwzględnieniem zapobiegawczych środków działania, takich jak na przykład profilaktyka, czy ukierunkowana oświata zdrowotna. Ogromną rolę w tej działalności odgrywał lekarz szkolny, jak również sama szkoła, co podkreślił doktor Stefan Karp-Rottermund, referując projekt powszechnej opieki medycznej w placówkach oświatowych. Przedstawił szereg opracowa-

Sekcję Higieny Szkolnej. Mianowano pierwszą grupę etatowych lekarzy szkół miejskich. Sekcja uruchomiła kąpieliska, gabinety dentystryczne, ambulatoria szkolne. J. Szmurło, *O organizacji opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach początkowych m. st. Warszawy. Postulaty w sprawie opieki higieniczno-lekarskiej w miastach polskich wogóle.* [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.176-188.

nych przez siebie przepisów szczegółowych, mających normować warunki sanitarno-higieniczne w szkołach. Wysuwał przy tym wniosek natychmiastowego ustanowienia centralnego nadzoru nad medycyną szkolną, który byłby instytucją działającą przy Ministerstwie Oświecenia Publicznego¹.

Ta różnorodna tematyka wystąpień zawierała wiele materiału retrospektywnego, a także postulatów i pomysłów na przyszłość. Grupa ekspertów, zarówno lekarzy jak i pedagogów, miała możliwość wypowiedzenia się w tak ważnej dla odbudowującego się państwa polskiego sprawie, jakim jest zdrowie młodego pokolenia. Dyskusja obu tych środowisk na rzecz skoordynowania działań w dziedzinie opieki, higieny i wychowania młodego pokolenia, toczyła się również dwa lata później w Warszawie, w 1919 r. na ogólnopolskim kongresie zwanym Sejmem Nauczycielskim², gdzie dyskutowano przede wszystkim nad kształtem przyszłej edukacji. Dzięki tym dwóm zjazdom udało się stworzyć w niepodległej Polsce system kształcenia, oparty na jednolitych zasadach, a w nim zręby organizacyjne opieki lekarskiej w szkołach.

¹ S. Karp-Rottermund, *O obowiązkowym wprowadzeniu dozoru lekarskiego szkolnego w Królestwie Polskim*, [w:] *Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich*, s.199-200. Referent przedstawił krótkie streszczenie swojej pracy p.t. *Projekt wprowadzenia powszechnego lekarskiego dozoru szkolnego w Królestwie Polskim*, Warszawa 1917 r.

² W. Kopczeński (red.) *O szkołę polską. Cz. III. Pierwszy Ogólnopolski Wielki Zjazd Nauczycielski w dniach 14-17 kwietnia MCMXIX w Warszawie*, Lwów-Warszawa, 1920 r.

Streszczenie

II Zjazd Higienistów Polskich (1917 r.) miał olbrzymie znaczenie dla rozwoju higieny szkolnej w Polsce Niepodległej. Grono zarówno lekarzy jak i pedagogów podjęło dyskusje nad projektem ustroju szkolnej służby zdrowia, w tym nad koniecznością powszechnej opieki lekarsko-pielęgniarskiej we wszystkich szkołach. Zwrócono uwagę na obowiązkową naukę higieny oraz równorzędność kształcenia „cielesnego i umysłowego”.

Z DZIEJÓW WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

Mariola Małecka, Zbigniew Kamiński*

Szpital Ginekologiczno – Położniczy im. Św. Rodziny,
ul. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa
*Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych,
Akademia Medyczna w Gdańsku,
ul. J. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk

Nauki medyczne wykładano już w najstarszych uniwersytetach europejskich. Dyscypliny zaliczane obecnie do nauk farmaceutycznych nazywano wtedy „materia medica”. Będąc absolwentami Akademii Medycznej w Gdańsku pragniemy opowiedzieć o sprawach i ludziach, związanych z Wydziałem Farmaceutycznym naszej Alma Mater.

Gdańsk był, aż do II rozbioru Polski jej najludniejszym miastem, a licząc powyżej 50 tys. Mieszkańców należał do największych ośrodków w Europie. Lekarze pracowali w Gdańsku już w połowie XIV w., a np. znana hanzeatycka Brema jeszcze w 1510 r. nie miała stałego lekarza, a nawet chirurga.

Wśród lekarzy gdańskich byli też znawcy problemów farmaceutycznych. Apteką ratuszową zarządzał m. in. dr Jan Brettschneider, znany jako Placotomus, autor podręcznika dla uczniów aptekarskich: „Pharmacopoea in compendium redacta” wydanego w An-

twerpii (1560 r. i 1561 r.), który wykorzystano jako wzór dla opracowania lekospisu z Kolonii. W Gdańsku powstał w 1665 r. najstarszy lekospis polski autorstwa Jana Ernesta Schefflera i Jana Schmidta. Zdarzali się też wybitni aptekarze.

Urodzony w końcu XVI w. Paweł Gülde (Gulde), znany jako Guldeniusz, pracował w aptekach Królewca, Gdańska, Torunia, Brodnicy, Berlina i Wittenbergi, gdzie na uniwersytecie studiował nauki farmaceutyczne. Był aptekarzem królewskim Władysława IV i Jana Kazimierza, a w 1641 r. wydał w Królewcu pierwszy słownik farmaceutyczny łacińsko – niemiecko – polski, obecnie bardzo przydatny przy czytaniu dawnych tekstów medycznych.

Bogaty Gdańsk nie zdołał zorganizować uczelni w randze uniwersytetu. Absolwenci działającego od 1558 roku Gimnazjum Akademickiego byli przyjmowani na III rok studiów w uniwersytetach i tam otrzymywali dyplomy. Dopiero w 1935r. powstała w Gdańsku „Staatliche Akademie für praktische Medizin zu Danzig” szkoląca studentów wyższych lat.

W 1939r. po wybuchu wojny i grabieży ośrodka wychowawczego należącego do polskich pallotynów otwarto „Medizinische Akademie In Danzig”, która szkoliła także (w ramach kompanii studenckich) lekarzy dla Wehrmachtu. Część przedmiotów np. fizyka i chemia nauczano we współpracy z Technische Hochschule (od 1945r. Politechnika Gdańska).

Polacy odczuwali oddzielenie Gdańska od Polski w latach 1793 – 1945 jako wielką krzywdę i spodziewali się, że po II wojnie

światowej powstanie w polskim Gdańsku uczelnia medyczna. Taką nadzieję wyrażano np. w 1941 roku podczas otwarcia Polskiego Wydziału Lekarskiego na uniwersytecie w Edynburgu. Prof. Barbara Krupa – Wojciechowska w napisanym kilka lat temu artykule „To nie krasnoludki stworzyły Akademię” przypomniała, że Akademia Medyczna w Gdańsku (AMG) rozpoczęła działalność dzięki pracy wielu specjalistów przybyłych do Gdańska z różnych ośrodków uniwersyteckich. W naszym wystąpieniu pragniemy przekazać trochę informacji o Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Gdańsku, który organizowali, pokonując ogromne trudności biolodzy, chemicy, farmaceuci oraz lekarze medycyny i weterynarii.

Wskutek zmiany granic Polski utracono 2 ważne ośrodki naukowe (Lwów i Wilno), ale uzyskano m.in. Gdańsk i Wrocław. Władze państwowe pragnęły powołać uczelnie medyczne działające niezależnie od uniwersytetów, znane np. w Niemczech i ZSRR. Na otwartym jesienią w 1944 r. Uniwersytecie Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie pracował prof. higieny Edward Grzegorzewski, który od kwietnia 1945 roku był także dyrektorem Departamentu Zdrowia Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia. Już 22 marca 1945 roku, gdy trwała jeszcze wojna, prof. Grzegorzewski opracował projekt takiej uczelni, a jej lokalizację przewidywał w Gdańsku. Rada Ministrów zatwierdziła 24 kwietnia 1945 roku ten projekt, a profesor odwiedził Gdańsk (15 maja – 16 czerwca 1945r.) i Wrocław (28 – 30 czerwca 1945r.). Projekt przewidywał uruchomienie Akademii Lekarskiej w Gdańsku (ALG) jako uczelni z 2 wydziałami: lekarskim i far-

maceutycznym. W Gdańsku był Szpital Miejski wykorzystywany już przed 1945 r. jako baza kliniczna Medizinische Akademie in Danzig, a z polskich uniwersytetów przybywali do Gdańska specjaliści, którym powierzano kierownictwo katedr i klinik. Taki stan rzeczy umożliwił wydanie 8 października 1945 roku dekretu Prezydenta RP, rozpoczynającego działalność Wydziału Lekarskiego ALG. Zajęcia rozpoczęto 12 listopada 1945r., a uroczysta inauguracja roku akademickiego odbyła się 2 lutego 1946 roku. Prof. Grzegorzewski mianowany w lipcu 1945 roku Pełnomocnikiem Ministerstwa Zdrowia ds. organizacji ALG zamieszkał w Gdańsku i otrzymał nominację na profesora higieny, a 28 stycznia 1946r. na pierwszego rektora ALG. W marcu 1950 r. zmieniono nazwę uczelni na Akademia Medyczna w Gdańsku.

Przy organizacji Wydziału Farmaceutycznego (WF) na terenie Trójmiasta napotkano wiele problemów (np. tylko trzech gdańscy farmaceuci, m.in. dr Jerzy Tułeczki i dr Jan Bader, przed 1939 r. byli asystentami uniwersytetu). Otwarcie pierwszej w dziejach Gdańska uczelni farmaceutycznej umożliwiła praca wielu entuzjastów, którzy nie żalowali czasu ani pieniędzy dla realizacji tego celu. Należy podkreślić zasługi mgr farm. Czesława Fink–Finowickiego, który jako organizator, a potem pracownik WF Uczelni poświęcił jej 14 lat. Po zniszczeniu w 1944 roku w Warszawie dorobku całego życia (m.in. mieszkanie i laboratorium chemiczno–farmaceutyczne) musiał szukać jakiegoś źródła utrzymania. Włączony do Morskiej Grupy Operacyjnej dotarł przez Łódź, Bydgoszcz i Tczew do płonącego Gdańska

i od 4 kwietnia 1945 roku wraz z dwoma innymi farmaceutami zabezpieczał apteki i hurtownie farmaceutyczne Wybrzeża Gdańskiego. Po dokonaniu przeglądu ocalałych aptek wydzierżawił od 26 kwietnia 1945 roku poniemiecką aptekę przy obecnym Placu J. Wybickiego w Gdańsku–Wrzeszczu i uruchomił laboratorium chemiczno–farmaceutyczne „Dharma”, które dostarczało szeregu leków, a w okolicy Gdańska założył własną plantację ziół leczniczych. Do Gdańska przybywali farmaceuci i już 29 maja 1945 roku założyli Gdańską Okręgową Izbę Aptekarską, a mgr Fink–Finowickiego wybrali na stanowisko wiceprezesa. Magister poznał pierwszego dyrektora Szpitala Miejskiego i wiedział o projekcie organizacji ALG. Spotkał się także z prof. Grzegorzewskim i zaoferował mu pomoc w pracach organizacyjnych. Wydelegowany na I Zjazd Naczelnej Izby Aptekarskiej (Warszawa, 15-16 czerwca 1945 roku) zgłosił tam propozycję utworzenia WF ALG, przyjętą entuzjastycznie. Magister został upoważniony do kontaktów z władzami Uczelni oraz z Izbami w Bydgoszczy, Olsztynie i Szczecinie. Nowy wydział Uczelni potrzebował budynku z dobrze wyposażonymi laboratoriami. W lipcu 1945 roku przydzielono ALG dobrze zachowany był Instytut Rolniczy przy ul. Sobieskiego, ale zajął go Korpus Bezpieczeństwa Wewnętrznego (działający przy Urzędzie Bezpieczeństwa Publicznego), a później przejęło obiekt Ministerstwo Oświaty dla swojej Wyższej Szkoły Pedagogicznej (obecnie Wydział Chemii Uniwersytetu Gdańskiego). Brakowało także samodzielnych pracowników nauki do obsady katedr. Magistra Fink–Finowickiego upoważniono do prowadzenia

rozmów z profesorami zatrudnionymi w innych uczelniach, ale pracodawcy nie wyrażali zgody na zwolnienie np. Osmana Achmatowicza (Warszawa), Antoniego Basińskiego (Toruń), Kazimierza Kalinowskiego (Lublin) czy Jana Muszyńskiego (Łódź).

Władze ALG uzyskały pomoc od Politechniki Gdańskiej (PG). W składzie Senackiej Komisji ds. WF byli prof. Leon Kamieński i Tadeusz Sulma (obaj z PG). Studenci mogli słuchać wykładów i odbywać ćwiczenia w obiektach PG.

Magister Fink–Finowicki zaproponował, aby dla potrzeb WF ALG wyremontować dawną szkołę średnią „Helene Lange Oberschule” przy Al. Gen. J. Hallera. Budynek zgłoszono i zarejestrowano w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia. Ponieważ od 1940 r. szkołę zamieniono na szpital wojskowy, należało teraz wykonać ogromną i kosztowną pracę. Aptekarze działający we wspomnianych czterech Izbach wpłacali aż do 1949 roku pieniądze, fundowali stypendia, zbierali dla Wydziału książki, szkło laboratoryjne i odczynniki chemiczne. Korzystano także ze skromnych dotacji państwowych i wykorzystywano pomoc np. Wydziału Zdrowia, Biura Odbudowy Wybrzeża oraz innych instytucji. Z ramienia GOIA przebieg prac nadzorowali dr Jerzy Tułeczki i mgr Czesław Fink – Finowicki.

W maju 1945 r. podczas Warszawskiego I Naukowego Zjazdu Farmaceutycznego zgłoszono i przegłosowano wniosek, aby nie otwierać nowych wydziałów farmaceutycznych. Oburzeni delegaci gdańscy (wśród nich magister Fink–Finowicki) opuścili salę. Minister Zdrowia (MZ) Kornel Michejda zapewnił ich, że Ministerstwo Zdro-

wia nie zmieniło planów, ale wieści z Warszawy dotarły do Gdańska. Wykorzystując nieobecność rektora Grzegorzewskiego (wyjechał służbowo do USA) Senat ALG uchwalił, że gmach remontowany dla WF przejmie Komisja Związków Zawodowych i częściowo WL ALG. W kolejnej uchwale postanowiono opóźnić organizację WF o 1 rok. Wykorzystując kontakty z dziennikarzami, Magister spowodował umieszczenie w prasie Wybrzeża ogłoszenia o rekrutacji na studia farmaceutyczne. Wkrótce w rektoracie ALG znalazło się 300 podań kandydatów i prace organizacyjne trzeba było przyspieszyć. Senat ALG wycofał swoje uchwały, a do pomocy zaproszono naukowców z Uniwersytetu Poznańskiego.

Na zebranie Komisji Senackiej ds. WF przybyli 11 października 1946 roku trzej profesorowie: Franciszek Adamanis, Adam Jurkowski i Wacław Strażewicz. Po kilku dniach prof. Strażewicz objął funkcję koordynatora działań naukowych WF. Można sądzić, że udział profesora z Poznania w organizacji WF spowodował sukces przedsięwzięcia. Już 28 października 1946 roku Komisja Senacka ALG uznała, że WF istnieje, a rektor Grzegorzewski zawiadomił 8 listopada 1946 roku MZ, że przystępuje do dalszych działań. W pracach Społecznego Komitetu Organizacyjnego wzięli także udział prof. PG Ignacy Adamczewski i Leon Kamieński. Od 14 listopada 1946 roku działał dziekanat WF (w pracy pomagała córka Magistra – Ewelina), skompletowano listy kandydatów i przeprowadzono 19 listopada 1946 roku egzamin wstępny. Z 300 kandydatów wybrano 60 osób (w tym 47 kobiet), które rozpoczęły zajęcia 2 (wg innych 4) grudnia

1946 roku. Ponieważ remont gmachu jeszcze trwał, wiele zajęć odbywało się w obiektach Wydziału Lekarskiego Akademii Lekarskiej w Gdańsku, Politechniki Gdańskiej, Państwowego Zakładu Higieny, a nawet w Laboratorium Rybnym w Gdyni. Pracami kierował Tymczasowy Komitet Organizacyjny, na jego czele stał prof. Strażewicz. Ponieważ miał wiele zajęć w Poznaniu, zastępował go prof. Tadeusz Sulma pełniący rolę Kierownika WF, a pomagali mu prof. Ignacy Adamczewski i dr Jerzy Tułeczki (Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska).

Uroczysta inauguracja odbyła się 4 maja 1947 roku, prof. Sulmie powierzono stanowisko dziekana (zajmował je do 1956 roku). Zgodnie z planem opracowanym przez prof. Strażewicza uruchamiano Katedry obsługujące I rok studiów, a potem II – IV. Rozpoczęło się zwykłe życie i działalność WF, ale warunki pracy nie były normalne. Dużą część gmachu zajęła Katedra Fizyki (wspólna dla WF i WL), w pokojach naukowców i salach ćwiczeń (w przebudowanych dawnych klasach) była zbyt duża ilość osób. Dla nowych katedr zabrakło lokali i w 1949 roku zabudowano część hallu (Technologia Chemiczna Środków Leczniczych). W odgruzowanych piwnicach umieszczono laboratoria (Farmacja Stosowana). Warunki trochę polepszyły się po remoncie w 1951 r., ale normalna praca rozpoczęła się dopiero w 1966r., gdy zagospodarowano nowy 3-piętrowy obiekt laboratoryjny. Aktualnie WF AMG dysponuje fachową kadrą składającą się także z absolwentów Wydziału. Działalność naukowa pracowników WF jest wysoko notowana w rankingach polskich uczelni.

Wiele ciekawych informacji o początkach AMG można znaleźć w pracach prof. Z. Machalińskiego i mgr P. Dalkowskiego, wykazanych w piśmiennictwie.

Pragniemy wymienić kilku naukowców z UP, PG, WL i WF AMG, pomocnych dla powstania i rozwoju WF AMG.

Prof. Waław Jan Strażewicz (02.05.1889 – 05.08.1950), kierownik Katedry Farmakognozji UP, w Gdańsku pełnił rolę dziekana (podpisywał indeksy jeszcze we wrześniu 1947 roku), wykładał propedeutykę farmacji i kierował Katedrą Farmakognozji.

Dzięki jego życzliwości kadrę WF AMG zasiliło 6 późniejszych profesorów (Henryk Ellert, Adolf Fiebig, Stanisław Gill, Władysław Kasiński, Józef Kołodziejski i Helena Tokarz), w poznańskim laboratorium asystentka z WF AMG wykonała część pracy doktorskiej.

Ignacy Adamczewski (25.01.1907 – 23.06.2000), kierownik Katedry Fizyki PG, równocześnie (18 września 1945r. – 30 września 1968r.) kierownik Katedry Fizyki Lekarskiej AMG, prowadził zajęcia dla II i V roku WF. Więzień Koncentrationslager Auschwitz. Honorowy Obywatel Gdańska. Dr h. c. PG (1985r.) i AMG (1991r.)

Edward Grzegorzewski (04.10.1906 – 10.10.1982), lekarz – chirurg, znawca organizacji służb medycznych, pierwszy rektor ALG, jeden z organizatorów WHO, od kwietnia 1948 r. dyrektor wydziału WHO, wykładowca na wielu uczelniach Azji, Afryki i Ameryki m.in. Uniwer-

sytetu Johna Hopkinsa w Baltimore (USA). Współpracownik ruchu oporu (1939 – 1945), uratował z getta prof. Ludwika Hirszfelda z rodziną.

Mgr Czesław Fink – Finowicki (22.07.1896 – 01.02.1977), farmaceuta, na WF ALG wykładał historię farmacji (1947 – 1949) i propedeutykę farmacji (1949 – 1959), organizator (1948 r.) i adiunkt Katedry Farmacji Stosowanej, autor 3 podręczników dla studentów WF. Podczas okupacji żołnierz AK, dla oddziałów powstańczych produkował w sierpniu 1944 r. leki i materiały zapalające.

Prof. Stefan Minc (05.08.1914 – 09.09.2003), w 1947 r. objął Zakład Chemii Fizycznej WF ALG, pracownik PG, potem wiceminister Oświaty i Szkolnictwa Wyższego.

Włodzimierz Mozolowski (08.05.1895 – 06.05.1975), w latach 1934 – 1935 prof. w Zakładzie Chemii Lekarskiej i Patologicznej Wydziału Weterynarii AMW we Lwowie, prof. AMG. Biochemik światowej klasy, wykładał dla studentów III i IV roku WF chemię fizjologiczną i biochemię. Był adiutantem marszałka J. Piłsudskiego. Dr h. c. AMG (1973).

Zenon Ganowiak, lekarz weterynarii, od 1958r. w Katedrze Bromatologii WF (kierownik 1974 – 2000), prorektor ds. nauki AMG (1980 – 1987), odbył wiele podróży naukowych, także na Antarktydę.

Włodzimierz Rodziewicz (07.08.1909 – 08.03.1976), kierownik Katedry Chemii Nieorganicznej PG, w latach 1946 – 1956 kierownik Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej WF AMG (w 1970 r. podzielonej na 3 zakłady) .

Fryderyk Jan Władysław Pautsch (10.10.1911 – 13.01.1992), biolog, kierownik Katedry Biologii Ogólnej AMG (1947 – 1982) i Oddziału Parazytologii Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej (do 1954 r. w składzie AMG), prodziekan WF (1948 – 1951), prorektor AMG ds. nauki (1962 – 1965), na Wydziale Farmaceutycznym miał zajęcia z zoologii, parazytologii i ewolucjonizmu, organizator Stacji Morskiej w Juracie (od 1970r. należy do UG), pracował w Toruniu (1945 – 1947) i Wyższej Szkole Rybackiej w Olsztynie.

Wymieniony w „Who is Who in the World” (USA). Odważny i bezkompromisowy człowiek: aresztowany przez gestapo (nie podpisał Volkslisty), w AMG wykładał w latach 50-tych genetykę wg prof. Morgana (USA) i na 3 miesiące pozbawiono go prawa wykładania, prelegentom na szkoleniach z marksizmu udowadniał ignorancję, w 1976 r. podpisał list protestacyjny przeciwko zmianom w Konstytucji PRL (zwolniono go z pracy na UG), w 1981r. poparł strajkujących studentów AMG.

Józef Sawlewicz (19.05.1909 – 10.12.2000), chemik, kierownik Katedry Chemii Organicznej AMG (1947 – 1979) i Zakładu Biochemii

Farmaceutycznej (1951 – 1959), zorganizował Pracownię Preparatyki Organicznej (1949), obsługującą 3 Katedry. Pracował także u noblisty Tadeusza Reichsteina. Patriota (w 1939 r. bronił Lwowa, uciekł z transportu do Kozielska).

Prof. Tadeusz Sulma (16.08.1905 – 04.03.1993) kierował Katedrą Botaniki PG (do lutego 1963 r.) ale i AMG (do 1979 r.), pierwszy dziekan WF ALG, projektant i organizator Ogrodu Botanicznego (1948r.). Organizator Biblioteki Chemicznej PG (korzystają z niej także naukowcy i studenci Uczelni Trójmiasta i liczni specjaliści).

Abdon – Stefan Stryszak (30.12.1908 – 27.11.1995), lekarz, dr i dr hab. n. weterynaryjnych, w latach 1947 – 1952 kierownik Pracowni Bakteriologii Morza i Produktów Rybnych IMMiT, pracownik Katedry Mikrobiologii Uczelni, prowadził wykłady i ćwiczenia z mikrobiologii dla studentów WF (1947 – 1949), potem kierownik Katedry Epizootiologii (UW, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego – Akademia Rolnicza) i pracowni Patologii Porównawczej Państwowego Instytutu Weterynarii (Puławy). Pierwszy lekarz weterynarii powołany do Polskiej Akademii Nauk. Patriota (w 1939r. walczył z Armią Czerwoną, prześladowany przez Niemców. Dr h. c. Wyższej Szkoły Weterynaryjnej w Hanowerze (1963) i SGGW – AR (1987 r., wybito medal pamiątkowy).

Prof. Ernest Aleksander Teofil Sym (14.06.1893 – 25.08.1950), studiował chemię i weterynarię (AMW Lwów i UW), dr chemii, medycyny i weterynarii, kierował Katedrą Technologii Środków Spożywczych (PG), Chemii Ogólnej (PG). W AMG był kierownikiem Katedry Chemii Fizjologicznej WF oraz Oddziału Biochemicznego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Biochemik Światowej klasy, w Warszawie podczas Powstania produkował dla AK i AL proch i materiały wybuchowe.

Jan Karol Teuchmann (23.03.1908 – 12.01.1977), lekarz, kierownik Zakładu Farmakologii ALG (1949), a od 1965r. kierował Zakładem Farmakologii i Toksykologii Wydziału Weterynarii SGGW – Akademii Rolniczej, dla studentów WF prowadził wykłady i ćwiczenia z farmakologii. Bohater wielu anegdot.

Włodzimierz Wawryk (14.11.1902 – 05.01.1963), chemik, studiował medycynę (2lata), kierował Katedrą Mineralogii i Petrografii PG, studentom WF wykładał mineralogię (w programie studiów była do 1958r.).

Po reformie w latach 1958 – 1959 wprowadzono 5-letnie studia farmaceutyczne i obowiązek przygotowania pracy dyplomowej. Wydział Farmaceutyczny AMG wyszkolił wielu absolwentów, którzy zajęli stanowiska profesorskie nie tylko w AMG, ale m.in. w Bydgoszczy (Bolesława Doboszyńska), Poznaniu (mikrobiolog

Włodzimierz Kędzia, mikrobiolog i farmakolog Bogdan Kędzia) i Olsztynie (Arkadiusz Zawadowski kieruje Katedrą Toksykologii Weterynaryjnej i Środowiskowej Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego).

Piśmiennictwo

1. *Ciemnolohski J., Kamiński Z.*: Sym Ernest Aleksander Teofil (1893–1950) [w:] Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku (red. Z. Machaliński) AMG, Gdańsk 2004, t. II, 122–131.
2. *Dalkowski P.*: Historia Wydziału Farmaceutycznego Akademii Lekarskiej w Gdańsku w latach 1945–1950, praca magisterska, Gdańsk 1997.
3. *Filipowicz N., Kamiński Z.*: *Sulma Ignacy Tadeusz* (1905–1993), [w:] Ludzie Akademii op. cit. t. I, Gdańsk 2003, 108–121.
4. *Ganowiak Z.*: Katedra i Zakład Bromatologii, Ann. Acad. Med. Gedan. 1995, 25, supl. 3, 119–128.
5. *Głowińska E., Kamiński Z.*: Strażewicz Waclaw Jan (1889–1950), [w:] Ludzie Akademii. op. cit. t. III, Gdańsk 2005, 160–174.
6. *Adamczewski I.*: [w:] Pionierzy Politechniki Gdańskiej (red. Z. Paszota, J. Rachoń, E. Wittbrodt), PG, Gdańsk 2005, 69–76.
7. *Jeliński M., Kamiński Z.*: *Stryszak Abdon – Stefan* (1908–1995), [w:] Ludzie Akademii op. cit., t. I, Gdańsk 2003, 125–131.
8. *Kamiński Z., Konieczna S., Małecka M.*: Sylwanowicz Witold (1901–1979), [w:] Ludzie Akademii op. cit., t. IV, Gdańsk 2006, 140 – 147.
9. *Kamiński Z., Machaliński Z.*: Rodziewicz Włodzimierz (1909–1976) [w:] Ludzie Akademii... op. cit. t. IV, Gdańsk 2006, 120–131.
10. *Korolkiewicz K. Z.*: Jan Karol Teuchmann (1908–1977), Ann. Acad. Med. Gedan. 1995, 25, supl. 4, 263–270.
11. *Machaliński Z.*: Grzegorzewski Edward (1906–1982), (w:) Ludzie Akademii... op. cit., t. II, Gdańsk 2004, 27-49.
12. *Machaliński Z.*: Geneza i początki Akademii Medycznej w Gdańsku, AMG, Gdańsk 1998, t. I.
13. *Małecka M., Kamiński Z., Vogel S.*: Fink – Finowicki Czesław (1896–1977), [w:] Ludzie Akademii... op. cit., t. IV, Gdańsk 2006, 29 – 43.
14. *Milczarska B.*: Katedra i Zakład Chemii Organicznej, Ann. Acad. Med. Gedan, 1995, 25, supl. 3, 163–173.
15. *Ochocka A. M., Kamiński Z.*: Mozołowski Włodzimierz Antoni Witold (1895 – 1975) [w:] Ludzie Akademii... op. cit., 1.1, Gdańsk 2003, 99–104.
16. *Minc S.*: [w:] Pionierzy... op. cit., 357–364.

17. *Sulma T.*: [w:] Pionierzy... op. cit., 627–628.
18. *Terlecki J.*: Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki, *Ann. Acad. Med. Gedan.* 1995, 25, supl. 2, 335–342.
19. *Wasąg B., Kamiński Z.*: Pautsch Fryderyk Jan Władysław (1911–1992) [w:] *Ludzie Akademii...* op. cit., t. I, Gdańsk 2003, 103–118.
20. *Wierzchowski J.*: Charakterystyka dorobku naukowego Wydziału Farmaceutycznego A.M. w Gdańsku za okres dziesięciolecia. *Farm. Pol.* 1956, 12, 5, 119–120.
21. *Rodziewicz W.*: [w:] Pionierzy... op. cit. 543–548.
22. *Wawryk W.*: [w:] Pionierzy... op. cit., 721–729.

**XVII-WIECZNE TORUŃSKIE
LEKI ANTYEPIDEMICZNE
UWAGI NA MARGINESIE *KURZER BERICHT
DER LEIBLICHEN ARTZNEY Z 1625 R.***

Katarzyna Pękacka-Falkowska

Instytut Historii i Archiwistyki,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
pl. Teatralny 2a, 87-100 Toruń,
pekac@op.pl

Ogólne przepisy przeciwmorowe i akcje prewencyjne podejmowane przez władze terenów rażonych morem każdorazowo uzupełniały szczegółowe zalecenia adresowane przez medyków do ludności miasta i przedmieść, dotyczące optymalnych warunków przetrwania danej populacji w obliczu zagrożenia zarazą. Treść medycznych poradników antymorowych była opracowywana przez ciała kolektywne, tworzone przez zatrudnionych na czas epidemii fizyków miejskich i przed publikacją musiała uzyskać akceptację władz miasta.

Dla nowożytnego Torunia zachowały się zaledwie trzy broszurki tego typu: *Kurzer Bericht der Leiblichen Artzney z 1625 r.* oraz *Wollmeindende Erinnerung*¹, i jej polskojęzyczny odpowiednik:

¹ *Wohlmeinende Erinnerung an alle Burger und Einwohner...*, Thorn 1708 (sygn. KM 103370).

*Życzliwa przestroga*¹, obie wydane w 1708 r. Opublikowany rok później druk: *Unterricht inficirte Hauser von der Gifft zu reinigen*², oraz wydana w 1588 r.: *Kurtzer und einseitiger Bericht, wie sich ein jeder zur Zeit der regierenden Pestilenz, in allerley Leibes Wartung, verhalten soll*³, nie dochowały się do naszych czasów.

Celem niniejszego tekstu jest zaprezentowanie treści: *Kurzer Bericht der Leiblichen Artzney*⁴, druku znajdującego się w zbiorach Książnicy Miejskiej w Toruniu. W odróżnieniu od toruńskich XVIII-wiecznych instrukcji antyepidemicznych, które stały się przedmiotem historycznych rozważań S. Tynca⁵ i językoznawczych analiz T. Friedelówny⁶, treść *Kurzer Bericht* nie doczekała się jak dotąd szerszego opracowania⁷.

* * *

Według świadectwa J. H. Zerneckego zaraza, pokłosem której jest *Kurzer Bericht*, szalała w mieście blisko półtora roku - od 21 sierpnia 1624 r. do końca grudnia 1625 r. Do 25 lipca 1625 r. miała ona pochłonąć 2121 istnień ludzkich. W następnych miesiącach z powodu moru oraz innych „niebezpiecznych chorób” (*gefährliche*

¹ *Życzliwa przestroga do wszystkich Mieszczan I obywatelów jako się od Infekcyey Morowego powietrza preserwować...*, Toruń 1708 (sygn. KM 102474, 103371);

² Wspomina ją m.in. F. Giedroyc, *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny*, Warszawa 1899, s. 95.

³ Por. L. Jarzębiowski, *Druki toruńskie XVI wieku*, Warszawa 1969, s. 91; S. Salmonowicz, *Toruń wobec zarazy w XVII i XVIII wieku*, Rocznik Toruński 16, 1983, s. 249.

⁴ Broszura została wydrukowana w formie duodecimo w toruńskiej drukarni Franciszka Schnellbolza.

⁵ S. Tync, *Toruński Ojciec Zadżumionych. Obrazek z historii toruńskiej*, Toruń 1925.

⁶ T. Friedelówna, *Życzliwa przestroga jako się od infekcyjnej morowego powietrza prezerwować (1708). Przyczynek do dziejów języka polskiego na Pomorzu*, Rocznik Toruński 19, 1988, s.123–152.

⁷ Wspominał o niej S. Salmonowicz. Zob. tenże, dz. cyt., s. 251.

Kranckheiten) – najprawdopodobniej tyfusu i czerwonki, w Toruniu zginęło kolejnych 2775 osób, w tym 71 obywateli. W sumie bilans strat ludnościowych wyniósł 4896¹ osób, czyli ok. 25% populacji miasta². Wśród zmarłych znaleźli się m.in.: dwaj członkowie Rady Miejskiej - Marcus Mochinger - aptekarz, oraz Matthias Kisling - piwowar, dwaj członkowie konsystorza: Konstanty Toxites – prezes tegoż, i Andreas Lucae - pastor nowomiejski, a także sześciu członków ławy: Michael Drehbart, Lorentz Schwager, Daniel Eisenwagen, Christian Burchard, Daniel Graupe i Georg Jordan³. Niestety, nie można ustalić, jak wysoka była rzeczywista śmiertelność wywołana dżumą, albowiem najstarsze zachowane toruńskie księgi pogrzebowe datują się dopiero na rok 1630.

Instrukcja, która stanowiła odpowiedź władz miasta na zagrożenie epidemiologiczne, została opracowana przez zatrudnionych i opłacanych przez Radę Miejską fizyków (*verordnete Medicos*). Przy czym wśród jej twórców najprawdopodobniej znalazł się obywatel Gdańska - dr Gerbrand Haio, który za swoje posługi w Toruniu w trakcie zarazy otrzymał od władz Torunia niebagatelną sumę 1500 marek rocznego salarium (ok. 12420 g srebra), a także darmowe

¹ Wg J Wernicke, w Toruniu w trakcie epidemii 1624/1625 zginęło 4863 osoby. Zob. tenże, *Geschichte Thorns aus Urkunden, Dokumenten und Handschriften*, Bd. 2, Thorn 1842, s. 262.

² K. Mikulski, *Pułapka niemożności. Społeczeństwo nowożytnego miasta wobec procesów modernizacyjnych (na przykładzie Torunia w XVII i XVIII wieku)*, Toruń 2004, s. 20; Stanisław Salmonowicz podaje, że straty ludnościowe wyniosły 33% mieszkańców Torunia. Zob. S. Salmonowicz, dz. cyt., s. 244.

³ J.H. Zerneck, *Das verpestete Thorn oder summarischer Auszug der Pestilentz-Seuchen, womit nach Gottes Willen die Stadt Thorn von Anfang ihrer Erbauung biß an gegenwärtige Zeiten heimgesuchet ist*, Thorn 1710, s. 11-12, tenże, *Thornische Chronica in welcher die Geschichte dieser Stadt von MCCXXXI bis MDCCCXXVI aus bewehrten Scribenten...*, Berlin 1727, s. 222.

mieszkanie i niezbędne do prowadzenia kuracji drewno¹. Poradnik został przeznaczony dla wszystkich, tak chorych jak i zdrowych, mieszkańców miasta, przedmieść oraz okolicznych wiosek i w odróżnieniu od *Życzliwej przestrogi* z 1708 r., która stanowiła przede wszystkim wybór rad z zakresu profilaktyki antymorowej, informował także o symptomach moru i najpewniejszych domowych sposobach leczenia osób zainfekowanych.

Skoro każdorazowo za *primae causae* dżumy uważano gniew boży², to jako podstawowe działanie profilaktyczne *Kurzer Bericht* wymieniała gorliwą modlitwę, by Bóg wziął modlącego się w obronę i odwrócił od niego – jako ciała indywidualnego - oraz od miasta – jako ciała kolektywnego – swą karę. Tyle jednak, jeżeli chodzi o *lekarstwa duszne*. Szczegółowe wskazówki odnośnie praktyk dewocyjnych zawierały bowiem toruńskie modlitewniki oraz kancjonały, a także głoszone w lokalnych kościołach specjalne kazania antymorowe³. Stąd też w kolejnych punktach instrukcja skupiała się na lekarstwach cielesnych.

I tak, w pierwszym rzędzie poradnik powielał niektóre postanowienia administracyjne wydane przez magistrat. Instrukcja m.in.

¹ G. Bender, *Geschichte des städtischen Krankenhauses und der oeffentlichen Kranckenanstalten in Thorn*, Danzig 1885, s. 10.

² Dla tradycji luterńskiej kluczowe znaczenie miało pismo Marcina Lutera i Jana Hessa z 1527 r.: *Ob man vor dem Sterben fliehen moege*. Zob. *D. Martin Luthers Werke, kritische Gesamtausgabe*, Weimar/Böhlau 1883, Bd. 23, s. 338–372.

³ Zob. np. J. Arndt, *Geistliche Seelen-Artzney, wieder die abscheuliche Seuch oder Pestilenz, und andere Straffen, verfasset in vier Capitel*, Thorn 1625; C. Toxites, *Vermahnungs-Brieff an alle Menschen genomen aus Aurelio Augustino...*, Thorn 1625; *Drey Christliche Gebet fuer die Gemeine zu Thorn in Sterbensleusten Anno 1624. Sampt etlichen andachtigen Liedern*, Thorn 1624.

nawoływała do tego, aby zerwać kontakty ze wszelkimi miejscami (zarówno w mieście, jak i poza nim), które były już zapowietrzone, albo które o zapowietrzenie podejrzewano, a także by nie kupować pochodzących stamtąd towarów. Zakaz ten był efektem wiary w możliwość zarażenia się od tzw. żagwi choroby, które XVI-wieczny lekarz krakowski, Piotr Umiastowski, definiował jako: „*ciało ono, które od zarażonego ciała zarazę albo truciznę przyjmuje y potem drugiemu użyzca*”¹. Instrukcja ponadto nakazywała ograniczenie kontaktu z ludźmi przejezdnyymi, nawet wtedy, gdy posiadali oni odpowiednie atestacje, mówiące o stanie ich zdrowia i miejscach, w jakich wcześniej przebywali.

Kolejne porady zawarte w poradniku miały charakter *stricte* medyczny. W pierwszym rzędzie instrukcja nakazywała obchodzić się (*disponieren*) z własnym ciałem w taki sposób, by nie dać szkodliwym miazmatom łatwego przystępu do narządów wewnętrznych (*innerliche Glieder*) oraz – zgodnie z zasadami obowiązującej w tym czasie patologii humoralnej – do czterech podstawowych cieczy organizmu. Z tego też względu ci, którzy mieli w sobie wiele nieczystych wilgotności, albo u których stwierdzono nadmiar krwi, powinni byli w celach profilaktycznych poddawać się regularnie flebotomii albo brać na przeczyszczenie. Dalszych szczegółowych informacji na temat proponowanych zabiegów oczyszczających można było zasięgnąć, zgodnie z treścią instrukcji, u zatrudnionych w mieście leka-

¹ Cyt. za: F. Giedroyc, dz. cyt., s. 71.

rzy oraz balwierzy dżumowych¹. Przy czym warto w tym miejscu nadmienić, że wśród nowożytnych medyków upust krwi miał zarówno swoich żarliwych zwolenników jak i przeciwników. I tak, wśród najczęściej pojawiających się w zachodnioeuropejskich traktatach medycznych argumentów za stosowaniem flebotomii można znaleźć.

- Upust krwi redukuje przepelnienie ciała i w ten sposób osłabia działanie jadu morowego.

- Skoro sama natura u osób zapowietrzonych wywołuje krwotoki z nosa, to trzeba postępować wedle danego nam przez nią przykładu i dokonywać dodatkowych upustów.

- Upust krwi przeciwdziała zgnilości bądź wilgotności oraz zaparciom.

- Wraz z krwią z ciała wypływa także jad dżumowy.

Andreas Langner w traktacie *Proptuarium* z 1575 r.: pisał wprost: „*Der sich angesteckt befindet, soll sich von Stund an eine Ader öffnen lassen, und sich nicht das Leben selbst verkürzen, denn wenn es innerhalb der ersten fünfzehn Stunden nicht geschehe, so sey hernach schwerlich zu helfen*“². Natomiast przeciwnicy tego typu zabiegów argumentowali swoje stanowisko następująco: - skoro życie ciała zawiera się we krwi, a ciała osób zadżumionych są szcze-

¹ I tak np. o różnicach między kompetencjami aptekarza i lekarza pisał w 1560 r. Gdańszczanin, Jan Placotomus: „*Aptekarz troszczy się o materię i postać leków, lekarz bada raczej ich działanie i przepisuje ich stosowanie*” (cyt. za: J. Drygas, *Aptekarstwo Gdańskie 1399-1939*, Gdańsk 1983, s. 214). Oznacza to, że tylko lekarze i balwierze dżumowi mogli udzielać informacji nt. charakteru czy dawkowania lekarstwa.

² A. Langner, *Proptuarium. Wie zur zeit der Pestilentz, ein jeder Gesunder und Krancker, jungk oder alt, ... sich mit allem praeserviren und curirn sol, sampt beyligenden seer nutzlichem Proceß von der Aderläb...* Bd. 3: Vom Proceß des Aderlasses, b.m.w. 1575, s. 3.

gólnie osłabione, to upust krwi tylko pogarsza stan ich zdrowia; - nawet jeżeli w chwili upustu i tuż po nim pacjent zachowuje siły i czuje się dobrze, to nie ma gwarancji, że nie straci on ich w niedalekiej przyszłości; - chociaż w trakcie upustu, wraz z krwią pozbywamy się części trucizny, to jednak w trakcie oddychania trucizna znów wraca do osłabionego ciała i tym szybciej je uśmierca; - dżuma to złe właściwości (niem. *böse Eigenschaften*) krwi (upust krwi nie zmienia jej jakości, a jedynie ilość); - flebotomia, w odróżnieniu od środków przeczyszczających, wymiotnych, napotnych i moczopędnych nie była i nie jest środkiem przeciwdziałającym wilgoci i zgniliznie¹. Z jałowości tego rodzaju sporów teoretycznych drwił w XVIII w. lekarz gdański, Manasse Stoeckel, gdy pisał: „*[W]ann sie [Pestaertze, Pestbalbiere – KP] streiten, ob man in der Pest soll vomiren, purgiren, clystiren oder Aderlassen, ich wollte wol sagen, man gebe ihnen [Patienten – KP] nichts, so sterben dreymahl mehr*”². Wróćmy jednak do treści instrukcji.

W zakresie indywidualnej profilaktyki antymorowej *Kurzer Bericht* podawała następujące zalecenia. Torunianie mieli codziennie rano zjadać nie większą niż owoc wiśni porcję leczniczych powidełek oraz kilka leczniczych precelków (tzw. morselków), dostępnych – tak jak i pozostałe wymieniane w instrukcji specyfikiki - w lokalnych apte-

¹ Por. *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste (1732–1754)*, Bd. 27, s. 835-836 (dalej cyt.: Zedler).

² M. Stoeckel, *Anmerckung welche bey der Pest, die Anno 1709 in Dantzig...*, Dantzig 1710, s. 12. O stosunku polskich lekarzy do upustów krwi zob. także: A. Karpiński, *W walce z niewidzialnym wrogiem. Epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI–XVIII w. i ich następstwa demograficzne, społeczne i polityczne*, Warszawa 2000, s. 183-184.

kach. Gdy osoba zdrowa musiała z jakichś ważnych powodów opuścić swoje domostwo i udać się w takie miejsce, w którym była narażona na zapowietrzenie, powinna była włożyć pod język ochronne ciasteczko. Ponadto należało nasmarować guziki odzienia specjalnym mazidłem, natrzeć nos antymorowym balsamem oraz przyłożyć do nozdrzy gąbkę nasączoną octem przeciw truciźnie¹. Osoby, które były przyzwyczajone do wódki, mogły pić rano i wieczorem łyk gorzałki antymorowej. Natomiast ludziom biednym polecano spożywać przed wyjściem z domu od jednej do trzech łyżek ciepłego podpiwku tudzież ciepłego piwa z masłem i dziegciem, a także przeżuwać kilka razy dziennie kawałek korzenia cytwaru albo dzięglu.

Nieskuteczność proponowanych specyfików sprawiała jednak, że w XVII w. wciąż utrzymywała się wiara w magiczną moc amuletów i kamieni zdrowia. Według Georgesa Vigarello, u początku szerszego stosowanie przedmiotów ochronnych stało założenie, że „ciało jest biernym organizmem chronionym dzięki pewnym kontaktom albo zręcznie rozmieszczonym dodatkom”². I chociaż w XVII w. ciało ludzkie nabiera cech własnych i specyficznych (rozumiane jest jako maszyna kierująca się wewnętrznymi prawidłowościami) i w dużo mniejszym stopniu powiązane jest z właściwościami wszechświata, to jednak ówczesni medycy nadal hołdowali zasadzie podobieństwa oraz magii sympatycznej. Stąd w *Kurtzer Bericht* pojawia się

¹ Wg ustaleń S. Flisa ocet przeciw truciźnie składał się z ziół piołunu, rozmarynu, szałwi, mięty, goździków i octu winnego. Por. tenże, *Dżuma na Mazurach i Warmii w latach 1708 - 1711*, Komunikaty Mazursko-Warmińskie 2, 1960, s. 478-481.

² G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997, s. 42.

uwaga, iż wszyscy, którzy są wystarczająco zamożni, mają nosić na koszuli na przeciw serca kamień-amulet chroniący przed jadem, natomiast nad sercem na gołym ciele małą poduszeczkę albo woreczek wypełniony *materią wyciągającą truciznę*, najprawdopodobniej rtęcią¹. Serce należało chronić dlatego, że zgodnie z ustaleniami medycyny Galenowskiej to właśnie w nim był usytuowany *spiritus vitalis*, który zarządzał ruchem krwi oraz ciepła w ciele.

Co istotne, *spiritus vitalis* formował się z powietrza doprowadzanego do serca przez żyły płucne i następnie był rozprowadzany tętnicami po całym organizmie. W ten oto sposób – wraz ze zdrowym powietrzem, do serca mogła przedostać się także tzw. *miasma pestifera*. Dlatego też w celu zabicia obecnych w powietrzu miazmatów w instrukcji radzono częste okadzanie sprzętów codziennego użytku i pomieszczeń mieszkalnych. Do fumigacji zalecano używać specjalnych ziół i wermutów, w szczególności przyrządzonych z jałowca i kory dębowej. Ponadto medycy miejscy radzili samodzielnie sporządzać specjalną nalewkę według następującej receptury: „*Weź dwie garście drobno posiekanych ziół, po dziesięć posiekanych orze-*

¹ Np. receptura Johanna Agricoli brzmiała następująco: „*Weź dowolną ilość żywego srebra [rtęci – KP], połącz z grynszpanem, solą witolową oraz dobrym octem i gotuj 3 do 4 godzin w garnku z żelaza. Kiedy substancja będzie wyglądać jak amalgamat, wyciągnij ją i płucz w ciepłej wodzie tak długo, aż nabierze śnieżnobiałej barwy. Przełóż ją na drewniany talerz i schowaj do dobrze wietrzonej piwnicy na noc, tak by stwardniała. Nad ranem uformuj z niej małe kulki, które owinięte czerwonym jedwabiem powieś na szyi. Kiedy materiał stanie się granatowo-niebieski, zdejmij amulet, albowiem zmiana barwy jest znakiem, że przyjął on w siebie truciznę. Wykorzystany amulet spal. Noszenie zużytego amuletu może wyrządzić właścicielowi wielkie szkody*”. J. Agricola, *Deutlich und Wohlgegründeter Anmerkungen Ueber die Chymische Artzneyen*, Nürnberg 1686, s. 219. Zob. także: G. E. Stahl, *Der Medicinische Haupt-Schlüssel oder Gründliche Einleitung zur vernünftigen Cur aller innerlichen Krankheiten des menschlichen Leibes*, Leipzig 1729, s. 622.

chów i fig oraz pół garści owoców jałowca. Wszystkie składniki dokładnie wymieszaj i przetraw alkoholem. Pij rano przed wyjściem jedną pełną łyżkę". Przy czym specyfik ten miał wielostronne zastosowanie: można nim było także okadzać izby mieszkalne (lejąc go na rozgrzane cegły). W tym miejscu warto nadmienić, że w krajach niemieckich do fumigacji wnętrza domów oprócz ziół, nalewek i tzw. proszków chroniących przed zarazą (niem. *präservirendes Pest-Räucherpulver*) używano także specjalnych świec oraz bibulek antymorowych (niem. *präservirende Pest-Räucherkerzen, Räucherzettlein*)¹. Specyfików tego typu nie wymieniano jednak ani w XVII-wiecznej antymorowej broszurze toruńskiej, ani w broszurach pochodzących z innych miast Prus Królewskich.

Kolejne zawarte w *Kurzer Bericht* rady dotyczyły opieki nad zarażonymi. Osobom opiekującym się chorymi radzono stosować wszystkie wyżej wymienione środki profilaktyczne, a nadto często zmieniać, wietrzyć i okadzać (dymem z kominków) własną odzież, atakże regularnie fumigować bieliznę i pościel chorych. Musimy bowiem pamiętać, że nie wszyscy zainfekowani mieszkańcy miasta byli leczeni w szpitalach, gdzie obowiązywał bezpośredni nadzór lekarski oraz specjalne wewnętrzne regulaminy. Wielu z nich, w szczególności osoby majątne oraz członków patrycjatu, leczono w prywatnych domach, czy jak w przypadku przedstawicieli biedoty miejskiej, w skromnych budach². W takich przypadkach codzienną opiekę nad

¹ Zob. Zedler, Bd. 30, s. 302, 309.

² Por. G. Keil, *Der Hausvater als Arzt*, w: *Hauhalt und Familie im Mittelalter und früher Neuzeit*, hrsg. T. Ehlert, Wiesbaden 1997, s. 224-227.

zapowietrzonymi sprawowali członkowie ich rodzin. To właśnie do nich skierowane były powyższe porady.

Instrukcja zawierała także szereg dyrektyw uzupełniających przypisaną przez medyka kurację. I tak, w poradniku podkreślano, że zapowietrzeni muszą przed zażyciem zapisanych przez fizyków farmaceutyków płukać usta octem, a gdy pocą się nazbyt obficie, powinni zostać dokładnie powycierani. Jeżeli skutek nadmiernej potliwości nastąpiły słałości, a lekarz nie przepisał odpowiednich środków zaradczych, chory miał zażywać julep, wódkę jęczmienną, a także konfekt i syrop nasercowy. Następnie po wypoceniu się powinien był spożyć krzepiący posiłek¹ i spróbować zasnąć. Przez kolejne dni trzy, cztery razy na dobę zapowietrzony oprócz przyjmowania zaordynowanych leków, musiał w godzinach rannych pić porcję napoju antymorowego oraz spożywać kołaczki lecznicze.

Jeżeli wszystkie ww. porady zostały sumiennie zrealizowane to chory – wedle słów poradnika - powinien był wkrótce wrócić do zdrowia. I tak, kiedy spostrzeżono, że trucizna uchodzi z ciała osoby rażonej morem pod postacią (pojawiających się zwł. za uszami, na szyi, pod pachami i w pachwinach) guzów i morówek, należało niezwłocznie nałożyć na nie plaster wyciągający jad, lub, jeżeli nie było się pewnym charakteru wysięków, natychmiast wezwać balwierza, który doradzał, jak poprowadzić dalsze leczenie. Natomiast gdy mrówki całkowicie zanikły, a chory powoli odzyskiwał siły, obowiąż-

¹ Instrukcja nie zawierała jednak żadnych wytycznych dietetycznych.

kowo puszczano krew, aby pozbyć się z ciała reszty jadu, której nie udało się usunąć w wyniku zastosowania wspomnianych plastrów.

Odmienne specyfikę proponowano natomiast w przypadku rozpoznania dolegliwości towarzyszących chorobie. Na przykład, w przypadku narastającej słabości, zażywano julep, konfekty oraz wódki palone; w celu uśmierzania bólu – przykładano kompres na czoło; aby zmniejszyć klucie w boku – brano kropelki nasenne. Wreszcie w celu zahartowania ciała używano czopków, lewatyw oraz innych środków przeczyszczających oraz wymiotnych.

Co ciekawe, jedna z porad instrukcji nawoływała wszystkich Torunian do samoobserwacji. Mieszkańcy miasta i okolic mieli obowiązek nieustannego baczenia, czy nie zdradzają jakichkolwiek niepokojących objawów sugerujących zapowietrzenie, m.in.: uderzeń zimna lub gorąca, silnego bólu głowy, wymiotów, nudności czy osłabienia. Ten, kto zauważyłby u siebie powyższe symptomy, miał obowiązek bezzwłocznego udania się do lekarza, albowiem zlekceważenie oznak morów ciągu pierwszych godzin od ich pojawienia się, musiało – jak głosiła instrukcja - doprowadzić chorego do tak złego stanu zdrowia, że lekarz pomimo zastosowania najbardziej skomplikowanych środków leczniczych nie mógłby mu już pomóc. Można zatem założyć, że ten punkt broszury pełnił funkcję biopolityczną. Dobrowolne zgłaszanie się do przedstawicieli władzy jakimi byli lekarze i tym samym wyrażenie zgody na odseparowanie od wspólnoty miejskiej stanowiło wyraźne przesunięcie granic pomiędzy samoregulującymi się a regulowanymi odgórnie sposobami codziennych za-

chowań mieszkańców Torunia. Wyzwalając kolektywne praktyki ochrony, dżuma stawała się punktem krystalizacji obrazu władzy jako gwaranta ładu społecznego oraz obrazu jednostki jako jej przedmiotu.

Co istotne, do *Kurtzer Bericht* dołączona została także taksa aptekarska, która wymieniała czterdzieści siedem różnych medykamentów, w większości przytaczanych w tekście poradnika. Taksa dzieliła leki na dwa rodzaje, ze względu na ich funkcje, a nie – jak było to w przypadku instrukcji z 1708 r. - formę. I tak, taksa wymieniała piętnaście środków zapobiegawczych i trzydzieści dwa środki lecznicze, wśród których większość miała charakter leków złożonych (*compositia*).

Wśród leków zapobiegawczych wymienionych w *Kurzer Bericht* znalazły się:

Tab. 1 Środki profilaktyczne wg *Kurzer Bericht* z 1625 r.

Nazwa niemiecka	Waga (g)/cena	Nazwa polska ¹
Praeservatiff Lattw[erk]	das Loht (15 g) 5 gr	Powidełka ochronne
Ein andere wolfeiler	das Loht (15 g) 3 gr	Innego rodzaju, niedrogie
Lieberantes Kuchlein	das Loht (15 g) 2 gr	Ciasteczka oswabadzające od zaraży

¹ Polskie nazwy leków wymienianych w tab. 1 i tab. 2 w tłumaczeniu autorki. W przypadku niektórych – arbitralnie wybranych - leków autorka podejmuje próbę rekonstrukcji ich receptury.

raeservatiff Kuchlein ¹	das Loht (15 g) 3 gr	Ciasteczka ochronne
anderer art	das Loht (15 g) 2 gr	Innego rodzaju
Kuchlein unter der Zungen zu halten	das Loht (15 g) 3 gr	Ciasteczka pod język
Giftt-Brandtwein	das Loht (15 g) 2 gr	Palone wino przeciw truciznie
Pestilenz Pillen ²	das Quintlein (3,75 g) 1 6 gr	Pigułki antymorowe

¹ Ciasteczka *oswabdzające od zarazy* (tzw. *rotulae liberantes*) chroniły serce od jadu i wywoływały silne poty, ewakuując w ten sposób truciznę, która uprzednio przedostała się do wnętrza ciała. Ciasteczka mogły stosować wszystkie osoby, bez względu na wiek, płeć czy kompleksję. Natomiast ciasteczka *ochronne* z uwagi na swój skład były przeznaczone jedynie dla ściśle określonych grup wiekowych. Według *Leksykonu Zedlera* przeterminowane ciasteczka cytwarowe mogły spożywać wyłącznie dzieci. Natomiast ciasteczka o składzie, który przytoczymy niżej, jedynie dorośli. Recepta na morselki dla dorosłych brzmiała następująco: „*Weż po 3 drachmy aloesu, cynamonu i mirry, po pół drachmy kory drzewa rajskiego, ziemi armeńskiej i żywicy akacjaowej, zetrzyj wszystko na proch i połącz z najlepszym teriakiem. Uformuj ciasteczko. Codziennie zjadaj pół skrupułu, popijaj szklanką wody kardiobenedyktowej (chabrowej - KP). Przez cały dzień będziesz chronion od powietrza*”. Za: Zedler, Bd. 29, s. 102, 105.

² *Leksykon Zedlera* wymienia aż dziesięć rodzajów pigułek antymorowych, m.in. pigułki złożone Dra Schroedera, pigułki Ruffa i pigułki Awicenny². W skład pigułek Dra Schroedera wchodziły: alona wątrobowata, szafran, mirra, cytwar, gencjana, powidelka z rabarbaru oraz porcja triaku Andromacha wielkości orzecha włoskiego. Wszystkie składniki należało sproszkować, a następnie połączyć ze sobą tak, by powstało z nich gęste ciasto. Z gotowej masy formowano pastylki wielkości ziarnka grochu. Lek ten miał wielostronne zastosowanie, m.in. wzmacniał pamięć, zaostrzał wzrok, kołował burczenie w brzuchu oraz oczyszczał ciało, usuwając zeń zgnilość i wilgotność, a także wywoływał poty. W celach profilaktycznych przyjmowano jedną tabletkę dziennie, zaś w celach kuracyjnych – do dziesięciu. Co interesujące, w XVII wieku pigułki Dra Schroedera określano mianem „Pigułek Jezusowych”, albowiem nie potrafiono wytłumaczyć ich cudownej leczniczej mocy, podobnej do uzdrawiającej mocy Chrystusa. Kolejne pigułki – pigułki Ruffa, o których po raz pierwszy wspominał Paweł z Egiwu, składały się – w przypadku najprostszej receptury - z aloesu, mirry i gumożywicy pozyskiwanej z drzewa *Dorema ammoniacum*. Po połączeniu wszystkich składników z sokiem z cytryny powstawała lepka masa, z której formowano lekarstwo. Wreszcie trzecia odmiana leku – pigułki Awicenny (łac. *Pilula pestilentialis Avicennae sive communis*) – to mieszanina aloesu, szafranu i mirry. W Polsce to właśnie pigułki Awicenny utożsamiano z będącymi w powszechnym użytku pigułkami Ruffa. Por. Zedler, Bd. 27, s. 428; A. Karpiński, dz. cyt. s. 179, przyp. 446.

Rauch-Pulver	das Loht (15 g) 1,5 g	Proszek do kadzenia
Ein ander	das Loht (15 g) 1 gr	Innego gatunku
Kräuter in Essig zu weichen	das Loht (15 g) 2 gr	Ziła do moczenia w occie
Angelick Balsam	das Quintlein (3,75 g) 30 gr	Balsam dzięglowy
Zum Diesem Knopff ¹	N 1 36 gr	Balsam do <i>pomum odiferum</i>
Hertz-Küßlein	N 1 16 gr	Poduszeczka na serce
Giftstein	N 1 10 gr	Kamień antymorowy

¹ W druku wkrađł się błąd zecerski. Nazwa powinna brzmieć bowiem [*Balsam*] *zum Bisamknopf*. *Bisamknopf* to inaczej *pomum ambrae* albo *pomum odiferum*, czyli balsaminka. A zatem w przypadku podawanego przez takę leku chodziło najprawdopodobniej o jakieś *Odoramentum*, tj. zewnętrzny środek leczniczy o bardzo intensywnym zapachu, czyli pachnidło. Specyfik taki składał się zazwyczaj z aromatycznych olejków, balsamów, żywic, płatków kwiatów, sproszkowanych korzeni, etc. Jedna ze słynnych niemieckich receptur mówiła: „*Weß четыry grany piżma, четыry krople esencji różanej, dwie łyżki sproszkowanego traganka* (łac. *Astragalus membranaceus*, niem. *Traganth*), *wszystkie składniki połącz ze sobą, dodaj jedną drachmę rozdrobnionego cukru, przygotuj ciasto, z którego uformujesz pachnące kuleczki*. Por. J. M. Riddle, *Pomum ambrae. Amber and Ambergris in Plague Remedies*, *Sudhoffs Archiv* 48, 1964, s. 111-122; Zedler, Bd. 25, s. 269; Bd.3, s. 1933.

Druga część taksy wymieniała środki, które należało zażywać w przypadku zarażenia. Wśród nich znalazły się:

Tab. 2 Środki lecznicze wg *Kurzer Bericht* z 1625 r.

Nazwa łacińska	Waga (g)/cena	Nazwa polska
Gülden Ey ¹	das Quintlein (3,75 g) 3 gr	Electuarium/powidełka z jaja
Theriack des besten	das Quintlein (3,75 g) 4 gr	Najlepszy teriak
Ein ander	das Quintlein (3,75 g) 2 gr	Innego rodzaju
Mithridadam des beste ²	das Quintlein (3,75 g) 3 gr	Mitrydad najlepszy

¹ *Gulden Ey* to inaczej *Electuarium de ovo*, czyli powidełka z jajka¹. Lekarstwa tego używano w celu ochrony ciała przed wszelkimi rodzajami jądów, w tym także miazmatami morowymi. Hamowało ono wytwarzanie się nadmiernej wilgotności w ciele, a wszelką zgnióść z wnętrza organizmu ewakuowało na jego powierzchnię. Żeby wzmocnić działanie leku przyjmowano go z sokiem z cytryny i startym korzeniem dżumowym (niem. *Pestwurz*), czyli korzeniem lepiężnika. Powidełka zazwyczaj sporządzano według następującej receptury. Z jednej strony nadłukiwano łyżeczką skorupkę świeżo zniesionego jaja kurzego, z którego odlewano białko. Następnie do wnętrza jaja wsypywano szafran i zamykano je inną skorupką, tak by nie wypłynęło żółtko. Spreparowane w ten sposób jajo wkładano do małego garnuszka i podgrzewano nad ogniem tak długo, by skorupka szerniała. Kolejnym krokiem było wyjęcie ugotowanych składników z wnętrza skorupki i starcie ich na proszek. Do proszku dodawano: po 1,5 drachmy proszku z dyptamu i pięciornika oraz po ½ uncji mirry, dzięglu, anyżu, owoców jałowca, cytwaru i kamfory. Wszystkie składniki dokładnie mieszano i ugniatało z nich lepkie ciasto. Następnie dodawano teriak i znów mieszano, tym razem trzy godziny. Lek podawano zaraz po przygotowaniu. Zob. Zedler, Bd. 8, s. 747

² A czym różniły się od siebie teriak i mitrydad? Różnica polegała nie na formie leku (oba podawano bowiem jako powidełka, niem. *Latweg*), lecz na wachlarzu zastosowań. I tak mitrydad działał jedynie jako napotny środek przeciw truciźnie (Zedler, Bd. 21, s. 290), natomiast teriak stosowano nie tylko w celu ochrony przed miazmatami, lecz także jako lekarstwo wzmacniające. Już Marcello Ficino twierdził, że teriak powinny zażywać osoby starsze, albowiem żaden inny specyfik nie rozgrzewa tak dobrze i nie przywraca w tak krótkim czasie siły wszystkim członkom. Dlatego też zimą i jesienią dwa razy w tygodniu należało profilaktycznie przyjmować po 20-30 granów teriaku, natomiast latem i wiosną – raz w tygodniu taką samą dawkę rozpuszczoną w winie. Zob. D. Beecher, *Ficino, theriaca and the stars*, w: *Marsilio Ficino. His Theology, His Philosophy, His Legacy*, red. M. Allen, Leiden/Boston 2001, s. 243-256.

Schweiss-Latwerg ¹	das Quintlein (3,75 g) 2 gr	Powidelka napotne
Theriack-Wasser	das Loht (15 g) 4 g	Wódka teriakowa
Gift-Tranck auff einmal	16 g	Napój przeciw truciźnie (jedna porcja)
Ein ander wolfeiler	8 gr	Innego rodzaju, tańsza
Gift-Pulver	das Quintlein (3,75 g) 14 g	Proszek przeciwko truciźnie
Ein anders	das Quintlein (3,75 g) 12 gr	Innego rodzaju
Pest-Küchlein	das Loht (15 g) 6 g	Ciasteczka antymorowe
Andere	das Loht (15 g) 4 g	Inne ciasteczko antymorowe
Julep	ein halb 16 gr	Julep (pół porcji)
Ein ander	ein halb 8 gr	Inny julep (pół porcji)
Gersten-Wasser	ein halb 20 gr	Wódka jęczmienna (<i>decoctum hordei</i>) (pół porcji)
Ein anders	ein halb 12 gr	Innego rodzaju (pół porcji)

¹ *Powidelka napotne* , które według wielu lekarzy z epoki były równie skuteczne jak teriak czy mitrydad, można było przyrządzić z takich oto komponentów. Trzy uncje korzenia z dziewięcisiłu (*rad. Carlinae*) i dzięglu, dwie uncje mirry, dwie drachmy proszku żmijowego i siarki sublimowanej, półtora drachmy ziemi pieczętnej, sześć drachm szafranu złotego i cynamonu, pół uncji goździków, sześć drachm płatków maku oraz półtora libry melisy i owoców jałowca należało dokładnie wymieszać w dużym cynowym moździerzu i następnie rozetrzeć na gęstą, lepłą papkę. W celu nadania lekowi słodkawego smaku można było dodać doń dowolną ilość miodu. Zob. Zedler, Bd. 8, s. 389

Kräftigt Hertz Confect	das Loht (15 g) 4 gr	Silny konfekt nasercowy
Ein anders	das Loht (15 g) 2 gr	Inny konfekt
Kühl- und Staercksafft	das Loht (15 g) 3 g	Sok chłodzący i wzmacniający (serce)
Ein ander	das Loht (15 g) 2 g	Innego rodzaju
Hertz- und Pulßwasser ¹	das Loht (15 g) 2 g	Wódka nasercowa i do nacierania pulsów
Ein anders	das Loht (15 g) 1,5 g	Innego rodzaju
Staerck Pundlein dran zu reichen in Mattigkeit nach dem Schweiß	das Loht (15 g) 3 g	Wzmacniający czopek do zażywania w trakcie słabości, jaka nastąpiła po potach
Haupt-Wasser um die Stirn	das Loht (15 g) 2 gr	Wódka do okładów czoła
Schlaff-Sälblein	das Quintlein (3,75 g) 2 gr	Maść nasenna
Schlafräncklein auf ein mal	12 gr	Nalewka nasenna (jedna porcja)

¹ *Wodę do smarowania serca i pulsów*, która ochładzała rozognione ciało, przygotowywano w następujący sposób. W dużym naczyniu mieszano po dwa łyty wody lawendowej i różanej, po łucie wody melisowej, cytrynowej, cynamonowej i „nasercowej” oraz po dwa łyty octu różanego i goździkowego. Specyfik ten, podobnie jak *powidelka z jaja*, był gotowy do użycia tuż po sporządzeniu. Przy czym nacierano nim nie tylko przeguby rąk oraz okolice serca, ale także nozdrza i kostki. Niektórzy medycy radzili wręcz, by wodą nasączyć kawałek płótna, którym następnie należało ciasno związać nadgarstki chorego. Zob. Zedler, Bd. 29, s. 658

Stuhl-Zäpflein ¹	Numero 1 4 gr	Czopki doodbytnicze
Clystier für erwachsene	Numero 1 36 gr	Lewatywa dla dorosłych
Für mittlere	Numero 1 18 gr	Lewatywa dla młodszych
Purgation für erwachsene	Numero 1 25 gr	Środek przeczyszczający dla dorosłych
für mitlere	Numero 1 13 g	Środek przeczyszczający dla młodszych
Pestzugkplaster	das Loht (15 g) 4 g	Plaster wyciągający jad

Co ważne, według *Kurzer Bericht* dawkowanie leków napotnych należało dostosować do płci i wieku pacjenta: osoby w wieku 7-12 lat miały przyjmować jedną trzecią drachmy danego medykamentu, osoby w wieku 12-17 lat – pół drachmy, osoby 17-22-letnie – jedną drachmę, natomiast osoby starsze – półtora drachmy. Przyczym kobiety (w szczególności ciężarne) oraz inni słabi ludzie powinni byli skonsultować dawkę z lekarzem².

¹ Czopek doodbytniczny przygotowywano z soli i świeżego chleba żytniego w proporcjach 1:2. Oba składniki należało zagnieć, włożyć do małego garnuszka i poddusić na wolnym ogniu. Według uznania można było do nich dodać także odrobinę smalcu. Z jeszcze cieplej plastycznej masy forowano niezbyt długie szpiczaste czopki, które następnie zostawiano na kilka godzin w suchym, ciemnym miejscu do stwardnienia. Przed użyciem medykamentu odbytnicę pacjenta smarowano smalcem, tak by aplikacja czopku nie sprawiła mu bólu. Zob. Zedler, Bd. 60, s. 570.

² Jan Innocenty Petrycy pisał, że: „skłonniesze do zachwycenia powietrza morowego są niewiasty niż mężczyźni, młodzi niż starzy, tłuści, delikaci, słabi, bledzi, bojaźliwi, obzarcy, ciała rzadkiego, smrodliwego, którym z ust cuchnie, mają robaki, flegmą ściekają” (tenże, *Praese-rvatio abo Ochrona powietrza morowego*, Kraków 1622, s. 5).

W *Kurzer Bericht* przenikały się poglądy racjonalne z poglądami magicznymi, dziedzicznymi z tradycji. Z jednej strony stosowano leki, które miały działanie uśmierzające ból czy dezynfekujące, z drugiej radzono korzystanie z amuletów. Warto także zwrócić uwagę na wielką ilość i różnorodność specyfików antymorowych wymienionych w taksie. Specyfiki te zazwyczaj podawano wewnątrz, żuto, wcierano w ciało lub wączano. Wymyślność receptur oraz cena produktów sprawiała jednak, iż w dużej mierze leki te były niedostępne dla osób ubogich, którym proponowano w zamian medykamenty prostsze i w rezultacie tańsze. I chociaż żadne z wymienianych specyfików nie mogły bezpośrednio pomóc uciec przed chorobą, to jednak składniki wielu z nich działały jako repellenty, a także przynosiły krótkotrwałą ulgę w cierpieniu.

Piśmiennictwo

1. *Agricola J.*: Deutlich und Wohlgegruendeter Anmerckungen Ueber die Chymische Artzneyen, Nurnberg 1686.
2. *Drygas J.*: Aptekarstwo Gdańskie 1399-1939, Gdańsk 1983.
3. *Giedroyć F.*: Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny, Warszawa 1899.
4. *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*, Halle/Leipzig 1732–1754.
5. *Kurzer Bericht der Leiblichten Artzney*, Gestellt durch die verordnete Medicos..., Thorn 1625.
6. *Langner A.*: Proptuarium. Wie zur zeit der Pestilentz, ein jeder Gesunder und Kranker, jungk oder alt, ... sich mit allem praeserviren und curirn sol, sampt beyligenden seer nutzlichem Proceb von der Anderläb... Bd. 3: Vom Proceb des Aderlasses, b.m.w. 1575.
7. *Petrycy J. I.*: Praeservatio abo Ochrona powietrza morowego, Kraków 1622.

8. *Stahl G. E.*: Der Medicinische Haupt-Schlüssel oder Gründliche Einleitung zur vernünftigen Cur aller innerlichen Krankheiten des menschlichen Leibes, Leipzig 1729.
9. *Stoeckel M.*: Anmerckung welche bey der Pest, die Anno 1709 in Dantzig., Dantzig 1710.
10. *Vigarello G.*: Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności, Warszawa 1997.
11. *Arndt J.*: Geistliche Seelen-Artzney, wieder die abscheuliche Seuch oder Pestilenz, und andere Straffen, verfasst in vier Capitel, Thorn 1625.
12. *Beecher D.*: Ficino, theriaca and the stars, w: Marsilio Ficino. His Theology, His Philosophy, His Legacy, red. M. Allen, Leiden/Boston 2001, 243-256 .
13. *Bender G.*: Geschichte des städtischen Krankenhauses und der oeffentlichen Krankenanstalten in Thorn, Danzig 1885.
14. Drey Christliche Gebet für die Gemeine zu Thorn in Sterbensleusten Anno 1624. Sampt etlichen andaechtigen Liedern, Thorn 1624.
15. *Flis S.*: Dżuma na Mazurach i Warmii w latach 1708 - 1711, Komunikaty Mazursko-Warmińskie 1960, 2, 437-523.
16. *Friedelówna T.*: Życzliwa przestroga jako się od infekcyjnej morowego powietrza prezerwować (1708). Przyczynek do dziejów języka polskiego na Pomorzu, Rocznik Toruński 1988, 19, 123–152.
17. *Jarzębiowski L.*: Druki toruńskie XVI wieku, Warszawa 1969.
18. *Karpiński A.*: W walce z niewidzialnym wrogiem. Epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI–XVIII w. i ich następstwa demograficzne, społeczne i polityczne, Warszawa 2000.
19. *Keil G.*: Der Hausvater als Arzt, w: Haushalt und Familie im Mittelalter und früher Neuzeit, hrsg. T. Ehlert, Wisbaden 1997.
20. *Luter M.*: Ob man vor dem Sterben fliehen moege. Zob. D. Martin Luthers Werke, kritische Gesamtausgabe, Weimar/Böhlau 1883, Bd. 23, 338–372.
21. *Mikulski K.*: Pułapka niemożności. Społeczeństwo nowożytnego miasta wobec procesów modernizacyjnych (na przykładzie Torunia w XVII i XVIII wieku), Toruń 2004.
22. *Riddle J. M.*: Pomum ambrae. Amber and Ambergris in Plague Remedies, Sudhoffs Archiv 1964, 48, 111-122.\d
23. *Salmonowicz S.*: Toruń wobec zarazy w XVII i XVIII wieku, Rocznik Toruński 1983, 16, 241-256.
24. *Toxites C.*: Vermahnungs-Brieff an alle Menschen genomen aus Aurelio Augustino..., Thorn 1625.
25. *Tync S.*: Toruński Ojciec Zadżumionych. Obrazek z historii toruńskiej, Toruń 1925.
26. *Wernicke J.*: Geschichte Thorns aus Urkunden, Dokumenten und Handschriften, Bd. 2, Thorn 1842, 262.
27. Wohlmeinende Erinnerung an alle Burger und Einwohner..., Thorn 1708.

28. *Zernecke J.H.*: Das verpestete Thorn oder summarischer Auszug der Pestilenz-Seuchen, womit nach Gottes Willen die Stadt Thorn von Anfang ihrer Erbauung biß an gegenwärtige Zeiten heimgesuchet ist, Thorn 1710,
29. *Zernecke J.H.*: Thornische Chronica in welcher die Geschichte dieser Stadt von MCCXXXI bis MDCCCXXVI aus bewehrten Scribenten..., Berlin 1727.
30. Życzliwa przestroga do wszystkich Mieszczan I obywatelów jako się od Infekcyey Morowego powietrza preserwować..., Toruń 1708.

CZEPEK PIEŁĘGNIARSKI WCZORAJ I DZIŚ

Agnieszka Pluta, Halina Basińska,
Jolanta Czajkowska–Fesio, Wiesława Kujawa,
Alicja Marzec, Kamila Faleńczyk

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,
CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz,
kizpielsp@cm.umk.pl

Wstęp

Symbolika w pielęgniarstwie kształtowała się na przestrzeni dziejów pielęgniarstwa. W sposób niezmiernie istotny kreowała tożsamość zawodową pielęgniarek. Wśród symboli pielęgniarstwa jako czytelnych znaków przyjętych za istotne dla pielęgniarstwa literatura podaje czepek pielęgniarski, mundur pielęgniarski, hymn pielęgniarski oraz lampkę oliwną (1). Autorzy pracy skupili się na symbolu czepka pielęgniarskiego.

Historię czepka pielęgniarskiego zapoczątkowały pielęgniarki ze szpitala Beellevue w Ameryce w roku 1876.. Początkowo pełnił on rolę ochronną dla włosów, a z biegiem lat stał się nieodłącznym elementem ubioru każdej pielęgniarki. W Polsce czepek nosiły uczennice pierwszej szkoły pielęgniarskiej w Krakowie w 1911 roku. Miał kształt okrągły z niedużym wylogiem, przykrywał włosy, a okazjonalnie z powodu wyjścia na ulice na czepek nakładany był granatowy welonik. Później wprowadzono czepki okrągłe, marszczone, pokry-

wające całą głowę, zapinane z tyłu na guziki bądź wszywane do patek z tyłu (Warszawa, Kraków). Następnie wprowadzono tzw. czepki „motylki” okalające wyłogiem całą głowę (Poznań, Warszawa) (2). Czepek w znaczeniu symbolicznym oznacza pokorę i chęć służenia innym ludziom, natomiast w znaczeniu funkcjonalnym ochronę i zabezpieczenie nierzadko długich włosów (www.medyk-elblęg.prx.pl). Czepek i przysięga są symbolami przynależności studentów do społeczności pielęgniarskiej. Przyjmując czepek studenci utożsamiali się z zawodem i potwierdzali, że są świadomi swoich obowiązków. Stanowi także element wyróżniający pielęgniarki spośród innego personelu szpitalnego.

Uroczystość czepkowania odbywała się w maju, miesiącu szczególnym dla pielęgniarek, bowiem w tym miesiącu urodziła się Florencja Nightingale, prekursorka pielęgniarstwa zawodowego na świecie oraz Stanisława Leszczyńska, patronka polskich położnych. W maju obchodzony jest również Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej. Pierwszy czepek otrzymywała uczennica szkoły pielęgniarskiej w czasie uroczystości „czepkowania”, jako symbol pierwszego stopnia wtajemniczenia do zawodu pielęgniarki. Aksamitka na czepku ma swoją odrębną tradycję. Dawne prawo noszenia aksamitnych kapturków we Francji miały tylko kobiety wysoko urodzone pochodzące ze szlacheckich rodów. Na dworze Królowej Francji była położna mieszcza, która w czasie, gdy przychodzili na świat następcy tronu, wykazywała się niezwykłymi umiejętnościami i wiedzą położniczą. W dowód wdzięczności i uznania królowa nadała jej

przywilej noszenia aksamitnego kapturka, aksamitnego kołnierza i złotego łańcucha. W związku z powyższym aksamitka miała odzwierciedlać profesjonalizm położnej, później również pielęgniarki (2). Uroczyste nałożenie aksamitnego paska na wyłogę czepka nosiło nazwę „czepkowania”. Pierwsze paskowanie według relacji Jadwigi Łżyckiej wprowadziła szkoła w Warszawie, wzorując się na zwyczajach amerykańskich i zakładając uczennicom jeden wąski pasek na pół roku przed ukończeniem szkoły. Trzy paski umieszczone poprzecznie na wyłogu czepka wprowadzono wraz z kształceniem w liceach medycznych, a później w medycznych studiach zawodowych.

Warunki uzyskania prawa do noszenia oznak zawodu regulowało pismo Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 1950 roku (Dz. U. Min. Zdr. z dnia 5 lutego 1950r.), które podawało:” pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły państwowy egzamin, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze czarnym (czerwonym – położna, niebieskim-dietetyczka). Zgodnie z pismem zabrania się noszenia wyżej wymienionych oznak przez inny personel”.

Obecnie, zgodnie z dążeniem środowiska pielęgniarskiego wyrażonym stanowiskiem I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 grudnia 1990 roku w sprawie identyfikatorów zawodowych pielęgniarek i położnych, uchyla się konieczność noszenia czepka jako identyfikatora zawodu, a nakłada obowiązek legitymowania się plakietką informacyjną o treści ustalonej decyzją okręgowego organu samorządowego (2).

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było określenie stosunku pielęgniarek i studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu do dawnych tradycji i symboli pielęgniarskich oraz próba ustalenia co jest współczesnym atrybutem pielęgniarki.

Materiał i metody

W niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariuszy ankiety własnej konstrukcji. Badanie poprzedzone zostało próbą pilotażową celem określenia czy pytania zawarte w ankiecie są zrozumiałe dla respondentów. W badaniach zastosowano 2 rodzaje kwestionariuszy: jeden skierowany był do studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu i składał się z 21 pytań, a drugi skierowany był do pielęgniarek aktywnych zawodowo i obejmował 22 pytania. Oba kwestionariusze zawierały pytania zamknięte, półotwarte i otwarte. Badania przeprowadzono na grupie 116 pielęgniarek zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej i na grupie 109 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę komisji Bioetyki; numer zgody - 114/2007. Badania trwały od kwietnia do maja 2007 roku.

Wyniki badań

W grupie studentów uzyskano następujące wyniki: średni wiek 24 lata. Najstarszy student miał 45 lat, a najmłodszy 19 lat. Zdecydowaną większość (106 osób- 97%) stanowiły kobiety i studenci stu-

diów dziennych licencjackich (77%). Aż 63 osoby (58%) nie wiedziały, że istnieje hymn pielęgniarski, a 86% przyznało, że nie dowiedzieli się tego również w trakcie nauki na studiach. Z badanej grupy tylko 9 osób potrafiło przytoczyć fragment hymnu (8%). Większość badanych, bo 79% nigdy nie uczestniczyła w uroczystości czepkowania. Panowały podzielone zdania, co do powrotu tej uroczystości do praktyk. Ze wspomnianej grupy (109 osób) 55 chciałoby, aby czepkowanie powróciło do tradycji pielęgniarskich (51%), 31 osób (28%) nie chce tej uroczystości, a 23 osoby (21%) nie potrafiły udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Studenci uważają, że noszenie czepka nie powinno być obowiązkiem - takie zdanie wyraziły 82 osoby (75%), a najczęstszym uzasadnieniem był dyskomfort – 74 osoby (68%). Choć studenci uznali, że czeppek stanowi utrudnienie w pracy i że nie powinien on być wymogiem w pracy współczesnej pielęgniarki (61%) to jednak ponad połowa (55%) uważa ceremonię czepkowania za moment utożsamiający z zawodem, a czeppek za element, który powinien stanowić jedynie symbol (71%). Zdecydowana większość studentów nie ma przypiętego emblematu czepka (79%) - 55 osób (50%) nie ma go przypiętego z własnego wyboru, a 34 osoby (30%) ponieważ po prostu go nie posiadają. Z badanej grupy jedynie 23 osoby (20%) umieściły emblemat na odzieży. Studenci nie noszą też identyfikatora z zamieszczonym symbolem czepka - (81%). W opinii studentów (75%) twórczynią współczesnego pielęgniarstwa była Florencja Nightingale. Trudno studentom było jednoznacznie wskazać osobę, która obecnie przyczyniła się do rozwoju pielęgniarstwa. Tu

pojedyncze osoby wskazywały takie postacie jak: Wrońska, Ciechaniewicz, Zahradniczek, Kawczyńska-Butrym. Studentom nie jest też znany stosunek pacjentów do symbolu czepka - taką opinię przedstawiło, aż 68% badanych, niewiele mniej (55%) uznało jednoznacznie, iż czepki obecnie nie stanowią już symbolu współczesnej pielęgniarstwa, jednakże nie potrafili wskazać co nim jest. Propozycje były bardzo zróżnicowane - strzykawka (5 osób), stetoskop (1 osoba), biały mundur (4 osoby), szata (3 osoby). Element czepka przeplatał się pod postacią emblematu (12 osób), identyfikatora z czepkiem (17 osób). Tylko 4 osoby uznały, iż czepki są symbolem współczesnej pielęgniarstwa. Studenci wskazali jednak na konieczność stworzenia ujednoliconego wzorca odzieży, który odróżniałby pielęgniarstwa od innych grup zawodowych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej (79 osób-72,5%).

W grupie pielęgniarek czynnych zawodowo uzyskano następujące wyniki: najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym od 26-49 rż- 94%, zdecydowaną większość stanowiły kobiety (97%). Dominowały osoby z wykształceniem średnim medycznym (81 osób - 70%), 16 osób posiadało tytuł licencjata, a 19 osób magistra pielęgniarstwa. Większość uzyskiwała prawo wykonywania po ukończeniu Liceum Medycznego - 71%. W badanej grupie 44 osoby posiadały kursy kwalifikacyjne, 23 – kursy specjalistyczne, a 33 osoby ukończoną specjalizację. Średni staż pracy w zawodzie - 14 lat. Pielęgniarki wiedzą, że istnieje hymn pielęgniarstwa (92%) i niemal tyle samo zapoznało się z hymnem w trakcie nauki (84%).

Jednakże choć pielęgniarki spotkały się z hymnem to jedynie 43 osoby potrafiły przytoczyć choć fragment tekstu, co stanowiło 37%. Zdecydowana większość była uczestnikiem uroczystego czepkowania. Z badanej grupy 54% pielęgniarek nosiło czepek. Respondenci zapytani czy czepek przeszkadzał podczas pracy w 44% odpowiedzieli, że tak, 22 % - odpowiedziało, że nie stanowił przeszkody w wykonywaniu obowiązków zawodowych, a 32% nie potrafiło udzielić odpowiedzi. Podobnie jak studenci pielęgniarki uważały, iż czepkowanie to ten moment, który pozwala utożsamić się z zawodem (79%), ale nie ma konieczności by pielęgniarki nosiły czepki w pracy (90%) i również uznały, że czepek powinien stanowić jedynie symbol zawodu (69%). W badanej populacji połowa posiada emblematy (59 osób), a połowa nie (57 osób) – nosi je zaledwie 29% badanych, niewiele więcej nosi identyfikator z elementem czepka - 33% Zbieżna ze studentami jest też opinia pielęgniarek co do osoby będącej twórcą nowoczesnego pielęgniarstwa. Tu również Nightingale była wskazywana najczęściej - 71,5%. Pielęgniarki raczej nie wiedzą, jaki jest stosunek pacjentów do noszących czepek.

Wnioski

1. Uroczystość czepkowania uznana została w środowisku pielęgniarstwie i studenckim za uroczystość utożsamiającą z zawodem.
2. Studenci nie znają hymnu pielęgniarstwa i nie mieli możliwości zapoznania się z nim w trakcie pobierania nauki na studiach wyższych, a pielęgniarki zapoznały się z nim, ale obecnie niewiele z nich potrafiłoby przytoczyć fragment tekstu.

3. Brak jest symbolu współczesnego pielęgniarstwa.
4. Zarówno studenci jak i pielęgniarki nie chcą nosić czepka podczas pełnienia obowiązków zawodowych.
5. Istnieje potrzeba wprowadzenia ujednoliconego wzorca stroju odróżniającego pielęgniarki od innych grup zawodowych.

Tabela 1. Stosunek studentów i pielęgniarek do uroczystego czepkowania

Opinie	Niepotrzebna uroczystość		Uroczystość utożsamiająca z zawodem		Brak zdania		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Studenci	20	18	60	55	29	27	109	100
Pielęgniarki	13	11	92	79	11	10	116	100

Tabela 2. Uczestnictwo w czepkowaniu

Fakt uczestnictwa	Uczestniczyli w czepkowaniu		Nie uczestniczyli w czepkowaniu	
	n	%	n	%
Studenci	24	22	85	78
Pielęgniarki	108	93	8	7

Piśmiennictwo:

1. *Widomska –Czekajska T., Górajek- Józwiak J.*: Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1996.
2. *Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.*: Podstawy pielęgniarstwa. T 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

ZMIANY W SZPITALNEJ OPIECE PEDIATRYCZNE NA PRZEŁOMIE OSTATNICH LAT

Alicja Przybysz, Andrzej Kurylak, Mirosława Kram

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego,
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

Wstęp

Przez wiele lat przyjęcie dziecka do szpitala oznaczało całkowite powierzenie go wyłącznej opiece pielęgniarek i lekarzy. Rodzicom nie pozwalano na przebywanie w szpitalu, a tym bardziej na udział w opiece nad ich chorym dzieckiem. Na odwiedziny zezwalało tylko w wyjątkowych sytuacjach. Dziś możemy powiedzieć, że były to przesadne i niewłaściwe rygory i nie służyły one dobru dziecka. Zabranie chorego dziecka rodzicom i pozbawienie go własnego domu, jak to życzyło sobie paternalistyczne w XIX wieku środowisko medyczne, dziś mogłoby być uznane przez wielu za niemoralne. Początek nowej wiedzy i świadomości na temat ubocznych skutków separacji dziecka od matki dały prace Johna Bowlby'ego o „Przywiązaniu i stracie” (3). Rozpoczęły się zmiany w postawach środowiska medycznego, zaczęto odchodzić od masowego przyjmowania dzieci do szpitali, zaczęto popierać opiekę pozaszpitalną, skrócił się również czas pobytu w szpitalu i dzięki temu wzrosła rola rodziców jako partnerów w leczeniu i w pielęgnacji. W Wielkiej Brytanii już w la-

tach 60 podejmowano działania na rzecz dziecka w szpitalu, stwarzając możliwość odwiedzin i ograniczenia izolacji chorego dziecka, natomiast w Polsce obowiązywała w tym czasie Instrukcja Ministerstwa Zdrowia nr 35/61, która brzmiała: „Na oddziale dziecięcym nie przewiduje się w zasadzie odwiedzin (ordynator może zezwolić rodzicom lub opiekunom na widzenie się z dzieckiem)” (10,14).

Obecnie w Polsce rodzice mają swobodny dostęp do dzieci hospitalizowanych. W latach 80-tych została zainicjowana akcja: „Otwarte drzwi do szpitali dziecięcych”, która znalazła odzwierciedlenie w Ustawie o Zakładach Opieki Zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku (art. 20 ust.2, pkt. 1 i 2). Ustawa ta określa prawo pacjenta do opieki pielęgnacyjnej przez bliską osobę. Dziecko w szpitalu zachowuje też liczne prawa przysługujące wszystkim dzieciom zawarte w Konwencji o Prawach dziecka przyjętej przez ONZ w 1989 roku i ratyfikowanej przez Polskę w 1991 roku (2,10). Umieszczenie dziecka w szpitalu nie pozbawia także rodziców stałych praw i obowiązków wobec dziecka określonych w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym. Rodzice nadal zobowiązani są do sprawowania opieki nad dzieckiem, dbałości o jego rozwój i zaspakajania jego potrzeb, w tym miłości i bezpieczeństwa. Wśród aktów prawnych określających prawa dziecka istnieje również Europejska Karta Dziecka w Szpitalu (6). Respektowanie tego dokumentu gwarantuje dziecku prawo do możliwie najlepszej opieki medycznej. Prawo do tego, aby przez cały czas przebywali razem z nim rodzice lub opiekunowie.

Dziecko chore w szpitalu

Dzieci przyjmowane są do szpitala, kiedy są chore. Oznacza to, że nie tylko czują się źle, lecz także mogą być poddawane nieprzyjemnym, a często bolesnym zabiegom. Dzieci pozostawione w szpitalu zamykają się w sobie lub wykazują reakcje stresowe. Lęk i niepokój dziecka nasila się, gdy rodzice pozostawiają je same w szpitalu (7).

Dziecko chore, hospitalizowane jest pacjentem szczególnym, wymaga specyficznego traktowania i zaspokajania potrzeb fizycznych, psychicznych i emocjonalnych (13). Dlatego też, zapewnienie dziecku właściwej opieki, optymalnych warunków wychowania i rozwoju jest zadaniem ważnym i trudnym, wymaga indywidualnego podejścia do chorego dziecka (1, 12). Każde hospitalizowane dziecko przeżywa rozłąkę z rodziną i zmianę środowiska domowego na szpitalne, ale prawie każde z nich może przystosować się do pobytu w takiej instytucji jak szpital, bez większej szkody dla rozwoju emocjonalnego. Jest to możliwe w szpitalach „przyjaznych” dziecku. Filozofią takich szpitali powinna być opieka zarówno nad dzieckiem jak i jego rodziną (2).

W czasie choroby dziecka konieczna jest stała obecność rodziny. Pielęgniarki zaś muszą nauczyć się swobodnego obcowania z dzieckiem i rodzicami, opanować sztukę porozumiewania się z nimi, a przede wszystkim zaakceptować obecność rodziców z dzieckiem w szpitalu i zrobić wszystko aby ich pobyt był jak najmniej stresujący tak dla podopiecznych jak i personelu (14). Należy

pamiętać, że rodzice zapewniają dziecku niezbędne wsparcie psychiczne, które wiąże się ściśle z zapewnieniem bezpieczeństwa. Dziecko czuje się pewnie i bezpiecznie tylko wtedy, gdy odczuwa bliskość drugiej osoby: matki, ojca, opiekunki a w przypadku nieobecności tych osób, pielęgniarki (5, 10, 12).

Aby zminimalizować stres dziecka związany z pobytym w szpitalu ważna jest nie tylko obecność rodziców, ale również włączenie członków rodziny do opieki nad dzieckiem (10,12). Aby to osiągnąć konieczne jest wyjaśnienie im ich roli w pielęgnacji dziecka, informowanie i uczenie, w jaki sposób mogą pomóc dziecku. Ważne jest także zachęcenie i angażowanie rodziców do wykonywania czynności pielęgnacyjnych, dzięki czemu pielęgniarka przygotowuje rodziców do właściwej opieki nad dzieckiem w domu.

W oddziałach pediatrycznych wszystkie aspekty opieki powinny być zogniskowane wokół specyficznych potrzeb dziecka, wynikających nie tylko z choroby, ale również związanych z wiekiem, rozwojem i osobowością. Otaczając dziecko opieką należy pamiętać, że nie należy go pojmować jako bardzo wymagającą miniaturę dorosłego człowieka, a tym samym nie należy postępować z nim odpowiednio do takiego wyobrażenia (5, 9,12).

Specyfika pracy w Pediatrui wymaga od całego zespołu terapeutycznego zdolności rozumienia zachowań dziecka odpowiednich do jego wieku i rozwoju, odgadywania jego myśli, uczuć i potrzeb. Dziecko i jego rodzice będą czuli się w szpitalu lepiej, kiedy pozosta-

niemy w stosunku do nich życzliwymi, wyrozumiałymi, bezpośrednimi i tolerancyjnymi partnerami.

Specyfika zadań współczesnej pielęgniarki pediatrycznej

Przyjęcie dziecka do szpitala jest dla niego i rodziców ogromnym przeżyciem. Częściowo może go zmniejszyć odpowiednia procedura hospitalizacji. Duży udział w tym procesie ma pielęgniarka, która zwykle pierwsza spotyka się z małym pacjentem i jego rodzicami. To pielęgniarka najwięcej czasu poświęca dziecku, otacza go całodobową opieką pielęgnacyjną podczas choroby, tworzy ciepłą, opiekuńczą atmosferę, dodaje otuchy. Od jej postawy, życzliwości, wyrozumiałości i umiejętności nawiązywania kontaktu będzie zależał przebieg adaptacji dziecka w szpitalu (4, 11, 14).

Na szybki proces zdrowienia dziecka wpływa nie tylko trafna diagnoza, skuteczne leczenie farmakologiczne czy chirurgiczne. Istotne znaczenie mają także następujące fakty (13):

- umiejętne przygotowanie dziecka do pobytu w szpitalu,
- umiejętne przygotowanie rodziców do odwiedzin,
- włączenie rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem w warunkach szpitalnych,
- stosowana metoda pielęgnowania gwarantująca ciągłość i jakość opieki jaką jest proces pielęgnowania,
- standardy praktyki zawodowej pielęgniarek pediatrycznych i algorytmy postępowania opracowane i wdrażane w oddziałach pediatrycznych, uwzględniające potrzeby dzieci i ich rodziców,

warunki i możliwości oddziału, szpitala oraz rozwój pielęgniarstwa jako nauki.

Pielęgniarka pediatryczna może pomóc dziecku i jego rodzicom w trudnych chwilach związanych z chorobą i hospitalizacją poprzez (13):

- całkowitą akceptację dziecka i rodziców wraz z problemami zdrowotnymi,
- pozyskanie zaufania,
- wnikliwą obserwację, umiejętność komunikowania się i analizowania zachowań,
- traktowanie dziecka jako niepowtarzalnej indywidualności,
- zrozumienie jego bólu fizycznego i psychicznego,
- wsparcie psychiczne dziecka i jego rodziców,
- eliminowanie lęku i strachu poprzez umacnianie współpracy z dzieckiem i rodzicami oraz dokładne informowanie o przebiegu pielęgnacji,
- współpracę z rodzicami w zaspakajaniu potrzeb dziecka, pielęgnowaniu oraz organizowaniu wolnego czasu,
- pozyskiwanie rodziny i osób z najbliższego środowiska dziecka do pracy edukacyjnej z chorym dzieckiem.

Pielęgnowanie dziecka stawia wymagania, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Aby je spełniać skutecznie dla dobra dziecka niezbędne jest podnoszenie kwalifikacji oraz kształtowanie własnej osobowości – co pozwala pielęgniarce pokonać rutynę w pracy i zapewnić możliwie najwyższy poziom opieki nad dzieckiem.

Streszczenie

Stały kontakt chorego dziecka z matką i bliskimi osobami w czasach dzisiejszych wydaje się być sprawą oczywistą. Dzisiaj wiemy jaki niekorzystny wpływ na dziecko wywiera rozłąka z rodzicami dlatego pielęgniarki pediatryczne powinny być otwarte na zmiany zachodzące w opiece pielęgniarskiej i powinny podejmować wszelkie działania aby identyfikować się z chorym dzieckiem. Celem pracy było prześledzenie zmian jakie zaszły w szpitalnej opiece pediatrycznej. Zwrócono uwagę na pozytywny wpływ aktów prawnych obowiązujących w Polsce. W pracy przedstawiono problemy chorego dziecka przebywającego w szpitalu oraz wpływ hospitalizacji na reakcje i zachowania dziecka. Omówiono również specyfikę zadań pielęgniarki pediatrycznej.

Piśmiennictwo

1. *Bagińska H.*: Ważne dla rodziców i opiekunów. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 1997, 5, 49.
2. *Balcerek M.*: Konwencja praw dziecka. Warszawa 1990.
3. *Brykczyńska M.*: Pielęgniarstwo pediatryczne. Zagadnienia etyczne. PZWL, Warszawa 1996.
4. *Dembecka K.*: Długotrwała hospitalizacja dziecka. Pielęgniarka i Położna, 1996, 11, 7 - 10.
5. *Drózdź Z., Mess L., Pawlaczyk B.*: Stan terminalny u dzieci – aspekty pielęgnacyjne. Pielęgniarstwo Polskie, 1991, 2, 135-139.
6. Europejska Karta Dziecka w Szpitalu. Pielęgniarstwo 2000, 1998, 1, 19.
7. *Fenella E., Adamsom ST.J., Hull D.*: Pielęgnowanie chorych dzieci. PZWL Warszawa 1990.
8. *Jolly J.*: Inna strona pediatrii. PZWL, Warszawa, 1987.
9. *Maciarz A.*: Dziecko w szpitalu. Pielęgniarka i Położna, 1997, 8, 6-7.

10. *Mossakowska B., Mozol K.*: Prawa dziecka hospitalizowanego, [w:] Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej – materiały pokonferencyjne. Warszawa, 1998, 91-97.
11. *Olszewska D., Śmietanka L.*: Przyjęcie dziecka do szpitala. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 1998, 3, 8-9.
12. *Pawlaczyk B.*: *Pediatrics – materiały pomocnicze. cz. I* C.M.D.N.S.Sz.M. Warszawa 1990.
13. *Piskorz K.*: Dziecko w zdrowiu i chorobie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 1999, 3, 6-8.
14. *Walczak I., Zahradniczek K.*: Opieka nad dzieckiem zwrócona ku rodzinie. Pielęgniarka i Położna, 1994, 11-12, 21.

RECEPTY I SYGNATURY NA PRZEŁOMIE LAT DWUDZIESTYCH I TRZYDZIESTYCH XX WIEKU W POLSCE

Elżbieta Rutkowska

Zakład Farmacji Stosowanej, Akademia Medycznej w Białymstoku,
ul. Kilińskiego 1, 15–089 Białystok,
ztpl@amb.edu.pl

W Polsce na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX w. zostały wydane akty prawne regulujące zagadnienia recept i sygnatur. Istotne znaczenie w tej kwestii miało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. w sprawie wydawania z aptek środków lekarskich (DzU z 1931, nr 6, poz. 30). Był to pierwszy w okresie międzywojennym polski dokument urzędowy, definiujący pojęcie recepty.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zagadnień dotyczących recept, rozumianych jako pisemne zlecenia lekarskie, na podstawie których farmaceuci wydawali lub sporządzali i wydawali lekarstwa z apteki, a także sygnatur, czyli kopii recept lekarskich, dołączanych do lekarstw wykonanych i wydawanych z aptek, na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX w. w Polsce.

Podstawę źródłową dla realizacji tego celu stanowiły rozporządzenia dotyczące powyższego problemu oraz wybrane artykuły z czasopisma „Wiadomości Farmaceutyczne”. Ważne znaczenie

w kwestii recept w Polsce w okresie międzywojennym miało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. w sprawie wydawania z aptek środków lekarskich¹, które definiowało receptę jako „pisemne upoważnienie do otrzymania z apteki jakiegokolwiek środka, zaordynowanego choremu przez lekarza, lekarza-dentystę, lekarza weterynaryjnego lub felczera, uprawnionych do wykonywania praktyki, o ile w upoważnieniu tym został podany sposób użycia” (zob. § 2). Rozporządzenie to weszło w życie 26 lipca 1931 r.

Według wymienionego aktu prawnego recepta miała zawierać: nazwisko chorego lub nazwisko właściciela chorego zwierzęcia i rodzaj tego zwierzęcia, nazwę i ilość środka, który miał być wydany, ewentualnie jego postać, sposób użycia w języku polskim (dopuszczano dodatkowo podanie w innych językach, mogło się tam również znaleźć określenie „wiadomo”), a także datę wypisania recepty oraz

¹ DzU z 1931, nr 6, poz. 30. Projekt tego rozporządzenia zob. w: „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 22, s. 334–338. Nad projektem toczyła się dyskusja m.in. na Zjeździe delegatów Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego w Krakowie w dniu 31 maja 1930 r. W sprawozdaniu z tego zjazdu czytamy: „Jak dalece dotychczasowe, w każdej dzielnicy odmienne przepisy, w tym kierunku głęboko się zakorzeniły, świadczy fakt, że każdy delegat uważał za święty obowiązek bronienia praktykowanego u siebie systemu, uważając, że jest on ze wszystkich najlepszy. Polemika gorąca nikogo nie przekonała...”. W wyniku głosowania podjęto uchwałę, w której opowiedziano się za utrzymaniem projektu rządowego (zob. „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 23, s. 354). Opinia Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego w sprawie projektu rozporządzenia została wydrukowana w: „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 27, s. 426.

podpis zapisującego i jego adres. Wymagano, aby recepta była napisana pismem czytelnym (dotyczyło to również podpisu zapisującego) (zob. § 3) „atramentem względnie ołówkiem atramentowym”¹.

Nowością w tym rozporządzeniu był zapis mówiący, że na terenie całego kraju „każda recepta, na której podstawie jakikolwiek środek został wydany, powinna być przez aptekę zatrzymana, podpisana przez wykonywującego ją i w ciągu lat 3 przechowywana” (zob. § 6). Należy tu wspomnieć, że na przykład na terenach dawnego zaboru austriackiego recepty uważano za własność pacjentów i zwracano im je², natomiast na terenach byłego zaboru rosyjskiego recepty były zatrzymywane w aptece³.

Do momentu wejścia w życie omawianego rozporządzenia każda apteka obowiązana była prowadzić książkę recepturową lekarską i felczerską (tzw. kopiały), do których aptekarze przepisywali recepty⁴, a obowiązek zatrzymania w aptece recept na terenie całej

¹ Zob. DzU z 1931, nr 6, poz. 30 i Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 19 maja 1931 r. o zmianie niektórych postanowień rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich (DzU z 1931, nr 60, poz. 486).

² Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. w sprawie wydawania z aptek środków leczniczych i określania ich ceny (DzU z 1926, nr 68, poz. 401, § 3 i 27).

³ Zob. „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 19, s. 286.

⁴ Zob. *Sprawozdanie z działalności Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego za rok 1929*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 21, s. 322–325. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. w sprawie wydawania z aptek środków lekarskich (Dz.U. z 1931, nr 6, poz. 30) znosiło rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 8 października 1921 r. w przedmiocie prowadzenia przez apteki na

go kraju dotyczył tylko tych, na których przepisano środki odurzające i to dopiero od 30 lipca 1929 r.¹

Problematyczna była także forma samych recept. Przepisy prawne wymagały, aby recepty były napisane wyraźnie i zawierały adres i nazwisko zapisującego oraz nazwisko chorego. Jednak zdarzało się, że były one pisane „na świstkach papieru, pochodzących z wycinków gazet, listów prywatnych, anonsów wkładanych do pudełek z gilzami, nawet kawałków kopert”². Niektóre były nieczytelne i nie zawierały nazwiska chorego³.

Oprócz recept podstawę do wydania leków z aptek stanowiły zapotrzebowania. Na ich podstawie wydawano leki dla szpitali powszechnych, komunalnych i prywatnych. Z kolei zaś sanatoria, lecznice, gminne przytułki dla starców, kalek i nieuleczalnie chorych, internaty, klasztory itp. pobierały lekarstwa dla osób chorych na podstawie recept wpisywanych do tzw. książek poborowych. Książki te

terenie b. zaboru austriackiego ksiąg receptowych (DzU z 1921, nr 85, poz. 621). Problematyczna jednak została sprawa prowadzenia ksiąg recepturowych na terenach, gdzie obowiązywała rosyjska ustawa lekarska z 1905 r., ponieważ przepis ustawowy nie mógł być uchylony rozporządzeniem (zob. w: „Wiadomości Farmaceutyczne” 1931, nr 42, s. 577).

¹ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja 1929 r. o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających (Dz.U. z 1929, nr 48, poz. 402).

² W. Filipowicz, *Recepty na narkotyki*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1931, nr 21, s. 289–290.

³ Tamże.

należały do wyżej wymienionych instytucji i nie mogły być zatrzymane w aptekach¹.

Po ukazaniu się rozporządzenia o obowiązku zatrzymania w aptekach wszystkich recept oryginalnych pojawił się problem wystawiania rachunków różnym instytucjom (m.in. Polskim Kolejom Państwowym, Pocztowej Kasie Oszczędności, Bankowi Polskiemu, Kasom Chorych itp.)². Rozwiązał je okólnik, nakazujący dołączanie do rachunków odpisów recept zawierających środki odurzające a recept oryginalnych w przypadku nie zapisania na nich środków odurzających. Oryginały recept miały być zwrócone aptekom po 6 tygodniach od daty ich przekazania³.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. w sprawie wydawania z aptek środków lekarskich⁴ określało także kwestię sygnatur (zob. §§ 8–10).. Sygnatury dołączane do leków przeznaczonych do użytku wewnętrznego miały być koloru białego, do zewnętrznego – pomarańczowego⁵, a do zastrzyków – niebieskiego. Na sygnaturze poza odpisem recepty miała być

¹ *Dołączanie oryginalnych recept do rachunków dla instytucji*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1931, nr 22, s. 306–307.

² Tamże.

³ *Dołączanie recept do rachunków*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1931, nr 41, s. 556 (Okólnik nr 164 z dn. 25 września 1931 r. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Nr Z. F. 3197/31, do pp. Wojewodów i komisarza rządu m.st. Warszawy).

⁴ DzU z 1931, nr 6, poz. 30.

⁵ Wcześniej sygnatury do użytku zewnętrznego były koloru czerwonego (zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. w sprawie wydawania z aptek środków leczniczych i określania ich ceny (DzU z 1926, nr 68, poz. 401).

umieszczona nazwa firmy i adres apteki, data wykonania leku, numer recepty, cena i podpis wydającego.

Sygnatury rozpowszechnione w XIX w. miały głównie kształt „chorągiewek” w formie wydłużonego trójkąta równoramiennego o ścieżym równoległe do podstawy wierzchołku. Na brzegach dłuższych boków zamieszczano następujące informacje: „wody mineralne naturalne i sztuczne”, „środki opatrunkowe”, „specyfikiki krajowe i zagraniczne”, „narzędzia chirurgiczne” itp. Sygnatura zapisywana była po obydwu stronach: na stronie wewnętrznej zamieszczano skład leku, na zewnętrznej – numer, nazwisko chorego, sposób użycia, nazwisko lekarza i cenę¹. Inną formą sygnatury były koperty. Dziś sygnatury w kształcie „chorągiewek” i kopert należą do ciekawych i bardzo rzadkich zabytków aptecznych. Ozdabiano je różnorodnymi rysunkami utensyliów aptecznych, postaci alegorycznych, motywami roślinnymi, godłami i widokami aptek z informacją o roku ich założenia².

W związku ze zmianami w kwestii sygnatur dyskutowano nad ich kształtami, estetyką i sposobem wypełniania. Pojawiła się propozycja zamieszczania wszystkich informacji na jednej stronie, co nie spotkało się z całkowitą aprobatą. Jeden z farmaceutów argumentował to w następujący sposób: „Część recepty do M. D. S. (*misce, da signaturam* – zmieszaj, oznacz – wyjaśnienie autora) jest częścią

¹ *Sygnatury w aptekach*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 39, s. 588–589.

² *Wśród pamiątek po prowizorach farmacji. Informator wystawy*, red. E. Wroczyńska, Tykocin 1984.

ściśle fachową i nie powinna być rzucona na pierwszy plan... Cho-remu nie jest to potrzebne, a byłoby jakgdyby narzucaniem mu konieczności zapoznania się z przedewszystkiem z wchodzącymi w skład lekarstwa środkami. Wiemy z doświadczenia, że ogół chorych nie interesuje się przeważnie składem, niema więc potrzeby umyślnie mu to narzucać. Niewskazanem to jest nawet ze względów terapeutycznych”¹ [tak w oryginale]. Wypowiedź ta określa również ówczesne podejście do kwestii edukacji pacjentów w sprawie leków, które były im przepisywane.

Zagadnienia związane z receptami i sygnaturami budziły zainteresowanie ogółu społeczeństwa, co znalazło swoje odbicie w artykułach prasy codziennej². Już same ich tytuły świadczą o tym, że zmiany w powyższych sprawach wywoływały znaczne emocje.

Podsumowując można stwierdzić, że na początku okresu międzywojennego w Polsce na terenach byłych zaborów obowiązywały różne akty prawne dotyczące recept, a ich ujednoczenie dla obszaru

¹ F. Sypek, *Do artykułu „Sygnatury w aptekach”*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 42, s. 639.

² *Czy właściwa reforma w aptekarstwie*, „Ilustrowany Kurier Codzienny”, 26 III 1930 zob. w: „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 19, s. 285–286; *Znowu fabrykowanie felczerów i rosyjskie wzory*, „Ilustrowany Kurier Codzienny” 1 VI 1930 zob. w: „Wiadomości Farmaceutyczne” 1930, nr 23, s. 355; *Echa rozporządzenia z 28 sierpnia 1930 roku w prasie codziennej*, „Wiadomości Farmaceutyczne” 1931, nr 34, s. 482.

całego kraju było długim procesem. Istotne zmiany w tej kwestii miały miejsce na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX w.

MEDYCYNA LUDOWA JAKO TEMAT BADAŃ W MUZEUM ETNOGRAFICZNYM W TORUNIU

Grażyna Szelągowska

Muzeum Etnograficzne
im. Marii Znamierowskiej-Prüfferowej w Toruniu,
Wały Gen. Sikorskiego 19, 87- 100 Toruń

Badania nad lecnictwem ludowym mają w Polsce stosunkowo dawne tradycje. Zainteresowania etnografów wiedzą i praktykami medycznymi ludności wiejskiej sięgają bowiem połowy XIX wieku. Ich efektem było pojawienie się pierwszych opracowań na ten temat publikowanych w formie wzmianek i drobnych artykułów na łamach takich czasopism ludoznawczych jak: „Lud”, „Materiały Antropologiczno- Archeologiczne i Etnograficzne”, „Wisła”, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej”. Były to przede wszystkim przyczynki dotyczące określonego zagadnienia z zakresu medycyny ludowej lub charakterystyka lecnictwa ludowego z terenu określonej miejscowości lub regionu. W 1891 roku została opublikowana praca autorstwa M. Udzieli, poświęcona lecnictwu ludowemu pt. *„Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego”*. Istotną pozycją z tego okresu jest także książka J.Talko- Hrynewicza pt. *„Zarys lecnictwa ludowego na Rusi Południowej”*(1893). Kolejnym syntetycznym opracowaniem tego tematu było *„Lecnictwo ludu polskiego”* H. Biegeleisena (1929).

Zagadnie związane z lecnictwem ludowym omawiane były mniej lub bardziej szczegółowo w również w literaturze etnograficznej lat 30 tych, przede wszystkim w studiach poświęconych kulturze ludowej. W tego typu opracowaniach problematykę tę traktowano jako jedną z dziedzin wiedzy mieszkańców wsi (A. Fischer, S. Poniatowski, K. Moszyński).

W publikacjach powojennych tematyka związana z medycyną ludową poruszana była między innymi w tekście J. Burszty pt. *"Lecznictwo ludowe"*, zamieszczonym w pracy zbiorowej pt. *"Kultura ludowa Wielkopolski"* (t.3:1967).

Znaczące są również opracowania A. Palucha, D. Tylkovej, A. Kisielewskiej.

Dosyć ciekawą z dzisiejszego punktu widzenia była wydana w 1956 roku książka S. Szpilczyńskiego pt. *„Z dziejów przesądu i zabobonu w lecnictwie”*, w której autor bardzo krytycznie odniósł się do medycyny nieprofesjonalnej (w tym także ludowej) i w której między innymi napisał:

W kraju budującym socjalizm, jakim jest Polska, tu i ówdzie pokutują jeszcze przeżytki burżuazyjnego myślenia a ich zwolennicy popierają ogłupiające praktyki lecznicze uświęcone tradycją klasowego wyzysku. Tu i ówdzie zjawiają się jeszcze „wróże”, „zamawiacze”, czy „znachorzy”, nierzadko „zielarze” lub „naturaliści”, którzy w sposób fałszywy, a przede wszystkim wybitnie szkodliwy poprzez sugestywne oddziaływanie usiłują utwierdzić wśród naiwnych przekonanie o wyższości ich wskazówek leczniczych nad nauką lekarską opiera-

jąca się na doświadczeniu wielu pokoleń uczonych. Ponadto „uzdrowiacze” przeciwstawiają prawdziwej nauce rzekomo wyjątkowe oddziaływanie swoich praktyk, które mają źródło w siłach nadprzyrodzonych.

Problematyka związana z lecnictwem wiejskim na obszarze północnej Polski, w takich regionach etnograficznych jak Kaszuby, Ziemia chełmińska czy Ziemia dobrzyńska nie została szerzej opracowana. Poruszana była natomiast w opracowaniach monograficznych wymienionych regionów lub też w różnego rodzaju artykułach opublikowanych w czasopismach regionalnych.

Badania nad tradycyjną medycyną ludową zostały zapoczątkowane przez Muzeum Etnograficzne w Toruniu (MET) w latach 60-tych XX wieku. Dotyczyły regionu Kujaw. Prowadziła je ówczesna pracownica MET Barbara Szychowska-Boebel. W latach 1966-69 gromadziła materiały z tego zakresu pozyskiwane przede wszystkim na drodze badań terenowych (wywiady prowadzone w oparciu o własny kwestionariusz) i obserwacji uczestniczącej. Badaniami objęto powiaty: inowrocławski, mogileński, radziejowski, włocławski (ogółem przeprowadzono 73 wywiady). Efektem tych badań było opracowanie i wydanie w 1972 roku publikacji pt. *”Lecznictwo ludowe na Kujawach. Materiały i rozważania”*. Pozyskano również do zbiorów kilkanaście cennych zabytków z zakresu medycyny i weterynarii ludowej. Do najciekawszych z nich należą bez wątpienia puszczałka do krwi (zarówno dla ludzi, jaki i zwierząt), przyrządy do

wyrywania zębów (klucz, szczypce, lewarek) czy też łupki drewniane do usztywniania złamanych kończyn.

Interesującymi obiektami z zakresu magii leczniczej są pozyskane do kolekcji MET "kamienie lecznicze" (*strzałki*) i kołtun.

W latach 70 tych XX wieku Szychowska-Boebel zbierała materiały do medycyny ludowej w regionie Kaszub, dokładnie we wsi Wiele i jej okolicach (obecnie woj. pomorskie)

Część materiałów została opracowana i opublikowana w formie artykułu, pozostałe materiały przechowywane są w Archiwum MET.

W czasie badań terenowych na Kujawach B. Szychowska-Boebel zrealizowała 2 filmy poświęcone wiejskim „znachorom”. Są to: *„Znachor ze Świętosławia i „Znachor z Radziejowa”*. Film został nakręcony w 1967 roku, trwa 18m minut. W komentarzu do filmu autorka napisała:

„Znachor z Radziejowa” jest zapisem filmowym czynności ludowego „chirurga”, do którego dotarła autorka filmu w czasie badań terenowych nad lecznictwem ludowym na Kujawach. Film został nakręcony w ciągu kilku godzin, jednocześnie nagrano wywiad ze znachorem i jego pacjentami, tworząc z tych nagrań dźwiękowy podkład do filmu- luźno zsynchronizowany z obrazem.

76- letni mieszkaniec miasteczka Radziejów zaczął leczyć złamane kończyny i ”przemierzać” dzieci kilkadziesiąt lat temu. Ponieważ rezultaty praktyk, wykonywanych najpierw na własnych dzieciach i najbliższych członkach rodziny były dobre- zaczęli się zgłaszać do niego sąsiedzi i mieszkańcy pobliskich wsi, a później nawet okolicznych

miasteczek i dalszych miejscowości. Zasłynął z tego, że dobrze składa złamania, mówiono o nim, że „ma prześwietlenie w palcach”.

Złamane miejsca bada znachor dotykiem wyczuwając pod palcami rodzaj i kierunek złamania. Następnie ustawia kość odpowiednio pociągając kończybę, sprawdza, czy jest złożona właściwie i smaruje maścią własnego wyrobu. W celu unieruchomienia miejsca złamania przykładą dookoła drewniane, cienkie deseczki („tubki”), lekko wygięte na kształt ręki czy nogi, owijając je dookoła bandażem. Po kilku dniach pacjent musi zgłosić się do niego w celu sprawdzenia jak zrasta się złożona kość. Przy powtórnych badaniach znachor masuje złamane miejsca, jeszcze raz naciera je swoją maścią i ponownie usztywnia deseczkami. Sprawdzenia pacjenci zgłaszają się kilkakrotnie, aż znachor uzna, że kość jest zrosnięta i dalsze usztywnianie jest już zbędne.

Drewniane deseczki wykonuje znachor sam. Ma ich cały komplet, są przystosowane do różnego rodzaju złamań, do różnej tuszy pacjentów. Głównym składnikiem maści jest żywokost, którego korzeń posiada rzeczywiście właściwości przyspieszające zrastanie się tkanki kostnej. Inny rodzaj maści stosuje znachor w przypadku gromadzenia się ropy w miejscu złamania.

*Leczenie zwichnięcia polega na wprowadzeniu stawu w odpowiednie miejsce, po poprzednim zbadaniu dotykiem, jaki charakter ma zwichnięcie. Po właściwym ustawieniu stawu następuje masaż-
lekki po samym zabiegu, bardziej intensywny w czasie kolejnych kontroli.*

Znachor wykonuje również olejek służący do "zatrucia" bolącego zęba, „ściągnięcia gorączki z rany”, a nawet do leczenia pewnego rodzaju egzemy. Dawniej stosował ten olejek do leczenia obcych ludzi- obecnie zachowuje go tylko dla siebie i żony na wypadek bólu zębów.

Do znachora zgłaszają się często rodzice z „przelamanymi” dziećmi. Przelamanie określa on jako zwichnięcie kręgosłupa, wysunięcie się kręgu. Jeśli się tego w porę nie naprawi-„wylewa się chrzęść i powstaje garb”. Początkowo można jeszcze zlikwidować garb masażem, ale po pewnym czasie nie da się już tego zrobić. Znachor wyczuwa palcami wysunięty kręg i wsuwa go na właściwe miejsce, a następnie "przemierza" dziecko dociągając mu prawą rączkę do lewej nóżki i odwrotnie.

Na taśmie filmowej zarejestrowano „przemierzanie” trzyletniego dziecka, które spadło z huśtawki kilka miesięcy przedtem, a ponieważ nie było "przemierzone" od razu- miało już garb. Na prośbę babki znachor podjął się leczenia dziecka. Po kilku wizytach, w czasie których energicznie rozcierał garb i „przemierzał” dziecko- wypukłość znacznie się zmniejszyła.

Znachor z Radziejowa, dzięki swym uzdolnieniom i wieloletniej praktyce stał się po prostu dobrym rzemieślnikiem. Jest on jednym z ostatnich znachorów, wykonujących dotąd swe praktyki."

Piśmiennictwo

1. *Biegeleisen H.*: Lecznictwo ludu polskiego, Kraków 1929.
2. *Burszta J.*: Lecznictwo ludowe, w: *Kultura ludowa Wielkopolski*, Poznań 1967, t. III.
3. *Fischer A.*: Lud polski- podręcznik etnografii Polski, Lwów- Warszawa-Kraków 1926.
4. *Kisielewska A.*: O upustach krwi i narzędziach do tego celu używanych współcześnie przez ludność w pow. brzozowskim, sanockim, jasielskim i krośnieńskim, w: „Materiały Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku”, Sanok 1966, t. XII, 35-51.
5. *Kisielewska A.*: Sposoby uśmierzania bólu zębów oraz technika ich usuwania stosowane przez ludność w powiecie jasielskim, krośnieńskim, brzozowskim i sanockim, w: „Materiały Muzeum Budownictwa ludowego w Sanoku”, Sanok 1966, t. XII, 51-57.
6. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie. Pomorze, Wrocław- Poznań 1965 t. XXXIX.
7. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie, Kujawy, Wrocław- Poznań 1978, t. III.
8. *Kukier R.*: Kaszubi bytowscy- zarys monografii etnograficznej, Gdynia 1968.
9. *Lorentz F.*: Zarys etnografii kaszubskiej, w: *Kaszubi, Kultura ludowa i język*, Toruń 1934.
10. *Masłowski K.j.*: Zarys etnografii Kujaw, Włocławek 1935.
11. *Moszyński K.*: Kultura ludowa Słowian, Warszawa 1967, t. II, cz. 1.
12. *Paluch A.*: Choroby, zioła, znachorzy, Wrocław 1991.
13. *Paluch A.*: Świat roślin w tradycyjnych praktykach leczniczych wsi polskiej, Wrocław 1984.
14. *Poniatowski S.*: Etnografia Polski, Warszawa 1936.
15. *Szpilczyński S.*: Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie, Warszawa 1956.
16. *Szychowska-Boebel B.*: Lecznictwo ludowe na Kujawach, Toruń 1972.
17. *Szychowska-Boebel B.*: Tradycyjne lecznictwo Wiela i okolicznych wsi (Kaszuby), Rocznik Muzeum Etnograficznego w Toruniu 1978, t. I, 75- 126.
18. *Tylkowa D.*: Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Tradycja i współczesność, Wrocław-Warszawa- Kraków- Gdańsk- Łódź 1989.
19. *Udziela M.*: Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego, Warszawa 1891.

DAWNA WETERYNARIA

DOŚWIADCZENIA NA ZWIERZĘTACH W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Izabella Babińska, Józef Szarek, Mariusz Z. Felsmann*,
Ireneusz M. Kowalski**, Diana Przeździecka,
Michał Gesek

Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej,
Katedra Weterynaryjnej Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,

*Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
UMK w Toruniu,

ul. Jagiellońska 13-15, 85-067 Bydgoszcz,

**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce,
11-015 Olsztynek,

Izabella.Babinska@uwm.edu.pl

Długotrwała ewolucja, której rezultatem było wykształcenie się gatunku *homo sapiens*, uplasowała ten gatunek na najwyższym szczeblu ewolucyjnej drabiny (11). Owo uprzywilejowane miejsce często kojarzone jest z godnością człowieka. Jednak coraz częściej słychać głosy protestu przeciwko bezwzględności, z jaką ludzie skłonni są utwierdzać swoje przywileje ignorując przy tym fakt, że człowiek jest tylko jednym z wielu gatunków zamieszkujących Ziemię (9).

Nasz stosunek do zwierząt kształtowany jest przez wiele czynników takich jak tradycja, religia, kultura, pragmatyzm, emocje i inne (7). Aż do XIX wieku funkcjonowała arystotelesowska drabina bytów,

która traktowała człowieka jako istotę wyjątkową, której obowiązki wobec zwierząt były rozpatrywane jedynie przez pryzmat korzyści człowieka. Szczególne miejsce w tej dyskusji zajmowała i nadal zajmuje kwestia wykorzystywania przez człowieka zwierząt w badaniach naukowych (1). Doświadczenia na zwierzętach nie są sprawą nową i można obserwować jak na przełomie stuleci zmieniał się stosunek ogółu społeczeństwa i samych naukowców-badaczy do losu zwierząt doświadczalnych oraz form eksperymentu (2).

Historia badań eksperymentalnych sięga starożytnego Egiptu, w którym kapłani przepowiadali przyszłość (wydarzenia) oglądając zwierzęce trzewia (wnętrzości). W Grecji już w VI wieku p.n.e. Alkmeon, lekarz i filozof, przeprowadzał badania na żywych zwierzętach. Z kolei dwa wieki później lekarze aleksandryjscy z Herofilesem uznawanym za ojca anatomii, przeprowadzali sekcje ludzi i zwierząt na szeroką skalę. W tym też czasie prowadzący badania na zwierzętach Erasmatratos tworzył podstawy filozofii. Jednak dopiero Arystoteles (IV wiek p.n.e.), filozof i przyrodnik, po raz pierwszy wprowadził doświadczenie jako element badawczy i zapoczątkował badania porównawcze istot żywych, przedstawione w „Historii zwierząt”. Kolejne znaczące osiągnięcia datuje się na początek naszej ery. W II wieku Galen z Pergamonu dzięki sekcjom zwierząt dokonuje odkryć dotyczących szczególnie układu nerwowego i serca. Przyjęta przez niego od Hipokratesa teoria humoralna (utrzymanie stanu zdrowia zależy od właściwych proporcji płynów ustrojowych) wywierała znaczny wpływ na nauki medyczne aż do XVII wieku. Następnie, również

w XVII wieku, William Harvey sformułował zasadę krążenia krwi. Przewadził on badania nad czterdziestoma gatunkami zwierząt. Nieco później lombardzki lekarz Gaspard Aselli operując psy odkrył naczynia chłonne, a francuski anatom Pecquet, również eksperymentujący na psach, ustalił istnienie połączeń między układem chłonnym i krwionośnym poprzez przewód piersiowy. Pierwsze przetoczenie krwi jagnięcia człowiekowi choremu na tyfus miało miejsce w 1667 r., a dokonał tego Emmeretz (cyrulik – chirurg).

W XVIII wieku obserwuje się rozwój badań doświadczalnych, które zaczęły przybierać charakter wyraźnie naukowy. Spallanzani, kierownik katedry nauk przyrodniczych w Pawii, przeprowadzał na kurach, kaczkach i indykach eksperymenty dotyczące trawienia, krążenie i oddychania. Potwierdził on poglądy chemika Lavoisiera mówiące o tym, że oddychanie to proces spalania zachodzący przy udziale tlenu z powietrza. Już 100 lat przed Pasteurem odrzucił powszechnie uznane teorie o samoródtwie wymoczków. W wieku XIX, twórca nowoczesnej fizjologii Cloude Bernard, uczynił z doświadczeń na zwierzętach prawdziwą metodę naukową, która została przedstawiona w dziele „Wprowadzenie do badań medycyny doświadczalnej” (1865). Z pracy tej korzystała cała ówczesna biologia. Bernard był przekonany, że tylko przez precyzyjnie przeprowadzone eksperymenty na żywych zwierzętach można poznać mechanizmy kierujące funkcjonowaniem różnych narządów. Liczne doświadczenia na królikach i psach doprowadziły go do odkryć o wielkim znaczeniu obejmujących fizjologię wątroby i trawienia. Stały się podstawą sfor-

mułowania pojęcia środowiska wewnętrznego zapewniającego ciągłość, stałość i równowagę procesów życiowych. Chociaż osiągnięcia (prace) Bernarda otworzyły drogę do poznania funkcjonowania organizmu, to stosowane przez niego metody nie uwzględniały cierpień zadawanych zwierzętom w czasie eksperymentów.

Ważną postacią w historii doświadczeń na zwierzętach był Ludwik Pasteur. Wysnuł on hipotezę, że przyczyną chorób są mikroorganizmy i prowadząc liczne doświadczenia na zwierzętach dążył do jej potwierdzenia. Dzięki swoim legendarnym dziś eksperymentom wykazał możliwość uodparniania się drobiu na cholera kur. Prowadził również prace nad uodpornieniem owiec przeciwko wągliki. Do jego najważniejszych osiągnięć zaliczyć należy badania nad szczepionką przeciwko wścieklicznie. Jednocześnie w swoich doświadczeniach podkreślał rolę i niezbędną rolę modelu zwierzęcego dla swoich odkryć (6).

W wieku XIX nastąpił gwałtowny rozwój nauk biomedycznych. Stworzyło to potrzebę użycia do celów badawczych specjalnych zwierząt doświadczalnych (5). Na przełomie XIX i XX wieku zaczęły powstawać specjalne hodowle zwierząt laboratoryjnych przeznaczonych do celów eksperymentalnych (3). Jednak dopiero w latach trzydziestych XX wieku ukształtowała się nauka zajmująca się chowem zwierząt laboratoryjnych, określająca zasady postępowania z nimi i wykorzystania dla celów badawczych, kontroli leków, szczepionek i innych produktów (3). Upowszechnienie metod doświadczalnych spowodowało z jednej strony olbrzymi rozwój wszelkich nauk przy-

rodniczych, ale z drugiej strony pociągnęło nasilenie ruchów, które domagały się zaprzestania eksperymentów, argumentując to niewspółmiernym cierpieniem wykorzystywanych w nich zwierząt do osiągniętych korzyści i zysków (4).

Rozważania nad problemem wykorzystania zwierząt do celów eksperymentalnych należy zacząć od ustalenia na czym tak naprawdę polega praca doświadczalna. Już samo pojęcie „nauka” można rozumieć dwojako jako „jej czynności” oraz „jej wytwory” (10). W zakres bogatych i różnorodnych badań naukowych wchodzi zarówno prosta obserwacja przyrody, jak i też wszelkie formy ingerencji, w tym wykorzystanie zwierząt doświadczalnych z wykonywaniem różnego rodzaju zabiegów w przebiegu eksperymentu. Tak, więc różnica między eksperymentem a obserwacją polega na tym, że w odróżnieniu od eksperymentu badacz nie wprowadza zmian w obserwowanym przez siebie układzie badawczym. Jednak to właśnie koncepcja metody doświadczalnej nabiera szczególnej wagi w naukach biologicznych i medycznych, gdzie zwykła obserwacja daje jedynie małe szanse na znalezienie reguł rządzących różnymi procesami (7). Skutkiem tego jest coraz większa potrzeba analizy doświadczalnej, wyodrębnianie różnych zjawisk i procesów oraz istniejących między nimi zależności, które pozwalają na sformułowanie ogólnych zasad dających się zastosować w indywidualnych przypadkach. Ponadto wyniki doświadczeń mają jeszcze jeden wymiar. Często zdarza się, że badacz otrzymuje nie tylko odpowiedź na postawione pytanie, ale także zupełnie coś nieoczekiwanego. Cechą

udanego badania naukowego jest połączenie tego, co przewidujemy oraz przypadku, który jest „premią” dla tych, którzy potrafią go zauważyć, zinterpretować i wykorzystać (8).

W odniesieniu do użycia zwierząt w konkretnej serii doświadczeń ważne jest również rozróżnienie rodzaju prowadzonych badań. Możemy je podzielić na podstawowe, które badając naturę rzeczy, są odbierane jako zaspakajanie zwykłej ciekawości, oraz stosowane, którym przyświeca praktyczny, pożyteczny cel (10). Ten podział jest o tyle ważny, że w każdym przypadku nieco inaczej postrzega się racje zezwalające na wykorzystanie zwierząt laboratoryjnych. Postęp społeczny i kulturowy człowieka praktycznie od zawsze łączył się ze zwierzętami, a dzięki właśnie zwierzętom laboratoryjnym rozwój cywilizacyjny i techniczny pozwolił człowiekowi osiągnąć pewnego rodzaju niezależność. Jednak pomimo rozwoju metod i technik alternatywnych zwierzęta pozostają nadal niezastąpione w jednym aspekcie ich wykorzystania, mianowicie w pracach doświadczalnych (4).

Streszczenie

Z literatury oraz z praktycznych aspektów wynika, że doświadczenia z wykorzystaniem zwierząt są istotnym ogniwem wielotorowego rozwoju człowieka. Rzadko kiedy zdajemy sobie sprawę, że to dzięki zwierzętom człowiek poznał m.in. prawa natury i nauczył się je wykorzystywać dla swoich potrzeb. Potrafimy przewidywać, a w związku z tym zabezpieczać się przed zjawiskami, które w dawnych epokach budziły strach i powodowały katastrofalne

zniszczenia. Wiedza na temat funkcjonowania organizmów żywych, zdobyta dzięki eksperymentom na zwierzętach, umożliwiła nam walkę z chorobami oraz poprawę naszego ogólnego stanu zdrowia i kondycji. Możemy bez obawy o nasze życie i zdrowie przyjmować nowe leki lub środki spożywcze, ponieważ ich działanie zostało najpierw przetestowane na zwierzętach. W prezentowanej pracy podjęto próbę pokazania znaczenia zwierząt w rozwoju ludzkiej cywilizacji na podstawie historii doświadczeń z ich udziałem.

Piśmiennictwo

1. *Bernstein J.*: 1996: Animal rights v animal research: modest proposal. *J. Med. Ethics*, 22 (5), 300-301.
2. *Coleman V.*: *Why animal experiments must stop*. Merlin Press, London, 1991.
3. *Fitko R.*, 1993: Humanitarne i naukowe aspekty doświadczeń na zwierzętach. *Pat. Pol.*, 44 (3), 169-175.
4. *Howard-Jones N.*: 1982: Human experimentation in historical and ethics perspectives. *Soc. Sci. Med.*, 16, 1429-1448.
5. *Kaplan J.*: 1988: The use of animals in research. *Science*, 242, 839-840.
6. *Lapras M.*: 1994: Zwierzę jako model w poznawaniu zjawisk biologicznych. *Życie Wet.*, 9, 325-329.
7. *Lis M., Jakubowski T.*: 1998: Człowiek i zwierzęta – zasady współistnienia. *Ratujmy Planetę 4* (89).
8. *Paton W.*: *Człowiek i mysz. Badania biomedyczne na zwierzętach*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1997.
9. *Stasiak J., Stasiak K.*: *Problemy środowiska przyrodniczego*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1983.
10. *Tatarkiewicz W.*: *O filozofii i sztuce*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1986.
11. *Tazbir J.*: 1990. Ludzie przeciwko zwierzętom. *Wiedza i Życie*, 3, 18-23.

EWOLUCJA POLSKICH REGULACJI PRAWNYCH PRZEPROWADZANIA DOŚWIADCZEŃ NA ZWIERZĘTACH

Izabella Babińska, Józef Szarek, Mariusz Z. Felsmann*,
Ireneusz M. Kowalski**, Diana Przeździecka,
Tomasz Mieszczczyński

Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej,
Katedra Weterynaryjnej Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,

*Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
UMK w Toruniu,

ul. Jagiellońska 13-15, 85-067 Bydgoszcz,

**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce,
11-015 Olsztynek,

Izabella.Babinska@uwm.edu.pl

Wzrost zainteresowania zwierzętami doprowadził do tego, że zarówno na świecie jak i w Polsce nauka o dobrostanie zwierząt została wyodrębniona jako oddzielna dziedzina wiedzy. Zarówno aspekt etyczny jak i prawodawstwo dotyczące humanitarnego traktowania zwierząt, w tym laboratoryjnych, rozróżniają to co dopuszczalne od tego co niedozwolone w oparciu o zdefiniowane kryteria i pojęcia oraz doświadczenie praktyczne specjalistów i ekspertów.

Na podstawie kilku dostępnych polskich aktów prawnych można prześledzić ewoluowanie normy prawnej i możliwości władczego

działania państwa przy regulacji prowadzenia doświadczeń z wykorzystaniem zwierząt, nie tylko laboratoryjnych.

Pierwszym aktem prawnym regulującym prowadzenie doświadczeń na zwierzętach było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ochronie zwierząt z 1928 r. (2). Dzięki niemu Polska w okresie międzywojennym uzyskała przodujące miejsce w dziedzinie ustawodawstwa dotyczącego ochrony zwierząt (cztery lata wcześniej podobny akt powstał w Anglii). Dokument ten został zmieniony na mocy ustawy z dnia 25. lutego 1932 r. i jego tekst jednolity ogłoszono zgodnie z obwieszczeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 23. kwietnia 1932 r. (Dz.U. 1932, nr 42, poz. 417).

Pod pojęciem zwierzę, w myśl omawianego rozporządzenia, należało rozumieć „wszelkie domowe i oswojone zwierzęta i ptactwo dzikie, jako też ryby, płazy, owady, itp.”. Ten sam art. 1 zabraniał znęcania się nad tak określonymi zwierzętami. Nie znajdziemy w tym akcie prawnym definicji eksperymentu czy doświadczenia z wykorzystaniem zwierząt, ale art. 2 mówił, że „używanie zwierząt do wszelkiego rodzaju doświadczeń, powodujących śmierć, uszkodzenie cielesne lub ból fizyczny – z wyjątków przewidzianych w art. 3” (pkt. g) oraz „wszelkie w ogóle zadawanie zwierzętom cierpień bez odpowiednio ważnej i słusznej potrzeby” (pkt. k) jest znęcaniem się nad zwierzętami i stanowi wykroczenie lub występki. Należy w tym miejscu wspomnieć, że przestępstwem była nie tylko przedsięwzięta czynność, ale sama świadomość możliwości wywołania u zwierzęcia bólu czy cierpienia, które nie były uzasadnione odpowiednio ważną

i słuszną potrzebą. Z kolei właśnie taką potrzebą, dopuszczającą używanie zwierząt do doświadczeń, były eksperymenty naukowe konieczne dla „poważnych prac i badań naukowych”. Mogły być one wykonywane tylko w „zakładach specjalnych” przez osoby posiadające specjalne zezwolenie właściwego ministra lub upoważnionych organów albo pod bezpośrednim nadzorem takich osób.

Przepisy wykonawcze do Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ochronie zwierząt zostały wydane w formie Rozporządzenia Ministra Szkolnictwa Wyższego z dnia 16. listopada 1959 r. w sprawie określania warunków i sposobu dokonywania doświadczeń na zwierzętach oraz trybu wydawania zezwoleń na przeprowadzanie tych doświadczeń (1).

Rozporządzenie to dopuszczało eksperymenty na zwierzętach w „granicach” koniecznych w celach naukowych, związanych z prowadzeniem prac i badań naukowych, prac dydaktycznych (przewidzianych w programie nauczania) oraz diagnostyką, kontrolą lub produkcją środków leczniczych, chemicznych i odżywczych.

Zabronione było wykonywanie doświadczeń, których wyniki były dostatecznie ustalone, chyba, że istniała „konieczna potrzeba” ich wykonania. Eksperymenty w celach naukowych mogły przeprowadzać zakłady naukowe szkół wyższych, placówki i instytuty Polskiej Akademii Nauk, instytuty naukowo-badawcze, zakłady lecznicze, laboratoria zakładów produkujących i kontrolujących leki, surowice i szczepionki oraz produkujących środki chemiczne i odżywcze. Wszystkie te jednostki miały obowiązek prowadzenia ewidencji eks-

perymentów z wykorzystaniem zwierząt o wysokim stopniu rozwoju czynności psychicznych oraz ewidencji tych zwierząt. Doświadczenia mogły być wykonywane przez lub pod nadzorem osób zatrudnionych w tych organizacjach i posiadających specjalne zezwolenie.

Rozporządzenie z 1959 r. wprowadziło kilka podstawowych reguł, które chociaż zostały zmodyfikowane, w swojej istocie przetrwały w polskim prawodawstwie związanym z ochroną zwierząt wykorzystywanych do doświadczeń do dnia dzisiejszego (1). W znacznej mierze wynikały one z zasady doboru zwierząt do doświadczeń, w myśl której mogły to być zwierzęta o niskim stopniu rozwoju czynności psychicznych, nadające się najlepiej do wyznaczonego celu. Jednakże w wyjątkowych przypadkach, uzasadnionych dobrem doświadczenia, dopuszczano możliwość użycia zwierząt wysoko rozwiniętych pod względem czynności psychicznych, z zachowaniem należytej ostrożności i „ogłędności” mających na celu zminimalizowanie cierpień odczuwanych przez zwierzę. Tak więc, poza wyjątkami kierującymi się dobrem nauki, wszelkie operacje i bolesne zabiegi powinny być wykonywane w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Zwierzę właściwie przygotowane powinno być niezwłocznie poddane zabiegowi lub eksperymentowi, a po zakończeniu badań, jeżeli przeżyło, powinno być leczone lub zabite przed ustąpieniem działania środków użytych do znieczulenia ogólnego. Przepisy rozporządzenia mówią również, że zwierzę poddane doświadczeniu nie może być w nim wykorzystane powtórnie, chyba, że wymaga tego istota badań.

Aktem prawnym obowiązującym w chwili obecnej jest Ustawa o ochronie zwierząt z 21. sierpnia 1997 r. (4). Reguluje ona postępowanie ze zwierzętami domowymi, gospodarskimi, wolno żyjącymi, obcymi faunie rodzimej oraz wykorzystywanymi do celów rozrywkowych, widowiskowych, filmowych, sportowych i specjalnych. Do 21. stycznia 2005 r. zawierała ona rozdział dotyczący procedur doświadczalnych z użyciem zwierząt (rozd. 9), który został uchylony na mocy aktu wykonawczego, czyli Ustawy o doświadczeniach na zwierzętach (3).

W rozważanym problemie zwierząt wykorzystywanych do doświadczeń obie ustawy do pewnego momentu przenikają się wzajemnie. W Ustawie o ochronie zwierząt znajdziemy kilka definicji (m.in. „humanitarne traktowanie”, „właściwe warunki bytowania”), bez których zrozumienie i właściwa interpretacja Ustawy o doświadczeniach na zwierzętach byłyby trudne.

Akt prawny z 2005 r. (3) wprowadza większy zakres sytuacji dopuszczających wykonywanie doświadczeń z wykorzystaniem zwierząt. Obok podstawowych badań naukowych, dydaktyki w szkołach wyższych i ochrony zdrowia człowieka lub zwierząt, znajdziemy ochronę środowiska w celu ochrony gatunków, zdrowia człowieka lub dobrostanu zwierząt, a także ogólnie rzecz biorąc testowanie produktów leczniczych, środków spożywczych i innych substancji mających lub mogących mieć wpływ na fizjologię bądź stan zdrowia człowieka, zwierząt lub roślin. Warunkiem pozostaje

nadal brak metod pozwalających na osiągnięcie celu bez użycia zwierząt.

Znacznej modyfikacji dokonano w samej definicji doświadczenia, gdzie oprócz wykorzystania zwierząt do celów naukowych i dydaktycznych, pojawiają się również testy. Ponadto doświadczeniem są działania mogące spowodować urodzenie się zwierzęcia odczuwającego ból, cierpienie, strach lub z trwałym uszkodzeniem w jego organizmie. Zastosowanie znieczulenia lub odpowiednich środków eliminujących powyższe stany nie pozwala na (pominięcie definicji doświadczenie) stosowanie innych definicji, tak samo jak uśmiercanie zwierząt do wymienionych celów.

Ustawa o doświadczeniach na zwierzętach dokonuje bardziej precyzyjnego podziału zwierząt na doświadczalne, czyli przeznaczone do wykorzystania i wykorzystywane do doświadczeń, oraz laboratoryjne, do których zalicza się zwierzęta doświadczalne hodowane w obiektach jednostek hodowlanych lub doświadczalnych, w szczególności: myszy, szczury, świnki morskie, chomiki złote, króliki, psy, koty, przepiórki i zwierzęta naczelne (3).

W rozdziale 2 określone zostały zasady wykorzystania zwierząt do doświadczeń. W celu eliminowania zbędnego powtarzania eksperymentów i ograniczania liczby używanych w nich zwierząt należy pozyskiwać wszelkie dostępne informacje ze źródeł międzynarodowych w danej dziedzinie nauki oraz poszukiwać metod alternatywnych. Oprócz zwierząt laboratoryjnych ustawa dopuszcza, w szczególnych warunkach, wykorzystywanie zwierząt gospodar-

skich, dzikich oraz gatunków uznanych za zagrożone wyginięciem, natomiast zakazuje wykorzystywania zwierząt bezdomnych. Zabronione jest m.in. pozbawianie zwierząt możliwości wydawania głosu i testowanie kosmetyków lub środków higienicznych. Plan doświadczenia i jego przebieg nie mogą narażać zwierząt na zbędny strach, ból, cierpienie i trwałe uszkodzenie ich organizmów, a po jego zakończeniu zapewnia się im opiekę lekarsko-weterynaryjną oraz warunki utrzymania zwierząt doświadczalnych, które zostały przedstawione w rozdziale 3. Natomiast w przypadku kiedy istnieje przypuszczenie, że pozostawienie zwierzęcia przy życiu narazi je na trwały ból lub strach należy je uśmiercić w sposób humanitarny.

W myśl ustawy z 2005 r. (3) opiekę nad zwierzętami, polegającą na zapewnieniu im prawidłowych warunków utrzymania i bezpieczeństwa, mogą sprawować osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. Warunki środowiskowe, dobrostan i stan zdrowia zwierząt powinny być codziennie kontrolowane, a wszelkie nieprawidłowości, szczególnie prowadzące do powstania bólu i cierpienia, należy niezwłocznie usuwać. Przepisy ustawy nakazują znakowanie psów, kotów i zwierząt naczelnych utrzymywanych w obiektach doświadczalnych, hodowlanych lub u dostawców oraz prowadzenie odpowiedniej (związanej z tym) dokumentacji.

W Ustawie o doświadczeniach na zwierzętach znajdziemy opis procedur, związanych zarówno z uzyskaniem zezwolenia na hodowlę lub dostarczanie zwierząt laboratoryjnych jak i przeprowadzaniem doświadczeń. Rozdział 5 zawiera wykaz jednostek doświadczalnych

z warunkami jakie muszą one spełniać, danymi dotyczącymi prowadzenia ewidencji i dokumentacji oraz wytycznymi sporządzania projektu doświadczenia. Kolejny rozdział poświęcony jest komisjom etycznym do spraw doświadczeń na zwierzętach. Określa on zadania i kompetencje Krajowej Komisji Etycznej oraz komisji lokalnych, strukturę i zasady ich funkcjonowania. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy sprawuje Inspekcja Weterynaryjna oraz członkowie lokalnych komisji etycznych. Ustawa wyszczególnia uprawnienia i zadania organów nadzorujących w ramach kontroli jednostek doświadczalnych. Orzekanie w sprawach wynikających z nieprzestrzegania przepisów ustawy następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia. Rozpiętość możliwych kar waha się od kary grzywny, poprzez areszt lub ograniczenie wolności do pozbawienie wolności nawet do 2 lat.

W Wojsku Polskim, które funkcjonuje w oparciu o odrębne (własne) przepisy prawne, również znajdziemy akty normatywne dotyczące doświadczeń na zwierzętach. W 1963 roku na podstawie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ochronie zwierząt z 1928 roku zostało wydane Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokonywania w wojsku doświadczeń na zwierzętach oraz wydawania zezwoleń na ich przeprowadzanie (6). Zarządzenie to dopuszczało dokonywanie doświadczeń na zwierzętach w „placówkach naukowych” prowadzących prace badawcze, diagnostyczne lub wyszkoleniowe dla potrzeb wojska oraz w specjalistycznych pracowniach uczelni wojskowych w ramach programu nauczania. Do wyda-

wania zezwoleń na przeprowadzanie doświadczeń upoważniony był Szef Departamentu Służby Zdrowia Wojska Polskiego, na wniosek dowódców rodzajów Sił Zbrojnych, szefów rodzajów wojsk oraz szefów instytucji centralnych MON. Kontrolę nad przestrzeganiem w wojsku przepisów dotyczących przeprowadzania doświadczeń na zwierzętach sprawował Szef Służby Weterynaryjnej WP poprzez uprawnionych oficerów – lekarzy weterynarii. Dowódcy placówek naukowych byli zobowiązani do prowadzenia ewidencji doświadczeń dokonywanych na zwierzętach o wysokim rozwoju czynności psychicznych oraz ewidencji tych zwierząt, a także do udostępniania organom nadzorującym wglądu w sprawy związane z doświadczeniami. Na mocy omówionego wojskowego aktu prawnego powstało Zarządzenie Głównego Kwatermistrza WP w sprawie sposobu postępowania ze zwierzętami przeznaczonymi do doświadczeń, zasad wydawania zezwoleń na przeprowadzanie doświadczeń oraz kontroli przestrzegania w wojsku przepisów o ochronie zwierząt (5). Opierało się ono w znacznej mierze na Rozporządzeniu Ministra Szkolnictwa Wyższego z 1959 roku (1). Wśród zwierząt o wyższym rozwoju czynności psychicznych wymienione zostały m.in. koń, kot, pies i małpa. Po zakończeniu zabiegu lub eksperymentu zwierzęta należało poddać leczeniu lub zgładzić przed przebudzeniem się z narkozy. W przypadku zaś doświadczeń na tzw. długotrwałość przeżycia należało postępować ze zwierzętami humanitarnie. Zarządzenie określało zadania Szefa Służby Weterynaryjnej w ramach prowadzenia kontroli przestrzegania w wojsku przepisów o ochronie

zwierząt. Wyznaczeni przez niego oficerowie lekarze weterynarii w czasie przeprowadzanych kontroli mieli udzielać fachowego poradnictwa odnośnie warunków utrzymania oraz zasad postępowania ze zwierzętami przed, w czasie i po zabiegu. Wyniki kontroli były podawane w okresowej sprawozdawczości weterynaryjnej.

Podsumowanie

Z przedstawionych materiałów wynika, że Polska była jednym z pierwszych państw europejskich, które wprowadziły prawną ochronę zwierząt, w tym zwierząt wykorzystywanych do doświadczeń. Ewolucja przepisów prawnych po dość długim okresie zastoju (stagnacji) trwającym prawie 70 lat (1928–1997 r.), w krótkim czasie doprowadziła do wyodrębnienia norm prawnych dotyczących doświadczeń na zwierzętach (1997–2005 r.), co zapewne pozostaje w ścisłym związku z koniecznością dostosowania polskiego prawa do prawa Unii Europejskiej. Podawane procedury w omówionych aktach normatywnych zmierzają do tego, aby prawo w zakresie doświadczeń na zwierzętach nie było „martwe” a człowiek odpowiednio szanował zwierzęta poddawane eksperymentom.

Streszczenie

W pracach eksperymentalnych koniecznym jest znalezienie kompromisu między cierpieniami zwierząt wykorzystywanych w doświadczeniach i ewentualnymi cierpieniami ludzi, którzy mogliby skorzystać z wiedzy płynącej z takich praktyk. Mając na uwadze zarów-

no dobro zwierząt jak i ludzi, oraz konieczność harmonizacji prawodawstwa polskiego z prawem obowiązującym w Unii Europejskiej, podjęto kroki zmierzając do stworzenia optymalnego modelu regulacji prawnych w zakresie procedur doświadczalnych z użyciem zwierząt. Badaniem objęto teksty wybranych aktów normatywnych, regulujących przeprowadzanie doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych oraz ochronę zwierząt, wydanych przez organa władzy państwowej Rzeczypospolitej Polskiej, aktualnie obowiązujące, a także pozbawione mocy prawnej.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenia Ministra Szkolnictwa Wyższego z dnia 16. listopada 1959 r. w sprawie określania warunków i sposobu dokonywania doświadczeń na zwierzętach oraz trybu wydawania zezwoleń na przeprowadzanie tych doświadczeń (Dz.U. 1959, nr 71, poz. 452).
2. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ochronie zwierząt z 1928 roku (Dz.U. 1928, nr 36, poz. 332).
3. Ustawa o doświadczeniach na zwierzętach z 21 stycznia 2005 r. (Dz.U. 2005, nr 33, poz. 289).
4. Ustawa o ochronie zwierząt z 21 sierpnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 111, poz. 724).
5. Zarządzenie Głównego Kwatermistrza WP w sprawie sposobu postępowania ze zwierzętami przeznaczonymi do doświadczeń, zasad wydawania zezwoleń na przeprowadzanie doświadczeń oraz kontroli przestrzegania w wojsku przepisów o ochronie zwierząt (Nr 17 z dnia 10 kwietnia 1963 r.).
6. Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokonywania w wojsku doświadczeń na zwierzętach oraz wydawania zezwoleń na ich przeprowadzanie (Nr 23/MON z dnia 10 kwietnia 1963 r.).

ROZWÓJ DIAGNOSTYKI GUZA Z KOMÓREK TUCZNYCH U ZWIERZĄT TOWARZYSZĄCYCH CZŁOWIEKOWI - PSÓW I KOTÓW

Iwona Badurek, Małgorzata Sobczak-Filipiak,
Malicka Elżbieta

Zakład Patologii, Katedra Nauk Klinicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159c, 02-776 Warszawa,
ibadurek@wp.pl.

Guz z komórek tucznych (*mastocytoma*) zaliczany jest do często występujących nowotworów skóry u psów (13%). Stanowi 6% wszystkich zmian nowotworowych tego gatunku zwierząt. Występuje również u kotów, koni, bydła, a nawet świń (12, 14, 15, 16).

Występujące u zwierząt guzy komórek tucznych uważa się za nowotwory złośliwe. Pierwsze doniesienia na temat guza komórek tucznych na podstawie obrazu histopatologicznego miały miejsce w 1905. Niestety nie wiadomo, na jakiej podstawie guz ten został sklasyfikowany (6). Obecnie podstawową metodą histochemiczną, pozwalającą na rozpoznanie komórek tucznych w obrazie histologicznym jest barwienie błękitem toluidyny. W wyniku reakcji chemicznej dochodzi do wybarwienia metachromatycznego ziarnistości komórek tucznych, dokładniej - siarkowych glukozaminoglikanów.

Przyczyna transformacji nowotworowej komórek tucznych jest wciąż nieznana. W latach '60, w związku z rozwojem mikroskopii elektronowej, zaczęto doszukiwać się przyczyn nowotworzenia, poszukując różnic w budowie ultrastrukturalnej komórek tucznych.

W roku 1972 Ward przeanalizował ultrastrukturę komórek tucznych kotów. Badane były komórki tuczne kotów zdrowych, kotów poddanych napromieniowaniu strontem, oraz kotów z guzem komórek tucznych. Ward poszukiwał powiązań między napromieniowaniem a rozregulowaniem mechanizmu proliferacji komórek tucznych. Poszukiwał także innych czynników, np. onkowirusów, które mogłyby być przyczyną powstawania guza komórek tucznych. Jednak okazało się, że koty napromieniowane miały podobne komórki tuczne jak zdrowe, co odrzucało etiologię popromienną, zaś komórki nowotworowe różniły się od normalnych jedynie składem ziarnistości. Nie znaleziono bezpośredniej przyczyny transformacji nowotworowej komórek tucznych.

Cechą charakterystyczną tych guzów jest ogromne zróżnicowanie w zakresie zachowania biologicznego. Trudność w przewidywaniu tego zachowania stanowi główny i wciąż nie do końca rozwiązany problem diagnostyczny.

Jak wspomniano, guzy te dotyczą w głównej mierze psów i kotów - czyli zwierząt towarzyszących. Rozwój badań nad *mastocytozą* jest zatem w pewnej mierze odzwierciedleniem postępów w zakresie rozwoju weterynarii małych zwierząt, zaś tempo, jakie przybrały te badania, w dużej mierze oddaje ogólną szybkość rozwoju

nauk weterynaryjnych w ostatnim czasie. Szczególną sytuację badań dotyczących guzów z komórek tłuszcznych stwarza brak możliwości jakiegokolwiek porównania z medycyną ludzką, brak bezpośredniego przełożenia.

Komórki tłuszczne powstają, podobnie jak inne leukocyty, w szpiku kostnym. Dojrzewają i różnicują się po dotarciu drogą krwi do tkanek obwodowych. Tam lokalizują się w pobliżu naczyń i nerwów. Rola komórek tłuszcznych kojarzy się głównie z ich udziałem w reakcjach alergicznych i anafilaktycznych. Coraz częściej jednak podkreśla się znaczenie komórek tłuszcznych w odporności nieswoistej oraz ich możliwości w zakresie prezentowania antygenów (8). Komórki tłuszczne biorą także udział w procesie włóknienia oraz w procesie angiogenezy (5, 18). Pełnienie tak wielorakich funkcji przez mastocyty jest uwarunkowane tym, że produkują i wydzielają one szereg czynników biologicznie czynnych.

Wydzielana przez komórki tłuszczne Il-4 powoduje wzrost syntezy lamininy, fibronektyny oraz kolagenu typu 1 i 3, zaś bFGF (basic fibroblast growth factor) bierze udział w formowaniu macierzy pozakomórkowej oraz w interakcji komórek śródbłonna z fibroblastami (5). Wiadomo również, że komórki tłuszczne biorą udział w angiogenezie poprzez wpływ na proliferację komórek śródbłonna i fibroblastów, zaś proliferujące fibroblasty dodatkowo wzmagają angiogenezę wydzielając czynniki proangiogenne.

Mastocyty różnią się składem ziarnistości, dlatego mówi się o dwóch subpopulacjach komórek tłuszcznych: komórki tłuszczne błon

śluzowych (MMC mucosal mast cells)-tryptazododatnie, oraz komórki tuczne tkanki łącznej (CTMC-connective tissue mast cells) chymazo- i tryptazododatnie. W ziarnistościach komórek tucznych są tzw. mediatory preformowane: aminy biogenne (histamina, serotonina), proteoglikany (heparyna, siarczan chondroityny), czynniki chemotaktyczne (ECF-A, NCF), liczne enzymy (kwaśne hydrolazy, proteazy, enzymy utleniające), a także niektóre cytokiny (IL-4, -5, -6, -8, TNF- α , bFGF, VEGF i NGF). Druga grupa mediatorów to mediatory generowane wtórnie z przemian fosfolipidów błonowych oraz generowane *de novo*. Należą do nich: LTC 4, PGD 2, tromboksany, PAF, interleukiny, chemokiny, IFN- γ , TNF- α , GM-CSF, M-CSF, TGF- β , NGF, SCF, PDGF. Mediatorzy te odgrywają znaczącą rolę w utrzymaniu homeostazy organizmu, uczestniczą w procesach odporności nieswoistej i swoistej, a także współuczestniczą w patomechanizmie wielu procesów chorobowych (2,10).

Krokiem milowym w rozwoju badań nad *mastocytomą* było opracowanie przez Patnaika i wsp. w roku 1984 skali histopatologicznej oceny stopnia złośliwości guza komórek tucznych. Skala ta do dziś jest punktem odniesienia we wszystkich badaniach dotyczących guza komórek tucznych. Jest także niezwykle pomocnym narzędziem we współpracy między histopatologiem a lekarzem klinicystą. Lekarz kierujący zwierzę na badanie metodą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej dzięki ujednoliconemu systemowi oceny podejmuje decyzję o tym, z jakim marginesem zdrowej tkanki guz powinien być usunięty, a także jakie są rokowania po zabiegu i jakie leczenie do-

datkowe powinno być ewentualnie zastosowane (4). Ocena na podstawie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej powinna być zweryfikowana poprzez ocenę histopatologiczną guza po jego wycięciu. Patnaik na podstawie takich parametrów, jak indeksy mitotyczne, ułożenie komórek, ich kształt i charakter ziarnistości podzielił wszystkie guzy na trzy grupy: pierwsza niezłośliwa, dobrze rokująca klinicznie, druga grupa średniozróżnicowana i trzecia grupa - niezróżnicowana, źle rokująca klinicznie. Zaproponowane kryteria nie wymagają skomplikowanych technik i procedur. Standardowo wykonuje się dwa barwienia. Jedno przeglądowe, przy użyciu np. barwienia hematoksyliną i eozyną, drugie - barwienie błękitem toluidyny (barwienie metachromatyczne w kierunku wybarwienia ziarnistości komórek tucznych (19).

Zaproponowana skala ma jednak bardzo istotną wadę: zbyt szeroki drugi stopień złośliwości. Dlatego dalsze prace skoncentrowały się na uściśleniu przede wszystkim guzów drugiego stopnia jako najbardziej nieprzewidywalnych w swoim zachowaniu biologicznym.

Dalszy rozwój badań nad guzem komórek tucznych, już po ogólnym zaakceptowaniu przez badaczy skali Patnaik'a, jest związany z gwałtownym rozwojem technik immunohistochemicznych oraz ich zastosowaniem w weterynarii.

Pierwsze badania immunohistochemiczne wykonał Coons. Jego praca z 1941 roku: „Immunological properties of an antibody containing a fluorescent group”, zapoczątkowała nową erę w badaniach

morfologicznych i diagnostyce histopatologicznej. Coons wykrywał antygeny za pomocą przeciwciał znakowanych cyjankiem fluoresceiny, później wprowadzono lepiej wiążący się z przeciwciałami izotiocyanian fluoresceiny (28). Metoda ta właściwie wciąż się rozwija, choć najszybsze tempo rozwoju przypada na lata siedemdziesiąte.

Pierwsze prace dotyczące guzów komórek tłuszcznych z zastosowaniem barwien immunohistochemicznych pojawiły się pod koniec lat osiemdziesiątych. Skupiano się w nich głównie na aktywności proliferacyjnej komórek nowotworowych (23). Dalsze badania z wykorzystaniem tej techniki dotyczyły bardzo różnorodnej tematyki m.in. obecności białka p53 jako czynnika predykcyjnego (7, 9, 27), immunoreaktywności białka Ki-67 (1), ekspresji białka p21 i p27 (26), użycia białka KIT jako narzędzia prognostycznego (11). Mimo bardzo intensywnych poszukiwań z zastosowaniem tej metody, nie odnaleziono czynnika, który dałby możliwość różnicowania mastocytozy w obrębie stopnia pośredniego skali Patnaik'a.

Obecne zainteresowania badaczy koncentrują się na potencjalnym udziale w transformacji nowotworowej mutacji protoonkogeny *c-kit*. Produktem ekspresji genu *c-kit* jest białko receptorowe KIT. Ligandem dla tego receptora jest czynnik wzrostu komórek macierzystych – SCF (stem cell factor). Badania nad rolą *c-kit* w transformacji nowotworowej komórek tłuszcznych przeprowadzane są przy użyciu technik biologii molekularnej i genomiki, powstałej przez połączenie technik biologii molekularnej i bioinformatyki, nauki o genach i genomie. Webster i wsp. w 2006 roku przeprowadzili kompleksowe

badania dotyczące roli *c-kit* w powstawaniu guza komórek tłuszczowych u psów. Celem ich pracy było wykazanie zależności pomiędzy mutacjami w obrębie *c-kit*, lokalizacją białka KIT w komórce, a poziomem ekspresji KIT. W celu identyfikacji mutacji *c-kit* wykonano poprzedzoną mikrodyssekcją reakcję PCR. Lokalizację białka KIT oceniono przy użyciu metod immunohistochemicznych, zaś ekspresję KIT oceniono przy użyciu immunofluorescencji. Na szczególną uwagę zasługuje zastosowanie przez Webster'a w czterdziestu dwóch przypadkach mikromacierzy DNA. Mikromacierze DNA są jednym z najnowocześniejszych narzędzi badawczych funkcjonalnej genomiki. Na powierzchni szklanych lub plastikowych płytek umieszczone są cząsteczki oligonukleotydów lub jednoniciowego DNA. Cząsteczki te, nazywane także sondami, łączą się z badanymi - wyznakowanymi uprzednio - próbkami DNA w procesie hybrydyzacji. Próby te są następnie zeskanowane w czytniku mikromacierzy. Integralną częścią tej metody jest oprogramowanie funkcjonalne samego czytnika i analizujące otrzymane z niego wyniki. W opisywanych przez Webster'a badaniach mutacje (duplikacje i delecje) w obrębie *c-kit* były ściśle skorelowane ze wzrostem częstości pojawiania się wznowy i śmiertelnością oraz z zaburzeniem w obrębie lokalizacji wewnątrzkomórkowej białka KIT. Nie znaleziono jednak powiązania między poziomem ekspresji białka KIT a obecnością mutacji *c-kit* i ze zlokalizowaniem KIT w komórce. Takie prace prowadzone są na guzach z komórek tłuszczowych psów i kotów (22). Bardzo istotnym aspektem badań zmian w obrębie protoonkogenu *c-kit* są nowe możliwości te-

rapeutyczne- inhibicja protoonkogenu *c-kit*. Jednak wymaga to dalszych badań.

Najnowsze doniesienia (17) dotyczą ekspresji genu oporności wielolekowej 1 (*MDR1*) oraz glikoproteiny (P-gp), będącej podstawowym elementem ATP-zależnej pompy błonowej, mającej zdolność usuwania z komórki ksenobiotyków, w tym cytostatyków. Badania te prowadzono na ustalonych liniach komórkowych (TiMC, CoMC i LuMC). Wyniki wskazują na konieczność kontynuowania badań i być może wskazują nowy kierunek rozwoju badań nad guzem komórek tłuszcznych.

Mimo że guz komórek tłuszcznych u psów i innych gatunków zwierząt opisywany jest od przeszło stu lat, pełne zrozumienie etiopatogenezy transformacji nowotworowej nie leży w naszym zasięgu. Niewątpliwie jednak, dzięki zastosowaniu technik tak zaawansowanych, jak mikromacierze DNA, jesteśmy coraz bliżej jej poznania.

Streszczenie

Guz z komórek tłuszcznych (*mastocytoma*) jest często występującym i przeważnie złośliwym nowotworem skóry u psów. Znaczenie diagnostyki guza komórek tłuszcznych związane jest z częstotliwością występowania tego nowotworu oraz z ogromnym zróżnicowaniem jego zachowania biologicznego. Prawidłowa klasyfikacja guza warunkuje odpowiednie postępowanie terapeutyczne i ułatwia rokowanie. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie metod używanych

w diagnostyce guza komórek tucznych zwierząt towarzyszących, oraz perspektyw jej rozwoju.

Piśmiennictwo

1. *Abadie J.J., Amardeilh M.A. Delverdiere M.E.*: Immunohistochemical detection of proliferating cell nuclear antigen and Ki-67 in mast cell tumors from dogs. *JAVMA*, 1999, 215 (11), 1629-1634.
2. *Brzezińska-Błaszczak E., Olejnik A.K.*: Cytokiny modulują biologię mastocytów tkankowych. *Post. Hig. Med. Dośw.*, 2002, 56 (6), 803-819.
3. *Cowell R.L., Tyler R.D., Meinkoth J.H.*: Diagnostic cytology and hematology of dog and cat. *Wyd 2. Mosby Inc., St.Louis*, 1999.
4. *Dowdall J.F., Winter D.C., Baird A.W., Bouchier-Hayes D.*: Biological role and clinical implications of mast cells in surgery. *Surgey*, 2002, 132, 1-4.
5. *Fan T., M., Kitchell B. E., Daiwahl R. S.*: Mast Cell Neoplasia in Dogs. *Vet Med*. 2001 Dec: 919-928.
6. *Ginn P. E., Fox L. E., Brower J. C., Gaskin A., Kurzman I. D., Kubilis P.S.*: Immunohistochemical Detection of p53 Tumor-Suppressor Protein is a poor indicator of prognosis for Canine Cutaneous Mast Cell Tumors. *Vet Pathol*. 37: 33-39 (2000)
7. *Gołąb J.*: Immunologia. *Wyd. nowe. PWN, Warszawa* 2002.
8. *Jaffe M. H., Hosgood G., Taylor H. W., Kerwin S. C., Hedlund C. S., Lopez M. K., Davidson J. R., Miller D. M., Paranjpe M.*: Immunohistochemical and Clinical Evaluation of p53 in Canine Cutaneous Mast Cell Tumors. *Vet Pathol* 37:40-46 (2000).
9. *Juczewska M., Chyczewska E., Naumnik W., Niklińska W.*: Udział komórek tucznych w angiogenezie. *Post. Biol. Kom.* 2000; 27, 3:343-358.
10. *Kiupel M., Webster J.D., Kaneene J. B., Millewr R., Yuzbasian-Gurkan V.*: The Use of KIT and Tryptase Expression Patterns as Prognostic Tools for Canine Cutaneous Mast Cell Tumors. *Vet. Pathol* 41: 371-377 (2004).
11. *Krawiec M., Czumińska K.*: Guz z komórek tucznych (mastocytoma). *Mag. Wet.* Vol 11, nr 67'2002.
12. *London C. A., Segiun B.*: Mast cell tumors in dog. *Vet Clin Small Anim*, 2003; 33: 473-489.
13. *Malicka E., Piusiński W., Sendzicka H., Bielecki W., Osińska B., Lenartowicz-Kubrat Z.*: Nowotwory psów stwierdzone w badaniach anatomopatologicznych w latach 1985-1993. *Medycyna Wet.*, 1996, 52 (2), 103-106.
14. *Meuten D. J.*: Tumors in Domestic Animals. *Wyd. 4. Iowa State Press, Iowa* 2002.
15. *Molander- McCary H., Henry C. J., Potter K., Tyler J. W., Buss M. S.*: Cutaneous Mast Cell Tumor in Cats: 32 Cases (1991-1994), *J Am Anim Hosp Assoc* 1998;34:281-4.

16. *Nakaichi M., Takeshita Y., Okuda M., Nakamoto Y., Itamoto K., Une S., Sasaki N., Kadosawa T., Takahashi T., Taura Y.*: Expression of the MDR1 Gene and P-Glycoprotein in Canine Mast Cell Tumor Cell Lines. *J. Vet. Med. Sci.* 2007 feb;69 (2):111-115.
17. *Noli C., Miolo A.*: The mast cell in wound healing. *Vet Derm* 2001,12, 303-313.
18. *Patnaik A. K., Ehler W.J., MacEwen E.G.*: Canine Cutaneous Mast Cell Tumor: Morphologic Grading and Survival Time in 83 Dogs. *Vet. Pathol.* 1984; 21: 469-474.
19. *Rodriguez- Carino C., Fondevila D., Segales J., Rabanal R.*: Expression of KIT receptor in Feline Cutaneous Mast Cell Tumors. Annual Veterinary Pathology Meeting of the ESVP - University of Edinburgh, 2006: 140.
20. *Simoës J. P. C., Schoning P., Butine M.*: Prognosis of Canine Cutaneous Mast cell Tumors: A Comparison of Three Methods. *Vet Pathol* 31: 637-647 (1994).
21. *Ward J. M., Hurvitz A. I.*: Ultrastructure of normal and neoplastic mast cells of the cat. *Vet. Pathol.* 1972 9: 202-211.
22. *Wu H., Hayashi T., Inoue M.*: Immunohistochemical Expression of p27 and p21 in Canine Cutaneous Mast Cell Tumors and Histiocytomas. *Vet. Pathol.* 41: 296-299 (2004).
23. *Wu H., Hayashi T., Inoue M.*: Immunohistochemical Expression of Mdm2 and p53 in Canine Cutaneous Mast Cell Tumors . *J. Vet. Med.* 2006, A 53, 65-68.
24. *Zabel M.*: Immunocytochemia. PWN Warszawa 1999.

DOBROSTAN KONI A DAWNA MEDYCYNA WETERYNARYJNA W POLSCE

Bursztynowicz Katarzyna, Janina Sowińska, Zbigniew Wróblewski*, Michał Gesek**, Tomasz Mieszczyński**

Katedra Higieny Zwierząt i Środowiska,
Wydział Bioinżynierii Zwierząt UWM,
ul. Oczapowskiego 5, 10-719 Olsztyn,

*Gabinet Weterynaryjny w Pisz, ul. Mickiewicza 41, 12-200 Pisz,

** Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej,
Katedra Weterynaryjnej Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn
kbursztynowicz@02.pl

Początkowo leczeniem zwierząt zajmowali się pasterze, opiekunowie, magicy oraz wróżbici. Później leczeniem koni zajmowali się kowale, o tych faktach dowiadujemy się od Czapskiego, który podaje taką informację na podstawie rejestru rachunków Władysława Jagiełły (2). Pierwszymi dokumentami o charakterze lekarsko-weterynaryjnym w Polsce były rękopisy łacińskie pochodzenia rodzimego. Pierwsze dzieło dotyczące leczenia koni to „Sprawa a lekarstwa końskie przez Conrada Królewskiego kowala doświadczone, nowo z pilnością przełożone a najpierw o poznaniu dobrego konia” wydane w 1532 r. (1). Kolejne prace z zakresu weterynarii to: „Lekarstwa doświadczone” Pileckiego, „Hippika” Dorohostajskiego wydana w 1603 r. (3, 14), „Historia powszechna konia” pióra Czapskie-

go opublikowana w 1874 r. (2) oraz „Poradnik weterynarii gospodarczej” J. Lewandowskiego z 1878 r. (7). We wszystkich tych źródłach wiedzy widać wyraźny wpływ dzieła Conrada oraz piśmiennictwa francuskiego, angielskiego i niemieckiego, co było związane z rozwojem szkolnictwa weterynaryjnego. W Polsce pierwsza szkoła weterynaryjna powstała w Wilnie w 1803 r. Od tego momentu leczeniem zajmowali się wykształceni profesjonalści.

Medycyna weterynaryjna w swoich początkach nie dysponowała środkami sedacyjnymi, nie znano również znieczulenia miejscowego, dlatego zabiegi lecznicze wykonywano stosując przemoc, co było związane z zadawaniem bólu i wywołaniem przez to stresu. Od czasów starożytnych starano się znaleźć sposoby by móc bezpiecznie i bezboleśnie przeprowadzać zabiegi. Próbowano uczynić to za pomocą napojów usypiających dla koni, ale metody te nie dawały odpowiednich efektów. Dopiero od 1849 r. w chirurgii weterynaryjnej nastąpiła era narkozy. Początkowo używano chloroformu, który dawał dużo śmiertelnych powikłań. W 1875 r. zastosowano wodzian chloralu i od tego okresu stosuje się w hipiatrii narkozę dożylną. Znieczulenie miejscowe natomiast sięga lat 1866 – 1867. Początkowo używano eteru lub chloretylu, natomiast od 1895 r. zaczęto stosować znieczulenie przewodowe kokainą a później preparatami „kokainopodobnymi” (10).

Jednym z częściej wykonywanych zabiegów weterynaryjnych w dawnych czasach była kastracja. Od czasów rzymskich zabieg ten wykonywano na koniach dwiema metodami – krwawą i bezkrwawą.

Rzymianie przeprowadzali kastrację w pozycji stojącej z zastosowaniem „machiny” (5) (poskromu) opisanej przez Columellę. Młodym koniom miażdżono jądra drewnianym bądź kamiennym toczydłem lub rozcinano moszną nożem unieruchamiając jądra przyrządem znanym obecnie pod nazwą leszczotek albo łupek (6). „Chwyciwszy nerwy otwierają za pomocą noża worek i ścisnąwszy go tak, aby jądra wyszły na zewnątrz, odcinają je, pozostawiając przy tym części jąder dotykające nerwów.” Rzymianie dokonywali kastracji przez pozostawienie najądrza i całego sznurka nasiennego, usuwając wyłącznie jądra (6). Do dzisiaj niektórzy właściciele ogierów proszą, by kastrować je „na wesoło” lub o „urżnięcia nie za krótko”.

W Polsce najczęściej stosowano kastrację na leżąco: „Dla skrępowanego już żrebca według dawnego zwyczaju tuż w ziemi rowek wykopany mieć trzeba, w który grzbietem konia wsunąwszy aby wszystkimi czterema nogami ku górze odwrócony mniej miał władzy do targania y wierzganania” (4). W późniejszych czasach do kładzenia konia do kastracji używano pęt i lin nie stosując żadnych środków znieczulających. W „Poradniku weterynaryi gospodarczej” z 1878 r. (7) tak oto wyliczono sposoby kastracji: „1. za pomocą leszczotek, 2. przez mocne podwiązanie sznurka nasiennego tak, by życie w tym miejscu ustało, 3. przez podwiązanie żyły pulsowej (arterii – tętnicy) sznurka nasiennego, 4. przez oderżnięcie sznurka nasiennego od jąder rozpalonym do białości żelazem nożykowatym, 5. najnowszym i najlepszym – obecnie wszędzie stosowanym spo-

sobem - odkręcenia jąder ręką, z pomocą umyślnie do tego sporządzonych kleszczy”.

Kolejnym brutalnym zabiegiem było zakładanie zawłok, gdzie do przecięcia skóry używano „kawałka kija gładkiego, na końcu cokolwiek spiczasto-zaokrąglonego (5)”. Innym zabiegiem były apretury czyli fontanelle gdzie przez otwór robiony w skórze wkładano np. pakuły Iniane robiąc w ten sposób sztuczne wrzody. Natomiast wszelkie martwice leczono rozpalonym żelazem i gryzącymi maściami (2). Bardzo częstą praktyką było upuszczanie krwi z naczyń. Conrad zaleca w całym szeregu chorób koni rozcinanie rozmaitych żył. Na obrzęk głowy: „i tem takiemu koniowi dobrze jest żyły puszczyć z karku”. Przy ślepotcie miesięcznej: „na oczy opuchłe i ciekące łzami najlepiej zaciąć mu żyły nad obiema oczyma” (1).

Przy ochwacie wodnym powszechnie stosowaną praktyką było duszenie: „Gdy koń ma ochwat wodny wnet dwa powrozi włóż na szyję a z obu stron ciągnij aż się zadławi i padnie a tedy rozpuszcz powrozy a tak po trzykroć działaj” (5).

Nieuzasadnionym i bardzo brutalnym zabiegiem u koni było usunięcie trzeciej powieki zwanej paskudnikiem lub napaścią. „Paskudnik jest błonka gruba, narastającego mięsa między powieką a źrenicą, która ból w żyłach do mózgu dochodzących tak wielki mnoży, że koń od tego upada jak w kaduku.” Usunięcie tego organu, ważnego dla ochrony oka, nie przynosiło ulgi w cierpieniu a narażało oko na większą drażliwość i powiększało groźbę „oślnięcia” (2).

Świerzb czyli parch koński leczono wapnem niegaszonym z łajnem gęsim (1).

Lewandowski pisze o chorobach przypadkowych pyska: „Pod językiem konia znajdują się dwa wyrostki mające wielkość soczewicy. Wielu tak zwanych konowałów uważa te wyrostki za krosty będące przeszkodą koniowi w jedzeniu i częstokroć je wycinają nożyczkami, radzę zatem aby tego nigdy nie dozwalać” (7).

Uszkodzone ścięgna, gdy zawodziły wszystkie środki, leczono przypalając żelazem. „Posmarowanie obrzękłego ściągacza kolodium z muchami hiszpańskimi, jak w opojach”, a gdy wszystkie środki nie skutkują zaleca się „przypiekanie żelazem nożykowatym, którą to operację tylko weterynarz wykonać może” (7). Zabieg ten opisywano w następujących słowach: „Zwierzę, u którego operacja ta wykonana ma być, trzeba położyć blisko kuźni, związać i po poprzednim oznaczeniu na chorej części nogi, kierunku znaków kredą lub węłem, tudzież ostrzyżeniu sierści w tem miejscu, pociągnąć lekko rozpalonym żelazem dla lepszego oznaczenia i następnie drugim, bardziej rozpalonym żelazem ponowić przypiekanie, zważając przy tem, aby skóry w zupełności nie przepalić” (7).

Wrzody leczono również przypalaniem: „Na wrzód jakikolwiek gdy koń ma wrzód jaki, weźmi żelazo gorące, przepal że mu on wrzód, po tym zasyp siarką, a na wierzch przilóż chleba ciepłego solą raz albo dwa razy przez dzień, a tak czyń a będzie zdrów” – pisał Conrad w swoim dziele (1). „Na zdzierzenie wody” – „I tem weźmi pchłę

wsadź mu ją w korzeń albo jego włos zwinąwszy w i wetkacz mu w korzeń, po tym wiedz....ciepły gnój owczy” (1).

Częstym problemem występującym u koni są narowy, których pozbycie się nie bywa łatwe. Z tą kwestią radzono sobie również w sposób mało subtelny. „Konie kęsają albo z zawiści albo ze złośliwości, przy czym mając zamiar ukąsić kładą zwykle uszy po sobie. Są także takie konie, które bez żadnego powodu chwytają nagle zębami osoby znajdujące się w pobliżu i ciężko je kaleczą. Okazuje się skutecznym sposób następujący: na długi widelec albo kawałek drewna wsadza się rozgotowany, gorący burak albo kawałek gorącej słoniny i podsuwa się nagle pod nos koniowi, który chwytając go ze złością parząc sobie język, wargi i podniebienie. Można być pewnym, że są jeszcze „amatorzy” tego typu praktyk.

W dawnych dziełach można również doszukać się zabobonów i praktyk na nich opartych, jak chociażby przepis na kurzycę podany przez Conrada: „i tem zawiązawszy żabę żywą w chustę na szyi mu uwiąż, a gdy zdechnie żaba będzie koń zdrów.” W dawnej literaturze można przeczytać o różnych metodach, mających zapobiegać lub leczyć, które wydają się nam śmieszne, jak np. „utrzymywanie w stajni i w stadzie kozłów lub baranów”. Sądzono bowiem, że pot tych zwierząt posiada właściwości dezynfekujące.

Stare przysłowie mówiło: „Nie daj Boże konia leczyć, bo na leczonym źle jeździć” (2). Jest ono jak najbardziej aktualne w dzisiejszych czasach, tylko metody oraz wiedza i świadomość ludzi powinna być większa.

Podane metody rażą swoją brutalnością, a w niektórych przypadkach także absurdem. Niedorzeczność tych praktyk zauważył już Jakub Lewandowski w 1878 r. i w trosce o dobrostan koni pisał: „Zupełnie niepotrzebne operacje, zwykle przez „fuszerów” tylko na zwierzętach domowych wykonywane, są również szkodliwe jak zabójcze; np.: rozcięcie torebki w opojach; nakuwanie gruczołów zasuszonych (myszy); zniszczenie wąsacza czyli przekłucie szydłem grzbietu, przez co niekiedy powstaje niemoc i śmierć; dalej: wypalanie zębów (...). Często także napotykałyśmy zdejmowanie tzw. paskudnika z oczu; sprawianie; czyszczenie zębów; wycinanie zębów dłutkiem; rozdrapywanie nozdrzy itp.”

W historii hipiatrii był okres kiedy konie traktowano brutalnie, zabiegi wykonywano bez znajomości fizjologii i patologii konia oraz zasad farmakologii (11). Późniejszy rozwój medycyny weterynaryjnej stopniowo minimalizował brutalność zabiegów chirurgicznych poprzez rozwój technik operacyjnych oraz stosowanie znieczulenia (8). Eliminowano również z praktyki zabiegi nie mające naukowego uzasadnienia. Rozwijało się także prawodawstwo weterynaryjne mające na celu ochronę zwierząt i tworzenie warunków, które we współczesnych czasach określamy jako dobrostan (9, 13).

Przypadki naruszenia dobrostanu, chociaż sporadycznie, zdarzają się również obecnie i oczywiście wynikają nie koniecznie z braku wiedzy. Zaliczają się do nich zabiegi na zębach, kastracje bez zastosowania sedacji oraz przyżeganie ścięgien (12). Źródła takiego postępowania tkwią w przeszłości.

Streszczenie

Omówiono zabiegi lekarsko-weterynaryjne wykonywane na koniach w Polsce na przestrzeni wieków z ukazaniem stosunku ludzi leczących te zwierzęta do zasad dobrostanu. Stwierdzono, że dopiero wiek XX przyniósł radykalne zmiany w tym zakresie, zarówno ze strony prawnej jak i praktycznego postępowania, prowadzące do minimalizacji bólu chorych koni.

Dobrostan jest pojęciem współczesnym, a jego podstawowe zasady, określone przepisami – to wolność od bólu, urazów, głodu i chorób oraz prewencja lub szybkie leczenie. Zabiegi lekarsko-weterynaryjne nie zawsze były wykonywane zgodnie z wymienionymi zasadami.

Piśmienictwo

1. *Anon.*: Sprawa a lekarstwa końskie przez Conrada, królewskiego kowala doświadczone, nowo z pilnością przełożone, a najpierw o poznaniu dobrego konia. Kraków, 1905.
2. *Czapski M.*: Historia powszechna konia. Poznań, 1874.
3. *Dorohostajski K.*: Hippika to jest o koniach księgi. Kraków, 1603.
4. *Janiszewski J.*: 1947: Przyczynek do znajomości Dorohostajskiego. *Medycyna Wet.*, (11), 733-737.
5. *Janiszewski J.*: 1948: Uwagi wstępne do książki „Sprawa a lekarstwa końskie”, *Medycyna Wet.*, (6), 381-384.
6. *Ledowski J., Janiszewski J.*: 1947: Trzebienie zwierząt u starożytnych Rzymian. *Medycyna Wet.*, (2), 98-100.
7. *Lewandowski J.H.*: Poradnik weterynarii gospodarczej. A.B. Bogucki, Warszawa, 1878.
8. *Rotkiewicz T.*: Historia weterynarii i deontologia. UWM, Olsztyn, 2006.
9. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ochronie zwierząt z 1928 roku (Dz.U. 1928, nr 36, poz. 332).
10. *Schebitz H., Brass W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów. PW-RiL, Warszawa, 1983.

11. *Steuert L. Pańkowski M.*: Zwierzę domowe w zdrowiu i chorobie. Kraków, 1910.
12. *Szeligowski E., Żakiewicz M., Kłos Z., Janicki A.M., Sterna J.*: Chirurgia weterynaryjna Kulczyckiego. PWRiL, Warszawa, 1997.
13. Ustawa o ochronie zwierząt z 21. sierpnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 111, poz. 724).
14. *Zuberbier J.*: Lecznictwo weterynaryjne pierwszej połowy XVII-go wieku na podstawie dzieła Dorohostajskiego, *Medycyna Wet.* 1947, 471-473.

BADANIA KOŚCI KOŃCZYN KONI ORAZ NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE ZMIANY PATOLOGICZNE – HISTORIA I WSPÓŁCZESNOŚĆ

Małgorzata Dzierżęcka, Henryk Kobryń,
Marta Kupczyńska, Daria Skubiszewska,
Bartłomiej J. Bartyzel

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, SGGW Warszawa,
ul. Nowoursynowska 159, 02 - 776 Warszawa,
malgorzatadzierzecka@wp.pl

Choroby kości występowały u zwierząt dzikich, zanim osiągnęły one współczesną formę udomowioną. Prawdopodobnie zmiany te dotyczyły także i innych części aparatu ruchu. Jednak tylko kości i ich fragmenty dotrwały do czasów współczesnych, praktycznie w niezmienionej postaci. Umożliwia to dokonanie szerokiej analizy różnych patologii występujących w obrębie szkieletu.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest prześledzenie najczęściej notowanych zmian kości kończyn koni poczynając od średniowiecza do czasów współczesnych oraz możliwości ich rozpoznawania, dawniej i dziś. Wszelkie urazy kości, a przede wszystkim kończyn, są szczególnie u tego gatunku przyczyną utraty sprawności, a więc ograniczeniem lub często nawet wykluczeniem z dalszego użytkowania. W pracy prześledzono także postęp w dziedzinie

metod diagnostycznych, służących rozpoznawaniu wszelkich zmian patologicznych dotyczących kości.

Informacji na temat chorób kości dawnych epok, dostarczają badania kostnych materiałów wykopaliskowych. Zapoczątkowano je ponad 100 lat temu, jednak szczególnie intensywne prace w tej dziedzinie prowadzone były dopiero po II wojnie światowej. Do określania przynależności gatunkowej szczątków kostnych oraz wykrywania ewentualnych patologii wykorzystywano początkowo tylko metodę ich oględzin zewnętrznych. Później zaczęto korzystać także z badań radiologicznych wykonywanych w wielu projekcjach. W celu właściwej identyfikacji gatunkowej, szczątki kości zwierząt wykopaliskowych zestawiano z analogicznymi kośćmi zwierząt współczesnych. Te ostatnie były podstawą do porównywania obecnie występujących zmian patologicznych uwidocznionych na zdjęciach radiologicznych, ze zmianami obserwowanymi w kościach wykopaliskowych. Spośród badaczy, którzy zajmowali się szkieletem zwierząt dawnych epok, jedynie nieliczna grupa szczególną uwagę poświęcała tym fragmentom, które wykazywały odstępstwa od normy (1, 2, 11, 12, 16, 19). Autorzy ci byli zgodni, co do tego, że większość patologicznie zmienionych szczątków kostnych koni dotyczy właśnie kończyn. Warto zaznaczyć, że badania te dostarczają wiedzy nie tylko na temat chorób kości występujących w dawnych wiekach, lecz także informują nas o warunkach bytowania tych zwierząt oraz o relacjach między człowiekiem i zwierzęciem.

Materiał pochodzący z wykopalisk obejmujących okres lateński w epoce żelaza (od ok. 400 roku p.n.e. do ok. I wieku p.n.e.) świadczy o stosunkowo częstym występowaniu u koni zmian patologicznych kośćca kończyn. Stwierdzano między innymi szpat określane także jako włogacizna (*arthropathia deformans et ankylopoetica tarsi*) obserwowaną w kościach stępu oraz obrączkę (*arthropathia deformans et ankylopoetica phalanges*) obejmującą człony palcowe (2). Należy sądzić, że zmiany te wynikały ze zbyt dużego przeciążenia zwierząt. Wiadomo, że począwszy od późnych okresów epoki brązu, przez epokę żelaza aż do czasów Chrystusa, koń był używany głównie do jazdy wierzchem, nie zaś jako siła pociągowa, którą w owych czasach najczęściej były woły (16). Wydaje się zatem, że dla żyjących wówczas koni, których populacja według klasyfikacji Kobrynia (1984) reprezentowała wyłącznie typ niski (wysokość w kłębie poniżej 131 cm) masa ubranych w ciężkie zbroje jeźdźców była zbyt dużym obciążeniem.

Większość prac badawczych na temat zmian patologicznych kośćca konia dotyczy materiałów wykopaliskowych pochodzących z wczesnych okresów epoki żelaza (od ok. 700 r. p.n.e. do 1200 r. n.e.) oraz z okresu średniowiecza (V – XIII w. n.e.). Wśród stwierdzonych zmian patologicznych kości koni przeważały złamania (*fracturae ossium*). Dotyczyły one różnych części szkieletu, lecz ponad połowa - kości kończyn (16). Najczęściej, jak się wydaje, powodem złamań były urazy mechaniczne. Do powstawania tych złamań mogły się także przyczynić zmienione właściwości morfo-fizyczne tkanki

kostnej, występujące w udomowieniu, które w przypadku konia odbywało się bardzo późno, bo dopiero w epoce brązu (15). Wpłynęło ono przede wszystkim na zmianę sposobu żywienia i użytkowania w porównaniu do dzikich przodków. Kości ssaków udomowionych, w tym również konia, mają mniejszy ciężar właściwy, mniejszą ilość istoty zbitej oraz większą jamę szpikową. Odznaczają się także zmienioną budową mikroskopową i zmniejszonym wskaźnikiem powierzchni osteonu (18, 20, 21). Jednak w wielu przypadkach do uszkodzeń i złamań dochodziło także w wyniku toczących się w tkance kostnej procesów chorobowych, takich jak np. reumatyzm, promienica czy niedobór soli mineralnych. W kościach kończyn, szczególnie odcinków autopodialnych często obserwowano nakostniaki (*exostoses*), zapalenie okostnej (*periostitis*) oraz zapalenie szpiku (*osteomyelitis*). Stwierdzano również przypadki chorób stawów, o charakterze zmian zwyrodnieniowych, pod postacią zniekształcenia stawów (*arthropathia deformans*) lub też ich zeszczywnienia (*arthropathia ankylopoetica*). W materiałach pochodzących z epoki żelaza spotykano w dalszym ciągu włogaciznę lub szpat. Za jedną z istotniejszych przyczyn tego schorzenia, obok skłonności wrodzonych, uważa się obecnie wpływ czynników statyczno-mechanicznych. Głównym czynnikiem są ciągle powtarzające się, silne uderzenia kończyn o twarde podłoże. Jednak występowanie szpatu w okresie średniowiecza oraz wcześniej w epoce brązu, gdzie nie było mowy o wpływie tego typu czynników mechanicznych, zaprzeczaloby powyższej teorii. Ponadto wymienione zmiany patolo-

giczne, powstawały także u dzikich przodków koni. Ten fakt dowodzi, że nie można tych chorób łączyć wprost z udomowieniem, sposobem chowu oraz użytkowaniem konia (16).

Ostatnio przeprowadzone obserwacje na 850 koniach pełnej krwi angielskiej, poddanych treningowi wyścigowemu wykazały, że częstotliwość występowania chorób kości kończyn była inna niż w epoce brązu i żelaza (7). Najczęściej stwierdzano tzw. bukszyny, czyli deformacje kostne na grzbietowej powierzchni kości śródreżca III. Te miejscowe odokostnowe rozrosty kostne mają przeważnie pochodzenie zapalne. Stosunkowo często obserwowano także złamania (*fracturae*), zapalenia okostnej (*periostites*) oraz nakostniaki (*exostoses*). Natomiast takie choroby jak zapalenia wszystkich struktur kości (*panostites*), zapalenia szpiku (*osteomyelitis*) lub zapalenia istoty zbitnej (*ostites*), odnotowano tylko w kilku przypadkach. Złamania najczęściej dotyczyły kości pięcinowych oraz trzeschczek bliższych, rzadziej kości nadgarstka i śródreżca III. Tylko w pojedynczych przypadkach były nimi dotknięte kości: koronowa, kopytowa, udowa oraz miedniczna.

Jednym z najwcześniej powstałych dzieł, w którym są wzmianki o rozpoznawaniu i próbach leczenia kości koni, jest papirus weterynaryjny, który powstał w Egipcie pomiędzy 2000 a 1800 r. p.n.e (23). Jego treść, odpowiada poziomowi ówczesnej wiedzy. Nie znajdziemy w nim prób ustalenia przyczyn choroby, lecz liczne zaklęcia i gusła mające na celu jej wyleczenie (I).

Poskrom jako urządzenie służące do zapewnienia bezpieczeństwa podczas badania koni, po raz pierwszy został opisany w dziele Columelli, pochodzącym z około 60 r. p.n.e. (23). Cytowany autor omawia dość szeroko takie choroby jak kulawizny i zranienia kończyn. Proponuje także schemat ich badania poprzez oglądanie i omacywanie. Szczególną uwagę zwraca na pięć objawów tych chorób: ból, zaczerwienienie, podwyższenie temperatury, obrzęk i upośledzenie czynności. Należy w tym miejscu podkreślić, że schemat ten jest powszechnie stosowany także we współczesnych badaniach klinicznych kończyn u koni.

Informacjom dotyczącym diagnostyki i leczenia koni w okresie antyku, poświęcone jest dzieło pochodzące z 4 wieku n.e. w postaci zbioru pism, zatytułowanych „Hippiatryka”(23). Większość dzieła poświęcona jest leczeniu koni, bez dokładnego opisu metod diagnostycznych. Z tego okresu pochodzą także, uważane w zakresie medycyny weterynaryjnej za fundamentalne, dwa dzieła: „Mulomeidicna Chironis” i „Ars veterinaria sive Mulomedicina” (23). Pozycje te, dzięki dokładnym opisom występujących ówczesznie chorób, tworzą podstawy dzisiejszej diagnostyki. Szczególną uwagę zwrócono na objaśnienia przyczyn i objawów chorób narządów ruchu u koni (np. szpat i obrączka). Wynikało to przede wszystkim z faktu, że niezwykle istotną rolę medyków tych czasów było leczenie kulawizn u tego gatunku.

Upadek imperium rzymskiego, jego kultury i cywilizacji, spowodował znaczny spadek zainteresowania naukami weterynaryjny-

mi, a praktycznie wstrzymał ich rozwój na około 1 000 lat. Dalszy ich postęp obserwujemy wraz z rozwojem hodowli konia arabskiego. Dlatego też kolejne dzieła z tego zakresu związane są z tą kulturą. Powstają około XI w. n.e. i są autorstwa znanego arabskiego lekarza i filozofa – Awicenny. Specyficznie i ciekawie autor ten omawia diagnostykę kulawizn u koni: „badanie konia należy rozpocząć od dokładnej obserwacji zwierzęcia w stępie i klusie, przy czym kulawiznę kończyny przedniej poznaje się głównie po tym, iż w obu tych rodzajach ruchu, koń kiwa głową. Zwierzę będzie bało się postawić i obciążyć bolesną kończynę...”. Jeśli zaś kulawizna jest słabo widoczna, proponuje on „uderzenie kamieniem w chorą kończynę i obserwowanie czy wówczas kulawizna wyraźniej się ujawni”. Należy jednak podkreślić, że autor ten zwraca słusznie uwagę, iż diagnozowanie wszelkich urazów kończyn, w tym kości, polega na dokładnej obserwacji konia w ruchu, na różnych nawierzchniach, w różnych rodzajach chodu i przy nawracaniu zwierzęcia. Kolejnym dziełem należącym także do literatury arabskiej, należy książka Abu Bekr El-Bedra, pochodząca z XIV w. n.e., w której także opisane są metody diagnostyczne chorób kości polegające na oglądaniu konia w spoczynku i w ruchu (23).

Omacywanie i oglądanie, jako jedyne metody diagnostyczne w odniesieniu do chorób kończyn, są proponowane przez Baltazara Francisco Ramireza, autora dzieła weterynaryjnego, wydanego w Madrycie w 1629 r.: „... kończyny bada się przez oglądanie,

a następnie przez omacywanie. Lekarz bada w kierunku zgrubień, bolesności lub czy nie wykazują jakichś anomalii” (1).

W zasadniczy sposób do rozkwitu przyżyciowej diagnostyki chorób kości przyczyniło się dopiero odkrycie w 1895 r., promieni Roentgena. Pierwsze próby praktycznego wykorzystania tej metody w weterynarii miały miejsce już rok później. Osobą, która wprowadziła badanie rentgenowskie do weterynarii był Richard Eberlein, dyrektor Kliniki Chirurgicznej Królewskiej Wyższej Szkoły Weterynaryjnej w Berlinie. W swoich publikacjach opisywał dobre uwidocznienie nakostniaków zarówno na wyizolowanych kościach, jak i u żywych koni (23). W latach dwudziestych XX wieku, rentgenologia stała się w weterynarii niezbędną metodą diagnostyczną chorób kości. Dalszy jej rozwój polegał na udoskonalaniu aparatury rentgenowskiej, co pozwoliło na skrócenie czasu ekspozycji i co najważniejsze na zmniejszeniu nieostrości ruchowej zdjęć.

W XX wieku nastąpił gwałtowny rozwój zarówno bezpośrednich jak i pośrednich (możliwych do zastosowania przyżyciowego) metod, mających na celu uchwycenie zmian patologicznych dotyczących kości. Rozwój metod bezpośrednich, wymagających sporządzenia preparatów histologicznych, umożliwiał początkowo jedynie określenie struktury architektonicznej beleczek kostnych. Badanie polegało na pobieraniu wycinków tkanki kostnej i określaniu jej ilościowego oraz jakościowego układu beleczkowego. Podstawowymi parametrami ocenianymi w histomorfometrii były: całkowita objętość beleczki kostnej, powierzchnia kości beleczkowej, powierzchnia

resorpcji, powierzchnia osteoidu, średnia grubość beleczek czy średnia grubość osteoidu. Później dzięki różnym, nowym metodom barwienia preparatów, możliwe stało się uzyskanie dodatkowych informacji nie tylko o budowie kości, lecz także o jej procesach metabolicznych (3, 22).

Przez wiele lat badanie radiologiczne było w dalszym ciągu podstawową przyżyciową metodą diagnostyczną. Jednak, nawet obecnie przy coraz doskonalszej aparaturze radiologicznej, ocena struktury tkanki kostnej na radiogramach, obarczona jest wciąż dużym błędem ponieważ oparta jest o subiektywne wrażenie oceniającego lekarza. Interpretacja odbywa się głównie na zasadzie porównywania obserwowanych zmian z obrazami uznanymi za prawidłowe. Nie może więc być podstawą do uzyskania pełnych i obiektywnych informacji dotyczących struktury badanej kości. To skłoniło do szukania takich metod diagnostycznych, które wyeliminują omówione niedoskonałości. Badania pozwalające na obiektywną ocenę struktury tkanki kostnej na radiogramach rozpoczęto około 35 lat temu. W ich efekcie wprowadzono coraz doskonalsze metody oceny jakości tej struktury. Początkowo polegały one na pomiarze gęstości optycznej kolejnych punktów na radiogramie wzdłuż wyznaczonej linii, dokonywanych przy pomocy odpowiednich programów komputerowych (24). Stałe udoskonalanie dwu-, a nawet trójwymiarowych metod analizy obrazu, wraz z coraz większą szybkością obliczeniową komputerów oraz poszerzeniem ich pamięci operacyjnej, przyczyniło się do znacznego postępu w tej dziedzinie diagnostyki

i doprowadziło do opracowania programów umożliwiających ilościową ocenę struktury tkanki kostnej na radiogramie (4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 17, 25, 26). Warto podkreślić, że wśród opracowanych programów komputerowych znalazły się dwa, autorstwa badaczy polskich: „Trabecula” i „Densyt”. Pierwszy umożliwia dwuwymiarową analizę struktury kości. Natomiast drugi, pozwala ocenić zawartość minerałów w 1 cm³ tkanki kostnej (4). Wymienione metody są dziś podstawowymi w rzeczywistej i obiektywnej ocenie struktury, a więc także i zmian patologicznych szkieletu. Ich stosowanie wymaga jednak ogromnej wiedzy z zakresu makro- i mikrostruktur kości, ich fizjologii, radiologii i co jest oczywiste informatyki. Z tych też powodów metody te dopiero torują sobie drogę w powszechnej diagnostyce chorób kości (8).

Obecnie do nieinwazyjnych metod oceny jakości tkanki kostnej dołączyły nowe, takie jak: badania densytometryczne, ultrasonografia, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Dostarczają one pełnej informacji o geometrii badanego fragmentu szkieletu i mikroarchitekturze istoty gąbczastej. Od około dziesięciu lat, te ostatnie metody są wprowadzane do diagnostyki ortopedycznej koni, niestety wciąż na niewielką skalę, co związane jest głównie z trudnościami technicznymi oraz z wysokimi kosztami.

Streszczenie

Wśród chorób występujących u koni żyjących współcześnie najczęściej stwierdzane dotyczą kośćca kończyn. Przeważają wśród

nich złamania i ich skutki. Obserwowano je także u osobników żyjących w dawnych wiekach oraz u dzikich przodków tego gatunku. Na przestrzeni lat w diagnostyce chorób kości, zarówno pośmiertnej, jak i możliwej do przeprowadzenia przyżyciowego, nastąpił znaczny rozwój.

Piśmiennictwo

1. *Boessneck J.*: Angeborene Oligodontie bei vor-und fruchgeschichlichen Haustieren, sowie ein Beitrag zur Frage der Oligodontie bei Haustieren und ihren Wildverwandten. Tierarztl. Umschau, 1995, 10, 165–68.
2. *Boessneck J., Dahme E.*: Paleopatologische – anatomische Veraenderungen an vor-und fruhgeschichtlichen Haustierfunden aus Bayern. Tierarztl. Umschau, 1958, 14, 101–104.
3. *Chappard D., Legrand E., Basle M.F., Audran M.*: Measuring trabecular bone architecture by image analysis of histological sections. European Microscopy and Analysis. 1997, 11, 13-15.
4. *Czerwiński E.*: Ilościowa ocena zmian występujących pod wpływem fluoru w kości korowej gąbczastej oraz ich znaczenie diagnostyczne. Rozprawa habilitacyjna. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1994.
5. *Deas D.E., Pasquali L.A., Yuan C.H., Korman K.S.*: The relationship between probing attachment loss and computerized radiographic analysis in monitoring progression of periodontitis. J. Periodontol., 1991, 62, 135–141.
6. *Dooley R.L., Engel C., Muller M.E.*: Automated scanning and digitizing of roentgenographs for documentation and research. Clin. Orthopaedics Rel. Res., 1992, 274, 113-119.
7. *Dzierżęcka M., Wąsowski A., Kobryń H.*: Urazy kości kończyn podczas treningu wyścigowego dwuletnich koni pełnej krwi angielskiej. Medycyna Wet., 2007, 63 (5), 574–577.
8. *Dzierżęcka M., Majchrzak T., Czerwiński E., Kobryń H.*: Cyfrowa analiza radiogramów struktury istoty gąbczastej kości pęcinyowych koni pełnej krwi angielskiej i czystej krwi arabskiej. Medycyna Wet., 2007, praca w druku.
9. *Engelke K., Song S.M., Gluer C.C., Genant H.K.*: A digital model of trabecule bone. J. Bone Miner. Res., 1996, 11 (4), 480–489.
10. *Faulkner K.G., Gluer C.C., Majumdar S., Land P., Engelke K., Genant H.K.*: Non-invasive measurements of bone mass, structure and strength: current methods and experimental techniques. Am. J. Radiol., 1991, 157, 1229-1237.

11. *Gawlikowski J., Kobryń H.*: Zmiany patologiczne w wykopaliskowych szczątkach zwierzęcych wczesnośredniowiecznego Wolina (Srebrne Wzgórze). *Mat. Zachodnio – Pomorskie*, 1997, 43, 193–202.
12. *Harcourt R.A.*: The paleopathology of animal skeletal Remains. *Vet. Rec.*, 1971, 89, 267–272.
13. *Hayashi Y., Yamamoto K.*: Assessment of bone mass by imagine analysis of metacarpal bone roentgenograms: a quantitative digital image processing (DIP) metod. *Radiat. Med.*, 1990, 8, 17–178.
14. *Kobayashi M., Akiyama Y., Tomiuka T., Hara K., Nakamura T.*: Automatic determination for bone morphometry using a computer analyzer. *Nippon Seikeiheka Zasshi.*, 1995, 69 (11), 1170–1181.
15. *Kobryń H.*: Zmiany niektórych cech morfologicznych konia w świetle badań kostnych materiałów wykopaliskowych z obszaru Polski. *Rozprawy Naukowe i Monografie*, Wyd. SGGW – AR, Warszawa, 1984.
16. *Kobryń H.*: Zmiany patologiczne u koni stwierdzone w materiałach wykopaliskowych. *Życie Wet.*, 1987, 7, 218–220.
17. *Kołodziej I., Majchrzak T., Czerwiński E., Panuszka R.*: Analiza obrazu uzyskanego w systemie radiografii cyfrowej Sens – A – Ray 2000 przy wykorzystaniu programu Trabecula. Materiały zjazdowe „Acoustical and Mechanical Methods in Biomedical Engineering”, Zakopane, 1998, s. 185-188.
18. *Kossakowski A.*: Mikroskopowe zróżnicowanie przynależności gatunkowej kości (maszynopis), 1964.
19. *Lachowicz S., Wyróst P.*: Spostrzeżenia nad chorobowo zmienionymi szczątkami kostnymi zwierząt ssących i ptaków wczesnośredniowiecznego Wrocławia. *Medycyna Wet.*, 1962, 18, 326–330.
20. *Lasota-Moskalewska A.*: Microscopic structure of bones of *Bos Linnaeus* in evolution [in] ed. M. Kubasiewicz, *Archaeology, Agricultural Academy*, Szczecin, 1979.
21. *Lasota-Moskalewska A.*: Podstawy archeozoologii. Szczątki zwierząt. Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
22. *Parfitt A.M.*: Bone histomorphometry: standardization of nomenclature, symbols and units. *J. Bone Mineral Res.*, 1987, 2, 595-610.
23. *Schebitz H., Brass W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów. *PW-RiL*, Warszawa, 1983.
24. *Svanaes M.A., Larheim T.A.*: Personal computer equipment for dental digital subtraction radiography vs. Industrial computer equipment and conventional radiography. *Scand. J. Dent. Res.*, 1992, 100, 117-122.
25. *Wojnar L., Czerwiński E., Walczak J.*: Pomiar szpary stawowej na radiogramie z zastosowaniem komputerowej analizy obrazu. *Materiały XXXIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego*, Kraków, 2000, s. 197.
26. *Wojnar L., Majorek M.*: Komputerowa analiza obrazu. *Fotobit – Design*, 1994.

ASPEKTY WETERYNARYJNE W PROCESACH CZAROWNIC NA ZIEMIACH POLSKICH

Sławomir Gonkowski

Zespół Fizjologii Klinicznej, Katedra Morfologii Funkcjonalnej,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,
slawomir.gonkowski@uwm.edu.pl

W dziejach ludzkości jedną z najciemniejszych chyba kart stanowią procesy o czary. Dochodziło do nich we wszystkich krajach europejskich, a nawet w koloniach angielskich w Ameryce, a ich największe nasilenie obserwowano od XVI do XVIII wieku (3). Ślepa wiara w diabła i moce piekielne oraz strach przed nimi spowodowały prześladowania i śmierć wielu kobiet w najstraszliwszych męczarniach. Szacuje się, że procesy czarownic w samych tylko państwach niemieckich pochłonęły około miliona istnień (np. w mieście Quedlinburg w Saksonii w roku 1589 w ciągu jednego dnia spalono 133 czarownice (15)). Historycy są zgodni, że w Polsce nasilenie tego zjawiska było dużo mniejsze. Trudno ustalić liczbę ofiar wiary w czarownictwo na skutek niedbałego prowadzenia ksiąg sądowych przez dawnych urzędników, a także zaginięcia wielu materiałów źródłowych. Mimo to historycy szacują, iż na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej na mocy prawomocnych wyroków spłonęło na stosach lub zmarło na torturach nawet do 30 000 osób (1).

Nasuwa się pytanie, jaki jest związek pomiędzy losem tych nieszczęsnych ofiar zabobonu, a historią medycyny weterynaryjnej? Otóż, przeglądając dawne kroniki, zawierające opisy procesów o czary oraz opracowania historyczne, zauważyć można, iż prawie każda z domniemanych czarownic oskarżana była o sprowadzanie chorób na zwierzęta domowe. Dawne akta sądowe oraz dzieła poświęcone czarom i ich zwalczaniu mogą więc być dość ważnym źródłem w poznawaniu roli zabobonów i przesądów w historii weterynarii.

Już od najdawniejszych czasów ludzie, nie potrafiący wyjaśnić skąd biorą się choroby, wierzyli, że mogą być one powodowane przez czary. Jednakże masowe prześladowania współniczek diabła nasiliły się pod koniec średniowiecza, a zapoczątkowane zostały bullą papieża Innocentego VIII z dnia 5. grudnia 1485 roku, potępiającą czarownice i nakazującą karać je jak najsurowiej. Oto fragment tego dokumentu: „Wiele osób męskiego i żeńskiego rodzaju, zapominając o zbawieniu duszy i wierze katolickiej, wdają się z demonami... sprowadzając zniszczenie i zbrodnie przy pomocy czarów, zaklęć i innych wieszczbiarskich wykroczeń, skutkiem czego niszczeję i giną nowo narodzone dzieci i zwierzęta...” (2). Drugim, obok rzeczonyj bulli papieskiej, pismem, które odegrało doniosłą rolę w kształtowaniu się postaw wobec domniemanych czarownic i było jakby podręcznikiem dla sędziów i katów, jest „Młot na czarownice” napisany przez dwóch dominikanów Jakuba Springera i Henryka Kraemera, opublikowany w 1489 r., a przetłumaczony na język polski

przez Stanisława Żąbkowica w 1614 roku. W części pierwszej tego dzieła, opisującej jak poznać czarownicę, są dwa rozdziały odnoszące się do roli wiedźm w sprowadzaniu chorób na zwierzęta: rozdział XII: „O sposobie, którym grady i wielkie niepogody pobudzać, także piorunami z błyskawicami bić ludzi i bydło zwykli” oraz rozdział XIV: „O sposobie, którym w bydło wielką szkodę czynią”(11). Autorzy zauważają, że:”Jeśli Pan Bóg pozwala szatanowi, by tak okrutnie postępował względem ludzi, to co dopiero szatan może wyrabiać ze zwierzętami...” oraz, że „Nie ma ponadto na świecie takiej wioski, gdzie czarownice nie szkodziłyby zwierzętom” (14). Podają także sposoby w jaki sposób czarownica może zaszkodzić zwierzętom. Może się to mianowicie odbyć : „za pomocą wzroku i dotyku, jedynie samym złym wzrokiem, zakopaniem magicznych rzeczy w oborze”, czy nawet jedynie wykopaniem dołka w ziemi, ...”bo resztą zajmował się szatan”. Tym ostatnim sposobem pewna czarownica imieniem Anna miała jakoby uśmiercić 23 konie w stajni pewnego mieszczanina (14).

Podobne treści zawierają także inne, powstałe już na ziemiach polskich, publikacje na temat czarownic. Otóż w „Postępku prawa czartowskiego przeciw narodowi ludzkiemu” z 1570 roku stwierdzono, że czarownica „... aby świnie zdychały, warzy szczeciny świni z mrowiskiem.” W dziele tym wymieniono także diabła o imieniu Wilkołek, zwanego także Odmieńcem, który „... wiele przekazał pożytkom ludzkim przez baby, gdy zakręci wiatrem od morza północnym, między dobytkiem prędko się odmieni, będzie ze zdrowego chore,

także i świnię, owce. Przeto mówią: Wilkołek pokąsał owce, a no je pomorszczyzna zabiła. Także przychodzi i na gęsi, kokoszy i na inny dobytek” (13).

Wpływ czarów na zdrowie zwierząt przedstawił także Piotr Skarga - jeden z najwybitniejszych kaznodziejów w historii Polski. W „Żywotach Świętych”, wydanych w 1579 roku, opisał on mianowicie czarownika imieniem Zambro, który szepnął w ucho woła jakiegoś magiczne zaklęcie, pod wpływem którego wół ryknął i zdechł (13). Co ciekawe, wiara w czary, które powodują choroby zwierząt, była powszechna jeszcze w XVIII wieku. Ksiądz Benedykt Chmielowski w „Nowych Atenach” – pierwszej polskiej encyklopedii z 1754 roku pisze: „może czarownik bydło, stada, trzody zgubić, wybić mocą szatana...”, natomiast w rozdziale „O upierach” można przeczytać: „Przez tych to upierów nie co innego rozumieją tylko czarowników albo czarownice z diabłem narabiające, którego pomocą biorą trupy ludzi umarłych z grobu i nimi jak nadgniłymi, smrodliwymi zarażają to ludzi, to konie, to bydło, to wieprze, gęsi, kury etc.” (5). Inne dzieło, tym razem prawnicze, autorstwa Jakuba Czechowicza zatytułowane „Praktyka kryminalna...”, wydane w roku 1769, a więc zaledwie siedem lat przed wprowadzeniem zakazu torturowania i palenia czarownic, zawierało między innymi taką tezę: „za czarostwo poczytywać należy, jeżeli przy czarownicy znaleziono trucizny i czary, jeżeli widziano, że pod progiem, gdzie stajnie albo chlewy są, kopala i czary zakładała, i stąd by zaraz bydło zdychało.” Czechowicz twierdzi również, że czarownice „mogą tak ludzi, jak i bydło albo dotknięciem,

albo samym tylko wzrokiem, zabić.” oraz wyróżnia rodzaj czarów o nazwie venefica lub malefica „nad wiele inszych sobie równych najszkodliwsza, a tym bardziej ciężka i straszna, a której wiele nieskończenie złego wynika: tyle słabości, tyle różnych chorób, tyle nieszczęścia, ludzie, zarówno jak i bydło, ciężkim bólam i katuszom podlegają tak dalece, że ciężką śmierć podjąć lubo dopiero zdrowi przymuszeni bywają, jedni prędzej, drudzy zaś nie rychlej” (6).

Rolę czarów w powstawaniu chorób zwierząt doceniały nie tylko rozprawy prawne, czy teologiczne, ale także autorzy dzieł czysto weterynaryjnych i hodowlanych. Jakub Haur w „Ekonomice ziemiańskiej” pisze: „Dla złości i zazdrości niepohamowanej, dla lubieżności i rozkoszy mizernej, dla łakomstwa nienasyconego nieszczęśli ludzie i zapamiętali, którzy jeszcze za żywota spółkują się z przekłętymi czartami, dobrowolnie sobie na wieczne potępienie torując gościńiec, grzęzną mizernie na wieki w mękach piekielnych” i wymienia czary jako przyczynę niektórych chorób bydła (7). Czynniki magiczne i ich rolę w chorobach zwierząt opisuje także pierwszy polski druk weterynaryjny „Sprawa a lekarstwa końskie..” oraz Crescentyn i Dorohostayski (11).

W świetle powyższych przykładów widać wyraźnie, jak w dawnej Polsce szeroko była rozpowszechniona wiara w fakt, że u podłoża chorób zwierzęcych leżą czary. Należy wziąć pod uwagę, że przytoczone powyżej twierdzenia pochodzą od ludzi, których im współczesni uważali za „świątłych”. Można sobie tylko wyobrażać, jakie opowieści krążyły na temat czarów wśród ludzi prostych, a przecież

do takich należeli nawet orzekający o winie domniemanych współniczek szatana, będący najczęściej analfabetami, upajającymi się poczuciem władzy (9). Piszący o czasach króla Augusta III, Moszczeński mówi, że: „Sędziowie nie umiejący ani czytać, ani pisać sądzili sprawy czarodziejstwa”(10).

W zachowanych do dzisiaj kronikach sądowych trybunałów zajmujących się procesami domniemanych czarownic często poruszany jest temat czynności magicznych wywołujących choroby zwierząt domowych. Oto w roku 1699 we wsi Wierzbocice niejaką Anna Ratajka proszki z koszul trupich i parszywych żab robiła aby bydło w oborze szlachcica Jaroszewskiego padało, a Agata Korfunka szkodziła „mężowi swemu, aby do koni szczęścia nie miał, ...Kazimierzowi na dobytku i świniach szkodziła... Cielę temuż zniszczyła” (1). W 1721 roku w Nieszawie Anna Szymkowa bydło czarami psowała, a Zofia Pędziszka miała masło do szopy nieść, aby bydło pańskie zdychało (13). W 1698 roku w miejscowości Lipowa Jadwiga Kubienka i Katarzyna Chyrdula miały spowodować narodziny cielęcia z dwoma głowami i śmierć tegoż cielęcia, jak i krowy która to cielę urodziła. W 1690 roku w Opatówku pewna kobieta na torturach wyznała, że „Matuszkowi konia oczarowała ze złości, który potem zdechł” (1). Inna czarownica z tego samego okresu i tej samej miejscowości na torturach wyznała dokładniej jak sprowadziła chorobę na konia niejakiego Patyniaka: „konia poczarowałam... mydliny, gdy się koń spociał, wzięłam u siwego konia z piaskiem pomiawszy wrzuciłam w obrok,.. Również pod koniec XVII wieku, w Warcie niejaką

Marcjanna Karabinka „słoiki z liścia gruszkowego uwite i maście różne w nich pod owczarnią zakładała” w celu wywołania pomoru owiec (1), a znana tylko z imienia chłopka Anna w 1693 roku na torturach zeznała, że ”kurczęta napoiła plugastwem, które jej piekielnik dał, zaraz pozdychały”(2). W 1728 roku podejrzana o czary Stefanka z Dobrej tak konie zaczarowała, że gdy jednego z nich „ rozkazano ze dworu rozciąć dla psów, w tym koniu robaków pełno naleziono z czerwonymi głowami, jak paznokcie wielkie”. Najbardziej jednak wyrefinowana była pewna czarownica, która spowodowała taką chorobę, że „krowom mleko z ogonów i kopyt ciekło” (1).

Ze starych dokumentów wynika, że nie zawsze oskarżenie o spowodowanie czarami chorób zwierząt kończyło się stosem dla nieszczęsnych domniemanych czarownic Otóż w Łagiewnikach „roku Pańskiego 1675 było powietrze na ludzi ale bardziej na inwentarze wszelakie; samemu panu Żeleskiemu zdechło owiec pięćset, bydła, koni bardzo wiele. Zrazu nie tak karze Boskiej jako czarom przypisywać to począł jegomość pan Żeleski, kazał wszystkie kobiety ze wsiów pławić, a która pływała jako czarownice do kłody wsadzano. Już tedy miał posyłać po kata na tracenie owychże białogłów, ale jejmość sama z wrodzonej litości suplikowała jegomościa, aby się nie skwapiał na zgubę ludzi może być niewinnych, ponieważ inwentarze nie tylko u nich, ale i po inszych miejscach odchodzą” (8). Tak niestety kończyły się tylko nieliczne oskarżenia o czary. Większość nieszczęsnych domniemanych czarownic kończyło żywot na stosie.

Podsumowując, rozróżniano dwa główne sposoby wywoływania chorób zwierząt przez czarownice. Pierwszym z nich było zakopywanie tzw. „czarów” w pobliżu pomieszczeń, gdzie zwierzęta przebywały. „Czarami” mogły być tajemnicze proszki lub maści, kości ludzkie lub zwierzęce, kawałki skóry lub mięsa, wnętrzności zwierząt, oczy żabie lub kocie, genitalia psa lub koguta, piasek z cementarza. Za najbardziej skuteczny środek, mający prawie 100% skuteczność wywołania choroby tak u ludzi, jak i zwierząt, był tzw. „kobyli łeb” czyli czaszka końska (w niektórych regionach kraju była to czaszka cielęca) (1). Drugim, dość rozpowszechnionym sposobem, wywoływania chorób, było „posypanie” lub „polanie” zwierząt, a w tych przypadkach czarownice używały proszku z kości ludzkich lub zwierzęcych oraz krwi (1, 2). Niejednokrotnie w dawnych aktach prawnych spotykamy inne metody powodowania śmierci zwierząt domowych, a mianowicie podawanie zwierzętom do spożycia różnych mikstur, nie zidentyfikowane do końca „wyrzynanie stóp na pastwisku”, a nawet sprowadzanie wilków na upatrzone zwierzęta. Torturowana przez sąd Warty kobieta w 1693 roku zeznała, iż „na bydło wilków przypuściłam” (1). Czasem dla sprowadzenia choroby wystarczył dotyk lub spojrzenie, a nawet wykopanie dołka w ziemi, bo resztę miał robić szatan (14). Ponadto ludzi mających „urocze oczy” (rzucających uroki i zmartwienia) oraz mających „ciężką rękę” (szkodzących dotykiem) jakoby często spotykało się w dawnym społeczeństwie polskim (4).

Drugim powszechnym zjawiskiem mającym związek zarówno z czarami, jak i stanem zdrowotnym zwierząt gospodarskich, było odbieranie mleka krowom. W tym wypadku wystarczyło dać krowie zaczarowane ziele, polać wodą, w której zmywało się własne naczynia lub po prostu chociaż raz wydoić cudzą krowę. Inny sposób podaje sądzona za czarownictwo w Praszce w 1665 roku: „Mleczko także odejmować mię uczeły. Kazały mi przed cudzemi krowami trawkę brać, co jej nie dojadły krowy i te wyjadki przed swoje krowy kłaść” (1). W danych zeznaniach często przewija się zarzut pozbawienia mleczności krów, nawet w stosunku do członków własnej rodziny. Oto, niejaki Marcin Jurek z Dobrej w 1781 roku „żonie Jakuba brata swego zadał czarostwo, że mu od krowy jego mleko odebrała” (1). Czarownice potrafiły odbierać mleko nawet na odległość. W tym celu wbijały dłuto, nóż lub siekiere w ścianę swego domu i doły z tych przedmiotów mleko od wybranej przez siebie krowy. Miał im w tym pomagać szatan, który przynosił wymię żądanej krowy. (1, 11, 14). Przy czym najczęściej czarownice robiły to „w święta, by obrazić majestat Pana Boga” (14). Jedna z czarownic w Warcie, pod koniec XVII wieku, przyznaje w trakcie procesu, że „mleko od krów przez siekiere cedziła” (1, 2). Co więcej, ludzie zajmujący się czarną magią mieli jakoby możliwość zbierania samego tłuszczu z mleka, co objawiało się tym, że gospodynie nie mogły zbić masła ze śmietany. Taka sytuacja opisana jest w „Młocie na czarownice”, gdzie przedstawiono czarownika „który zawarł niegdyś umowę z szatanem.....wszedł do rzeki. Usiadł w niej i zaczął wypowiadać dziwne

słowa. W tym samym czasie mieszał rękoma wodę, by po chwili wyjść z rzeki z kawałkiem świeżo ubitego masła”, ale „szatan nie sprawił, że woda stała się masłem, lecz zabrawszy komuś wyrobione masło włożył je w ręce tego mężczyzny” (14). W innych przypadkach sojuszniczki diabła mogły spowodować szybkie psucie się produktów pochodzących od krowy. Oto, w mieście Słomników, niejaka Pilecka sprawiała, że „masło bywało śmierdzące i plugawe, a w serze zawsze bywały robaki, nawet i w mleku bywały robaki.... Takie masło bywało, że łojem i siemieniem śmierdziało przez trzy lata (1).

Ostatni w Polsce wielki proces czarownic odbył się w 1775 roku w Doruchowie na Ziemi Wieluńskiej. Mieszkanki tej miejscowości miały jakoby wywołać chorobę żony dziedzica Stokowskiego. Brutalne dochodzenie z zastosowaniem tortur wobec oskarżonych zakończyło się kilkunastoma wyrokami śmierci przez spalenie na stosie. Ten ponury proces wstrząsnął opinią publiczną i przyczynił się w roku 1776 do wprowadzenia uchwały sejmowej znoszącej tortury i zakazującej wymierzania kary śmierci za czary (1, 2, 13). Jednakże i później zdarzało się, że stosy z czarownicami płonęły. Oto w 1793 roku jakaś pruska sądowa komisja widziała w nadgranicznej miejscowości wbite w ziemię zwęglone pale, bo magistrat miasteczka skazał na spalenie dwie kobiety z tego tylko powodu, że miały czerwone oczy, a było ich sąsiada było chore (13), a w Reszlu na Warmii, w 1811 roku, spalono na stosie za przyzwoleniem władz królewieckich niejaką Barbarę Zdunk, która podobno parała się czarami i sprowadziła pożar na miasto (16). Wprawdzie później także zdarza-

ły się prześladowania czarownic, które różnymi czarami miały szkodzić zwierzętom domowym, ale były to już akty samosądu ciemnego tłumu. Ostatnie takie tragiczne zdarzenie na ziemiach polskich miało miejsce dnia 16 marca 1930 roku W wiosce Ustj-Maljenka na kresach wschodnich sąd chłopski skazał na spalenie na stosie osiem kobiet, które miały jakoby oczarować woła jednego z gospodarzy. Nim władza państwowa zareagowała, wyrok wykonano (12).

Dzisiejsza ocena wpływu czarów na wywoływanie chorób zwierząt jest jednoznaczna. Wiemy bowiem jakie są prawdziwe przyczyny chorób i droga ich rozprzestrzeniania oraz że żadnej magii w zjawiskach tych nie ma. Jak więc wyjaśnić związek czarownic z chorobami zwierząt, w który wierzą przez kilka stuleci? Otóż, przede wszystkim nie zrozumieniem czynników patologicznych powodujących różne schorzenia, oraz powszechną wiarą w czynniki magiczne. Twierdzono nawet, że kto nie wierzy w czary i szatana, ten nie wierzy w Boga (1). Co więcej, bardzo często spisujący zeznania domniemanej czarownicy protokolant, dodawał, że gdy rozkopano ziemię w pobliżu budynków gospodarczych, we wskazanym przez oskarżoną miejscu, znajdowano „czary” (1), a więc naprawdę je stosowano i wierzą w ich moc. Co więcej możliwe, że rzeczywiście mogły one powodować choroby, o ile były materiałem zakaźnym i znajdowały się w bezpośredniej bliskości zwierząt. Także „czary” podawane drogą pokarmową mogły być skuteczne i być przyczyną ciężkich zatruc, szczególnie gdy zawierały zioła. Otóż, Stanisław Przybyszewski we wspomnieniach z dzieciństwa (II połowa XIX wie-

ku) opowiada, że pewna wiejska dziewczyna imieniem Ulicha, która jakoby miała być czarownicą: „Uzbierała cały kosz wszelkiego rodzaju żab, ropuch i wszelkiego rodzaju padalców. Wzięła tasak do ręki i posiekała ten cały kosz żyjących ohydnych ropuch na drobne kawałki, oblała tę piekielną gnojówkę żywego jeszcze mięsa ropuch jakimś wrzątkiem, a potem wlała to świniom do koryta” (12). Co prawda nie znamy składu wrzątku, ale nie dziwi fakt, że po paru dniach świnie padły.

Podobnie sprawa wygląda z odbieraniem mleka przez sojuszniczki diabła. Należy pamiętać, że mleko jest produktem łatwo psującym się lub zmieniającym swe właściwości, czy to na skutek brudnych naczyń, czy też nieodpowiedniego żywienia (stąd być może skuteczność zadawania ziół), czy też wreszcie na skutek przewlekłych chorób, przebiegających często początkowo bez innych objawów. Ważna jest także higiena podczas dojenia, której brak powoduje stany zapalne wymienia i bezmleczność. Może stąd wziął się przesąd, że gdy czarownica wydoi krowę, to odbiera jej mleko? Żadnego naukowego uzasadnienia nie mają natomiast fantastyczne opowieści o dojeniu mleka z różnych przedmiotów wbitych w ścianę domostwa czarownicy. Być może torturowane kobiety przyznawały się do wszystkiego, co im zarzucano, aby uniknąć dalszych męczarni, być może takie zeznania mogły być wynikiem chorób umysłowych domniemyanych sojuszniczek diabła, lub powodowane były rodzajem hysterii bądź substancjami halucynogennymi spożywanymi przez wiedźmy, opowiadające także często niestworzone historie o saba-

tach na Łysej Górze i współżyciu z diabłem (1, 2, 3, 13). Tego nie dowiemy się prawdopodobnie nigdy.

Jednakże większość przypadków zadawania czarów zwierzętom, opisanych w dawnych dziełach i kronikach sądowych, dałaby się z pewnością wytłumaczyć racjonalnie. Nagłe padnięcie pozornie zdrowego zwierzęcia mogło być przyczyną choroby o przebiegu nadostrym, np. wąglika, a inne stany chorobowe wywołane mogły być innymi chorobami zakaźnymi, pasożytami wewnętrznymi, zapaleniem wymienia, zatruciami, zmianami genetycznymi. We wszystkich tych przypadkach o zadanie czarów oskarżano przypadkowe kobiety.

Na zakończenie, jako ciekawostkę, przytaczamy fragment „Młota na czarownice”, fragment, który miał być przykładem „straszliwej mocy współniczek diabła”: „Pasterze pasący bydło często widywali dziwne obrazy: zwierzę podskakiwało kilka razy ku górze, by po chwili paść na ziemię bez życia” (14), a który jest prawdopodobnie jedynie ogólnym opisem tężyczki pastwiskowej – schorzenia spowodowanego niedoborem magnezu.

Streszczenie

Artykuł przedstawia związek pomiędzy procesami czarownic w Polsce, a wiarą w możliwość wywoływania chorób zwierząt przez czynniki magiczne w oparciu o zabytki piśmiennictwa i zeznania oskarżonych o czary, pochodzące głównie z XVI, XVII i XVIII wieku.

Piśmiennictwo

1. *Baranowski B.*: O hultajach, wiedźmach i wszetecznicach. TKKŚ, Łódź, 1988, 90-161.
2. *Baranowski B., Lewandowski W.*: Nietolerancja i zabobon w Polsce w XVII i XVIII w. Książka i Wiedza, Warszawa 1987, 119-188.
3. *Baschwitz K.*: Czarownice. Wydawnictwo Cyklady, Warszawa, 1999.
4. *Bystroń J.S.*: Dzieje obyczajów w dawnej Polsce t. I, PIW, Warszawa, 1976, 276.
5. *Chmielowski B.*: Nowe Ateny, albo Akademia wszelkiej scyencyi pełna... t. 3, Lwów, 1754, 239 - 257.
6. *Czechowicz J.*: Praktyka kryminalna, to jest wzór rozważnego i porządnego spraw kryminalnych sądenia. Chełmno, 1769, s. 212-216.
7. *Haur J. K.*: Skład albo skarbiec znakomitych sekretów oekonomiey ziemiańskiej... Kraków, 1693, 449-459.
8. *Kałowski M.*: Informacja o początkach i dalszym progresie cudownego miejsca łagiewnickiego. Kalisz, 1723, 19-20.
9. *Kuchowicz Z.*: Obyczaje staropolskie. Wydawnictwo Łódzkie, Łódź, 1975, 176-190.
10. *Moszczeński A.*: Pamiętnik do historii polskiej w ostatnich latach panowania Augusta III i pierwszych Stanisława Poniatowskiego. Warszawa, 1905, 25.
11. *Perenc A.*: Historia lecznictwa zwierząt w Polsce. Wydawnictwo PAN, Wrocław, 1958, 79-83.
12. *Przybyszewski L.*: Czary i czarownice. Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 1999 (wydanie na podstawie pierwodruku z 1932), 63-71.
13. *Putek J.*: Mroki średniowiecza. PIW, Warszawa, 1985, 160-240.
14. *Springer J, Kraemer H.*: Młot na czarownice, postępek zwierzchny w czarach, także sposób uchronienia się ich i lekarstwo na nie..... Kraków, 1614, 83-160.
15. *Szafjański J.*: Crimen Eccepta w: Młot na czarownice. Wydawnictwo Fox, Wrocław, 2000, 6-24.
16. *Wrzesiński S.*: Krwawa profesja. Rzecz o katach i ich ofiarach. Wydawnictwo Libron, Kraków, 2006, 224-225.

CZARY I GUSŁA JAKO CZYNNIKI TERAPEUTYCZNE W DZIEJACH POLSKIEJ WETERYNARII

Sławomir Gonkowski

Zespół Fizjologii Klinicznej, Katedra Morfologii Funkcjonalnej,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,
slawomir.gonkowski@uwm.edu.pl

Magia, czary, gusła i inne nieracjonalne metody leczenia odgrywały znaczącą rolę w medycynie i weterynarii od zarania dziejów tych gałęzi wiedzy. Już prawdopodobnie człowiek pierwotny, nie rozumiejąc prawdziwych powodów choroby, zwracał się o pomoc do sił nadprzyrodzonych. Potwierdzenie tego znajdujemy w starożytnym piśmiennictwie weterynaryjnym. Przykładem może służyć dzieło „De agri cultura” Marka Porcjusza Katona, żyjącego w latach 234-149 p.n.e., które zawiera wiele magicznych formułek i zaklęć, mających jakoby zapobiegać i leczyć choroby zwierząt domowych (18).

O leczeniu zwierząt przez dawnych Słowian wiemy bardzo mało. Możemy się jedynie domyślać, że w weterynaryjnej praktyce wykorzystywali oni czynniki irracjonalne. Ma to odzwierciedlenie w mitologii słowiańskiej, w której występowały zarówno bóstwa opiekujące się zwierzętami, jak i takie, które powodowały ich choroby. Do pierwszej grupy należeli: bogini Kupała, sprawująca opiekę nad trzodami, Dziewonia, opiekująca się zwierzętami leśnymi, Wołos i Homiło zaj-

mujący się pasterzami i ich stadami oraz duchy zwane Domowymi lub Ubożętami (15). Natomiast choroby zwierząt powodował przede wszystkim Węsąd, co jak można przeczytać w „Postępku prawa czartowskiego” z 1570 r. „ludziom dobytek morzy” (15). Leczeniem ludzi i zwierząt zajmowali się kapłani zwani żercami, którzy oprócz racjonalnych terapii, opartych głównie o zioła, „bajali” („zamawiali” głośno chorobę) lub „wołchowali” (zaklęcia wymawiali szeptem) nad chorym stworzeniem, a także liczni wróżbici i czarownicy czyli „kudieśnicy”. Najstarsze wzmianki o weterynarii dawnych Słowian, spisane przez Greka Apsyrtusa i pochodzące z połowy IV wieku n.e., a zawarte w Hippiatryce wydanej w Konstantynopolu w wieku X, mówią, iż w przypadku zatrzymania moczu u koni okadzano zwierzę (15, 18).

Co ciekawe, chrzest Polski i rozwój nowej religii nie wpłynął znacząco na stosowanie magii w ówczesnej weterynarii. Częstokroć stosowano dawne słowiańskie formułki, a wprowadzano do nich jedynie elementy związane z chrześcijaństwem. Przykładem może być znana z ziem ruskich postać Własa – Błażeja, będąca połączeniem dawnego Wołosa i chrześcijańskiego Św. Błażeja. Włas – Błażej nazywany był wielkim strażnikiem wołów, bo jakoby chronił te zwierzęta od zarazy (10).

Pod koniec średniowiecza kościół katolicki zaczął ze wzmoczoną energią zwalczać czary i czarownictwo. Wiedźmom i magom przypisywano wszelkie nieszczęścia, w tym także nader często

oskarżano ich o wywoływanie chorób zwierząt domowych. Jednocześnie wzrastała liczba cudownych sposobów na zadane czary. W 1486 roku dwaj bogobojni dominikanie – Jakub Springer i Henryk Kraemer opublikowali „Młot na czarownice” – swoisty podręcznik dla sędziów i katów zajmujących się procesami o czary. Został on przetłumaczony na język polski przez Stanisława Ząbkowica w 1614 roku. W części drugiej tego dzieła, opisującej sposoby leczenia czarów, znajduje się rozdział zatytułowany „Leki przeciwko gradom i zauroczonym zwierzętom”. Autorzy opisują w nim dokładnie, jakie czynności należy wykonać, aby ochronić zwierzęta przed chorobami będącymi jakoby skutkiem czarów. Co ciekawe, sposoby te podzielono na właściwe i niewłaściwe. Niewłaściwymi są zaklęcia, „przeciwczary” i zamawiania chorób: „Te metody to nic innego, jak niedozwolone słowa i zabobonne czyny...”, a nawet „niewłaściwe” używanie wody święconej: „Jeśli chodzi o zabobonne metody postępowania, to np. takie, kiedy człowiek zamiast oczarowane bydło pokropić wodą święconą – poi je nią.” Opisano także następujący sposób ochrony zdrowia bydła: „... pierwszego dnia miesiąca maja kobiety przed wschodem słońca chodzą do lasu. Zbierają tam wierzbowe gałęzie, które przynoszą do domów. Plotą z nich wieńce i wieszają je na drzwiach obory lub stajni”. Sposób ten autorzy „Młota na czarownice” potępili, bo nie był wykonywany w imię Jezusa Chrystusa, a tylko słowa „sakramentalne lub modlitewne” mają moc. I tak, aby przywrócić zdrowie zauroczonej krowie, autorzy zalecają co następuje: „w pierwszej kolejności musimy ją przeżegnać znakiem Krzyża

Świętego, a następnie około 30 razy zmówić Pozdrowienie Anielskie.” Innym skutecznym środkiem miało być nawiezenie pod próg obory ziemi pokropionej wodą święconą. Gospodynie miały unikać pomocy w pracach gospodarskich oferowanej przez przygodnych ludzi, a aby zapewnić zdrowie bydłu miały w każdą sobotę oddawać jałmużnę biednym w postaci całodziennego udoju mleka, uważając jednocześnie, aby mleko nie dostało się w ręce „podejrzanych w czarach” (17).

Podobne sposoby zwalczania chorób zwierząt zawarte są w dziełach powstałych na ziemiach polskich. Co ciekawe, nie ograniczają się one do literatury kościelnej, ale występują nader często w dziełach typowo weterynaryjnych i hodowlanych.

Oto w pierwszym polskim druku weterynaryjnym „Sprawa a lekarstwa końskie...”, pochodzącym z 1532 roku, anonimowy autor podaje kilka magicznych sposobów leczenia. Na „krczycę,” zwaną także trądem końskim, czyli zmiany spowodowane najprawdopodobniej postacią skórną nosacizny, poleca co następuje: „mow tak/ w tym koniu są siedm krczyc od siedmiu/szczescz od szesci/ pięcz od pięci/ cztyrzy od cztyrzeech/ trzi od trzech/ dwie odedwu/ ieden od iedney potym nicz w ymię oycza y sina y ducha świętego/ po trzi kroc po ranu” (2). Inną metodą na krczycę jest wg autora uwiązanie na szyi konia żywej żaby. Koń miałby wyzdrowieć gdy żaba zdechnie (2).

W rozdziale „Na zasłapanie koni” (prawdopodobnie chodzi tu o zarat) znajduje się następująca porada: „złóż palcze u rąk na krzyż położ na ranę... przyklęknąwszy. Bok pana naszego Jesu Christa

włóczęnią przebodzion racz uzdrowisz ranę twoię/ w imię oycza y syna y ducha świętego/ a mow tę modlitwę wciąż wstawiając y kłękając/ a potem mow pięcz pacierzi/ dla czci piędzi ran bożych a będzie z bożej łaski zdrow”, a w rozdziale „Na zabicie żył” autor poleca: „wezmi czarną kokosz, a rozedrze ją żywo a prziloż koniowi” (2).

Innym dziełem o tematyce weterynaryjnej, które zawiera opis pewnych magicznych środków, mających jakoby zapewnić zdrowie i mleczność w przypadku zadania czarów bydłu jest „Oekonomika ziemiańska” autorstwa Jana Jakuba Haura. Należy zaznaczyć, że dzieło to, wydane po raz pierwszy w 1675 roku, miało potem liczne wznowienia i było niezwykle popularne. Możemy przypuszczać, że podane tam sposoby były powszechnie stosowane co najmniej do końca XVIII wieku. Haur twierdzi, że wysoką mleczność krów można utrzymać poprzez dodawanie ziół do karmy podczas dojenia, cedzenia przez nie mleka, wkładania ich do naczyń z mlekiem lub wtykanie do specjalnie wywierconych otworów w rogach. Takim ziołami miały być lubczyk, trybul, orlik, biedrzynek i majeran polny. Co więcej, autor w wypadku braku skuteczności powyższych metod, poleca zwrócenie się o pomoc do księdza (15).

Kolejne przykłady zastosowania czarów w terapii zwierząt znajdujemy w dziele Jana Ostroroga „O myślistwie z ogary” z 1618 roku. Ta pionierska skądinąd praca (druga w Europie poświęcona w całości zagadnieniom kynologii) zawiera takie oto kuracje z pogranicza magii - na ślinogorz (czyli zapalenie gardła) zaleca „złotowierzbową wit-

kę, którą ... na szyję kładą”, a „psu co robaki ma, uwiązać żabę na szyje, żeby na nim wisiła” (14).

Często czynniki irracjonalne, magiczne, miały wpływ na inne czynności lecznicze w dawnej weterynarii. Najlepszym chyba przykładem jest tu zabieg puszczenia krwi, bardzo rozpowszechniony w dawnych wiekach. Otóż zbieg ten, aby był skuteczny, należało wykonywać w odpowiednie dni, gdy istniał właściwy układ planet. Puszczenie krwi w innym czasie, wg ówczesnych autorów, mogło spowodować śmierć zwierzęcia. Teorie takie możemy znaleźć we wszystkich dziełach weterynaryjnych od XVI do początków XVIII wieku, nawet w „Piotra Crescentyna księgach o gospodarstwie...”, które przez historyków weterynarii uważane jest za wolne od przesądów i zaboronów (15).

Obszerny fragment opisujący zależność puszczenia krwi i podawania leków od czynników astrologicznych zawiera „Hippika to jest o koniach xięgi” Krzysztofa Dorohostajskiego, wydana w 1620 roku: „We wszystkich naszych sprawach względ trzeba mieć na czas, według którego każda rzecz sprawiona i pożyteczniejsza i udatniejsza bywa, gdyż też y to dosyć jawna wszystkim baczny, że te niskie ziemskie rzeczy bywają od niebieskich gwiazd i okręgów wyższych, dziwną sprawą boską sporządzonych, sprawowane i rządzone”. Autor dopatruje się przede wszystkim wpływu księżyca na skuteczność leczenia. Podaje także dokładne dni, w których „do niejakiego leczenia, ani do puszczenia krwi przystępować nie trzeba. To jest w styczniu dzień 3, 4, 5, 9 i 13, w lutym dzień 13, 17 i 19,

w marcu 13, 15 i 16, w kwietniu 4 i 5” itd. Poza tym Dorohostajski mówi jeszcze o innych dniach zwanych „Aegyptiacos dies, a przeto, że pan Bóg plagami nawiedzał lud egipski czasu Mojżeszowego”, które także są „przeciwnie wszelkiemu zaczęciu y wszelkim sprawom”. Dzieło Dorohostajskiego nie jest też wolne od innych przesądów. Oto na chorobę zwaną kadukiem radzi: „skowronek żywy ułapiony w maiu y ususzony tak całkiem, a potem zawieszony w woreczku u szyje końskiej zabiega chorobie, póki koń nosi, że nie przypadnie”, zaś „nietoperz przywieszony suchy w woreczku płóciennym, konim mocz rozrusza”. Jest także kilka recept wyraźnie z magią i czarnoksięstwem związanych zaczynających się od słów typu: „Weźmi z głowy człowieczey czaszki popiołu łót...”, „Jaszczurkę zieloną w garncu polewanym spal...”, czy „weź głowę psią a spal onę...” Na uwagę zasługuje też kuracja opisana w rozdziale „Na chudniecie końskie”, świadcząca o tym, że na wpół magiczne praktyki weterynaryjne były popularne w całej ówczesnej Europie: „Nauczono mię tego w Niderlandziech... Weźmi laskę bżową trzeciego dnia po nowiu miesiąca, oskrob naprzód szarą z niego skórkę z góry na dół iako drzewo stało... stłuczże na miałki proch a w obroku koniowi po rano i wieczor przymieszuyway” (7).

Ślady terapii zwierząt opartych na czynnikach magicznych znajdujemy także w księgach sądowych zawierających zeznania podejrzanych o czary i torturowanych kobiet, które niejednokrotnie na mękach wyznawały sposoby odczynienia rzucanych uprzednio uroków. I tak w okolicach Warty, w 1679 roku pewna chłopka oskarżona

o uszkodzenie czarami dziedzicowi, pytana o konie, u których spowodowała chorobę, odrzekła: „będą zdrowe, tylko ich myć, nagotowawszy popiołu dębowego, mrowiska, piołunu.” Inna czarownica, w tym samym mniej więcej czasie, na odczynienie psucia się mleka „wodę pryskała na sicie”. Ostatnia ta metoda, jak zanotowano, nie przyniosła jednak rezultatu (3).

W drugiej połowie XVIII wieku obserwuje się w piśmiennictwie coraz mniejszą rolę czynników magicznych w lecznictwie zwierząt. Jeszcze Chmielowski w pierwszej polskiej encyklopedii „Nowe Ateny...” z 1754 (5) jeden rozdział poświęca obronie przeciwko czarom. Metody te zaleca przede wszystkim oczarowanym ludziom, ale niewykluczone, że stosowano je także wobec zwierząt. Także w dziełku religijnym wydanym w 1779 r. - „Metal na taxie y próbie opatrności Boskiej siłą wążący, albo moc i skutki metalu ...” możemy przeczytać o cudownym środku przeciwko chorobom zwierząt. Był to krzyż metalowy o podwójnych ramionach, na którym umieszczony był szereg liter. Przedmiot ten należało zakopać w obrębie gospodarstwa i odmawiać odpowiednie modlitwy, a wówczas był „bydłętom szcarowanym lekarstwem pewnym i doświadczonym. W robieniu nabiałów i inszych mlecznych rzeczy szczęśliwe powodzenie przez czary odjęte przywracał”, a wrzucony do studni, z której wodę zwierzęta piły, miał zapobiegać wszelkim chorobom (15). Jednakże piśmiennictwo typowo weterynaryjne tego okresu nie zawiera już prawie żadnych opisów środków magicznych w terapii zwierząt. Wyjątkiem od tej reguły były bardzo popularne wówczas ogólne poradniki gospodarskie.

W tego typu wydawnictwach, najczęściej zresztą niskiej wartości merytorycznej, w rozdziałach poświęconych leczeniu zwierząt gospodarskich, ślady stosowania magicznych środków leczniczych możemy znaleźć nawet w II połowie XIX wieku. Oto „Gospodyni litewska...” z 1882 roku jako skuteczną metodę w zapobieganiu zarazie bydła polecała: „zawieszanie czosnku na szyi bydła.” (1).

Dużo dłużej magia, czary i gusła stosowano w weterynarii ludowej. Wiele takich sposobów leczenia zanotował Oskar Kolberg (1814 - 1890). Oto w Wielkim Księstwie Poznańskim „ w czasie epidemii owczej stułą kościelną owce pocierają i święconą kredą mur owczarni wokoło rysują” (13), w okolicach Kielc „ aby pszczoły nie spadły z ula, potrzeba iść do spowiedzi, przystąpić do komunii świętej, komunikatu nie połykać, ale go wyjąć z ust, a za przybyciem do domu włożyć do ula” (11), a na Mazowszu „w dzień Św. Rocha rozpalają ogień i na drodze pod wsią przepędzają przezeń bydło po trzykroć. Po przepędzeniu biorą po węgielku do chałup.” (12). Także w innych regionach Polski stosowano podobne metody. Na Kaszubach wierzono, że najlepszym lekarstwem przeciwko cholерze drobiu jest czytanie w kurniku Ewangelii wg Św. Jana (10), na Śląsku przeciw zarazie bydła majono oborę liśćmi łopianu i okręcano rogi ziołami (16), w województwie lubelskim okurzano krowy kadzidłami „Żeby co z wiatrem nie porwały” (16), a w okolicach Radomia najskuteczniejszym lekiem miała jakoby być woda ze źródła pod wsią, gdzie mieszkał Św. Wincenty Kadłubek (10). Ciekawy dziełnastowieczny opis zamawiania wścieklizny u ludzi i zwierząt sto-

sowany w okolicach Poznania podaje Biegeleisen w „Lecznictwie ludu polskiego”: „na skibie chleba posmarowanego masłem pisze się rysikiem łupkowym wspak po górę tajemnicze wyrazy: Saba, Sada, Sassgay, Gayba. Tak podpisany chleb zjada chory, a do dni dziewięciu zdrowieje” (4).

Co ciekawe, stosowanie praktyk magicznych w weterynarii ludowej było także częste w wieku XX. W latach trzydziestych w powiecie sieradzkim zamawiano choroby bydła krążąc wokół chorego zwierzęcia, szepcząc zaklęcia i rysując kredą krzyż na jego grzbiecie (9). W latach siedemdziesiątych XX wieku brodawki u zwierząt podwiązywano czerwoną nicią i zakopywano tam gdzie spływała deszczowa woda. Gdy brodawka zgniła, pozostałe na zwierzęciu brodawki odpadały (9). W okolicach Bełchatowa w latach 1970-73 obserwowano leczenie mięśniochwatu przy pomocy pocierania grzbietu konia Inianą koszulą i kadzenie ziołami przy zapaleniu wymienia (8), a w latach 80-tych przed wszelkimi chorobami miało chronić pokropienie bydła przed pierwszym wiosennym wyprowadzeniem na pastwisko (6).

Podsumowując, należy przede wszystkim podkreślić wielką rolę czarów i guseł w historii weterynarii. Były one niejednokrotnie jedyną terapią jaką człowiek, nierozumiejący istoty choroby, mógł zapewnić swym zwierzętom. Co więcej czynności takie mogły odnieść pewien skutek, o ile magicznym formułkom towarzyszyło podanie „czarodziejskich” substancji, szczególnie, gdy były to leki sporządzone na bazie ziół. Należy zaznaczyć również, że opisane w niniejszym

artykule metody leczenia nie zniknęły zupełnie. Spotyka się je nie tylko w odległych państwach afrykańskich, gdzie istnieją silne tradycje szamańskie, ale także i w Polsce, gdzie w pewnych środowiskach ludzie zawiązują noworodkom, czy młodym zwierzętom czerwone tasiemki „przed urokiem” i nie pozwalają głośno się nimi zachwycać. Poza tym tradycjami wyrosłymi z irracjonalnych metod terapeutycznych są prawdopodobnie msze dla zwierząt w dzień Św. Franciszka, niektóre sposoby tzw. „medycyny niekonwencjonalnej”, a nawet powszechny przecież lęk przed chwaleniem czegoś głośno i tzw. „zapieszeniem”. Dlatego warto pamiętać o roli, jaką czary i gusła odegrały w dziejach medycyny i weterynarii, oraz o tym, że nawet w XXI wieku, w erze lotów kosmicznych i komputerów, czasem im ulegamy i wierzymy w ich skuteczność.

Streszczenie

Artykuł przedstawia rolę czarów, guseł i „zamawianie” chorób w historii polskiej weterynarii, od czasów słowiańskich do dnia dzisiejszego, na podstawie zabytków piśmiennictwa weterynaryjnego i zbiorów etnograficznych dotyczących weterynarii ludowej.

Piśmiennictwo

1. *Anon.*: Gospodyni litewska czyli nauka utrzymywania porządku domu i zaopatrzenia go we wszystkie przyprawy, zapasy kuchenne, apteczkowe i gospodarskie, tudzież hodowania i utrzymania bydła, ptastwa i innych żywołów, według sposobów wyprobowańszych i najdoświadczeńszych, a razem najtańszych i najprostszyc. Nakładem i drukiem Józefa Zawadzkiego, Wilno, 1882, s. 51.
2. *Anon.*: Sprawa a lekarstwa końskie przez Conrada, królewskiego kowala doświadczone, nowo z pilnością przełożone, a najpierw o poznaniu dobrego konia. Kraków, 1905.

3. *Baranowski B., Lewandowski W.*: Nietolerancja i zabobon w Polsce w XVII i XVIII w. Książka i Wiedza, Warszawa, 1987, s.157-167.
4. *Biegeleisen H.*: Lecznictwo ludu polskiego. Kraków, 1929, s. 112.
5. *Chmielowski B.*: Nowe Ateny, albo Akademia wszelkiej scyencyi pełna... t. III, Lwów 1754.
6. *Cichocka-Rudzka A.*: Dawne sposoby leczenia bydła. *Medycyna Wet.* 1977, (6), 372-373.
7. *Dorohostayski K.*: Hippika to jest o koniach xięgi. Kraków, 1620.
8. *Foerster E.*, 1976: Zapiski o weterynarii ludowej. *Medycyna Wet.*, (7), 442-443
9. *Janiszewski J.*: Z zagadnień weterynarii ludowej. *Medycyna Wet.* 1976, (3), 181-183.
10. *Jank S.*: Aspekt religijny w dawnym lecznictwie ludowym zwierząt. *Medycyna Wet.* 1986, 11-12, 693-695.
11. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie – Kieleckie. T. 19. cz. 2. Kraków, 1963, s. 214. T. 19. cz. 2. Kraków, 1963, s. 214.
12. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie – Mazowsze. T. 24. Kraków, 1964, s. 138.
13. *Kolberg O.*: Dzieła wszystkie – Wielkie Księstwo Poznańskie. T. 12. Kraków, 1882, s. 163.
14. *Ostroróg J.*: Myślistwo z ogary w: O myślistwie koniach i psach łowczych książek pięcioro z lat 1584-1690. Kraków, 1914, s. 35-98.
15. *Perenc A.*: Historia lecznictwa zwierząt w Polsce. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław, 1958, s. 15-83.
16. *Skrzypek W.*, 1994: Od magii i wierzeń w zapobieganiu chorobom zaraźliwym do racjonalnej immunoprofilaktyki zwierzęcej. *Medycyna Wet.*, 4, 186-188.
17. *Springer J, Kraemer H.*: Młot na czarownice, postępek zwierzchny w czarach, także sposób uchronienia się ich i lekarstwo na nie.....” Wydawnictwo FOX, Wrocław, 2000 (reprint wydania z 1614 r.), 154-158.
18. *Tarczyński S.* (red): Zarys historii polskiej weterynarii z podstawami deontologii. PWN, Warszawa, 1990, s. 39-44.

ZARYS HISTORII LECZNICTWA PSÓW W POLSCE OD CZASÓW NAJDAWNIEJSZYCH DO KOŃCA XIX WIEKU W ŚWIETLE WYBRANYCH ZABYTEKÓW PIŚMIENNICTWA WETERYNARYJNEGO

Sławomir Gonkowski

Zespół Fizjologii Klinicznej,
Katedra Morfologii Funkcjonalnej,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, UWM w Olsztynie,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,
slawomir.gonkowski@uwm.edu.pl

Powszechnie wiadomo, że pies towarzyszy człowiekowi od tysięcy lat, ale, co ciekawe, nie wiemy kiedy dokładnie człowiek po raz pierwszy z psem się zetknął. W najstarszych zabytkach pisanych zastajemy sytuację, w której pies jest już udomowiony. Wykopaliska wskazują, że psy towarzyszyły już ludziom epoki kamiennej, około 15 tysięcy lat temu (10). W Polsce najstarsza czaszka psa, znaleziona przez archeologów w okolicach Sandomierza, pochodzi z czwartego tysiąclecia przed naszą erą (10). Badania wykazały, że pies ten należał do dużej rasy i był w wieku około 10 lat, co świadczyłoby o tym, że był chowany przez ludzi, bo w stanie dzikim psy i wilki nie dożywają tego wieku. Liczne młodsze wykopaliska na ziemiach polskich potwierdzają obecność psa w życiu codziennym naszych przodków (3, 10).

Zastanawia fakt, iż mimo udokumentowanej ważnej pozycji psów u boku człowieka, mało jest zabytków piśmiennictwa dotyczących ich leczenia i pielęgnowania. Co prawda w wielu dawnych dziełach są wiadomości o chowie psów, ale gatunek ten najczęściej traktowany jest marginalnie. W starożytności ubocznie o psach pisali Ksenofont, Columella i Warro, w średniowieczu Crescentyn, a na początku wieków nowożytnych Colerus w Niemczech i Fra Castro we Włoszech. Pierwsza publikacja dotycząca w całości zagadnień związanych z psami gończymi pochodzi z 1561 r. Wówczas to Jacques du Fouilloux wydał we Francji dziełko zatytułowane *La Venerie* (8).

Podobnie sytuacja wyglądała na ziemiach polskich. Niewiele wiemy o lecznictwie psów w czasach prastłowiańskich (podobnie zresztą, jak i o całej medycynie weterynaryjnej tego okresu). Możemy się jedynie domyślać, iż metody stosowane u psów nie odbiegały znacznie od tych, które stosowano u innych gatunków. Jedyne przekazy z zakresu lecznictwa zwierząt u dawnych Słowian zawdzięczamy Grekowi Apsyrtusowi, który brał udział w wojnach prowadzonych nad Dunajem przez Konstantyna Wielkiego w latach 332-334 n.e. i dzięki temu poznał dobrze dawnych Słowian. Apsyrtus wspomina o stosowaniu przez Słowian okadzania i substancji pochodzenia zwierzęcego, a mianowicie bobrowego gonu (tj. wydzielin gruczołów związanych z układem płciowym) (8). Należy jednakże pamiętać, że opisy te dotyczą koni, które były zwierzętami najbardziej cenionymi. Czy podobne kuracje stosowano u psów, pozostanie to praw-

dopodobnie na zawsze tajemnicą dawnych Słowian. Poza tym można przypuszczać, iż w lecznictwie psów stosowano różne substancje ziołowe oraz, że być może, odgrywały także pewną rolę metody niekonwencjonalne oparte na magii i czarach (8).

Również niewiele posiadamy informacji dotyczących leczenia zwierząt na ziemiach polskich w okresie średniowiecza. Wiadomo, że na początku XIII wieku na dworach książęcych, a potem królewskich pojawiło się stanowisko psiarczyka, który opiekował się psami myśliwskimi, dbał o nie, szkolił, a najprawdopodobniej także leczył (8). Piotr Crescentyn, żyjący w latach 1230-1307, w swym dziele „Ruralium libri absque initio et fine” poświęca jeden rozdział psom, ale nie podaje w nim żadnych terapii charakterystycznych dla tego gatunku zwierząt. Należy zaznaczyć, iż dzieło Crescentyna było w Polsce dość popularne. Biblioteka Jagiellońska posiada papierowy rękopis tej pozycji pochodzący z początku XV wieku (8). Co więcej dzieło to zostało spolszczone i wydane po raz pierwszy w Krakowie w 1549 roku pod tytułem „Księgi o gospodarstwie y opatrzaniu rozmnożenia rozlicznych pożytków każdemu stanowi potrzebne” (2). Rozdział poświęcony psom nosi tytuł „Jako psy chować i ćwiczyć i obierać, o ich pożytkach”, obejmuje jedynie dwie strony dzieła i zawiera opis cech dobrego psa oraz ogólne wiadomości dotyczące wychowu szczeniąt. Dla porównania rozdział dotyczący leczenia koni zajmuje stron siedemnaście i zawiera opis kilkunastu chorób z dokładnym sposobem ich leczenia. Nie można wykluczyć, iż cenne myśliwskie psy leczono podobnie jak konie. Szczególnie dotyczy to

schorzeń występujących u wszystkich gatunków zwierząt, takich jak np. choroby oczu („gdy oczy dla bolenia będą ciecz tedy uczynić plastryk na chustce długiey i szerokiey na cztery palec... z białkiem iaciecznym na czoło mu przyłożyć, tak, żeby pod skroniami mógł być przywiązany” (2) lub uszkodzenia mechaniczne skóry („na guzy i wszytkie insze urazy z obtłoczenia... posmarować prochem; wapna niegaszonego z miodem zmieszawszy, potem spalić, na proch utłucz”(2).

W XVI w. pojawiają się pierwsze polskie druki weterynaryjne, jednakże próżno szukać w nich opisów chorób i leczenia psów. Sytuacja zmienia się diametralnie na początku XVII wieku. Oto Szymon Syreński w swym dziele „Zielniku” z 1613 roku opisuje rośliny pomagające na niektóre choroby psów (14). Otóż boże drzewko „chrobactwo z psów wywodzi, warząc to ziele z piłowanym jelenim rogiem y z hałunem w wodzie, a precedziwszy łać im ta polewka w gardło”, „psiey parszywości ratunkiem: wziąwszy galbanu, storaru, jeleniego szpiku, oliwy, wosku, miodu y saletry po rowney części każdego, wosk, szpik jeleni, miód y oliwa nad ogniem rozpuścić, potym galban w occie rozpuszczony przydać y mocno a pilno mieszać aż się zjednoczy wszystko wespół, dopieroż storar i saletre miałko utarte do tego wsypać y maść rzadką do mazania y nacierania psow parszywych uczynić.”, a gdy „psa gdzieby pszczoły albo ossy, albo trzmiele, albo szerszenie pokąsały, żeby spuchnął, popiół z ruty upaloney z wodą zaczyniony, żeby była jakoby maść, tym go mazać, zaraz puchlina stęchnie y pies ozdrowieye”. Powyższe cytaty są najpraw-

dopodobniej najstarszymi polskojęzycznymi opisami terapii dotyczących bezpośrednio psów.

W pięć lat po „Zielniku” Syreniusza, w roku 1618 ujrzało światło dzienne dzieło poświęcone w całości zagadnieniom hodowli i leczenia psów. Mowa tu o „Myślistwie z ogary” Jana Ostroroga (7). Należy zaznaczyć, iż dzieło to jest drugą w Europie, po wspomnianej na wstępie francuskiej, pozycją w całości poświęconą kynologii (8). Choroby psów wymienione przez Ostroroga można podzielić na choroby wewnętrzne (ślinogorz czyli zapalenie gardła, stracenie głosu mogące odpowiadać także stanom zapalnym gardła lub anginie oraz „zapieczenie” czyli trudności w oddawaniu kału), choroby zakaźne i zaraźliwe (wścieklizna, parchy czyli najprawdopodobniej świerzby, weszka czyli innego rodzaju choroby skóry lub być może nosówka) oraz urazy mechaniczne (rany, oparzenia, wytecz czyli zwichnięcia, „złe nogi” czyli niedowłady). Ze środków leczniczych na pierwszy plan wysuwają się substancje pochodzenia roślinnego, z których Ostroróg poleca olejek sosnowy i jałowcowy, olej lniany i konopny, siemię lniane, popiół z grochowin, „latorośle” (pędy) lipowe i dębowe, gałązki wiśni, piwonię, różę polną, ciemierzycę, ziele mrzygłód i drzewo cisowe. Równie wartościowe, wg autora, są substancje pochodzenia zwierzęcego takie, jak śmietana, mleko, jaja, masło, sadło wieprzowe w zależności od choroby: świeże lub stare, solone lub nie, pajęczyny, żółć bydłęca, „kukrachty z okoniów”, które w wypadku parchu „kwaszą, ... a kiedy ugniją, tedy tym psa smarują”, a nawet żywe świerszcze (w wypadku wścieklizny „dać mu świercza ży-

wego, albo dwa w słoninie”), glisty i pszczoły („Kiedy pies parchu nie ma a sierść ma złą, że porastać nie chce zgoła: RP glist pełną bańkę, Super infunde oliwy starej ad plenitudinem. Miej to w lecie na gorącym słońcu, potem weźmi jarych pszczoł, rozetrzy”), a nawet żaby. Z innych medykamentów zalecanych przez Ostroroga należy wymienić substancje mineralne takie jak siarka, piłowany ołów, wapno, proch strzelniczy, a także ogólnodostępne w gospodarstwie domowym: miód, wino, gorzałkę, sól, mydło. Z zabiegów chirurgicznych Ostroróg wymienia puszczanie krwi („lekarstwa wściekającemu się psu...krew mu puścić a to grunt”), przyżeganie rozpalonym żelazem („przepalić też żelazem gorącym między oczyma dobrze”) i zawłoki, to jest oddzielanie skóry od mięśni i wkładanie pod skórę różnych przedmiotów, najczęściej sznurka, który to sposób był stosowany w weterynarii do końca XIX wieku.

Niektóre środki lecznicze są dość racjonalne nawet z naszego punktu widzenia (maści z dodatkiem siarki na parchy), inne powodują „gęsią skórę” u współczesnego lekarza weterynarii (na niedowładny nóg „skórę co nacieńej wzdłuż rozerznawszy, oddarł szpadlem, albo drewnikiem gładkim po obie stronie skórę od mięsa i natkaj tam słoniny wymoczoney... a wsyp w nią szkła tłuczonego”), jeszcze inne mają podłoże magiczne („pewna też psu, co robaki ma, uwiązać żabę u szyje, żeby na nim wisiała, tedy wypadną”). Jako ciekawostkę należy dodać, że Ostroroga uważa się za prekursora szczepień ochronnych psów przeciwko wścieklicznie, ponieważ w przypadku

pokaśania ogara przez wściekle zwierzę radzi „a moželi być, sercem i wątroba z tego psa wściekłego, zaszczwawszy go, nakarmić.”

Dziełem Ostroroga posługiwano się przy chowie i leczeniu psów aż do początków XIX wieku. O dużej popularności tej książki może świadczyć fakt, iż jeszcze w 1797 roku w Łowiczu światło dzienne ujrzało aż trzy jej wydania (8).

W XVIII wieku tematykę leczenia psów podjął Krzysztof Kluk w swym czterotomowym dziele „Zwierząt domowych i dzikich, osobliwie kra-iowych historii naturalnej początki i gospodarstwo”, wydanym po raz pierwszy w Warszawie w 1779 r. (5). W tomie I „O zwierzętach ssą-cych” autor opisuje wściekliwość psów, której nie poleca leczyć („Psy osobliwą mają chorobę, że czasem szaleją: na co nie masz innego sposobu, iako zapobiegając nieszczęściu pokaśania ludzi... wczę-śnie, gdy się pokaże, w łeb wypalić”). Należy zaznaczyć, iż jest to postawa bardzo racjonalna w porównaniu z innymi sposobami le-czenia wścieklicznych popularnymi w II połowie XVII wieku, w których stosowano maść rtęciową, piołun, ocet, kamforę (1), a za najlepszy specyfik uważano miksturę z „robaków majowych” sporządzoną we-dług następującego przepisu zaczerpniętego z druku wydanego w Poznaniu w 1798 roku (15): majowe robaki „ale nie chrząszcze” jeden czarne a drugie żółtawe zbierać delikatnie patyczkiem i kłaść do naczynia, następnie obcinać głowę nad szklanką, w której jest miód. Korpus należy wyrzucić, a łebki w miodzie (w ilości 200 sztuk czarnych, a 175 żółtych na berlińską kwartę miodu) odstawić w chłodne miejsce. Przed użyciem do preparatu należało dodać pi-

łowanego ołowiu, driakwi lub powideł z bzu i hebanowego drzewa. Kluk także nie ustrzegł się tradycyjnych błędów ponieważ jako środek zapobiegający wściekliznie proponuje „potrzeba póki młode są wyrząć im, i wyciągnąć z pod języka... ową białą grubą żyłę, która okrągłemu płaskiemu robakowi podobna iest.” Na jego usprawiedliwienie wypada dodać, iż jeszcze w 1886 roku jako środek zapobiegawczy stosowano proszek z kantaryd, a niejaki dr Karczewski w „Russkoj Medycynie” stwierdzał z całą stanowczością, iż „na tej czysto terapeutycznej drodze prędzej nam się uda wyleczyć wściekliznę, aniżeli za pomocą tzw. ochronnego szczepienia stosowanego przez Pasteura, które więcej szkody przynosi nauce i ludzkości niż pożytku” (4), a w roku 1911 jako skuteczny środek zapobiegawczy stosowano kastrację, bo „rzezańce psie nie gryzą i nie są napastowane przez inne psy” (1).

Poza wścieklizną Kluk wymienia także inne dolegliwości psów. Są to brak apetytu (poleca ciepłe kozie mleko), oczy płynące czyli zapalenie spojówek (przemywanie ciepłą wodą), rany („...najlepsze są liście kapusty czerwonej, sok oraz z niej wygnieciony wypuszcza się w ranę. Jeżeli się w ranie robaki załęgły, często się wymywają moczem ludzkim”), zatrzymanie kału („lulka biała gliniana, należycie już z tytuniem okopconą drobno się potłucze i tego proszku da się trochę w przyprażonym maśle,”), robaki wewnętrzne (boże drzewko z jelenim rogiem) i pchły (ruta, rozmaryn, macierzanka, dzika rzezuca i sól). Osobno opisano najczęstsze schorzenia psów myśliwskich i postępowanie w takich przypadkach. I tak psy „aby wiatr

w nozdrzach miały – natrzeć nos starym zgniłym serem”, „gdy się podgrodzą – omyją się im stopy wodą, w którejby się tytuń gotował”, a gdy „na nogi osłabiają – obmazywać winem”. Bardzo interesujący jest opis leczenia ran otwartych brzucha: „gdy będzie skaleczony, że aż wnętrzności wynidą, byleby kiszki nie były przecięte, czym prędzej ciepłe wnętrzności nazad się wsuną, na ranę przyłoży się plastr ukroiony z niesoloney słoniny, i skóra na wierzchu się zszyje, w wielu miejscach zawiązując.”

W XIX-wiecznych dziełach weterynaryjnych coraz częściej pojawiają się rozdziały dotyczące leczenia psów. Tak jest w jednym najbardziej poczytnych dzieł tamtego okresu, a mianowicie w „Nowym lekarzu...” pruskiego lekarza weterynarii Jana Rohlwesa (1755-1823) wydanym po raz pierwszy w 1802 roku. Do roku 1842 książkę tę wydawano szesnaście razy. Była także bardzo popularna na ziemiach polskich. W latach 1821-1879 doczekała się czternastu wydań w języku polskim (8). W dziale XIV tego dzieła, zatytułowanym „O chowaniu psa domowego” (11), Rohwles zaznacza, że „pies... jest bardzo użyteczne zwierzę, co zaprzeczeniu nie podpada i ... gospodarz o daniu mu w chorobie pomocy, starać się winien”. Autor wymienia następujące choroby psów:

- parchy, na które poleca pigułki na przeczyszczenie z aloesu, kalomelu i mydła, maść z koperwasu miedzi, olejku terpentynowego i mydła szarego oraz wykonanie zawłoki,

- „choroby oczów”, przy których psu trzeba „co dzień dwa razy wdmuchiwać w oko miałko utartego cukru” i smarować powieki „maścią blejwasową”,
- rany, przy których krwotok zatrzymywany był przez „przyłożenie na otworze przerwanej żyły, purchawki, która przytwierdza się ścięgami zrobionymi w wargach rany”.
- złamania, przy których Rohwles poleca zakładanie łupków drewnianych na 4 tygodnie oraz „gdy się noga już obandażuje, potrzeba do kwarty wódki wmieszać łut miałko utartej kamfory, i tą nieustannie, zranioną nogę poza bandaż zwilżać”,
- choroby pyska i uszu, które leczono miodem, octem, kataplazmami z siemienia lnianego,
- anginę, przy której „należy najprzód puścić krwi z żyły szyjowej w stosunku wielkości psa od 2 do 6 uncji... Potem potrzeba 2 łuty czystej saletry miałko sproszkowanej umieszczać z 6 łutami miodu i tej mieszaniny co 3 godziny dawać psu na język”,
- naderwanie i sparaliżowanie nogi, leczone kamforą, gumą amoniakalną, i zawłokami,
- kaszel, leczony „złotą siarką”, „salmiakiem”, miodem, lukrecją i anyżem.

Rohwles opisuje także wściekliznę i nosaciznę psów (dzisiejszą nosówkę). Przy czym podejście jego do tych dwóch chorób jest bardzo racjonalne. Kategorycznie zabrania leczyć wścieklizny, a o nosówce pisze „lubo wiele podawanych jest na tę chorobę lekarstw, atoli nie masz między niemi ani jednego, któreby przynajmniej w większej

liczbie przypadków skutecznie pomódz zdołało” i poleca trzymanie chorego psa w dobrych warunkach, lekkostrawną karmę i przemycanie oczu i nosa.

Z innych XIX-wiecznych dzieł weterynaryjnych mówiących o chorobach psów warto wspomnieć o „Zoonomii” A. Piątkowskiego, wydanej w Krakowie w 1809 roku (9). Po raz pierwszy w literaturze polskiej opisano tu występujące u psów: nosówkę, „angielską chorobę” (krzywicę), epilepsję, tężec, puchlinę wodną, zatrzymanie i nadmierne wydalanie moczu, a także liczne choroby chirurgiczne (polipy, nowotwory, brodawki).. Kilkadziesiąt lekarstw stosowanych u zwierząt opisał Piątkowski w oddzielnym rozdziale i podzielił w sposób nowoczesny (jak na owe czasy) na środki wewnętrzne (wzmacniające, np. proszek opiłków żelazowych, wzbudzające np. kamfora i kwas fosforowy, rozwalniające np. ślaz, guma arabska, wypróżniające, np. rtęć, magnezja, senes) oraz lekarstwa i pewne zabiegi zewnętrzne (palące, drażniące, zmiękczające, osuszające, ściągające, krew wypróżniające, krwawienie wstrzymujące, wrzody sztuczne, lewatywy).

O chorobach psów pisał także jeden z najwybitniejszych ówczesnych specjalistów w dziedzinie leczenia zwierząt – dyrektor Szkoły Weterynaryjnej w Warszawie – Piotr Seifaman (1823-1903). W jego „Wykładzie o chorobach pomorowych” z 1874 roku (12) można znaleźć bardzo dokładny i, jak na owe czasy, nowoczesny opis wścieklizny, nosacizny psów, ospy u psów i chorób karbunkułowych. Także metody leczenia są racjonalne i oparte o najlepsze do-

stępne w połowie XIX wieku środki lecznicze. Oto podany przez Seifmanna sposób leczenia nosówki: „Przy pojawieniu się pierwszych objawów choroby zaleca się z korzyścią środek wymiotny, np. roztwór emetyku, którego ... jeżeli gorączka się wzmacnia zapisuje się saletra... Jeżeli się dają słyszeć rżenia w oskrzelach, zapisują się środki wykrztuszne np. roztwór solanu amonii... Przytem należy obmywać wodą letnią śluz na około oczu i nozdrzy. Przy przyłączeniu się objawów nerwowych zalecają makowiec, przetwory cynkowe, a przy stanie bezwładnym kulczyba. Na wszystkie te środki ... jak doświadczenie uczy, bardzo mało liczyć można”. Seifmann krytykuje także wszystkie ówczesne „cudowne” leki na wściekliznę i zabrania leczyć psy wściekłe: „psy nie mogą być wcale leczone ... lecz zabite i wraz ze skórą zakopane”.

Z licznych wydawnictw weterynaryjnych dotyczących psów, a pochodzących z II połowy XIX wieku, dwa jeszcze, wg mnie, zasługują na uwagę. Pierwsze z nich to „Weterynaryja homeopatyczna popularna” Jakuba Lewandowskiego (6), będąca pierwszą polską publikacją o homeopatii weterynaryjnej. W dziele tym ujęto następujące choroby charakterystyczne dla psów: nosaczna (podawano Nux Vomica, Plumbum Metallicum, opium), owrzodzenie uszów (Arnica, Arsenicum), podagra (Dulcamara, Rhus Toxicodendron) i psi głód (Nux Tomica, China). Druga książka to pozycja przetłumaczona z języka niemieckiego i wydana w 1899 r. (II wydanie polskie w 1910 r.), pt „Zwierzę domowe w zdrowiu i chorobie” (13). Jest to dzieło na wskroś nowoczesne, w którym opisano już takie schorzenia jak wady

serca, nużyca, katar pęcherza moczowego, tasiemczycę, przepukliny i inne.

Obserwując historię leczenia psów na ziemiach polskich stwierdzić należy, iż początkowo pies traktowany był marginalnie. Sytuacja zmieniła się w wieku XVII. Wówczas to popularność polowań z ogarami spowodowała rozwój leczenia psów i zaowocowała wydaniem dzieła Ostroroga. Dzieło to zaspokajało potrzeby hodowców psów i ówczesnych lekarzy weterynarii przez prawie trzy wieki. Silny rozwój leczenia psów zaobserwowano w XIX wieku, a szczególnie w II jego połowie. Należy pamiętać, że właśnie wtedy narodziła się nowoczesna kynologia, powstawały nowe rasy psów, zakładano związki hodowców i organizowano pierwsze wystawy (10) Ludzie zaczęli traktować psy jako zwierzę do towarzystwa i byli zainteresowani ich leczeniem. W literaturze poprzedzającej „Myślistwo z ogary” mało jest doniesień o medykamentach stosowanych konkretnie u psów, ale możemy się domyślać iż były one takie same, jak te, które podawano innym gatunkom. Potwierdził to Kluk w XVIII wieku, pisząc, że w leczeniu psów „można się rządzić z chorób innych bydła” (5). Na przestrzeni wieków możemy obserwować ciągły rozwój i unowocześnianie metod leczenia, jednakże niektóre nie zawsze racjonalne metody, jak choćby zawłoki czy puszczenie krwi, były popularne od średniowiecza do II połowy XIX wieku. Można również przyjąć, że właśnie wtedy powstała nowoczesna weterynaria, która rozwija się do dnia dzisiejszego.

Streszczenie

W artykule przedstawiono dawne metody leczenia stosowane u psów na ziemiach polskich oraz zmiany jakim ulegały one na przestrzeni wieków. Cytaty dawnych dzieł nie tylko przypominają historię weterynarii, ale także piękny język staropolski.

Piśmiennictwo

1. *Bondarenko J.*: Zwalczenie wścieklizny u zwierząt – rys historyczny. *Medycyna Wet.* 1976, (10), 632-634.
2. *Crescentyn P.*: Księgi o gospodarstwie y o opatrzeniu rozmnożenia rozlicznych pożytków, każdemu stanowi potrzebne. Kraków, 1549.
3. *Hensel W.*: Polska starożytna. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1988.
4. *Jakubowski S.*: Pierwsze polskie czasopismo weterynaryjne. *Medycyna Wet.* 1977, (11), 695-696.
5. *Kluk K.*: Zwierząt domowych i dzikich, osobiwne kraioowych, historyi naturalney początki i gospodarstwo. T. I. O zwierzętach ssących. Warszawa, 1809.
6. *Lewandowski J.H.*: Weterynarya homeopatyczna popularna, czyli opisanie właściwych symptomatów towarzyszących każdej chorobie u większych zwierząt domowych, z dodaniem przyczyn i stosownych prędko chorobę usuwających homeopatycznych środków lekarskich. Warszawa, 1872.
7. *Ostroróg J.*: Myślistwo z ogary w: O myśliństwie, koniach i psach łowczych książek pięcioro z lat 1584-1690. Kraków, 1914.
8. *Perenc A.*: Historia lecznictwa zwierząt w Polsce. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1958.
9. *Piątkowski A.*: Zootomia czyli sztuka leczenia chorób wewnętrznych i zewnętrznych, właściwych koniom, bydłom rogatym, owcom, świnom i psom. Kraków, 1809.
10. *Psy rasowe w Polsce.* Praca zbiorowa. Wydawnictwa Akcydensowe. Warszawa, 1989.
11. *Rohwles J.M.*: Nowy lekarz czyli sposoby leczenia koni, bydła, owiec i innych domowych zwierząt, tudzież karmienia i rozmnażania onych. Warszawa, 1872.
12. *Seifmann P.*: Wykład o chorobach pomorkowych. Warszawa, 1874.
13. *Steuert L.*: Zwierzę domowe w zdrowiu i chorobie. Wskazówki utrzymywania, ochrony i leczenia koni, bydła, owiec, świń, psów i drobiu przez praktyka dla praktyków ułożone. Berlin 1910.
14. *Syreński S.* Zielnik herbarzem z języka łacińskiego zowią... Kraków 1613.
15. *Więclawski B.*: Publikacja „Osobliwego lekarstwa przeciwko ukąszeniu psa wściekłego” z 1798 r. *Medycyna Wet.* 1973, (8), 508.

RELACJE POMIĘDZY CZŁOWIEKIEM I PSEM W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Marta Kupczyńska, Michał Skibniewski,
Maria Makowiecka

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-787 Warszawa,
marta_kupczynska@sggw.pl

Okolo 66 milionów lat p.n.e. powstały *Miacioidea* – nadrzewne, stopochodne, niskonożne, długoogonowe drapieźniki z wyróżnionymi zębami łamaczami. Z nich wyodrębniły się *Arctoidea*, z których, okolo 44 – 45 mln lat p.n.e., w eocenie powstały pierwsze drapieźniki naziemne, doganiające zdobycz i w związku z tym coraz bardziej długoogonie, półstopochodne, z tępymi, niewysuwalnymi pazurami – *Carnivora* (1). Występowały one powszechnie na całym świecie i dały początek wielu współczesnym gatunkom drapieźników. Żyjących obecnie przedstawicieli *Carnivora* można zaszeregować do dwóch ogromnych nadrodzin: *Canoidea* (określana również jako *Arctoidea*) - „grupa psów” oraz *Feloidea* (*Aeluroidea*) - „grupa kotów” (2, 14). Systematyka w obrębie *Carnivora*, z racji zaliczanych tu bardzo licznych gatunków, ulegała wielokrotnym modyfikacjom i do dziś nie jest zamknięta. Określenie taksonomii psa nie jest proste. W Polsce obowiązuje następujące nazewnictwo, opracowane przez

Komisję Nazewnictwa Zwierząt Kręgowych afiliowaną przy Polskim Towarzystwie Zoologicznym (17):

Rząd *Carnivora* (Bowdich 1821) mięsożerne (drapieżne),
Nadrodzina *Canoidea* (Simpson 1931) (*bez tłumaczenia*),
Rodzina *Canidae* (Gray 1821) psy (psowate),
Podrodzina *Caninae* (Gill 1872) psy właściwe.

W obrębie tej podrodziny uwzględniono 22 gatunki z zaznaczeniem, że zaliczyć tu należy także psa domowego, jednak bez podania jego miana łacińskiego. Między innymi wymieniono następujące gatunki:

Canis lupus f. domestica (f. familiaris); *Canis familiaris* pies domowy,
Canis lupus (Linnaeus 1758) wilk,
Canis dingo (Meyer 1793) dingo,
Canis mesomelas (Schreber 1878) szakal czaprakowy,
Canis adustus (Sundevall 1846) szakal pręgowany,
Canis aureus (Linnaeus 1758) szakal złocisty,
Canis anthus (F. Cuvier 1824) szakal berberyjski,
Canis latrans (Say 1823) kojot,
Vulpes vulpes (Linnaeus 1758) lis pospolity.

Pies to gatunek od tysięcy lat towarzyszący człowiekowi. Uważa się, że jest najstarszym spośród zwierząt udomowionych, charakteryzującym się wyjątkowym polimorfizmem, nie obserwowanym w obrębie żadnego innego gatunku (2, 7 - 10, 13, 14, 18).

Znanych jest wiele definicji udomowienia (domestykacji), ale za obowiązującą przyjęto uznawać sformułowaną przez paleontolo-

ga belgijskiego Achilles Gautier w 1997 (za 13). Podaje on, że: *„udomowienie polega na usunięciu zwierząt z ich wolno żyjących wspólnot, przymuszeniu do życia i rozmnażania się pod kontrolą człowieka i dla jego dobra; efektem jest powstanie nowych cech, zwanych udomowieniowymi”*. Co uznawane jest więc za cechy udomowieniowe, zwane również cechami domestykacyjnymi? Definicję tego określenia podaje Lasota-Moskalewska (13): *„cechą udomowieniową nazywa się cechę morfologiczną, fizjologiczną lub behawioralną powstałą w warunkach udomowienia w następstwie selekcji albo nie zamierzonej przez człowieka, albo dokonywanej przez niego świadomie. Cecha udomowieniowa różni zwierzę domowe od dzikiego i jest dziedziczna”*.

Do cech tych zalicza się głównie pozbawienie zwierzęcia agresji, brak chęci ucieczki przed człowiekiem i łatwość w użytkowaniu. Procesu tego nie należy mylić z oswojeniem zwierząt dziko żyjących. Oswojenie dotyczy pojedynczych osobników, a nie gatunku. Najczęściej i najłatwiej prowadzone jest przez odizolowanie nowonarodzonego lub bardzo młodego zwierzęcia od środowiska naturalnego i wychowanie go przez człowieka. Oswojone zwierzęta można przyuczyć do wykonywania określonych poleceń (tresura), nawet prowadzić ich hodowlę oraz w różnych zakresach wykorzystywać gospodarsko (np. zwierzęta futerkowe, renifery). Zwierzęta te w stosunku do człowieka, który je wychowuje i karmi, nie wykazują agresji, pozwalają mu się do siebie zbliżać, głaskać itp. Znane są jednak przypadki, gdy osobniki te w określonych

sytuacjach ujawniły pierwotny instynkt agresji w stosunku do swojego opiekuna lub w ogóle nie akceptowały poza nim innych ludzi. Zwierzęta oswojone nie nabywają wspomnianych cech udomowienia. Bowiem o udomowieniu można mówić tylko wtedy, gdy w wyniku osvajania i prowadzenia hodowli pod kontrolą człowieka następuje utrwalenie określonych cech, które są przekazywane następnym pokoleniom. Należy tu także brać pod uwagę prowadzenie tego procesu w stosunku do tego samego gatunku ale w innych regionach geograficznych lub świadome krzyżowanie gatunków blisko spokrewnionych. Kształtowane w ten sposób osobniki przyjmują czasami pokroje znacznie się różniące, w niektórych systematykach określane nawet mianem podgatunku.

Najbardziej ewidentnymi cechami morfologicznymi powstałymi w trakcie domestykacji, są zmiany dotyczące wielkości ciała, jego proporcji i kształtu. Należy tu także wymienić znaczne przyspieszenie procesów ontogenezy, a więc np. szybsze dojrzewanie morfologiczne i płciowe.

Najważniejsze cechy fizjologiczne dotyczą funkcji rozrodczych zwierząt udomowionych. Zwierzęta dziko żyjące charakteryzuje wyraźna sezonowość rozrodu związana z porami roku, obserwowana u obu płci. U zwierząt udomowionych zasadniczo tylko samice wykazują sezonowość. W hodowli, szczególnie wielko-stadnej, bardzo często dodatkowo jest ona sterowana różnymi czynnikami przez człowieka (światło, dieta, preparaty farmakologiczne), a więc uniezależniona bezpośrednio od warunków środowiska naturalnego.

W wielu przypadkach dążono do zwiększenia płodności i utrwalono poliestralność samic, czyli możliwość wydawania potomstwa kilka razy w roku oraz zwiększoną liczbę osobników w miocie.

Cechy behawioralne to wspomniane wcześniej zmiany w zachowaniu się zwierzęcia w stosunku do człowieka. Zmiany te dotyczą także charakteru zwierząt udomowionych. Uważa się, że zwierzęta te są powolniejsze, mniej zręczne i sprytnie niż dzikie.

Naukowcy zajmujący się badaniem pochodzenia psa podejmowali próby odpowiedzi na trzy podstawowe pytania: jaki dziki gatunek był jego praprzodkiem?; jaki jest wiek psa domowego, czyli w jakim okresie prehistorii doszło do jego udomowienia?; gdzie dokonana się pierwsza domestykacja? Należy podkreślić, że do dziś nie udzielono jednoznacznych odpowiedzi na te pytania. Udomowienie psa nastąpiło prawdopodobnie w starszym okresie epoki kamienia, czyli w paleolicie. Żyjący ówczesnie ludzie nie znali jeszcze żadnego trwałego środka przekazu, który byłby dokumentacją ich trybu życia oraz świadectwem jakie i czy w ogóle, towarzyszyły im zwierzęta. O fakcie tym mogą więc mówić jedynie wykopaliskowe szczątki kostne psa znajdowane w bezpośrednim sąsiedztwie ludzkich. Miejsce poznanego najstarszego wykopaliska nie jest wskazywane jednoznacznie; podaje się Bonn-Oberkassel, Niemcy (13) lub Asantowa Góra, Rosja (18), ale w obu przypadkach datuje się je na 10 000 - 12 000 lat p.n.e. Ustalenie praprzodka określane jest przede wszystkim, na podstawie porównań morfologicznych i morfometrycznych kości zwierząt żyjących współcześnie oraz szczątków pochodzących z wy-

kopalisk. W stosunku do psa badacze nie są zgodni co do przebiegu procesu jego domestykacji (1, 2, 9 - 11, 13, 14, 16 - 20). Teorie pochodzenia psa można przedstawić następująco:

1. praprzodkiem psa był wilk, którego morfotyp zmieniał człowiek w ciągu wielu lat osuwajania i prowadzenia hodowli,
2. pies jest gatunkiem powstałym w wyniku dziejących się w naturze krzyżówek wilka i szakala,
3. pies pochodzi tylko od szakala (ze wskazaniem na szakala złocistego), który swoim pokrojem najbardziej przypomina dawne małe psy domowe,
4. praprzodkiem był kojot, drapieźnik występujący powszechnie w Ameryce Północnej,
5. pies pochodzi od hipotetycznego wymarłego gatunku psa dzikiego z rodzaju *Canis*, podobnego do dzisiejszych psów dingo czy psów-pariasów, który człowiek w całości zaadaptował do swoich potrzeb,
6. niezależne pochodzenie trzech grup ras psów: od wilka, szakala i psa dzikiego,
7. kształtowanie się gatunku w oparciu o krzyżówki wilka, szakala i kojota, które dają płodne potomstwo,
8. koncepcja azjatyckiego pochodzenia psa.

Stosowanie nowoczesnych metod badawczych, jak np. określanie DNA, pozwalają na dokładniejszą analizę wzajemnych powiązań pomiędzy gatunkami żyjącymi obecnie i w dawnych epokach. Studia genetyczne zespołu badaczy z Uniwersytetu w Kalifornii,

przeprowadzone między innymi na materiale pobranym od 162 wilków z 27 regionów ich występowania od Europy przez Amerykę Północną do Azji i porównane z próbkami od 140 psów należących do 67 ras traktowane są jako potwierdzenie, że znany nam obecnie pies jest udomowionym wilkiem (16, 20).

W wyniku ingerencji człowieka prowadzonej przez wieki utworzyły się linie genetyczne psów, które w przypadku tego gatunku określane są nie jako podgatunki ale jako rasy. Według przyjętej dziś definicji za rasę: *„uważa się grupę zwierząt danego gatunku (...) spokrewnionych przez przodków i hodowanych przez pokolenia z zachowaniem pewnych charakterystycznych cech pokrojowych i behawioralnych”* (za 10).

Kształtowanie rasy oznacza więc dobór do hodowli tylko tych osobników, które prezentują określone cechy. Świadoma działalność człowieka dążyła więc do utrwalenia odpowiednich cech dziedzicznych, dzięki którym zwierzęta byłyby przydatne do wykonywania różnorodnych zadań: stróżowanie, polowanie, aportowanie, użytkowanie pociągowe itp. Doprowadziło to do powstania ogromnej liczby ras, których przedstawiciele znacznie różnią się morfologią, pokrojem i charakterem. Należy także podkreślić, że pokrój danej rasy, jej cechy charakterystyczne zmieniały się zasadniczo na przestrzeni lat świadomie prowadzonej hodowli (7, 8, 10, 11). Pies jest dziś gatunkiem, określanym jako towarzyszący człowiekowi. We współczesnych czasach hodowla poszczególnych ras prowadzona jest wyjątkowo rygorystycznie

i świadomie. Często staje się dla człowieka źródłem korzyści nie tylko psychicznych czy użytkowych, ale także finansowych. Powstała więc konieczność stworzenia ram, porządkujących problemy rodzące się z tymi faktami. W 1911 roku powołano Międzynarodową Federację Kynologiczną (Fédération Cynologique Internationale, FCI), której głównym zadaniem jest, oparta na podstawach naukowych, organizacja hodowli i szkolenia psów rasowych dla osiągnięcia jak najwyższego poziomu zarówno pod względem eksterierowym, jak i użytkowym (3, 17). Aktualnie Federacja zarejestrowała 335 ras psów, które zaszeregowano do 10 grup biorąc pod uwagę pokrój i użytkowanie danej rasy. Obowiązująca systematyka ras według FCI z uwzględnieniem polskiego nazewnictwa, przedstawia się w poszczególnych grupach następująco (17): 1 – owczarki i inne psy pasterskie, z wyłączeniem szwajcarskich psów do bydła, 2 – pinczery i sznauclery, molosy, szwajcarskie psy górskie i do bydła, pozostałe rasy, 3 – teriery, 4 – jamniki, 5 – szpice i psy w typie pierwotnym, 6 – psy gończe i rasy pokrewne, 7 – wyżły, 8 – aportery, płochacze i psy wodne, 9 – psy ozdobne i do towarzystwa, 10 – charty.

Przytoczone zestawienie bezsprzecznie udowadnia, że gatunek *Canis lupus f. domestica* lub krótko *Canis familiaris* cechuje ogromne zróżnicowanie eksterierowe. Zmienność budowy obserwuje się nie tylko w tej samej grupie, ale nawet w obrębie tej samej rasy. Różnice te dotyczą pokroju zwierząt, różnych struktur anatomicznych i przede wszystkim manifestują się na terenie głowy. Dlatego też,

właśnie u przedstawicieli tego gatunku najwyraźniej ujawnia się morfotyp brachycefaliczny (krótkogłowy), mesaticefaliczny (średniogłowy) oraz dolichocefaliczny (długogłowy).

Przez tysiąclecia pies w towarzyszeniu człowiekowi przeszedł cztery fazy:

1. Okres całkowicie dobrowolnej więzi z człowiekiem. Tę fazę można nawet porównać do swego rodzaju symbiozą, korzystną dla obu stron. Dziko żyjące zwierzę, bytujące na obrzeżach siedlisk człowieka, pożywia się odpadkami, w zamian ostrzegając o nadchodzącym niebezpieczeństwie.
2. Poszczególne osobniki w pełni uzależniają się od człowieka. Przestają polować i najczęściej dochodzi do kojarzeń w obrębie tylko tej populacji.
3. Człowiek zaczyna ingerować w byt psa. Stwarza świadomie bariery izolujące go od naturalnego środowiska. W wyniku tej działalności powstają mutacje wpływające na morfologię zwierząt. Osobniki o takich cechach nie miałyby szans na przeżycie w warunkach naturalnych, teraz są utrzymywane w hodowli. W miejsce naturalnej selekcji powoli wkracza selekcja sterowana przez człowieka.
4. Okres świadomej hodowli, której najważniejszym celem jest pokrój zwierzęcia. Kształtują się poszczególne rasy, znacznie różniące się pomiędzy sobą.

Ostatnia faza tak naprawdę rozpoczęła się bardzo późno, bo w początkach IX w. n.e. Za pierwszą utwaloną w hodowli rasę uważa

się Bloodhounnda czyli psa Św. Huberta, wyprowadzoną przez mnichów z Opactwa Andain w Ardenach (18). Natomiast pierwsza wystawa psów rasowych odbyła się w 1859 roku, w Londynie (18).

Jak już wspomniano relacje pomiędzy człowiekiem i psem na przestrzeni dziejów podlegały zmianom, które w dużej mierze zależały od czasów i towarzyszących im okoliczności. Traktowane były głównie jako zwierzęta wartownicze czy stróżujące, często przyuczane także do walki i wykorzystywane w wojnach toczonych przez ludzi. Szczególnie bogatą dokumentację historyczną na ten temat można napotkać wśród zabytków staroegipskich, obfitujących w liczne źródła pisane oraz ikonograficzne. O tym jak ważną rolę odgrywał pies w starożytnym Egipcie świadczy fakt iż jedno z miast nazwano Kynopolis co tłumaczy się jako Psie Miasto. Uważa się, że ma to związek z ogromną liczbą waleśających się bezdomnych psów, które uważano za plagę równą pladze much. Psy te jednak obdarzane były dużą wyrozumiałością i sympatią ze strony ludzi. W domach hodowano także dużą liczbę psów głównie rasy *tesem*; charakteryzujących się dużymi wymiarami ciała, o wąskich głowach ze stojącymi uszami i długimi ogonami. Uważa się je za przodka wszystkich dzisiejszych chartów (7, 9). Ich wizerunki znajdujemy na ścianach egipskich pałaców, domów, w grobowcach oraz różnych przedmiotach codziennego użytku. Nic więc dziwnego, że i w mitologii egipskiej znajdujemy kilka bóstw alegorycznie przedstawiających psa. Oto Anubis (lub Anup) patron balsamistów zwłok i pogrzebów (4, 12). Wraz z innymi bóstwami uczestniczył w sądzie ostatecznym, ale jego

zadaniem była w razie potrzeby obrona, udzielenie pomocy zmarłemu. Anubis utożsamiany był z gwiazdozbiorem Wielkiego Psa i jego najjaśniejszą gwiazdą, czyli Syriuszem ówczasie nazywanym Canicula z łaciny dosłownie – suczka. Pojawia się na niebie wraz z najgorętszą porą roku, wakacjami, czyli kanikulą. Jak wiemy jest to okres gwałtownego uaktywniania się wirusa wścieklizny, stąd też Egipcjanie uważali, że wschód Syriusza wywołuje tę chorobę. Wschód Syriusza był także początkiem przyboru wód Nilu i ewentualnych powodzi. Z tych powodów wybijano wtedy masowo psy, składając ich zwłoki jako ofiary dla Anubisa. Świecąc najjaśniejsz na niebie Syriusz wskazywał drogę żeglarzom. Stąd Anubis uważany był także za patrona statków i żeglarzy. Helikalny wschód Syriusza (15 czerwca) uważany był w ówczesnych czasach za początek roku, a jego zachód – za koniec (4, 12).

Następny to Ozyrys – władca świata pozagrobowego i główny sędzia zmarłych, czczony także jako bóg wegetacji roślinnej (4, 5, 6). Przedstawiany był zawsze jako człowiek z głową psa lub szakala. Wraz z Izydą spłodził syna Horusa, którego ukarał odbierając mu wzrok. Matka zaś, swoją mocą, mu go przywróciła. Właśnie dlatego, następny - Bóg Toota, przedstawiany wyłącznie jako pies (podobny do dzisiejszych molosów), trzyma „zarys oka Horusa”. To właśnie bóstwo miało leczyć wzrok, a umieszczane pod nim inskrypcje głoszą „*recipe*” – weź, przyjmij; przeprowadzę cię z ciemności do jasności. Uważa się, że umieszczany do dziś na receptach znak „Rp” ma właśnie to źródło.

Wyjątkowym uznaniem cieszył się pies w starożytnej Persji. W najważniejszej księdze religijnej starożytnego Iranu *Aweście* znajdziemy nawet cytat: „świat istnieje dzięki rozumowi psa”. Wraz z bydłem, które nadzorował w trakcie wypasu, traktowany był jako istoty święte. Należała się im więc wyjątkowa cześć i opieka. Wierzono ponadto, że pies strzeże drogi wiodącej na tamten świat i odstrasza złe zjawy. To właśnie psa przyprowadzano do umierającego, aby ostatnim swoim spojrzeniem widział oczy psa. Szczególnym poważaniem cieszyły się osobniki o wydatnych wyniosłościach na czole pokryte jasną sierścią co sprawiało wrażenie drugiej pary oczu. Należy zaznaczyć, że w niektórych rejonach dzisiejszego Iranu te praktyki są dalej stosowane (6).

Szczególną pozycją obdarzają psa religie Dalekiego i Bliskiego Wschodu. Wiara w wieczną wędrówkę dusz i reinkarnację powoduje, że zwierzęta uważano za krewnych człowieka. Wcielenie w psa traktowane było jednak jako kara za grzechy popełnione w poprzednim życiu. Wiodąc życie u boku człowieka zwierzę to skazane jest przecież na jego wolę, charakter i humor, a więc jest całkowicie od niego uzależnione. Takie życie jest więc pokutą. Chińczycy w VII wieku p.n.e. wyhodowali specyficzną rasę psa, którą nazywano psami lwimi - w tłumaczeniu pekinczykami, do dziś przecież istniejącą (7, 9, 12). Jednakże w tej kulturze pies stanowił także ekskluzywną potrawę ówczesnej kuchni. Jeszcze obecnie w Chinach, Korei czy Indochinach mięso psa traktowane jest jako wyśmienity przysmak. Japończycy uważają, że ci co urodzili się pod znakiem

psa są wyjątkowo porządnymi i wiernymi ludźmi, ale nie mogą niestety liczyć na duże sukcesy w życiu. Pies uważany był także za symbol zdrowia. To wierzenie odnajdujemy i w naszej, słowiańskiej kulturze – popularne są przecież przysłowia: goi się jak na psie czy zdrowy jak pies (6, 12).

W starożytnej Grecji psy znalazły swoje miejsce; przede wszystkim trójgłowy Cerber – strażnik Hadesu, świata zmarłych. Pies pojawia się także w literaturze tamtej epoki. Homer w „Odysei” opowiada o psie Argosie, który na widok swego pana Odyseusza wracającego z długiej tułaczki, padł martwy z radości. Pierwszą znaną książką o psie jest dzieło Ksenofonta, zawierające nie tylko opis zwierzęcia, ale nawet praktyczne rady jak go tresować czy postępować przy kryciu (12). Według mitologii greckiej wspomniany wcześniej Syriusz to pies Oriona, olbrzyma o niezwykłej urodzie, umieszczony wraz ze swym panem na nieboskłonie.

Takie cechy charakteru psa jak wierność, służenie panu i wyjątkowa czujność odnalazły odzwierciedlenie i w późniejszych epokach. Niech przykładem będzie nazwa Zakonu Dominikanów. Założony został na początku XIII wieku n.e. przez Dominika Guzmana (1171-1221), uznanego później za jednego z największych świętych Kościoła Katolickiego. Choć można uważać, że nazwa zakonu wywodzi się od imienia założyciela, to przecież dominikanie to w dosłownym znaczeniu - psy pana (*domini canes*). A mając na uwadze wyjątkową wytrzymałość i zdolność adaptacyjną psa to właśnie on stał się pierwszym astronautą ludzkości. Sputnik 2, z psem Łajką na

pokładzie wystartował 3 listopada 1957 roku. Te pierwsze dane o zachowaniu się żywego organizmu w kosmosie były podstawą do dalszego rozwoju astronautyki.

W czasach nam współczesnych pies stał się czymś więcej niż tylko zwierzęciem towarzyszącym. Jego charakter i chęć obcowania z człowiekiem sprawiły, że w wielu domach, zwłaszcza w środowiskach wielkomiejskich, uzyskał status pełnoprawnego członka ludzkiej rodziny. Bardzo często też jest on jedynym towarzyszem życia osób samotnych. Troszczymy się o jego potrzeby bytowe, stan zdrowia, chętnie antropomorfizujemy nadając mu cechy ludzkie i zmuszamy niejednokrotnie do życia w niezgodzie z własną naturą. Niezrozumienie istoty psiego zachowania może doprowadzić do poważnych konfliktów, bowiem zwierzę, u którego stale zaburza się prawidłowe, charakterystyczne dla jego gatunku odruchy, często staje się agresywne lub lękliwe. Należy, zatem zawsze pamiętać, że niezależnie od rasy, pies jest drapieżnikiem, łowcą, potomkiem wilka, którego los trwale połączył z człowiekiem.

Streszczenie

Pies jest najstarszym spośród zwierząt udomowionych, charakteryzującym się wyjątkowym polimorfizmem, nie obserwowanym w obrębie żadnego innego gatunku. Przez tysiąclecia towarzysząc ludziom przeszedł kilka faz swojej ewolucji, od dobrowolnej więzi do pełnego uzależnienia od woli człowieka.

Piśmiennictwo

1. *Dzik J.*: Dzieje życia na Ziemi. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003.
2. *Evans H. E.*: Miller's Anatomy of the dog. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993.
3. Fédération Cynologique International. www.webfci.org.
4. *Filipczak K.*: Pies w mitologii, religii i malarstwie. ZKwP Pies, 2001, 6 (290), www.molosy.pl.
5. *Filipczak K.*: Pies w starożytnym Rzymie. ZKwP Pies, 1998, 3 (269), www.molosy.pl.
6. *Filipczak K.*: Pies w życiu i wierzeniach naszych przodków. ZKwP Pies, 2000, 1 (279), www.molosy.pl.
7. *Grandjean D.*: The Royal Canin Dog Encyclopedia. Aniwa Publishing, Paris, France, 2005.
8. *Grandjean D.*: The Royal Canin Dog Encyclopedia. Small & Toys Breeds. Aniwa Publishing, Paris, France, 2005.
9. *Hayams E.*: Zwierzęta w służbie człowieka. PWN, Biblioteka problemów, Warszawa, 1974.
10. *Kaleta T., Fiszdon K.*: Wybrane zagadnienia z genetyki i zachowania się psów. Wydawnictwo SGGW, Warszawa, 2002.
11. *Kozłowski K.*: Kynologia. Wyd. Centrum Szkolenia Policji, Legionowo, 1997.
12. *Kuźniewicz J., Kuźniewicz G.*: Sławne psy w starożytności. Głos Uczelni. Biuletyn Informacyjny AR, Wrocław: 2005, 140, www.ar.wroc.pl.
13. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2005.
14. *Miller M.E., Christensen G., Evans H.E.*: Anatomy of the dog. W.B. Saunders Company, Philadelphia – Londyn, 1964.
15. Nomenklature of dog breeds FCI. Systematyka ras wg FCI z uwzględnieniem polskiego nazewnictwa ras. Związek Kynologiczny w Polsce. Warszawa, 2003.
16. *Ostrander E.A., Wayne R.K.*: The canine genome. *Genome Research*, 2005, 15, 1706 – 1716.
17. Polskie Nazewnictwo Zoologiczne. I. Ssaki. Polskie Towarzystwo Zoologiczne. Komisja Nazewnictwa Zwierząt Kręgowych. PWN, Wrocław, 1968.
18. *Rousselet-Blanc P.*: Larousse Encyklopedia. Pies. Delta W-Z, Warszawa.
19. *Victor P.E., Larivière J.*: Les loups. Fernand Nathan, France, 1980.
20. *Vila 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, 13, 276 (5319), 1687 – 1689.

ZWALCZANIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH U ZWIERZĄT ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM WŚCIEKLIZNY W PRZEPISACH PRAWA POLSKIEGO PRZED DRUGĄ WOJNĄ ŚWIATOWĄ

Piotr Listos

Katedra Anatomii Patologicznej,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej AR w Lublinie,
ul. Głęboka 30, 20-612 Lublin,
piotr.listos@ar.lublin.pl

Choroby zakaźne występujące u zwierząt stanowią istotny problem zarówno dla pracowników nauki, służb weterynaryjnych jak i organów, których zadaniem jest prawne ujęcie sposobów ich eliminacji. Oprócz możliwości powodowania na dużą skalę strat wśród zwierząt, wiele spośród nich stanowi istotne źródło zakażenia dla człowieka (5, 6). Ludzie od dawien dawna podejmowali kroki mające na celu ograniczenie możliwości przenoszenia się chorób zakaźnych pośród zwierząt, od zwierząt na człowieka, jak również starano się przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych wśród ludzi. W tym właśnie celu zaczęto tworzyć normy postępowania, których zadaniem było ograniczenie możliwości wystąpienia ogniska choroby zakaźnej oraz normy określające zasady postępowania w przypadku jej pojawienia się. Powstałe normy postępowania mając początkowo charakter norm zwyczajowych przybrały następnie formę norm

prawnych, czyli norm dyrektywalnych wskazujących określonym podmiotom (adresatom normy) nakaz lub zakaz określonego zachowania w określonych okolicznościach, obarczając jednocześnie niepodporządkowanie się treści normy – sankcją. Nadanie opisywanym normom postępowania charakteru norm obowiązującego prawa stało się jednocześnie podstawą do objęcia swoim zasięgiem problemu zwalczania chorób zakaźnych przez organy władzy państwowej w państwie (4, 6).

Zoonozą znaną ludzkości od najdawniejszych czasów, siejącą spustoszenie zarówno w populacji zwierząt jak również człowieka, stanowiącą obecnie jedną z najbardziej niebezpiecznych chorób odzwierzęcych jest wścieklizna. Wścieklizna (łac. *rabies*, gr. *lyssa*) jest ostrą chorobą zakaźną ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której rozwija się nieropny stan zapalny istoty szarej mózgu i rdzenia. Występuje u wszystkich zwierząt stałocieplnych i człowieka, kończy się z reguły zejściem śmiertelnym (1). Z uwagi na brak skutecznych środków i metod leczenia wścieklizny, priorytetowego znaczenia w tym wypadku nabiera właściwe postępowanie zapobiegawcze.

Materiał i metody

Materiał badań stanowiły polskie akty prawne, począwszy od aktów najwyższego rzędu oraz przepisów stanowiących na podstawie tych aktów, dotyczące zwalczania chorób zakaźnych zwierząt ze szczególnym uwzględnieniem przepisów regulujących zwalczanie wścieklizny u zwierząt. Badaniem objęto akty prawne wydane przez

organa władzy państwowej Rzeczypospolitej Polskiej przed II Wojną Światową - pozbawione już mocy prawnej.

W niniejszej pracy dokonano wykładni gramatycznej badanych aktów prawnych, czyli zinterpretowano je zgodnie z polskim znaczeniem zawartych w nich słów.

Wyniki i omówienie

Postęp w naukach biologicznych i medycznych w drugiej połowie XVII i XVIII wieku oraz organizowanie w tym okresie szkół weterynaryjnych przyczyniły się do podejmowania pierwszych w historii Polski akcji natury administracyjnej, zmierzających do ograniczenia skutków wścieklizny. Do powstałych w tym czasie zarządzeń władz administracyjnych należą min.:

1. Edykt Króla pruskiego Fryderyka Wilhelma z 1767 r.;
2. Edykt Króla pruskiego Fryderyka Wilhelma z 1797 r.;
3. Zalecenia zawarte w Dzienniku Urzędowym Królewskiej Regencji w Poznaniu z 1819 i 1836 r.;
4. Ustalenia dotyczące zwalczania chorób zakaźnych dokonane przez Sejmową Komisję w 1774 r.;
5. Powołanie w 1807 r. Najwyższej Dyrekcji Lekarskiej oraz jej instrukcja z 1810 r.;
6. „Kodeks karzący dla Królestwa Polskiego” z 1818 roku (wprowadzenie obowiązku informowania władz o przypadkach wścieklizny zaobserwowanych u psów oraz innych gatunków zwierząt);

7. Wydanie w 1832 roku „Projektów rozporządzeń policyjno-lekarskich dotyczących się wścieklizny i znaków, po których rozpoznać wściekliznę u ludzi i zwierząt i sposoby ratowania w pewnych momentach osób i zwierząt wścieklizną zagrożonych”;

8. „Ustawa policji weterynaryjnej” z 1844 r.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zwalczanie chorób zakaźnych u zwierząt w tym wścieklizny w okresie międzywojennym było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. „O zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 77, poz. 673 ze zmianami). Rozporządzenie to zostało wydane na podstawie art. 44, ust. 6 obowiązującej w tym okresie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz na podstawie ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. „O upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy” (Dz. U. Nr 78, poz. 443). Podstawę wydania niniejszego Rozporządzenia stanowiły także niektóre spośród rozporządzeń wykonawczych do ustawy z 2 sierpnia 1926 roku, a mianowicie „Rozporządzenie Ministra Rolnictwa z dnia 9 stycznia 1928 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych, Skarbu i Komunikacji w sprawie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 19, poz. 167). Aktami prawnymi uzupełniającymi lub modyfikującymi treść Rozporządzenia z dnia 22 sierpnia 1927 roku były:

1. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 grudnia 1927 r. „W sprawie terminu wejścia w życie rozporządzenia

Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 144, poz. 975);

2. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 marca 1928 r. „O uzupełnieniu art. 97 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 26, poz. 229);

3. Ustawa z dnia 25 lutego 1932 r. „O zmianach w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r.” (Dz. U. Nr 26, poz. 229);

4. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – przepisy wprowadzające kodeks karny i prawo o wykroczeniach (Dz. U. Nr 60, poz. 573);

5. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. „O unormowaniu właściwości władz i trybu postępowania w zakresie administracji rolnictwa i reform rolnych” (Dz. U. Nr 67, poz. 622);

6. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 28 grudnia 1934 r. „O unormowaniu właściwości władz i trybu postępowania w niektórych działach administracji państwowej” (Dz. U. Nr 110, poz. 976);

7. Ustawa z dnia 16 kwietnia 1938 r. „O zmianie rozporządzenia Prezydenta z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 27, poz. 245);

8. Dekret z dnia 6 października 1927 r. „O zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r.

o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 49, poz. 373).

W myśl art. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1938 r. (Dz. U. Nr 27, poz. 245) Minister Rolnictwa i Reform Rolnych został upoważniony do ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia z dnia 22 sierpnia 1927 roku.

Rozporządzenie to regulowało w sposób zarówno ogólny jak i szczegółowy zwalczanie chorób zakaźnych występujących u zwierząt wskazanych w treści niniejszego rozporządzenia. Określało również sposób stosowania administracyjnych środków, za pomocą, których zapobieganie lub likwidowanie ogniska choroby zakaźnej byłoby możliwe, powierzając jednocześnie tę kwestię organom administracji państwowej. Weszło ono w życie na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej dnia 1 kwietnia 1928 roku, chociaż pierwotnie termin ten ustalony był na dzień 1 stycznia 1928 roku zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 grudnia 1927 r. Wchodząc w życie, rozporządzenie z dnia 22 sierpnia 1927 roku spowodowało, że utraciły moc prawną obowiązujące dotychczas w tym przedmiocie przepisy prawa a mianowicie:

1. Art. 1090-1175 ustawy lekarskiej, wyd. 1905 r. z wyjątkiem przepisów art. 1108 p. 12, art. 1125 i art. 1144 (w przypadku gdy te artykuły dotyczyły kwestii nie objętym rozp. z 22 sierpnia 1927 r.);

2. Ustawa z dnia 20 lutego 1880 r. „O zapobieganiu księgosuszowi i jego tępieniu (aust. dz. u. Nr 37) w brzmieniu zmienionym ustawą z dnia 6 sierpnia 1909 r. (aust. dz. u. p. Nr 180);

3. Ustawa z dnia 17 sierpnia 1892 r. „O zapobieganiu zarazie płucnej rogaczny i o tępieniu tej zarazy (aust. dz. u. p. Nr 142) w brzmieniu zmieniony ustawą z dnia 6 sierpnia 1909 r. (aust. dz. u. p. Nr 182);

4. Ustawa z dnia 6 sierpnia 1909 r. „O zapobieganiu zaraźliwym chorobom zwierzęcym i ich tępieniu z wyjątkiem par. 13 tej ustawy (aust. dz. u. p. Nr 177);

5. Ustawa weterynaryjna z dnia 24/31 marca 1888 r. (art. VII Zb. u. król. węg. z 1888 r.);

6. Ustawa z dnia 7 kwietnia 1869 r. „O środkach przeciw księgosuszowi” (Dz. U. Rzeszy Niem. str. 105);

7. Ustawa z dnia 21 maja 1878 r. „O naruszeniu zakazów wwozu, wydanych celem ochrony od księgosuszu” (Dz. U. Rzeszy Niem. str. 95);

8. Ustawa z dnia 26 czerwca 1909 r. „O zaraźliwych chorobach zwierząt domowych” (Dz. U. Rzeszy Niem. str. 519);

9. Pruska ustawa wykonawcza z dnia 25 lipca 1911 r. do ustawy „O zaraźliwych chorobach zwierząt domowych” (Zb. Ust. pr. str. 149);

10. Ustawa z dnia 11 grudnia 1924 r. „W przedmiocie środków ochronnych przeciw zarazie stadniczej u koni” (Dz. U. R. P. Nr 118, poz. 1064);

11. Paragraf 328 kodeksu karnego z 1871 r.

12. Zwroty zawarte w art. 243 kodeksu karnego z 1903 r. – „O wypadkach chorób zakaźnych lub epizoozji wśród zwierząt domowych” oraz w art. 245 p. 1 – „zwierząt domowych”.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 sierpnia 1927 roku można podzielić na dwie części: 1. Część pierwsza – zawiera wykaz chorób objętych obowiązkiem zgłaszania i zwalczania (art. 20), ogólne kompetencje dla państwowych organów administracyjnych w zwalczaniu chorób (art. 2-8), ustala ogólny katalog środków ułatwiających zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób oraz zawiera ogólny katalog środków, które musiałyby być zastosowane lub zarządzane w celu likwidacji chorób (art. 10-19, art. 22-26); 2. Część druga – zawiera wskazanie konkretnych środków do zwalczania każdej z wymienionych chorób w niniejszym Rozporządzeniu (rozdz. IV – „O środkach przeciwko poszczególnym zaraźliwym chorobom zwierzęcym”).

W wykazie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem zgłaszania i zwalczania zawartym w art. 20 rozporządzenia Prezydenta zawartych było 17 chorób zakaźnych zwierząt (pkt. a-p), a mianowicie: księgosusz, zaraza płucna bydła rogatego, pryszczycza, wąglik, szelstnica, zaraza dziczyzny i bydła rogatego, gruźlica bydła rogatego w postaci otwartej (płuc, wymienia, macicy i jelit), nosacizna zwierząt jednokopytowych, ospa owcza, zaraza stadnicza koni, otręt koni i bydła rogatego, świerzb zwierząt jednokopytowych i owiec, wścieklizna, pomór i zaraza świń, cholera drobiu i pomór kur. Zgodnie

z art. 29 lit. a, Minister Rolnictwa mógł w drodze rozporządzenia wprowadzić dla całego terytorium Państwa lub jego części obowiązek zgłaszania oraz wskazać sposób zwalczania zawarty w opisywanym Rozporządzeniu także innych chorób, niewymienionych w art. 20.

Zwalczanie zaraźliwych chorób zwierzęcych w myśl Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku (art. 2-9), powierzone było Ministrowi Rolnictwa, wojewodom (władze administracyjne II instancji) oraz starostom (władze administracyjne I instancji). W sytuacjach wyjątkowych Rada Ministrów mogła powołać w drodze rozporządzenia specjalne organa do zwalczania poszczególnych zaraźliwych chorób zwierzęcych, określając jednocześnie okres czasu na jaki zostały powołane oraz określić ich właściwości i stosunek do władz. Minister Rolnictwa, wojewodowie oraz starostowie wykonywali swoje uprawnienia związane ze walczeniem chorób zakaźnych zwierząt przy pomocy państwowych lekarzy weterynarii, a w uzasadnionych przypadkach także przy pomocy samorządowych oraz prywatnych lekarzy weterynarii (wykonujących wszelkiego rodzaju czynności urzędowe w ramach otrzymanego zlecenia, które to czynności należą do państwowych lekarzy weterynarii w myśl niniejszego Rozporządzenia). W przypadku, gdy choroba podlegająca obowiązkowi zwalczania w myśl opisywanego Rozporządzenia wystąpiła u zwierząt będących pod nadzorem władz wojсковych, stanowiąc jednocześnie własność Państwa, koordynacja działań związanych z jej zwalczaniem należała wówczas do władz

wojskowych. Minister Rolnictwa oraz Minister Spraw Wojskowych wspólnie organizowali zwalczanie chorób zakaźnych zwierząt, gdy chore zwierzęta znajdowały się czasowo lub stale poza obrębem zarządzanym przez władze wojskowe oraz w przypadku, gdy się w nim znajdowały nie stanowiąc jednocześnie własności Państwa (zarządzenie Ministra Rolnictwa Nr 994/W.II. z dnia 13 marca 1928 r., wydanym w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych „W sprawie współdziałania władz wojskowych i administracyjnych przy zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych”). W przypadku niewykonania zarządzeń wydanych na mocy Rozporządzenia Prezydenta z 1927 r. oraz rozporządzeń na nim opartych przez adresatów tych zarządzeń, właściwe władze administracyjne mogły przeprowadzić wykonanie wydanych zarządzeń na koszt osób zobowiązanych do ich wykonania.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku regulowało także w szczegółowy sposób stosowanie środków mających na celu uniemożliwienie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych zwierząt. Dotyczyło to głównie zapobieganiu możliwości przeniesienia chorób zakaźnych z zagranicy (Rozdział II, art. 10-14) jak również uniemożliwienie ich rozprzestrzeniania się na terytorium kraju (Rozdział III, art. 16-29). W sytuacji groźnego niebezpieczeństwa przeniesienia choroby zakaźnej z zagranicy, konkretyzacja nakazów i zakazów zawartych w niniejszym rozporządzeniu powierzona została Ministrowi Rolnictwa (art. 11-13). Do kompetencji Ministra Rolnictwa należało także reglamentowanie importu i tranzy-

tu zwierząt, produktów pochodzenia zwierzęcego oraz innych towarów. Na podstawie postanowień zawartych w art. 11 rozporządzenia z 1927 roku, określającego kompetencje ministra rolnictwa, wydanych zostało szereg przepisów wykonawczych dotyczących przywozu i przewozu z zagranicy zwierząt, ich części oraz wytworów i surowców pochodzenia zwierzęcego. Przywóz i przewóz zwierząt oraz surowców pochodzenia zwierzęcego regulowały także zawarte ówczesnie przez państwo polskie umowy (konwencje) weterynaryjne między innymi z Czechosłowacją, Włochami, Francją, Bułgarią oraz Węgrami.

W celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych na terytorium kraju, na mocy rozporządzenia Prezydenta, ustanowiony został nadzór weterynaryjny władz administracyjnych nad wszelkiego rodzaju targami, jarmarkami, „pokazami” (wystawami) zwierząt, rzeźniami publicznymi i prywatnymi, mleczarniami oraz lecznicami i uzdrowiskami dla zwierząt. Konkretyzacja już sposobu prowadzenia opisywanego nadzoru weterynaryjnego powierzona została Ministrowi Rolnictwa, który dokonał tego w Rozporządzeniu z dnia 12 czerwca 1928 r., wydanym w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Ministrem Skarbu „W sprawie nadzoru weterynaryjnego” (Dz. U. Nr 65, poz. 597), w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych z dnia 20 października 1932 r., wydanym w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych i Skarbu „W sprawie nadzoru weterynaryjnego” (Dz. U. Nr 111, poz. 922). Szczegółowy natomiast tryb postępo-

wania urzędowego lekarza weterynarii przy stwierdzeniu poszczególnych chorób zakaźnych zwierząt wskazywało rozporządzenie Ministra Rolnictwa z dnia 9 stycznia 1928 r., wydane w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych, Skarbu i Komunikacji „W sprawie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 19, poz. 167). Przepisy rozporządzenia Prezydenta z 1927 roku wskazywały środki, mające charakter środków porządkowych, które mogły być wprowadzone przez Ministra Rolnictwa oraz odpowiednie organy administracyjne na terytorium całego kraju lub jego części w celu uniemożliwienia rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. Środki te mogły być wprowadzane przez upoważnione do tego organy na podstawie ich własnego uznania o konieczności ich przedsięwzięcia. Był to np. zakaz lub ograniczenie wstępu pewnym osobom od określonych miejsc, nakaz oczyszczania i dezynfekcji miejsc, w których przetrzymywane są zwierzęta, nakaz okresowego badania zwierząt, ich rejestracji oraz znakowania, nakaz dostarczania zwłok zwierząt do wyznaczonych miejsc (art. 16, 17).

Rozporządzenie Prezydenta z 22 sierpnia 1927 roku zawierało szczegółowy tryb postępowania przy zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt. Rozdział IV niniejszego rozporządzenia, zatytułowany „O środkach przeciwko poszczególnym zaraźliwym chorobom zwierzęcym”, jak również rozporządzenia wykonawcze Ministra Rolnictwa zarówno w odniesieniu do chorób zakaźnych wyszczególnionych w rozporządzeniu Prezydenta, jak i do chorób, na które został roz-

szerzony obowiązek zgłaszania i zwalczania, wskazywały cały katalog możliwych do zastosowania środków ochronnych przed rozprzestrzenieniem się choroby oraz do likwidacji jej ogniska (2).

Rozdział IV, pkt. 11, art. 65-71 Rozporządzenia Prezydenta z 22 sierpnia 1927 r., poświęcony jest zwalczaniu wścieklizny. Podobnie jak przy innych chorobach zakaźnych zwierząt, tak i w przypadku podejrzenia u zwierząt objawów chorobowych przypominających wściekliznę, właściciele zwierząt zgodnie z treścią art. 65 mieli obowiązek takie zwierzęta odosobnić od ludzi oraz od innych zwierząt. Opisywani właściciele zwierząt mieli także obowiązek powiadomienia o zaistniałym fakcie odpowiednich organów administracji państwowej (art. 20). W sytuacji gdy na danym terenie znajdował się pies, który nie stanowił niczyjej własności, a u którego podejrzewano lub rozpoznano wściekliznę, organy administracji państwowej miały obowiązek podjąć działania zmierzające do niezwłocznego zabicia lub schwywania opisywanego zwierzęcia. Wyjątkiem od opisanego postępowania była sytuacja, gdy zwierzę podejrzanе o wściekliznę skaleczyło człowieka. W takiej sytuacji w myśl art. 66 rozporządzenia „starosta winien wedle możliwości zarządzić zamknięcie zwierzęcia i jego obserwację”. Na organach administracji państwowej (głównie starostach) spoczywał także obowiązek natychmiastowego zabicia zwierzęcia, u którego w sposób urzędowy została rozpoznana wścieklizna, jak również podejrzanе tylko o wściekliznę psy i koty. Starostowie byli zobowiązani do należytego, wykluczającego niebezpieczeństwo rozprzestrzenienia się wścieklizny, usunięcia zwłok

zabitych zwierząt oraz skóry pochodzącej z opisywanych zwierząt, sierści, włosów, rogów, kopyt i racic. Wszelkiego rodzaju otwieranie zwłok zwierząt chorych oraz podejrzanych o wściekliznę mogło się odbywać tylko pod nadzorem państwowego lekarza weterynarii. Za podejrzane o wściekliznę w myśl art. 67 należało uznać zwierzęta, które miały bezpośredni kontakt ze zwierzęciem chorym lub podejrzany o wściekliznę. Największe obostrzenia w przypadku zwalczania wścieklizny u zwierząt dotyczyły psów i kotów. Zwierzęta te w myśl rozporządzenia Prezydenta uznawane były za podejrzane o zarażenie wścieklizną w przypadku, gdy przy braku dowodów na ich bezpośredni kontakt ze zwierzęciem podejrzany lub chorym na wściekliznę istniało przypuszczenie, że zetknęły się z takim zwierzęciem. Starostowie wówczas, na których spoczywało najwięcej obowiązków związanych z administracyjnym zwalczaniem wścieklizny, mieli obowiązek zarządzić zabicie opisywanych psów i kotów oraz obserwację innych gatunków zwierząt. W szczególnie uzasadnionych tylko przypadkach, nieskonkretyzowanych w treści rozporządzenia, starostowie mieli prawo do odstąpienia od nakazu zabicia podejznanego o wściekliznę psa lub kota. Taki pies lub kot miał być jednak odizolowany oraz poddany obserwacji (art. 67). W przypadku gdy podejrzany lub chory na wściekliznę pies, u którego fakt prawdopodobieństwa lub występowania choroby został potwierdzony w sposób urzędowy, biegał swobodnie po danym terenie, starosta miał obowiązek na ściśle określonym przez siebie obszarze, zarządzić trzymanie psów na uwięzi lub prowadzenie na smyczy zaopa-

trzonych w „bezpieczne kagańce”. Na staroście w opisywanej sytuacji czuwał także obowiązek wydania zakazu „swobodnego puszczenia kotów”. Gdy właściciele zwierząt nie zastosowali się do powyższych zarządzeń, starosta miał prawo w takim przypadku zarządzić „niezwłoczne zabicie zwierzęcia”. Od powyższych zakazów i nakazów starostowie mogli w świetle art. 70 rozporządzenia Prezydenta czynić wyjątki, np. w stosunku do psów myśliwskich, policyjnych oraz pociągowych. Starostowie mieli także prawo zarządzać organizowanie obław w przypadku pojawienia się wścieklizny u zwierzyny dzikiej. Zwierzęta rzeźne, u których zdiagnozowano lub podejrzewano wściekliznę, nie mogły być poddawane ubojowi. Natomiast pozyskane wcześniej mleko oraz jego przetwory z takich zwierząt nie mogły być wprowadzone do obrotu i w jakikolwiek inny sposób użytkowane. Poniesione koszty związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych zwierząt pokrywane były głównie z budżetu państwa. Możliwość otrzymania takiej rekompensaty pieniężnej związana była z zaistnieniem szeregu warunków oraz okoliczności. W przypadku niektórych czynności związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych zwierząt kosztami obciążeni byli posiadacze zwierząt lub osoby prowadzące działalność związaną z obrotem i skupem zwierząt lub wytwarzaniem produktów pochodzenia zwierzęcego (art. 94, 95). Art. 75 stanowi, że odszkodowanie od Państwa należy się właścicielom zwierząt, które zostały zabite w wyniku decyzji władz państwowych działających na mocy rozporządzenia Prezydenta. Odszkodowanie to, w myśl art. 80 wynosiło trzy czwarte wartości sza-

cunkowej, gdy zwierzęta chorowały na wściekliznę. Zapomogę wypłacano w myśl art. 76 w przypadkach, gdy zwierzęta padły na skutek urzędowo stwierdzonej wścieklizny (zwierzęta jednokopytne, bydło rogate, świnie, owce i kozy).

Wartość szacunkową zwierzęcia lub „zbiorowiska zwierząt”, w myśl art. 84 rozporządzenia Prezydenta, stanowiła średnia z trzech kwot oszacowanych przez dwóch biegłych oraz państwowego lekarza weterynarii. Warunkiem jednakże wypłaty właścicielowi chorego zwierzęcia odszkodowania lub zapomogi było jego wcześniejsze stosowne zachowanie, wynikające z nałożonych na właścicieli zwierząt obowiązków. Zarówno odszkodowanie i zapomoga, jak również różnica w wysokości świadczenia między tymi dwiema formami rekompensaty przy takiej samej chorobie, stanowiła istotny instrument walki z chorobami zakaźnymi zwierząt.

Rozdział VII Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. stanowiły „Postanowienia karne”. Zgodnie z artykułami tej części rozporządzenia Prezydenta, wszelkiego rodzaju postępowanie niezgodne z postanowieniami rozporządzenia w obszarze życia który regulował, zagrożone było karą aresztu oraz grzywny, jak również często przejęciem przez państwo określonych dóbr (art. 98 – 108).

Przepisem prawnym wykonawczym do Rozporządzenia Prezydenta z dnia 22 sierpnia 1927 r. dotyczącym zwalczania wścieklizny (art. 20) było Rozporządzenie Ministra Rolnictwa z dnia 9 stycznia 1928 r., wydane w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrz-

nych, Skarbu i Komunikacji „W sprawie wykonania Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 19, poz. 167, z uwzględnieniem późniejszych zmian). Niniejsze rozporządzenie Ministra Rolnictwa stanowiło obszerną regulację prawną, będącą wraz z aktami prawnymi niższego rzędu, wydanymi na podstawie opisywanego rozporządzenia, ścisłą konkretyzacją treści Rozporządzenia Prezydenta z 1927 roku. Część C rozporządzenia Ministra Rolnictwa zatytułowana „Postępowanie przy tłumieniu poszczególnych chorób zwierzęcych” zawierała szczegółowy opis zwalczania poszczególnych chorób zakaźnych zwierząt wymienionych w art. 20 Rozporządzenia Prezydenta z 1927 roku, jak również chorób wymienionych w rozporządzeniach wydanych w późniejszym okresie czasu, jako choroby zwalczane z urzędu. Regulowały one szczegółowy tryb postępowania przy zwalczaniu chorób zakaźnych, zawierając jednocześnie wyczerpujący katalog możliwych do zastosowania środków ochronnych przed rozprzestrzenianiem się choroby oraz tych, służących do likwidacji ognisk choroby. Paragrafy 314 – 340 rozporządzenia Ministra Rolnictwa z 9 dnia stycznia 1928 roku regulowały zwalczanie wścieklizny u zwierząt. Treść zawarta w par. 314 – 331 poświęcona była zwalczaniu wścieklizny u psów i kotów. Nakładała ona szereg obowiązków zarówno na właścicieli opisywanych zwierząt jak również, a może przede wszystkim na organy administracji państwowej. Część artykułów dotyczących zwalczania wścieklizny u zwierząt zawarta w Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa była

niejako powtórzeniem artykułów zawartych w Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z 1927 r. Za podejrzane o zakażenie wścieklizną psy i koty uważano takie zwierzęta, co do których istniało choćby tylko przypuszczenie, że miały one kontakt ze zwierzęciem chorym lub podejrzanym o wściekliznę. Osoba natomiast, która była właścicielem psa lub kota podejrzanego lub chorego na wściekliznę miała obowiązek odosobnić opisywane zwierzęta od ludzi oraz innych zwierząt a następnie „donieść o tym najbliższemu posterunkowi policji lub bezpośrednio staroście” (par. 315 – 314). „Władza gminna” zobowiązana była do niezwłocznego schwytania lub zabicia wściekłego lub podejrzanego psa lub kota. W przypadku gdy nie było to możliwe, powiadomiona musiała być „sąsiednia władza gminna i najbliższy posterunek policji”. Starostowie otrzymawszy zgłoszenie, że na danym terenie znajdują się zwierzęta chore lub podejrzane o wściekliznę zobowiązani byli w świetle par. 318 do zarządzenia zbadania zaistniałego stanu rzeczy przez powiatowych lekarzy weterynarii, a w przypadku gdy opisywane zwierzę przedostało się na teren innego powiatu do niezwłocznego powiadomienia odpowiedniego starosty. Niezwłoczny sposób powiadomienia starosty sąsiedniego powiatu zgodnie z par. 317 miał się odbyć za pomocą telegrafu lub telefonu. Także gdy urzędowo stwierdzono, że pies chory na wściekliznę lub podejrzany o tę chorobę biega swobodnie, starosta zobowiązany był do wprowadzenia na okres trzymiesięczny dla ściśle określonego przez siebie obszaru zagrożonego, obowiązku „trzymania psów na uwięzi, a w razie prowadzenia psów – zaopa-

trzenia ich w bezpieczne kagańce i trzymanie na smyczy, jako też zakazać swobodnego puszczenia kotów”. Obowiązek ten dotyczył także psów i kotów wprowadzonych na obszar zagrożony po wejściu w życie przepisów wydanych dla tego obszaru. Wyjątek od opisywanego zarządzenia co do zastosowania którego starosta miał „wolną rękę” stanowiły psy myśliwskie, policyjne, pociągowe i owczarskie. Warunkiem z kolei zastosowania przez starostę w/w wyjątku, stanowiło zobowiązanie właścicieli tych zwierząt do trzymania zwierząt na uwięzi oraz zaopatrzenia ich w „bezpieczne kagańce”. Do obszaru zagrożonego wścieklizną należało zaliczyć wszystkie miejscowości na terenie których wściekły lub podejrzany o wściekliznę pies biegał, jak również wszystkie miejscowości znajdujące się w promieniu około dziesięciu kilometrów od tych miejscowości. Na określenie przez starostę wielkości okręgu zagrożonego wpływ miały także różnego rodzaju warunki naturalne danego terenu np. rzeki, jeziora, itp. (par. 327 – 328). Wyprowadzanie psów z okręgu zagrożonego dopuszczalne było, zgodnie z par. 329, tylko po uzyskaniu zgody starosty pełniącego swoją funkcję na obszarze uznanym za zagrożony. Zgoda starosty uwarunkowana z kolei była uznaniem psa za niepodejrzanego o wściekliznę przez powiatowego lekarza weterynarii. Starosta udzielając zgody na wywóz z obszaru zagrożonego psa, miał jednocześnie obowiązek powiadomienia o tym starostę powiatu na którym miało przebywać opisywane zwierzę. Do psa wwiezionego do innego powiatu należało stosować obostrzone przepisy stosowane na obszarze uznanym za zagrożony. Starostowie powiatów, na któ-

rych terenie wyznaczone zostały obszary zagrożone wścieklizną, mieli również prawo w przypadku pojawienia się wścieklizny wśród zwierząt dzikich zarządzić obławy. Psy oraz koty, co do których właściciele nie zastosowali wydanych dla okręgu zagrożonego przez właściwego starostę zarządzeń, jak również schwymane podczas prowadzenia obław psy, koty oraz zwierzęta dzikie ulegały zabiciu (par. 330). Starostowie mogli jednak czynić wyjątki w opisanej sytuacji co do psów i kotów, po uzyskaniu zgody właściwego wojewody. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych z dnia 15 listopada 1932 r. „O zmianach w Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa z dnia 9 stycznia 1928 r. w sprawie wykonania Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych.” (Dz. U. z 1933 r. Nr 7, poz. 45), wprowadziło istotną zmianę do opisywanego par. 330. Zmiana dotyczyła postępowania z lisami zabitymi podczas przeprowadzania obław. Zabite lisy należało nieszkodliwie usunąć a otwieranie zwłok takich zwierząt dopuszczalne było tylko w obecności urzędowego lekarza weterynarii w danym powiecie.

Każdy przypadek urzędowego stwierdzenia wścieklizny u zwierząt starosta zobowiązany był podać do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w danym powiecie oraz zobowiązany był zawiadomić o takim przypadku starostów sąsiednich powiatów. Wszystkie psy oraz koty, u których w sposób urzędowy stwierdzono wściekliznę, podejrzane o wściekliznę oraz podejrzane o zarażenie się wścieklizną ulegały z mocy nakazu starosty zabiciu. W wyjątko-

wych sytuacjach, po uzyskaniu uprzedniej zgody wojewody, starosta mógł odstąpić od wydania nakazu zabicia psa podejrzanego o zarażenie się wścieklizną. Mogło to nastąpić pod warunkiem, że podejrzany o zakażenie pies będzie podlegał zamknięciu i obserwacji przez okres trzech miesięcy. Podobnie, gdy podejrzany o wściekliznę pies skaleczył człowieka, starosta mógł w świetle przepisów Rozporządzenia Ministra Rolnictwa także odstąpić od nakazu zabicia zwierzęcia. Kolejnym warunkiem możliwości podjęcia przez starostę opisywanej decyzji był warunek, że pozostawienie przy życiu psa podejrzanego o wściekliznę nie spowoduje bezpośredniego zagrożenia dla ludzi oraz zwierząt (par. 323). Zwierzę takie ulegało z mocy decyzji starosty zamknięciu oraz musiało zostać zbadane przez „powiatowego lekarza weterynaryjnego” w ciągu ośmiu dni od dnia stwierdzenia podejrzenia o wściekliznę. Jeżeli przeprowadzone badanie nie przyniosło jednoznacznej odpowiedzi, opisywany pies nadal musiał pozostać w odosobnieniu, a na powiatowym lekarzu weterynarii ciążył obowiązek przeprowadzenia ponownego badania po upływie dalszych ośmiu dni. Gdy wynik takiego badania był negatywny, starosta uchylał wydane przez siebie zarządzenie dotyczące zamknięcia opisywanego psa.

Administracyjny sposób postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania wścieklizny u innych zwierząt gospodarskich był z niewielkimi różnicami podobny do opisanego powyżej sposobu postępowania w stosunku do psów i kotów. Jego opis zawierały par. 332 – 337 opisywanego Rozporządzenia Ministra Rolnictwa. Zwie-

rzęta, u których stwierdzono wściekliznę, były na mocy decyzji administracyjnych zabijane. Użytkowanie i wprowadzanie do obrotu mleka z takich zwierząt oraz jego przetworów było zakazane. W stosunku do zwierząt jednokopytnych i bydła rogatego, podejrzanych o zakażenie, właściwy miejscowo starosta zarządzał obserwację na okres sześciu miesięcy, a w stosunku do owiec, kóz i świń na okres trzech miesięcy. Zwierzęta te podlegały zamknięciu w odosobnieniu z zastosowaniem par. 322 i 332 niniejszego rozporządzenia. Ubój zwierząt poddanych obserwacji dozwolony był w miejscu ich przebywania, pod jednakże warunkiem, że zwierzę zostanie wcześniej zbadane przez powiatowego lekarza weterynarii, a po uboju części danego zwierzęcia, na których znajdują się podejrzane rany lub blizny zostaną nieszkodliwie usunięte. Starosta miał także możliwość udzielenia zezwolenia na wyprowadzenie zwierząt poddanych obserwacji po uprzednim poinformowaniu starosty właściwego ze względu na powiat, do którego miało być wyprowadzone zwierzę. Wydanie takiego zezwolenia mogła uzasadniać lokalizacja rzeźni, w której miało dojść do uboju opisywanego zwierzęcia lub przewiezienie zwierzęcia do innej miejscowości celem prowadzenia w dalszym ciągu jego obserwacji.

Streszczenie

Z uwagi na brak skutecznych środków i metod leczenia wścieklizny (groźnej zoonozy), priorytetowego znaczenia nabiera właściwe postępowanie zapobiegawcze. W tym właśnie celu zaczęto tworzyć

normy postępowania, których zadaniem było ograniczenie możliwości wystąpienia ogniska choroby zakaźnej oraz normy określające zasady postępowania w przypadku jej pojawienia się. Badaniem objęto akty prawne wydane przez organa władzy państwowej Rzeczypospolitej Polskiej przed II Wojną Światową - pozbawione już mocy prawnej. Postęp w naukach biologicznych i medycznych w drugiej połowie XVII i XVIII wieku oraz organizowanie w tym okresie szkół weterynaryjnych przyczyniły się do podejmowania pierwszych w historii Polski akcji natury administracyjnej, zmierzających do ograniczenia skutków wścieklizny. Podstawowym aktem prawnym regulującym zwalczanie chorób zakaźnych u zwierząt, w tym wścieklizny, w okresie międzywojennym było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. „O zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 77, poz. 673 ze zmianami). Określało ono m.in. również sposób stosowania administracyjnych środków, za pomocą których zapobieganie lub likwidowanie ogniska choroby zakaźnej byłoby możliwe, powierzając jednocześnie tę kwestię organom administracji państwowej. Każdy przypadek urzędowego stwierdzenia wścieklizny u zwierząt starosta zobowiązany był podać do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w danym powiecie oraz zobowiązany był zawiadomić o takim przypadku starostów sąsiednich powiatów. Wszystkie psy oraz koty u których w sposób urzędowy stwierdzono wściekliznę, podejrzane o wściekliznę oraz podejrzane o zarażenie się wścieklizną ulegały z mocy nakazu starosty zabiciu.

Piśmiennictwo

1. *Buczek J.*: Wścieklizna – historia, stan obecny, kontrola epidemiologiczna. *Medycyna Wet.* 1999, 55, 783–787.
2. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. „O zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 77, poz. 673 z późniejszymi zmianami).
3. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa z dnia 9 stycznia 1928 r., wydane w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Skarbu i Komunikacji „W sprawie wykonania Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych” (Dz. U. Nr 19, poz. 167, z późniejszymi zmianami).
4. *Malinowska T.*: Podstawy prawne i zasady administracyjnego zwalczania chorób zakaźnych zwierząt. Wyd. SGGW, Warszawa, 2003.
5. *Malinowska T.*: Regulacje prawne i praktyczne możliwości ich wykorzystania w likwidacji salmonelozy u drobiu. Mat. I Krajowej Konferencji Naukowej, Olsztyn, 1996.
6. *Malinowska T.*: Rola prawa w zwalczaniu źródeł rozprzestrzeniania się salmonelozy. Mat. I Krajowej Konferencji Naukowej, Olsztyn, 1996.

MAŁOPŁYTKOWOŚĆ JAKO CECHA RASY PSÓW OGAR POLSKI

Jacek Micuń, Małgorzata Sobczak-Filipiak,
Anna Winnicka**, Joanna Mieczkowska, Magdalena
Żmudzka, Roman Lechowski

Zakład Chorób Wewnętrznych, *Zakład Patologii,
**Zakład Diagnostyki Klinicznej i Laboratoryjnej,
Katedra Nauk Klinicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159c, 02-776 Warszawa,
jacekmicun@tlen.pl

W ocenie stanu klinicznego pacjenta weterynaryjnego na podstawie badań morfologicznych i biochemicznych krwi, podobnie jak w diagnostyce u ludzi stosuje się normy ustanowione dla poszczególnych parametrów laboratoryjnych.

W przypadku niektórych ras psów, a także innych gatunków zwierząt, występują typowe dla nich i nie mające wpływu na stan kliniczny odchylenia niektórych parametrów morfologicznych i biochemicznych krwi. Przykładem takiego zjawiska może być często stwierdzany w surowicy krwi u terierów szkockich podwyższony poziom fosfatazy zasadowej (19).

U wielu ras chartów, w tym greyhondów, saluki, chartów afgańskich oraz wippetów stwierdza się, w porównaniu z innymi rasami psów w badaniu hematologicznym podwyższony hematokryt (19, 20). Otterhound i Cavalier King Charles spaniel mają z kolei

zwiększoną w stosunku do innych ras psów średnią objętość płytki krwi (1, 18, 19). W przypadku dalmatyńczyków istnieje istotna różnica w metabolizmie białek, która powoduje, że końcowym produktem ich przemiany u tej rasy jest kwas moczowy, a nie mocznik jak u pozostałych ras psów. U japońskich akit oraz shib występuje rzekoma hiperkaliemia spowodowana zwiększoną zawartością jonów potasu w erytrocytach w stosunku do surowicy krwi (19). U młodych wilczarzy irlandzkich w surowicy stwierdza się podwyższony poziom amoniaku w porównaniu z innymi rasami psów (4, 19).

Opisano również przypadek występowania odchyleń wartości parametrów morfologicznych krwi charakterystycznych dla koni hiszpańskiej rasy Lipizzan. Stwierdzono, że u zwierząt tej rasy występują istotne statystycznie różnice dotyczące wskaźników czerwono-krwinkowych w porównaniu do innych koni ras gorącokrwistych. Lipizzany cechują się obniżoną liczbą leukocytów i erytrocytów, zwiększoną średnią objętością krwinki czerwonej i średnią masą hemoglobiny w krwince, a także obniżonym stężeniem hemoglobiny w krwince czerwonej (3).

Podczas badania krwi u zdrowych psów rasy ogar polski autorzy niejednokrotnie spotkali się z małopłytkowością, nie mającą związku ze stanem klinicznym tych zwierząt. W związku z tym, a także w świetle wyżej przedstawionych odchyleń od „klasycznej normy”, różnych parametrów u innych ras psów, postanowiono zbadać ten problem.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono u 38 ogarów polskich: 16 psów i 22 suk w wieku od 5 miesięcy do 14 lat. Grupę kontrolną stanowiło 80 psów ras: bokser, jamnik, owczarek niemiecki i mieszaniec (po 20 osobników z każdej grupy). Wszystkie zwierzęta były klinicznie zdrowe. Materiał do badań stanowiła krew obwodowa pobierana z żyły odpromieniowej do probówek z antykoagulantem w postaci wersenianu potasu. Wykonano pełne badanie morfologiczne krwi z wykorzystaniem analizatora hematologicznego Abacus, rozmazy krwi barwiono metodą May-Grunwalda i Giemsy. Płytki krwi oznaczane były wyłącznie w analizatorze Abacus wykorzystującym metodę impedancyjną.

Wyniki przeanalizowano wykorzystując pakiet statystyczny SPSS 120 wraz z procedurą GLM. Zmienną zależną stanowiła liczba płytek u wszystkich badanych psów, którą skorelowano z rasą.

Wyniki

Tabela 1. Średnie liczba płytek krwi (G/l)u badanych psów zależnie od rasy.

Rasa	n	Średnia	Błąd standardowy	p
ogar polski	38	166,7	11,6	*
bokser	20	410,1	14,7	NS
jamnik	20	380,2	18,2	NS
mieszaniec	20	361,3	16,2	NS
owczarek niemiecki	20	403,5	14,5	NS

N – liczba zwierząt w grupie, P – istotność różnic wyników uzyskanych u ogarów polskich w stosunku do innych ras psów, * - $p \leq 0.05$, NS – brak istotnych różnic

Średnia wartość płytek krwi u badanych ras psów bez ogarów polskich wynosiła 344, 4 +/- 6,85

Tabela 2. Wybrane parametry hematologiczne badanych psów rasy ogar polski.

Badany wskaźnik	Zakres (wartość min. – wartość maks.)	Średnia w grupie	Norma (wg 22)
Płytki krwi (G/l)	61 – 226	167	200-580
Erytrocyty (T/l)	5,34 – 8,47	6,89	5,5 – 8,5
Hemoglobina (G/l)	12,90 – 20,00	17,37	12 – 18
Hematokryt (l/l)	36,80 – 60,00	50,48	37 – 55
MCV (ft)	64 – 81,9	73,79	60 – 77
MCHC (g/dl)	31,9 – 43,6	34,65	32 –36
Leukocyty (G/l)	4,04 – 11,7	7,78	5 – 17

Omówienie wyników

Płytki krwi stanowią obok erytrocytów i leukocytów składnik morfotyczny krwi. Trombocyty odgrywają ważną rolę w procesie krzepnięcia krwi. Po uszkodzeniu naczynia krwionośnego dochodzi do jego skurczu oraz adhezji płytek krwi do uszkodzonych komórek endotelium (5, 8, 10, 14, 16). Zaburzenia dotyczące płytek krwi mogą przybierać formę trombocytopenii, trombocytopatii oraz trombocytozy (2, 8, 14, 16, 21).

Trombocytopenia to spadek liczby płytek krwi w krwi krążącej poniżej 200000/ μ l (9, 10, 11, 12, 14). W przypadku płytek krwi znaczenie ma nie tylko bezwzględna liczba ale też ich wiek i stan czynnościowy. Małopłytkowość może być wynikiem przyspieszonego niszczenia, zwiększonego zużycia, zaburzenia podziałów,

zaburzenia powstawania płytek lub kombinacji tych procesów. Najczęściej psy z małopłytkowością trafiają do lekarza z powodu krwawień po urazach. Można zaobserwować powierzchowne wylewy krwawe na skórze i błonach śluzowych, krwawienia z nosa, dziąseł, wlewy krwi w siatkówce i twardówce, krwawe stolce czy krwimocz oraz trwające długo krwawienie po pobraniu krwi z żyły (10, 14, 16). Jednak nie zawsze małopłytkowość musi być objawem chorobowym.

W badaniach własnych wykazano, że u ogarów polskich średnia liczba płytek wynosiła $167 \pm 11,6$ G/l i różniła się istotnie ($p \leq 0,05$) od liczby płytek u pozostałych badanych ras psów ($345 \pm 6,9$ G/l). Nie wykazano także istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi rasami psów z grupy kontrolnej. Wartości te mieściły się w zakresie norm referencyjnych dla psów (9, 14, 21, 22, 23).

Pozostałe wskaźniki hematologiczne u psów rasy ogar polski nie różniły się istotnie od normy podawanej w literaturze (9, 14, 21, 22, 23).

Ogary polskie są starą rasą psów gończych powstałą w średniowieczu.

Jan hr. Ostroróg był wychowawcą Zygmunta III Wazy, kasztelanem i wojewodą poznańskim, znakomitym politykiem oraz doskonałym znawcą gospodarki ziemiańskiej i zapalonym myśliwym. Osiadły w Komarnie na Rusi, w majątku rodzowym żony, wiele uwagi poświęcił gospodarce i na te tematy napisał kilka traktatów. Najwcześniej z nich drukowane pisma o psach myśliwskich przyniosły autorowi też i największą sławę. Są one nielicznymi pisanymi dowo-

dami na wielowiekową tradycję posiadania ogarów i polowania z nimi. Najważniejszym dziełem hr. Ostroroga było wydane we fragmentach w 1608 roku przez drukarza krakowskiego Jana Piotrowczyka „Myślistwo z ogary” jest ono pierwszym traktatem poświęconym wyłącznie psom, ich hodowli i układaniu do polowania. Pełne wydanie „Myślistwa z ogary” ukazało się dziesięć lat później w oficynie Bazylego Skalskiego również w Krakowie. Traktat ten ilustruje stan ówczesnej wiedzy o psach. Ostroróg pisze: „Kto chce wiedzieć po jakich psach szczenięta chować trzeba mu naprzód wiedzieć, co za przymioty są psa dobrego ...” Z tego opracowania przetrwał do dziś pierwszy opis ogara: „Siła psia znaczy się grzbietem, który ma być kształtny, kościsty, pieczeniasty i długi. Pod takim grzbietem noga sucha, żyłowata”- pies takiej budowy sprawny był w ruchu i wytrwale gonił zwierzynę, a obdarzony czułym węchem szybko ją wytrapiał: „Czuch zasię znaczy się nosem a trąbą, bo nosem wiatru nabiera, a trąba go mózgowi podaje. Stądże nos ma być wielki, nozdrza przestronna, wigotna; ... Bo kiedy pies czuchu nie ma, nie może zgoła gonić... A czuchu dwojako pies używa: który ma doskonalszy, wiatrem, który ma słabszy, tropem, tamtego zowią wietrzy, tego kopytny.” Także hr. Ostroróg podkreślał fakt właściwego wychowania i traktowania psa przez człowieka- myśliwego: „Myśliwiec jest jakoby hetman, wódz i sprawca psi, który jemi rządzi ma i sprawować je, używając ich rozrywki i zmysłu, i mocy do słusznego szukania, przedniego znalezienia i ugonienia zwierzęcia. Czemu aby dosyć uczynił, trzeba żeby go psi słuchali: a to będzie kiedy go będą miłować, i wie-

rzyć mu. Żeby go tedy miłowali, ma się doma między nimi bawić, głaskać, karmić, nie tylko u koryta, ale i z waczka czymkolwiek na potkaniu; co najczęściej ma się z nimi pieścić rozmaicie, grać, sypiać między nimi i wszystkich sposobów szukać, żeby go psi miłowali”. Hr. Ostroróg był również aurorem „Nomenklatury ogarów” gdzie zamieścił ponad trzysta imion nadawanych wyłącznie psom gończym, swoje dzieło uzasadniał: „Mordują się często myśliwcy, imiona psom wymyślając, często ladajako przeżywają, przeto jakich się słycać dostawało, spisać się zdało. Jedne competund psom polskiem; drugie francuskim, trzecie litewskiem, czwarte inflandzkim i żmudzkiem, bo teraz w Polsce z tych czterech rodzajów psów ledwie nie wszystkie myślistwa złożone; jednak nie według tej dictinctey, ale według abecadła się pisze”. Tradycja nadawania staropolskich imion ogarów trwa do dziś. Ogarom o dźwięcznych głosach nadawano imiona: Arfa, Bęben, Dzwonek, Fletnia, Piszczek, Tenor; szybkim w biegu: Goniec, Lotka, Nawrot, Zatocz; bystrym: Chytra, Figiel, Mędrek. Inne imiona zaczerpnięte zostały z mianownictwa dzikich zwierząt, ptaków, owadów- Bobrek, Dziecioł, Lis, Mrówka; inne jeszcze z nazewnictwa drzew i kwiatów- Jaskier, Jawor, Łoza albo od nazw zawodów i rzemiosł- Bosman, Flis, Kruchta, Młynarz, Sitarz, Włodarz. Pisząc o ogarach należy wspomnieć o postaci księdza Kluka- proboszcza Ciechanowca- przyrodnika- samouka. Swoje studia nad historią naturalną opierał na bogatej bibliotece i kolekcji przyrodniczej księżnej Anny z Sapiechów Jabłonowskiej. Dzięki zamiłowaniu i wytrwałej pracy zdobył dużą wiedzę, która umożliwiła mu napisanie

czterotomowego dzieła naukowego „Zwierząt domowych i dzikich a osobliwe krajowych historii naturalnej początki i gospodarstwo”, wydanego w 1779 roku. W jego zoologiach splótł się dwa elementy: naukowy oparty na pracach Linneusza i de Buffona i praktyczny-gdzie podał krótkie informacje o znanych mu rasach psów i ich wykorzystaniu w gospodarstwie i myślistwie. „ Pies domowy: jest to ów zwierz między wszystkimi najbardziej kochający swego pana”. Pisał również o psach myśliwskich w tym o ogarach: „Ogary, charty, wyżły, jamniki należą do polowania”. Wspomniany wcześniej hr. Ostroróg pierwszy opisał najczęściej występujące u psów choroby, ich objawy, i podał tradycyjne sposoby ich leczenia. Najgroźniejszą chorobą, bo niebezpieczną dla życia zwierzęcia i otoczenia była wścieklizna, o której pisze, że „ (...) rodzajów jest kilkanaście różnych, które opisać trudno, leczyc jeszcze trudniej”. Jedynie „dryakiew wenecka przednia, (..) piwonia prosta i róża polna (...) podane psom, miały zabezpieczać zdaniem Ostroroga przed wścieklizną.(6)

Po drugiej wojnie światowej rasa praktyczne przestała istnieć. W 1945 roku nie było w Polsce hodowli ogarów polskich, dopiero w 1959 roku płk. Kartawik przywiózł z terenów byłego ZSRR dwie suki i psa. Zostały one rozpoznane przez myśliwych starszego pokolenia i zatwierdzone jako rasa przez Międzynarodową Federację Kynologiczną (13). Te psy wykorzystano do odtworzenia rasy. Obecnie populacja ogarów polskich liczy zaledwie około czterystu sztuk, żyjących przede wszystkim w Polsce oraz w Niemczech.

Ograniczony materiał genetyczny, służący do odtworzenia rasy ogar polski, mógł być przyczyną różnych zaburzeń, w tym hematologicznych, które z czasem utrwaliły się w postaci cechy rasowej. Podobną cechą - fizjologicznie mniejszą niż u psów innych ras liczbę płytek - zaobserwowano w badaniach morfologicznych u greyhoundów (20, 21). Również u japońskich psów rasy shiba spotykane jest to samo zjawisko (7, 21). Obserwowana w opisanych przypadkach trombocytopenia nie ma niekorzystnego wpływu na zdrowie psów.

Ogromna różnorodność ras, zmienne warunki chowu oraz dążenie do powielania określonego wzorca skutkują znacznymi odmiennościami w zakresie wielu parametrów. Wydaje się, że norma stworzona dla gatunku, w świetle uzyskanych wyników badań własnych a także danych z literatury, powoli powinna być zastępowana normą dla danej rasy.

Piśmiennictwo

1. *Bown S. J., Simpson K.W., Baker S., Spagnoletti M.A., Elwood C. M.*: Macrothrombocytosis in cavalier King Charles spaniels. *Vet. Rec.* 1994, 135: 281-283.
2. *Catalfamo J. L., Dodds W.L.*: Thrombopathies. In: *Feldman B.F., Zinkl J.G., Jain N.C.*, eds. *Schalm's Veterinary Hematology 2000*, 5th ed., 1042-1050. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. *Cebulj- Kadund N., Bozic M., Kosec M., Cestnik V.*: The Influence of Age and Gender on Hematological Parameters in Lipizzan Horses. *J. Vet. Med.* 2002: 5: 217.
4. *Clark P., Parry W.B.*: Some haematological values of Irish wolfhounds in Australia. *Aust. Vet. J.* 1997, 75:533-524.
5. *Dodds W.J.*: Hemostasis. In *Kaneko JJ (ed): Clinical Biochemistry of Domestic Animals*. San Diego, Academic Press 1989; 274-315.
6. *Forelle D., Szuszkiewiczowa. M.*: *Psia Księga*. Nasza Księgarnia 1976.
7. *Goodkin J.L., Brunch S.E., Rush L.J., Grindem C.B.*: Evaluation of microcitosis in 18 Shibas. *J. Am.Vet. Med. Assoc.* 212: 1258-1259.

8. *Hawiger J.*: Formation and regulation of platelet and fibrin hemostatic plug. *Hum. Pathol.* 1987; 18: 111.
9. *Feldman B.F.*: Thrombosis- diagnosis and treatment. In: Kirk R.W. (ed): *Current Veterinary Therapy IX*. Philadelphia, WB Saunders, 1986: 505-509.
10. *Green R.A.*: Hemostatic disorders: Coagulopathies and thrombotic disorders. In Ettinger SF (ed): *Textbook of Veterinary Internal Medicine*. Philadelphia. WB Saunders, 1989: 2246-2264.
11. *Lewis. D. C., Meyers K. M.*: Canine idiopathic thrombocytopenic purpura. *J. Vet. Int. Med.* 1996: 10: 207.
12. *Lewis D.C., Bruyette D.S., Kellerman D. L., Smith S.A.*: Thrombocytopenia in dogs with anticoagulant rodenticide induced hemorrhage: eight cases (1990- 1995) *J. Anim. Hosp. Assoc.* 33: 417.
13. *Lesiński W.K.*: „Ogary” Wydawnictwa Akcydensowe Warszawa 1988.
14. The Merck Veterinary Manual, 7-th edition, Merck & Co., Inc., 1991: 56, 58, 412, 428.
15. *Mount M.E.*: Diagnosis and therapy of anticoagulant rodenticide intoxications. *Vet. Clin. North. Am.* 1988: 115.
16. Niemand H. G., Suter P. F., *Praktyka kliniczna: psy*. *Galaktyka* 2003: 652- 655.
17. *Slappendel R.L.*: Disseminated intravascular coagulation. *Vet. Clin. North. Am.*: 1988, 18: 169.
18. *Smedile L. F., Houston D.M., Taylor S.M., Post K., Searcy G. P.*: Idiopathic, asymptomatic thrombocytopenia in Cavalier King Charles spaniels: 11 cases (1983-1993). *J. Am. Anim. Hosp. Assoc* 1997, 33: 411-415.
19. *Stockham S. T., Scott M. A.*: *Fundamentals of Veterinary Clinical Pathology*. Iowa State Press 2002.
20. *Sullivan P.S., Evans H.L., McDonalds T.P.*: Platelet concentration and hemoglobin function in greyhounds. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 205: 838- 841.
21. *Teske E.*: Estrogen- induced bone marrow toxicity, In: Kirk, R.W. (ed): *Current Veterinary Therapy IX*. Philadelphia: W.B. Saunders: 495.
22. *Troy G.C.*: An overview of hemostasis. *Vet. Clin. North. Am: Sm. Anim. Pract.* 1988,18: 5.
23. *Winnicka A.*: *Wartości referencyjne podstawowych badań laboratoryjnych w weterynarii* Wydawnictwo SGGW 1997.

KSZTAŁTOWANIE SIĘ RĘKOJMI ZA WADY FIZYCZNE KONI W POLSCE PRZED I PO DRUGIEJ WOJNIE ŚWIATOWEJ

Tomasz Mieszczczyński, Józef Szarek, Izabella Babińska,
Michał Gesek

Zespół Weterynarii Sądowej i Administracji Weterynaryjnej,
Katedra Weterynaryjnej Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej UWM,
ul. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,
tomasz.mieszczczynski@uwm.edu.pl

Wstęp

Nie potrzeba znawcy tematu, choć podkreślą to z całą mocą miłośnicy, aby stwierdzić, iż koń jest stworzeniem wyjątkowym i niepowtarzalnym. Czy utożsamimy go z pierwotną czystą formą fizycznej siły, czy też będzie on dostarczał sportowych emocji na torach wyścigowych i przełajowych, czy też wreszcie okaże się źródłem radości czerpanej z rekreacyjnego obcowania z tym zwierzęciem - to jedno jest pewne - wymaga on niezwyklej wręcz troski, należytego traktowania i podejścia (7).

Z jednej strony gwarantuje mu to, poza zwyczajnie ludzkim podejściem, polskie prawo. To samo jednak prawo traktuje konia, z drugiej strony, bardzo przedmiotowo. Rzecz tyczy się regulacji prawnych relacji między sprzedającym i nabywcą, czyli umów kupna-sprzedaży, rękojmi oraz obwarowań prawnych, wiążących się ze

wspomnianą rękojmią, terminów, określanych jako wady fizyczne, główne i prawne (10, 12).

Dura lex, sed lex i Kodeks Cywilny pozostaje w tym względzie nieugięty. W gruncie jednak rzeczy, nabywcy–hodowcy, chodzi wszakże o wprowadzenie do swojego inwentarza konia zdrowego, o dobrych walorach, z potencjalnie wartym utrwalenia materiałem genetycznym. Innymi słowy: wolnego od wad, czyli ułomności nie pozwalających na użytkowanie zwierzęcia zgodnie przeznaczeniem (3).

Wybrane definicje

Chociaż transakcje kupna-sprzedaży to w większości umowne czynności prawne między dwiema, bądź więcej stronami, nie bez znaczenia pozostaje tu rola lekarza weterynarii. Właśnie lekarz weterynarii często proszony jest o wydanie swej opinii w temacie zwierzęcia, będącego przedmiotem transakcji, jako wykwalifikowany rzeczoznawca (3, 4). W przypadkach skrajnych, kiedy dojdzie do wytworzenia się sytuacji konfliktowej, o taką opinię, już w charakterze biegłego, może zostać poproszony przez organy procesowe (8).

Przyglądając się nieco uważniej wadom fizycznym, należałoby pokusić się o ich zdefiniowanie: otóż, w znaczeniu prawnym, za zwierzę posiadające wadę fizyczną uważa się takie, które ze względu na stan zdrowia lub pewne indywidualne właściwości nie może być użytkowane według swego przeznaczenia (10). Rękojmią chroni

zaś kupującego, nakładając na sprzedawcę odpowiedzialność w przypadku, kiedy:

- zwierzę posiada wadę zmniejszającą jego wartość użytkową - ta wynikać może z określeń w umowie tudzież z okoliczności i ogólnie rozumianego przeznaczenia,
- brak zwierzęciu właściwości, o których istnieniu sprzedawca za pewniał,
- cytując literę prawa: „rzecz” została przekazana w stanie niezpełnym – w tym przypadku oczywiście trudno jest sobie wyobrazić odniesienie przepisów do realnej sytuacji zakupu żywego konia.

Odpowiedzialność ta zakłada istnienie przypuszczenia, że jeżeli określona wada (zazwyczaj brak u zwierzęcia konkretnych cech w zakresie np. wieku, produktywności lub występujące choroby, narowy) ujawni się w pewnym czasie po wydaniu zwierzęcia nabywcy – zachodzi prawdopodobieństwo, że zwierzę było już taką wadą dotknięte przed kupnem (9). Z odpowiedzialności tej zwalnia sprzedawcę jedynie fakt poinformowania nabywcy bądź umożliwienia mu wykrycia istnienia wady u zwierzęcia, będącego przedmiotem transakcji jeszcze przed jej zakończeniem (10).

W obrębie wad fizycznych minister sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem rolnictwa w 1916 r. wyodrębnił „choroby zwrotowe” (3), w dzisiejszych czasach określane mianem wad głównych. Znajdują się one zapisane w rozporządzeniu a różnicę dla stron umowy kupna-sprzedaży stanowi pojawiające się przy nich pojęcie rękojmi ustawowej. Sprzedający w tym przypadku pod żadnym wa-

runkiem nie może zostać zwolniony z odpowiedzialności za wady, występujące u zwierzęcia, będącego przedmiotem rękojmi. Ma to miejsce nawet wówczas, gdy nie dał on nabywcy zapewnienia o ich istnieniu (10). Tak więc nabywca nie musi w tym przypadku udowodniać, że zwierzę nosiło już znamiona wady w momencie jego zakupu – wystarczy jedynie okazanie świadectwa wydanego przez lekarza weterynarii (wyjątek stanowi łykawość - *aerophagia*) i dotrzymanie terminów.

Historia

Określone w 1916 r. wady główne i sprecyzowane terminy domniemania, związane z rękojmią, były aktualizowane aktami normatywnymi w 1934 r., a następnie 1966 r. Dokładne zmiany w ich zapisach przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wady główne koni i terminy rękojmi – zmiany w przepisach

Wady główne	Odpowiedzialność z tytułu rękojmi za wady koni							
	Zapis w rozporządzeniu		Okres rękojmi		Czas na powiadomienie sprzedawcy		Wygaśnięcie terminu roszczeń	
	1934	1966	1934 dni	1966 dni	1934 dni	1966 dni	1934 tyg.	1966 mies.
<i>dychawica</i>	✓	×	14		7		6	
<i>dychawica świszcząca</i>	✓	✓	14	15	7	7	6	3
<i>łykawość</i>	✓	✓	14	15	7	7	6	3
<i>nosaczna</i>	✓	×	21		7		6	
<i>schorzenie wewnętrznych części oka na tle nieurazowym</i>	✓	✓	14	30	7	7	6	3
<i>wartogłowienie</i>	✓	✓	14	15	7	7	6	3

Śledząc uważnie proces normowania kwestii wad fizycznych przez polskie prawo, daje się zauważyć wpływ rozwoju nauki z dziedziny medycyny weterynaryjnej, skutkujący wyeliminowaniem jednostek chorobowych, takich jak dychawica i nosacizna. Wydłużeniu też uległy określone literą prawa terminy (1, 5, 6).

Rok 1966 zmniejszył liczbę „chorób zwrotowych”, pomniejszając ją o dychawicę (utrudnienia oddychania, spowodowane przewlekłymi nieuleczalnymi schorzeniami płuc lub serca) oraz nosaciznę (zakaźna i zaraźliwa choroba nieparzystokopytnych i kotowatych wywołwana przez pałeczkę *Pseudomonas mallei* obecnie powszechniej nazywaną *Burkholderia mallei*, zoonoza) (2).

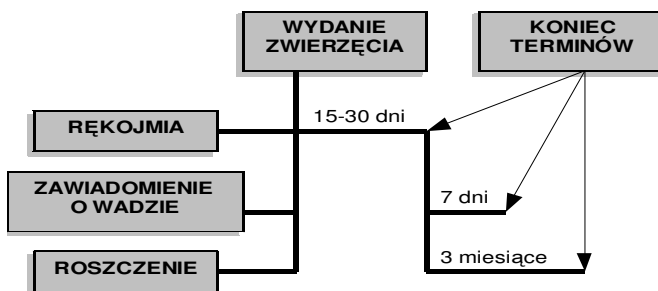
Obecnie

Do czasów obecnych zachowało swoją aktualność rozporządzenie ministra rolnictwa wydane 7 października 1966 r. w porozumieniu z ministrem sprawiedliwości oraz przemysłu spożywczego i skupu (1, 10). Przy wsparciu § 570 - § 572 Kodeksu Cywilnego do wad głównych koni zalicza się jednostki chorobowe takie jak:

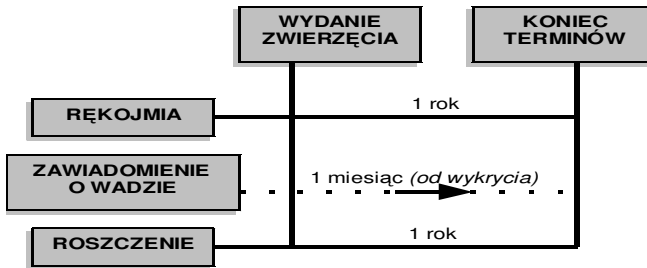
- dychawica świszcząca (utrudnienia oddychania spowodowane przewlekłymi schorzeniami krtani i/lub tchawicy, towarzyszą im charakterystyczne szmery),
- łykawość (jest narowem nudzących się koni, które kurczowo obciążają krtąń w dół, czemu towarzyszy szmer podobny do dźwięku odbijania),

- przewlekłe schorzenie wewnętrznych części oka powstałe na tle nieurazowym, tzw. oko hematyczne (*iridocyclochorioiditis infectiosa recidiva non purulenta* czyli doskonale znana „w terenie” ślepotą miesięczną),
- wartogłowienie, tzw. koler (wartogłów gnuśny; przewlekłe schorzenie mózgowia lub opon mózgowych, przebiegające z obniżeniem świadomości zwierzęcia – *amentia* – zamęt, pomieszanie umysłu, niedorozwój umysłowy, głupawość).

Terminy dotyczące wad fizycznych w największej mierze zależą od ustaleń zawartych w umowie kupna-sprzedaży. Jeżeli takowych nie poczyniono, norma prawna przewiduje okres jednego roku trwania rękojmi i dochodzenia roszczenia, licząc od daty wydania zwierzęcia,



Ryc. 1. Terminy w rękojmi za wady główne



Ryc. 2. Terminy w rękojmi za wady fizyczne

oraz okres jednego miesiąca jako czasu na zawiadomienie sprzedawcy o wykrytej przez nabywcę ułomności (11).

Terminy dla wad głównych pozostają w zgodzie z danymi zawartymi w tabeli 1 w rubrykach dotyczących 1966 r. Oba przypadki dla uściślenia przedstawiają ryciny 1 i 2. Ważnym jest, iż nawet upływ terminów rękojmi nie zwalnia sprzedającego z odpowiedzialności za ujawnienie się wady, którą ten podstępnie zataił (10).

Nowy właściciel, nabywając zwierzę, przejmuje również na siebie ryzyko wystąpienia wad, które definitywnie zostaną określone jako nieposiadające swego podłoża w przeszłości (w okresie przed zawarciem umowy), uszkodzenia, bądź utraty zwierzęcia. W omawianej tu jednak kwestii rękojmi za wady fizyczne nabywca może na drodze sądowej dochodzić od sprzedającego swoich praw do: odstąpienia od umowy, dostarczenia innego, wolnego od wad, zwierzę-

cia lub obniżenia ceny kupna. Może też wreszcie zabiegać o wypłacenie odszkodowania, uwzględniającego jego straty takie jak chociażby karma i koszty utrzymania zwierzęcia od momentu jego przejęcia.

Podsumowanie

Wady fizyczne koni ulegały modyfikacji w świetle polskiego prawodawstwa, zmianie uległa liczba chorób należących do wad głównych oraz wydłużyły się terminy rękojmi i roszczeń. Wyeliminowano takie jednostki chorobowe jak dychawica i nosacizna, a fakt ten był następstwem postępu w medycynie weterynaryjnej.

Ignorantia iuris nocet (nieznajomość prawa szkodzi). Istotnie, trudno wymienić sytuację, w której nieznajomość prawa mogłaby wyjść na dobre. Lekarze weterynarii, będący zarazem rzeczoznawcami i biegłymi sądowymi, powinni być szczególnie wyczuleni na wady fizyczne zwierząt przy zawieraniu umów kupna-sprzedaży. Z praktyki wiadomo, że konfliktogennymi sytuacjami często stają się przypadki w których w transakcji kupna-sprzedaży ma miejsce obrót zwierzętami nieznanego do końca pochodzenia, lub też przedstawiana jest niekompletna dokumentacja.

Streszczenie

W momencie, gdy okazuje się, iż zwierzę, za które często hodowca wykłada niemałą sumę pieniędzy, nie spełnia do końca jego oczekiwań, czy wręcz posiada cechę definitywnie dyskwalifikującą je

jako pełnowartościowe i zdolne do użytkowania z wcześniejszymi założeniami i oczekiwaniami – zaczynają się problemy. W dzisiejszych czasach, najczęściej wiążą się one z wkroczeniem na żmudną drogę procesów sądowych. Artykuł niniejszy ma na celu przybliżyć kwestię wad fizycznych i głównych koni w chwili obecnej oraz przedstawić kształtowanie się przepisów prawnych, ich dotyczących, na przestrzeni ubiegłego stulecia.

Piśmiennictwo

1. *Deryło J., Grochowski J., Lutyński W.*: Zbiór przepisów weterynaryjnych. T. III, PWRiL, Warszawa, 1957, 580-594.
2. <http://pl.wikipedia.org>.
3. *Lipińska J., Szarek J., Przeździecka D.*: Wady fizyczne koni w świetle polskich aktów prawnych z początku, przełomu i końca XX wieku. *Medycyna Wet.* 2004, 60 (6), 570-572.
4. *Przeździecka D., Szarek J.*: Umowa kupna-sprzedaży zwierząt i jej rękojmia. *Magazyn Wet.* 2000, 9 (48), 43-46.
5. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości z dnia 25.06.1934 r. o wadach głównych i terminach ich ujawnienia u zwierząt domowych. (Dz.U. z 1934 r., Nr 57, poz. 505).
6. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa z 1966 r. o odpowiedzialności sprzedawców za wady główne niektórych gatunków zwierząt. (Dz.U. z 1966 r., Nr 43, poz. 257).
7. *Sosimowski E.*: Konie robocze w aspekcie ekologii i nowoczesnego gospodarowania. *Medycyna Wet.* 1997, 53, 380-384.
8. *Szarek J.*: Lekarz weterynarii jako biegły. Wydawnictwo UWM, Olsztyn, 2005, 15-22.
9. *Szarek J.*, 1996: Wady fizyczne zwierząt w świetle prawa. *Poradnik Hodowcy Drobiu*, (12), 8-13.
10. *Szarek J.*: *Weterynaria sądowa*. Wydawnictwo UWM, Olsztyn, 2003, 67-79.
11. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami).
12. Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. O ochronie zwierząt (Dz.U. z 1997 r., Nr 111, poz. 724).

TERATOLOGIA – WCZORAJ, DZIŚ I JUTRO

Marta Minta

Zakład Farmakologii i Toksykologii,
Państwowy Instytut Weterynaryjny – Państwowy Instytut Badawczy,
al. Partyzantów 57, 24-100 Puławy,
mamin@piwet.pulawy.pl

Rys historyczny

Zaburzenia rozwojowe u zwierząt i ludzi znane były od wieków, ale rozumienie przyczyn ich powstawania ulegało zmianom i było odzwierciedleniem osiągnięć naukowych danej epoki. W czasach starożytnych teratologia była nauką opisową przedstawiającą różnego rodzaju patologie (potworności) w kategoriach ciekawostek przyrodniczych. Dobrym przykładem jest, odnotowane prawdopodobnie po raz pierwszy przez Arystotelesa (384-322 r. p.n.e.), zaburzenie podstawowej orientacji narządów (*heterotaxia*) (cyt. za 21). W średniowieczu rodzące się z potwornościami niemowlęta naznaczano piętnem odszczepieństwa i przyjmowano, w niektórych społeczeństwach, za zły omen. Przez długie lata istniało powszechne przekonanie, że o powstawaniu wad rozwojowych decydują wyłącznie czynniki dziedziczne. W samodzielłą naukę dyscyplina ta przekształciła się w połowie XIX wieku, dzięki pracom francuskiego anatoma E. Geoffroya Saint-Hilaire'a, który opisał i nadał określenia takim anomalom jak *celosomia*, *cyclophalia*, *anencephaly*, *twin monsters* (14). Ostatnie z wymienionych zaburzeń (potworniak bliźnia-

czy) okazuje się być najczęściej występującym u zwierząt hodowlanych (bydło, owce, świnie, kozy) oraz psów (2).

Początki teratologii doświadczalnej wiąże się obecnie z pracami amerykańskiego lekarza weterynarii Hale. W latach 30-tych minionego stulecia wykrył on związek przyczynowy pomiędzy niedoborem witaminy A w diecie macior i zaobserwowanymi u prosiąt wadami, w tym nieprawidłowościami rozwojowymi oczu (9). Pierwsza połowa XX wieku to także okres, w którym miały miejsce niezamierzone „doświadczenia” na ludziach związane z zaburzeniami rozwojowymi u dzieci urodzonych przez matki narażone w okresie ciąży na promieniowanie X (15) i wirus różyczki (8).

Jednak przełomowym momentem w rozwoju teratologii była tragedia talidomidowa, która w latach 1960 – 1961 wstrząsnęła opinią publiczną. Talidomid (Contergan) -nietoksyczny, jak wówczas sądzono na podstawie badań na szczurach, lek o działaniu uspokajającym i nasennym był szeroko stosowany w Republice Federalnej Niemiec, Japonii i wielu innych krajach. Bardzo szybko okazało się jednak, że lek ten przyjmowany przez ciężarne kobiety (między 35 a 50 dniem ciąży) powodował poważne uszkodzenia - głównie kończyn (*phocomelia*, *amelia*) u potomstwa (10, 11). Według niektórych źródeł na świecie urodziło się około 10 000 „potalidomidowych” dzieci.

Tabela 1. Teratologia w ujęciu historycznym

I. Okres starożytny			
⇒ fantastyczne opowieści o dziwach i potworach - (<i>gr. teras, teratos</i> – potwór)			
II. Wiek XIX			
⇒ samodzielna dyscyplina naukowa			
III. Wiek XX - okres przed - talidomidowy			
1929	Murphy	promienie X	⇒ uszkodzenie kończyn, głowy, rozszczep kręgosłupa u dzieci
1935	Hale	niedobór wit. A w diecie	⇒ rozszczep podniebienia, brak oczu, uszkodzenie kończyn u prosiąt
1941	Gregg	wirus różyczki	⇒ utrata słuchu, ślepota u dzieci
1956		metylortęć	⇒ choroba Minamata (porażenie mózgowe) u dzieci
1961	McBride	talidomid!	⇒ niedorozwój lub brak kończyn
1962	Lenz	„	(<i>phocomelia, amelia</i>) u dzieci

IV. Wiek XX - okres po - talidomidowy

Według katalogu Sheparda

Edycja	liczba teratogenów	
	dla zwierząt	dla ludzi
1976 r.	600	20
1986 r.	>900	30
1996 r.	1200	30
2004 r.	1500	30-50?

↑? problem wyników fałszywie pozytywnych

Od tego czasu rozpoczął się dynamiczny rozwój badań nad procesami tworzenia się nieprawidłowości rozwojowych, przyczynami ich powstawania i metodami badania. Jednocześnie w piśmiennictwie zaczęły ukazywać się prace wskazujące na trudności w porównywaniu wyników badań wykonanych w różnych ośrodkach naukowych z tym samym związkiem. Jednym z powodów była duża różnorodność schematów doświadczalnych i błędy w interpretacji wyników. Oznaczało to, że nie jest łatwo znaleźć dobrą metodę wykrywania chemicznych teratogenów. Według opracowanych wówczas wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia badanie takie polega na podaniu związku ciężarnym zwierzętom (w okresie organogenezy), drogą zbliżoną do przewidywanej u człowieka a następnie (na 1 lub 2 dni przed porodem) samice poddaje się badaniom sekcyjnym w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości rozwoju prenatalnego (23).

Wartość predykcyjna wyników badań na zwierzętach

Badania na zwierzętach w dalszym ciągu są podstawowym źródłem informacji i stanowią podstawę do oceny ryzyka dla człowieka. Metodyka badań była w ciągu minionych lat stale doskonalona i została ujednoczona (16, 17). Uzyskane dane dotyczące różnych związków zamieszczane są w katalogu Sheparda, który jest aktualizowany co kilka lat (od 1973 roku ukazało się 11 jego edycji). Według najnowszych danych (20) spośród około 3 tys. związków poddanych ocenie, połowa wykazuje działanie teratogenne u 1 lub kilku gatunków zwierząt, natomiast liczbę czynników, o których wiadomo, że są ewidentnymi teratogenami dla człowieka szacuje się w granicach 30 – 50 (Tabela 1). W tym kontekście zaczęto się obawiać o ryzyko wynikające z wyników fałszywie pozytywnych i co więcej - fałszywie negatywnych. Tym samym w najnowszych opracowaniach coraz częściej pojawia się pytanie o zasadność badań na zwierzętach (1, 3).

Na obecnym etapie wiedzy wiemy jak bardzo złożona jest etiologia powstawania wad rozwojowych a toksyczne oddziaływanie leków i innych związków chemicznych w okresie prenatalnym wykazuje pod wieloma względami dużą swoistość.

Swoistość fazowa (ang. *phase specificity*). Okresy tworzenia się poszczególnych narządów nie zachodzą równocześnie. Stąd też różne związki podane w takim samym czasie mogą powodować powstawanie deformacji tego samego narządu, natomiast ten sam związek

podany w różnych okresach organogenezy może uszkadzać różne narządy.

Swoistość "lekowa" (ang. *drug specificity*). W zależności od budowy chemicznej i mechanizmu działania leku można wyróżnić dwa typy teratogenów:

- teratogeny specyficzne (ang. *true teratogens*) charakteryzujące się powinowactwem do określonych tkanek oraz narządów i indukujące określony rodzaj zniekształcenia;
- teratogeny niespecyficzne (ang. *general teratogens*) oddziałujące np. na procesy metaboliczne (antymetabolity, związki alkilujące).

Zależność od dawki (ang. *dose specificity*). Wielkość dawki warunkuje charakter ilościowy i jakościowy uszkodzeń, zarówno u zarodków i/lub płodów jak i u matek. Zwiększenie dawki (w zakresie dawek teratogennych) powoduje pogłębianie się deformacji danego narządu (w przypadku teratogenów specyficznych) lub zwiększa się różnorodność zmian (dla teratogenów niespecyficznych). Dalszy wzrost dawki (obok zwiększania się odsetka płodów zdeformowanych) pociąga za sobą zmiany jakościowe polegające na obumieraniu zarodków i/lub płodów, wystąpieniu objawów klinicznych zatrucia i śmierć matki. Współzależność dawka-efekt posiada zatem podstawowe znaczenie w interpretowaniu wyników doświadczeń, przy czym żaden z wymienionych parametrów nie może być rozpatrywany w odosobnieniu od pozostałych. Przykładowo objawy kliniczne zatrucia badanym związkiem u matki wykluczają racjonalną wycenę embrio-

toksyczności i teratogenności. Podobnie, zbyt duża zamieralność zarodków może maskować potencjalne działanie teratogenne.

Swoistość gatunkowa (ang. *species specificity*). Nie znamy dotychczas gatunku zwierząt, który można by było uznać za idealny model do odtwarzania działania teratogennego u człowieka. Idealne zwierzę modelowe musiałoby metabolizować leki i związki chemiczne podobnie jak człowiek, mieć łożysko o budowie i aktywności metabolicznej takiej, jak łożysko kobiety, a w dodatku produkować w jednym miocie dużą liczbę płodów w ciągu krótkiego czasu ciąży. Żadne zwierzę, łącznie z małpami nie jest w stanie sprostać tym wymaganiom, w związku z czym ekstrapolacja wyników eksperymentalnych na człowieka zaczyna budzić, zwłaszcza w ostatnich latach coraz więcej zastrzeżeń. Badania na zwierzętach nie tyle wykazują, że określone efekty toksyczne wystąpią u człowieka ile, że mogą wystąpić, a ich brak u zwierząt wcale nie oznacza, że dany związek będzie bezpieczny dla człowieka. Co więcej, nawet w obrębie gatunku czy szczepu należy się liczyć z różnicami osobniczymi co w dużym stopniu jest warunkowane genotypem (19). Trzeba w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że ze względu na potrzebę oceny statystycznej danych, badania na zwierzętach wymagają odpowiednio dużej liczby zwierząt. Fakt ten stał się w ostatnich latach trudny do zaakceptowania z co najmniej dwóch powodów:

- ekonomicznego - badania te są drogie oraz czaso- i pracochłonne a liczba związków oczekujących na przebadanie jest ogromna

- etycznego - nasilenie ruchów obrońców praw zwierząt powodują, że doświadczenia na zwierzętach są dopuszczalne pod warunkiem, że zakładanych celów nie można osiągnąć inną drogą (5, 22).

Rozwiązania alternatywne

Próba rozwiązania pierwszego z nich było opracowanie szeregu testów z użyciem do badań zwierząt niższych (płazów, gadów, ryb, ptaków a także takich gatunków jak *Hydra*, *Drosophila*) (4, 12). Mimo wielu zalet (np. możliwość dokładnego kontrolowania warunków ekspozycji) ich przydatność w wykrywaniu teratogenów jest kwestionowana głównie ze względu na zbyt dużą odległość filogenetyczną z człowiekiem i brak łożyska. Niektóre z nich natomiast znalazły zastosowanie przy wstępnej ocenie toksyczności ostrej związków chemicznych oraz w badaniach nad mechanizmami działania.

Obecnie pojęcie metod alternatywnych ma co najmniej dwa znaczenia:

- potocznie - za metody alternatywne w stosunku do badań na zwierzętach przyjęło się uważać tylko metody wykonywane w warunkach *in vitro*
- w rzeczywistości - metodą alternatywną jest każda metoda, która spełnia wszystkie lub którąkolwiek z zasad 3R:

Reduction – zmniejszenie liczby zwierząt w doświadczeniu,

Refinement – zmniejszenie cierpienia zwierzęcia poddanego badaniu,

Replacement – zastąpienie zwierzęcia innym modelem.

Do tych ostatnich, oprócz metod *in vitro*, zalicza się także

- badania epidemiologiczne,
- bazy danych i analizę danych archiwalnych,
- badanie zależności struktura - aktywność biologiczna (ang. *structure - activity relationships, SAR*).

Należy pamiętać, że każdy rodzaj badania ma swoją określoną przydatność w ocenie ryzyka dla zdrowia człowieka. Pochodzące z dobrych źródeł wyniki badań epidemiologicznych są opracowywane przez zespoły specjalistów (np. European Network Teratology Information Services, ENTIS) i wzbogacają istniejące bazy danych a zgromadzona wiedza umożliwia przewidywanie działania nowych związków o strukturze podobnej do związków przebadanych wcześniej na zwierzętach.

Badania epidemiologiczne są w praktyce trudne do zorganizowania i zinterpretowania. W szerszym zakresie prowadzone są w ponad 20 krajach w świecie. Pozwalają one na określenie skali problemu związanego z zaburzeniami rozwoju u ludzi, monitorowanie występowania wad wrodzonych w różnych rejonach geograficznych (wykrywanie teratogenów endemicznych) i podejmowanie działań profilaktycznych.

Wydaje się, że działania takie mogą być skuteczne w przypadku czynników biologicznych, o których wiadomo, że stanowią zagrożenie dla zarodka i płodu (6). Wcześniactwo, wady OUN, wady serca, niedorozwój kończyn to zespół zakażeń typu TORCH. Nazwa ta

jest akronimem pochodzącym od angielskich nazw czynników zakaźnych, które go wywołują: *toxoplasmosis* – toksoplazmoza, *other* – inne (wirusy grypy, odry, Coxackie i parwowirus B19), *rubella* – różyczka, *cytomegalia* – cytomegalia, *herpes* – wirus opryszczki.

Na podstawie obserwacji epidemiologicznych wiemy także, że wzrasta częstość zaburzeń centralnego układu nerwowego u noworodków co wskazuje na pilną potrzebę rozwijania badań nad wykrywaniem potencjalnych neuroteratogenów.

Wśród nowych nurtujących problemów, z którymi medycyna prokreacji musi się zmierzyć w najbliższym czasie wymienić trzeba wzrastający odsetek bezpłodnych małżeństw, niską masę urodzeniową oraz zaburzenia behawioralne związane z narażeniem na ksenoestrogeny.

Spośród 72 chemicznych zanieczyszczeń środowiska o udowodnionym działaniu na układ rozrodczy 23 związki działają także na układ hormonalny w tym m.in. herbicydy (alachlor), fungicydy (heksachlorobenzen), insektycydy (aldryna, dikofol, dieldryna, endryna, β -HCH, heptachlor, mireks, toksafen, transnonachlor) oraz ftalany, PBB, PCB, PCDD (dioksyne), PCDF (furany).

Przyszłość

Nie ulega wątpliwości, że największe znaczenie, nie tylko w badaniu chemicznej teratogenezy, ale we wszystkich badaniach biomedycznych, mają obecnie metody *in vitro*. Ich burzliwy rozwój, jaki obserwuje się już od dłuższego czasu, był możliwy dzięki osiągnięciom współczesnej biologii (biologia molekularna, hodowle za-

rodków, narządów, tkanek i komórek). Warto w tym miejscu zauważyć, że od nowych metod wymaga się, aby miały solidne podstawy naukowe i były sprawdzone w celu ustalenia zakresu ich stosowania w praktyce. Dlatego też w wielu krajach powstały fundacje i instytucje zajmujące się metodami alternatywnymi i ich walidacją. Szczegółowe dane z tego zakresu można znaleźć na stronach Europejskiego Centrum ds. Walidacji Metod Alternatywnych (<http://ecvam.jrc.it>).

Spśród ponad 30 metod alternatywnych opracowanych dla badania toksyczności reprodukcyjnej 3 modele zostały wytypowane do badania teratogenności (toksyczności rozwojowej) związków chemicznych i wyznaczone do dalszych badań:

- hodowle poimplantacyjnych zarodków szczura (Whole Embryo Culture test, WEC),
- hodowle pierwotne komórek wyprowadzonych z zawiązków kończyn zarodków szczura (Micromass culture test, MM),
- hodowle komórek macierzystych (Embryonic Stem Cell test, EST).

Metody te, w przeprowadzonych w latach 2000 - 2005 międzynarodowych badaniach walidacyjnych, uzyskały status walidacji naukowej i przeznaczone są do wykrywania silnych teratogenów w badaniach przesiewowych (7).

Wydaje się, że w najbliższej przyszłości o charakterze i kierunkach badań z zakresu teratologii doświadczalnej i klinicznej będą decydować osiągnięcia szybko rozwijających się dyscyplin naukowych, głównie genetyki i biologii molekularnej z wykorzystaniem

m.in. komórki macierzystych (1, 18) oraz priorytety związane z ochroną zdrowia publicznego (13).

Streszczenie

Na tle wydarzeń związanych z występowaniem wad rozwojowych u ludzi i zwierząt przedstawiono rozwój teratologii (z greckiego teras - potwór) oraz przemiany jakie dokonują się obecnie w obrębie tej dyscypliny naukowej.

Piśmiennictwo

1. *Bailey J., Knight A., Balcombe J.*: The future of teratology research is *in vitro*. *Bio-genic Amines* 2005, 19, 97-145.
2. *Baljet B., Heijke G.C.*: Veterinary double-monsters historically viewed. *Argos*, 1997, 17, 273-280.
3. *Brent R.L.*: Utilization of animal studies to determine the effects and human risks of environmental toxicants (drugs, chemicals, and physical agents). *Pediatrics*, 2004, 113, 984-995.
4. *Brown N.A., Spielmann H., Bechter R., Flint O.P., Freeman S.J., Jelinek R.J., Koch E., Nau H., Newall D.R., Palmer A.K., Renault J.-Y., Repetto M.F., Vogel R. and Wiger R.*: Screening chemicals for reproductive toxicity: the current alternatives. The report and recommendations of an ECVAM/ETS Workshop (ECVAM Workshop 12). *ATLA*, 1995, 23 (6), 868-882.
5. Dyrektywa Rady Europy 86/35/609/EEC „O ochronie zwierząt stosowanych do doświadczeń i innych celów naukowych”.
6. *Fuccillo D.A., Sever J.L.*: Viral teratology. *Bacteriol Rev.*, 1973, 37: 19-31.
7. *Genschow E., Spielman H., Scholz G., Seiler A., Brown N., Piersma A., Brady M., Cleman N., Huuskonen H., Paillard F., Bremer, Becker K.*: The ECVAM International Validation Study on *In Vitro* Embryotoxicity Tests: Results of the Definitive Phase and Evaluation of Prediction Models. *ATLA*, 2002, 30, 151-176.
8. *Gregg N.*: Congenital cataract following German measles in the mother. *Trans, Ophthalmol. Soc. Aust.*, 1941, 3, 35-46.
9. *Hale F.*: Relation of maternal vitamin A deficiency to microphthalmia in pigs. *Texas State J. Med.*, 1937, 33, 228-232.
10. *Lenz W.*: Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet*, 1962, 1, 45.
11. *McBride W.G.*: Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet*, 1961, 2, 358.

12. *Minta M., Włodarczyk B.*: Toksykologia reprodukcji w obliczu wprowadzania metod alternatywnych. *Medycyna Pracy* 47 (Supl. 6), 1996, 93-103.
13. *Minta M.*: Badania toksyczności reprodukcyjnej i rozwojowej – aspekty medyczne i weterynaryjne. *Medycyna Wet.*, 2005, 61, 645-648.
14. *Morin A.*: Teratology "from Geoffroy to the present". *Bull Assoc Anat (Nancy)*, 1996, 80, 17-31.
15. *Murphy D.P.*: Outcome of 625 pregnancies in women subjected to pelvic radium or roentgen irradiation, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1929, 18, 79-87.
16. OECD 2001 TG 414. Prenatal Development Toxicity Studies.
17. Recommendations for the Harmonisation of International Guidelines for Toxicity Studies. European Chemical Industry Ecology and Toxicology Centre (ECETOC) Monograph No 7, Brussels, December 1985.
18. *Polifka J.E., Friedman J.M.*: Medical genetics: I. Clinical teratology in the age of genomics. *Can. Med. Assoc. J.*, 2002, 167, 265–273.
19. *Schardein J.L., Schwetz B.A., Kenel M.F.*: Species sensitivities and prediction of teratogenic potential. *Environ. Health Perspect.*, 1985, 61, 55-67.
20. *Shepard T.H., Lemire R.J.*: Catalog of Teratogenic Agents, 11th ed. John Hopkins University Press, Baltimore and London, 2004.
21. *Skalski J., Pyplacz D., Kovalenko I.*: Wrodzona wada serca w *situs inversus* w dawnym polskim piśmiennictwie medycznym. *Folia Kardiol.*, 2003, 10, 587-594.
22. Ustawa o ochronie zwierząt. Dz. U. nr 111. z dnia 21 sierpnia 1997 r., poz. 724.
23. WHO. Principles for the testing drugs for teratogenicity. *Techn. Rep. Ser.*, 1967, 364.

ANATOMICZNE MIANOWNICTWO WETERYNARYJNE – PRZESZŁOŚĆ, STAN OBECNY I PRZYSZŁOŚĆ

Helena Przespolewska, Henryk Kobryń,
Michał Skibniewski

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, SGGW Warszawa,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
1helena@europa.com

Jedną z podstawowych dyscyplin w procesie kształcenia na studiach weterynaryjnych i (w ograniczonym zakresie) na kierunkach pokrewnych jest anatomia zwierząt. Bez jej znajomości nie sposób sobie wyobrazić studiowania i prowadzenia prac badawczych np. z zakresu fizjologii, diagnostyki, dyscyplin zabiegowych, anatomii patologicznej, higieny zwierząt rzeźnych i żywności pochodzenia zwierzęcego a nawet weterynarii sądowej. Podobnie wygląda sprawa jeśli idzie o wykonywanie zawodu lekarsko-weterynaryjnego.

Olbrzymia liczba nazw anatomicznych, polskich i łacińskich, jest swego rodzaju „językiem wzajemnego komunikowania” poczynając już od I roku studiów. Ich konsekwentne stosowanie wprowadza pewien porządek zarówno w dydaktyce jak i w tekstach publikowanych (6). Stanowi też dobrą podstawę np. do określania stanów patologicznych.

Tradycyjnym i jednocześnie uniwersalnym sposobem „anatomicznego porozumiewania się” jest język łaciński. Umożliwia on ominięcie, zwłaszcza w publikacjach naukowych, barier językowych. Obok niej, w powszechnym użyciu są również miana przetłumaczone na języki narodowe, w tym (szczególnie ostatnio) na język angielski.

Współczesna anatomia ma charakter dynamiczny. Rozpatruje interesujące ją problemy w nawiązaniu do rozwoju odpowiednich struktur oraz ich przydatności funkcjonalnej. W związku z tym nazewnictwo anatomiczne jest stale wzbogacane i podlega ciągłym zmianom.

O zakresie i charakterze tych zmian, które zaszły w ciągu ostatnich prawie 170 lat, może świadczyć analiza mian anatomicznych zawartych w dziele pt.: „Zoonomia weterynarna czyli nauka o życiu zwierząt gospodarskich; dla użytku badaczy przyrodzenia, medyków i weterynarzy” (1).

Zastosowane tam terminy polskie podzielono na 3 grupy (4). Do pierwszej, stanowiącej 27%, zaliczono te miana, które nie uległy żadnym zmianom i są nadal obowiązujące, np. gruczoł tarczowy, łechtaczka, mózdzek, nerw językowo-gardłowy, osierdzie, punkty łzowe, ścięgna, zwoje nerwowe, żagielek podniebienny, żyły płucne.

Do grupy drugiej, wynoszącej 31,6% badanych mian, zakwalifikowano nazwy, które wprawdzie uległy zmianom w ciągu rozpatrywanego okresu czasu, ale ich znaczenie można odczytać bez konieczności uciekania się do języka łacińskiego, lub do kontekstu,

w którym zostały użyte. Oto kilka przykładów, z zachowaniem oryginalnej pisowni: arterya początna (tętnica główna), ciało pręgowane (ciało prążkowane), błona twarda mozgu (opona twarda mózgowia), jajecznik (jajnik), kiszka dwunastocalowa (dwunastnica), klapy dwurożne (zastawka dwudzielna), kulki krwi (krwinki), massa tłuszczowa nerki (torebka tłuszczowa nerki), muskuł szczękowy (mięsień żwacz), więz okrągły wątroby (więzadło obłe wątroby).

W grupie trzeciej, najliczniejszej, bo stanowiącej 41,4%, znalazły się nazwy anatomiczne, które w czasach bliższych współczesnym uległy takim przekształceniom, że zrozumienie ich znaczenia bez odwoływania się do całości tekstu bądź ich brzmienia łacińskiego jest niemożliwe, lub bardzo trudne. Przykładami mogą tu być: kiszka mięjsza (okrężnica), kłapa pochwy (błona dziewicza), kut (staw śródrečno- lub śródstopowo-członowy), mlecztok (przewód piersiowy), nerw przybyszowy (nerw dodatkowy), nerw węzłkowy wielki (pień współczulny), przededchy wodniste szpiku pacierzowego (płyn mózgowo-rdzeniowy), rynka kanału gardzielowego (bruzda czepca), slaz (trawieniec).

Warto podkreślić, że w analizowanym przedziale czasu znacząco nie zmieniły się miana łacińskie. Wszystkie stosowane nazwy miały wówczas charakter zwyczajowy.

W końcu XIX wieku zaczęto zastanawiać się nad opracowaniem i wprowadzeniem do użytku oficjalnego mianownictwa anatomicznego. Chodziło również o stworzenie terminologii uniwersalnej, która mogłaby mieć zastosowanie zarówno u czworonożnych ssa-

ków jak i u spionizowanego człowieka. Wbrew pozorom nie była to sprawa prosta a prace nad taką terminologią trwają, z różnym natężeniem, po dzień dzisiejszy.

Aby sprostać tym oczekiwaniom w Bazylei (1895 r.) przyjęto międzynarodowe nazewnictwo anatomiczne pod nazwą *Basel Nomina Anatomica* (BNA), które miało zastosowanie przede wszystkim w anatomii człowieka, natomiast budziło wiele zastrzeżeń zgłaszanych przez anatomów weterynaryjnych (8, 9). Wprawdzie już w 1895 r. powołano Komitet Weterynaryjnego Mianownictwa Anatomicznego, ale wyniki jego działalności nie doczekały się właściwego rozpowszechnienia. W 1923 r., z inicjatywy Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Weterynaryjnej, na bazie BNA, opublikowano *Nomina Anatomica Veterinaria*. Mianownictwo to w latach 1923 - 1925 było poddawane rewizji i wielokrotnie uzupełniane. Jego doskonaleniem zajmowali się głównie anatomowie niemieccy, którzy w 1936 r. ogłosili *Jena Nomina Anatomica* (JNA). Niestety, nie odpowiadało ono w dalszym ciągu zapotrzebowaniu zooanatomów. Nie spełniło również w pełni tych oczekiwań przyjęte w 1955 r. przez VI Międzynarodowy Kongres anatomów w Paryżu, *Nomina Anatomica Parisiensis* (NAP). Na tym Kongresie powołano Międzynarodowe Towarzystwo Anatomów Weterynaryjnych, które jako jedno z głównych zadań postawiło sobie opracowanie jednolitej wersji łacińskiej mianownictwa anatomicznego weterynaryjnego – *Nomina Anatomica Veterinaria* (NAV). Miało ono kilka wydań. Obecnie obowiązuje wydanie czwarte *Nomina Anatomica Veterinaria* (8), opublikowane łącznie z *Nomina*

Histologica (wydanie drugie) i *Nomina Embryologica Veterinaria* (wydanie pierwsze).

Jedno z tych wydań było podstawą opracowania, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Nauk Weterynaryjnych, wersji polsko-łacińskiej (9). Służyło ono przez wiele lat zarówno w działalności dydaktycznej jak i edytorskiej. Mimo zawartych w nim licznych błędów i nieścisłości (dotyczy to przede wszystkim mian polskich) było ono wykorzystywane w różnym stopniu. Przeprowadzona analiza artykułów zamieszczonych na łamach „Medycyny Weterynaryjnej” w latach 1996 - 1997, obejmujących różne dyscypliny nauk weterynaryjnych wskazuje, iż około 30% mian zastosowano w nich niewłaściwie (6).

Po ukazaniu się obecnie obowiązującej wersji łacińskiej wydania czwartego *Nomina Anatomica Veterinaria* (8), podejmowano czynności zmierzające do powstania nowego wydania. Ukazało się ono jako *Anatomiczne Mianownictwo Weterynaryjne* (7). Dużą zaletą tego Mianownictwa, podnoszącą jego walory użytkowe, jest fakt, że wszystkie nazwy anatomiczne zostały zamieszczone w trzech wersjach językowych – łacińskiej, polskiej i angielskiej. Podczas przygotowania tych wersji autorzy mieli możliwość wzorowania się, w pewnym zakresie, na podobnych opracowaniach dotyczących człowieka (2, 3). Chyba tylko pewnej niefrasobliwości, wynikającej być może z pośpiechu, można przypisać liczne błędy, które niestety się w nim znalazły. Stąd istnieje pilna konieczność przygotowania jego drugiego wydania, poddania go wnikliwej ocenie przez kompetentnych recenzentów i wyeliminowania tych błędów (5).

Streszczenie

Analizie poddano przykłady mian anatomicznych stosowanych w połowie XIX wieku i prześledzono ich zmiany do czasów współczesnych. Scharakteryzowano obowiązujące w różnych latach „Mianownictwa anatomiczne”, poczynając od 1895 r.

Piśmiennictwo

1. *Adamowicz A.F.*: Zoonomia weterynarna czyli nauka o życiu zwierząt gospodarskich; dla użytku badaczy przyrodzenia, medyków i weterynarzy. Nakł. Księgarza R. Rafałowicza, Wilno, 1841.
2. *Aleksandrowicz R., Gielecki J., Gacek W.*: Słownik mian anatomicznych łacińsko-polsko-angielski. PZWL, Warszawa, 1997.
3. *Feneis H.*: Ilustrowany słownik międzynarodowego mianownictwa anatomicznego. PZWL, Warszawa, 1986.
4. *Kobryń H.*: Weterynaryjne mianownictwo anatomiczne dawne i współczesne. *Medycyna Wet.*2002, 58, 902-903.
5. *Kobryń H.*: Anatomiczne Mianownictwo Weterynaryjne – potrzeba wznowienia i konieczność zmian. *Medycyna Wet.*2007, 63, 489-490.
6. *Kobryń H., Przespolewska H.*: W dwudziestolecie wydania „Weterynaryjnego Mianownictwa Anatomicznego”. *Medycyna Wet.* 1998, 54, 564-567.
7. *Milart Z.* (red.): *Anatomiczne Mianownictwo Weterynaryjne*. PWRiL, Warszawa, 2002.
8. *Nomina Anatomica Veterinaria*: World Association of Veterinary Anatomists, Gent, 1994.
9. *Pilarski W.* (red.): *Weterynaryjne Mianownictwo Anatomiczne*. PWN, Warszawa, 1978.

FLEBOTOMIA U KONI JAKO ZABIEG TERAPEUTYCZNY STOSOWANY DAWNIEJ I DZIŚ

Helena Przespolewska, Henryk Kobryń,
Michał Skibniewski

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, SGGW Warszawa,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
1helena@europa.com

Flebotomia, czyli puszczenie krwi, była jednym z zabiegów chirurgicznych wykonywanych zarówno u ludzi, jak i u zwierząt od najdawniejszych czasów. Polegała na przecięciu naczynia krwionośnego i upuszczeniu odpowiedniej ilości krwi. Wcześniejszą metodą pozbywania się nadmiaru krwi z organizmu było przystawianie pijawek, często także poprzedzone nacięciem ściany naczynia krwionośnego (4). Zabieg przedstawiający przystawianie ludziom pijawek został uwieczniony na malowidłach z egipskich grobowców, których wiek oszacowano na około 1500 lat p.n.e. Już w czasach starożytnych flebotomia była traktowana jako zabieg leczniczy, wraz z nią miały człowieka lub zwierzę opuszczać złe duchy odpowiedzialne za choroby. Wierzono także, że zapobiega ona powstawaniu wielu chorób. Herofilos z Chaldakenu żyjący na przełomie IV i III wieku p. n. e. zalecał upuszczanie krwi w celu pozbycia się nadmiaru wilgoci. Inni uważali, że uwalnia ona ciało od zastoju krwi i soków, które miały

być przyczyną wielu chorób. Flebotomia miała także przedłużać życie i być niezbędną w walce z chorobą (7). W II wieku naszej ery rzymski lekarz Antyllus napisał książkę "Poradnik w krwi opuszczaniu". Pierwszym zaś wydrukowanym dziełem medycznym był wydany w 1457 roku w Moguncji "Kalendarz upuszczania krwi z żył oraz stosowania środków przeczyszczających na miesiące roku 1457".

We wczesnych okresach historycznych zabieg ten wykonywano intuicyjnie, z czasem poszukując naukowego uzasadnienia flebotomii. Popularność puszczenia krwi w starożytnej Grecji miała swe źródło w teoriach Galena, który odkrył, że żyły nie są wypełnione powietrzem atmosferycznym, jak wcześniej sądzono, ale krwią. Galen uważał, iż krew po swoim powstaniu ulega zużyciu (a nie krąży w obiegu zamkniętym tak jak jest to w rzeczywistości), tak więc "zastój" krwi według niego miał powodować powstawanie "trucizn" i "ekskrementów". Drugą ważną zasadą sformułowaną przez niego była tzw. "równowaga humorów (albo soków)", od której miał zależeć stan zdrowia. Ilość krwi w organizmie musiała pozostawać pod kontrolą. Po to, żeby utrzymać równowagę humorów Galen zalecał, aby lekarze usuwali nadmiar krwi lub też prowokowali wymioty za pomocą środków wymiotnych albo podawali środki moczopędne. Stworzył kompletny system wiedzy o tym jak duże ilości krwi powinny być "wytoczone" z organizmu chorego, wszystko zależało od jego wieku, budowy fizycznej, pogody i miejsca. Objawami, które uzasadniały stosowanie flebotomii miały być gorączka, ból głowy, udar mózgu. Sposób upuszczania krwi zależał od rodzaju choroby, w związku

z tym od niej wytaczano krew żylną lub tętniczą i w miejscu mniej lub bardziej oddalonym od obszaru chorobowego. Galen połączył także różne rodzaje naczyń krwionośnych z narządami, które według niego miały im odpowiadać. Na przykład żyła umiejscowiona w prawej ręce była powiązana z wątrobą, a żyła w lewej ręce ze śledzioną. Im poważniejsza (ostrzejsza) była choroba tym większą ilość krwi upuszczano. W szczególności przy gorączce wytaczano duże jej ilości (2, 7).

Podobne zabiegi wykonywano u zwierząt, a ich opisy spotyka się w dziełach pisarzy rzymskich traktujących o hodowli i podstawowych zabiegach weterynaryjnych. Analizując obszernie opisy chorób oraz schematy proponowanych działań leczniczych można śmiało stwierdzić, że puszczenie krwi było traktowane jako jeden z podstawowych zabiegów a wskazania do jego zastosowania występowały w przypadku większości chorób. Flebotomię wykonywano nie tylko u koni. Przy pomocy puszczenia krwi leczono także bydło, owce, świnie i psy. Opisy zabiegów puszczenia krwi spotyka się nie tylko w traktatach dotyczących leczenia ludzi i zwierząt ale też w literaturze pięknej. Oto bowiem Wergiliusz w poemacie Georgiki tak opisuje postępowanie przy gorączce:

*„Jedna jest tylko rada, jednym cięciem śmiałym
przeciąć żyłę nad stopą z krwi nurtem nabrzmiąłym” (10).*

W czasach cesarstwa rzymskiego zaczął się powoli wyodrębniać zawód lekarza zwierząt, przy czym występował wyraźny podział na lekarzy bydła, których określano terminem *veterinarii*, lekarzy koni

nazywanych *hippiatrii* oraz na pozostałych lekarzy zwierząt. Istniał także podział na czynności, które może wykonać opiekun stada oraz na te, których wykonanie należy powierzyć lekarzowi zwierząt. Wykonywanie upustów krwi często powierzano lekarzom zwierząt (5, 9). Czynność ta wymagała znajomości anatomii oraz odpowiedniego przygotowania chirurgicznego. Opis cech, które powinny charakteryzować chirurga spotykamy u Celsusa: „Chirurg powinien odznaczać się sprawną, mocną i nigdy nieodrżącą ręką, być szybki w działaniu zarówno lewą, jak i prawą ręką, nieustraszonego ducha, o dobrze i ostro widzących oczach”. Lekarz zwierząt musiał mieć opanowaną zarówno sztukę lekarską, jak i głęboko ugruntowaną wiedzę. W wielu przypadkach decyzja o tym, z którego naczynia należało dokonać upustu krwi była uzależniona od rodzaju choroby. W przypadku bólu głowy nacinano żyłę, która jest pod okiem, w przebiegu gorączki lub niestrawności żyłę pod ogonem a w przypadku wzdęć u owiec oprócz nacięcia żyły pod ogonem należało także otworzyć żyłę na wardze górnej. Upusty krwi odbywały się nie tylko przez nacięcie lub nakłucie naczyń krwionośnych ale także metodą skaryfikacji. Ten sposób postępowania stosowano głównie w odniesieniu do leczenia obrzęków okolicy pęcin (3, 5).

Wśród historycznych źródeł pisanych dotyczących problematyki leczenia zwierząt znajdują się także zabytki pochodzące z terenu Polski. Za najstarszego sławnego polskiego weterynarza uznawany jest kowal Konrad Królewski (1532) - autor książki „Sprawa a lekarstwa końskie”, który zaleca w wielu schorzeniach u koni pus-

czać krew, np. w tzw. ochwacie wodnym zaleca naciąć żyłę na szyi a potem jeszcze na ogonie. Kiedy koń „od wiatru się zatchnie tak iż nie może chodzić przed zaduszeniem tedy mu zaciąć żyłę miedzi oczyma i miedzi uszyma” (6).

W dobie oświecenia zaczęły pojawiać się liczne publikacje z zakresu praktycznej medycyny weterynaryjnej. Prace te miały głównie charakter poradników, gdzie krótko opisywano podstawowe choroby zwierząt i znane wówczas sposoby ich leczenia. Przykładem może być wydana w 1794 roku „Apteczka końska”. Autor „Apteczki końskiej” podaje, że krew należy u konia puszczać tylko wówczas kiedy jest do tego istotna przyczyna, nie można tego zabiegu wykonywać profilaktycznie. Puszczenie krwi to nic innego jak przecięcie naczynia krwionośnego „żyły bijącej (Arterii) lub niebijącej (Vena)”, odpowiednim przyrządem np. lancetem, gwoździem lub specjalnym puszczałem. Zalecano otwieranie naczyń średniej wielkości, najczęściej żył na „karku”, języku, podniebieniu, boków, płaskości uda, ogona, przodu kopyta lub żyły ocznej (1).

Podczas upustu krwi należy się jej dokładnie przyglądać, gdyż po jej wyglądzie można łatwo poznać „istotę” choroby. Krew „czarna, twarda i sucha” miała świadczyć o toczącym się w organizmie zapaleniu. W takim przypadku zabieg należało powtarzać aż do wyzdrowienia zwierzęcia. Krew „ropiasta”, świadczyła o tym, że należy zastosować „lekarstwa kwaśne działające na zgniłości i zepsucie humorów”. Autor ten zalecał u konia jednorazowo upuścić maksymalnie do „dwóch kwart” krwi. Twierdził on, że lepiej jest wykonać ten za-

bieg „puszczadłem obszernym niż subtelnym”, to czy naczynie zostało przecięte poznaje się po tym, że „krew pociskiem wychodząc na kształta źródła wytryskuje”. Uważano, że krew można puszczać z każdej „żyły”, jednak najczęściej nacina się „żyłę karkową”(1)

Puszczanie krwi uważano za zabieg dość łatwy do wykonania i rzadko powodujący powikłania w formie np. obrzęku tkanek w miejscu nacięcia. Mimo to zdarzały się przypadki powikłań np. w postaci krwotoku (hemorragii). Kiedy po otwarciu żyły następuje „hemorragia” (krwotok), aby ją zatrzymać autor radził obwiązać żyłę i podać zwierzęciu „właściwe lekarstwo”. Aby się ustrzec takiej sytuacji, należy „żyłę, która „hemorragią sprowadza zwykłą”, naciąć między „bindą” a sercem zwierzęcia. Jeśli upustu krwi dokonuje się z „żyły pulsowej” „binda” winna się zawsze znajdować między sercem i nacięciem. Jeżeli upust dokonuje się na naczyniach kończyn lub ogona, gdzie można założyć mocno przewiązkę, nie trzeba mieć tego baczenia, gdyż zawsze obwiązuje się oba naczynia tj. „żyłę i puls”. Przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu było wychudzenie i zła kondycja zwierzęcia (1).

Autor, podobnie do pisarzy antycznych, podaje wiele przypadków zastosowania upustów krwi. Zdecydowanie najczęściej wskazań do przeprowadzenia tego zabiegu występowało w przypadku gorączki. Zalecał on aby rozpoczęcie jakiegokolwiek leczenia u gorączkującego zwierzęcia poprzedzić upustem krwi (ok. 1 kwarty). W przypadku kaszlu flegmistego i w suchotach końskich wskazane było upuścić krwi obficie i powtórzyć ten zabieg w zależności

od „wielkości ksztuszenia się i dzielności konia”. Dychawicę u koni również zaleca leczyć poczynając od upustu krwi. Nawet w chorobach układu nerwowego był to zabieg wykonywany w pierwszej kolejności, np. „w zawrocie głowy spokojnym wskazane jest krew puszczać trzy razy na dzień za każdym razem kwartę, aż się śpiączka i ociężałość umniejszy”. Natomiast w apopleksji nie można krwi puszczać zbyt prędko, ani zbyt wiele, upuszczać jej jednak do 4 lub 5 kwart, i jednocześnie otworzyć kilka naczyń (1, 8).

Guerinire (1797) nie we wszystkich chorobach zalecał wykonywanie tego zabiegu. W wielu nakazywał stosować różne zioła, okłady z maści lub też lewatywy. Autor ten uważał flebotomię za najskuteczniejsze lekarstwo we wszystkich stanach, którym towarzyszy zapalenie. Należało ją wykonać jak najszybciej od pojawienia się objawów oraz miało ono być niezbyt obfite, aby nie dopuścić do utraty przytomności przez konia. W niektórych schorzeniach np. w myszach końskich określanych także jako zapalenie gruczołów podusznych zalecano puszczenie krwi z kilku żył, najpierw z karku, potem z języka a na koniec z żył bokowych.

Ten sam autor opisuje chorobę koni, rzadko występującą w Polsce, która obejmowała najpierw kopyta i szybko opanowywała cały organizm prowadząc w ciągu 24 godzin do śmierci zwierzęcia. Określał ją terminem „pinsanesse”. Lekarstwem na tę chorobę miało być natychmiastowe puszczenie krwi z kopyta chorej nogi, a następnie z języka.

W przypadku tężca (rumatyzm koński) lekarstwem miało być natychmiastowe puszczenie krwi z karku, które należało powtórzyć sześć lub siedem razy co 2 godziny. Za każdym razem należało upuścić 1 kwartę krwi.

Czasami zabieg puszczenia krwi łączono z przyżeganiem ciała i tak postępowano np. w zawrocie głowy, w tężcu oraz nagniotku grzywowym. W wywichnięciu obojczyka (splenieniu) leczenie rozpoczynano od puszczenia krwi z żył zwyczajnych, krew tę zbierano w naczynie mieszano z gorzałką i okładano tym chorą okolicę. A jeśli to nie pomagało zalecano rozpalonym żelazem wypalić na skórze znak koła.

Guerinire (1797) w swoim dziele pokazuje także techniki wykonywania tego zabiegu u koni na różnych naczyniach krwionośnych. W przypadku upustu krwi z żyły karkowej, nakazuje obwiązać kark zwierzęcia powrozem w celu zaciśnięcia żyły i napływu do niej krwi. Sznur nie może być jednak zawiązany zbyt mocno, gdyż koń mógłby stracić przytomność, a nawet mogłoby nastąpić jego zejście śmiertelne. W celu pobudzenia napływu krwi do nacinanego naczynia zaleca pobudzanie ruchu szczęki i żuchwy poprzez np. poruszanie uzdą. Żyłę karkową nakazuje przeciąć na cztery cale niżej od rosochy żyły (miejsca gdzie schodzą się dwie żyły w jedną) uderzając w puszczało konowalskim strugadłem nie za mocno i nie za słabo, aby nie dopuścić do powikłań. Po upuszczeniu krwi należy ucisnąć żyłę na około 1 cal od rany, poprzez przesunięcie powroza. Wylewająca się z rany krew mogłaby doprowadzić do zapalenia, a nawet

gangreny. Na karku wskazuje ten autor jeszcze jedną żyłę, na której można wykonać ten zabieg. Znajduje się ona w odległości 2 – 3 cali od karku w pobliżu kąta „szczęki dolnej”. W tym przypadku koniowi nie trzeba zaciskać powroza tylko ucisnąć naczynie ręką.

Kolejnym naczyniem wskazanym w tym dziele do upustu krwi jest żyła języka. W celu jej przecięcia należało wyjąć język z jamy ustnej, lekko go przekręcić i naciąć żyłę układającą się pod językiem. Z niej można było upuścić tylko niewielką ilość krwi. Z tego naczynia zalecano puszczanie krwi koniom cierpiącym na tzw. myszy, czyli zapalenie gruczołów podusznych (1, 8)

Krew puszczano także z podniebienia, najczęściej ostro zakończonym rogiem dzikiej kozy. Przebijało się trzecią lub czwartą marszczkę podniebienną. Wykonanie tego zabiegu w tylnej części podniebienia byłoby niebezpieczne ze względu na niemożliwość zatamowania krwi. Puszczanie krwi z podniebienia zalecane było przy braku apetytu lub kiedy koń cierpiał na tzw. żabę podjęzykową, gdyż uważano, że schorzenie to jest wynikiem zatkania naczyń krwionośnych (8).

Za najtrudniejsze wśród konowałów uważano puszczanie krwi z „żyły podobojczykowej”. Żyła ta jest dość silnie napięta na kształt wałeczka. Puszczadło trzeba było wbić dokładnie w środek naczynia uderzając trzonkiem strugadła mocniej niż w przypadku żyły karkowej, ze względu na twardszą skórę w tym miejscu. Puszczanie krwi z tego naczynia miało miejsce w przypadku „w zmocowania kolana”,

„w zmcowaniach i wywichnięciach obojczyka” i innych podobnych przypadkach.

Puszczanie krwi z boków polegało zapewne na przecięciu żyły piersiowej powierzchownej. Wykonywano ten zabieg w chorobach, przy których „koń cierpiał rżnięcie”czyli silny ból (8).

Przecięcia żyły można było dokonać także na przyśrodkowej stronie uda konia, gdzie skóra jest cienka a samo naczyńie dobrze wyczuwalne. Zaraz po przecięciu żyły należało szybko od konia odskoczyć, żeby nie zostać stratowanym. Puszczania krwi z „płaskości wewnętrznej” dokonywano np. „w zmcowaniu bioder, w zmcowaniu lub naderwaniu muszkułow podkolanowych”. Puszczanie krwi z ogona było zlecane wtedy gdy się koń „w zmcuje lub oberwie”. Na ogonie, pomiędzy kręgami wykonywano kilka nacięć lub jedno nacięcie krzyżowe względnie nacięcie na kształt litery T. Ta metoda nie była polecana, gdyż uważano ją za bardziej niebezpieczną niż pożyteczną (8).

Jak już wspomniano w okresie renesansu powstało wiele dzieł opisujących zasady leczenia chorób koni. Część z nich obrazuje raczej upadek sztuki leczenia zwierząt, niż jej rozwój w stosunku do czasów antycznych. Niekiedy zainspirowani owymi dziełami „lekarze zwierząt” wykonywali odpowiednie zabiegi dość często i niejednokrotnie bez sensownej potrzeby. Mimo szeregu przeciwwskazań bardzo często stosowano wypalanie a także puszczanie krwi. W rękopisie nieznanego autora, datowanym na XVI wiek znajdują się opisy aż 126 różnych sposobów nacinania żył. Stopniowo jednak wzra-

stał zarówno poziom wiedzy, jak i humanitaryzm w chirurgii zwierząt, odzwierciedleniem którego jest dzieło Barona von Sinda z 1770 r. zatytułowane „ Unterricht in den Wissenschaften eines Stallmeisters”. W wyniku własnych wieloletnich obserwacji i dużego doświadczenia praktycznego poddał on krytycznej ocenie szereg stosowanych ówczasie na szeroką skalę zabiegów a także techniki ich wykonania. Upusty krwi uznał jedynie za zabiegi zapobiegawcze, a miejsce ich wykonania radził ograniczać jedynie do żyły szyjnej zewnętrznej: „Kiedy mam uzyskać efekt upustu krwi w celu zmniejszenia krwistości, czy nadmiernej ciepłoty i zapobiegania zapaleniom, to mogę to osiągnąć zaraz na żyłę szyjnej, jako najbliższym i najwygodniejszym kanale głównego strumienia, po co mam się trudzić o puszczanie krwi z licznych bocznych kanałów i na koniec z żyły brzusznej, ostrogowej, krzyżowej czy ocznej i innych, które wymieniają kowale, a nawet ich nie znają, nie zwracając uwagi na to, że najlepiej wypływa krew z żyły szyjnej lub płucnej” (9).

Tradycja wykonywania upustów krwi w leczeniu chorób koni przetrwała do czasów współczesnych. Obecnie w weterynarii nie znajduje się racjonalnych wskazań do tych tak niegdyś powszechnie stosowanych zabiegów. W XIX i w XX wieku flebotomia znajdowała szczególne zastosowanie głównie w leczeniu ochwatu oraz mięśni ochwatu porażennego. W pewnym okresie próbowano w sposób racjonalny wyjaśnić mechanizm działania upustów krwi i stworzono wiele teorii, które z biegiem czasu i wraz z postępem wiedzy stały się nieaktualne. Głoszono między innymi pogląd, że skoro wśród przy-

czyn ochwatu wymienia się toksemię, to upust krwi pozwala zwierzęciu w pewnym stopniu usunąć z organizmu substancje toksyczne wraz z upuszczaną krwią. Inna z popularnych teorii na temat leczniczego działania upustów krwi u koni zakładała, że szybka utrata znacznej ilości krwi powoduje aktywację osi podwzgórzowo – przysadkowo - nadnerczowej i tym samym wzrost sekrecji endogennego kortyzolu z kory nadnerczy, co w konsekwencji miało doprowadzić do ograniczenia zapalenia skóry właściwej kopyta (tworzywa kopytowego). Niestety, wraz z postępem farmakologii i uzyskaniem syntetycznych glikokortykosteroidów okazało się, że ich stosowanie u koni może także stać się przyczyną ochwatu. Upusty krwi u koni nie są już stosowane, ale w wielu rejonach Polski stanowią głęboko zakorzeniony zwyczaj ludowy. Jeszcze przed 20 laty, kiedy koń był jednym z podstawowych zwierząt gospodarskich zdarzało się, że próby leczenia ochwatu bądź mięśniochwatu porażonego przez lekarzy weterynarii bez uprzedniego puszczenia sporej ilości krwi budziły wśród rolników obawy o skuteczność tak prowadzonego leczenia.

Streszczenie

Flebotomia przez wiele stuleci była jednym z podstawowych zabiegów leczniczych stosowanych u koni. Zabiegi te wykonywano od starożytności aż do czasów współczesnych. Obecnie nie wykonuje się upustów krwi u koni z powodu braku racjonalnych przesłanek do ich zastosowania.

Piśmiennictwo

1. *Anonymous*: Apteczka konska, z Pism naydoskonalszych Autorow wyjeta, a doswiadczeniem utwierdzona. Z przydatkiem figur do Anatomii konskiej należą-cych dla pożytku powszechnego przedrukowana. Z pozwoleniem zwierzchności, 1794.
2. *Brain P.*: Galen on Bloodletting: A Study of the Origins, Development and Validity of His Opinions. Cambridge University Press, 1986.
3. *Celsus A.A.C.*: De Medicina, Leiden, 1730.
4. Hippokrates (dzieła zebrane): Corpus Hippocraticum. Laryssa, 377.
5. *Kreyser K.*: Zwierzęta gospodarskie w traktatach agrarnych pisarzy rzymskich I wieku cesarstwa. Wyd. SGGW, Warszawa, 1996.
6. *Królewski K.*: Sprawa a lekarstwa końskie przez Konrada Królewskiego doświad-czone. Kraków, 1532.
7. *Kuropatnicki A. K.*: Rozpoznanie i terapia w szesnastowiecznej Anglii. Ann. Acad. Med. Siles., 2006, 60, 3.
8. *La Guerinire, F. R.*: Nowa apteczka konska zamykająca w sobie: 1mo choroby któ-rym podlega koń: 2do lekarstwa pewne i tysiäcznym doświadczeniem ztwierdzo-ne, które do leczenia koni są nieodbicie potrzebne: 3tio operacye konowalskie, ia-kie się na koniach odbywać zwykly". Drukarnia P. Dufoura, Warszawa, 1797.
9. *Shebitz H., Bras W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów. PWRiL, Warszawa, 1983.
10. *Wergiliusz P. Maro*: Georgiki, przekład Czerny A.L. PIW, Warszawa 1956.

WARTOŚCI POZNAWCZE WYKOPALISKOWYCH SZCZĄTKÓW KOSTNYCH NA WYBRANYCH PRZYKŁADACH

Michał Skibniewski, Henryk Kobryń,
Helena Przespolewska, Ewa Skibniewska*

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
*Katedra Biologii Środowiska Zwierząt,
Wydział Nauk o Zwierzętach, SGGW w Warszawie,
ul. Ciszewskiego 8, 02-786 Warszawa,
michal.skibniewski@wp.pl

Od zarania dziejów zwierzęta towarzyszyły człowiekowi, będąc dla niego źródłem pożywienia, licznych surowców oraz zaspokajania potrzeb psychicznych. Relacje pomiędzy ludźmi i światem zwierzęcym ewoluowały i podlegały zmianom uzależnionym od czasów a także towarzyszących im okoliczności (10, 11, 13, 24, 29). W rozpatrywanym chronologicznie rozwoju kulturowym człowieka wyróżniono następujące etapy: zbieractwo, łowiectwo, pasterstwo i rolnictwo. W każdym z nich zwierzęta odgrywały znaczącą rolę. Pozyskiwane podczas prac wykopaliskowych szczątki zwierzęce stanowią jedno z materialnych źródeł poznania zmian zachodzących w miarę upływu czasu, którym podlegały zwierzęta oraz środowisko ich bytowania (10, 14, 18, 19).

U schyłku XIX wieku – tj. w okresie kształtowania się archeologii jako samodzielnej dyscypliny naukowej, szczątki zwierzęce nie budziły szczególnego zainteresowania badaczy, traktowano je marginalnie i tym samym nie przypisywano im większego znaczenia poznawczego. Podczas prac wykopaliskowych uwaga pionierów archeologii koncentrowała się głównie na znalezionych przedmiotach użytkowych takich jak np. doskonale znoszących działanie czasu fragmentach ceramiki użytkowej, pozostałościach budowli i wreszcie na odkrywanych ludzkich szczątkach kostnych. Kości zwierząt zazwyczaj pomijano, nie poddając ich jakiegokolwiek analizie i ograniczano się jedynie do krótkiego wzmiankowania o ich obecności na eksplorowanym stanowisku. W ten sposób zbadano między innymi szereg zabytków starożytnej Grecji niszcząc bezpowrotnie bogaty zbiór zwierzęcych szczątków kostnych znajdujących na ówczesnych stanowiskach archeologicznych (4, 16).

W miarę upływu czasu zaczęto doceniać wagę informacji, jaką niosła ze sobą zarówno ilościowa jak i jakościowa analiza szczątków zwierzęcych. I tak np. po drugiej wojnie światowej, podczas zakrojonych na szeroką skalę prac nad początkami państwa polskiego, szczegółowe analizy zwierzęcych szczątków kostnych z wykopalisk na wczesnośredniowiecznych grodziskach a także na terenie wczesnopolskich miast stały się standardem badawczym. Obecnie jednym z ważniejszych kryteriów oceny zmian zachodzących w kulturach dawnych społeczności jest analiza kości zwierzęcych znajdujących na poszczególnych stanowiskach archeologicznych (2, 25).

Z biegiem czasu, wraz z postępem badań i jednoczesnym udoskonaleniem metod badawczych, wśród dziedzin naukowych archeologii szczególnie miejsce zajęła także archeozoologia, zajmująca się analizą relacji zachodzących pomiędzy ludźmi i zwierzętami w przeszłości. Ta dziedzina nauki powstała w wyniku zapotrzebowania zgłoszonego pod adresem morfologów przez archeologię a także w wyniku potrzeb hodowców, których interesowały początki, czas i miejsce udomowienia poszczególnych gatunków oraz dalsze losy zwierząt znajdujących się w rękach człowieka. Szczególne zainteresowanie budzą zmiany morfologiczne zachodzące u zwierząt pod wpływem udomowienia. Wiadomo bowiem, iż w procesie domestykacji u wielu gatunków pojawiają się cechy przystosowawcze, które często prowadzą do szeregu zmian morfologicznych tak nasilonych, że wiele zwierząt domowych znacznie odbiega od swoich dzikich przodków zarówno pod względem budowy jak i licznych cech fizjologicznych (3, 16, 21, 24).

Zasadniczym przedmiotem badań archeozoologa są zwierzęce szczątki kostne. Dominują one pod względem liczbowym wśród materiałów pochodzących ze stanowisk archeologicznych i zazwyczaj są stosunkowo nieźle zachowane. Sytuacja ta umożliwia zbadanie budowy szkieletu zwierząt zarówno hodowanych przez człowieka, jak i odławianych. Na wielu stanowiskach archeologicznych, niezależnie od chronologii, najistotniejszą rolę odgrywały kości zwierząt udomowionych. Nie ulega wątpliwości, że szczątki zwierzęce (w tym kości) pochodzące z wykopalisk, stanowią najbardziej znaczący ma-

teriał źródłowy w badaniach morfologii zwierząt dawnych epok (14, 15).

Do niezwykle rzadkich należą znaleziska, w których zachowały się inne niż tkanka kostna fragmenty ciała zwierzęcego jak np. włosy, skóra, czy wreszcie tkanka mięśniowa. Najczęściej spotykaną formą analizowanych szczątków są pozostałości pokonsumpcyjne, a więc kości uszkodzone bądź mocno zniszczone w trakcie obróbki poubojowej tuszy lub rozmaitych zabiegów kulinarnych (16, 17). Na podstawie badań przynależności gatunkowej fragmentów określonych kości można ustalić listę gatunków znajdujących się w kręgu zainteresowań człowieka. Po przeprowadzeniu analizy ilościowej można również określić, które gatunki były preferowane w określonym etapie historycznym. Jednak najwięcej informacji można uzyskać na podstawie badania całych kości lub zachowanych w całości szkieletów zwierząt pochodzących najczęściej z pochówków. Można wówczas otrzymać wiadomości na temat wieku, płci oraz często określić wielkość, formę morfologiczną i rasę zwierzęcia (23).

Szczególnie bogata kolekcja wymiarów kości odcinków metapodialnych kończyn pozwala między innymi na analizę dymorfizmu płciowego populacji bydła hodowanego w pradziejach na terenie Polski. Wyniki tej analizy stanowią podstawę do ustalania struktury płciowej stad i pośredniego wnioskowania o poziomie hodowli w tym okresie. Na podstawie obserwacji materiałów kostnych stwierdzono np., że w początkowej fazie neolitu liczba dorosłych samców w przybliżeniu odpowiadała liczbie samic (21, 24). Obrazuje to zatem niski

poziom rozwoju gospodarki hodowlanej nastawionej głównie na pozyskanie mięsa. Stopniowo, wraz z postępowaniem rozwoju cywilizacyjnego, odsetek dorosłych samców utrzymywanych w ówczesnych stadach ulegał stałemu zmniejszeniu. W materiałach datowanych na drugą połowę neolitu zaobserwowano już obecność kości kastratów (wołów), a stosunek liczby utrzymywanych samców i samic wynosił odpowiednio 1:2. Dysproporcje między liczbą samców i samic w epoce brązu były już dość znaczne. Stosunek hodowanych wówczas samców do samic osiągnął wartość 1:6. (21). W badaniach materiałów kostnych pochodzących ze średniowiecznych stanowisk zlokalizowanych na terenie Polski stwierdzono, że szacowany na podstawie analizy wymiarów kości śródreżca odsetek samców w całej badanej populacji zwierząt wynosił 27,2%, natomiast odsetek samców określony na podstawie analizy wymiarów kości śródstopia wynosił 20% (28). Wyliczony na tej podstawie stosunek liczby osobników męskich do żeńskich wynosił 1:2,4 i odpowiednio 1:1,65. Proporcje te są zbliżone do obserwowanych w drugiej połowie neolitu. Wynik ten daje obraz pozornego uwstecznienia hodowli. Wiadomo bowiem, że, zgodnie z regułami statystyki matematycznej, w normalnej populacji proporcje rodzących się samców do samic są równe. Utrzymywanie nadmiernej liczby samców jest nieekonomiczne, ponieważ od samic poza użytkowaniem mięsnym można także oczekiwać wydajności mlecznej oraz uzyskania potomstwa. Aby zapewnić optymalne z ekonomicznego punktu widzenia warunki hodowli stosuje się u wielu gatunków, w tym także u bydła, hodowlę poligamiczną,

gdzie na jednego samca przypada wiele samic. Proporcje pomiędzy liczbą dorosłych samców i samic w danej populacji mogą pośrednio obrazować stan zaawansowania hodowli w danym czasie. Szczegółowa analiza wymiarów kości pozwoliła stwierdzić, że wśród osobników męskich bydła domowego utrzymywanych w okresie średniowiecza przeważały woły. Stosunek samców kastrowanych do nie kastrowanych wynosił 1,4:1. Zwierzęta te, poza zaspokajaniem potrzeb żywnościowych mieszkańców średniowiecznej Europy, spełniały także bardzo ważną rolę gospodarczą. Bydło stanowiło bowiem podstawową siłę pociągową w transporcie i rolnictwie (28).

Analiza wymiarów kości pozwala także na śledzenie między innymi zmian morfometrycznych w szkielecie zwierząt zachodzących na przestrzeni badanego okresu (12, 14, 23).

Wpływ na pokrój zwierząt miał przede wszystkim sposób ich użytkowania. W przypadku bydła, ze względu na wykorzystanie wołów jako podstawowej siły pociągowej, większość osobników płci męskiej kastrowano, wybierając przy tym samce najbardziej rosłe i dobrze rozwinięte. Nierzadką praktyką było też wykorzystanie w pracy pociągowej krów. Istotnym błędem popełnianym w dawnym chowie bydła było też wczesne i nagłe odsadzanie cieląt od krów, co nie pozostawało bez wpływu na ich dalszy rozwój. Dłużej przy matkach pozostawiano jedynie samce przeznaczone na woły. Do rozrodu kierowano tym samym osobniki słabiej rozwinięte. Nie miały wpływu na postępowanie w chowie zwierząt miały w owym czasie także czynniki irracjonalne wynikające z głęboko zakorzenionych

wierzeń ludowych. Nierzadko zdarzało się, że zwierzę urodzone w określonym, niekorzystnym z punktu widzenia wierzeń terminie, pomimo odpowiednich cech eksterierowych było wyłączone z hodowli, natomiast osobniki o niskich cechach użytkowych, które przyszły na świat w dobrym czasie były dopuszczane do rozrodu (1). Można zatem założyć, że bydło poddane tak ekstremalnie niekorzystnym warunkom środowiskowym i hodowlanym przez szereg stuleci ulegało powolnej degeneracji przechodząc stopniowo z formy primigenicznej (długorogiej, podobnej do tura) w brachyceryczną (krótkorogą). Bohlken stwierdził, że w obrębie rodzaju *Bos* można zaobserwować pewne prawidłowości pojawiające się pod wpływem udomowienia. Do najważniejszych zmian morfologicznych zaliczył: zmniejszenie wymiarów ciała, skrócenie czaszki oraz zmienność poszczególnych jej parametrów, zmiany morfologiczne móżdżeni i zanik cech warunkujących dymorfizm płciowy (6).

Historia udomowienia bydła sięga prawie 8000 lat p.n.e., natomiast bydło krótkorogie pojawiło się w znaleziskach archeologicznych datowanych o kilka tysięcy lat później (8). Wraz z wystąpieniem bydła brachycerycznego obie formy morfologiczne tego gatunku żyły równolegle z przewagą jednej bądź drugiej, w zależności od miejsca bytowania. Typowym przykładem bydła primigenicznego jest siwe bydło ukraińskie, rumuńskie i węgierskie, które przetrwało do czasów współczesnych. Zaobserwowano np., że u siwego bydła ukraińskiego w niekorzystnych warunkach środowiskowych pojawiają się cechy bydła brachycerycznego (5). Zmienność cech morfologicznych bydła

po części wyjaśnia także teoria politopii. Zakłada ona istnienie w przeszłości wielu niezależnych od siebie ognisk udomowienia. Tak więc domestykacja bydła miała charakter lokalny zależny od miejsca i czasu, w którym się dokonywała. Poszczególne ogniska udomowienia stwarzały warunki do powstania dużej zmienności w obrębie tego gatunku, której podłoże wynikało z różnych kryteriów selekcji oraz możliwości kojarzenia osobników dzikich z udomowionymi (7). Wśród współczesnych uczonych panuje zgodność, iż najwcześniejszym ogniskiem udomowienia bydła na dużą skalę była Azja Południowo – Zachodnia (8). Stanowiskiem o najstarszym datowaniu, w którym znaleziono kości bydła udomowionego jest Nemrik w Iraku. Warstwy, w których wystąpiły szczątki bydła datowano na 7150-7050 lat p.n.e. Należy dodać, że w wielu stanowiskach datowanych na ten okres lub znacznie młodszych brak jednoznacznych śladów udomowienia tego gatunku (22, 24). Zmniejszenie wymiarów ciała zwierząt będące wyrazem adaptacji do udomowienia zaobserwowano już we wczesnych etapach udomowienia. Proces ten postępował w ciągu następných stuleci osiągając maksimum nasilenia w okresie średniowiecza, w którym to na terenie całej Europy dominował typ niskorosłego bydła brachycerycznego. Zwierzęta te cechowały się wyjątkowo małą wysokością w kłębie. Średnia wartość tego parametru badana na podstawie analizy wymiarów odcinków metapodialnych kończyn wynosiła dla całej populacji (bez podziału na płeć) 103,8 cm. Średnia wysokość w kłębie samców wynosiła 105,9 cm, zaś w przypadku samic 103,05 cm. Tak więc analiza materiału kostnego

pozwoili na odtworzenie morfotypu bydła domowego dawnych epok (26, 27).

Zwierzęce szczątki kostne poza informacjami na temat morfotypu zwierzęcia i jego konstytucji, dostarczają także niezwykle cennych informacji dotyczących chorób zwierząt występujących w przeszłości, których odzwierciedleniem są zmiany patologiczne obserwowane w kościach. Historia opracowywania zwierzęcego materiału kostnego pochodzącego z wykopalisk liczy sobie ponad 100 lat. W tym czasie jedynie nieliczni badacze poświęcali uwagę tym fragmentom kości i zębów, które wykazywały zmiany patologiczne. Zagadnienia te są niezwykle interesujące z wielu względów, bowiem pozwalają na poszerzenie aktualnej wiedzy o chorobach występujących w przeszłości. Na ich podstawie można także wnioskować w sposób pośredni o warunkach bytowania zwierząt dawnych epok a także o stosunku ówczesnego człowieka do zwierząt (9).

W archeologicznym materiale kostnym zmiany patologiczne występują rzadko. Spotyka się je u wszystkich przedstawicieli gatunków reprezentujących zwierzęta udomowione oraz u zwierząt dzikich. Spośród wspomnianych patologii znajdujących odzwierciedlenie w tkance kostnej zdecydowanie największy odsetek stanowią następstwa złamań. Dochodziło do nich w wyniku urazów mechanicznych, na które były narażone zwierzęta domowe bytujące w warunkach prymitywnego chowu oraz zwierzęta dzikie. Złamania kości, podobnie jak w czasach nam współczesnych występowały jako fizjologiczne oraz powstające spontanicznie złamania patologiczne będące

dące wyrazem chorób o podłożu metabolicznym. W niektórych przypadkach na obrazach rentgenowskich widoczne są zmiany struktury tkanki kostnej wskazujące na jej nieprawidłową mineralizację (9, 20, 30). Przyczyną tych procesów prawdopodobnie było nieracjonalne żywienie, które prowadziło do zaburzeń metabolicznych i w konsekwencji do zmian patologicznych skutkujących znacznym osłabieniem wytrzymałości kości na działające siły.

Drugą w hierarchii częstości występowania grupą zmian patologicznych obserwowanych w zwierzęcym materiale kostnym są następstwa kostniejącego zapalenia okostnej i zapalenia stawów. Z reguły prowadziły one do zniekształcenia stawów lub ich zeszywnienia. Opisywane zmiany dotyczyły zarówno kośćca osiowego, jak i kośćca kończyn. Z pewnością powodowały one znaczną bolesność i ograniczenie ruchu u dotkniętych chorobą zwierząt.

Podsumowując należy stwierdzić, że szczątki zwierzęce odkrywane na stanowiskach archeologicznych stanowią podstawę do odtworzenia rzeczywistości panującej w danym miejscu przed wiekami. Dokonując szczegółowej ilościowej i jakościowej analizy szczątków można dokonać charakterystyki typu gospodarki prowadzonej przez ludzi żyjących w przeszłości nadanym terenie. Można także określić stan konsumpcji mięsa, zmienność lub stabilność tego typu, techniki pozyskiwania mięsa i jego dalszej obróbki kulinarnej. Nierzadko też na podstawie materiału kostnego można wnioskować o stanie hodowli w określonym miejscu, przyżyciowym wykorzystaniu

zwierząt w gospodarce a także o statusie ekonomicznym i społecznym danej grupy ludności.

Zwierzęcy materiał kostny, spotykany we wszystkich stanowiskach archeologicznych jest zatem źródłem olbrzymiej ilości danych i jedynie od badacza zależy ich poprawne wykorzystanie.

Streszczenie

Zwierzęce szczątki kostne stanowią bogaty materiał badawczy, na podstawie którego można określić przynależność gatunkową zwierząt, ich wiek, oraz typ morfologiczny. Wartość źródłowa kości wykopaliskowych pozwala na odtworzenie warunków życia ludzi i zwierząt dawnych epok.

Piśmiennictwo

1. *Baranowski B.*: Podstawowa siła pociągowa dawnego rolnictwa w Polsce. Instytut Historii Kultury Materialnej Polskiej Akademii Nauk, Wrocław – Warszawa – Kraków, Zakł. Narod. Im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1966.
2. *Błaszczyk W.*: Dorobek i rozwój archeozoologii w Polsce. (Zagadnienie współpracy archeologii z archeozoologią). Font. Archaeol. Posnan., 1977, 26, 180-192.
3. *Błaszczyk W.*: Archeozoologia jako nowa dyscyplina naukowa (na marginesie współpracy archeologii z archeozoologią). Nauka Polska, 1977, 25, 97-99.
4. *Błaszczyk W.*: Archäologie und Archäozoologie-Geschichte der gemeinsamen Forschungen und Zusammenarbeit in Grosspolen, Archaeozoology. Proceedings of the III-rd International Archeozoological Conference held 23-26 April 1978, Agricult. Acad. Szczecin, 1979, 1, 97-106.
5. *Bogolubski S.*: Pochodzenie i ewolucja zwierząt domowych. PWRiL Warszawa, 1968.
6. *Bohlken H.*: Vergleichende Untersuchungen an den Schädeln wilder und domestizierter Rinder. Wiss. Zool., 1964, 170, 323-418.
7. *Bökönyi S.*: History of Domestic Mammals in Central and Eastern Europe. Akademiai Kiado, Budapest, 1974.
8. *Epstein H.*: The origin of the Domestic Animals of Africa. 1, Leipzig, 1971.

9. *Gawlikowski J, Kobryń H.*: Zmiany patologiczne w wykopaliskowych szczątkach zwierzęcych wczesnośredniowiecznego Wolina (Srebrne Wzgórze). *Mat. Zach. Pom.*, 1997, 43, 5, 193-202.
10. *Kobryń H.*: Udomowienie zwierząt i jego związek z rozwojem kulturowym człowieka. *Życie Wet.*, 1988, 63, 116-119.
11. *Kobryń H.*: Znaczenie zwierząt dawnych epok w czynnościach związanych z kultem. *Życie Wet.*, 1990, 65, 21-24.
12. *Kobryń H.*: Znaczenie udomowienia zwierząt. *Roczn. Muz. Narod. Roln. w Szreniawie*, 1991, 18, 27-33.
13. *Kobryń H.*: Wykorzystanie zwierząt w pradziejach do celów rytualnych. *Roczn. Muz. Narod. Roln. w Szreniawie*, 1993, 19, 241-248.
14. *Kobryń H.*: Wykopaliskowe szczątki zwierzęce i ich wartość źródłowa. *Roczn. Muz. Narod. Roln. w Szreniawie*, 2001, 22, 19-26.
15. *Kobryń H.*: Źródła mięsa w diecie ludzi dawnych epok na terenie Polski. *Roczn. Muz. Narod. Roln. w Szreniawie*, 2001, 22, 123-132.
16. *Krysiak K.*: Znaczenie badań nad szczątkami zwierzęcymi z wykopalisk archeologicznych. *Folia Morphol.*, 1954, 54, 307-313.
17. *Krysiak K.*: W stulecie badań nad szczątkami zwierzęcymi z wykopalisk archeologicznych. *Liber Iosepho Kostrzewski octogenario a venatoribus dicatus*. Zakł. Narod. im. Ossolińskich, Wrocław, 1968, s. 589 – 593.
18. *Krysiak K.*: Geneza i znaczenie archeozoologii. *Folia Morphol.*, 1972, 31, 449 – 457.
19. *Krysiak K.*: Rola zwierząt w rozwoju kulturowym człowieka. *Wiad. Archeol.*, 1973, 38 (1), 77 – 82.
20. *Lachowicz S., Wyróst P.*: Spostrzeżenia nad chorobowo zmienionymi szczątkami kostnymi zwierząt ssących i ptaków wczesnośredniowiecznego Wrocławia. *Medycyna Wet.*, 1962, 18, 326-330.
21. *Lasota-Moskalewska A.*: Morphotic changes of domestic cattle skeleton from the Neolithic Age to the beginning of the Iron Age. *Wiad. Archeol.*, 1984, 45, 52, 119-163.
22. *Lasota-Moskalewska A.*: Animal remains from Nemrik, a pre-pottery Neolithic in Iraq, Nemrik 9. Pre-pottery Neolithic site in Iraq, S.K. Kozłowski (red.), Warszawa, 1994, s. 5-52.
23. *Lasota-Moskalewska A.*: Podstawy Archeozoologii, Szczątki ssaków, PWN Warszawa, 1997.
24. *Lasota-Moskalewska A.*: Zwierzęta udomowione w dziejach ludzkości, Wyd. UW, Warszawa, 2005.
25. *Poklewska-Kozieł T., Żemigała M.*: Z problematyki kulturowej średniowiecznych i nowożytnych zwierzęcych szczątków kostnych w miastach: (przykłady z obecnej Polski) w: *Archeologia w teorii i praktyce*, Buko A., Urbańczyk P., red., Instytut Archeologii i Etnologii PAN, 2000, s. 651 – 656.

26. *Skibniewski M., Kobryń H., Skibniewska E.*: Cechy morfologiczne bydła domowego średniowiecznej Polski. *Medycyna Wet.*, 2007, 63 (2), 250-253.
27. *Skibniewski M., Kobryń H., Skibniewska E.*: Wysokość w kłębie bydła domowego średniowiecznej Polski. *Medycyna Wet.*, 2007, 63 (3), 369-372.
28. *Skibniewski M., Kobryń H., Skibniewska E.*: Próba określenia struktury płci w stadach bydła domowego średniowiecznej Polski. *Medycyna Wet.*, 2007, 63 (5), 609-611.
29. *Węgrzynowicz T.*: Szczątki zwierzęce jako wyraz wierzeń w czasach ciałopalenia zwłok. PMA, Warszawa, 1982.
30. *Wyrost P., Lachowicz S.*: Palaeopathological studies of bone remnants of early mediaeval domestic animals from Wielkopolska and Kujawy. *Folia Morphol.*, 1979, 38, 131-139.

ZASTOSOWANIE CIEPŁA W LECZENIU CHORÓB KONI HISTORIA I TERAŻNIEJSZOŚĆ

Michał Skibniewski, Henryk Kobryń,
Helena Przespolewska

Katedra Nauk Morfologicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
michal.skibniewski@wp.pl

Leczenie ciepłem koni ma wielowiekową tradycję. Jedną z częściej stosowanych form tego postępowania w przeszłości była kauteryzacja, czyli przyżeganie tkanek. Obecnie jest to metoda jedynie o znaczeniu historycznym.

Zastosowanie ciepła jako czynnika leczniczego w medycynie i weterynarii ma wielowiekową i niezwykle bogatą historię. Wiara w uzdrawiającą moc ciepła występowała niemal u wszystkich narodów świata od zarania dziejów. Obecnie uznaje się, że Chińczycy, jako jedni z pierwszych zwrócili uwagę na właściwości lecznicze wysokich temperatur. Metody te przejęła dawna medycyna grecka, rzymska, arabska, a także medycyna i weterynaria czasów nowożytnych.

Zastosowanie wysokich temperatur w lecznictwie ludzi i zwierząt można podzielić na dwie grupy zabiegów. Pierwszą z nich stanowi ogrzewanie ciała określane mianem termoterapii, która w for-

mie niemal nie zmienionej przetrwała do czasów współczesnych. Jako źródło ciepła stosuje się w niej gorące powietrze, wodę, parę wodną, piasek lub roztopioną parafinę. Nagrzewanie ciała można także przeprowadzać przez okrywanie kocem, przykładanie gorących okładów, stosowanie termoforów i coraz częściej przez zastosowanie lamp leczniczych, emiterów podczerwieni lub światła laserowego. Drugą grupą zabiegów leczniczych wykorzystujących wysoką temperaturę jest przyżeganie, czyli kauteryzacja, którą także stosuje się obecnie, jednak w zupełnie odmiennej formie.

Przyżeganie było jednym z częściej wykonywanych zabiegów leczniczych u koni, wykonywanym już od okresu antycznego i miało szerokie zastosowanie w odniesieniu do tkanek różnych części ciała. Hipokrates, Celsus, Kolumella oraz wielu innych najwybitniejszych lekarzy i hodowców antycznych zalecało w odpowiednich przypadkach zabiegi przyżegania (3, 2, 5).

Przez szereg stuleci obowiązywała zasada: *Quae medicamenta non sanant ferrum sanat, quae ferrum non sanat ignis sanat insanabilis reputare oportet* - Czego leki nie wyleczą, wyleczy skalpel, czego skalpel nie wyleczy, wyleczą przyżegania, czego przyżegania wyleczyć nie zdołają, należy uważać za nieuleczalne (7).

Czynność tę wykonywano rozgrzanym narzędziem z żelaza, miedzi, srebra lub złota. Jak już wspomniano, zabiegi te stosowano w odniesieniu do różnych części ciała. Przypalano zarówno zmiany na skórze jak i na błonach śluzowych np. w jamie ustnej. W ten sposób likwidowano różnego typu guzy, narośla, obrzęki, ropnie, krwiaki

i torbiele. Nacięcie rozżarzonym przedmiotem powodowało wypływanie płynów (złej materii) ze zmian chorobowych, a jednocześnie działało dezynfekująco, oraz ułatwiało tworzenie nowej tkanki i przyspieszało procesy gojenia. Uważano także, że koagulacja zmiany chorobowej zapobiega dalszemu szerzeniu się choroby. Nie bez znaczenia był fakt, że przypalenie naczyń krwionośnych zmniejszało krwawienie. Uważano, że zdecydowanie lepiej jest przypalić naczynie niż je podwiązywać, gdyż zapobiegnie to różnym powikłaniom - szerzeniu się zapaleń w miejscu interwencji chirurgicznej (6).

Zabiegi przyżegania wykonywano w postaci punktów, gwiazd, liści paproci, liści palmowych, gęsiej stopy lub też koła, w którym wypalano dodatkowo promienie lub punkty itp. Używano do tego celu rozgrzanych noży, gwoździ, specjalnych żegadeł okrągłych i spłaszczonych, iglic oraz żelazek. Kształt i wielkość tych narzędzi zależały od wielkości, kształtu zmiany chorobowej oraz miejsca na ciele zwierzęcia gdzie zabieg ten miał być wykonywany (6).

Autor Apteczki końskiej z 1794 roku pisze, że „żegadło nie powinno nigdy zryzać rzemień albo skórę; już lepiej ten zabieg powtórzyć kilkakrotnie. Włosy nie powinny być mocniej przypalone niż do koloru wiśniowego. Żegadło winno być w związku z tym czerwone, ale nie gorejące lub płomień wydające” (1).

Oprócz przyżegania rozgrzany metalowym przedmiotem, wykonywano także przyżeganie za pomocą różnych substancji żrących, nazywanych inaczej ogniem martwym. Powodowało ono oddzielenie się tkanek martwicowych od zdrowych, a miejsca, na które

zastosowano substancje żrące szybciej się goiły. Stosowano je najczęściej w postaci maści, do wyrobu, których używano np. mlecznika, ciemniejszy czarnej, sublimatu, kantarydyny i siarki. Maści takie rozprowadzano na różnych guzach skórnych, naroślach, itp. Nakładano je raz dziennie, w ciągu trzech dni dochodziło do „wyżarcia” zmian chorobowych. Następnie nakładano na to miejsce maści sporządzone np. z miodu i sadła wieprzowego regenerujące tkanki (6).

Ze starożytnego Egiptu pochodzą pierwsze wzmianki o leczeniu guzów sutka. Stosowaną wtedy metodą leczenia było wypalanie chorych tkanek. Znane są opisy raka piersi podane przez Hipokratesa w V wieku p.n.e., a później przez Celsusa w I wieku p.n.e. W I wieku naszej ery w starożytnym Rzymie chirurg Leonides wykonywał operacje nowotworów złośliwych piersi z użyciem rozgrzanego noża. Gorące narzędzie wykorzystywał do tamowania krwawienia, a także do przypalania samego guza (3, 2, 8).

U ludzi już w starożytności używano rozpalonego żelaza w leczeniu żyłaków. Pierwszy opis zabiegu usunięcia żyłaków tą metodą pochodzi z II w p. n. e. jest autorstwa Plutarque’a (9). Szczegółowy opis wycięcia żyłaków podaje także Celsus. Na chorobowo zmienionym naczyniu wykonywano liczne drobne nacięcia powtarzane w odstępach kilku centymetrów. Odsłonięte żyłaki przyżegano rozgrzanym do czerwoności żelaznym narzędziem. Podobny zabieg opisuje także Hipokrates, stwierdzając, że podstawą ówczesnej terapii tego schorzenia było nakłuwanie, nacinanie, a następnie przyżeganie rozżarzonym narzędziem poszerzonych żył (9).

Poza koniecznością usuwania rozmaitych zmian patologicznych zlokalizowanych na skórze i błonach śluzowych przyżeganie miało szerokie zastosowanie w zapobieganiu powstawania zakażeń przyrannych. Zabiegi te stosowano powszechnie już w okresie cesarstwa rzymskiego. Kolumella (*Lucius Iunius Moderatus Columella*) w traktacie „O gospodarstwie wiejskim” (*De re rustica*), datowanym na I w. cesarstwa, opisuje postępowanie lecznicze, jakie należy zastosować w przypadku skaleczenia nadpęcia, kopyta lub podudzia (*laesio tali, ungulae, saucitatio cruris*). Autor ten radzi, aby po urazie wypalić ranę żelaznym, rozpalonym prętem a następnie nałożyć na nią twardą smołę z tłuszczem do smarowania osi i siarką oraz opatrzyć zestrzyżoną wełną. W przypadku przebicia kopyta należy według Kolumelli stosować podobny schemat postępowania. Jeśli jednak kopyto jest zranione głębiej, należy wówczas naciąć je nożem szerzej wokół zranienia i przypiekać a następnie poleać octem i osłonić plecionką z żarnowca na czas trzech dni. Przyżeganie stosowano także powszechnie przy przecinaniu ropni. Według Kolumelli zdecydowanie lepiej jest otwierać ropień rozpalonym żelazem, niż zimnym narzędziem. Radzi on aby otworzyć ropień gorącym żelazem, a po wyduszeniu ropy przemyć ciepłym moczem bydlęcym i opatrzyć bandażami nasyconymi płynną smołą i oliwą. W przypadku zaś ropnia zlokalizowanego w miejscu trudnym do opatrzenia polecał on nałożenie przy pomocy żelaznego, rozpalonego pręta na powstałą ranę tłuszczu koziego lub bydlęcego. Alternatywny sposób postępowania polegał na wypaleniu chorego miejsca a następnie na polewaniu go

starym ludzkim moczem i smarowaniu zagotowaną płynną smołą zmieszaną w równych ilościach ze starym tłuszczem do smarowania osi (5). Z przytoczonego powyżej opisu wynika więc, że kauteryzacja była podstawowym, niezbędnym zabiegiem wykorzystywanym w chirurgicznym opracowaniu ropni. Była ona bowiem obecna we wszystkich proponowanych schematach postępowania a pewnym modyfikacjom podlegały jedynie środki używane do opatrzenia rany i jej pielęgnacji.

Przyżeganie jako metodę leczniczą, skuteczną w przypadku wielu chorób, stosowano także i w czasach nowożytnych. Guerinire (1797) opisuje schorzenie dotyczące „żyły goleniowej” u konia, które nazywa gruczolem goleniowym, polegające na jej silnym rozszerzeniu. Jedną z metod leczenia tej zmiany było wykonanie rozpalonym żelazem dwóch lub trzech kres, co miało spowodować jej obkurczenie i zapobiec jej dalszemu rozszerzeniu. Za pomocą rozgrzanych narzędzi powodowano także obkurczanie żył ocznych, barkowych, podkolanowych, udowych, pęcinowych itp. (6)

Rozżarzonego żelaza używano także do leczenia zmian na błonach śluzowych. Już w starożytności stosowano je w zabiegach stomatologicznych u ludzi. Hipokrates oraz Aurelius Cornelius Celsus opisują zarówno technikę wykonania zabiegu, jak i narzędzia niezbędne do jego przeprowadzenia (3, 2).

U koni rozżarzone żelazo stosowano to usuwania tzw. żaby końskiej. Mianem tym określano twór wielkości orzecha laskowego, powstający w przedniej części podniebienia twardego, tuż za zębami

siecznymi. Zabieg ten opisuje m. innymi Guerinire (1797). Zalecał on „zgubić ją za pomocą żelaza rozpalonego, na to umyślnie sporządzonego, żelazo to jest na końcu spłaszczone, wielkości półzłotka, kształtu takiego, jakiego do przypalania wołów używają”. Autor ten stwierdzał także, że przy wykonywaniu tej czynności potrzebna jest niezwykła zręczność konowała, aby nie uszkodzić okolicznych tkanek (6). O zabiegu usuwania żaby końskiej pisał także ksiądz Kluk podając, że był on często wykonywany, a po jego dokonaniu zalecał płukanie jamy ustnej konia jałowcem sawiną wraz z kamforą, mirrą i octem (4).

Często stosowano przyżeganie do leczenia różnych dolegliwości kończyn u koni. Guerinire (1797) opisuje chorobę, którą nazywa ociekłością kolan. W jej leczeniu radzi wykonać przypalenie chorej okolicy o ile zawiodły wcześniej zastosowane metody zachowawcze (np. okłady z maści). W opisie postępowania autor ten wzmiankuje, że jeśli by to nie doprowadziło do całkowitego wyleczenia zwierzęcia, to przynajmniej zapobiegnie dalszym powikłaniom. W zwichnięciach stawów np. biodrowego czy ramiennego wykonywano rozpalonym żelazem koło, w środku którego wypalano np. herb właściciela lub jakiś inny wzór. W przypadku stanów zapalnych skóry właściwej kopyta (tworzywa kopytowego) wypalano w odpowiednim miejscu małe kropki. Przy tworzących się rozpadlinach puszek kopytowej, wypalano znak w kształcie litery S, w miejscu którego tworzyły się nowe tkanki spajające rozpadlinę. Gdy jednak zmianie tej towarzyszył stan zapalny to obustronnie wypalano na jej brzegach dwie kresy. W ta-

kich schorzeniach jak ochwat podkolania, wrzody twarde ściągacza podkolanowego, ociekłości i wrzody kolan wypalano tkanki na kształt liścia paproci lub palmy (6).

Przypalanie tkanek stosowano także aby zapobiec rozprzestrzenianiu się groźnych chorób zakaźnych i zaraźliwych. Już w starożytności zaobserwowano zależność pomiędzy faktem pokąsania ludzi i zwierząt przez psy a występowaniem wścieklizny. Celzus, rzymski encyklopedysta z I w. opisując wściekliznę podawał także sposoby jej zwalczania. „*Si rabiosus canis fuit ..virus eius extrahendum est*”. „Jeśli pies był chory na wściekliznę, jego jad musi być usunięty za pomocą igły chirurgicznej”. Po usunięciu jadu należało ranę wypalić, jeśli pozwalały na to warunki anatomiczne, jeśli zaś nie można było rany przyżegać ogniem należało ukąszonemu puścić krew i nałożyć na ranę środki o działaniu żrącym (5).

Były także takie rany, których nie wolno było u koni przypalać np. pokastarcyjne (1).

Guerinire (1797) podaje kilka zasad, którymi ma się kierować konował wykonując leczenie ogniem. Pierwsza zasada, mówi, że nie należy zwracać uwagi na żadne przesady. dotyczące np. faz księżycy, czy też położenia planet, którymi często się kierowano w dawnej medycynie, kiedy istnieje potrzeba leczenia ogniem trzeba ją wykonać natychmiast i nie czekać na czas dogodny. Bo tu ważniejsze jest zdrowie i życie konia. Jeżeli zmianie chorobowej towarzyszy stan zapalny to należy go najpierw zwalczyć poprzez inne lekarstwa,

w postaci okładów czy smarowań, a dopiero po ustąpieniu zapalenia należy dokonać przypalenia tkanek (6).

Oprócz wskazań chirurgicznych w niektórych okresach historycznych przyżeganie u zwierząt stosowano także w leczeniu chorób wewnętrznych. Przykładem może być stosowanie zabiegu przepalania czoła w przypadku biegunki oraz bólu brzucha i jelit. Zabieg ten stosowano głównie u bydła ale także u koni. Cechował się on niezwykle brutalnością i należy dodać, że był wykonywany w ostateczności, kiedy nie obserwowano poprawy po zastosowaniu wszelkich możliwych leków. Warto nadmienić, że starożytna medycyna weterynaryjna opierała się w znacznej mierze także na magii oraz na rozmaitych przesądach. Wierzono na przykład, że ból trzewny ustępuje, gdy na cierpiące zwierzę padnie wzrok płynącego ptaka domowego, zwłaszcza kaczki. Miała to być metoda szczególnie skuteczna w uzdrawianiu mułów i koni. Tak więc jeżeli biegunka i ból trzewny utrzymywały się pomimo zastosowania znanych wówczas leków i zabiegów magicznych przystępowano do przepalania czoła. Kolumella zalecał, aby w takich przypadkach przyżegać ogniem środek czoła aż do kości i jednocześnie naciąć uszy zwierzęcia nożem (5).

Przyrządy stosowane do przyżegania muszą być rozgrzane na węglu drzewnym, a nie ziemnym, gdyż ogień powstały z tego ostatniego powoduje wyszczerbienie brzegów narzędzia, a te powinny być idealnie gładkie. Należy mieć przygotowanych i rozgrzanych kilka narzędzi, aby operacja trwała jak najkrócej. Nie należy się spodziewać efektu natychmiastowego, gdyż dochodzenie do zdrowia po

przyżeganiu może trwać nawet kilka miesięcy. Wspomniany autor stwierdzał, że „skutek ognia bywa czasami leniwy, jednakże zawsze pewny, a jeżeli niekiedy zupełnie nie leczy choroby, zawsze jednak pewnie tamuje dalszy iey wzrost”. Po przypaleniu tkanek miejsce zabiegu należy natrzeć miodem i sadłem wieprzowym lub miodem i gorzałką lub też zastosować inny okład, który spowoduje odbudowę nowych tkanek. Aby zwiększyć efekty i przyspieszyć działanie przypalenia, Guerinire radzi „wpuścić do rany delikatnie pędzelkiem dwa lub trzy razy olejku koperwasowego; tym sposobem działanie przypalenia ożywi się i stanie się dzielniejsze. Gdyby jednak rana powstała po przypaleniu była za duża „obmywa się miejsce przypalenia wodą ranną, albo serwaserem słabym, raz lub dwa razy na dzień”. Koń po zabiegu musi długo odpoczywać, jeśli np. zabieg był wykonany jesienią to zaleca się aby całą zimę koń spędził w stajni i dopiero wiosną był użyty do pracy. Nie należy żałować czasu na odpoczynek, gdyż po przypaleniu i wygojeniu rany schorzenie nigdy nie powraca (1, 6).

Przyżeganie jako metodę leczniczą stosowano, z głębokim przekonaniem co do jej skuteczności, przez wiele stuleci. Technika wykonywania zabiegów ewoluowała, tak samo jak i narzędzia stosowane do tego celu. Stopniowo poza rozpalonymi w ogniu prętami metalowymi zaczęto wykorzystywać także kautery samoczynne, rozgrzewające się za pomocą płonącego spirytusu lub eteru, oraz kautery elektryczne. Zabiegi te stosowano na szeroką skalę w zasadzie jedynie u koni i dla tych zwierząt opracowano odpowiednie schematy

postępowania. W przypadku rozgrzanego w kuźni żelaznego pręta powinien on mieć temperaturę od 600 do 700 °C. Skórę należało przypalać robiąc na niej linie, wodząc żegadłem z szybkością około 3 cm na sekundę. W przypadku przyżegania punktowego należało stykać żegadło ze skórą przez około 1 sekundę. Według proponowanego przez chirurgów schematu postępowania należało przypalić skórę na około 1/3 lub 1/2 jej grubości. Miejsce po dokonanych zabiegu powinno być wklęsnięte, a po kilku minutach powinny pojawić się w nim obfite krople płynu surowiczego z pękających pęcherzyków. U koni zimnokrwistych powtarzano zabieg od 3 do 5 razy, natomiast u koni pełnokrwistych wykonywano go nie więcej niż 2 razy. Ten typ postępowania określany był mianem przyżegania powierzchownego i znajdował zastosowanie w przypadku przewlekłych zapaleń ścięgien ich pochewek maziowych, w zapaleniu stawu ramiennego, kolanowego a także w wysiękowym zapaleniu stawu nadgarstkowego i stawu stępu. Poza wymienionym sposobem postępowania stosowano także przyżeganie głębokie, w którym za pomocą żegadła przebijano całą grubość skóry dochodząc do tkanki łącznej podskórnej. Wskazania dla tego typu zabiegu stanowiły: włogacizna, zapalenia okołostawowe a także kostno-okostnowe zapalenia występujące na członach palcowych i śródreżcu (10).

Opisane wyżej schematy postępowania stosowano powszechnie w przypadkach kulawizn u koni aż do połowy XX wieku. Następnie stopniowo zaczęły je wypierać inne, nowoczesne metody lecznicze. Nie bez znaczenia był także niezwykle dynamiczny rozwój farmako-

logii, która dostarczyła szeregu środków pomocnych w leczeniu kulawizny u koni. Ostatecznie w latach 70-tych XX wieku na łamach pism fachowych odbyła się ogólnościowa, niezwykle burzliwa dyskusja na temat skuteczności przyżegania w leczeniu koni. Metodę tę poddano wielu krytycznym ocenom, w wyniku, których zaprzestano jej stosowania. Obecnie ma ona jedynie znaczenie historyczne.

Piśmiennictwo

1. *Anonymous*: Apteczka konska, z Pism naydoskonalszych Autorow wyjeta, a doswiadczeniem utwierdzona. Z przydatkiem figur do Anatomii konskiej należących dla pożytku powszechnego przedrukowana. Z Pozwoleniem zwierzchności. 1794.
2. *Celsus A.A.C.*: De Medicina, Leiden, 1730.
3. *Hippokrates* (dzieła zebrane): Corpus Hippocraticum. Laryssa, 377.
4. *Kluk K.*: Zwierząt domowych i dzikich, osobiwie kraioowych, potrzebnych i pożytecznych, domowych, chowanie, rozmnozenie, chorób leczenie, dzikich łowienie, oswoienie, zażycie, szkodliwych zaś wygubienie. Drukarnia J.K.Mci i Rzeczyplitey u XX. Schol: Piarum, Warszawa, 1780.
5. *Kreyser K.*: Zwierzęta gospodarskie w traktatach agrarnych pisarzy rzymskich I wieku cesarstwa. Wyd. SGGW, Warszawa, 1996.
6. *La Guerinire, F.R.*: Nowa apteczka konska zamykająca w sobie: 1mo choroby którym podlega koń: 2do lekarstwa pewne i tysiäcznem doświadczeniem ztwierdzone, które do leczenia koni są nieodbicie potrzebne: 3tio operacye konowalskie, iakie się na koniach odbywać zwykły. Drukarnia P. Dufoura, Warszawa, 1797.
7. *Łuczkiewicz H.* (przekł.): Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga. Warszawa, 1864.
8. *Moulin D.*: A short history of breast cancer, Kluwer Academic Publishers 1989, Norwell.
9. *Sosnowski R., Sosnowska I., Śródka A.*: Rys historyczny leczenia żyłaków kończyn dolnych. Chirurgia Polska 2002, 3 (1): 63-69.
10. *Szeligowski E., Żakiewicz M., Kłos Z., Janicki A.M., Sterna J.*: Chirurgia weterynaryjna Kulczyckiego. PWRiL, Warszawa, 1989.

ZMIANY W OBYCZAJOWOŚCI MIESZKAŃCÓW WIELKIEGO MIASTA NA PRZYKŁADZIE DOŚWIADCZEŃ ZAWODOWYCH LEKARZA WETERYNARII KLINICYSTY I PATOLOGA

Małgorzata Sobczak-Filipiak, Piotr Jurka

Katedra Nauk Klinicznych,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159 C, 02-776 Warszawa,
małgorzata_sobczak_filipiak@sggw.pl

W Zakładzie Patologii dokumentacja wykonanych badań anatomopatologicznych zachowała się w postaci książek sekcyjnych prowadzonych niemal nieprzerwanie od 1930 roku. Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy na przestrzeni lat zmieniła się praca lekarza weterynarii, pracującego w dużym mieście, w tym - praca patologa, wykonano analizę wybranych roczników, zestawiając liczbę przeprowadzonych sekcji i liczbę zwierząt poszczególnych gatunków poddanych badaniom anatomopatologicznym (analizowano dane, wybierając 1 rok na 10 lat, Tab. I.). Dopóki w książkach sekcyjnych podawane były również wywód sekcji, rozpoznania i orzeczenie o przyczynie śmierci badanego zwierzęcia – brano pod uwagę także te, pojawiające się najczęściej, mając nadzieję na prześledzenie kierunku zmian, zachodzących w diagnostyce. Wyniki tego zestawienia, wraz z niepublikowanymi obserwacjami z pracy codziennej, zarówno

patologa, jak i klinicyści, zachęciły do poddania szczegółowej analizie danych, dotyczących wybranych gatunków zwierząt.

Tabela I. Zestawienie liczby sekcji wybranych gatunków zwierząt w poszczególnych latach.

Rok/ Badany gatunek	1930	1935	1955	1965	1975	1985	1995	2000	2005
Razem sekcji	56	236	303	518	503	417	257	496	241
pies	20	106	75	255	159	168	110	143	86
kot	3	15	27	25	30	42	33	32	47
koń	21	76	115	50	49	34	33	25	4
bydło do- mowe	1	7	0	6	13	12	4	5	1
świnia	2	1	11	7	185	70	16	16	12

W roku 1930 wykonano 56 sekcji zwłok zwierząt (Tab. 1), spośród niewymienionych w tabeli były: 4 małpy, oraz paakka (gryzoń), zajęc, kaczka, gołąb i papuga.

W roku 1935 wykonano 236 sekcji (Tab. 1), spośród „innych” przeważały kury – 28 (prowadzone były wtedy badania nad cholerą drobiu), ponadto zbadano 2 króliki, lisa i łosia.

W roku 1955 wykonano 303 sekcje (Tab. 1), najliczniejszą grupę zwierząt niewymienionych w tabeli stanowiło 19 małp i 11 lisw. Sekcje poddano także nieliczne kozy, owce, króliki, myszki, węże boa, ponadto zebry, daniela, łosia, bizona, bawoła azjatyckiego, jaka, fokę, dingo, hienę, nutrię, 9 kur, kuropatwę, gołębia i kanarka.

W roku 1965 wykonano 518 sekcji zwłok zwierząt (Tab. 1). Pośród zwierząt „innych” zbadano 40 zwierząt doświadczalnych (myszy białe, szczury, świnki morskie i chomiki), 23 norki, 11 lisów, 8 królików, po 10 kur i kaczek, 4 gęsi, 3 gołębie, 3 łabędzie, papugę oraz szympansa i tygrysa z ZOO. Przeprowadzono również sekcję żubra, sarny, wiewiórki, fretki i 2 tchórzofretki.

W roku 1975 przeprowadzono 503 sekcje zwłok zwierząt (Tab. 1), pośród „innych” dominowały zwierzęta z ZOO (2 nosorożce, 2 kapibary, fenek, antylopa eland, hipopotam, szympansa, małpa sajmiri, kułan, puma, ostronos rudy, 2 węże, legwan, lancogłów plamisty), zbadano też żubra, sarnę, osła, 2 norki i 3 króliki.

W roku 1985 wykonano 417 sekcji zwłok zwierząt (Tab. 1) – w tym pośród zwierząt niewymienionych w tabeli znalazło się: 38 owiec, 19 żubrów, 5 węży (3 boa, 2 pytony), 2 króliki, sarna, wiewiórka, muflon, kangur i tchórzofretka.

W roku 1995 przeprowadzonych zostało 257 sekcji (Tab. 1), w tym 10 kóz, 5 owiec, 20 żubrów, 7 szynszyli, 4 króliki, 2 świnki morskie, 4 szczury, agama, tchórzofretka oraz lis i jeź.

Rok 2000 to 496 sekcji, w tym – 143 psów, 32 kotów, 25 koni, 24 kóz, 5 krów, 2 owiec.

W roku 2005 wykonano 241 sekcji, były to przede wszystkim psy (86) i koty (47), ponadto 4 konie, 1 krowa, 12 świń (prosiąt), 3 kozy. Pośród „innych” są zwierzęta z ogrodu zoologicznego – kangury (5), sitatunga i koziół bengalski, ponadto żubry i małe zwierzęta laboratoryjne, które trzymane były jako „pets”.

Omówienie

W roku 1935 pośród orzeczeń o przyczynach śmierci u psów często pojawiało się podejrzenie nerwowej postaci nosówki (32) lub wścieklizna (30; w 10 przypadkach potwierdzona poprzez stwierdzenie obecności ciałek Negriego w mózgach badanych zwierząt). U 8 zwierząt stwierdzono otrucie, w tym jeden pies, zdaniem obducenta, zatruty został strychniną, jeden – łożem. Chorobę nowotworową zdiagnozowano zaledwie u 3 spośród sekcjonowanych psów – u 2 był to nowotwór sutka, u 1 – guz okolicy odbytu.

U koni dominowały dysfunkcje układu pokarmowego – zatkanie lub skręt okrężnicy (15 przypadków), rozszerzenie lub pęknięcie żołądka (u 14 badanych zwierząt), u 7 stwierdzono mięśniochwat, u 3 zapalenie otrzewnej, u 2 tężec, dwóm koniom pękła przepona, jednemu – aorta; ponadto często w komentarzach obducentów powtarzało się rozpoznanie „sepsis”.

Połowę badanych kotów (7 sztuk) stanowiły zwierzęta ze schroniska, najczęściej powtarzanym orzeczeniem było zatrucie.

Ostatni przed wojną wpis do księgi sekcyjnej miał miejsce dnia 23.08.1939 roku, była to sekcja psa doświadczalnego z leptospirozą (badanie numer 175).

Pierwszy wpis powojenny jest z 1947 roku, sekcji poddany został owczarek alzacki, pies, samiec, 4-letni, uśpiony dnia 21.01.47r.

W roku 1955 pośród zbadanych koni najliczniejszą grupę (66 koni) stanowiły zwierzęta z wytwórni surowic i szczepionek, a główną

przyczyną ich śmierci było pęknięcie wątroby i krwotok do jamy brzusznej (25 sztuk), chociaż stwierdzano także niedomogę serca i intoksykację. Zatkanie lub skręt okrężnicy były powodem śmierci 10 koni, u 6 zdiagnozowano rozszerzenie lub pęknięcie żołądka, u 3 – zatkanie jelit; ponadto stwierdzony został 1 przypadek tężca i 1 mięśniochwatu.

U psów stosunkowo często stwierdzano zatrucie (14 przypadków, w tym – 1 zatrucia azotoksem) oraz urazy mechaniczne, natomiast chorobę nowotworową – zaledwie u 4 zwierząt (nowotwory sutka, czaszki, tarczycy). U kotów w 6 przypadkach stwierdzono zatrucie, w 4 – gruźlicę, 1 kot został zagryziony przez psa, ponadto był 1 potwierdzony przypadek wścieklizny.

W roku 1965 u psów stwierdzono 4 przypadki wścieklizny, w dwu kolejnych – podejrzewano wściekliznę, lecz była to nerwowa postać nosówki; stwierdzono zaledwie jeden przypadek choroby Rubartha, natomiast leptospirozę – u 6 zwierząt; jeden pies został zatruty alfanaftylotiomocznikiem, a u 4 stwierdzono chorobę nowotworową.

Spośród badanych koni tylko 10 pochodziło z wytwórni surowic, u 2 z nich stwierdzono pęknięcie wątroby; u 6 koni jako przyczynę śmierci podano skręt jelit i autointoksykację, u 5 – zatkanie okrężnicy, u 2 – przeładowanie i rozszerzenie żołądka, kolejne 2 – miały pęknięcie żołądka, u 5 rozpoznano mięśniochwat, u 3 – niewydolność serca i krążenia, u 2 - tężec, u 2 wysunięto podejrzenie wścieklizny i mózg przekazano do dalszych badań.

W notatkach na temat badanych kotów stosunkowo często powtarza się informacja, że były to zwierzęta po obserwacji w kierunku wścieklizny (7 przypadków), u 1 z nich sekcyjnie stwierdzono białaczkę, u 1 - zatrucie. U 3 zwierząt stwierdzono zapalenie żołądka i jelit kotów, u 1 – zapalenie krtani i tchawicy, u 1 – gruźlicę, u 2 – żółtaczkę (w tym jeden kot został otruty). Ponadto 2 koty padły na skutek urazów, jeden w trakcie zabiegu na jamie brzusznej; wyniszczenie i robaczycy były przyczyną śmierci 4 zwierząt, a choroba nowotworowa została sekcyjnie stwierdzona tylko u 1 sztuki (były to guzy gruczołu mlekowego z przerzutami do płuc). W sekcjonowanej grupie zwierząt dwa razy podana jest informacja o rasie kota – są to koty syjamskie. Stosunkowo rzadko badano zwierzęta bardzo młode - w wieku do 1 roku było 7 zwierząt w tym - poniżej 2 miesięcy 2 koty.

W roku 1975 wykonanych zostało ponad 500 sekcji, w książce sekcyjnej mają one numery sekcji od 1999 do 2501. W stosunku do poprzednich lat zmienił się sposób numerowania wykonanych badań, a także sposób dokumentowania przeprowadzonych sekcji. W poprzednich latach obducenci wpisywali do książki sekcyjnej wywody sekcji, rozpoznania i orzeczenia o przyczynie śmierci, teraz informacje takie są wpisywane do osobnych protokołów, a w książce podaje się tylko podstawowe dane zwierzęcia, jego właściciela i nazwisko obducenta, wykonującego badanie, wraz z datą badania. Analiza przyczyn śmierci zwierząt na podstawie książki sekcyjnej

jest więc niemożliwa, można tylko ustalić przynależność gatunkową badanych zwierząt, ich płeć, wiek i ich pochodzenie.

Badane w latach 70-tych XX w. świnie pochodziły przede wszystkim z tuczarni, dużą grupę stanowiły także zwierzęta doświadczone. Konie z wytwórni surowic stanowiły, w porównaniu z poprzednimi analizowanymi latami, małą grupę – 5 sztuk, zaś 3 konie przysłane zostały z toru wyścigowego.

Ponieważ wścieklizna była nadal dosyć istotnym zagrożeniem dla lekarzy i właścicieli zwierząt, w książce sekcyjnej zwykle jest podawana informacja na temat podejrzenia tej choroby u badanych zwierząt. Taki zapis jest zamieszczony w odniesieniu do 1 konia, 2 psów (u 2 pojawił się problem porażen poszczepiennych), 6 kotów.

W roku 1985 pośród przyjętych do badania zwierząt jest wiele zwierząt młodych – jagniąt, cieląt, a także – płodów, szczególnie – płodów koni (11). Rosnącym zainteresowaniem cieszy się hodowla rasowych psów – jeśli za miarę zainteresowania klientów Zakładu rasowymi zwierzętami można przyjmować fakt, iż kierowane były na sekcję nie tylko sztuki dorosłe, ale także całe mioty psów, w tym kilkudniowe szczenięta lub psy martwo urodzone. W grupie kotów nadal przeprowadzane są badania przede wszystkim zwierząt dorosłych (2 sztuki w wieku poniżej 1 roku), ale oprócz pojedynczych kotów syjamskich, badanych w latach poprzednich, znalazły się również 3 koty perskie. Ponadto dwukrotnie, w stosunku do lat poprzednich, wzrosła ogólna liczba kotów poddanych sekcji (z około 20

rocznie do ponad 40). Adnotacje na temat podejrzenia wścieklizny są tylko przy wpisach, dotyczących kotów (3 koty).

Zapisy z książki sekcyjnej w roku 2000 pokazują, że coraz częściej badane są w Zakładzie małe zwierzęta towarzyszące człowiekowi, jak pies czy kot, a nie zwierzęta gospodarskie. Na przestrzeni lat zmienił się więc profil prowadzonych badań. Jest to dyktowane wieloma względami, i tak na przykład pracownikom łatwiej jest zobaczyć naukową sekcję żubra, aniżeli usługową bydła domowego, co wiąże się zapewne z rosnącymi kosztami nie tylko samych badań, lecz także – kosztami przewozu padłego zwierzęcia i późniejszej utylizacji szczątków.

Jeśli chodzi o małe zwierzęta, to psy i ich chów oraz hodowla nadal zajmują ważne miejsce wśród zainteresowań ludzi mieszkających w Warszawie i okolicach, ale coraz częściej pacjentami lekarzy weterynarii klinicystów i patologów są również koty. W adnotacjach, dotyczących wieku, widać także rosnące zainteresowanie przyczynami śmierci młodych kotów. W roku 2000 spośród 32 kotów poddanych sekcji 13 było w wieku do 1 roku, pięć lat później grupa zwierząt bardzo młodych, w wieku do 1 roku, zwiększyła się do 20 (na 47 badanych), co stanowiło niemal połowę wszystkich kotów badanych. Zmienia się także wartość zwierząt, poddawanych badaniom; oprócz wartości emocjonalnej, jaką mają one dla swoich właścicieli, coraz częściej są to także zwierzęta o dużej wartości materialnej – zwierzęta rasowe, hodowlane. Na przykład w roku 2005 sekcji poddanych zostało 12 kotów rasowych, a spośród ras wymienić

można Maine coon, Devon rex, norweski leśny, brytyjski, exotic i perski; podczas gdy w latach poprzednich w książkach sekcyjnych widniały nieliczne tylko adnotacje o rasie kota badanego i zwykle był to kot syjamski lub perski.

Zachodzące zmiany wymagają od lekarzy stałego dokształcania się nie tylko w zagadnieniach, dotyczących nowo pojawiających się jednostek chorobowych u poszczególnych gatunków zwierząt (jak na przykład parwowiroza u psów w latach 70-tych i 80-tych ub. stulecia), ale także – do poznawania nowych ras w obrębie gatunków i do poszukiwania odmienności gatunkowych w zakresie tak leczenia, jak i profilaktyki.

Ponadto na przestrzeni lat zmienia się częstość występowania niektórych jednostek chorobowych: narasta problem chorób nowotworowych u zwierząt (szczególnie dobrze jest to widoczne u psów i kotów), zaś maleje - częstość występowania chorób zakaźnych, na które zwierzęta są szczepione.

Powyższe dane zachęciły do głębszej analizy przyczyn śmierci wybranych gatunków zwierząt pod kątem profilaktyki, to znaczy młodych psów i kotów. Ponieważ w latach poprzednich analizowane były przyczyny śmierci szczeniąt i młodych psów (M. Sobczak-Filipiak i wsp., 2005), analizie poddano podobną liczbowo grupę kotów.

W latach 1999-2005 poddano sekcji 77 kotów w wieku do 1 roku, w tym 17 w wieku do 2 miesięcy. Były to koty 12 różnych ras (Maine coon – 4, perski – 4, brytyjski – 3, abisyński – 2, syjamski – 2, Norweski leśny – 2, Devon rex – 2, exotic – 2, somalijski – 1, tonkij-

ski – 1, syberyjski – 1; razem: 24 koty rasowe). Z zestawienia danych na temat 75 psów w wieku do 1 roku wynikało, że w tej grupie zwierząt przysyłane są do badania anatomopatologicznego przede wszystkim psy rasowe (64 rasowe na 75 badanych). Głównymi przyczynami śmierci badanych kotów były choroby zakaźne, podczas gdy u psów w tym wieku głównymi przyczynami śmierci były niewydolność krążeniowa, oddechowa lub oddechowo-krążeniowa (stwierdzone u 32 zwierząt). W tej grupie wiekowej w badaniu sekcyjnym u psów nie stwierdzono chorób nowotworowych, u kotów zaś – 4 przypadki (grasiczak, chłoniak, szpiczak, rak płaskonabłonkowy skóry głowy). Wady wrodzone miały 4 badane psy i 2 koty. Z powyższego ogólnego zestawienia, a także z niepublikowanych obserwacji z codziennej pracy wynika, że istniejące odrębności gatunkowe, oprócz konieczności uwzględniania ich na co dzień w pracy, wymagają także stałego poszerzania wiedzy specjalistycznej – teraz także na temat odmienności rasowej poszczególnych zwierząt. Właściciele nierzadko wiedzą bardzo dużo na temat hodowanej przez siebie rasy, a w przypadku choroby zwierzęcia starają się weryfikować porównania diagnostyczne i leczenie.

W ostatniej dekadzie zarówno w prasie codziennej, jak i specjalistycznej, a także na licznych forach internetowych pojawia się pojęcie „singli”, oznaczające młodych, dobrze zarabiających, robiących kariery zawodowe ludzi, którzy nie zakładają rodzin, natomiast żyją pełnią życia, stanowiąc szeroki rynek zbytu dla producentów i sprzedawców rozmaitych dóbr i usług. Wydaje się, że zmiana stylu

i sposobu życia dosyć dużej grupy społecznej, co jest szczególnie widoczne w wielkim mieście, istotnie wpłynęła na zainteresowania pozazawodowe, w tym – stosunek do zwierząt. Zmieniły się potrzeby i tym samym także oczekiwania wobec lekarzy weterynarii, zarówno klinicystów, jak i patologów. Jak się wydaje, warunki życia, w tym – konieczność zachowania dużej dyspozycyjności w pracy, skłaniają do posiadania kotów, które nie muszą być regularnie wyprowadzane na spacer, ponadto zapewnienie im opieki wydaje się być mniej kłopotliwe, gdy właściciel spędza w pracy całe dni i często wyjeżdża służbowo; kot jest także „mniej widocznym lokatorem” wynajętego mieszkania. Jednocześnie, wraz ze wzrostem zamożności, coraz większym zainteresowaniem cieszą się zwierzęta rasowe, a ich duża wartość – w razie niepowodzeń hodowlanych – skłania właścicieli do ponoszenia kosztów poszukiwania przyczyn tych niepowodzeń i inwestowania w profilaktykę, nie tylko – prowadzenie leczenia zwierząt chorych. Dlatego cenieni są lekarze, którzy pomagają zweryfikować posiadaną przez właścicieli zwierząt rozległą, nabytą przeważnie przez Internet, a nie zawsze uporządkowaną wiedzę na temat chowu, hodowli, behawioru. Rosnące wymagania klientów inspirują lekarzy do stałego kształcenia się w kierunkach, które kiedyś nie były tak bardzo potrzebne w codziennej pracy, jak na przykład pediatria i patomorfologia pediatryczna małych zwierząt. Tak, jak wcześniej u psów, teraz u kotów poszukuje się sposobów na kojarzenie z sukcesem wybranych zwierząt, diagnozuje przyczyny niepłodności lub niepowodzeń hodowlanych – a to możliwe jest jedynie przy współ-

pracy zespołu specjalistów z różnych dziedzin i dzięki szerszemu zastosowaniu nowych metod diagnostycznych. Istnieje także wyraźna konieczność pogłębiania wiedzy na temat kotów, zajmujących coraz częściej ważne miejsce w krajobrazie domowym zapracowanych, zagonionych mieszkańców wielkiego miasta.

Będąca w posiadaniu Zakładu Patologii dokumentacja badań jest skarbnicą wiedzy o zawodzie lekarza weterynarii, a jej lektura dostarcza wielu cennych informacji na temat zachodzących w naszym środowisku zmian. Bez wątpienia rację miał Lotariusz, gdy mówił „*Tempora mutantur (et nos mutamur in illis)*”, co można tłumaczyć jako: „czasy się zmieniają i my zmieniamy się wraz z nimi”.

Piśmiennictwo

1. Archiwalne książki sekcyjne Zakładu Patologii Katedry Nauk Klinicznych SGGW – lata 1930-2005.
2. Strony internetowe – www.single.pl , www.wp.pl , www.interia.pl, www.slownik-online.pl/kopalinski.
3. "Przyczyny śmierci szczeniąt i młodych psów" - M.Sobczak-Filipiak, P.Jurka, B.Osińska, M.Krawiec, K.Czumińska, W.Bielecki, E.Malicka - monografia "Pediatria małych zwierząt", XIII Kongres PSLWMZ, Kraków 2005, str. 38-40.

GORZOWSKA FARMACJA WETERYNARYJNA W LATACH 1945 - 1992

Jerzy Szenfeld, Teresa Melnarowicz*, Irena Szymczak**

Gabinet Weterynaryjny, ul. Kostrzyńska 24/B,
66-400 Gorzów Wielkopolski,

*ul. Moniuszki 10, 66-400 Gorzów Wielkopolski,

** ul. Skarżyńskiego 46, 66-400 Gorzów Wielkopolski,
jerzy.szenfeld@neostrada.pl

Rok 1945

Trudne początki gorzowskiej farmacji weterynaryjnej częściowo odnajdujemy w pracy gorzowskiego historyka dr. D.A. Rymara (4). Według jego relacji w maju 1945 r. lek. wet. Helena Jurgielewicz wracając z obozu w Ravensbrück przez Gorzów zainteresowała się ponemieckim zakładem „Dr Schreiber Bakteriologisches und Serum Institut”. Złożyła o nim raport w Ministerstwie Rolnictwa i Reform Rolnych podkreślając, że powinna tu powstać polska placówka o zakresie badawczo-naukowym i wytwórczym w dziedzinie biopreparatów weterynaryjnych. W końcu lipca 1945 r. Jurgielewicz zostaje delegowana przez Departament Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Reform Rolnych do Gorzowa celem zorganizowania „Zakładu dla Produkcji Surowic, Szczepionek i Preparatów Leczniczych”, po uprzednim przyjęciu budynków od władz wojskowych, które kwate-

rowały w pawilonach Instytutu. Faktyczne przejęcie nastąpiło 1 października 1945 r. po czym Helena Jurgielewicz przeprowadziła uporządkowanie wszystkich budynków, rozpoczęła starania o przydział majątku ziemskiego Małyszyn i zajęła się leczeniem otrzymanych w darze od wojsk sowieckich 8 koni chorych na świerzb.

Po około półrocznej działalności lek. wet. Helena Jurgielewicz ustąpiła z pracy. Było to następstwem zatargów z administratorem Janem H. Burdziągiem, przybyłym do omawianych zakładów z polecenia Ministerstwa Rolnictwa i Reform Rolnych.

Rok 1946

Dopiero wiosną 1946 r. przybywają do pracy pierwsi lekarze weterynarii - bakteriologzy. Dnia 1 maja 1946 r. przyjechał do Gorzowa dr Jan Chwalibóg, który zajął się organizacją zakładu Produkcji Surowic Lecznicznych. Dnia 15 maja przybywa dr Tadeusz Kobusiewicz, który obejmuje ogólne kierownictwo tej placówki, przemianowanej w międzyczasie na „Państwowy Instytut Weterynaryjny w Puławach Oddział w Gorzowie Wielkopolskim.” Dr Stanisław Kirkor dnia 30 lipca 1946 r. zastaje mianowany zastępcą kierownika Oddziału PIW i równocześnie kierownikiem Zakładu Chorób Pszczół.

Dnia 1 września 1946 r. lek. wet. Barbara Nowak objęła kierownictwo Zakładu Rozpoznawczego, przemianowanego następnie na Wojewódzki Zakład Higieny Weterynaryjnej. Dnia 10 listopada

1946 r. odbyło się poświęcenie Państwowego Instytutu Weterynaryjny w Puławach Oddziału w Gorzowie Wielkopolskim.

Należy też odnotować, że w 1946 r. uruchomiono produkcję biopreparatów i wyprodukowano pierwsze ich partie. Były to: szczepionka wieloważna wg Delbeta, antywirus przeciw żółzowicy i antywirus przeciwropny. Z kronikarskiej rzetelności zachowano tu ówczesne nazewnictwo, dziś już niestosowane.

Rok 1947

Data przełomową dla istnienia i rozwoju instytutu jest dzień 25 kwietnia 1947 r., w którym to na skutek polecenia Głównego Inspektora Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Reform Rolnych lek. wet. Władysława Bidy nastąpił definitywny rozdział Gorzowskiego Oddziału Państwowego Instytutu Weterynaryjnego od majątków doświadczalnych PIW (Gralewo, Górczyn i Małyszyn). Majątki te, będące pod administracją Jana Burdziąga, odseparowano od instytutu w oddzielną jednostkę administracyjną, zależną bezpośrednio od dyrekcji PIW w Puławach.

Wyłącznym kierownikiem gorzowskiego instytutu pozostał dr Tadeusz Kobusiewicz. Jego oddział znalazł się początkowo w ciężkiej sytuacji finansowej, to jednak – zawdzięczając zapałowi wszystkich pracowników i zgodnej odtąd harmonijnej współpracy – szybko pokonuje wszystkie trudności, spłaca pozostawione długi. Odnotowano też, że oddział w 1947 r. wykonał 126 % planu produkcyjnego.

W oddziale nie zaniedbywano też pracy naukowej, pod którym to względem instytucja zostaje wkrótce zaliczona do jednego z najbardziej dynamicznych ośrodków tego typu w kraju. Dr Tadeusz Kobusiewicz cytowany autor sprawozdania pisze: „Instytut posiada obecnie czynnych pięć zakładów (trzy produkcyjne i dwa rozpoznawcze) z następującą obsadą personalną: dr Tadeusz Kobusiewicz – kierownik Oddziału oraz kierownik Zakładu Produkcji Szczepionek; dr Stanisław Kirkor – zastępca kierownika Oddziału oraz kierownik Zakładu Produkcji Preparatów Alergicznych; lek. wet. Stefan Lubin-Żołnierczyk – asystent naukowy Zakładu Produkcji Surowic”. Ogólna liczba pracowników wynosiła wtedy około 100 osób. Oprócz wymienionych pięciu zakładów Oddział posiadał jeszcze szóstą jednostkę, a mianowicie Zakład Produkcji Leków Weterynaryjnych, który już produkował cały szereg specyfików. Jednostka ta w omawianym okresie nie posiadała jeszcze swego kierownika.

Należy też zaznaczyć, że w 1947 r. rozpoczęto produkcję surowicy przeciw różycowej a zaraz po niej przeciwwąglkowej, przeciwżółcowej i przeciwposocznicowej. (Produkcja ta rośnie w ogromnie dynamicznym tempie, od kilkudziesięciu litrów w 1947 r., kilkuset litrów w 1948 r., do ponad 50 000 litrów w 1951 r.).

Rok 1948

W 1948 r. do Gorzowa Wielkopolskiego przybywają lek. wet. Stefan Lubin-Żołnierczyk i Aleksander Solski. Każda z tych osób za-

pisala się pioniersko i pozytywnie w pracy instytutu, choć oczywiście każda na swój wyjątkowy sposób.

Rok 1948 jest rekordowym zarówno pod względem wyników pracy naukowej, produkcyjnej, jak i społecznej oddziału.

Dnia 22 marca 1948 r. zorganizowano wewnętrzną Spółdzielnię Spożywców dla pracowników Oddziału. Dnia 20 maja 1948 r. powstał Klub Oświatowo-Sportowy „PEIWU”, w którym to szczególnie udzielał się Witold Mielczarek – znany sportowiec na terenie Gorzowa Wielkopolskiego. Dnia 7 sierpnia 1948 r. stworzono biblioteczkę. Odnotowano wtedy dwie osoby, Janinę Kozikowską i Marię Ziomkowską, jako szczególnie wyróżniające się w pracy społecznej. W sprawozdaniu oficjalnym, wygłoszonym w dniu 30 października 1948 r., na dorocznej Radzie Naukowej w Puławach, wymieniono jako znaczące fakty:

- w okresie od 1 stycznia do 30 września 1948 r. oddział odbył 7 posiedzeń naukowych, czym wysunął się na pierwsze miejsce pod tym względem ze wszystkich oddziałów PIW,

- wartość wyprodukowanych biopreparatów w tym okresie przewyższała o 12 milionów zł kwotę otrzymaną do 30 września br. z preliminarza budżetowego,

- liczba badań rozpoznawczych szczególnie w zakresie chorób pszczoł była wyższa o 50 % od rezultatu z 1947 r., który był najwyższy z dotychczas osiągniętych w kraju (1).

Rok 1951

W 1951 r. w kraju rozprzestrzenia się epizootia pryszczycy. W związku z tym faktem, na podstawie Zarządzenia Ministra Rolnictwa z dnia 13. listopada 1951 r., dr Tadeusz Kobusiewicz organizuje w Gorzowie Ośrodek Naukowo-Badawczy nad Pryszczycą. Wyprodukowana w zakładach surowica ozdrowieńców popryszczycowych pozwoliła opanować tę chorobę i uratowała od padnięć tysiące sztuk bydła, znacznie zmniejszając straty gospodarcze.

Rok 1952

W tym roku odnotowano istotne zmiany organizacyjne. Produkcja została wyłączona z instytutu Weterynarii, który teraz zajął się wyłącznie problemami naukowymi. Powstaje samodzielny zakład produkcyjny o nazwie Gorzowskie Zakłady Przemysłu Bioweterynaryjnego podporządkowany organizacyjnie Zarządowi Przemysłu Bioweterynaryjnego w Warszawie. Od tej chwili datuje się powstanie gorzowskiego „Biowetu” wpisanego na następne 40 lat w przemysłowy pejzaż miasta, a na pierwszym miejscu w serca pracowników, dla których stanowił więcej niż miejsce pracy. Szczęśliwemu zbiegowi okoliczności można przypisać, że w tym miejscu spotkało się ich wielu, rzetelnych, uczciwych ludzi, którym ten zakład zawdzięcza niemal wszystko.

Dalsze lata

Kolejny raz odczuwalny rozwój zakładów stał się wyraźnie widoczny u schyłku lat 50-tych, kiedy rozpoczęto na szerszą skalę produkcję farmaceutyków i dodatków do pasz oraz koncentratów paszowych. Zatrudniono nowych specjalistów: lekarzy weterynarii, farmaceutów, chemików i biologów (2). Rozpoczęli tu pracę lekarze weterynarii: Maria i Stanisław Tereszczukowie, Tadeusz Dańko, Zofia Szymańska-Nowak, Stefan Baraniecki, Bolesław Brzozowski, Anna Kolbuszowska, Jerzy Zachaczewski i Alojzy Rzyziński; farmaceuci i chemicy: Zenon Wolniak, Irena i Rafał Spindlerowie, Teresa Kacprzak, Józef Stróżowski, Renata Fryc, Maria Kupczyk, Wielisława Stanisławiak, Halina Łątkowska; lekarze weterynarii i biolodzy: Teresa Melnarowicz, Irena i Tadeusz Szymczakowie, Jolanta Krzysztofiak, Romuald Szymański, Władysław Tyczka, Włodzimierz Kozłowski, Robert Goryczka, Roman Koniec, Jolanta Kurowska, Iwona Kowalska, Alicja i Cezary Iwańscy, Marian Szewczyk, Irena Kałamaga, Andrzej Janiak, Włodzimierz Koziczyński, Bogdan Szkudlarczyk, Jerzy Szenfeld i Danuta Dąbrowska - Karczewska.

Zapotrzebowanie na nowe preparaty ustawicznie rosło. Zespoły specjalistów opracowywały więc nowe technologie i receptury. Liczby najobiektywniej oddają rozwój „Biowetu”. W 1952 r. zakład produkował 30 różnych preparatów o wartości 5,5 mln zł, zatrudniając około 200 pracowników. Osiem lat później - w 1960 r., produkował 49 różnych preparatów o łącznej wartości 22 mln zł. (1).

Rozwój produkcji wymagał stałego postępu organizacyjnego. Zatrudniono ekonomistów: Zdzisława Czubakowskiego, Urszulę Tomaszewską, Jadwigę Lender, Lidzię Lis, głównego księgowego - Zdzisława Karaśkiewicza oraz specjalistę ds. postępu i dokumentacji technologicznej - Danutę Nawojczyk (3).

W warunkach gospodarki nakazowo rozdzielczej, mając na uwadze koszty leczenia i ich wpływ na koszty produkcji żywności dążono do utrzymania niskich cen leków, ale o najwyższej jakości. Trzeba przypomnieć, że na większość produktów można było stosować wyłącznie narzucone odgórnie, relatywnie bardzo niskie marże.

Masowa produkcja w hodowli – zmieniła bardzo korzystnie sytuację ekonomiczną zakładów, mimo nie zawsze racjonalnych narzucanych odgórnie reorganizacji. Przyniosła też nowe problemy. Prosta produkcja ewoluowała w kierunku coraz trudniejszych technologii leków. Nowością wkrótce było rozpoczęcie produkcji preparatów z antybiotykami Vetacykliny, Polzomycyny i Enterogastu, Tiamowetu 45 %, Tiamowetu 200 do wstrzykiwań i takich potrzebnych specyfików, jak Bioscaridina, Bioferon, Chinalbit, Gzawon, Pularyl, a następnie Fasciolin i Zanił (2).

Najintensywniej rozwijającą się gałęzią produkcji były preparaty przeciw pasożytnicze, w których gorzowskie zakłady specjalizują się i mogą poszczycić sukcesami. O jakości tutejszej kadry i jej pracy świadczy współpraca z firmami zachodnimi: ICI, Squibb, Wellcome, następnie Coopers, Waltham, Ciba Geigy, Pfizer, Rhone-Merieux (po fuzji Merial) (3).

Na oddzielne omówienie zasługiwałaby prowadzona później, bo w latach osiemdziesiątych, produkcja Fumilatu z oryginalną prototypową linią technologiczną autorstwa Andrzeja Janiaka i Stanisława Psiuka. Do zwalczania pasożytów przewodu pokarmowego produkowano - najpierw tylko Bioscardinę, a następnie Helmintazol (stosowany na całym świecie pod różnymi nazwami preparat z tiabendazolem) i w trzech różnych formach Nilverm a następnie Levamizol. Przez 10 lat Pneumohelmin był jedynym preparatem do zwalczania robaczyc płucnych, potem do tego celu służył Antihelma-zin, aż do opracowania doskonalszych preparatów.

Do zwalczania gza bydłęcego wiele lat produkowano Gzawon, a preparatem przeciw pasożytom zewnętrznym był produkowany przez kolejne lata Pularyl w formie płynnej i proszkowej (2).

Zapotrzebowanie na leki nadawało sens pracy i cieszyło ogromnie. W związku z tym stare wyeksploatowane linie technologiczne w miarę możliwości zastępowano nowymi starając się dostosować do nich zużyte przez lata pracy, stare budynki produkcyjne.

Od 1966 r. wytwarzano Silitympakon oraz Bioferron przeciw anemii zwierząt. Aby lekarze nie musieli stosować wyłącznie antybio-tyki i sulfonamidy, uruchomiono produkcję Chinalbitu. Sięgnięto po-nownie do bardzo cennego źródła ciał odpornościowych, tj. krwi zwierząt rzeźnych, na bazie której produkowano w coraz większych ilościach dla prosiąt Suiferovit i dla cieląt Serovitulifor. Ciągłe wzra-stało zapotrzebowane na szczepionkę Suimicrovac. W następnych

latach lekarze otrzymali do dyspozycji preparat przeciwbólowy Vetisolon i przeciwreumatyczny Reumatin.

Docenić należy również rolę, jaką spełniały produkowane przez wiele lat w gorzowskim Biowecie dodatki do pasz i koncentraty paszowe – Formosan do 1974 r., Paszovit i Biotan, drożdże witaminizowane oraz Biofungin. W pewnych okresach stanowiły one większość asortymentu, jakimi mogli posługiwać się hodowcy w kraju.

W początkach lat sześćdziesiątych w ramach tzw. luzów produkcyjnych uruchomiono produkcję koncentratów i pasz w formie granulatu dla tzw. zwierząt elitarnych – piskląt bażancich, szynszyli. Hodowla bażantów zwiększyła się w kraju również dzięki produkowanej w Gorzowie karmie (2).

Produkowano też karmy dla myszy laboratoryjnych. Wartość karmy dla myszy została m.in. doceniona i szybko stała się standardową. Przez wiele lat korzystały z niej niemal wszystkie instytuty i zakłady, dla których te zwierzęta stanowiły materiał doświadczalny. O jakość zabiegała kompetentna załoga Działu Kontroli (3).

Do opracowywania nowych preparatów, form leków, wdrażania nowych technologii i norm kontrolnych, procedur badawczych, doskonalenia składów i form leków powołano w 1963 r. Wydział Technologiczno-Doświadczalny. Chociaż zatrudniał zawsze tylko kilku fachowców (najwięcej 12 – 13 osób), również przyczynił się do rozwoju asortymentu. Technologia kilku specyfików w całości została opracowana w tym Wydziale a prawie wszystkie nowe technologie były

wdrażane przy współpracy z nim. Kierowała Wydziałem Technologiczno – Doświadczalnym lek. wet. Teresa Melnarowicz.

Dział Kontroli Jakości wyposażony przez 25 lat w coraz nowocześniejsze urządzenia pomiarowo-kontrolne był w stanie ocenić jakość każdego badanego surowca i serii leku, preparatu. To zawsze w pierwszej kolejności było pragnieniem i troską kierujących tym działem ludzi najpierw dr. Alojzego Rzyzińskiego a następnie lek. wet. Ireny Szymczak.

Produkowane przy współpracy firm zagranicznych wyroby, musiały odpowiadać ich wysokim standardom. Dodać jednak trzeba, że wszystkie inne leki, produkowane bez współpracy z zagranicą, prezentowały ten sam poziom jakości.

Rozwój produkcji i utrzymanie jej jakości jest wprawdzie zależne od wielu okoliczności, jak: środków finansowych, technicznych, sytuacji ogólnogospodarczej, ale tu w największym stopniu zależy od ludzi, ich zdolności i zaangażowania w pracy. Cała, w szczycie zatrudnienia, ponad 400 osobowa załoga „Biowetu” w Gorzowie pokonywała niemałe trudności i osiągała sukcesy, mimo najbardziej nie-sprzyjających czynników zewnętrznych w porównaniu z pozostałymi zakładami tego typu w kraju.

Wbrew dzisiejszym unifikującym tamten czas opiniom była to trwała praca nad systematyczną poprawą wartości leczniczych już produkowanych preparatów – ponieważ była to naturalna potrzeba szeregu kompetentnych specjalistów - śledzących rozwój swojej profesji i posiadających zdrowe ambicje odwrotnie proporcjonalne do

możliwości. Wielokrotnie dodatkową koniecznością stawało się opracowanie metod oznaczania wartości preparatów lub nawet produkcji niektórych surowców do produkcji, jak np. wodorotlenku glinu do produkcji biopreparatów.

Autorzy mają świadomość, że przez większość lat narastał dysonans głównie w sferze wyposażenia w maszyny i urządzenia składające się na linie technologiczne. Centralne przydziały środków na zakupy nie zawsze w uprzywilejowanej pozycji stawiały rozwój przemysłu farmaceutycznego i zakład w Gorzowie.

Powszechne załamanie rynku w latach osiemdziesiątych nie omija strategicznego rynku farmaceutycznego.

Paradoksalnie też w drugiej połowie lat 80-tych i latach 90-tych, dla omawianych zakładów, powtórzyła się potrzeba szybkiej podaży na rynek produktów, które poprawiałyby stan zdrowia zwierząt (nie wyłączając biopreparatów). Znów sprostano zapotrzebowaniu terenu - na rynku pojawił się Bronhisepsin, opracowany pod naukowym kierownictwem prof. dr. hab. Jana Buczka i dr. hab. Wiesława Deptuły preparat, którego drogi działania bywają dyskutowane do dziś, przy różnych okazjach, ale o nie kwestionowanej od początku skuteczności. Mniej więcej równolegle wprowadzono konkurencyjny cenowo dla obcych preparatów Suimastivac, opracowany pod kierownictwem naukowym prof. dr. hab. Zygmunta Pejsaka z Instytutu Weterynarii w Puławach i w 1990 r. nagrodzony przez Ministra Rolnictwa Nagrodą I Stopnia. Wcześniej, w 1986 r., Nagrodą II stopnia, nagrodzono szczepionkę przeciw listeriozie owiec – Listeriowac,

a w 1989 r. - i surowicę przeciw zakaźnemu zanikowi nosa u świń, Rhinosepsin. Od 1987 r. do początków 1993 r. wdrożono 34 preparaty w ponad 90 % bardzo dobrze przyjęte przez szybko i dramatycznie przekształcającą się służbę weterynaryjną, bodajże jedyną ewoluującą bez żadnych działań osłonowych. Wręcz przeciwnie – zubożaną przez terenowe władze przekształcające lecznice w hurtownie, magazyny i inne obiekty handlowe, następnie szybko prywatyzowane. Dokonano tego likwidując nadmierne zapasy magazynowe, które wcześniej były chorobą systemową, dziś byłyby poważnym błędem menedżerskim, a w omawianej konkretnej sytuacji okazały się zbawienne.

W 1990 r. nastąpiło zniesienie dotacji z budżetu centralnego na szereg akcji profilaktycznych, w tym zwalczanie motylicy wątrobowej u bydła i owiec. Interwencje w Ministerstwie Rolnictwa w sprawie wydłużenia o jeden czy dwa sezony, dwie, trzy akcje, dotowania rolników nie przyniosły rezultatów.

W lipcu 1992 r. w pierwszej fali prywatyzacji (pod młotek szły wówczas, najbardziej pożądane zakłady pracy Gorzowa i województwa). Ówczesny wojewoda sprzedał Gorzowskie Zakłady Przemysłu Bioweterynaryjnego „Biowet” w Gorzowie. Dnia 1. sierpnia 1992 r. zakłady ponownie stają się własnością prywatną, a po pięciu latach zmieniły właściciela jeszcze dwukrotnie. Obecnie mówi się o kolejnej zmianie właściciela. Jak zawsze czas pokaże jak będzie.

Streszczenie

Prezentowano historię sprywatyzowanych 1 sierpnia 1992 r. Gorzowskich Zakładów Przemysłu Bioweterynaryjnego „Biowet” w Gorzowie. Ukazano ponad czterdzieści lat pracy zakładu w warunkach gospodarki nakazowo-rozdzielczej i po 1989 r. - w początkach powrotu gospodarki wolnorynkowej, przed pierwszą falą prywatyzacji. Pokazano etapy rozwoju, najistotniejsze produkty, a przede wszystkim ludzi pracujących w warunkach dziś już trudno wyobrażalnych. Ukazano sylwetki osób, które przyczyniły się do powstania i rozwoju Oddziału Instytutu Weterynarii, a następnie „Biowetu” w Gorzowie.

Piśmiennictwo

1. *Kobusiewicz T.M.*: Sprawozdania kierownika Oddziału PIW w Gorzowie Wlkp. Gorzów Wlkp., 1948.
2. *Melnarowicz T., Baraniecki S., Szymański R.*: Srebrny jubileusz Gorzowskich Zakładów Przemysłu Bioweterynaryjnego, *Nowości wet.* 1977, 7 (2), 129-134.
3. *Melnarowicz T., Szymczak I., Szenfeld J.*: Gorzowskie Zakłady Przemysłu Bioweterynaryjnego „Biowet” w latach 1945-1992. *Życie wet.*, w druku.
4. *Rymar D.A.*: Trudne gorzowskie początki. *Biblioteka Nadwarciańskiego Rocznika Historyczno – Archiwalnego* 2001, 13, 58-64.

POWOJENNA HISTORIA PSZCZELARSTWA GORZOWSKIEGO Z UWZGLĘDNIENIEM ROLI LEKARZY WETERYNARII

Jerzy Szenfeld, Władysław Bortnik*

Gabinet Weterynaryjny,
ul. Kostrzyńska 24/B, 66-400 Gorzów,
*ul. Krańcowa 20, 66-400 Gorzów,
jerzy.szenfeld@neostrada.pl

Pszczelarstwo jest w pełni docenianą gałęzią produkcji rolnej. Rolę pszczoł jako zapylaczek roślin entomofilnych udowodniono już w 1793 r. Z obliczeń w wielu krajach wynika, że wartość zwyżki plonów uzyskanej dzięki zapylaniu upraw przez pszczoły jest 100 razy większa niż stanowi wartość wyprodukowanego przez nie miodu i wosku. Ustalono, że pszczoły z jednej rodziny mogą odwiedzić w ciągu dnia ponad 30 milionów kwiatów. Stąd też wszelkie poczynania w kierunku ochrony pszczoł są popierane, a dzięki człowiekowi, który się nimi opiekuje, pszczoły żyją niemal na całej kuli ziemskiej.

Pierwsi osadnicy, zasiedlający tereny byłego województwa gorzowskiego, czyli dzisiejsze północne obszary województwa lubuskiego, uznali, że można tu kontynuować hodowlę pszczoł, którą zajmowali się w poprzednich miejscach zamieszkania, głównie na Kresach Wschodnich. Znaleźli na ziemi gorzowskiej odpowiednie warunki: siedliska klonów i lip, także dużo akacji oraz wrzosowisk,

kwitające pola i łąki. Chemiczna ochrona roślin miała dopiero zaistnieć. Nieznane było zjawisko zatruc pszczoł środkami ochrony roślin na polach uprawnych i w sadach. Natomiast problemem był brak pszczoł na odkrywanej dla pszczelnictwa ziemiach zachodnich. Pasieki praktycznie nie istniały, ponieważ niemal w całości uległy zniszczeniu w czasie działań wojennych. *„Znikoma ilość pasiek została przywieziona na te tereny przez osadników. W transporcie, w którym jechaliśmy do Polski w składzie szesnastu wagonów przewożono tylko dwa pnie pszczoł”* - wspomina Władysław Bortnik (1). Osadnicy przywozili pszczoły w ulach typu Lewickiego, Dadanta, Roota, „słowiańskich”.

Pasieki niemieckie prowadzone były w ulach szafkowych typu Kuntza lub Frejsztajna, których polscy osadnicy praktycznie nie znali i nie umieli w nich gospodarzyć. Tylko niewielka liczba pasiek polniemieckich została uratowana. Takie pasieki zostały między innymi przejęte i prowadzone przez Piotra Kaspra z Milicza w dawniejszej gminie Trzebiczy, Franciszka Zupę z Gościmca w gminie Zwierzyn oraz przez Mikołaja Łosińskiego z Sulęcina. Pasieka przejęta przez Kaspra istnieje do dnia dzisiejszego, choć została przeniesiona do Drezdenka, a prowadzi ją córka dawnego właściciela. Wymienione pasieki należały do grupy towarowych.

Nadto pszczelarze pochodzący z kresów wschodnich byli przyzwyczajeni do zbiorów miodu w miesiącach lipcu - wrześniu. Na Ziemiach Zachodnich pożytki pszczele występują w miesiącach maj i czerwcu.

W krótkim czasie przygotowanie rodzin pszczelich do wykorzystania wczesnych pożytków w ulach o dużej ramce było prawie niemożliwe. Dlatego też integracja różnych form gospodarowania przebiegała z trudem i powoli. Brak było w tym okresie wszystkiego, a zatem także środków do produkcji pasiecznej, takich jak: cukier, węza czy tarcica do budowy uli a także naturalnego wosku.

- *„Przy zakładaniu pasieki otrzymałem przydział: trzy sztuki węzy typu wielkopolskiego. „Przydzieloną węzę kroilem na paski o szerokości 3 cm i wprawiłem do ramek”* - wspomina Władysław Bortnik (1).

W latach 1947 – 1950 Urząd Ziemiański w Poznaniu zatrudnił inspektora rejonowego ds. pszczelarstwa na powiaty Gorzów Wlkp., Skwierzyna, Sulęcín, Strzelce Krajeńskie i Słubice. Inspektorem tym był Józef Szulc. Siedzibą jego było Starostwo Powiatowe w Gorzowie Wlkp. Ze skromnych akt Józefa Szulca, przesłanych do Wojewódzkiego Związku Pszczelarzy w Gorzowie Wlkp. odtworzyć możemy przebieg rozwoju pszczelarstwa na omawianym terenie (3).

W latach 1946 – 1955 wystąpiły nowe trudności organizacyjne w pszczelarstwie. W 1948 r. zlikwidowano związki pszczelarskie na szczeblu centralnym, wojewódzkim i powiatowym. Działalność pszczelarska została podporządkowana Związkowi Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”. Władze uznały, że pszczelarstwo jest drobną dziedziną rolnictwa i z powodzeniem może egzystować wśród innych związków branżowych bez dodatkowych etatów. Pozostawiono koła miejscowe, które nie podjęły współpracy ze związkiem „Samopomoc

Chłopska”. W wyniku tej decyzji nastąpił zanik działalności kół. Nie prowadzono żadnych szkoleń i brakowało jakiegokolwiek innej pomocy ze strony państwa. Działalność pszczelarstwa jako dziedzina wąska i trudna zaginęła pośród wielkich problemów wiejskich, którymi zajmowała się „Samopomoc Chłopska”.

Pomimo tych trudności pszczelarstwo na Ziemiach Zachodnich wolniej niż oczekiwano dźwigało się ze zniszczeń wojennych. Pierwszorzędną rolę w rozwoju pszczelarstwa w latach 1945 - 1955 odegrała na tym terenie Państwowa Centrala Produktów Nieдрzewnych „Las” Ekspozytura w Gorzowie Wlkp. późniejsze Gorzowskie Przedsiębiorstwo Produkcji Leśnej „Las”.

W latach 1948 – 1955 centrala tego przedsiębiorstwa uruchomiła kredyt bankowy na organizację państwowych pasiek towarowych „Las” oraz leśnych pasiek pracowniczych. Pracownicy otrzymywali na dogodnych warunkach kredyty na zakładanie pasiek. Kredytów udzielano w naturze w postaci rodzin pszczełich, uli i wosku. Spłacano je w dogodnych terminach pięcioletnich, również w naturze. W ten sposób uruchomiony kredyt przyczynił się do dynamicznego rozwoju pasiek na terenie gorzowskiego. Wraz z dopływem kredytów na uruchomienie pasiek wprowadzony zostaje nowy typ ula, „ul wielkopolski”, który okazał się dobrym na tutejsze potrzeby. Rozmiary ramki tego ula były zbliżone do rozmiarów ramek w ulach Kuntza.

Niezależnie od kredytów „Las” prowadził instruktaz zarówno we własnych pasiekach towarowych i w prywatnych pasiekach pra-

cowniczych. W tym czasie organizatorem pasiek i prowadzącym instruktą był inspektor PPL „Las” Kazimierz Frajdenberg.

Wspomniany kredyt uruchomiony przez centralę PPL „Las” spowodował ożywienie i rozwój pszczelarstwa. Nastąpił masowy przywóz pasiek, sprowadzanych z odległych zakątków Polski. A wraz z nimi także rozprzestrzenienie chorób pszczół na skalę dotychczas na tym obszarze nie spotykaną. Przyczyniał się do tego fakt, że mało liczne pasieki były dzielone czasem kilkakrotnie, co przyspieszało roznoszenie się chorób. Dystrybucją rodzin pszcze-lich i instruktą zajmowało się przedsiębiorstwo „Las”. Na te liczne absorbujące zajęcia przeznaczono tylko jeden etat. W początkowej fazie, gdy rozwijano tylko pasieki towarowe przedsiębiorstwa „Las” oraz pasieki pracownicze, to wystarczało.

W późniejszym okresie wraz z rozpoczęciem sprzedaży pszczół i uli w systemie wolnorynkowym jednoosobowy instruktą stał się niewystarczający i mało skuteczny. W tym okresie najbardziej odczuwalny był brak ogniwa związku pszczelarskiego i fachowej pomocy. W takiej sytuacji nikt nie zwracał uwagi na zdrowotność nabywanych pszczół – tak więc w błyskawicznym tempie mnożyły się choroby zgnilcowe czerwia. W rejonach Dobiegniewa i Witnicy pszczoły niemal całkowicie wyginęły. Zaistniała pilna potrzeba niesienia fachowej pomocy lekarsko –weterynaryjnej. Właśnie wtedy rozpoczął swoją działalność dr wet. Stanisław Kirkor, pracownik Oddziału Gorzowskiego Państwowego Instytutu Weterynaryjnego. Jego działalność w tym zakresie była bardzo znacząca. Wiele lat później,

na okolicznościowej sesji poświęconej temu naukowcowi i praktykowi, Władysław Bartnik ocenił ją w ten właśnie sposób: „*Odczuwaliśmy to tak jakby niebiosa zesłały nam doktora Kirkora. Tylko dzięki niemu udało się wyciszyć epidemię zgnilca złośliwego i opanować całą tę dramatyczną sytuację*” (1).

Dr wet. Stanisław Kirkor pracował bezpośrednio na terenie zapowietrzonych pasiek. Walczył z chorobami pszczół, uczył pszczelarzy jak należy leczyć pszczoły oraz zapobiegać ich chorobom. Ten sposób pracy wpłynął na skuteczne zahamowanie epidemii. *Podręcznik napisany przez profesora Stanisława Kirkora – mówił dalej Władysław Bortnik - mimo upływu 50 lat nie stracił do tej pory swej aktualności. Zmieniały się jedynie, a przy tym doskonalili, preparaty lecznicze* (1).

Mimo trudności w zaopatrzeniu pasiek w środki do produkcji i mimo panujących chorób pszczół następował jednak rozwój pszczelarstwa. Powstawały pasieki towarowe prowadzone przez Marcelego Binasia, Jana Lehmana i Romana Rau z Dreżdenka, Zygmunta Żołędziejewskiego, Jana Eugeniusza Kiona z Lubicza, Franciszka Rajskiego i Henryka Bojarskiego ze Strzelec Krajeńskich, Stanisława Jędryczko z Gościmca, Stefana Stachala z Sokółka, Aleksandra Ancutę ze Zwierzynia, Wojciecha Tąsiorowskiego z Międzyrzecza, Władysława Kitla i Piotra Wojtekuna ze Starego Kurowa, Jana Jurewicza, Tadeusza Kawalca, Feliksa Kalinowskiego, Leona Chodasiewicza, Adolfa Adamowicza i Jana Kozickiego z Gorzowa Wlkp., Franciszka Kolbiarza ze Skwierzyny, Józefa Myśliwca i Grze-

gorza Drozda z Witnicy, Kazimierza Wawryka i Tomasza Konopackiego ze Słubic, Władysława Pietrzykowskiego ze Słońska, Romana Wesołowskiego z Lipek Wielkich, Mariana Karmelitę i Edmunda Jabłońskiego z Kostrzyna nad Odrą, Leona Górskiego z Dobiegniewa, Franciszka Kobyłeckiego i Mariana Macewicza z Ośna Lubuskiego, Antoniego Ciepielaka z Sulęcina, Mieczysława Ławrynowicza z Łęgową, Antoniego Gawanowskiego z Gorzowa Wlkp., Stanisława Wojciszewicza z Górek Noteckich, Piotra Banickiego z Łącznicy.

Dla potrzeb rozwijających się pasiek niezbędna była hodowla matek pszczelich z materiału kwalifikowanego. W latach 1948 – 1950 zostały zorganizowane pasieki reprodukcyjne, które prowadzili: Stanisław Nowak z Przytocznej i Maksymilian Stefański z Torzymia.

Niezależnie od pasiek prywatnych powstawały pasieki w Państwowych Gospodarstwach Rolnych. Takie pasieki były prowadzone w PGR Pławidła w gminie Słubice, Rolewicach w gminie Dobiegniew oraz Macharach i Tucznie w gminie Strzelce Krajeńskie. Jednak te PGR-owskie pasieki do 2004 r. przestały istnieć.

W 1956 r. został reaktywowany Polski Związek Pszczelarski oraz jego ogniwa terenowe: wojewódzkie, powiatowe i miejscowe koła. Związek otrzymał po dwa etaty na województwo oraz środki finansowe na działalność.

Powstał Wojewódzki Związek Pszczelarzy (WZP) w Zielonej Górze z siedzibą w Gorzowie Wlkp. Prezesem tego związku zostaje wybrany Józef Myśliwiec z Witnicy. Inspektorem do spraw pszczelarstwa był Józef Wasilewski. Akta WZP były prowadzone

społecznie przez Ryszarda Karpisza z Gorzowa Wielkopolskiego. W 1963 r. zostało zorganizowane biuro WZP w Gorzowie przy ulicy Nowotki 9. Kierownikiem biura został Władysław Bortnik a inspektorem Zenon Jamont. W 1965 r. kierownikiem biura został Izidor Wyborski a inspektorem Zdzisława Kubacka absolwentka technikum w Pszczelnej Woli. W 1968 r. po śmierci prezesa Józefa Myśliwca biuro WZP zostało przeniesione do Zielonej Góry. Kierownikiem tego biura został Ryszard Anyszkiewicz. Ten stan organizacyjny związku trwał do 1975 r.

W wyniku reaktywowania związku pszczelarskiego nastąpiło nasilenie prac w zakresie szkolenia pszczelarzy, organizowania pokazów i wycieczek szkoleniowych. Nastąpił wyraźny rozwój pszczelarstwa i powstawanie nowych pasiek towarowych. Szerokiej pomocy w tym zakresie udzielała służba weterynaryjna. Powstałe pasieki towarowe prowadzili: Edward Dziewulski i Józef Piątek z Drezdenka, Feliks Jankowski z Machar, Leon Górski i Franciszek Nawojski z Dobiegniewa, Władysław Bortnik i Mikołaj Makarewicz ze Zwierzynia, Stanisław Dubiel i Tadeusz Kawalec z Gorzowa Wielkopolskiego, Jan i Kazimierz Pioniewscy z Santoka, Romuald Adamski i Tadeusz Jacek ze Słubic, Aleksander Tatała i Mikołaj Gzylewicz ze Strzelec Krajeńskich, Piotr Banicki z Łącznicy, Ryszard Kowalewski z Lubiszyna, Bolesław Biniek i Wojciech Taşiorowski z Międzyrzecza, Waław Gierżyński z Górzycy, Tadeusz Bryszkowski z Pszczewa. Pasieki towarowe stanowiły 37,2 % ogółu pasiek, co kwalifikowało województwo gorzowskie w czołówce kraju.

Po reformie administracyjnej w 1975 r. staraniem pełnomocników Antoniego Osieckiego, Feliksa Kalinowskiego i Jana Pawełki powstał WZP w Gorzowie Wlkp. Działalność biura była prowadzona w integracji z Wojewódzkim Związkiem Kółek i Organizacji Rolniczych z siedzibą w Myśliborzu. Inspektorem do spraw pszczelarstwa był w tym czasie Stanisław Kowalski. Pierwszym prezesem WZP został Antoni Osiecki. Organizację WZP tworzyło 1 670 pszczelarzy posiadających 18 720 rodzin pszczelich, skupionych w 33 kołach pszczelarzy. W nowym WZP znalazło się dwadzieścia kół z poprzedniego województwa zielonogórskiego, 11 kół z województwa szczecińskiego i dwa koła z województwa poznańskiego.

W latach 1976 – 1979 powstały pasieki towarowe podległe Spółdzielniom Kółek Rolniczych. Docelowo - zgodnie z uchwałą Centralnego Związku Kółek i Organizacji Rolniczych - miała być pasieka w każdym gospodarstwie rolnym spółdzielni kółek rolniczych. Z przeznaczonych na ten cel 300 mln zł kredytów zakupiono 672 rodziny pszczele, które rozlokowano w szesnastu spółdzielniach kółek rolniczych. Pozyskano do tych pasiek pszczelarzy i mistrzów pszczelarskich. Z uwagi na nierentowną działalność i niski poziom kwalifikacji pszczelarzy zatrudnionych w tych pasiekach, zostały one zlikwidowane w latach 1979 – 1980. W 1981 r. WZP wystąpił z Wojewódzkiego Związku Kółek i Organizacji Rolniczych. W dwa lata później w 1983 r. WZP przyjął nowy statut i uzyskał pełną samodzielność organizacyjną i finansową.

W drugiej kadencji prezesem Zarządu został Stanisław Dubiel i funkcję tę piastował do dnia dzisiejszego przez sześć kadencji. Po usamodzielnieniu się WZP siedziba związku zostaje przeniesiona z Myśliborza do Gorzowa Wielkopolskiego. Biuro mieściło się przy ulicy Mieszka I-go 57. Na kierownika biura zaangażowano ponownie Władysława Bortnika. Inspektorem do spraw pszczelarstwa został Zenon Gawanowski.

Już rok później w dwudziątą rocznicę śmierci prof. dr. hab. Stanisława Kirkora gorzowscy pszczelarze entuzjastycznie odnieśli się do pomysłu swojego kolegi seniora Feliksa Kalinowskiego i wraz ze służbą weterynaryjną ówczesnego województwa ufundowali tablicę pamiątkową poświęconą swojemu mistrzowi, nauczycielowi i przyjacielowi. Zawisła w Gorzowie na ścianie budynku Zakładu Higieny Weterynaryjnej przy ulicy Bohaterów Warszawy 4, a jej autorem był plastyk gorzowski i scenograf tutejszego teatru Kazimierz Puklicz. Na początku lat dziewięćdziesiątych została skradziona wraz z częścią naszej dumy zostawiając pole różnym domysłom. W 1996 r. staraniem lek. wet. Jerzego Młynarczyka, ówczesnego kierownika ZHW, z okazji jubileuszu pięćdziesięciolecia zakładu zawisła druga strzegąca pamięci choć nie tak urodziwa jak pierwsza (Ryc. 1).

W 1990 r. po przejściu Władysława Bortnika na emeryturę kierownikiem biura zostaje Zenon Gawanowski. W tym czasie zostaje opracowana instrukcja biurowa dla kół oraz instrukcja finansowa. Te

akty normatywne uporządkowały działalność organizacyjną kół w terenie i wzmocniły rolę WZP.

W 1985 r., w dziesiątą rocznicę powstania WZP w Gorzowie Wielkopolskim, członkowie ufundowali sztandar związku. Sztandar w uznaniu zasług pszczelarzy dla rolnictwa władze województwa odznaczyły „Medalem za Zasługi dla Województwa Gorzowskiego”.

Największy rozwój pszczelarstwa odnotowano w latach 1983 – 1993. Liczba pasiek w tym dziesięcioleciu wzrosła do 2 979 liczących łącznie 51 383 rodziny pszczele. W 1983 r. wyprodukowano 782 tony miodu, 15 ton wosku oraz 133 kg kitu pszczelego. W tym czasie Witold Łysy z Korytowa podjął produkcję mlecza pszczelego w swojej pasiece. Ilość pozyskiwanego rocznie mlecza pszczelego oscylowała wokół pięciu kilogramów. W województwie gorzowskim pozyskuje się w tym czasie około 2 ton pyłku rocznie. Obnóża pyłku kwiatowego w stanie surowym eksportowane były do Holandii.

Skupem produktów pszczelich zajmowały się w minionym czasie takie organizacje jak: Spółdzielnia Ogrodniczo Pszczelarska, Gorzowskie przedsiębiorstwo Produkcji Leśnej „Las” oraz Gminna Spółdzielnia Samopomoc Chłopska”. Spośród wyżej wymienionych największy wkład w rozwój pszczelarstwa wniosła Spółdzielnia Ogrodniczo-Pszczelarska, która prócz skupu prowadziła również sklepy ze sprzętem pasiecznym oraz organizowała różnego rodzaju tematyczne pokazy i konkursy. Skupem hurtowym produktów pszczelich zajmowała się Okręgowa Spółdzielnia Pszczelarska (OSP) w Poznaniu zrzeszająca członków prawnych, której członkiem

był również Wojewódzki Związek Pszczelarzy do końca 2002 r., tj. do czasu likwidacji tej spółdzielni. OSP w Poznaniu prowadziła hurtowy skup produktów pszczelich, sprzedaż tych produktów w detalu i na eksport. Ponadto prowadziła produkcję miodów pitnych, wyrobu węzy oraz produkcję sprzętu pasiecznego drewnianego.

Należy też podkreślić fakt, że dzięki autentycznemu zamiłowaniu, osobistej pracy pszczelarzy i ich rodzin oraz pomocy lekarsko-weterynaryjnej nie odnotowano rażących ubytków rodzin pszczelich mimo ataku kleszcza *Varroa Jacobsoni*. Wiele pasiek rozwija się nadal i z mało liczebnych powstały wielkotowarowe gospodarstwa pasieczne. Przykładem są tu: pasieka Remigiusza Dutkowiaka z Sulęcina, która liczy 1 500 rodzin pszczelich, Janusza Dorożkiewicza ze Skwierzyny licząca ponad 200 pni, Kazimierza Goździka ze Strzelec Krajeńskich licząca 150 rodzin pszczelich.

W 1976 r. opracowany został przez Departament Produkcji Zwierzęcej Ministerstwa Rolnictwa program rozwoju pszczelarstwa w Polsce. Program zakładał optymalne zagęszczenie 5 pni (uli) na 100 ha użytków rolnych i leśnych. W tym czasie w województwie gorzowskim zagęszczenie stanowiło 2,5 pnia na 100 ha użytków rolnych i leśnych. W latach 1977 – 1983 w wyniku prowadzonej działalności doradczej i szkoleniowej przez związek pszczelarzy w ciągu 10 lat liczba rodzin pszczelich wzrosła trzykrotnie. Według stanu na koniec 1984 r. osiągnięto wysycenie 7,5 ula na 100 ha użytków rolnych i leśnych.

W 2003 r. Wojewódzki Związek Pszczelarzy wystąpił z Okręgowej Spółdzielni Pszczelarskiej w Poznaniu. Z uzyskanych środków pieniężnych po zlikwidowanych udziałach nabył lokal przeznaczonym na biura oraz punkt zaopatrzenia pszczelarzy w pełny asortyment sprzętu pasiecznego niezbędnego do produkcji pasiecznej i hodowlanej.

Na uwagę zasługuje też fakt, że obecnie powstają nowe zagrożenia w chowie i w hodowli tych pożytecznych owadów. Coraz częściej są przytaczane czynniki dezorientujące pszczoły: anteny satelitarne, urządzenia telefonii komórkowej. Jest to nowe wyzwanie dla hodowców i również dla lekarzy weterynarii apipatologów.

Streszczenie

Prezentowano rozwój pszczelarstwa na terenie byłego województwa gorzowskiego. Wymieniono etapy, sukcesy i trudności w powojennej historii pszczelarstwa gorzowskiego, uwzględniając przy tym rolę lekarzy weterynarii.

Piśmiennictwo

1. *Bortnik W.*: Akta sprawozdawcze biura Wojewódzkiego Związku Pszczelarzy w Gorzowie Wlkp. Za lata 1950 – 1990.
2. *Bortnik W., Szenfeld J.*: Rozwój pszczelarstwa na północnym terenie województwa lubuskiego, Centaur Lubuski, Biul. Lubuskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej 2005, 15 (2), 21-23.
3. *Szulc J.*: Sprawozdania rejonowego inspektora do spraw pszczelarskich Urzędu Ziemskiego w Poznaniu za lata 1947 – 1950 na powiaty Gorzów Wlkp., Skwierzyna, Sulęcín, Strzelce Krajeńskie i Słubice.



Ryc. 1. Tablica pamiątkowa (druga) w hołdzie prof. dr. hab. Stanisławowi Kirkorowi, lekarzowi weterynarii, który m.in. przyczynił się do rozwoju pszczelarstwa gorzowskiego.

ZWIERZĘTA GOSPODARSKIE W PRAKTYKACH LECZNICZYCH

Danuta Sztych

Katedra Szczegółowej Hodowli Zwierząt,
Wydział Nauk o Zwierzętach SGGW w Warszawie,
ul. Ciszewskiego 8, 02-786 Warszawa,
danuta_sztych@sggw.pl

Wstęp

Tradycyjna wiedza ludowa w zakresie lecznictwa stanowiła skomplikowany system pojęć oraz działań nawarstwiających się w czasie i przekazywanych drogą ustną z pokolenia na pokolenie. Według K. Moszyńskiego medycyna ludowa to "istny węzeł gordyjski, w którym *najzawilej* splecione są ze sobą technika, wierzenia, czy w ogóle typowe przejawy religijnego życia, a który mimo to stanowi w obrębie ludowej kultury charakterystyczną całość".¹

Najbogatszym i niezmiernie ciekawym działem medycyny ludowej są ludowe sposoby terapeutyczne. W takiej terapii znaczną rolę odgrywały zarówno amulety, rekwizyty związane z kultem religijnym jak i środki lecznicze mające charakter naturalny.² Należały do nich obok preparatów roślinnych - preparaty pochodzenia zwierzę-

¹Moszyński K., *Kultura ludowa Słowian. Kultura duchowa*, t. 2, cz.1, Książka i Wiedza, Warszawa 1967, s. 543.

²Burszta J., *Lecznictwo ludowe*, [w:] *Kultura ludowa Wielkopolski*, t. 3, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1967, s. 393.

cego. Były to przede wszystkim tłuszcze, mające szczególne znaczenie dla podtrzymania życia, ale także żółć, krew, ślina, skóry zwierzęce itp. D. I. Kopernicki w 1876 roku w swoim odczycie podaje: "ze świata zwierzęcego największą wziętość w medycynie ludowej mają przede wszystkim tłuszcze z rozmaitych zwierząt. Dalej w wielkim użyciu bywa krew. W podobny sposób mleko, mocz, żółć i inne ciecze, a nawet wydaliny, należą do bardzo poważnych leków ludowych".¹

Zdecydowanie najszerze zastosowanie znajdowały wydaliny, co motywowano niezwykle magicznymi właściwościami wszelkich substancji o niejasnym statusie taksonomicznym; ekskrementy (podobnie jak inne wydzieliny, obcięte paznokcie, włosy) są *nieczyste*, bo choć oddzielone od ciała wciąż pozostają z nim w głębokim związku.²

Medycyna ludowa rzeczywiście posługiwała się przeważnie środkami leczniczymi mającymi charakter naturalny. Ale dawne leczenie ludowe wykorzystywało je w nieco inny, niż sądzimy, sposób. Bez względu na znajomość właściwości leczniczych preparatów pochodzenia roślinnego czy zwierzęcego, były one stosowane jako dodatek czy właśnie rekwizyt podczas tajemniczego rytuału niszczenia choroby. Choroby postrzeganej jako *coś zewnętrznego*, co należało wypędzić z organizmu przez obrzydzenie, zamówienie, przebła-

¹Kopernicki D. I., *O wyobrażeniach lekarskich i przyrodniczych oraz wierzeniach naszego ludu o świecie roślinnym i zwierzęcym*, Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1876, s. 4.

²Kowalski P., *Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa – Wrocław 1998, s. 238.

ganie lub inny tym podobny zabieg.¹ I kto wie, czy nie ważniejsze dla chorego i jego otoczenia były gesty, słowa i śpiew niż terapia dobroczynnymi środkami.

Dawne leczenie środkami pochodzenia zwierzęcego polegało, w dużym uproszczeniu, na skontaktowaniu się znachora ze światem, który nadesłał ludziom przesyłkę z chorobami. Nadawca tej przesyłki należał do świata całkiem odmiennego od ludzkiego. Do tego samego świata należały zwierzęta. One więc mogły stać się pośrednikiem między dwoma światami. Widocznie *tamten* świat, ich świat, był dużo silniejszy od człowieczego, skoro zsyłał na ludzi plagi w postaci chorób.² Był, być może, wszechmocny, skoro człowiek starał się go obłaskawić i poszukiwał wsparcia w dobrych z nim stosunkach. W każdej trudnej sytuacji, a do takich z pewnością należały choroby, pomory, narodziny, wreszcie konanie i śmierć, stosowało się okadzanie dymem, picie wszelakich mikstur, okłady z ekskrementów, mięsa, smarowanie tłuszczem, żółcią itp.³ Odmawiano przy tym pacierze, szeptano zaklęcia, mamrotano magiczne formuły, które im bardziej absurdalne z ludzkiego punktu widzenia, tym bardziej skutecznie miały odwracać chorobę.

O. Kolberg zapisał: "Lud przypisując choroby wpływowi potęg nadnaturalnych, środkami też nadnaturalnymi zażegnać i usunąć je pragnie. Że jednak potęgi te żywiół swój czerpią zawsze w przyrodzie,

¹Zadrożyńska A., *Powtarzać czas początku. O świętowaniu dorocznych świąt w Polsce*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa 1985, s. 23.

²*Ibidem*, s. 24.

³*Ibidem*, s. 25.

choć wyobraźnia w sferę je przenosi nadziemskie, więc też i w przyrodzie szukać należy *siły tajemnej*, wiążącej je z owym nadziemskim światem, siły tak na *złe*, jak i na *dobre* działającej, a w zwierzęcym znajdującą się królestwie. Tu jest źródło owego mnóstwa środków leczniczych, z czarodziejskimi połączonych praktykami, jakie się od wieków utrzymują nawet w miejscach, gdzie nie brak aptek i *ukwalifikowanych* lekarzy".¹

Zastosowanie w lecznictwie ludowym znalazły też preparaty pochodzące od zwierząt gospodarskich. Niniejsza praca ma na celu przedstawienie wiedzy na temat leczniczych właściwości tychże środków i ich roli podczas tajemniczego rytuału unicestwiania choroby.

Kogut w praktykach leczniczych

Kogut, wróg demonów, przeszedł w świecie chrześcijańskim do czarnej magii. Potwierdzeniem tej interpretacji jest apotropiczny charakter niektórych zabiegów leczniczych.

Szczególnie wyraźnie apotropiczna moc koguta i kury występuje we wszystkich chorobach mających charakter zaburzeń systemu nerwowego, a więc w chorobach, które medycyna średniowieczna uważała za opętanie przez diabła. W Małopolsce *szaleństwo* leczono okładami z czarnej kury lub piskląt, które się jeszcze nie wykluły. W okolicach Podlasia dziecko chorujące na konwulsję naciera-

¹Kolberg O., *Dzieła wszystkie Oskara Kolberga*, t. 34, Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Wrocław 1961 - 1973, s. 118.

no krwią czarnej rozdartej kury. J. Gajek (za *Naprzód* z 1912 roku) podaje, że jakaś znachorka poleciła matce, której syn był chory na chorobę św. Wita, kupić czarną kurę i poobcinać jej nogi.¹ Zabieg ten miał chwilowo nawet przynieść ulgę w cierpieniach. Ostre szpony kogucie, jak wszystko co kolące i spiczaste, miały odstraszać złe moce. Podobnie rzecz się miała z piórami. Na Polesiu chorobę św. Walentego leczono okadzaniem dziecka dziewięcioma piórami, wyrwanymi czarnej kurze spod skrzydeł.

M. Rey w swoich *Figlikach* powiada: „Na duszną chorobę jeno co rychlej łapać trzeba czarnej kokoszy”.² Jeszcze w XX wieku przykładano przeciwko *szaleństwom* czarną kurę. Wszelkiego rodzaju okłady miały bowiem na celu wyciągnięcie lub odpędzenie choroby, a w tym wypadku złego ducha.

W Anglii w wypadkach umysłowej choroby zakopywano do ziemi czarnego koguta. Jest to z kolei przykład przenoszenia choroby z człowieka na zwierzę.

Na południowej Słowiańszczyźnie choroby skóry leczono za pomocą specjalnych *zamawiań*, w których dużą rolę odgrywał kogut. Warto przypomnieć, że na tym terenie narodziła, brodawki i odciski noszą nazwę kokoszajek, kurzajek, kurejek. Dlatego też zmiany

¹Gajek J., *Kogut w wierzeniach ludowych*, Instytut Etnologiczny Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Lwów 1934, s. 141.

²Rey M., *Pisma wierszem* (wybór), pod red. Krzyżanowski J., Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Wrocław 1954, s. 372.

skórne okładano kurzymi oczami.¹ Tak zwaną kurzą ślepotę leczono wątrobą z czarnego koguta.²

W Szwajcarii, Czechach i w Rosji w czasie wyrzynania się zębów u dzieci przykładano do dziąseł krew z koguciego grzebienia. W Niemczech mieszanina wina z kurzym nawozem pomagała na dolegliwości serca. We Francji przeciwko bólowi żołądka zażywano proszek z utartego żołądka kury, a okładem z kur leczono spuchnięte nogi.³

Wszędzie pianie koguta uważane było za *mile i potrzebne*, gdyż dawało nadzieję w chorobie, umniejszało gorączkę i budziło wiarę.⁴

Kogut był również często poświęcany Eskulapowi, bogowi (greckiemu) medyków, jako symbol czujności oraz ze względu na to, że dostarcza chorym pożywienia oraz leków i że jest symbolem życia po śmierci. Na marmurowej tablicy w świątyni Eskulapa w Rzymie wyrzeźbiono następującą inskrypcję: "Bóg powiedział Valeriusowi Aprusowi, ślepemu żołnierzowi, by ten przyszedł, wziął krew białego koguta i zmieszał ją z miodem, a następnie posmarował tym swe oczy. Po trzech dniach stosowania zaleconego zabiegu, wzrok został mu przywrócony. Wrócił on wówczas i podziękował bogu".⁵

¹Gajek J., *Kogut w wierzeniach ludowych*, op. cit., s. 144.

²*Ibidem*, s. 147.

³*Ibidem*, s. 149.

⁴Cooper J. C., *Zwierzęta symboliczne i mityczne*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 1998, s. 104.

⁵Wężyk S., *Kogut w historii, filozofii i religii*, Przegląd Hodowlany 8, Polskie Towarzystwo Zootechniczne, Warszawa 2002, s. 27.

O tym jak daleko w przeszłość sięga rola koguta w medycynie, niech świadczy pochodząca z XIII wieku recepta lekarza Leszka Czarnego, który poleca przeciwko trądowi spożywanie kury, karmionej kawałkami węża, a rosół z kury, gotowany z szałwią traktuje jako nadzwyczajny środek leczniczy.

Kozy w praktykach leczniczych

Już Pliniusz pisał, iż na ślepotę dobra jest wątroba kozła zmieszana z miodem.

Kozi łój zwalczać miał chorobę zwaną różą. Należało: „wziąć papier cukrowy i nasmarować go kozim łojem, na to wysypać nabój prochu, zapalić go, zaraz przyłożyć na miejsce bolące, owinać nogę i trzymać ją ciepło”.¹

W powszechnym użyciu bywała również krew z uciętego koziego ogona, która w mgnieniu oka leczyła wrzody. Kozie ekskrementy szczególnie przydatne były *na bolączki i ociekizny*, leczyły też *żółtą niemoc* i bóleści w stawach. Pomocne miały też być przy usuwaniu obumarłego płodu.² Chorwaci głuchotę leczyli wpuszczając do ucha urynę kozią lub owczą.

Według tradycji ruskiej na wściekliznę najlepsze było mleko kozie, którego uzdrowicielskie moce wzmacniano dodatkowo magicznie nacechowanymi przedmiotami, np. kawałkiem zardzewiałe-

¹Kowalski P., *Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie, op. cit.*, s. 251.

²*Ibidem*, s. 252.

go, rozpalonego do białości żelaza.¹ Według innych podań, mleko brunatnych kóz pomocne było na wszystkie choroby.²

Koń w praktykach leczniczych

Wykorzystanie koni w praktykach uzdrowicielskich opierało się zarówno na ich demonicznych powiązaniach z zaświatami, jak też na właściwościach poszczególnych części ich ciała i pochodzących od nich ekskrementów.

Jeszcze w XX wieku znane było zalecenie, żeby w razie podejrzenia tyfusu wprowadzić do izby z chorym konia. Gdy ten zarżał, potwierdzał diagnozę. Należało wtedy konia pozostawić w izbie przez dobę, w nadziei, że jego obecność przerwie i oddali chorobę. Wskazane było także okładać ekskrementami końskimi głowę chorego oraz obmywać całego końskim moczem.³

Wiek wcześniej, bo w zielniku z 1588 r. zalecano zaś, by „gnojem końskim niewieście kadzić pod nos, by plód umarły z żywota wyrzuciła”.⁴ Miały być owe ekskrementy pomocne także przy tamowaniu krwotoku. Lekarz S. Giebocki w swoich pamiętnikach z 1939 roku pisze: „pewnego dnia zawezwano mnie do żony [...] S, która dostała krwotoku z narządów kobiecych [...]. Ujrzałem oryginalny widok: cały brzuch pacjentki obłożony był końskim gnojem: bo to widzi pan le-

¹Kopaliński W., *Słownik mitów i tradycji kultury*, Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa 2003, s. 167.

²Majewski E., Stołyhwo K., *Koza (Capra hircus) w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego*, t. III, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa 1905, s. 268.

³Biegeleisen H., *U kolebki, przy ołtarzu, nad mogiłą*, Nakładem Towarzystwa Wydawniczego ATENEUM, Lwów 1929, s. 432.

⁴Biegeleisen H., *Lecznictwo ludu polskiego*, Prace Komisji Etnograficznej Polskiej Akademii Umiejętności, Kraków 1929, s. 81.

karz - starzy ludzie mówią, że koński nawóz położony na brzuch zatrzyma każdy krwotok [...]”.¹

Na początku XIX wieku ekskrementy stosowano do walki z syfilisem. W tym celu chorego zakopywano nago w świeżych odchodach, pozostawiając jedynie otwór na usta i nos, by umożliwić oddychanie.² Przynosiły też ulgę cierpiącym z powodu ran postrzałowych.

Dobre wyniki w leczeniu wielu dolegliwości dawał szpik kostny. Wierzono, że jest skuteczny w leczeniu reumatyzmu: przeciwdziałał bowiem rwaniu kości w nodze lub ręce.³ Należy zwrócić uwagę na podobieństwo, jakie występuje między lokalizacją obolałego miejsca w ciele człowieka a miejscem, z jakiego pochodzić ma skuteczny środek zaradczy w organizmie konia.

Podobne odniesienie (podobne leczyć podobnym) odnajdujemy w przypadku końskich zębów. Według XVII - wiecznych zaleceń samo noszenie końskiego zęba, jako amuletu, chronić miało przed ich bólem. Jeśli jednak zęby zabolały, należało okadzać je dymem z przypalonego zęba końskiego. B. Gustawicz w 1881 r. pisał: „ząb konia mającego lat dwadzieścia i pokąsanego przez psa wściekłego spalony na popiół ma być dobrym lekarstwem przeciw bólom zębów”.⁴

¹Jaguś I., *Lecznictwo ludowe w Polsce w XX wieku – czynniki i kierunki przemian*, Annales Universitatis MCS, vol. XXVI, 13, Lublin 2001, s. 176.

²Biegeleisen H., *U kolebki, przy ołtarzu, nad mogiłką*, op. cit., s. 436.

³Kowakłski P., *Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie*, op. cit., s. 240.

⁴Gustawicz B., *Podania, przesady, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody*, U. J., Kraków 1881, s. 35.

Przydatny był też dym wytwarzający się podczas palenia końskich kopyt, stosowany jako środek leczniczy przy febrze. Ważny był tu podział jaki stosowano – kobietę leczył tylko dym z kopyt klaczy, zaś mężczyznę – z ogiera.

Wykorzystywano także ślinę, która miała przyczynić się do zwalczania występujących suchot. Co ciekawe, środkami, które można było stosować zamiast końskiej wydzieliny była wątroba wilcza z winem, niedźwiedzia żółć z miodem, sproszkowane końce wolicich rogów lub płuca jelenia.

Związane z praktykami medycznymi były także wierzenia dotyczące przewidywania śmierci za pomocą konia i jego zachowania względem człowieka. Często to właśnie koń decydował o niepodejmowaniu dalszych prób leczenia danej osoby, ponieważ zachował się w stosunku do niej w określony sposób.

Owca w praktykach leczniczych

Owce - wykazującą wiele zaświatowych przymiotów – wykorzystywano w praktykach leczniczych wielu kultur. Plemiona zachodnioafrykańskie do przyrządzania diabelskiego leku używały rżęs owiec (wraz z jaszczurkami). Słowianie wrzody leczyli jelitami świeżo zabitej owcy. W obrzędach bułgarskich jako leku używano krwi owczej.¹

W polskiej praktyce ludowej, wywar z gotowanej skóry owczej miał być dobry na leczenie suchot, zaś na padaczkę krew z ucha

¹Gieysztor A., *Mitologia Słowian*, Wydawnictwo Artystyczne i Filmowe, Warszawa 1982, s. 86.

zmieszana z wódką. Przy leczeniu hemoroidów należało często siadać na mocno ogrzanej desce dębowej, wysmarowanej szpikiem owczym, zaś obcinając kołtun zalecano, by trzymać pod kolanami chorego wełnę z czarnej owcy – kołtun w nią wejdzie i zwinie wszystkie włókna.¹

Bydło w praktykach leczniczych

W przypadku choroby tak niebezpiecznej jak paraliż, postępowano w ten sposób że wkładano sparaliżowane członki w zabite zwierzę, albo przygotowywano choremu kąpiel z ciepłej krwi bydlęcej.

Na suchoty, jeszcze w XIX wieku, zalecano „wydobyć świeżo zarżniętemu cielęciu płuca i serce pulsujące, a posiekawszy je dawać choremu w płynie”.²

Także wątroba bydlęca miała zastosowanie w polskich praktykach medycznych. „Przy leczeniu kurzej ślepoty należało gotować w garnku wątrobę z wołu, nachylić twarz, aby para osiadła na oczach, część wątroby zjeść i oczy obetrzeć połą sukmany”.³ Wierzono też, że smarowanie wołową żółcią około pępka usunie kłopoty żołądkowe.

Krowie ekskrementy rozpuszczone w mleku, dawały dobre wyniki przy leczeniu kolek, zaś zmieszane z octem zwalczać miały

¹Majewski E., Stołyhwo K., *Owca (Ovis ovies) w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego*, t. 19, z. 3, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa 1905, s. 54.

²Biegeleisen H., *Lecznictwo ludu polskiego, op. cit.*, s. 188.

³Majewski E., Jarecki Wł., *Bydło w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego*, t. XVII, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa 1903, s. 36.

róże. Okłady z ciepłych, bydlęcych wydaliny leczyły źle gojące się rany, usuwały skutki ukąszenia przez owady, a także bóle oczu.

Gęś w praktykach leczniczych

W praktykach leczniczych wykorzystywano najczęściej niektóre części ciała gęsi, pióra, ale przede wszystkim ich ekskrementy. Ponieważ gęś łatwo defekuje, jej kał kładziony koło połoźnicy miał według wierzeń ludowych ułatwiać poród.¹ Można wszak przenieść właściwości przedmiotów.

Aby pozbyć się dolegliwości brzusznych, należało *wyrzucić* z organizmu samą chorobę. Jeszcze w XX wieku uważano, że dla sprowokowania nudności "bierze się trochę końskiego lub gęsiego pomiotu, precedza przez garnek, dodaje nieco wódki, żeby to łatwiej było zażyć, i daje ten napój do wypicia".²

Według zaleceń z Pogorza ból gardła powinien ustąpić, gdy będzie się „przykładać gęsi pomiot mający przyspieszać obieranie, czyli ropienie stanów zapalnych”.³

Na zapalenie powiek na Rusi zalecano smarowanie je maścią z żółci gęsiej i rybiej zmieszanej z miodem, zaś Białorusini twierdzili, że przeciw kolkom skuteczny jest język gęsi starty na proszek.⁴

¹Libera Z., *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1995, s. 12.

²Kowalski P., *Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie, op. cit.*, s. 132.

³*Ibidem*, s. 132.

⁴*Ibidem*, s. 132.

Świnia w praktykach leczniczych

Przy długotrwałych bólach gardła polscy ludowi uzdrowiacze radzili okładać szyję chorego ciepłym jeszcze mięsem rozerwanego żywcem prosiaka.

W wielu przypadkach zalecano stosowanie ekskrementów świńskich: obrzydzenie, jakie budziły, powinno było skutecznie odstręczać chorobę. Można było np. ból po stłuczeniach *zbrzydzić* okładając łajnem chore miejsca. Suszone, podawane z wódką lub wodą miało skutecznie obniżać gorączkę. Przy leczeniu chrypki dziecka zalecano, by „trzykrotnie posmarować pięty dziecka uryną świni płci innej niż dziecko”. Można też było dziecko trzykrotnie wkładać do świńskiego gniazda bądź też „pluć, chuchając równocześnie do koryta, to świnia ten ból zje”.¹

Łamanie w nogach usuwano przez smarowanie je świńskim sadłem. Kostką z narządu słuchowego świni próbowano leczyć konwulsje i uśmierzać ból zębów.² Skutecznym lekarstwem na choroby oczu miało być jedzenie ugotowanej wątroby z czarnego prosięcia.

Cierpiącego na chorobę zwaną różą można było uleczyć okadzając go dymem z tłuszczu wieprzowego. Należało jeszcze wygłosić stosowną formułę zażegnania: „Wykurzam cię różo i zamawiam, różo wietrzna, mocna [...] z krwi, kości, z białego ciała, z włosów. Ja ją zamawiam Bożymi słowami, zamawiam suchą, za-

¹Biegeleisen H., *Lecznictwo ludu polskiego*, op. cit., s. 18.

²Biegeleisen H., *U kolebki, przy oltarzu, nad mogiłką*, op. cit., s. 103.

mawiam gniłą. Proszę Boga na pomoc, św. Mikołaja i wszystkich świętych, ja sam jej nie pomagam, ale Bożymi słowy proszę i pomagam”.¹

Podsumowanie

W obrębie stosowanych praktyk terapeutycznych, opartych na stosowaniu środków leczniczych pochodzenia zwierzęcego, oraz magiczno-rytualnych polegających na leczeniu zamawianiem, zabobonami, gusłami, trudno jest wykreślić jakąś sztywną linię podziału pomiędzy tym co racjonalne a irracjonalne.

Zabobony i wszystkie czynności magiczno – rytualne pozwalają na dotarcie do istoty tradycyjnego światopoglądu, w którym nikt nie musiał przejmować się prawami fizyki, chemii czy medycyny. Wszystko to przekazywano symbolicznie każdemu młodemu pokoleniu, które zupełnie skutecznie posługiwało się zwyczajowymi prawami współżycia człowieka ze wszechświatem.

Streszczenie

Praca przedstawia tradycyjną wiedzę o leczniczych właściwościach środków pochodzących od zwierząt gospodarskich. Omawia ich użyteczność i rolę podczas tajemniczego rytuału unicestwiania choroby. Zwraca uwagę na gusła, zabobony i wszystkie czynności magiczno – rytualne, gdyż to one przede wszystkim pozwalają na dotarcie do istoty tradycyjnego światopoglądu, w którym nikt nie mu-

¹*Ibidem*, s. 133

siał przejmować się prawami fizyki, chemii czy medycyny. Wszystko to przekazywano symbolicznie każdemu młodemu pokoleniu, które zupełnie skutecznie posługiwało się zwyczajowymi prawami współżycia człowieka ze wszechświatem.

Piśmiennictwo

1. *Biegeleisen H.*: Lecznictwo ludu polskiego. Prace Komisji Etnograficznej Polskiej Akademii Umiejętności, Kraków, 1929.
2. *Biegeleisen H.*: U kolebki, przy ołtarzu, nad mogiłą. Nakładem Towarzystwa Wydawniczego ATENEUM, Lwów, 1929.
3. *Burszta J.*: Lecznictwo ludowe. W: Kultura ludowa Wielkopolski. T. 3, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, 1967.
4. *Cooper J.C.*: Zwierzęta symboliczne i mityczne. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 1998.
5. *Gajek J.*: Kogut w wierzeniach ludowych. Instytut Etnologiczny Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Lwów, 1934.
6. *Gieysztor A.*: Mitologia Słowian. Wydawnictwo Artystyczne i Filmowe, Warszawa, 1982.
7. *Gustawicz B.*: Podania, przesady, gadki i nazwy ludowe w dziedzinie przyrody. Zwierzęta. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1881.
8. *Jaguś I.*: Lecznictwo ludowe w Polsce w XX wieku - czynniki i kierunki przemian. *Annales Universitatis MCS*, Lublin, 2001.
9. *Kolberg O.*: Dzieła Wszystkie Oskara Kolberga. T. 34, Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Wrocław, 1961–1990.
10. *Kopaliński W.*: Słownik mitów i tradycji kultury. Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa, 2003.
11. *Kopernicki D.I.*: O wyobrażeniach lekarskich i przyrodniczych oraz wierzeniach naszego ludu o świecie roślinnym i zwierzęcym. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1876.
12. *Kowalski P.*: Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa – Wrocław, 1998.
13. *Libera Z.*: Medycyna ludowa. Chłopski rozsadek czy gminna fantazja. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 1995.
14. *Majewski E., Jarecki W.*: Bydło w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego. T. 17, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa, 1903.

15. *Majewski E., Stołyhwo K.*: Koza (*Capra hircus*) w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego. T. 3, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa, 1905.
16. *Majewski E., Stołyhwo K.*: Owca (*Ovis ovies*) w mowie, pojęciach i praktykach ludu polskiego. T. 19, z. 3, Biblioteka Wisły, Wydawnictwo A. Gruszecki, Warszawa, 1905.
17. *Moszyński K.*: Kultura ludowa Słowian. Kultura duchowa. T. 2, cz. 1, Książka i Wiedza, Warszawa, 1967.
18. *Rej M.*: Pisma wierszem (wybór). Pod red. Krzyżanowski J., Polskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław, 1995.
19. *Udziela M.*: Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego. T. 7, Biblioteka Wisły, Skład Główny M. Arcta, Warszawa, 1891.
20. *Wężyk S.*: Kogut w historii, filozofii i religii. Przegląd Hodowlany, 8, Polskie Towarzystwo Zootechniczne, Warszawa, 2002.
21. *Zadrożyńska A.*: Powtarzać czas początku. O świętowaniu dorocznych świąt w Polsce. Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa, 1985.

DROGA DO PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU WETERYNARYJNEGO W PUŁAWACH – W UJĘCIU HISTORYCZNYM

Tadeusz Wijaszka, Marian Truszczyński

Państwowy Instytut Weterynaryjny – Państwowy Instytut Badawczy,
al. Partyzantów 57, 24-100 Puławy,
T.Wijaszka@piwet.pulawy.pl

*„Tylko że, aby drogę mierzyć przyszlą trzeba-ć koniecznie,
pomnieć skąd się wyszło!”*

Cyprian Kamil Norwid 1821-1881

Przełom XIX i XX wieku stanowi okres, w którym wartość hodowli i chowu zwierząt użytkowych stała się na tyle znacząca, w szczególności w Europie, że za niezbędne uznano zwiększenie weterynaryjnej ochrony zdrowia (5). Wprawdzie pierwsze uczelnie weterynaryjne we Francji, Niemczech, Austrii i innych krajach Europy powstały przy końcu wieku XVIII, a w znajdującej się pod zaborami Polsce w Wilnie, Burakowie, Warszawie, Lwowie w wieku XIX, to jednak liczba specjalistów z różnego stopnie kompetencjami z tego zakresu, była na początku kolejnego wieku, na ziemiach polskich mała (1), co uzasadniało rozwój w tej dziedzinie.

Początki nauczania weterynarii w Puławach, zwłaszcza dla potrzeb przyszłych agronomów, określa się na rok 1862. Tam w miej-

sce zlikwidowanego w tymże roku Instytutu Agronomicznego w Marymoncie pod Warszawą, gdzie w latach 1824 - 1832 wykładane były przedmioty weterynaryjne, utworzono Instytut Politechniczny i Rolniczo-Leśny, m.in. z Katedrą Weterynarii (2). Jej kierownikiem został na krótko, najwybitniejszy w tych czasach polski lekarz weterynarii, magister nauk weterynaryjnych Piotr Seifman (1). Zrezygnował w 1863 r. z pracy w Instytucie, co też niebawem uczynił jego następca, Otton Eichler (1). Instytut Politechniczny i Rolniczo-Leśny zawiesił bowiem, z polecenia władz zaborcy, wykłady do 1869 r., co było konsekwencją powstania styczniowego (1863 - 64) i wyrazem represji wobec społeczeństwa polskiego. Nowa ustawa z dnia 8 czerwca 1869 r. zmieniła jego nazwę na Instytut Gospodarstwa Wiejskiego i Leśnictwa (IGWiL) w Nowej Aleksandrii, czyli w tak nazwanych Puławach. W uczelni tej, w której nauka trwała 3 lata, utworzono wydziały: rolniczy i leśny. Dodatkowo, wśród przedmiotów grupy specjalnej figurowały „nauki weterynaryjne”. W tych ramach zorganizowano zakład o nazwie Zbiór Narzędzi Weterynaryjnych i Preparatów Zoologicznych oraz Klinikę Weterynaryjną i Kuźnię. Na pierwszym roku wydziału rolniczego wykładano anatomię i fizjologię zwierząt gospodarskich, na drugim – eksterier i kucie konia oraz ogólne dane o chorobach, ich leczeniu jak też z zakresu chirurgii, a na trzecim – naukę o lekach i bardziej szczegółowe dane o chorobach i ich leczeniu. Dokładne informacje na temat programu nauczania weterynarii w Nowo- Aleksandryjskim Instytucie Gospodarstwa Wiejskiego i Leśnictwa podaje Millak (2).

Lata 1869 - 1915 charakteryzowały się dłuższymi przerwami w prowadzeniu zajęć dydaktycznych ze względu na strajki studentów, protestujących przeciw uciskowi i rusyfikacji. Mimo to godny zaważenia jest fakt, że obok nauczania weterynarii oraz leczenia chorych zwierząt w klinice IGWiL, w roku 1900 bakterioskopowo rozpoznawano węglik i nosaciznę, co wskazuje na zainicjowanie badań laboratoryjnych. Istotne jest też stwierdzenie, że w roku 1893 Nowo-Aleksandryjski Instytut uzyskał pełne prawa rosyjskich szkół akademickich (2). Zakończył on swoją działalność z chwilą opuszczenia przez Rosjan Puław w roku 1915, kiedy zostały one zajęte przez władze austriackie.

Po trwającej około 2 lat dyskusji zdecydowano, że w miejsce uczelni powstanie w Puławach ośrodek naukowo-badawczy. Głównym autorem tej koncepcji był dr Ignacy Kosiński, agronom doświadczalnik i działacz społeczny. Na podstawie tego opracowania profesor ekonomii rolniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Stefan Surzycki (2), przedstawił schemat organizacyjny ośrodka, który uwzględniał nauki rolnicze z produkcją roślinną i zwierzęcą, nauki leśne i nauki weterynaryjne. Schemat ten stał się podstawą do powołania przez okupacyjne władze austriackie 26 września 1917 r. Instytutu Naukowego Gospodarstwa Wiejskiego (INGW). W tych ramach zorganizowano na przełomie roku 1917/1918 osiem działów. Jednym z nich był Dział Higieny i Lecznictwa Zwierząt, z Zakładem Kultury Szczepionek Ochronnych (2).

Po krótkotrwałym kierowaniu Działem Higieny i Lecznictwa Zwierząt przez lek. wet. Stanisława Dzięciołowskiego (1), 1 stycznia 1918 r. jego kierownikiem został lek. wet. Feliks Jaroszyński (1870 - 1941, 1), wybitny znawca epizootologii księgosuszu oraz produkcji surowicy przeciw tej chorobie, wcześniej zatrudniony do zwalczania chorób zakaźnych zwierząt w różnych regionach Imperium Rosyjskiego.

W weterynaryjnej części instytutu podjęta została, w oparciu o osiągnięcia mikrobiologii i immunologii ery Pasteura i Kocha, produkcja surowic i szczepionek, zwłaszcza przeciw księgosuszowi, który w dużym stopniu dzięki tej działalności i doświadczeniu dr. Jaroszyńskiego został w 1922 r. zlikwidowany (1, 2).

Po uzyskaniu przez Polskę niepodległości, nastąpiła w dniu 20 października 1921 r. zmiana nazwy Instytutu Naukowego Gospodarstwa Wiejskiego na Państwowy Instytut Naukowy Gospodarstwa Wiejskiego (PINGW). Zgodnie z zastępującym statut austriacki nowym statutem, stał się on państwowym zakładem badawczo-naukowym o charakterze akademickim, podległym Ministerstwu Rolnictwa i Dóbr Państwowych. Jego zadaniem była działalność naukowo-badawcza, dotycząca rozwoju gospodarstwa wiejskiego i gałęzi produkcji z nim związanych (2).

W powołanym w PINGW Wydziale Serologicznym podjęto tematykę z zakresu serologii, mikrobiologii weterynaryjnej, chorób zakaźnych i inwazyjnych zwierząt gospodarskich. W nim zorganizowane zostały Poddziały: Bakteriologii i Badań Metodycznych oraz Za-

kład Produkcji Surowic i Szczepionek. Wydział był kontynuatorem wspomnianego Działu Higieny i Lecznictwa Zwierząt uprzedniego Instytutu Naukowego Gospodarstwa Wiejskiego. Jego kierownikiem został Piotr Jaroszyński, który w latach 1922 - 1925 pełnił funkcje dyrektora PINGW-u (1, 2).

Prace naukowo-badawcze, obok realizowanych w Wydziale Serologicznym prac produkcyjnych i usługowych, zostały podjęte w 1923 r. Kierowane były przez dr. Piotra Żochowskiego (1868 - 1939, 1, 2). Dotyczyły przede wszystkim zarazy płucnej bydła, klasycznego pomoru świń, różycy, brucelozy i chorób inwazyjnych. Dziennikiem Ustaw nr 66 z dnia 15 lipca 1927 r. wydane zostało Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o Państwowym Instytucie Naukowym Gospodarstwa Wiejskiego, na mocy którego do PINGW w Puławach włączono rolnicze placówki badawcze znajdujące się w innych miejscowościach, m.in. Instytut Naukowo-Rolniczy w Bydgoszczy. W nim znajdował się m.in. Wydział Higieny Zwierząt. Jego kierownikiem był prof. dr Kazimierz Panek (zmarły w 1935 r.), wybitny lekarz weterynarii, mikrobiolog i epizootiolog. Tematyka naukowo-badawcza jego i jego współpracowników dotyczyła zwłaszcza nosaczyny, gruźlicy, zarazy płucnej bydła, brucelozy, żółtaczki. W Wydziale Higieny Zwierząt prowadzone były też prace usługowe z zakresu diagnostyki laboratoryjnej chorób zakaźnych zwierząt i kontroli na nieszkodliwość i skuteczność produkowanych w kraju surowic i szczepionek.

W 1935 r. rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych w miejsce Wydziału Serologicznego powołany został w PINGW w Puławach Wydział Weterynaryjny, obejmujący również wspomniany Wydział Higieny Zwierząt. Kierownikiem Wydziału został dr Kazimierz Zagrodzki (1881 - 1942), pułkownik i dotychczasowy Szef Służby Weterynaryjnej Ministerstwa Spraw Wojskowych (1, 2). Do znacznie poszerzonych, w porównaniu z Wydziałem Serologicznym, zadań należały badania nad doskonaleniem metod rozpoznawania chorób zakaźnych i inwazyjnych oraz ich usługowa diagnostyka, prace dotyczące szerzenia i zwalczania znanych epizootii oraz nowo pojawiających się chorób zakaźnych i inwazyjnych. W zakres czynności wchodziła też produkcja szczepionek i preparatów diagnostycznych na potrzeby całego kraju.

Wydział Weterynaryjny tworzyły 4 działy: 1. Badawczo-naukowy, w znacznym stopniu utworzony z przeniesionego do Puław wydziału bydgoskiego; 2. Produkcji (dawny Wydział Serologii); 3. Rozpoznawczy; 4. Parazytologiczny.

Do 1939 r. w ramach wspomnianych 4 działów Wydziału Weterynaryjnego PINGW zorganizowano 14 poddziałów i pracowni, w tym pracownie rozpoznawcze, mieszczące się poza Puławami: we Lwowie, Krakowie, Bydgoszczy i Wilnie (2, 6, 7).

Powyższa reorganizacja oraz rozwój działalności naukowej i usługowo-badawczej Wydziału coraz bardziej uzasadniały rozbudowę i unowocześnienie dotychczas stojących do dyspozycji Wydziału pomieszczeń, co z całą mocą podkreślał dr Kazimierz Za-

grodzki. Dezyderaty te znalazły poparcie u władz, czego wyrazem było przyznanie określonych środków finansowych i już w 1937 r. dzięki staraniom i nadzwyczajnej energii Wymienionego, przystąpiono do budowy gmachu na 20 ha działce w obrębie Puław oraz kompleksu budynków w pobliżu Puław, na Michałowce.

Należy podkreślić, że do wybuchu II wojny światowej na Wydziale Weterynaryjnym PINGW-u stworzony został znaczący dorobek naukowy. Wykonano też ważne gospodarczo prace usługowe z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Wyprodukowano duże ilości szczepionek i preparatów diagnostycznych (2, 6). Stworzono zatem podstawy i uzasadnienie do powołania samodzielnej placówki naukowo-badawczej.

W latach 1939 - 1945 Wydział Weterynaryjny PINGW stał się Krajowym Zakładem Weterynaryjnym (Landesveterinäranstalt) związanym, przy znacznej autonomii, z Rolniczym Instytutem Badawczym (Landeswirtschaftliche Forschungsanstalt), czyli dawnym PINGWem. Kierownikiem został Niemiec, prof. dr J. Schaaf. Po opuszczeniu przez okupanta Puław Wydział Weterynaryjny PINGW podjął prawie niezwłocznie prace badawcze, usługowe i produkcyjne (6). Jak wyżej przedstawiono, podstawy do powołania samodzielnego Państwowego Instytutu Weterynaryjnego stworzył dr Kazimierz Zagrodzki, zmarły w 1942 r. Również dzięki Jego staraniom budowa nowych pomieszczeń została do września 1939 r. doprowadzona do stanu surowego. Zakończono ją w 1952 roku (2, 6).

Już w pierwszych miesiącach 1945 r. wnioskującymi o powołanie Państwowego Instytutu Weterynaryjnego (PIWet) jako placówki samodzielnej, wyodrębnionej z PINGW, byli: prof. Witold Stefański, dr Edward Grycz, dr Marcin Wołoszyński i dr Tadeusz Żuliński. Zgłoszony przez nich i uchwalony przez Radę Naukową PINGW odpowiedni wniosek przesłany został do władz centralnych, gdzie zyskał akceptację. Wyrażona została ona dekretem ministra rolnictwa o powołaniu Państwowego Instytutu Weterynaryjnego z dnia 6 czerwca 1945 r., opublikowanym w Monitorze Polskim, 1945, nr 50, poz. 125 (1, 6, 7).

W okresie od 1945 r. dyrektorami PIWet byli wybitni uczeni i organizatorzy nauki: prof. dr hab. Witold Stefański (1945), później wieloletni przewodniczący Rady Naukowej; prof. dr hab. Alfred Trawiński (1947 - 1950), także przez szereg kolejnych lat przewodniczący Rady Naukowej i prof. dr Stanisław Krauss (1952 - 1971). W latach 1952 -1963 wicedyrektorem ds. naukowych był prof. Tadeusz Żuliński (1910 - 1967). Funkcję dyrektora sprawowali również dr Wiktor Trojanowski (1945 - 1947, 1) i dr Ludwik Wigocki (1950 - 1952, 2). Od 1 grudnia 1965 r. do 31 grudnia 1971 r. wicedyrektorem ds. naukowych a następnie od 1 stycznia 1972 r. do 31 lipca 2001 r. – przez prawie 30 lat - dyrektorem Instytutu był prof. dr hab. Marian Truszczyński, kiedy wicedyrektorami ds. naukowych byli w latach 1972 - 1990 prof. dr hab. Stanisław Cąkała, a od 1991 r. prof. dr hab. Jacek Roszkowski. Od 1 sierpnia 2001 r. dyrektorem Państwowego Instytutu Weterynaryjnego – Państwowego Instytutu Badawczego

jest doc. dr hab. Tadeusz Wijaszka, zastępcą dyrektora ds. naukowych prof. dr hab. Jan Franciszek Żmudziński, a sekretarzem naukowym prof. dr hab. Jacek Kuźmak.

W pierwszych latach powojennych Instytut zajmował się głównie produkcją biopreparatów i diagnostyką zakaźnych i inwazyjnych chorób zwierząt. Działy produkcyjne znajdowały się nie tylko w Puławach, ale również w Drwalewie i Gorzowie. Diagnostyka laboratoryjna obejmowała oprócz Działu Rozpoznawczego zlokalizowanego w Puławach, wojewódzkie zakłady higieny weterynaryjnej. Działalność naukowa była prowadzona w początkowym okresie istnienia Instytutu w ograniczonym zakresie.

W 1952 r. przekazano dział produkcji do utworzonej wtedy odrębnej instytucji o nazwie Zakłady Przemysłu Bioweterynaryjnego. W 1960 r. wyodrębniono z Instytutu wojewódzkie zakłady higieny weterynaryjnej (ZHW). Zostały one włączone do wojewódzkich zakładów weterynarii województw, na terenie których były zlokalizowane, a Instytut odtąd sprawował w odniesieniu do nich opiekę merytoryczną i naukową (3, 4, 6). W okresie, w którym ZHW były administracyjnie związane z PIWet oraz w latach następnych, do czasów obecnych włącznie, tworzono podstawy ich działalności naukowo-usługowej, doskonaląc je zgodnie z postępem; współorganizowano liczne nowe pracownie specjalistyczne, kształcono na organizowanych kursach kadrę naukową i pomocniczą. Również w oparciu o Instytut, pracownicy ZHW uzyskiwali stopnie doktora i doktora habilitowanego oraz tytuły profesora (4).

Wymienione zmiany organizacyjne z roku 1952 i 1960 sprzyjały ukształtowaniu w trakcie następnych lat Instytutu w wiodącą w dziedzinie nauk weterynaryjnych instytucję naukowo-badawczą, przy zachowaniu dotychczasowych i podejmowaniu nowych zobowiązań o charakterze usługowym: 1. doradcy i eksperta dla państwowej służby weterynaryjnej, na czele z Departamentem Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa, 2. wdrażającego nowe technologie produkcji biopreparatów w Zakładach Przemysłu Bioweterynaryjnego w kraju, 3. uczestniczącego w procesie rejestracji krajowych i zagranicznych biopreparatów oraz leków, jak też w kontroli państwowej ich nieszkodliwości i skuteczności (6).

Jako priorytetową uznano tematykę naukowo-badawczą istotną dla poprawy profilaktyki i zwalczania chorób zakaźnych i inwazyjnych, w tym zoonoz oraz higieny i toksykologii żywności zwierzęcego pochodzenia. Prowadzono też badania dotyczące chorób niezakaźnych, zwłaszcza bydła i owiec, zaburzeń w rozrodzie, schorzeń gruczołu mlekowego i higienizacji pozyskiwania mleka. Z biegiem lat następował coraz intensywniejszy rozwój badań naukowych. Podnosił się znacząco ich poziom, przybywało nowoczesnej aparatury badawczej. Rozwijające się pomyślnie kontakty międzynarodowe oraz szkolenia w wiodących ośrodkach naukowych na świecie w szczególności istotnym stopniu przyczyniły się do wykonania i opublikowania coraz liczniejszych prac na poziomie światowym, ogłaszanych w renomowanych czasopismach zagranicznych oraz cytowanych przez autorów zagranicznych (3, 6, 7).

W związku z wymienionymi obszarami badań powstały zespoły prowadzące prace badawcze z zakresu bakteriologii, wirusologii, mikologii, immunologii przeciwinfekcyjnej, biotechnologii, biochemii, parazytologii i chorób inwazyjnych, patofizjologii, anatomii patologicznej i histopatologii, patologii chorób niezakaźnych i zaburzeń w rozrodzie oraz zoohigieny. Ukształtowały się również zespoły koncentrujące się na badaniu chorób poszczególnych gatunków zwierząt: trzody chlewnej, bydła, owiec, drobiu, koni, zwierząt mięsożernych i futerkowych, ryb i pszczół oraz z zakresu higieny i toksykologii surowców i żywności zwierzęcego pochodzenia, jak też środków żywienia zwierząt. Zajmujący się tą tematyką specjaliści, oprócz prowadzenia prac naukowo-badawczych, szczególnie blisko współpracowali z Departamentem Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej oraz następnie z Głównym Inspektoratem Weterynarii, jak również z Departamentem Bezpieczeństwa Żywności i Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi w opracowywaniu wytycznych i programów zwalczania chorób oraz w doskonaleniu zdrowotnych standardów żywności zwierzęcego pochodzenia i pasz. Rozwinęli oni również robocze kontakty z terenową służbą weterynaryjną, pełniąc rolę ekspertów. Tym samym stali się oni krajowymi specjalistami w ochronie zdrowia wymienionych gatunków zwierząt i w odniesieniu do bezpieczeństwa żywności i środków żywienia zwierząt. Dzięki nim możliwe było rozwiązanie licznych, trudnych problemów w zakresie profilaktyki i zwalczania chorób zakaźnych i inwazyjnych zwierząt, zwłaszcza nowo pojawiających się, jak choroba pęcherzykowa świń

i gąbczasta encefalopatia bydła (BSE) oraz na nowo występujących jak pryszczycza i wysoce patogenna ptasia grypa. Analogicznie odnosiło się to do oceny żywności i pasz. Przy udziale specjalistów z Instytutu podejmowane były ważne gospodarczo decyzje, w tym dotyczące międzynarodowego obrotu zwierzętami i produktami zwierzęcymi. Instytut udzielał też konsultacji prywatnie praktykującym lekarzom weterynarii. Z doradztwa korzystały zakłady przemysłu bioweterynaryjnego, współpracujące z Instytutem we wdrożeniu do produkcji nowych biopreparatów lub leków.

Stałemu rozwojowi Instytutu towarzyszyły zmiany jego struktury organizacyjnej. Zależnie od potrzeb tworzono nowe pracownie i zakłady oraz likwidowano inne. Do 1995 r. ukształtował się ośrodek centralny, zlokalizowany w Puławach, Oddziały w Bydgoszczy i w Swarzędzu oraz filia stanowiąca Zakład Pryszczycy w Zduńskiej Woli (3, 6).

W Puławach znajdowały się: Zakład Mikrobiologii, Pracownia Immunologii Gruźlicy, Pracownia Brucelozy (włączone do Zakładu Mikrobiologii), Zakład Wirusologii, Zakład Anatomii Patologicznej, Zakład Parazytologii i Chorób Inwazyjnych, Zakład Farmakologii i Toksykologii, Zakład Biochemii, Pracownia Patologii Komórkowej (włączona do Zakładu Anatomii Patologicznej a następnie do Zakładu Biochemii), Zakład Higieny Żywności Pochodzenia Zwierzęcego, Pracownia Ochrony Radiologicznej i Badań Izotopowych, Zakład Chorób Bydła i Owiec, Zakład Chorób Świń, Zakład Chorób Drobiu, Zakład Chorób Zwierząt Mięsożernych i Futerkowych (obecna nazwa

– Zakład Wirusologii Żywności i Środowiska), Zakład Chorób Ryb, Zakład Organizacji i Upowszechniania Badań Naukowych oraz Weterynaryjne Centrum Kształcenia Podyplomowego (do 28 listopada 1994 r. Centralny Ośrodek Doskonalenia Kadr Weterynaryjnych). W latach 1995 - 2004 (3) w Weterynaryjnym Centrum Kształcenia Podyplomowego (WCKP) Instytutu dominującą formą podnoszenia kwalifikacji lekarzy weterynarii były studia podyplomowe w ramach 17 specjalizacji. W bardzo istotnym stopniu do powstania specjalizacji w zawodzie lekarza weterynarii i wydania odnośnego rozporządzenia ministra rolnictwa przyczynił się ówczesny kierownik WCKP doc. dr hab. Tadeusz Wijaszka. Ogółem w ostatnich 10 latach, licząc do 2004 r. zorganizowano w WCKP 498 kursów i 179 konferencji, w których wzięło udział 25 635 osób.

Oddział w Bydgoszczy obejmował Zakład Chorób Koni, Zakład Fizjopatologii Rozrodu i Gruczołu Mlekowego, Pracownię Biotechniki Rozrodu Zwierząt, Zakład Chorób Niedoborowych. Oddział w Swarzędzu tworzyły: Zakład Profilaktyki Niepłodności i Zakład Chorób Owadów Użytkowych. Filię w Zduńskiej Woli stanowił Zakład Pryszczycy.

W 1995 r. w Instytucie zatrudnionych było 114 pracowników naukowych, w tym 12 profesorów tytularnych, 12 doktorów habilitowanych na stanowisku docenta, 51 adiunktów posiadających stopień doktora, 33 asystentów, spośród których 16 miało otwarty przewód doktorski, oraz 7 stażystów. Ponadto w Instytucie zatrudniano 110 pracowników inżynierjno-technicznych, 43 pracowników admi-

nistracyjnych, 90 pomocy laboratoryjnych i robotników obsługi oraz 14 rzemieślników. Łącznie w Instytucie pracowało wtedy 371 osób (6).

Nie licząc osiągnięć naukowych Instytutu, wymienionych w poprzednich opracowaniach (2, 3, 6, 7), w okresie 1995 - 2004 ogłoszono 868 prac doświadczalnych, w tym w renomowanych czasopiśmie zagranicznych, 921 artykułów przeglądowych, 328 monografii, 21 opracowań książkowych oraz ponad 1500 doniesień zjazdowych, w tym na konferencje zagraniczne w znacznym odsetku. Dodatkowo przekazano do praktycznego wykorzystania 186 instrukcji, 14 norm, 5 patentów i 15 technologii produkcji preparatów weterynaryjnych, zwłaszcza szczepionek i zestawów diagnostycznych (3).

W latach 1965-1995, 175 pracowników Instytutu otrzymało stopień doktora, 57 – stopień doktora habilitowanego, 37 – tytuł profesora nadzwyczajnego, a 22 – profesora zwyczajnego. Stan zatrudnienia większej niż wymagana w ustawie, liczby profesorów, stał się podstawą do uzyskania przez Radę Naukową Instytutu już w 1967 r. prawa nadawania stopnia doktora i doktora habilitowanego nauk weterynaryjnych oraz przedstawiania wniosków do tytułu profesora i wysuwania profesorów do kandydowania na członka korespondenta Polskiej Akademii Nauk (6).

Instytut był nieprzerwanie od 1957 r. wydawcą anglojęzycznego czasopisma *Bulletin of the Veterinary Institute in Pulawy*. Czasopismo znajduje się na wyróżniającej je liście filadelfijskiej. Pracownicy Instytutu byli autorami cenionych podręczników akademickich jak

Choroby Drobiu, Choroby Ryb i Raków, Choroby Świń, Choroby Owiec, Bakteriologia i Wirusologia Weterynaryjna.

Biblioteka PIWet podlegała stałej modernizacji. Zaprenumerowała światowe bazy piśmiennictwa. Wdrożyła komputerowy system biblioteczny PROLIB. W 2004 r. liczyła 19 000 woluminów książek, 725 tytułów czasopism, prenumerowała 150 tytułów czasopism (3).

W Instytucie powstała Krajowa Kolekcja drobnoustrojów ważnych w weterynarii, obejmująca szczepy istotne w produkcji biopreparatów, w diagnostyce chorób zakaźnych i dla celów dydaktycznych. Okresowo produkowano niektóre szczepionki, zwłaszcza ich serie eksperymentalne oraz zestawy diagnostyczne. Do 1986 r. wytwarzana była szczepionka przeciw pryszczycy (3, 6, 7).

Na podkreślenie zasługuje wielokierunkowa współpraca PIWet z zagranicznymi ośrodkami naukowymi (5, 6). Jego pracownicy, od lat 50-tych ze zwiększającą się częstością, przebywali na długoterminowych stażach naukowych, w tym dzięki stypendiom fundacji Rockefellera i Fulbrighta oraz Światowej Organizacji Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) i rządu francuskiego, w czołowych na świecie ośrodkach nauk weterynaryjnych i biomedycznych. Przyczyniło się to w istotnym stopniu do dorównywania w działalności naukowo-badawczej poziomowi nauki światowej. Współpracowali też w charakterze ekspertów FAO (doc. T. Wijaszka) i Światowej Organizacji Zdrowia Zwierząt (OIE). Prof. M. Truszczyński był od 1973 r. wiceprezydentem, a od 1982 r. do 2003 r. prezydentem Komisji Standardów OIE i współredaktorem kolejnych wydań (1993, 1996, 2000)

Manual of Standards for Diagnostic Tests and Vaccines, dzieła rekomendującego określone metody diagnostyki laboratoryjnej i szczepionki, a tym samym stanowiącego podstawę do międzynarodowego ujednoczenia metod rozpoznawania chorób zakaźnych i inwazyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem eksportu i importu zwierząt oraz ich produktów (5). W Instytucie powołany został Ośrodek Referencyjny OIE ds. Klasycznego Pomoru Świń oraz Laboratorium Referencyjne FAO ds. Pozostałości Chemicznych i Toksykologii Weterynaryjnej (3, 5, 6, 7).

Obecny dyrektor, doc. dr hab. Tadeusz Wijaszka zajmował w latach 1998 - 2001 stanowisko radcy i kierownika Wydziału ds. Rolnictwa Przedstawicielstwa RP przy UE w Brukseli, koordynując całość negocjacji i przygotowań akcesyjnych w zakresie weterynarii. Został odznaczony w 2004 r. Medalem Europejskim przyznany przez KIE i BCC.

W 10-leciu 1995 - 2004 dokonały się w Instytucie zasadnicze zmiany, jak powołanie w 1996 r. pełnomocnika ds. jakości badań, a następnie wprowadzenie do działalności badawczej systemu jakości i akredytacji metod badawczych, zgodnie z wymaganiami Polskiego Centrum Akredytacji (PCA).

W 2003 r. Państwowy Instytut Weterynaryjny uzyskał status Państwowego Instytutu Badawczego (PIB), jako jedna z nielicznych w kraju jednostek badawczo-rozwojowych (JBR), co potwierdza wysoką ocenę jego działalności naukowo-badawczej oraz usług na rzecz służb państwowych kraju.

Po akcesji Polski 1 maja 2004 r. do Unii Europejskiej kontakty Instytutu z UE uległy znacznemu poszerzeniu i pogłębieniu. Wielu pracowników PIWet-PIB brało aktywny udział w grupach roboczych i komitetach sterujących Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumenta, Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności, Grupach Roboczych Stałego Komitetu ds. Żywności i Zdrowia Zwierząt. Dyrektor Instytutu, doc. T. Wijaszka, został członkiem Grupy Roboczej ds. Laboratoriów Referencyjnych oraz Ochrony Zdrowia Zwierząt. Decyzją Komitetu Integracji Europejskiej i Rządu RP powołano w Instytucie krajowe laboratoria referencyjne dla ważnych chorób zakaźnych listy OIE (5) oraz laboratoria badające pozostałości substancji niepożądanych w żywności i w paszach (3).

W latach 90-tych zrodziła się idea rozbudowy Instytutu. W związku z tym zainicjowano starania o akceptację przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz zapewnienie środków finansowych. Dzięki poparciu tego zamiaru przez ekspertów Unii Europejskiej, a zwłaszcza pomocy Françoise Gaudenzi-Ambiera oraz dużemu zaangażowaniu i energii dyrektora Tadeusza Wijaszki uzyskano akceptację na rozbudowę i środki finansowe (3). W sierpniu 2002 r. podpisano umowę z konsorcjum irlandzko-brytyjskim na wykonanie projektu rozbudowy, a całość dokumentacji projektowej oraz dokumentację przetargową na wybór wykonawcy rozbudowy zakończono w październiku 2003 r. Po przezwyciężeniu licznych trudności podpisany został 30 listopada 2004 r. z wykonawcą zadania na rozbudowę Instytutu kontrakt o wartości ponad 20 mln. Euro (3). Wydarzenie

to ma niewątpliwie znaczenie historyczne. Dowodzi dużego zaangażowania i skuteczności obecnego kierownictwa, jak również pracowników PIWet-PIB. Zakończenie rozbudowy przewidziane jest na początek 2007 r. Niewątpliwie otwiera możliwości dalszego intensywnego rozwoju puławskiego ośrodka nauk weterynaryjnych i związanego z tym zwiększenia skuteczności, zwłaszcza państwowej służby weterynaryjnej naszego kraju.

Podsumowując przebytą drogę, licząc od 1862 r. do początku XXI wieku należy stwierdzić, że w tym ponad 100 letnim okresie dokonał się w puławskim ośrodku nauk weterynaryjnych, począwszy od nauczania weterynarii dla agronomów, do uznanego w kraju i w skali międzynarodowej Państwowego Instytutu Weterynaryjnego – Państwowego Instytutu Badawczego bardzo duży rozwój, tak w dziedzinie badań i osiągnięć naukowych, jak też potencjału na rzecz zwiększenia efektywności krajowej służby weterynaryjnej, w tym ochrony zdrowia człowieka. Podkreślić należy, że w drodze przebytej przyświecała jako wiodąca, myśl Stanisława Staszica (1755-1826), że: *„umiejętności dopotąd są jeszcze próżnym wynalazkiem, może czczym tylko rozumu wywoдем albo próżniactwa zabawą, dopokąd nie są zastosowane do użytku narodów”*.

Streszczenie

Przedstawiono nauczanie i lecznictwo weterynaryjne w powołanym w Puławach w 1862 r. Instytucie Politechnicznym i Rolniczo-Leśnym, przemianowanym w 1869 r. na Instytut Gospodarstwa

Wiejskiego i Leśnictwa. W 1917 r. utworzony został w to miejsce Instytut Naukowy Gospodarstwa Wiejskiego (INGW), będący przede wszystkim placówką badawczą a nie szkołą wyższą, jak poprzednia instytucja. Prowadzono w nim prace z zakresu nauk rolniczych, leśnych i weterynaryjnych. Po uzyskaniu przez Polskę niepodległości INGW zmienił nazwę na Państwowy Instytut Gospodarstwa Wiejskiego (PINGW). W jego ramach utworzono Wydział Serologiczny z badaniami z zakresu diagnostyki weterynaryjnej oraz produkcją biopreparatów do zwalczania chorób zakaźnych zwierząt. Począwszy od 1927 r. PINGW został poszerzony o ośrodki badań rolniczych, zlokalizowane poza Puławami. W 1935 r. jego Wydział Serologiczny przemianowano na Wydział Weterynaryjny. Objął obok Puław, gdzie rozwinęła się diagnostyka weterynaryjna, produkcją biopreparatów i działalność naukowo-badawczą, Wydział Higieny Zwierząt PINGW w Bydgoszczy i weterynaryjne pracownie rozpoznawcze we Lwowie, Krakowie, Bydgoszczy i Wilnie. W czasie okupacji Polski był Wydział Weterynaryjny PINGW do 1945 r. Krajowym Zakładem Weterynaryjnym (Landesveterinäranstalt) pod zarządem niemieckim. Powrócił na krótko w ramach PINGW do dawnej nazwy, by stać się z dniem 6 czerwca 1945 r. samodzielnym, podległym ministrowi rolnictwa, Państwowym Instytutem Weterynaryjnym. Po wyłączeniu w 1952 r. produkcji biopreparatów i leków w osobną instytucję, a w 1960 r. wojewódzkich zakładów higieny weterynaryjnej, Instytut rozwinął się w wiodący w kraju i uznany w skali międzynarodowej ośrodek nauk weterynaryjnych. W 2003 r. uzyskał status Państwo-

wego Instytutu Badawczego (PIB) oraz krajowego laboratorium referencyjnego. Obok badań naukowych głównie w dziedzinie chorób zakaźnych i inwazyjnych zwierząt, w tym zoonoz oraz higieny i toksykologii żywności, jak również pasz - spełniał funkcje doradcy naukowego na rzecz państwowej służby weterynaryjnej. Prowadził też badania diagnostyczne i monitoringowe. Współpracował z Komisją Weterynaryjną Unii Europejskiej i z wiodącymi na świecie ośrodkami nauk weterynaryjnych i biomedycznych.

Piśmiennictwo

1. *Millak K.*: Słownik polskich lekarzy weterynaryjnych 1394 - 1918. Medycyna Wet., Suplement od nr 2/1960 do nr 4/1963, Lublin 1960 - 1963, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne.
2. *Millak K.* red.: Sto lat weterynarii w Puławach, 1862 - 1962. Wydawnictwo Instytutu Weterynarii, Puławy, 1962.
3. *Roszkowski J., Wilczyńska-Ciemiega K.*: 60 lat działalności Państwowego Instytutu Weterynaryjnego. Wydawnictwo Państwowego Instytutu Weterynaryjnego - Państwowego Instytutu Badawczego, Puławy, 2005.
4. *Truszczyński M., Gołębiowski S.*: Współpraca Instytutu Weterynarii z Zakładami Higieny Weterynaryjnej. *Życie Wet.*, 1971, (10), 296-299.
5. *Truszczyński M.*: Międzynarodowy Urząd Epizootii – powstanie i działalność. *Medycyna Wet.* 2004, 60 (2), 215-219.
6. *Truszczyński M., Roszkowski J.* red.: 50-lecie 1945 - 1995 Państwowego Instytutu Weterynaryjnego w Puławach. Wydawnictwo Państwowego Instytutu Weterynaryjnego, Puławy, 1995.
7. *Wijaszką T., Truszczyński M.*: 60 lat Państwowego Instytutu Weterynaryjnego w Puławach. *Medycyna Wet.* 2005, 61 (6), 605-614.

**DR DARIUSZ JAWOREK
LEKARZ WETERYNARII,
NAUCZYCIEL AKADEMICKI, POETA**

Jan Wiśniewski

Ośrodek Historii Weterynarii i Deontologii przy Katedrze Higieny
Żywności i Ochrony Zdrowia Publicznego,
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, SGGW w Warszawie,
ul. Nowoursynowska 159, 02-776 Warszawa,
jan_wisniewski1@sggw.pl

Doktor Dariusz Jaworek - lekarz weterynarii, urzędowy lekarz weterynarii, długoletni nauczyciel akademicki zajmujący się w pracy zawodowej szeroko pojętą problematyką higieny żywności, wychowawca wielu roczników studentów kończących Wydział Weterynaryjny SGGW (obecnie Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW), należy do tych przedstawicieli zawodu lekarsko-weterynaryjnego, którzy sukcesy zawodowe potrafią łączyć z rozwojem pasji znacznie odbiegającej od charakteru wykonywanej pracy. W przypadku Dr Dariusza Jaworka tą pasją jest bogata, różnorodna i stale rozwijająca się twórczość poetycka.

Miałem przyjemność poznać Pana Doktora w połowie lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku, najpierw jako student, a następnie doktorant i pracownik ówczesnej Katedry Higieny Żywności Wydziału Weterynaryjnego Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Zarówno wtedy jak i dzisiaj jestem pod wrażeniem życzliwości, pogody du-

cha, optymizmu i życiowej mądrości wynikającej z doświadczenia, jaka cechuje dr Dariusza Jaworka. Te cechy charakteru, rys osobowości, dowcip można także odnaleźć w wierszach, które przez swoją różnorodność pozwalają dostrzec je w wielu aspektach. Od lirycznych pełnych zadumy nad życiem, przemijaniem, zmiennością zdarzeń, po pogodne wiersze okolicznościowe trafnie charakteryzujące cechy jubilatów i wiersze dla dzieci opisujące przyrodę i otaczający świat w sposób pastelowy, plastyczny pobudzający wyobraźnię.

Pan Dr Dariusz Jaworek urodził się w Warszawie w 1938 r. Jako dziecko przeżył koszmar okupacji hitlerowskiej, Powstanie Warszawskie i wydarzenia te głęboko zapadły w jego pamięć. Po wyzwoleniu uczęszczał do szkoły przy ulicy Weterynaryjnej, która graniczy z ówczesną siedzibą Wydziału Weterynaryjnego i jego zabudowaniami na Grochowie. Przez ogrodzenie miał więc możliwość obserwowania chorych zwierząt, zatroskanych właścicieli i studentów wykonujących różne zabiegi, co jak się później okazało miało swoje konsekwencje. Od młodości Dariusz Jaworek przejawiał zdolności humanistyczne, pisał wiersze, malował. Zainteresowanie zwierzętami było jednak na tyle silne, że zdecydował się na wybór zawodu lekarza weterynarii i w 1964 r. ukończył Wydział Weterynaryjny SGGW w Warszawie. Tuż po studiach rozpoczął pracę jako asystent na rodzimym Wydziale w Katedrze Higieny Produktów Zwierzęcych. Celem ukierunkowania swoich zainteresowań w 1965 r. ukończył na Uniwersytecie Warszawskim roczne Studium Podyplomowe z zakresu Radiochemii i skażeń radioaktywnych żywności. W 1971 r. uzy-

skął stopień doktora z zakresu Higieny Produktów Zwierzęcych i stanowisko adiunkta. Dr Dariusz Jaworek przez wiele lat kierował pracownią radiologii oraz prowadził zajęcia dydaktyczne dla studentów zarówno z zakresu badania zwierząt rzeźnych i mięsa, jak również z ochrony radiologicznej żywności. W latach 1977-78, 1980-81 odbył staże naukowe w Holandii (Uniwersytet w Wageningen) i w USA (Uniwersytet Stanowy w Ohio). Ma w swoim dorobku ponad 70 prac naukowych opublikowanych w czasopiśmie fachowych w kraju i za granicą. Był uczestnikiem wielu krajowych i międzynarodowych sympozjów i kongresów. Posiada szereg nagród i odznaczeń resortowych i państwowych.

Jako student uczestniczył w życiu kulturalnym i artystycznym społeczności akademickiej. W 1974 r. na Wydziale Weterynaryjnym SGGW, w nowo oddanym budynku na Ursynowie, wystawiał swoje olejne obrazy i akwarele. Dr Dariusz Jaworek poezją zajmuje się z potrzeby ducha od lat szkolnych, aż do dnia dzisiejszego. W 2002 r. ukazał się jego tomik poezji pt.: „Witraże” z przedmową poety prof. Franciszka Kobryńczuka. Od 2000 r. działa w grupie poetyckiej „Zacisze”. W antologii wydanej w 2002 r. zawarte są jego wiersze m. in. „Chleb”, o którym pisze poeta i krytyk literacki Zbigniew Jerzyna, że jest wierszem pięknym i przejmującym.

Chleb

*Aby starczyło dla mnie i dla Ciebie,
o ! polski chlebie
Z pracy rolnika, ze zboża złotego,
i nie ma nic cenniejszego,
nad tę kruszynę chleba*

zbieraną z troską
On jest jak błękit nieba
nad Polską.
Znam zapach chleba z pieca chlebowego
gdy gorący, popękany i aromatyczny,
nieraz westchnę, o chlebie – jaki jesteś śliczny
wielbię ciebie !
Chleb to radość i poznanie
to każdej cząstki umiłowanie
dla głodnych zbawienie
jak promyk słońca
jadłbyś i jadł bez końca.
A później smakowanie,
jak modlitwy różaniec.
Winni mieć ile trzeba
ci spragnieni chleba

D. Jaworek

Na początku 2007 r. wiersz pt.: „Wiosenny poeta” zdobył pierwsze miejsce na konkursie grupy „Zacisze”.

Wiosenny poeta

Popatrz jestem bogaty,
bogate jest moje wnętrze,
dam Ci wierszy jak kwiatów
- całe naręcze.

Perły wiosennej dam Ci rosy
z tęczy związę barwne wstążki
a wiersze? – te Ci przyniosę
z pobliskiej łączki.

Dam swój uśmiech radosny
krótki jak mgnienie chwili,
aby Ci pierwsze dni wiosny
umilić.

Dam Ci dotyk mej dłoni
jak myśl ulotną,
- której nikt nie dogoni
wiosną.

Otoczę Cię ramieniem
przed wiosenną burzą,
a zakwitniesz mi płomieniem
- lub różą.

D. Jaworek

Jesień

Pajęczę sieci splecione mgłami
perłami rosy nizane
rozpięte nisko między drzewami
i deszczem tkane

Wiatrem przygięte gałęzie klonów
dym nad ogniskiem,
tak swojsko pachnie jesienna ziemia
deszczem i rżyskiem.

Słońce jesiennym okiem gaśnie
za horyzontem
z drzew lecą liście na chłopskie dachy
kryte gontem.

Snują się nisko teraz z dala
mgły po ścierniskach
słońce pod lasem wieczór zapala
w czerwonych błyskach.

Pastuszek cienko fujarką stroi la kucharczę
jesień wieczorna
jasień bezdomna
znów deszczem płacze.

D. Jaworek

Kącik dla poetów

W niebie musi być chyba kącik dla poetów
dla dusz romantycznych
z różnych ziemskich bytów,
które milcząc ze sobą mogą dyskutować

*i rymami niebo błękitne malować
przenikać w eterycznej i jasnej przestrzeni
kąpać się w szczęśliwości rajskiej i różowej
przyginać skrzydła białe
i wolno szybować
przyglądając się z góry ziemi.
W niebie musi być po to kącik dla poetów
by mogli sypać w stronę matki ziemi
kruszymi talentu
z dalekiej przestrzeni,
oraz wszczebiać te boskie i drobne kruszyny
w serca wrażliwej osoby
chłopca lub dziewczyny
by tym samym zachować ciągłość rymowania
po kres drogi mlecznej
po przestrzeń poznania.*

D. Jaworek

Jeden z wierszy dr. Dariusza Jaworka w bardzo interesujący i dowcipny sposób nawiązuje do roli i pracy lekarzy weterynarii zajmujących się badaniem zwierząt rzeźnych i mięsa, a więc stojących na straży ochrony zdrowia publicznego.

Weterynaryjny lekarz sanitarny

*Ślęczysz kolego bezimienny
w maleńkiej rzeźni powiatowej,
zmieniasz na drobne swój czas cenny,
przy pracy trichinoskopowej.
Wyteżasz oczy obolałe,
śledząc uważnie włókien sploty,
rozjaśniasz miejsca pociemniałe
- z tym zawsze jakieś są kłopoty.
Szukasz w półtuszach każdych zmian
z benedyktyńską cierpliwością,
aby faktyczny mięsa stan,
ocenić z wielką dokładnością.
Zmiany koloru, przebarwienia,
czy przetłuszczenia czy przekrwienia,
ropień, wodnica czy różyca,
mastit u bydła lub gruźlica.*

*Często wprowadza w zawrót głowy,
u bydła na oko zdrowego,
obraz typowo białaczkowy
- co zdarza się nieraz kolegom.
Nieraz wątroba przeżuwaczy
z wyglądu ładna oraz zdrowa,
a w niej ku wielkiej twej rozpacz,
jest motylca wątrobowa.
Drażą kanały śródmiąższowe,
tworzy przekrwienia, dają straty,
a niszcząc przewody żółciowe
jest wnet przyczyną konfiskaty.
Badanie głowy to też sztuka,
gdy żuchwę ręka twa rozwiera
uważnie teraz bracie szukasz,
tworu chłonnego Waldeera,
Nacinasz węzły zagardłowe,
ogładasz wygląd na przecięciu,
potem przyuszne i żuchwowe,
- (nie robisz tego na cielęciu.)
Praca – ktoś spojrzy nie ciekawa,
stemplujesz mięso, liczysz straty,
lecz dobre mięso je Warszawa !
hodowcy – mają konfiskaty.*

D. Jaworek

Obecnie dr Dariusz Jaworek przygotowuje dwa następne tomi-ki wierszy, z czego jeden dla dzieci. Tematyka poezji dr Dariusza Jaworka jest bardzo różnorodna i obejmuje także wiele wierszy oko-licznościowych, powstałych w ciągu 40 lat pracy w Katedrze Higieny Żywności i Ochrony Zdrowia Publicznego Wydziału Medycyny Wete-rynaryjnej SGGW, które w bardzo trafny, ale zawsze pogodny i przy-jacielski sposób, charakteryzowały cechy charakteru jubilatów i sole-nizantów. Według mnie poezja dr. Dariusza Jaworka jest jak szla-chetne wino, które z upływem czasu nabiera nowych barw, odcieni,

staje się pełniejsze i bogatsze, nie tracąc jednak niczego ze swoich dotychczasowych zalet.

Streszczenie

W artykule przedstawiono postać dr. Dariusza Jaworka – lekarza weterynarii i nauczyciela akademickiego zajmującego się higieną żywności, a także jego pasję poza zawodową, jaką jest twórczość poetycka.

Piśmiennictwo

Dr Dariusz Jaworek – informacje biograficzne i wiersze udostępnione przez autora.

FIZJOTERAPIA U KONI W DAWNEJ POLSKIEJ WETERYNARII

Zbigniew Wróblewski

Gabinet Weterynaryjny w Pisz,
ul. Mickiewicza 41, 12-200 Pisz,
zbigwrob@op.pl

Medycyna fizykalna zajmuje się stosowaniem metod fizycznych w celach leczniczych. Fizjoterapia obejmuje kinezyterapię, fizykoterapię, masaż, balneoterapię oraz klimatoterapię (2, 3). Fizykoterapię i balneologię stosowano od zamierzchłej przeszłości, kiedy człowiek poszukiwał środków leczących choroby w otaczającej go przyrodzie. W starożytnym świecie istniały dwa ośrodki będące kolebką fizjoterapii: Basen Morza Śródziemnego oraz Daleki Wschód, szczególnie teren obecnej Mongolii, Chin oraz Indii (4, 11, 13).

Intensywny rozwój metod fizykoterapeutycznych datuje się na światcie od XVII wieku. W 1600 r. Gilbert wprowadza słowo elektryczność stosując w terapii bursztyń posiadający właściwości elektrostatyczne (elektron z greckiego bursztyń). W 1660 r. Newton rozszczepia światło pryzmatem dając początek światłolecznictwu. W 1791 r. Galvani daje początek elektrolecznictwu, a kontynuator jego doświadczeń Volta buduje pierwsze ogniwo elektryczne. Wiek XX dołączył do tego działu lecznictwa diatermię, magnetron, ultradźwięki, promienie laserowe, magnetoterapię (2, 3, 14).

Polska natomiast wniosła olbrzymi wkład w dziedzinie balneologii i lecznictwa zdrojowego, mając tradycję sięgającą XV wieku. Okresem szczególnego rozkwitu balneologii polskiej był XIX wiek. Lecznictwo ludzi w tym zakresie jest obecnie z powodzeniem kontynuowane.

Metody fizjoterapii wykorzystywano od zamierzchłych czasów, również u zwierząt, szczególnie u koni udomowionych, mających wówczas podstawowe znaczenie militarne i gospodarcze. Instykt świata zwierzęcego wskazywał drogi prymitywnego, ale skutecznego postępowania terapeutycznego. Metody fizjoterapii wykorzystywano w leczeniu koni w dawnych Chinach, Grecji, Rzymie i Egipcie (2, 11, 13).

W dawnej Polsce sposoby leczenia wywodziły się z dwóch nurtów: zachodniego oraz azjatyckiego (Tatarzy). W pierwszym dziele dotyczącym polskiego lecznictwa weterynaryjnego, pochodzącym z 1532 r., opisano wcierania i okłady (1). Późniejsze dzieła Dorohostajskiego (1603 r.) i Czapskiego (1874 r.) zawierają również opisy podstawowych zabiegów fizjoterapeutycznych. Rozdziały dotyczące fizjoterapii w medycynie weterynaryjnej w dużej mierze pozostawały pod wpływem książki Adamsa „Care and management of the horse” wydanej w 1779 r. (1, 2, 4, 5, 11).

Lecznictwem weterynaryjnym w dawnej Polsce parali się początkowo kowale oraz hodowcy koni. W XIX i do połowy XX wieku fizjoterapia była w programie studiów weterynaryjnych jako dział chirurgii i powszechnie stosowano ją w terapii i rehabilitacji koni. Wśród

metod ówczasnie stosowanych był masaż naturalny, leczenie zimnem, ciepłolecznictwo, leczenie parafiną, peloidami (borowina) oraz wodolecznictwo (kąpiele, natryski, polewania, płukania) (1, 4, 5, 7, 10, 12, 13).

Wśród metod stosowanych w dawnej weterynarii istotne miejsce zajmował masaż zwany w języku polskim głaskaniem, rozcieraniem, rozgrzewaniem, i mięsieniem (2, 4, 8, 13-15). Był on w przeszłości stosowany u koni w celach leczniczych oraz przy odnowie biologicznej u koni wojskowych. Oryginalną polską metodą było intensywne rozcieranie lub oklepywanie koni wiechciem słomy maczanym w gorącej wodzie. Zabieg był stosowany przez jedną lub dwie osoby w odpowiednim rytmie i natężeniu, trwał około 15 minut. Bezpośrednio po nim konia okrywano derką. Stanisław Runge w książce „Nauka o koniu” wydanej we Lwowie w 1921 r. tak oto opisuje zabieg: „Rozcieranie winno odbywać się umiejętnie, gdyż tylko od prawidłowego krew i inne soki organizmu żywiej się po ciele rozchodzą. Po obu stronach konia staje dwóch ludzi i dobrze skręconymi wiechciami ze słomy w obu rękach trzymanymi uderza lekko w takt: raz, dwa, trzy skierowując posunięcia wiechci zawsze w kierunku głowy koni. Po roztarciu, które powinno trwać co najmniej kwadrans należy konia zawsze okryć derką. Konie osłabione należy rozcierać miękkimi wiechciami ze słomy po całym ciele, unikając uderzeń a tylko lekko przyciskając wiechcie do skóry i przesuując nimi po ciele” (10).

Obowiązujące do dzisiaj techniki i zasady polskiej szkoły masażu koni zostały starannie opracowane przez Michała Szabuniewicza w okresie międzywojennym. Znalazły one swój wyraz w pracy „Miesienie w lecznictwie zwierząt”, którą autor napisał w Kongu Belgijskim i opublikował w „Medycynie Weterynaryjnej” w 1947 r. (13).

Masaż stosowano u koni na owłosioną lub ogoloną skórę i stosowano również do tego pudrów i maści. Używano w tych czynnościach gołej ręki, specjalnych rękawic, przyrządów (wałki, kółka do masażu) bądź wiechci ze słomy lub siana. Podstawowymi technikami pracy ręką było głaskanie, ugniatanie, rozcieranie, klepanie i tzw. ruch drżący. Stosowano również masaż przy użyciu zimnej wody nazwany przez Szabuniewicza „hydromięsieniem” (13).

Leczenie zimnem polegało na stosowaniu okładów z lodu, śniegu, polewaniu zimną wodą oraz stosowaniu zimnych zawijań. Stosowano również przyrządy chłodzące (przyrząd chłodzący według Zauera) (1, 9, 12).

Ciepłolecznictwo - to kompresy rozgrzewające nasączone alkoholem i płynami leczniczymi zakładane wielowarstwowo (ceratka, gruba warstwa waty, gaza lub płótno), okłady gorące (kompresy rozgrzewające założone pod płótno, ręcznik itp.), kataplazmy (papka z siemienia lnianego, płatków owsianych lub otrąb w temperaturze około 45°C) (4, 12, 14, 15) oraz leczenie borowiną. Tę ostatnią metodę stosowano na terenach bogatych w torf. Używano torfu rozłożonego w 40 – 60 % ze względu na działanie lecznicze oraz dobrą plastyczność. W dużych stajniach przechowywano i regenerowano

borowinę w cementowych trójkomorowych skrzyniach w celu ochrony przed zabrudzeniem. Poddawano ją konserwacji chroniąc przed utratą koloidalności i wysychaniem, zalewając ją wodą z miejsc wydobycia torfu lub konserwowano 5 % roztworem NaCl. Borowinę stosowano w formie podgrzanych do temperatury 40 - 60°C okładów, zawijań w schorzeniach stawów, kopyt, kłębu i lędźwi (14).

Natomiast leczenie parafinowe polega na użyciu parafiny rozgrzanej do temperatury 69°C. Parafinę nakłada się na wygoloną skórę chorej okolicy ciała, przykrywając ją ceratką i watą a następnie bandażując. Inną stosowaną metodą było wlewanie parafiny między ściany podwójnego woreczka z materiału założonego na chorą kończynę (8, 14).

Okłady z ciepłego piasku polegały na użyciu przesianego podgrzanego piasku w workach przykładanych na chore okolice ciała (7, 12, 15).

Wodolecznictwo - to kąpiele całego ciała konia, które stosowane były rzadko gdyż wymagały basenów. Do kąpieli kończyn używano wiader bądź specjalnie wybudowanych brodzików. Hydromasaż wykonywano też bezpośrednio z węża gumowego pod ciśnieniem lub przy użyciu specjalnych szczotek przytwierdzonych do końcówki węża. Stosowano też polewania wodą okładów przymocowanych do ciała konia (8, 12, 14).

W okresie międzywojennym, gdy koń w Polsce miał podstawowe znaczenie militarne i gospodarcze, oprócz metod tradycyj-

nych, wdrażano ówczesne zdobyte techniki, jak galwanoterapię, jontoforezę, diatermię, darsonwalizację.

Galwanoterapię stosowano przy schorzeniach kończyn na przewlekłe, pourazowe procesy zapalne w mięśniach, ścięgnach i więzadłach oraz przy schorzeniach nerwów obwodowych. Stosowano źródła prądu stałego poprzez elektrody umocowane do nieuszkodzonej skóry w okolicach ciała dotkniętych schorzeniem.

Zasadą jontoforezy jest wprowadzanie do organizmu środków leczniczych przez nieuszkodzoną skórę za pomocą prądu stałego poprzez dwie elektrody – czynną i bierną.

Darsonwalizacja polegała na stosowaniu prądu o dużej częstotliwości i dużym napięciu za pomocą specjalnego rezonatora, który wytwarzał iskrę elektryczną. Metody tej używano przy leczeniu ran, schorzeń skóry, wrzodów oraz w zapaleniach nerwów.

Diatermia jest odmianą darsonwalizacji. Polega na efekcie cieplnym otrzymywanym za pomocą iskrownika o dużej powierzchni. Jedna elektroda umieszczana jest w wodzie, drugą przymocowuje się do ciała. Diatermię stosuje się w procesach zapalnych tkanki podskórnej, mięśniach, zapaleniach okołostawowych do zmniejszenia obrzęków. Zabieg zwiększa ruchomość stawów chorej kończyny. Istnieją trzy metody leczenia diatermicznego: diatermia ograniczona do ognisk chorobowych, diatermia części tułowia lub kończyny i diatermiokoagulacja. Diatermia zmniejsza obrzęki kończyn oraz stosowana jest w leczeniu nakostniaków.

Leczenie falami krótkimi i ultrakrótkimi stosowano w medycynie weterynaryjnej w schorzeniach stawów i pochewek ścięgowych u koni.

Światłolecznictwo natomiast polegało na stosowaniu lamp emitujących promieniowanie cieplne przypominające działanie promieni słonecznych oraz lamp emitujących promienie ultrafioletowe. Źródła światła umieszczano nad okolicami ciała wymagającymi leczenia. Promieniowaniem tym leczono schorzenia wymagające przekrwienia lub stosowano je przed masażem. Promieniowanie ultrafioletowe stosowano przy trudno gojących się ranach, owrzodzeniach oraz w procesach związanych z zapaleniem naczyń chłonnych.

Po II Wojnie Światowej weterynaria w ZSRR kontynuowała prace nad rozwojem fizjoterapii i miała w tym sukcesy. Tłumaczono na język polski podręczniki Oliwkowa oraz Szakałowa, które zawierają szczegółowe opisy stosowanych terapii (8, 14).

Pod koniec lat 60-tych wycofywano się z nauczania fizjoterapii koni w ramach studiów weterynaryjnych. Jedynie w „Chirurgii weterynaryjnej Kulczyckiego”, w części „Leczenie środkami fizycznymi” omówione są ważniejsze metody fizykoterapeutyczne (15). Współcześni lekarze medycyny weterynaryjnej nie posiadają dostatecznej wiedzy w tym zakresie. Tak więc obecnie odchodzi się od tych jakże skutecznych metod w terapii, odnowie biologicznej i treningu koni, pozostawiając ten dział terapii osobom nieposiadającym odpowiednich kwalifikacji.

Streszczenie

Ukazano rys historyczny fizjoterapii. Opisano zabiegi fizjoterapeutyczne stosowane w Polsce u koni. Szczególną uwagę zwrócono na zabiegi opracowane przez polskich lekarzy weterynarii.

Piśmiennictwo

1. *Anon.*: Sprawa a lekarstwa końskie przez Conrada, królewskiego kowala doświadczone, nowo z pilnością przełożone, a najpierw o poznaniu dobrego konia. Kraków, 1905.
2. *Bromiley M.W.*: Naturalne metody w leczeniu koni. SIMA WLW, Warszawa, 2004.
3. *Bromiley M.W.*: Urazy u koni, ich leczenie i rehabilitacja. SIMA WLW, Warszawa, 2000.
4. *Hourdebaigt J.P.*: Equine Massage. Howell Book House, New York, 1997.
5. *Janiszewski J.*: Uwagi wstępne do książki „Sprawa a lekarstwa końskie”, *Medycyna Wet.* 1948, (6), 381-384.
6. *Klepaczko F.*: Ortopedia narządów ruchu zwierząt domowych. PWN, Warszawa, 1965.
7. *Lewandowski J.H.*: Poradnik weterynarii gospodarczej. A.B. Bogucki, Warszawa, 1878.
8. *Oliwkow B.M.*: Obszczaja chirurgija, G.I.S.L., Moskwa, 1949.
9. *Rohwles J.M.*: Nowy lekarz czyli sposoby leczenia koni, bydła, owiec i innych domowych zwierząt, tudzież karmienia i rozmnażania onych. Warszawa, 1872.
10. *Runge S.*: Nauka o koniu. Wydawnictwo Polskie, Lwów, 1921.
11. *Schebitz H., Brass W.*: Chirurgia ogólna dla lekarzy weterynarii i studentów. PWRiL, Warszawa, 1983.
12. *Steuert L. Pańkowski M.*: Zwierzę domowe w zdrowiu i chorobie. Kraków, 1910.
13. *Szabuniewicz M.*: Miesienie w lecznictwie zwierząt. *Medycyna Wet.* 1947, (3), 571-578.
14. *Szakałow K.J.*: Schorzenia kończyn koni. PWRiL, 1956.
15. *Szeligowski E., Żakiewicz M., Kłos Z., Janicki A.M., Sterna J.*: Chirurgia weterynaryjna Kulczyckiego. PWRiL, Warszawa, 1997.

Spis autorów

Babińska Izabella – 235, 243, 377
Badurek Iwona – 255
Bartyzel Bartłomiej J. - 275
Basińska Halina – 201
Bortnik Władysław - 473
Bursztynowicz Katarzyna - 265
Caus-Woznak Irena – 57
Chyła Dariusz – 11
Czajkowska Mariola – 57
Czajkowska-Fesio Jolanta – 201
Dzierzecka Małgorzata - 275
Faleńczyk Kamila - 201
Felchner Andrzej - 27
Felsmann Mariusz Z. – 43, 235, 243
Felsmann Mirosława – 43, 65
Gałązka Iwona – 57
Gasek Michał – 235, 265, 377
Głowacka Mariola – 65
Gonkowski Sławomir – 287, 301, 313
Humańska Marzena – 65
Jurka Piotr - 447
Kaczmarek Krzysztof – 95
Kamiński Zbigniew – 163
Kobryń Henryk – 275, 401, 407, 421, 435
Korpalska Walentyna K. – 81
Kowalski Ireneusz M. – 235, 243
Krajewski-Siuda Krzysztof – 95
Kram Mirosława – 113, 209
Kujawa Wiesława – 201
Kupczyńska Marta - 327

Kurowska Krystyna – 65
Kurylak Andrzej – 113, 209
Lechowski Roman - 367
Leszczyńska Katarzyna - 57
Listos Piotr - 343
Łysiak Marian – 127, 139
Łysiak-Seitcher Małgorzata – 139
Majchrzak-Mikuła Joanna – 149
Makowiecki Maria - 327
Malicka Elżbieta - 255
Małecka Mariola – 163
Marzec Alicja - 201
Mazurek Monika – 57
Melnarowicz Teresa - 459
Micuń Jacek – 367
Mieczkowska Joanna - 367
Mieszczyński Tomasz – 243, 265, 377
Milewska Małgorzata– 65
Minta Marta - 387
Naworska Beata – 57
Pękacka-Falkowska Katarzyna -179
Pluta Agnieszka – 201
Przespolewska Helena – 401, 407, 421, 435
Przeździecka Diana – 235, 243
Przybysz Alicja – 113, 209,
Rutkowska Elżbieta – 217
Skibniewska Ewa - 421
Skibniewski Michał – 327, 401, 407, 421, 435
Skubiszewska Daria - 275
Sobczak-Filipiak Małgorzata – 255, 367, 447
Sowińska Joanna- 265
Szarek Józef – 235, 243, 377

Szelągowska Grażyna – 225
Szenfeld Jerzy – 459, 473
Szych Danuta - 487
Szymczak Irena – 459
Truszczyński Marian - 503
Wijaszka Tadeusz - 503
Winnicka Anna – 367
Wiśniewski Jan - 523
Wróblewski Zbigniew – 265, 531
Żmudzka Magdalena - 367