MEDYCYNA NOWOŻYTNA

STUDIA NAD KULTURĄ MEDYCZNĄ

TOM 22

Zeszyt 1
(2016)

INSTYTUT HISTORII NAUKI
im. Ludwika i Aleksandra Birkenmajerów
POLSKIEJ AKADEMII NAUK

Komitet redakcyjny:
Przewodnicząca: doc. dr hab. Zofia Podgórska-Klawe

Członkowie:
Dr Ute Caumanns (Uniwersytet w Düsseldorfie – Niemcy)
Doc. dr Boguslaw Chwajol (Uniwersytet w Ostrawie – Czechy)
Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu)
Doc. dr Pranas Janauskas (Uniwersytet w Kownie – Litwa)
Prof. Igor J. Robak (Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny, Akademia Socjalnych Nauk Ukrainy)
Prof. dr hab. Tadeusz Srogosz (Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie)
Prof. dr hab. Andrzej Śródka (Instytut Historii Nauki im. L. i A. Binkermajerów Polskiej Akademii Nauk, Uniwersytet Jagielloński)
Prof. dr hab. Andrzej Felchner (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach filia w Piotrkowie Trybunalskim)

Redaguje kolegium w składzie:
Redaktor: prof. Bożena Urbanek
Zastępca redaktora: prof. Jaromir Jeszke
Sekretarz: dr Magdalena Paciorek
Członkowie red.: dr hab. Anna Marek, dr Małgorzata Marcysiak

Telefony/adres:
IHN PAN, Sekcja Historii Nauk Medycznych
ul. Nowy świat 72
00-330 Warszawa, p. 17
tel.: 22 657 27 48, 22 345 77 46

Recenzenci tomu:
- Prof. Grażyna Borkowska
- Prof. Andrzej Felchner
- Prof. Wanda Grębecka
- Dr hab. Joanna Mikuła
- Prof. Jerzy Myszor
- Prof. Bożena Płonka-Syroka
- Dr hab. Anna Trojanowska
- Dr Maria Joanna Turos

Na okładce: Bób Kalabarski. Źródło: *Köhler's Medizinal-Pflanzen in naturgetreuen Abbildungen mit kurz erläuterndem Texte. Atlas zur Pharmacopoea germanica, austriaca, belgica, danica, helvetica, hungarica, rossica, suecica, Neerlandica, British pharmacopoeia, zum Codex medicamentarius sowie zur Pharmacopoeia of the United States of America*, 1890, T. 2, tablica 177.

Czasopismo „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną" znajduje się na liście ERIH. W 2015 r. uzyskało 10 punktów (wykaz czasopism naukowych punktowanych z dn. 1 lipca 2016 r. poz. 4130)

© Copyright by IHN PAN, Warszawa 2016

ISSN 1231-1960

Wydawca:
Wydawnictwo IHN PAN ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, p. 17
tel.: 22 657 27 48, 22 345 77 46

Realizacja na zlecenie Wydawcy
Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR
www.aspra.pl; e-mail: oficyna@aspra.pl

Nakład 150 egz.

Spis treści

Studia

1. Kowalska Barbara – Jak starucha kobietom radziła – o zdrowiu i urodzie na podstawie *Powieści o Róży*. 7
2. Grzegorz Wiktorowski – Choroby przewlekłe i ich profilaktyka w nauczaniu konfesyjnym Adwentystów Dnia Siódmego (*Seventh-Day Adventists*) w Stanach Zjednoczonych. 29

Prace Analityczne

1. Karol Łopatecki – U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej – szpitalnictwo wojskowe w epoce nowożytnej. . . 55
2. Walentyna Krystyna Korpalska, Marek Maciejewski – Zdrowie publiczne na ziemiach polskich pod zaborem pruskim na przykładzie rejencji bydgoskiej 79
3. Elżbieta Rutkowska – Badania właściwości leczniczych i toksycznych bobu kalabarskiego (*Physostigma venenosum* Balf.) w świetle wybranych zagranicznych i polskich czasopism medycznych i farmaceutycznych w XIX w. 97

Z archiwów, bibliotek i muzeów

- Katarzyna Golańska-Kozubek – Gastrologia w podręcznikach Walerego Jaworskiego i Paula Cohnheima w latach 1882–1909 – analiza porównawcza 117

Recenzje i Omówienia

- *Dzieje medycyny w Polsce 1914–1944*, t. 1, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, wyd. I, t. 1, s. XXIX + 520, ilustr. Recenzja: Henryk Gaertner 135
- *Dzieje medycyny w Polsce 1914–1944*, t. 1, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, wyd. I, t. 2, s. XXII + 690. ilustr. Recenzja: Henryk Gaertner 138
- Iwona Dymarczyk, *Aptekarz i majoliki. O Mateuszu B. Grabowskim i jego krakowskiej kolekcji ceramiki aptecznej*, Wydawnictwo Kontekst, Kraków–Poznań 2015, ss. 255, ilustr. Recenzja: Henryk Gaertner 141

- Paula A. Michaels, *Lamaze: An International History*, Oxford University Press, Oxford and New York 2014, ss. 240. Recenzja: Sylwia Kuźma-Markowska 145
- Arthur Allen, *Fantastyczne laboratorium doktora Weigla. Lwowscy uczeni, tyfus i walka z Niemcami*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2016, ss. 344, przeł. Barbara Gadomska, tytuł oryginału The fantastic laboratory of Dr. Weigl. How two brave scientists battled typhus and sabotaged the Nazis (W.W. Norton & Company, 2014). Recenzja: Maria Ciesielska. 152
- Bożena Płonka-Syroka, Kaja Marchel, Andrzej Syroka (red.), *Miłość czarowna*, t. 7, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, ss. 314. Recenzja: Teresa Dworecka. 159

Autorzy. 165

Regulamin 167

Warunki prenumeraty 169

STUDIA

BARBARA KOWALSKA

Jak Starucha kobietom radziła o – zdrowiu i urodzie na podstawie *Powieści o Róży*

Słowa kluczowe: literatura piękna okresu średniowiecza, przepisy, higiena ciała, kosmetologia

Powieść o Róży – źródłowa podstawa moich rozważań – to francuski poemat należący do symbolicznego nurtu erotyki dworskiej[1] utrzymany w konwencji snu. Na tle dużej liczby anonimowych tekstów pochodzących z epoki autorstwo dwóch, i to znanych twórców zasługuje na podkreślenie. Pierwszą część poematu napisał Wilhelm de Lorris około roku 1230, drugą zaś, znacznie dłuższą, Jean de Meun, około 1280 r. Utwór to scena wędrówki bohatera po ogrodzie miłości, który zamieszkują personifikacje: Wesołość, Szczerość, Zabawa, Dworność, Piękność i Młodość. Pragnieniem młodzieńca jest zerwanie tytułowej róży, pod którą ukrywa się młoda dziewczyna, a której strzegą Niebezpieczeństwo, Obmowa i Wstyd[2].

[1] Wśród badaczy zauważa się rozbieżne zdania co do zaklasyfikowania utworu do konkretnego nurtu, zob. przypis 2.

[2] Wilhelm z Lorris, Jan z Meun, *Powieść o Róży*, wybór, tłum. i wstęp M. Frankowska-Terlecka, T. Giermak-Zielińska, Warszawa 1997; zob. A. de la Croix, *Życie erotyczne w średniowieczu*, tłum. K.J. Dąbrowska, Warszawa 2005, s. 76 i n.; Z. Wróbel, *Erotyzm w literaturze dawnych wieków*, Łódź 1986, s. 106 i n.; D. de Rougemont, *Miłość a świat kultury zachodniej*, tłum. L. Eustachiewicz, Warszawa 1999, s. 136–138; K. Starczewska, *Wzory miłości w kulturze Zachodu*, Warszawa 1975, s. 86–87; 99–100; J. Huizinga, *Jesień średniowiecza*, tłum. T. Brzostowski, wstęp H. Barycz, posłowie S. Herbst, Warszawa 1996, s. 141–148. Autor widzi w utworze lubieżno-zmysłowo-zdobywczy styl miłości; zob. także M. Frankowska-Terlecka, *Pojęcie filozofii u Jana z Meun: druga część „Powieści o Róży"*, „Analecta" 1998, nr 7/2(14), s. 7–8. Badaczka podkreśla, że znawcy

Bohaterką kilku rozdziałów drugiej części dzieła, pełniącą także funkcję narratora, jest Starucha. To ona jest przewodnikiem w miłosnych poszukiwaniach, a przede wszystkim uosobieniem specyficznie pojętej życiowej mądrości. Sprawia przez to wrażenie narratora wszystkowiedzącego. „Jest uosobieniem doświadczonej, lecz cynicznie interesownej duenii" – stwierdza Małgorzata Frankowska-Terlecka[3]. Snuje wywody o naturze i wolności, daje rady, jak osiągnąć rozkosz, i wreszcie poucza kobiety, jak dbać o zdrowie, a zwłaszcza urodę. Ta ostatnia część stanowić będzie temat moich rozważań.

Nieprzypadkowo zapewne w roli narratora występuje kobieta nazwana Staruchą. Z określeniem tym wiąże się przede wszystkim odpowiedni wiek bohaterki, a co za tym idzie – bogate doświadczenie życiowe. W średniowieczu ludzie w podeszłym wieku darzeni byli dużym szacunkiem z racji danych im możliwości zaświadczania o rzeczach ważnych, o których wszelkie informacje przechowywała leciwa, pojemna pamięć[4]. Nie stanowiło to oczywiście normy w długiej epoce pełnej sprzeczności. Na wagę starości wskazuje chociażby rada starszych zasiadająca przy władcy[5]. Najczęściej w roli dojrzałych wiekowo autorytetów występują w tekstach epoki mężczyźni, ale zdarza się, że i kobiety odgrywają tę rolę, zwłaszcza w dojrzałym średniowieczu, kiedy społeczna pozycja przedstawicielek płci pięknej przybrała nieco inny wymiar[6]. Już autor najstarszego żywota świętej Kingi pochodzącego z początków XIV stulecia pozwala pouczać wdowę Małgorzatę pobożnej kobiecie imieniem Anna (*religiosa et devota matrona, Anna nomine*)[7], a Jan Długosz bohaterką symbolicznej, odbywanej w widzeniu, sceny wędrówki bohatera czyni w *Rocznikach*... dziewicę Weronikę[8]. Starucha z *Powieści o Róży* nie kojarzy się jednak pozy-

literatury mają problem z dokładnym datowaniem dwóch części dzieła, stąd podają różne daty powstania. Stwierdza także, że jedynie Wilhelm ukazuje miłość dworną. Jan z Meun natomiast w swoistej encyklopedii prezentuje różne doświadczenia i tezy dotyczące miłości, zob. tamże, s. 18.

[3] M. Frankowska-Terlecka, dz. cyt., s. 18.

[4] L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Lublin 1994, s. 15.

[5] G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, tłum. K. Marczewska, Warszawa 1995, s. 167.

[6] O zmianie pozycji społecznej kobiet na przestrzeni średniowiecza powstała ogromna literatura, z niej zob. J. Wiesiołowski, *Zmiany społecznej pozycji kobiety w średniowiecznej Polsce*, [w:] A. Gąsiorowski (red.), *Kobieta w kulturze średniowiecznej Europy: prace ofiarowane Profesor Alicji Karłowskiej-Kamzowej*, Poznań 1999, s. 41–53.

[7] *Vita et miracula sanctae Kyngae ducissae Cracoviensis*, wyd. W. Kętrzyński, [w:] *Mnumenta Poloniae Historica*, t. 4, Lwów 1884, s. 734.

[8] *Annales seu cronicae incliti Regni Poloniae*, lib. XI–XII, Varsaviae 2001, s. 192. Szerzej: U. Borkowska, *Przykład pobożności mieszczańskiej w XV wieku. Weronika z Krakowa*, [w:] P. Skubiszewski (red.), *Sztuka i ideologia XV wieku. Materiały sympo-*

tywnie. Określenie to ma znaczenie potoczne, środowiskowe, a nawet wulgarne[9]. Kojarzone bywa z jędzą, wiedźmą, czarownicą i zrzędą, zawiera odcień niechęci i zniecierpliwienia[10]. W tym nurcie powstało w średniowieczu wiele tekstów o starych kobietach jako symbolu fizycznego upadku. Ich tytuły, *Stara śmierdząca* czy *Stara złośliwa*, mówią same za siebie[11]. W jakiej odsłonie ujrzymy zatem przywołaną postać, skoro *Powieść o Róży* kreśli w ogóle niepochlebny obraz starości?[12] Słowo *Starucha* przytaczam za polskim przekładem, w pełni ufając tłumaczkom[13]. Czynię to mimo przestrogi wybitnego Dantego Alighieri, zalecającego unikania za wszelką cenę przekładania tekstu, który tłumaczka *Biesiady*, Magdalena Bartkowiak-Lerch, nazwała „dozwoloną zbrodnią"[14].

Tytuł interesującego mnie rozdziału poematu brzmi *Starucha radzi kobietom, jak mają dbać o urodę*. Wiekowym niewiastom przypisywano bowiem szczególną rolę w przekazywaniu młodym kobietom rad dotyczących uwodzenia mężczyzn[15]. Jeśli weźmie się pod uwagę treść i rozmiary dzieła, wybrany fragment nie stanowi jego znacznej części, wprost przeciwnie, sprowadza się do kilkudziesięciu wersów[16]. Należy do drugiej części poematu, w której autor stanął w obronie popędu seksualnego i nieskrępowanej miłości wyzwolonej od religijnych

zjum Komitetu Nauk o Sztuce Polskiej Akademii Nauk, *Warszawa 1–4 grudnia 1976 r.*, Warszawa 1978, s. 111–118.

[9] *Starucha*, [w:] A. Dąbrówka, E. Geller, R. Turczyn, *Słownik synonimów*, Warszawa 1998, kol. 242.

[10] *Starucha*, [w:] M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. III, Warszawa 1978, s. 323; Ł. Charewiczowa, *Kobieta w dawnej Polsce: do okresu rozbiorów*, posł. opatrzyła J. Suchmiel, Poznań 2002, s. 10; J.P. Bois, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur,* tłum. K. Marczewska, Warszawa 1996, s. 27; L. Stomma, *Słownik polskich wyzwisk, inwektyw i określeń pejoratywnych*, Warszawa 2000, s. 212; G. Minois, dz. cyt., s. 244–253; S. Konarska-Zimnicka, *Kobieta w świecie rozrywki. Kilka uwag natury semantycznej (w oparciu o średniowieczne przekazy źródłowe)*, [w:] K. Justyniarska-Chojak, S. Konarska-Zimnicka (red.), *Per mulierem. Kobieta w dawnej Polsce – w średniowieczu i w dobie staropolskiej*, Warszawa 2012, s. 107–109.

[11] Zob. *O brzydocie kobiety między antykiem a barokiem*, [w:] U. Eco (red.), *Historia brzydoty*, tłum. J. Czaplińska, K. Dyjas, A. Goglin, Poznań 2007, s. 163.

[12] G. Minois, dz. cyt., s. 178.

[13] Dzieło przetłumaczone zostało przez Małgorzatę Frankowską-Terlecką i Teresę Giermak-Zielińską na podstawie wydania: Guillaume de Lorris et Jean de Meun, *Le Roman de la Rose, chronologie, préface et établissement du texte par Daniel Poirion*, Paris 1974, zob. M. Frankowska-Terlecka, dz. cyt., s. 26, p. 1.

[14] M. Bartkowiak-Lerch, *Wstęp*, [w:] D. Alighieri, *Biesiada*, tłum i oprac. M. Bartkowiak-Lerch, Kęty 2004, s. 15.

[15] S. Konarska-Zimnicka, dz. cyt., s. 108.

[16] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296–298.

ograniczeń[17]. Nurt kobiecego poradnictwa, z którym mamy w tej części do czynienia, nie stanowi trzonu średniowiecznej literatury, choć echa tej tematyki niewątpliwie w niej znajdziemy. Do jednorodnych natomiast i popularnych w tym czasie przekazów o takim przeznaczeniu należały *regimina sanitatis* – poradniki medyczno-higieniczne, których szczególny rozkwit przypada na okres od XIII do XV w.[18] Nie bez wpływu na taki stan rzeczy była ówczesna mentalność kształtowana w głównej mierze przez pisarzy chrześcijańskich, ojców oraz hierarchów Kościoła, którzy wszelkie zabiegi dotyczące ludzkiego, a zwłaszcza kobiecego ciała uznawali za przejaw próżności, a nawet wynik diabelskich podszeptów[19]. Tematykę tę podejmowali średniowieczni kaznodzieje, ale od innej zupełnie strony, nie radząc kobietom, ale piętnując ich wrodzone wady i skłonności, w tym skłonność do upiększania ciała[20].

Starucha zaczyna swój wywód od stwierdzenia, że zalotnik zawsze chce oszukać niewiastę, a zatem i ona odpłacić powinna tym samym[21]. Zwróćmy uwagę na słowo *niewiasta*. W średniowieczu różnie określano kobiety, w zależności od stanu i wieku. Słowo *niewiasta* kojarzono raczej z osobą przybyłą z zewnątrz, nienależącą do lokalnej społeczności, a zatem obcą. Taka kobieta budziła zaciekawienie, a niekiedy niechęć i strach[22]. Pozytywny wydźwięk miały natomiast słowa *biało-*

[17] Z. Wróbel, dz. cyt., s. 107–108; K. Starczewska, dz. cyt., s. 99–100.

[18] A. Rzepiela, *Zagadnienie czystości w średniowiecznych „regimina sanitatis" na przykładzie „Flos Medicinae Scholae Salerni" (XIII w.)*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w średniowieczu*, Bydgoszcz 2014, s. 205–218.

[19] O średniowiecznej mentalności: Z. Cackowski, *Mentalność chrześcijańskiego średniowiecza*, [w:] tegoż, *Człowiek i świat człowieka, warstwy „ludzkiego ciała"*, Lublin 2003, s. 73–101; A. Głusiuk, *Higiena kobiet w jedenastowiecznej Italii na podstawie nauk Trotuli z Salerno*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), dz. cyt., s. 106; L. Wdowiak, *Kosmetyki w średniowiecznej Europie*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), dz. cyt., s. 113–115, 122.

[20] Z bogatej literatury: M. Delimata, *Kultura chrześcijańska a niechęć do kobiet na przykładzie „Cronica Petri comitis Poloniae"*, [w:] S. Rosik, P. Wiszewski (red.), *Mundus hominis – cywilizacja, kultura, natura*, Wrocław 2006, s. 88–97; A. Teterycz-Puzio, *Kobieta w świetle wybranych środkowoeuropejskich źródeł narracyjnych*, „Słupskie Studia Historyczne" 2012, nr 18, s. 9–10; A. Guriewicz, *Kultura i społeczeństwo średniowiecznej Europy. Exempla XIII wieku*, tłum. Z. Dobrzyniecki, Warszawa 1997, s. 197–230, zwłaszcza s. 200–201; A. Szostek, *Exemplum w polskim średniowieczu*, Warszawa 1997, passim.

[21] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.

[22] O wędrujących, obcych, złych kobietach wspomina autor żywota świętej Jadwigi, zob. *Vita sanctae Hedvigis*, wyd. A. Semkowicz, [w:] *Monumenta Poloniae Historica*, t. IV, Lwów 1884, s. 588–589. O włóczących się prostytutkach zob. J. Le Goff, *Człowiek marginesu*, [w:] J. Le Goff (red.), *Człowiek średniowiecza*, tłum. M. Radożycka-Paoletti, Warszawa 1989, s. 4.

głowa, *podwika* oraz określające mężatkę – baba lub połowica[23]. Zdecydowany pogląd Staruchy dotyczący relacji między mężczyznami i kobietami, opartych na tych samych zasadach, wygłoszony w dzisiejszych czasach szczególnie by nie dziwił, lecz inaczej rzecz się miała w średniowieczu. Przedmiot rozważań jest dość drażliwy i osobliwie przedstawiony, Starucha bowiem proponuje niewiastom niestałość w uczuciach: „niech ma wokół siebie wielu"[24]. Było to zaprzeczenie chrześcijańskich ideałów głoszących, że monogamia, stałość i wierność w uczuciach do końca życia, zwłaszcza ze strony kobiety, wyznaczać miały kierunek ludzkich losów[25]. Nijak więc do tego miały się zalotność, przebiegłość i lubieżność – kolejne zalecane kobietom przez Staruchę postawy w dążeniu do szczęścia. Propozycje te stały w opozycji do pouczeń piszących mężów epoki, w tym twórców prawa, którzy twierdzili, że to mężczyzna ma wybierać kobietę i układać jej życie[26]. To oni także przestrzegali przed mogącymi omotać i zwieźć mężczyznę kobietami[27], co powodowało, że jakikolwiek wpływ żon na mężów przyjmowany był, z nielicznymi wyjątkami, z dużym oporem[28]. Związana z proponowanymi kobietom zachowaniami duma bliska jest pysze, a ta z kolei stanowi przeciwieństwo chrześcijańskiej pokory (*humilitas*), ważnej dla chrześcijan cnoty, pożądanej w relacjach z ludźmi i Bogiem[29]. Przepojone zachętami do swobody seksualnej propozycje przewrotnej i cynicznej Staruchy, której postawa przeczyła ogólnie przyjętym zwyczajom[30], przyczyniły się do negacji utworu i uznania go za obelgę wobec kobiecej czci. Tę ostatnią opinię wygłosiła m.in. znana francuska pisarka – Christin de Pizan[31].

[23] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 5–6.

[24] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.

[25] H. Zaremska, *Grzech i występek: normy i praktyka moralności społecznej*, [w:] B. Geremek (red.), *Kultura Polski średniowiecznej XIV–XV w.*, Warszawa 1997, s. 566; Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 13.

[26] J. Bardach, B. Leśnodorski, M. Piatrzak, *Historia ustroju i prawa polskiego*, Warszawa 1998, s. 132–134; K. Starczewska, dz. cyt., s. 79.

[27] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 11.

[28] Tamże, s. 35.

[29] *So* 2, 3, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, oprac. zespół biblistów polskich z inicjatywy benedyktynów tynieckich, wyd. trzecie poprawione, Poznań–Warszawa 1980; szerzej: G. Colzani, *Pokora*, [w:] *Encyklopedia chrześcijaństwa*, Kielce 2000, s. 568; J.-L. Goglin, *Nędzarze w średniowiecznej Europie*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa 1998, s. 64; S. Urbański, *Pokora*, [w:] M. Chmielewski (red.), *Leksykon duchowości katolickiej*, Lublin–Kraków 2002, s. 647–648; A. Eckman, *Nauka świętego Augustyna o pokorze jako podstawie ascezy chrześcijańskiej*, [w:] ks. F. Drączkowski, ks. J. Pałucki (red.), *Wczesnochrześcijańska asceza. Zagadnienia wybrane*, Lublin 1993, s. 83–84 i n.

[30] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296; por. M. Frankowska-Terlecka, dz. cyt., s. 18.

[31] J. Huizinga, dz. cyt., s. 145.

Według Staruchy w zdobywaniu mężczyzn pomocna jest także znajomość zabaw i pieśni (*Winna zabawy znać i pieśni…*)[32]. Zdaniem licznych twórców epoki uczestniczenie kobiet w tego typu zajęciach do godnych nie należało, gdyż łatwiej wówczas o amory, nieetyczne zachowania i wreszcie rozwiązłość[33]. Boccaccio pisał, że kobiety, tańcząc i śpiewając, chcą się przypodobać mężczyznom[34]. Mówimy tu o podkreślanych w *Powieści o Róży* walorach rekreacyjnych, komunikacyjnych, a nawet manipulacyjnych tańca, przy pełnej świadomości, że taniec pełnił przez wieki bardzo różne funkcje w kulturze[35]. Tańce i zabawy potępiał m.in. Jan Długosz, który za organizowanie zabaw i uczestniczenie w nich mocno ganił Aldonę, żonę Kazimierza Wielkiego, i królową Elżbietę Łokietkówną. Dziejopisarz widział w tego typu rozrywkach przejaw pychy i pielęgnowanie ganionych przez niego pogańskich zwyczajów[36]. Średniowieczne statuty synodalne zakazywały nocnych tańców w soboty i wigilię wielkich świąt kościelnych[37]. Szczególnie ostro przeciwko tym rozrywkom występowali kaznodzieje, twierdząc, że w tanecznych korowodach uczestniczy diabeł[38]. Nie oznacza to, że kobiety z różnych kręgów społecznych nie uczestniczyły w zabawach, wprost przeciwnie. Wszystko jednak miało mieć swoją formę, a przede wszystkim umiar[39], którego w *Powieści o Róży* nie widać.

Wbrew powiedzeniu *nie szata zdobi człowieka*[40], Starucha zaleca strojenie się, zwłaszcza brzydkim kobietom. Wnioskować zatem należy, że panował w tym czasie określony kanon wyznaczający kobiece piękno i brzydotę. W kontekście tych słów trudno więc zgodzić się ze stwierdzeniem o unifikacji średniowiecznych ubiorów[41], chyba że w obrębie jednej warstwy społecznej. Gdy kobieta należała do urodziwych, czytamy w poemacie, powinna zadbać, by jej krawiec „wy-

[32] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.

[33] Szerzej: H. Zaremska, dz. cyt., s. 567; S. Konarska-Zimnicka, dz. cyt., s. 108, 112–115.

[34] G. Boccaccio, *Labirynt miłości albo Skrzeczący kruk*, tłum. E. Boye, Warszawa 1990, s. 76.

[35] Szerzej: R. Lange, *O istocie tańca i jego przejawach w kulturze: perspektywa antropologiczna*, Kraków 1988, s. 100 i n.; J. Kowalska, *Taniec drzewa życia. Uniwersalia kulturowe w tańcu*, Warszawa 1991, s. 33, 38, 40–41.

[36] Szerzej: M. Koczerska, *Mentalność Jana Długosza w świetle jego twórczości*, „Studia Źródłoznawcze" 1971, t. 15, s. 138; Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 96.

[37] H. Zaremska, dz. cyt., s. 567.

[38] A. Guriewicz, dz. cyt., s. 206–207.

[39] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 28–29.

[40] Z. Landowski, K. Woś, *Słownik cytatów łacińskich: wyrażenia, sentencje, przysłowia*, Kraków 2002, s. 369.

[41] B. Biedrońska-Słota, *Od „pelotte" do kontusza – o ubiorach i ich znaczeniach*, [w:] M. Furmanik-Kowalska, J. Wasilewska (red.), *Strój – zwierciadło kultury*, Warszawa–Toruń 2013, s. 32.

kroił dekolt na pół stopy z przodu i z tyłu”[42], by w ten sposób więcej mogła ukazać białego, pięknego ciała. I choć głos narratora nie musi być identyczny z głosem autora, i tak jest według znawców w przypadku *Powieści o Róży*[43], to wydaje się jednak, że z tego niewielkiego passusu wiele dowiadujemy się właśnie o guście twórcy odzwierciedlającym zapewne w jakimś stopniu gusta otoczenia. Starucha zaleca więc noszenie dekoltów, które stały się szczególnie modne w XIV i XV w., i były wtedy wykańczane na półokrągło, trójkątnie, eliptycznie, frędzlami, szalowym kołnierzem sięgającym do pasa[44] bądź przybierały kształt wydłużonego V[45]. Noszenia dekoltów nie akceptowali jednak kościelni hierarchowie, którzy w licznej grupie znaleźli się wśród krytyków dzieła proponującego niegodne praktyki[46]. Pożądane rozmiary dekoltu określone zostały w dziele w obowiązującej w czasach autora jednostce długości – stopie. Miara stopy w średniowieczu była różna, w zależności od czasu i regionu, lecz najczęściej wynosiła około 30 cm[47]. Dekolt mierzący pół stopy, czyli około 15 cm, należał zatem do dość przyzwoitych, choć i tak odważnych na tle np. trzynastowiecznych francuskich strojów królewskich[48]. Nie zmienia to faktu, że dekolt odsłaniał jednak jakąś powierzchnię ciała. Jakiego ciała? Pięknego, czyli białego – odpowiada Starucha. Istotnie, w średniowieczu obowiązywał taki ideał piękna. Ciało opalone czy w ogóle ciemna karnacja nie stanowiły obiektu zachwytu. Dlatego też w licznych poradnikach kobiety mogły znaleźć informacje o sposobach wybielania skóry twarzy i reszty ciała. W celu rozjaśnienia ciała zalecano stosować kąpiel w oślim mleku, wywar z korzenia lilii białej lub miksturę ze zmiażdżonego korzenia lilii z jajkami[49]. Tadeusz Lalik zauważa, że ideał bladolicej kobiety był typowy dla kół dworskich Zachodu, w Polsce za atrakcyjną uważano bowiem kobietę z rumianą twarzą[50].

[42] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

[43] M. Frankowska-Terlecka, dz. cyt., s. 9.

[44] M. Możdżyńska-Nawotka, *O modach i strojach*, Wrocław 2002, s. 18–19; E. Szyller, *Historia ubiorów*, Warszawa 1960, s. 96, 100; J. Wiesiołowski, *Ubiór i moda*, [w:] B. Geremek (red.), dz. cyt., s. 36–37.

[45] M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 31.

[46] Szerzej: J. Huizinga, dz. cyt., s. 145–148.

[47] J. Szymański, *Nauki pomocnicze historii*, Warszawa 2001, s. 162. Stopa rzymska to 29,57 cm, kolońska czy reńska – 28,8 cm, paryska – 31,38 cm.

[48] Zob. *Ilustrowana historia strojów: w co ubierali się ludzie, czyli moda od czasów starożytnych do XIX wieku*, konsultacja M. Leventon, tłum. B. Mierzejewska, Warszawa 2008, s. 58–59.

[49] L. Wdowiak, dz. cyt., s. 118–121; A. Głusiuk, dz. cyt., s. 107.

[50] T. Lalik, *Poczucie piękna*, [w:] J. Dowiat (red.), *Kultura Polski średniowiecznej X–XIII w.*, Warszawa 1985, s. 377.

Starucha zaleca także, by na szerokie ramiona kobiety narzucały lekkie sukno, wtedy sylwetka będzie sprawiać wrażenie smuklejszej[51]. Nie tylko we francuskim poemacie podjęto ten temat. Już Gall Anonim narzekał w XII w., że kobiety za czasów Bolesława Chrobrego popadłszy w zbytek zamiast lnianych lub wełnianych (*pro lineis vestibus vel laneis*) zakładały stroje z kosztownych tkanin, a zatem cieńszych i lżejszych[52]. Polska moda kobieca szła w tym czasie w parze z europejską, a zwłaszcza wyznaczającą trendy modą francuską. Zapotrzebowanie na suknie z cienkich tkanin, może nawet jedwabnych, dobrze się układających, przyszło do Europy wraz z wyprawami krzyżowymi, a więc w XII w., i trend ten utrzymał się przez kolejne stulecia[53]. Cienkie tkaniny miały nadać sylwetce smukłości i lekkości, gdyż taki był gotycki ideał[54]. „Wysmukłość uważano za podstawowy warunek piękności kobiecej" – przekonuje Ewa Szyller[55]. Jan z Meun znał się zatem na ówczesnej modzie, która rozwijała się wbrew sądom średniowiecznej myśli męskiej uznającej strojenie się kobiet za przejaw próżności i zgubnej marności[56].

W poemacie czytamy także o innych kobiecych zabiegach pozwalających uzyskać smuklejszą sylwetkę. Kiedy kobieta ma zbyt duże piersi, poucza Starucha, powinna je owinąć kawałkiem płótna, dookoła, tak by schować pod nim i boki, i plecy. Wtedy spokojnie może uczestniczyć w zabawie[57]. Dla będącej w ruchu kobiety duże piersi stanowiły zapewne problem, toteż przytoczona rada miała charakter czysto praktyczny. Trzeba przy tym dodać, że późnogotycka moda nie preferowała obfitych kształtów. Suknie o podwyższonym stanie ściśle przylegały na biuście i bardziej akcentowały brzuch niż piersi[58]. O owijaniu ciała przez kobiety białym bandażem pisał w następnym stuleciu Boccaccio w *Labiryncie miłości*. Ton jego wypowiedzi do przyjaznych nie należał[59]. Wspomniana w *Powieści o Róży* praktyka była zatem powszechniej stosowana. Prymitywne metody wyszczu-

[51] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

[52] *Galli Anonymi Cronicae et gesta ducum sive principum Polonorum*, wyd. K. Maleczyński, [w:] *Monumenta Poloniae Historica*, nova series, t. II, Kraków 1952, lib. I cap. 6, s. 19; zob. Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 28; S. Trawkowski, *Ubiór i pielęgnacja ciała*, [w] J. Dowiat (red.), dz. cyt., s. 60.

[53] M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 10–11; E. Szyller, dz. cyt., s. 93.

[54] M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 25, 27, 32.

[55] E. Szyller, dz. cyt., s. 84, 95; zob. także T. Lalik, dz. cyt., s. 377.

[56] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 10, 27; H. Zaremska, dz. cyt., s. 572; J. Wiesiołowski, *Ubiór i moda*, dz. cyt., s. 39.

[57] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

[58] M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 27.

[59] Szerzej: *O brzydocie kobiety między antykiem a barokiem*, [w:] U. Eco (red.), dz. cyt., s. 164.

plania ciała ewoluowały przez wieki, by znaleźć ujście w różnego rodzaju bieliźnie wyszczuplającej i sportowej. Średniowieczne bandaże zastępują współcześnie profesjonalne biustonosze stosowane przez kobiety podczas uprawiania sportu czy w ogóle w czasie ruchu. Są one odpowiednio wzmocnione i uformowane i odgrywają rolę amortyzatora tłumiącego drgania[60].

Tytułowa Starucha wspomina także o sposobach udoskonalania (poprawiania) urody. Kiedy niewiasta utraci świeżość cery, czytamy w przekazie, może i powinna używać barwiczki, maści, mazideł, i to codziennie. Na koniec zaś ważna uwaga oddająca rysy średniowiecznego myślenia:

„Ale pamiętać musi [kobieta – B.K.], aby
nie spostrzegł nikt, że się maluje, gdyż bardzo może to zaszkodzić"[61].

Z czego wynika mocno wyartykułowana przestroga? W chrześcijańskich społeczeństwach średniowiecza wyznaczający w głównej mierze sposoby postrzegania człowieka mężczyźni uważali, że kobieta stosuje różne zabiegi kosmetyczne w celu ukrycia swych wad. W swej próżności oszukuje przez to męża i – co gorsza – obcych mężczyzn, którym chce się przypodobać[62]. Strach przed zdemaskowaniem kobiet, i to przez mężczyzn, nakazywał więc ukrywanie kosmetycznych zabiegów. Jedynym akceptowanym powodem, dla którego kobieta mogła upiększać ciało, było fizyczne okaleczenie, wrodzona lub nabyta niedoskonałość[63]. O stosowanych przez płeć piękną kosmetykach piszący mężczyźni epoki wiedzą dość dużo. Polski kronikarz, biskup Wincenty Kadłubek, zna barwiczkę, a czołowy dziejopisarz XV w. Jan Długosz wymienia obok niej bielidło[64]. O barwiczce czytamy też we francuskim utworze satyrycznym *Warkocze*[65]. Jak się okazuje, były to jedne z bardziej popularnych w tym czasie kosmetyków[66].

[60] Zob. M. Toussaint-Samat, *Historia stroju*, tłum. K. Szeżyńska-Maćkowiak, Warszawa 1998, s. 371.

[61] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

[62] *O brzydocie kobiety między antykiem a barokiem*, [w:] U. Eco (red.), dz. cyt., s. 162; A. Guriewicz, dz. cyt., s. 197–201.

[63] Szerzej: L. Wdowiak, dz. cyt., s. 115.

[64] Magistri Vincentii dicti Kadłubek, *Chronica Polonorum*, lib. I cap. 19 = Mistrz Wincenty (tzw. Kadłubek), *Kronika polska*, tłum. i oprac. B. Kürbis, Wrocław, Warszawa, Kraków 1996, s. 90; zob. L. Wdowiak, dz. cyt., s. 115; S. Trawkowski, dz. cyt., s. 66; zob. także *Vita beatae Kunegundis*, [w:] *Joannis Dlugossi Senioris Opera omnia*, wyd. A. Przezdziecki, t. 1, Cracoviae 1887, s. 301.

[65] *W krzywym zwierciadle. Wybór francuskiej średniowiecznej literatury satyrycznej*, tłum. i oprac. krytyczne T. Giermak-Zielińska, M. Frankowska-Terlecka, Kraków 2005, s. 304: „...i twarz bez szminki i barwiczki".

[66] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 31–33, 130 (tam definicje bielidła i barwiczki); o malowaniu się kobiet szeroko: G. Boccaccio, dz. cyt., s. 75, 87, 118–119, 150.

W *Powieści o Róży* czytamy też o kobiecych ozdobach, wśród których Starucha szczególnie ceni kolczyki, zalecając kobietom ich noszenie. Kolczyki znane już były biblijnym bohaterom. W *Księdze Judyty* czytamy: „Włożyła też sandały na nogi, ustroiła się w łańcuszki, bransolety, pierścienie i kolczyki, i we wszystkie swoje ozdoby. A ukazała się tak bardzo piękna po to, aby ściągnąć na siebie oczy wszystkich mężczyzn, którzy ją zobaczą”[67]. Zarówno w biblijnym opisie, jak i potępionym przez Kościół poemacie ozdoba miała więc jednoznacznie działać na mężczyzn. Kolczyki zalotnych kobiet z *Powieści o Róży* powinny być zgodnie ze wskazówkami w kształcie rogu, przy czym Starucha upomina, by były piękniejsze od rogów jelenia, wołu i jednorożca, zdradzając przy tym zoologiczną wiedzę autora. O wymienionych zwierzętach przeczytamy w trzynastowiecznej, a więc współczesnej twórcom poematu encyklopedii – *Skarbcu wiedzy* Brunetto Latiniego[68]. Jeleń i wół należą do istot realistycznych, jednorożec natomiast to legendarne zwierzę z jednym rogiem pośrodku głowy. „Róg ten jest długi na cztery stopy i tak silny i ostry, że przebija z łatwością wszystko, cokolwiek zaatakuje” – przekonuje encyklopedysta[69]. Wół, pisze Latini, „ma wielkie rogi, dobre do grania i wlewania wina”[70]. Trudno stwierdzić, które rogi miały być pierwowzorem kolczyków zalotnych kobiet. Analogicznie, to jest w XIII w., na ziemiach polskich obowiązywały bowiem przeróżne formy tej ozdoby[71]. Pewne natomiast jest, że z rogów robiono w tym czasie biżuterię[72]. Starucha proponuje także, by upiększać kolczyki, czyli barwić je wywarem z uzdrawiających ziół. Wskazuje przy tym na rozwój w jej czasach ziołolecznictwa[73]. Zaleca też barwienie wywarem z liści, kwiatów, kory czy korzeni. Na przestrzeni wieków stosowano różne metody barwienia. Do popularnych naturalnych barwników należą dziś liście brzozy, kora dębu, ziele ło-

[67] *Jdt* 10, 4, *Pismo Święte Starego…*, dz. cyt.

[68] O Brunetto Latinim i jego dziele zob. M. Frankowska-Terlecka, *Skarbiec wiedzy Brunetta Latiniego*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1984, s. 23 i n.

[69] B. Latini, *Skarbiec wiedzy*, tłum. M. Frankowska-Terlecka, T. Giermak-Zielińska, Warszawa 1992, s. 201; zob. także tamże, s. 191–192.

[70] Tamże, s. 188.

[71] Typologia kolczyków/zausznic – wiek X–XIII zob. A. Drążkowska, *Ozdoby i nakrycia głowy na ziemiach polskich od X do końca XVIII w.*, Toruń 2012, s. 52–69.

[72] S. Trawkowski, dz. cyt., s. 86.

[73] A. Kołodziejczyk, *Jak las i woda leczyły? Tajemnice średniowieczne sztuki medycznej*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), dz. cyt., s. 140, 143; M. Chudzikowska-Wołoszyn, *Ziołolecznictwo klasztorne doby karolińskiej w świetle liryki Walahfrida Strabona (ok. 808–849 r.)*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), dz. cyt., s. 159–167; Ł. Kosiński, *Higiena we wczesnych klasztorach irlandzkich (V–VIII w.)*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), dz. cyt., s. 178–179.

pianu, liście i kora olchy, korzeń paproci i wiele innych[74]. Być może te towarzyszące człowiekowi od dawna rośliny[75] służyły do tych celów i w średniowieczu. Do farbowania tkanin na kremowo używano wtedy np. szafranu[76], rośliny, która stanowi składową wielu przypraw, leków, kosmetyków i właśnie pigmentów koloryzujących. Na niebiesko natomiast farbowano tkaniny przy pomocy urzetu, rośliny dziko rosnącej w różnych częściach Europy, na czerwono z kolei przy pomocy rośliny zwanej marzanną. Od XIII w. prężnie rozwijał się zawód farbiarza, a wraz z nim różne techniki farbiarskie[77]. Być może właśnie te realia znalazły swe odbicie w *Powieści o Róży*.

Warto również przyjrzeć się średniowiecznej symbolice przywołanych rogów, które miały wyznaczać kształt kolczyków. Rogi „mają w sobie coś zwierzęcego i transgresywnego, wedle duchownych i kaznodziei przebranie się za zwierzę z rogami jest gorsze niż przebranie się za zwierzę bez rogów" – pisze Michel Pastoureau[78]. Rogi miały więc w sobie jakiś pierwiastek zła, jednoznacznie kojarzyły się z szatanem i symbolizowały pychę i bunt[79]. Charakteryzowana i wyobrażana przez Staruchę zalotnica, niewiasta nieskrępowana, a zatem swobodna, miała istotnie wiele wspólnego z przywołanymi stanami. W opinii chrześcijańskich pisarzy kobieta nosząca kolczyki w kształcie rogów byłaby więc na pewno zła.

Tajniki kanonu kobiecej urody Starucha zdradza, mówiąc także o „pięknych, jasnych splotach włosów"[80]. Utożsamienie piękna z ja-

[74] W. Tuszyńska, *Farbowanie barwnikami naturalnymi*, Warszawa 1986, s. 90–93, gdzie zamieszczono spis barwników naturalnych farbujących na różne kolory i wykorzystywanych w postaci wymienionej przez Staruchę, a więc liści, kwiatów, ziół, kory i korzeni.

[75] O świadomości wagi roślin świadczy praca najlepszego na świecie znawcy flory polskiej XV w. – Jana Stanki, która zawiera opis 523 gatunków roślin: zob. P. Rybicki, *Odrodzenie*, [w:] B. Suchodolski (red.), *Historia nauki polskiej*, t. I, Wrocław, Warszawa, Kraków 1970, s. 318.

[76] M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 12; E. Szyller, dz. cyt., s. 87.

[77] Szeroko na temat technik farbiarskich i funkcjonowania zawodu farbiarza: M. Pastoureau, *Niebieski. Historia koloru*, tłum. M. Ochab, Warszawa 2013, s. 71–91; M. Pastoureau, *Średniowieczna gra symboli*, tłum. H. Igalson-Tygielska, Warszawa 2006, s. 143–144, 190–218.

[78] M. Pastoureau, *Średniowieczna gra symboli*, dz. cyt., s. 23.

[79] O symbolice rogów zob. B. Antoniewicz-Goraj, *Diabelskie sprawy w polskiej sztuce romańskiej i gotyckiej*, [w:] A. Odrzywolska-Kidawa (red.), *Klio viae et invia. Opuscula Marco Cetwiński dedicata*, Warszawa 2010, s. 841; S. Kobielus, *Wyobrażenia szatana demonów i bożków w „Węgierskim legendarium andegaweńskim"*, [w:] T. Hrankowska (red.), *Sztuka ok. 1400. Materiały Sesji Stowarzyszenia Historyków Sztuki*, t. II, Poznań 1995, s. 89.

[80] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.

snymi włosami szczególnie nie dziwi, gdyż właśnie taka barwa włosów cieszyła się w średniowieczu popularnością, symbolizując niewinność i czystość[81]. Czerń, nie tylko zapewne w ubiorach, święci bowiem dopiero swe tryumfy w wieku XV[82]. Największy kobiecy ideał, Matka Boska, także przedstawiana była w ikonografii w jasnych, blond lub rudych włosach[83]. Jedenastowieczne dzieło *De ornatu mulierum*, przypisywane lekarce z Salerno, Trotuli, podaje, że do barwienia włosów na blond może służyć m.in. gotowany osad z białego wina połączony z miodem. Inni pisali o koloryzującym szafranie[84]. O skłonnościach kobiet do farbowania włosów na jasny kolor przekonują trzynastowieczne *exempla*[85], a informacje o metodach farbowania na blond znajdziemy w średniowiecznych traktatach medyczno-kosmetycznych[86]. Takie same włosy, czyli jasne, niekiedy z lekkim odcieniem rudości, obowiązywały jako wzór w renesansie[87]. Złote, czyli także jasne włosy, wielbił wczesnorenesansowy Boccaccio w *Wierszach*[88].

Włosy, zgodnie z przekonaniem Staruchy, były więc ważnym kryterium kobiecej urody, ale niekiedy ich właścicielki miały z nimi problemy, z przyczyn bardzo różnych. Czytamy, że włosy przerzedzały się, co wskazywać może na zwykłe ich osłabienie pod wpływem wieku[89], a może nawet na łysienie kobiece, schorzenie powszechne i we współczesnych populacjach. Starucha powiada także, że niekiedy włosy należało obcinać po chorobie, co i współcześnie także się zdarza[90]. Wypadanie włosów było najprawdopodobniej poważnym problemem kobiet, skoro przywołana wyżej lekarka Trotula podawała sposoby załagodzenia takiego stanu. Na skórę głowy zalecała stosować m.in. miksturę z uprażonych i sproszkowanych pszczół połączonych z olejem, a do pielęgnacji włosów różne szampony[91]. Francuski chirurg,

[81] A. Drążkowska, dz. cyt., s. 76.
[82] M. Pastoureau, *Niebieski. Historia koloru*, dz. cyt., s. 115.
[83] L. Wdowiak, dz. cyt., s. 115.
[84] A. Głusiuk, dz. cyt., s. 106; A. Drążkowska, dz. cyt., s. 76.
[85] A. Guriewicz, dz. cyt., s. 201.
[86] L. Wdowiak, dz. cyt., s. 118, 121.
[87] *Damy i bohaterowie*, [w:] U. Eco (red.), *Historia piękna*, tłum. A. Kuciak, Poznań 2005, s. 196.
[88] G. Boccaccio, *Wiersze*, cyt. za: *Od pasterki do pani anielskiej*, [w:] U. Eco (red.), *Historia piękna*, dz. cyt., s. 160.
[89] Zob. Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 28.
[90] M. Kędra, *Wszystko o włosach*, Warszawa 1983, s. 9 i n.; R. Michałowski, *Choroby włosów i skóry owłosionej*, Warszawa 1985, s. 165 i n., gdzie o różnych rodzajach łysienia, w tym o łysieniu występującym po przebytych chorobach.
[91] A. Głusiuk, dz. cyt., s. 105–106.

Guy de Chauliac, proponował natomiast okład z oleju kantarydowego (dziś używa się w tym celu oleju arganowego) oraz z żółtka[92] (dziś popularna jest mikstura z żółtka, cytryny, oleju rycynowego i nafty). Jako specyfik na porost włosów zalecano także mocz osiołka[93].

Trzeci podany przez Staruchę powód, dla którego niewiasta może utracić włosy, nie jest akceptowany w naszych czasach. Narratorka twierdzi bowiem, że włosy kobiety może także wyszarpać targany gniewem zalotnik[94]. Ten ostatni obraz, namalowany najprawdopodobniej przez średniowieczną rzeczywistość, sprowadza się w naszej opinii do aktu brutalności i maltretowania kobiet. Starucha jednak przechodzi nad tym do porządku dziennego, co wskazuje, że takie sytuacje stanowiły w jej czasach raczej normę. Mamy tu do czynienia ze znanym w wielu epokach i społecznościach *motywem chwytania za włosy*, o którym pisze w swej książce Kazimierz Banek[95]. Badacz stwierdza, że motyw ten był bardzo popularny w starożytności, a w starożytnej Grecji szarpanie za włosy uznawano za torturę[96]. Czyn ten miał także różną symboliczną wymowę. Najczęściej oznaczał pokonanie i wzięcie kogoś w posiadanie[97]. Takie właśnie znaczenie mają literackie i ikonograficzne przedstawienia średniowiecza, ukazujące ciągnięte za włosy kobiety. Stefan z Bourbon, żyjący we Francji w czasach autorów *Powieści o Róży*, poddając krytyce kobiece skłonności do upiększania się, opowiada w *exemplum* o mężu, który chwyciwszy swą żonę za włosy, czyścił jej policzki z malowideł[98]. W seksualnych relacjach damsko-męskich przemocy zatem nie brakowało, gdyż żyjący w XV w. we Francji, w kraju autorów *Powieści o Róży*, Villon w *Balladzie o Wilonie y grubey Małgośce* pisał, że wskutek oporów tytułowej bohaterki pełny namiętności Wilon „siniec brzydki na gębie pięścią sumiennie iey zaznaczył”[99]. Należy jednak dodać, że gest ten miał niekiedy charakter przyjazny[100]. Wyrywanie włosów, ale przez ich właścicielki – kobiety – podyktowane było też względami estetycznymi. O usuwaniu włosów w celu uzyskania wyższego czoła pisze

[92] B. Jaroszewska, *Kosmetyka pielęgnacyjna*, Warszawa 1983, s. 10.
[93] L. Wdowiak, dz. cyt., s. 115–116.
[94] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.
[95] K. Banek, *Opowieść o włosach. Zwyczaje – rytuały – symbolika*, Warszawa 2010, s. 135–144.
[96] Tamże, s. 196.
[97] Tamże, s. 141.
[98] Szerzej: A. Guriewicz, dz. cyt., s. 200.
[99] Cyt. za M. Karpiński, *Najstarszy zawód świata*, Warszawa 2010, s. 68.
[100] K. Banek, dz. cyt., s. 142.

Boccaccio i nieco później Mikołaj Rej[101]. Średniowieczna Matka Boska także była ukazywana z wydepilowanymi włosami z czoła[102].

W wielu kulturach, w tym także chrześcijańskiej kulturze średniowiecza, włosy stanowiły również siedzibę erotycznych żądz[103], stąd nierządnice miały rozpuszczone, utrefione włosy[104], a kobiety skromne i bogobojne chowały je pod czepce i różnie układane chusty[105]. Jan Długosz w *Żywocie świętej Kingi* ubolewał nad powszechnym zjawiskiem nieskrywania włosów przez kobiety przychodzące do grobu świętej[106]. Jakub z Vitry z kolei opowiada o mężczyźnie, który przyłapawszy swą żonę na zdradzie z księdzem, ostrzygł jej głowę na znak jej rozpustnego życia[107], upatrując we włosach przyczyny niegodnych czynów kobiety. Przytoczona wyżej wymowa kobiecych włosów jako siedliska cielesności, erotyzmu i seksualności może także wskazywać na sadomasochistyczne skłonności zalotnika z *Powieści o Róży*. Wszak możemy tu mówić o zachowaniu seksualnym połączonym ze zniewoleniem, zadawaniem bólu, potrzebą dominacji i okrucieństwem[108]. Takie zachowania zdarzały się zapewne dość często, skoro czytamy o nich w cytowanej wyżej balladzie Villona oraz w anonimowym tekście z przełomu XII i XIII stulecia pt. *Carmina Burana*. W tym ostatnim kochanek opowiadający najpierw o zmysłowych doznaniach związanych z kobietą wyznaje następnie: „Staję się śmiały i używam siły [...]"[109]. Jeśli perwersje sadystyczne polegają na zaspokajaniu potrzeb seksualnych połączonym z zadawaniem partnerowi cierpienia[110], to tu je bezwzględnie widzimy. W jednej z publikacji czytamy: „Takie było średniowiecze, publicznie sławiło łagodność, a otwarcie

[101] G. Boccaccio, *Labirynt miłości*, dz. cyt., s. 120; Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 32.

[102] L. Wdowiak, dz. cyt., s. 114–115; zob. także A. Drążkowska, dz. cyt., s. 76.

[103] K. Banek, dz. cyt., s. 215.

[104] D. Ostrowska, *Wizerunek kobiety w pismach Ojców Kościoła*, [w:] J. Brach-Czaina (red.), *Od kobiety do mężczyzny i z powrotem*, Białystok 1997, s. 67; I. Skierska, *Obowiązek mszalny w średniowiecznej Polsce*, Warszawa 2003, s. 196.

[105] O kobiecych nakryciach głowy w średniowieczu: J. Wiesiołowski, *Ubiór i moda*, dz. cyt., s. 37 i n.; A. Drążkowska, dz. cyt., s. 22–28, 78–92; A. Pastuszak-Kowalska, *Zagadnienia kostiumologiczne kroniki Jana Długosza*, Sandomierz 1998, s. 34–35; M. Możdżyńska-Nawotka, dz. cyt., s. 8, 12, 33; E. Szyller, dz. cyt., s. 83–84, 87, 97–99, 102–103.

[106] *Vita beatae Kunegundis*..., dz. cyt., s. 301.

[107] A. Guriewicz, dz. cyt., s. 200.

[108] Szerzej: K. Imieliński, *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa 1986, s. 233–237, 238–240, gdzie o sadyzmie i masochizmie, składowych sadomasochizmu; G. Bonnet, *Perwersje seksualne: historia pojęcia, opis objawów, przyczyny*, tłum. D. Demidowicz-Domanasiewicz, wstęp Z. Lew-Starowicz, Gdańsk 2006, s. 66–67.

[109] Anonim, *Carmina Burana*, cyt. za *Od pasterki do pani anielskiej*, [w:] U. Eco (red.), *Historia piękna*, dz. cyt., s. 158.

[110] G. Bonnet, dz. cyt., s. 66–67.

akceptowało przejawy okrucieństwa [...]"[111]. Scena z *Powieści o Róży* odzwierciedla więc realia czasów twórcy, czyli Francji XIII stulecia. W średniowieczu, pewnie jak w każdej epoce, nie brakowało aktów gwałtów i maltretowania kobiet, także z przyczyn seksualnych. W polskich przekazach tych czasów czytamy o duszeniu i topieniu kobiet, i to często pochodzących z elit społecznych[112].

Na tym nie koniec informacji o włosach. Na brak lub skąpe owłosienie głowy Starucha zaleca bowiem stosowanie peruk, dając wskazówki co do sposobu ich wykonania. Do tego celu służyć mogą włosy zmarłej kobiety lub „jedwabnych nitek sploty", które należy naszyć na ciasnym czepcu[113]. Jan z Meun zna się widać na rzeczy, gdyż znawcy perukarstwa twierdzą, że „każdy element perukarski jest wykonany techniką naszywania pletni lub wiązania włosów na tkaninach"[114]. I dziś peruki wykonuje się z włosów ludzkich i włókien naturalnych, choć perukarstwo idzie w kierunku włókien sztucznych i syntetycznych[115]. Autor ma też rację, pisząc o ciasnym czepcu, peruka musi bowiem ciasno przylegać do czaszki[116]. Przywołane zaś przez Staruchę „sploty nitek" to nic innego jak grubość wiązania, czyli liczba włosów w jednym węźle[117]. Peruki były więc w średniowieczu w użyciu, bo ich noszenie potwierdzają też trzynastowieczne *exempla*. Jedno z nich mówi o tym, jak małpa zerwała perukę z głowy próżnej, starej kobiety uczestniczącej w kościelnym święcie[118]. Autor *Powieści o Róży* przywiązuje więc dużą wagę do kobiecych włosów, wskazując także na związane z nimi problemy.

Do włosów, tylko innych, odnosi się kolejne zalecenie. Starucha proponuje bowiem depilację intymnych miejsc kobiecych. Mówi więc:

„niech pajęczynę więc usuwa,
skubiąc ją, paląc albo goląc
tak, by i mech tam nie pozostał"

Wszystko zaś po to, by „izba Wenery" czystą była[119]. Autor tej części poematu daje dowód znajomości mitologii rzymskiej, a zwłaszcza rzymskiej bogini piękna i miłości – Wenery. Przekonuje także o fachowej wiedzy dotyczącej sposobów utrzymania higieny intymnej,

[111] *Od pasterki do pani anielskiej*, [w:] U. Eco (red.), *Historia piękna*, dz. cyt., s. 158.
[112] Ł. Charewiczowa, dz. cyt., s. 36–37.
[113] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 296.
[114] F. Cieślak, P. Lewandowska. H. Przyjemska, *Charakteryzacja i perukarstwo*, Warszawa 1967, s. 233.
[115] Tamże, s. 205, 284.
[116] Tamże, s. 233.
[117] Tamże, s. 248.
[118] A. Guriewicz, dz. cyt., s. 200, 206.
[119] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

a te, czytamy w poemacie, praktykowane były przede wszystkim przez grzeczne dziewczęta. Higienę tę można zatem utrzymać dzięki depilacji dokonywanej różnymi metodami: przez skubanie, czyli wyrywanie, golenie lub palenie[120]. Dwa pierwsze sposoby są dziś powszechnie stosowane, o ostatnim zaś zupełnie się nie słyszy. Depilacja miejsc łonowych ma swe źródło w starożytności. Znana była zwłaszcza kobietom ateńskim. Praktykę tę stosowały także kobiety egipskie[121]. Zupełnie bezzasadne jest stwierdzenie Kazimierza Banka: „Jak było później, na przykład w epoce średniowiecza, nie wiadomo"[122], ponieważ na temat depilacji włosów łonowych mówi wiele tekstów epoki. Najwięcej pisała o tym, i to już w XI w., Trotula w *De ornatu mulierum*. Lekarka zalecała, by najpierw odpowiednio przygotować ciało do depilacji, czyli zażyć kąpieli parowej, a następnie nałożyć maść sporządzoną na przykład z niegaszonego wapna gotowanego z wodą i aurypigmentem. Do „kremów depilacyjnych" można było dodawać gałkę muszkatołową, cynamon lub kadzidło. Świadomość zabiegu była duża, gdyż medyczka ostrzegała, że przegotowanie specyfiku lub zbyt długie trzymanie go na skórze może doprowadzić do poparzeń[123]. O depilacji wspominają także trzynastowieczne teksty: analizowana w tym artykule *Powieść o Róży* oraz *Compendium Medicinae*. Autor tego ostatniego, Gilbertus Anglicus (XIII w.), pisze o depilatorach usuwających nadmierne owłosienie[124]. Francuski chirurg Henri de Mondeville (1260–1320) proponował natomiast do depilacji tak powszechnie stosowany dziś do tego celu wosk[125]. Opracował również sposób depilacji przypominający stosowaną dziś elektrolizę, polegający na wprowadzaniu do korzenia włosa gorącej igły niszczącej jego brodawkę[126]. W Polsce do depilacji służyły kobietom szczypce, na co wskazują wykopaliska pochodzące z wczesnośredniowiecznych warstw w Gnieźnie[127]. Widzimy zatem, że popularne w dzisiejszej kosmetologii zabiegi nie były obce naszym przodkom. Zaskakiwać może źródłowo udokumentowana dbałość średniowiecznych kobiet o ciało, zwłaszcza w konfrontacji z powszechnie powielanymi sądami o niskim poziomie higieny w interesującej nas epoce[128].

[120] Tamże.
[121] K. Banek, dz. cyt., s. 214.
[122] Tamże.
[123] Szerzej: A. Głusiuk, dz. cyt., s. 104–105.
[124] Szerzej: L. Wdowiak, dz. cyt., s. 119.
[125] Tamże, s. 120.
[126] B. Jaroszewska, dz. cyt., s. 10.
[127] J. Tyszkiewicz, *Człowiek w środowisku geograficznym Polski średniowiecznej*, Warszawa 1981, s. 79.
[128] Tamże.

Powieść o Róży daje także wyobrażenie o średniowiecznych stanach chorobowych. Oprócz przywoływanych wyżej chorób włosów, czytamy w poemacie o chorobach skóry, które w tej epoce był powszechne[129]. Starucha poucza potencjalną zalotnicę, aby nie przejmowała się świerzbem widocznym na rękach, objawiającym się krostami i wypryskami, bowiem problem można rozwiązać dwojako: zakładając rękawiczki bądź przebijając wypryski igiełką[130]. Zauważalna tu dbałość o widoczne części ciała przejęta została przez średniowiecze od starożytnych, a przejawiała się w zaleceniach dotyczących mycia rąk. Celem zabiegu miała być jednak raczej przyzwoitość niż higiena, gdyż wygląd zewnętrzny miał odpowiadać regułom towarzyskiego życia[131]. Świerzb to choroba znana średniowiecznym ludziom. W dziele Al-Bekriego z XI w. czytamy o słowiańskich łaźniach parowych z IX–X w., których zażywanie stanowiło antidotum na świerzb[132]. W XI w. słynna Trotula także proponowała lekarstwo na tę przypadłość. Jednym ze sposobów walki z chorobą było stosowanie maści zrobionej z masła i tłuszczu wieprzowego oraz dymicy[133]. Średniowieczna medycyna miała wyobrażenie i o tym, że świerzb jest chorobą zakaźną. Jako taką wymieniano ją w XIV w. obok trądu, febry, suchot, róży czy ropienia oczu[134]. Jak wiele chorób skóry, świerzb jest trudny w diagnozowaniu, ale nie dla Staruchy, która nie miała, jak widać, z tym problemu. W tekście czytamy tylko o widocznych, zaatakowanych przez chorobę częściach ciała, ale wiemy, że zmiany chorobowe pojawiają się także w okolicach narządów rodnych, pępka, piersi, linii pasa[135]. Zastanawiające jest, co Starucha miała na myśli, sugerując usuwanie wyprysków igiełką? Na początku ubiegłego wieku Józef Hornowski pisał, że dla potwierdzenia diagnozy usuwa się świerzbowca z kanałów świerz-

[129] Szeroko na temat chorób popularnych w Polsce średniowiecznej: J. Tyszkiewicz, dz. cyt., s. 96 i n.; s. 205 i n.; tenże, *Ludzie i przyroda w Polsce średniowiecznej*, Warszawa 1983, s. 240 i n.; G. Klimecka, *Chory i choroba*, [w:] B. Geremek (red.), dz. cyt., s. 61–62.

[130] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 297.

[131] G. Vigarello, *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, tłum. B. Szwarcman-Czarnota, Warszawa 1996, s. 52–53.

[132] Szerzej: S. Trawkowski, dz. cyt., s. 61.

[133] A. Głusiuk, dz. cyt., s. 108.

[134] W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2008, s. 379; J. Tyszkiewicz, *Człowiek w środowisku…*, dz. cyt., s. 105; o świerzbie w następnych wiekach: Z. Libera, *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wrocław 1995, s. 93, 132, 148.

[135] *Świerzb*, [w:] A. Ożarowski (red.), *Ziołolecznictwo. Poradnik dla lekarzy*, Warszawa 1983, s. 652; *Świerzb*, [w:] S. Jabłońska (red.), *Choroby skóry*, Warszawa 1980, s. 129; *Świerzb*, [w:] F. Miedziński (red.), *Dermatologia*, t. I, Warszawa 1982, s. 236–237.

bowcowych, wbijając igłę w miejsce, gdzie kończy się kanał. Pasożyt przyczepia się wtedy do igły i zostaje wyciągnięty[136]. Być może wskazana w trzynastowiecznym tekście metoda była pierwowzorem tego zabiegu, skoro już w tym czasie opisywano świerzbowca w traktatach medycznych[137].

Starucha wskazuje także na inne problemy estetyczno-higieniczne związane ze stanami chorobowymi. Dużo uwagi poświęca higienie jamy ustnej oraz uzębieniu. Na początku wspomina o nieświeżym oddechu, który może przytrafić się flirtującej kobiecie. Żadne to jednak zmartwienie, pociesza Starucha, kobieta taka nie powinna wtedy bowiem jedynie otwierać ust i przybliżać się do innych ludzi. Nieświeży oddech miał zapewne wiele przyczyn, ale jedną z podstawowych mogła być bardzo popularna w średniowieczu próchnica[138]. Na tę przypadłość znano wtedy sposoby. Przywoływana już włoska lekarka Trotula zalecała m.in. żucie kopru włoskiego, lubczyku lub pietruszki[139]. O stosowaniu w tym celu pietruszki wiele mówi się także współcześnie. Niemiły zapach z ust znosić także miała krew z węża, stosowana jako pomadka do ust[140].

Starucha zwraca także uwagę na kobiecy śmiech, który będzie ponętny dla mężczyzn tylko przy zachowaniu przez kobiety odpowiednich zasad. Zgodnie z zaleceniami należy śmiać się delikatnie, nie wydymać przy tym policzków, nie rozchylać warg, nie pokazywać zębów, zwłaszcza, kiedy są krzywe i brzydko osadzone. Pożądane byłoby, żeby podczas śmiania pokazywały się w policzkach dołki, i to równomiernie[141]. Propozycja wystudiowanego uśmiechu trochę zaskakuje w konfrontacji z innymi, nieskrępowanymi raczej zalecanymi w utworze zachowaniami. Zaskakuje także w zetknięciu z poglądami chrześcijańskich pisarzy, na przykład kaznodziejów, którzy w swej wstrzemięźliwości nie zabraniali wesołości i śmiechu, twierdząc przy tym, że niezdolność do śmiania się to cecha ludzi, którzy zetknęli się z innym, tamtym światem. Grzeszny był jedynie nadmierny śmiech[142].

---

[136] J. Hornowski, *Pasorzyty ciała ludzkiego i walka z niemi*, Warszawa 1924, s. 31 (http://rcin.org.pl/miiz/Content/6673/WA058_3301_K1182_Pasoz-ludz-Hornowski.pdf, dostęp 22.12.2015); zob. także *Świerzb*, [w:] F. Miedziński (red.), dz. cyt., s. 237.

[137] Szerzej: J. Hornowski, dz. cyt., s. 31.

[138] G. Klimecka, dz. cyt., s. 61; J. Tyszkiewicz, *Człowiek w środowisku...*, dz. cyt., s. 103–104.

[139] A. Głusiuk, dz. cyt., s. 108.

[140] B. Jaroszewska, dz. cyt., s. 10.

[141] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 298.

[142] A. Guriewicz, dz. cyt., s. 207; por. J. Pelc, *„Sam ze wszytkiego stworzenia* / *Człowiek ma śmiech z przyrodzenia*, [w:] A. Karpiński, E. Lasocińska, M. Hanusiewicz (red.), *Śmiech i łzy w kulturze staropolskiej*, Warszawa 2003, s. 15.

Zauważa się przy tym lekką absencję kobiet w tej sferze, wynikającą z męskich przekonań o nierozumieniu przez białogłowy żartów i ich mało pożytecznym uczestniczeniu w życiu towarzyskim, które może być śmiechotwórcze[143].

I na koniec o stanie przeciwnym – płaczu, nad którym trzeba mieć także pełną kontrolę. Niewiasty, jak się dalej okazuje, nie mają z tym problemu:

„każda rozpłacze się, gdy zechce,
w najdogodniejszej dla niej chwili"[144].

Zaleca więc Starucha manipulowanie płaczem, co Boccaccio nazwał wylewaniem potoków obłudnych łez[145]. I to już stoi w sprzeczności z poglądem chrześcijańskiego średniowiecza na tzw. dar łez, rozumiany jako wyraz pokory, oznaka otrzymanego od Boga daru czy wręcz kryterium świętości[146]. Średniowieczny kontrast i tu znalazł swe ujście.

W podsumowaniu powyższej interpretacji podkreślić należy, że dotyczy ona utworu nienależącego do kanonu średniowiecznej literatury. Co ważniejsze, utworu wywołującego wiele kontrowersji – z jednej strony wielbionego, z drugiej potępionego i zakazanego[147]. Zawarte w nim poglądy do powszechnych zatem nie należały, a zwłaszcza poglądy autora drugiej części dzieła, Jana z Meun, który potraktował sztukę miłości jako pretekst do ukazania sztuki życia, z całą gamą ludzkich losów, zachowań i potrzeb[148]. Twórca zdradza nam swe wyobrażenia dotyczące zachowania nieskrępowanej żadnymi więzami kobiety w relacjach damsko-męskich. Poucza potencjalną zalotnicę o sposobach ubierania się, leczenia bądź ukrywania chorobowych stanów, wskazuje na świadome używanie śmiechu i płaczu oraz namawia do wszelkich kosmetycznych zabiegów, w tym do malowania. Echa zalecanych w dziele zabiegów pielęgnacyjno-kosmetycznych odnajdujemy we współczesnych praktykach. Jan z Meun zna także kanony kobiecego piękna, co widoczne jest w adresatkach porad, czyli pięknych i brzydkich kobietach. Wykazuje przy tym znajomość trzynasto-

[143] J. Poraziński, *Staropolska kultura śmiechu: ludzie – teksty – konteksty*, Toruń 2015, s. 9–10.

[144] W. z Lorris, J. z Meum, dz. cyt., s. 298.

[145] G. Boccaccio, *Labirynt miłości…*, dz. cyt., s. 159.

[146] J. Le Goff, N. Truong, *Historia ciała w średniowieczu*, tłum. I. Kania, Warszawa 2006, s. 59–63; por. M. Koczerska, dz. cyt., s. 112; gdzie o płaczu jako wyrazie impulsywności ludzi średniowiecza.

[147] O sporze wokół utworu: J. Huizinga, dz. cyt., s. 145–148.

[148] M. Frankowska-Terlecka, *Pojęcie filozofii…*, dz. cyt., s. 9, 13.

wiecznych trendów modowych, co szczególnie nie dziwi, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że to Francja, a zwłaszcza Burgundia, nadawała wtedy ton europejskiej modzie[149]. Jest zatem świadomy wymogów stawianych strojom, które miały przede wszystkim wyszczuplać sylwetkę. Z kobiecych ozdób wspomina tylko o kolczykach w kształcie rogów, które mogą tu mieć także symboliczną wymowę. Dużo uwagi poświęca włosom, dając do zrozumienia, że są one ważnym kryterium kobiecej urody. Wspomina o modnych blond włosach, ale i o problemach z nimi związanych, na przykład wypadaniu. Sugeruje noszenie peruk, wskazując tym samym na ich stosowanie w jego czasach. Pisze także o świerzbie, chorobie skóry będącej zapewne powszechnym zjawiskiem. Zaleca też kobietom zabawy i tańce. Postawa, jaką im proponuje, a mianowicie równorzędność, a niekiedy nawet nadrzędność w stosunku do mężczyzn, nie wpisuje się w kanon średniowiecznej mentalności, podobnie jak proponowana swoboda obyczajowa i seksualna. Jan z Meun reprezentuje zatem sposób myślenia jedynie jakiejś części społeczności. Oryginalne poglądy dotyczące sfery damsko-męskiej, „podszyte zmysłowością, drwiącym cynizmem i wytworną symboliką"[150], będące wyrazem intelektualnej kondycji warstw wykształconych[151], dały okazję do ukazania wielu aspektów codziennego życia bohaterów, co pozwala poznać duże pokłady dorobku materialnego i duchowego trzynastowiecznej Francji.

Summary
How elderly lady gives advices – health and beauty on the example of *Novel about the Rose*

Novel about the Rose is a French poem, which first part was written by Wilhelm de Lloris in year 1230, second part goes to Jean de Meum in 1280 year. This piece is a seen, which tells us about travelling of the main hero through the love garden, which is inhabited by personifications. The main heroin of few chapters, who is also the teller, is this elderly lady, who show us her ideas about the nature and freedom. She gives some advices, how to be pleasant and she teaches women how to take care about their health, especially their beauty. Jan from Meum, the author of second part of this piece reveal us his image about relations between men and women. He teaches, how to treat or hide some illnesses. Itch is the main disease, he writes mostly. Jan from Meum gives a purpose in smilling and crying, what is more he encourages women to every cosmetic movements, make up for example. He knows the canons so he distinguishes beautiful and ugly women.

[149] E. Szyller, dz. cyt., s. 113.
[150] J. Huizinga, dz. cyt., s. 146.
[151] M. Frankowska-Terlecka, *Pojęcie filozofii...*, dz. cyt., s. 9.

Moreover he is conscious of the fashion from the thirteen century. Hair is for him one of the most important criterion. Furthermore he recommends fun and dance. Ideas connected with this novel which are totally different from church's point of view, makes this book loved and hated in the same time. Thanks to that masterpiece we are aware of daily life of main characters and their visions and decisions of highly educated people from France in thirteen century.

GRZEGORZ WIKTOROWSKI

Choroby przewlekłe i ich profilaktyka w nauczaniu konfesyjnym Adwentystów Dnia Siódmego (*Seventh-Day Adventists*) w Stanach Zjednoczonych

Słowa kluczowe: adwentyzm, choroby przewlekłe, eutanazja, religijny model medycyny, John Harvey Kellogg, masturbacja

Adwentyzm to jeden z nielicznych ruchów w łonie chrystianizmu, który problematykę zdrowia i choroby uczynił istotną częścią własnej teologii i praktyki religijnej. Zagadnienia zdrowego trybu życia oraz dbania o własny organizm stały się integralną częścią adwentystycznej doktryny religijnej. Określić ją można mianem *adventist lifestyle*. Adwentyści za pośrednictwem hermeneutyki (a dokładniej egzegezy) o charakterze fundamentalistycznym, literarystycznym[1], odwołują się do tekstu *Nowego Testamentu*, który wypowiada się o ciele jako o świątyni Ducha Świętego: „Albo czy nie wiecie, że ciało wasze jest świątynią Ducha Świętego, który jest w was i którego macie od Boga,

[1] Adwentyzm nie jest zaliczany do amerykańskiego protestantyzmu fundamentalistycznego. Dzieje się tak na skutek dość licznych różnic doktrynalnych z resztą wyznań tego typu. Przymiotnik fundamentalistyczny odnosi się do pewnego typu interpretacji hermeneutycznej oraz wywodzonej z niej wizji świata oraz zbioru reprezentowanych postaw. O tym rodzaju egzegezy pisałem w: G. Wiktorowski, *Przezwyciężyć „świat". Elementy transgresyjne w amerykańskim protestantyzmie fundamentalistycznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, E.I. Rudolf (red.), *Perspektywy poznawcze w kulturze europejskiej. Studium porównawcze*, Orbis Exterior – Orbis Interior, T. 5, Wrocław 2012, s. 105–155.

i że nie należycie też do siebie samych?"[2]. Z tego fragmentu wywiedziono teologiczne podstawy do twierdzenia o ważności zagadnień związanych z właściwą dbałością o zdrowie i zdrowy tryb życia. Od początków działalności o charakterze misyjno-ewangelizacyjnym adwentyzm rozbudowywał sieć własnych placówek medycznych, w tym szpitali i klinik, w których leczono setki tysięcy pacjentów, nie tylko adwentystów. Jak podaje polski religioznawca Andrzej Tokarczyk, w 1969 r.[3] Kościół Adwentystów Dnia Siódmego (dalej: KADS) posiadał 196 szpitali i sanatoriów w blisko 200 krajach świata[4] oraz 320 lecznic i przychodni zatrudniających ok. 22 tys. pracowników (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarki)[5]. Kościół posiada również fabryki zdrowej żywności, a w wielu krajach adwentyści tworzą komitety i organizacje współpracujące z krajowymi organizacjami antyalkoholowymi oraz antynikotynowymi. Popierają i propagują także ruchy ekologiczne[6].

Początki przebudzenia adwentowego sięgają wczesnych lat XIX w., a upatrywać ich można w wydarzeniach związanych z Wiosną Ludów (1848–1849) oraz – przede wszystkim – w przemianach, jakie dokonywały się w amerykańskim protestantyzmie. W Europie, po francuskiej rewolucji lipcowej (1830) oraz po stłumieniu powstania listopadowego na ziemiach polskich (1830–1831), pojawiły się liczne tendencje oraz nurty o charakterze mesjanicznym i romantycznym. Narastało swoiste oczekiwanie na zmiany społeczne. Na gruncie religijnym przybierały one częstokroć właściwości millenarystyczne o silnych rysach eschatologicznych. Taki proces zachodził w religii amerykańskiej, w której pojawiały się koncepcje o zbliżającym się przesileniu dziejowym. Sprzężone były one z opóźnioną reakcją na wydarzenia rewolucyjne w Europie oraz nasilającymi się napięciami wewnątrz społeczeństwa amerykańskiego[7]. W protestantyzmie amerykańskim wzmagały coraz mocniej tendencje hermeneutyczne kierujące

[2] Cyt. 1 Kor 6, 19; wszystkie cytaty, jeśli nie podano inaczej, za: *Biblia to jest Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Nowy przekład z języków hebrajskiego i greckiego opracowany przez Komisję Przekładu Pisma Świętego*, Warszawa 1975 (tzw. Biblia Warszawska).

[3] Stare dane podaję wyłącznie w celu ukazania skali zjawiska niespełna pół wieku temu. W dalszej części artykułu podaję aktualne dane.

[4] W 1969 r. na świecie były 143 niepodległe państwa. Być może autor posługuje się inną jednostką administracyjną bądź też pisze z perspektywy współczesnej.

[5] Por. A. Tokarczyk, *Adwentyzm. Rzecz o końcu świata. Mały słownik*, Warszawa 2009, s. 149.

[6] Por. tamże, s. 149–150.

[7] Por. T. Dębowski, *Zarys myśli społecznej Kościołów protestanckich w Polsce w latach 1945–1995*, Wrocław 2002, s. 38; szerzej odnośnie amerykańskiego millenaryzmu por. m.in.: E.R. Sandeen, *The Roots of Fundamentalism: British & American Millenarianism, 1800–1930*, Chicago 1970.

rozważania teologiczne w stronę historyzmu biblijnego. To w biblijnej historii świętej poszukiwano schematu i porządku dziejów, a w księgach o charakterze profetycznym i apokaliptycznym zapowiedzi na przyszłość. W religii obywatelskiej, jaką był amerykański protestantyzm o silnym rysie anglosaskim z tendencjami chiliastycznymi opartymi na hermeneutyce literarystycznej, idee adwentystyczne znalazły podatny i płodny grunt (milleryzm, mormonizm, restauracjonizm, russelizm). Nowy Świat jawił się jako Nowy Początek, w którym można realizować utopijne projekty raju na ziemi w postaci Nowego Syjonu, Nowego Izraela, Nowego Jeruzalem czy Nowej Ziemi Obiecanej[8]. *Historia sacra* zaaplikowana została tym samym na półkuli zachodniej.

Największą denominacją adwentystyczną jest Kościół Adwentystów Dnia Siódmego (*Seventh-Day Adventist Church*), który wyznaje wiarę w znaczenie adwentu oraz nieomylność *Pisma Świętego*. Wśród członków-fundatorów tej denominacji adwentystycznej była Ellen Gould White z domu Harmon (1827–1915). Ta niepozorna kobieta, która była wegetarianką i ukończyła zaledwie trzy klasy, położyła podwaliny pod doktrynę, którą śmiało możemy określić mianem teologii zdrowia. Ten aspekt ruchu adwentystycznego będzie zasadniczym wątkiem w tym opracowaniu[9].

E.G. White była zaledwie siedemnastoletnią kobietą, kiedy otrzymać miała za pośrednictwem wizji instrukcję od Boga. Ta ostatnia przyczynić się miała do rozwoju charakterystycznej dla adwentystów „filozofii zdrowia", której immanentną częścią jest imperatyw zdro-

[8] Por. m.in.: A. Peck, *Teleewagelizm, apokalipsa i polityka: współczesna prawica protestancka w Stanach Zjednoczonych*, Tyczyn 2005, s. 169–190 (rozdz. *Oczekiwanie na koniec świata: fascynacje apokaliptyczne amerykańskiego protestantyzmu*); por. także: taż, *Jerozolima w apokaliptycznych koncepcjach religijno-politycznych amerykańskiej prawicy protestanckiej*, „Przegląd Religioznawczy" 2001, nr 3–4 (201/202), s. 51–61.

[9] Więcej odnośnie do powstania i historii ruchu adwentystycznego por. m.in.: T.D. Aamodt, G. Land, R.L. Numbers (red.), *Ellen Harmon White: American Prophet*, Oxford–New York 2014; M. Bull, K. Lockhart, *Seeking a Sanctuary: Seventh-day Adventism and the American Dream*, Bloomington–Indianapolis 2007; G. Land (red.), *Adventism in America: A History*, Berrien Springs 1986 (wydawnictwo jest organem Andrews University – adwentystycznej uczelni założonej w 1874 r. jako Battle Creek College); D. Morgan, *Adventism, Apocalyptic, and the Cause of Liberty*, „Church History" 1994, t. 63, nr 2: *Studies in Christianity & Culture*, s. 235–249; tenże, *Adventism and the American Republic: The Public Involvement of a Major Apocalyptic Movement*, przedmowa M.E. Marty, Knoxville 2001; R.L. Numbers, *Prophetess of Health: A Study of Ellen G. White*, Library of Religious Biography, [nn – seria wydawnicza nienumerowana], Grand Rapids–Cambridge 2008; D.L. Rowe, *God's Strange Work: William Miller and the End of the World*, przedmowa M.A. Noll, Library of Religious Biography, [nn], Grand Rapids–Cambridge 2008.

Fotografia 1. Ellen G. White w 1899 r. Źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/Ellen_ G._ White#cite_note-83.

wego stylu życia (*healthful living*) jako moralnego zobowiązania dotyczącego wszystkich adwentystów. Ten ostatni, tj. zdrowy styl życia, jako cecha nakazu religijnego i moralnego (wartość normatywna), legł u podstaw takich instytucjonalnych form, jak choćby Battle Creek Sanitarium w Battle Creek w stanie Michigan. Jednym z pierwszych jego dyrektorów został późniejszy „król płatków śniadaniowych" John Harvey Kellogg (1852–1943)[10].

Zanim przejdziemy do postawionego w temacie artykułu problemu, zatrzymajmy się w Battle Creek, który jest sztandarową egzemplifikacją adwentystycznej wizji świata, której immanentną częścią jest imperatyw zdrowego stylu życia. Ośrodek rozpropagował stanowisko adwentystyczne wśród protestanckiej części społeczeństwa amerykańskiego. Został utworzony w 1866 r. jako Western Health Reform Institute. Od 1876 r. zarządzał nim lekarz, późniejszy inwestor w śniadaniowy przysmak J.H. Kellogg. Zamienił jego nazwę z sanatorium, jako terminu oznaczającego w angielszczyźnie ośrodek zdrowotny dla przebywających tam terminowo niepełnosprawnych i chorych żołnierzy, na „sanitarium". Podkreślił w ten sposób aspekty higieniczne, które były komplementarną częścią rozwijanego w nim podejścia[11].

[10] W jego postać wcielił się Anthony Hopkins (*1937) w zabawnej komedii *Droga do Wellwille* na motywach powieści Toma Coraghessana Boyle'a (*1948) o tym samym tytule (1993); por. *The Road to Wellwille* (*Droga do Wellwille*), reż. A. Parker, prod. USA/Wlk. Brytania 1994.

[11] W Europie był to również czas reform higienicznych oraz organizacji krajowych służb zdrowia publicznego; por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013, passim; odnośnie do organizacji sanatoriów jako ośrodków lecznictwa chorób przewlekłych por. seria wydawnicza „Kultura Uzdrowiskowa w Europie", w której ukazało się od 2012 r. sześć tomów: B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak (red.), *Historia kultury uzdrowiskowej w Europie*, Wrocław 2012; t. 2: B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Historia polskiej kultury uzdrowiskowej*, Wrocław 2012; t. 3: B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak (red.), *Kultura uzdrowiskowa na Dolnym Śląsku w kontekście europejskim*, t. 1, Wrocław 2013; t. 4: taż, taż (red.), *Kultura uzdrowiskowa na Dolnym Śląsku w kontekście europejskim*, t. 2, Wrocław 2013; t. 5: B. Płonka-Syroka, A. Namal, A.D. Erdemir (red.), *Health Resort Treatment in Turkey, Russia*

J.H. Kellogg tworzył w nim swój model profilaktyki zdrowotnej opartej na podejściu holistycznym, implikującym odżywianie (sam był orędownikiem wegetarianizmu), praktyce lewatywy[12] jako środka terapeutycznego oraz ćwiczeniach i aktywności fizycznej. Ważnym komponentem diety wegetariańskiej był wynalazek znany pod nazwą płatki śniadaniowe (*breakfast careal* lub *corn flakes*)[13]. J.H. Kellogg założył American Medical Missionary College, który później został włączony w struktury Illinois State University (Uniwersytetu Stanowego Illinois). W Battle Creek, prócz swojej niskotłuszczowej i niskoproteinowej diety zawierającej produkty pełnoziarniste, bogate w błonnik z dużą ilością orzechów, rekomendował codzienne zażywanie świeżego powietrza, ćwiczenia na dworze oraz higienę osobistą, z której czynił niezbędny składnik edukacji zdrowotnej[14]. Wdrażał procedury terapeutyczne opierające się na hydroterapii (wodolecznictwo), fototerapii (światłoterapii, helioterapii – „kąpielach słonecznych"), termoterapii (ciepłolecznictwo), elektroterapii (elektrolecznictwo), mechanoterapii[15], edukacji zdrowotnej wyposażającej kuracjuszy w niezbędną wiedzę odnośnie do zachowań prozdrowotnych, jak i profilaktyce[16], leczeniu zimnym powietrzem (*cold-air cure*) oraz kulturze fizycznej[17].

and Germany (19th–20th Century): A Comparative Analysis Based on a Selection of Case Studies, Wrocław 2014; t. 6: B. Płonka-Syroka, L. Czyż, A. Syroka, K. Sudoł (red.), *Uzdrowiska w procesie modernizacji (XIX–XXI wiek)*, Wrocław 2014.

[12] Wątek ten jest przezabawnie ukazany we wspomnianym filmie *Droga do Wellwille*.

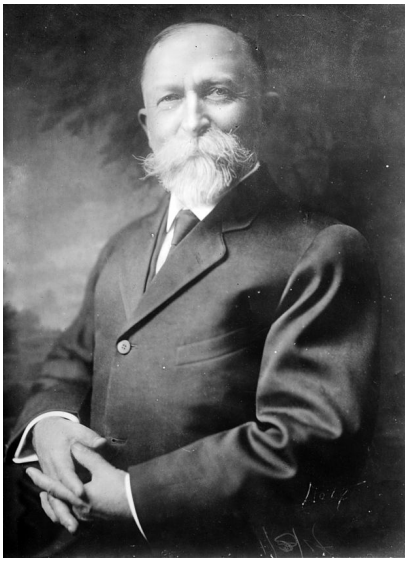
[13] Zostały opatentowane w 1895 r. Przeciętne płatki (te niezbyt przetworzone) są źródłem węglowodanów, białka, tłuszczów (witaminy A, D, E, K), błonnika oraz witamin i składników mineralnych: witaminy C, witamin grupy B (B_1, B_2, B_6, B_{12}, B_9 i B_{11} – kwas foliowy, B_5 – kwas pantotenowy), witaminy E, jak również wapnia oraz żelaza.

[14] Postulaty J.H. Kellogga są wciąż aktualne, szczególnie w kontekście „osiadłego" trybu życia, jaki obecnie prowadzi przeciętny mieszkaniec tzw. społeczeństwa zachodniego. Aktywność fizyczna zdaje się być postulatem nie tylko lekarzy, fizjoterapeutów, edukatorów medycznych, lecz także pedagogów, nauczycieli czy publicystów. Ci wymienieni przeciwstawiają czas spędzony przed komputerem, telewizorem, niezdrowy styl odżywiania typu *fast food*, przemieszczanie się za pomocą samochodu – czasowi spędzonemu na świeżym powietrzu, aktywności ruchowej, zdrowej, zbilansowanej i pełnowartościowej diecie obfitującej w warzywa i owoce oraz podróżowaniu pieszemu czy za pomocą roweru. Sam J.H. Kellogg i jego brat przeżyli po 91 lat.

[15] Regeneracja tkanek za pośrednictwem czynników mechanicznych, m.in. masażu terapeutycznego; szerzej por. m.in. K.M. Khan, A. Scott, *Mechanotherapy: How Physical Therapists' Prescription of Exercise Promotes Tissue Repair*, „British Journal of Sports Medicine" 2009, t. 43, nr 4, s. 247–252.

[16] Zawód edukatora zdrowotnego jest niezwykle popularny w USA; por. m.in. J. McKenzie, B. Neiger, R. Thackeray, *Planning, Implementing, & Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*, San Francisco 2009.

[17] Szerzej nt. sylwetki tego reformatora opieki zdrowotnej por. m.in.: R.W. Schwarz, *John Harvey Kellogg: Pioneering Health Reformer*, Washington 2006; B.C. Wilson, *Dr. John Harvey Kellogg and the Religion of Biologic Living*, Bloomington–Indianapolis 2014.



Fotografia 2. John Harvey Kellogg w 1913 r.

Źródło: http://www.willard.lib.mi.us/historical/bcphotos/individuals/h55_5340.htm.

Jako adwentysta J.H. Kellogg był orędownikiem abstynencji seksualnej. Zachęcał do niej w swoich publikacjach, odwołując się do przesłanek naukowych – w tym do chorób przenoszonych przez kontakt seksualny – oraz przesłanek religijnych proweniencji adwentystycznej[18]. Jedną z nich było twierdzenie, że zdrowa dieta z jedynie dwoma posiłkami dziennie obniża popęd seksualny[19]. By zminimalizować chuć, należało wystrzegać się „stymulujących" dań i napojów, w tym zrezygnować z mięsa. Kellogg postulował także utrzymywanie okrężnicy „w czystości" za pomocą „ jogurtowej lewatywy" (*yogurt enemas*)[20]. Seks pozamałżeński uznawał za „ekstremalnie" niezdrowy, a masturbację za destrukcyjną dla ludzkości, której nie szkodzi „ani wojna, ani ospa, ani podobna choroba" w takim stopniu, jak szkodzi onanizm[21]. Tego ostatniego był zaciekłym przeciwnikiem,

[18] Por.: J.H. Kellogg, *Plain Facts for Old and Young*, Burlington 1881. Wcześniejszy tytuł *Plain Facts about Sexual Life*. Cały tekst dostępny jest również w wersji elektronicznej: http://www.gutenberg.-org/files/19924/19924-h/19924-h.htm [dostęp: 10.12.2014]. Jest to 644-stronicowe dzieło zawierające 97-stronicowy traktat o masturbacji.

[19] Por. R.L. Numbers, *Sex, Science, and Salvation: The Sexual Advice of Ellen G. White and John Harvey Kellogg*, [w:] C.E. Rosenberg (red.), *Right Living: An Anglo-American Tradition of Self-Help Medicine and Hygiene*, Baltimore–London 2003, s. 206–226; por. także: K.A. Hamlin, *The Birds and the Bees: Darwin's Evolutionary Approach to Sexuality*, [w:] J.E. Jones, P.B. Sharp (red.), *Darwin in Atlantic Cultures: Evolutionary Visions of Race, Gender, and Sexuality*, t. 3, New York–Oxon [Oxford] 2010, s. 62–63.

[20] R.L. Numbers, *Sex, Science, and…*, dz. cyt., s. 218–220. Być może chodzi o działanie jogurtu stymulujące częstsze wypróżnianie. Związane ono może być z problemem przyswajalności laktozy przez dorosłych, który wywołuje biegunki po spożyciu produktów mlekopochodnych.

[21] Por. J.H. Kellogg, dz. cyt., passim. Choć użycie pojęcia onanizm, podobnie jak sodomia, ma długą tradycję, jest błędnym określeniem masturbacji. Ze względu na swoją etymologię odwołuje się do postaci biblijnego Onana (hebr. אוֹנָן; por. Rdz 38, 4–10), którego Bóg „pozbawił życia" za jego „występek". Jednakże w tekście biblijnym chodzi raczej o formę stosunku przerywanego aniżeli masturbację. Przez przerywany

twierdząc, że zgony związane z masturbacją pochłaniają „ofiary, które dosłownie zginęły z własnej ręki". Wierzył, że praktyki autoerotyczne prowadzą do takich chorób, jak rak szyjki macicy[22], choroby układu moczowego, nocnych polucji, impotencji, epilepsji, obłędu oraz upośledzenia mentalnego i fizycznego czy „przygaszonego wzroku"[23]. Opracowywał metody „rehabilitacji" osób masturbujących się[24], używając do tego również ekstremalnych środków, z okaleczeniem narządów płciowych włącznie[25]. Był zwolennikiem i propagatorem

stosunek Onan złamał zwyczajowe prawo lewiratu. Nakazywało ono po śmierci brata wziąć jego żonę za swoją oraz spłodzić dziecko, które uznawane było za spadkobiercę zmarłego. Wśród niektórych tzw. ludów pierwotnych (plemiennych) zwyczaj ten występuje do dzisiaj. Do tej postaci na początku XVIII w. odwołał się anonimowy autor, pisząc traktat pt. *Onania; albo Ohydny Grzech Samozaspokojenia, i wszystkie jego Straszliwe Następstwa, tyczące się obu Płci, wraz z Duchową i Cielesną poradą dla tych, którzy już obciążyli się tą wstrętną praktyką. A także stosowna Przestroga dla Młodzieży narodu Obu Płci…*, w którym wymyślił nową chorobę, produkującą poczucie winy, wstyd i lęk; odnośnie do tego dzieła por. T.W. Laqueur, *Samotny seks. Kulturowa historia masturbacji*, przeł. M. Kaczyński, A. Leśniak, G. Uzdański, M. Sosonowski, przedmowa M.P. Markowski, red. nauk. A. Bielik-Robson, Kraków 2006, s. 1–10; podobne dzieło por. J.-L. Doussin-Dubreuil, *Niebezpieczeństwa onanizmu. Listy i porady dotyczące leczenia chorób nim wywołanych. Dzieło przydatne Ojcom Rodzin oraz Wychowawcom*, przeł. i posłowiem opatrzył K. Rutkowski, Gdańsk 2011 (reprint z 1825 r.); odnośnie do problemu masturbacji, także w perspektywie kulturologicznej i historycznej, por. teksty zebrane w: W.O. Bockting, E. Coleman (red.), *Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health*, New York–London 2002, passim; odnośnie do instytucji lewiratu u ludów biblijnych por. m.in. R. de Vaux, *Instytucje Starego Testamentu*, T. 1: *Nomadyzm i jego pozostałości, instytucje rodzinne, instytucje cywilne*, T. 2: *Instytucje wojskowe, instytucje religijne*, przeł. T. Brzegowy, Poznań 2004, s. 47–48.

[22] W angielskim jest *womb* – „łono". Być może chodzi tutaj ogólnie o „krocze", zarówno macicę, jak i narządy męskie. Jest to jednak jedynie moje przypuszczenie.

[23] Por. J.H. Kellogg, dz. cyt., passim. Podobne „schorzenia" w swoim dziele wymienia francuski lekarz Jacques-Louis Doussin-Dubreuil (1762–1831), dodając przedwczesne starzenie, bóle żołądka, problemy z oczami, niemożność chodzenia, majaczenia senne i problemy ze snem, wypadanie zębów, choroby płuc, łysienie, problemy z odżywianiem, wysypkę, gorączkę oraz przedwczesną śmierć – w zasadzie agonię – w wieku 17 lat (por. tenże, dz. cyt., passim). Ta koszmarna wizja wpisuje się w kontekst epoki o silnie purytańskim oraz antyseksualnym rysie naznaczonej podejściem katolickim (por. T.W. Laqueur, dz. cyt., passim). Psychiatra Thomas S. Szasz (1920–2012) interesująco wskazał na proces demedykalizacji masturbacji: „Masturbacja: jedna z pierwszych aktywności seksualnych rodzaju ludzkiego. W XIX w. uznana za chorobę, w XX w. zaś za kurację i sposób leczenia"; cyt. tenże, *The Second Sin*, London 1974, s. 10.

[24] Ten motyw także jest ukazany we wspomnianym filmie *Droga do Wellwille*.

[25] Na marginesie interesujących nas w tym artykule rozważań wskazać można, że takie obsesyjne podejście do zagadnienia masturbacji – i szerzej ludzkiej seksualności – wywodziło się z przesłanek religijnych o charakterze manichejskim. Ten dualistyczny nurt religijny został potępiony przez Kościół, jednakże – w moim przekonaniu – wywarł silne piętno na stosunek do świata materialnego, w tym do ciała ludzkiego i seksualności, widząc w nich przejaw działania sił diabelskich, demonicznych czy w rzeczy samej demiurgicznych (pisałem o tym w: G. Wiktorowski, *Miłość idealna w amerykańskim fundamentalizmie pro-*

obrzezania chłopców[26] oraz aplikacji fenolu (C_6H_5OH) na łechtaczki

testanckim, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska, A. Syroka, K. Marchel (red.), *Miłość idealna – miłość dziecka*, Antropologia Miłości, T. 5, Wrocław 2013, s. 240–241; tenże, *Model rodziny i relacji małżeńskich w amerykańskim fundamentalizmie protestanckim*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska (red.), *Problem kontroli urodzeń i antykoncepcji. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*, Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, T. 7, Wrocław 2013, s. 45–78). Odchodzenie od takiego podejścia spowodowane było przeobrażeniami społeczno-kulturowymi tzw. świata zachodniego (dyferencjacja strukturalno-funkcjonalna), które były kontestowane z pozycji religijnych. Zmiany obejmowały zjawiska społeczne i kulturowe, które implikowały się w cechach dystynktywnych masturbacji, a mianowicie jej wyobrażeniowym charakterze (związku z wyobraźnią, fantazjami o charakterze erotycznym, kaprysem jednostki), silnym indywidualizmie („samotny seks" o potajemnym charakterze) czy tendencjach do nadmiaru i ekscesu (por. T.W. Laqueur, dz. cyt., s. 206). Pierwsza i druga cechy wskazywały na obszar znajdujący się poza kontrolą, składając się tym samym na element swoiście „demokratyczny", który zagrażał ówczesnym absolutyzmom, elitaryzmom czy autorytaryzmom – dotyczy to nie tylko instytucji państwa jako organizacji społeczeństwa, lecz także instytucji Kościoła jako organizacji kontrolująco-zarządzającej również ciałami swoich wiernych. Wyobraźnia, samotność, tajność, samowystarczalność, eksces, transgresja podważały panujący aksjonormatywny (religia) i normatywno-ustrojowy (państwo) porządek, kształtując cechy indywidualistyczno-obywatelskie kreujące nowe porządki krajobrazu kulturowego. Nie chcę powiedzieć, że „samotny seks" przyczynił się do zmiany kulturowej, lecz chcę wskazać, że był/stał się ważnym komponentem dyferencjacyjnym, wzbudzając takie nowożytne cechy, jak samoświadomość czy samoposiadanie, stał się „[…] dla społeczeństwa obywatelskiego tym, czym pożądliwość była dla porządku chrześcijańskiego" (cyt. tamże, s. 207). Trzecia cecha, wyrażona poniekąd w przywołanym cytacie, wskazywała na kontestację hegemoni Kościoła czy – szerzej – religii z jej hierarchią, stając się niebezpiecznym czynnikiem, mogącym nie tylko kontestować moralność publiczną, lecz także starać się ją przezwyciężyć, prowadząc do zmiany [udało się to dopiero „rewolucji seksualnej" w latach 60. XX w.; por. m.in.: J.R. Petersen, *Stulecie seksu. Historia rewolucji seksualnej 1900–1999 według „Playboya"*, przeł. A. Jankowski, red. i przedmowa H.M. Hefner, Poznań 2002, passim, szczególnie s. 269–327; przyczyniła się do niej nowoczesna antykoncepcja; por. m.in. teksty zebrane w: B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska (red.), dz. cyt., passim; B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska, J. Stacherzak-Raczkowska, A. Patyk, *Zjawisko antykoncepcji w perspektywie społecznej i historycznej*, Wrocław 2012, passim]. Masturbacja będąca poza kontrolą wszelkich instytucji rozbijała w rzeczy samej – używając języka Foucaultowskiego – dyskurs władzy opresyjnie kontrolującej ciała swoich poddanych (por. m.in.: M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, wstępem opatrzył T. Komendant, Gdańsk 2010, passim; tenże, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Warszawa 1998, passim; tenże, *Podmiot i władza*, przeł. J. Zychowicz, „Lewą nogą" 1998, nr 10, s. 178 i n.).

[26] Interesującym problemem badawczym jest relacja między tego typu argumentacją proweniencji religijnej a obecnością rutynowego obrzezania amerykańskich niemowląt płci męskiej; szerzej nt. obrzezania w USA i amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej por. m.in.: R. Darby, *The Sorcerer's Apprentice: Why Can't We Stop Circumcising Boys*, „Contexts: Understanding People in Their Social Worlds" 2005, t. 4, nr 2, s. 34–39; L. Dritsas, *Below the Belt: Doctors, Debate and the Ongoing American Discussion of Routine Neonatal Male Circumcision*, „Bulletin of Science, Technology & Society" 2001, t. 21, nr 4, s. 297–311; D. Gollaher, *From Ritual to Science: The Medical Transformation of Circumcision in America*, „Journal of Social History" 1994, t. 28, nr 1, s. 5–36; F. Hodges, *A Short History of the Institutionalization of Involuntary Sexual*

dziewcząt jako skutecznych metod zmniejszających ilość masturbacji[27]. W kwestii obrzezania chłopców Kellogg twierdził, że prócz wskazań medycznych, chirurgicznych (stulejka) zabieg ten powinien być przeprowadzany przez lekarza bez znieczulenia, jako że krótkotrwały ból miał posiadać „zbawienne działanie na umysł", zwłaszcza w sytuacji, kiedy był skorelowany z ideą kary. W sytuacji utrzymywania się bólu przez kilka tygodni po zabiegu osiąga się zamierzony cel powstrzymania młodego chłopca od masturbacji i w zasadzie – w przekonaniu Kellogga – wpływa się także na jego późniejsze potencjalne próby podjęcia samozaspokojenia[28]. Innym sposobem było wykonanie szwu przy pomocy srebrnej nici[29], powstrzymującego erekcję, a w zasadzie czyniącego ją niezwykle bolesną. Miał to być skuteczny „środek pokonujący skłonności uciekania się do praktyk (*the practice*)"[30] masturbacyjnych. W przypadku dziewczynek i kobiet J.H. Kellogg zalecał polanie łechtaczki popularnym wówczas fenolem[31] do momentu poparzenia. Bolesność poparzonej tkanki miała zniechęcić kobiety do dotykania okolic intymnych. Przynajmniej raz dokonał klitoridektomii na dziesięcioletniej dziewczynce, której ojciec był przekonany,

Mutilation in the United States, [w:] G.C. Denniston, M. Milos (red.), *Sexual Mutilations: A Human Tragedy*, New York 1997, s. 17–40; M. Legato, *Rethinking Circumcision: Medical Intervention, Religious Ceremony or Genital Mutilation?*, „Journal of Gender Specific Medicine" 2002, t. 5, nr 4, s. 8–10; G.P. Miller, *Circumcision: Cultural-Legal Analysis*, „Virginia Journal of Social Policy & the Law" 2002, t. 9, s. 497–585 (por. tam szeroką bibliografię przedmiotu); S. Waldeck, *Using Male Circumcision to Understand Social Norms as Multipliers*, „University of Cincinnati Law Review" 2003, t. 72, nr 3, s. 455–526 (por. tam szeroką bibliografię przedmiotu); E. Wallerstein, *Circumcision: The Uniquely American Medical Enigma*, „Urologic Clinics of North America" 1985, t. 12, nr 1, s. 123–32; obrzezany penis – z perspektywy kulturalistycznej – stał się ikoniczny dla współczesnej pornografii, która w przeważającej ilości pochodzi z USA; por. m.in.: T. Hickman, *Boskie przyrodzenie. Historia penisa*, przeł. D. Jankowska, Wołowiec 2014, passim; L. Williams, *Hard Core. Władza, przyjemność i „szaleństwo widzialności"*, przeł. J. Burzyńska, I. Hansz, M. Wojtyna, Gdańsk 2010, passim; taż, *Seks na ekranie*, przeł. M. Wojtyna, Gdańsk 2013, passim; odnośnie do problemu ciała pornograficznego por. P. Małczyński, *Czar hebanowych kształtów. Ciało pornograficzne w kontekście pornografii międzyrasowej*, „Rocznik Lubuski" 2013, t. 39, cz. 1: *Nowe tendencje w badaniach społecznych*, s. 227–236 (artykuł jest wersją eseju zaliczeniowego z prowadzonego przeze mnie przedmiotu antropologia wstydu – kulturowe obrazy waginy i penisa w Katedrze Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego w roku akademickim 2009/2010).

[27] Por. J.H. Kellogg, dz. cyt., s. 294–296.

[28] Por. tamże, s. 294–296.

[29] Niestety, nie znalazłem informacji, czy chodziło jedynie o kolor nici czy o jakiś specjalistyczny materiał do wykonywania nici chirurgicznych, który miał taką barwę.

[30] Cyt. tamże.

[31] Popularny środek antybakteryjny używany także do dezynfekcji. W większym stężeniu toksyczny.

że zostanie potępiony, jeśli nie podejmie tych drastycznych działań[32]. Ten reformator zdrowia zalecał również działania antymasturbacyjne w stosunku do dzieci[33]. Polegały one m.in. na bandażowaniu bądź związywaniu rąk, przykrywaniu genitaliów specjalnymi opatentowanymi klatkami[34] oraz użyciu elektrowstrząsów[35]. W stosunku do kobiet, które uznane zostały za nimfomanki[36], zalecał zimne kąpiele, chłodną lewatywę[37], ograniczoną dietę, wywoływanie bąbli (*blisters*) i innych podrażnień narządów intymnych, a nawet usunięcie łechtaczki i warg sromowych mniejszych (*labia minora*)[38].

J.H. Kellogg wpisywał się w kontekst moralności purytańskiej epoki wiktoriańskiej (1837–1901) na Wyspach Brytyjskich, która została zaszczepiona i rozwijana na kontynencie amerykańskim z dużymi sukcesami przez brytyjską wersję protestantyzmu. Tam też została zradykalizowana, stając się na dziesięciolecia typem moralności publicznej w USA[39],

[32] Por. J. Waxman, *Getting Off: A Woman's Guide to Masturbation*, słowo wstępne B.A. Dodson, illustr. M. Crabapple, Emeryville 2007, s. 204. Być może reakcja ojca dziewczynki związana była z odkryciem praktyk masturbacyjnych u córki, które są dość powszechne u dzieci (por. następny przypis).

[33] Masturbacja u dzieci jest zagadnieniem znanym seksuologii i psychologii. Najczęściej wyjaśniana jest w kontekście rozwoju psychoseksualnego oraz fizycznego dziecka związanego również z poznawaniem swojego ciała. Może mieć przyczyny patologiczne, jak np. molestowanie seksualne; szerzej por. m.in. R.D. Egan, G. Hawkes, *Theorizing the Sexual Child in Modernity*, New York 2010, passim.

[34] Obecnie taki sprzęt wykorzystuje się w praktykach sadomasochistycznych (BDSM); na temat socjologicznej analizy tego zagadnienia por. m.in. A. Sulfida, *Polska scena BDSM*, [w:] J.M. Kurczewski (red.), *Praktyki cielesne*, *Obyczaje – Prawo i Polityka – Życie Codzienne*, [nn], Warszawa 2006, s. 223–273; historyczne i współczesne przykłady tego typu sprzętu można zobaczyć w: S. Billings, *The Anti-Masturbation Movement's 14 Greatest Inventions*, http://christwire.org/2010/10/the-anti-masturbation-movements-14-greatest-inventions/ [dostęp: 12.12.2014].

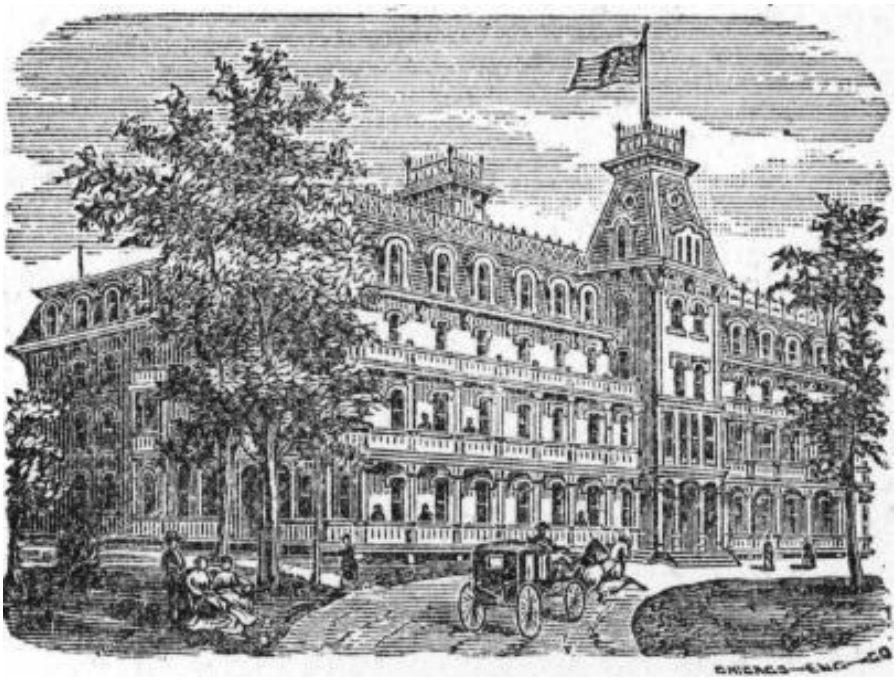
[35] Interesująco problem jest ukazany na przykładzie leczenia histerii w klinikach psychiatrycznych końca XIX w. w filmie amerykańskim: *Stonehearst Graves*/*Eliza Graves* (*Obłąkani*), reż. B. Anderson, prod. USA 2014.

[36] Hiperseksualność związana z nadmiernym popędem seksualnym (ICD-10: F52.7).

[37] Lewatywa jako środek antymasturbacyjny zdaje się być w istocie problematyczna. Jej wykonywanie może wywoływać skutki odwrotne od zamierzonych, a mianowicie być czynnikiem pobudzającym niezwykle wrażliwe strefy erogenne. Wlewy doodbytnicze stosowane są przed przystąpieniem do seksu analnego. Były ulubioną formą pobudzenia m.in. Marylin Monroe (1926–1962). Jedna z teorii nt. jej śmierci mówi o „zabójczej lewatywie". Aktorka miała dostać od swojego lekarza lewatywę z namputalu i wodzianu chloralu ($C_2H_3Cl_3O_2$), następnie otrzymać miała zastrzyk w serce z pentobarbitolem ($C_{11}H_{18}N_2O_3$); por. J. Margolis, R. Buskin, *The Murder of Marylin Monroe: Case Closed*, New York 2014.

[38] Por. J.H. Kellogg, *Ladie's Guide: Health and Disease. Girlhood, Maidenhood, Wifehood, Motherhood*, Battle Creek–Chicago–New York 1893, passim.

[39] O interesujących nadużyciach i kuriozach prawnych związanych z tym typem moralności pisałem w: G. Wiktorowski, *Model…*, dz. cyt., s. 67–68; tenże, *Przezwyciężyć…*, dz. cyt., s. 124.



Rycina 1. Battle Creek Sanitarium
Źródło: http://www.gutenberg.org/files/19924/19924-h/19924-h.htm [dostęp: 10.12.2014].

która przekładała się na rozwój podejść obecnych w medycynie, w tym w seksuologii klinicznej do momentu podważenia jej standardów w latach 40. XX w. przez biologa i seksuologa Alfreda Kinseya (1894–1956)[40]. Adwentystyczne przekonania z wczesnej fazy życia Kellogga, reprezentujące jedno ze skrajnych podejść do seksualności, miały wpływ na postawy, z których „król płatków" nie zrezygnował do końca życia, nawet po odejściu z KADS. Jednakże w późniejszym okresie „ograniczył swoją obsesję na punkcie zła/zepsucia seksu"[41]. Kellogg o swoim projekcie w Sanitarium powiedział: „Filozofia Battle Creek zaszczepia ideę, że prawa Natury są

[40] Por. A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, C.E. Martin, *Sexual Behavior in the Human Male*, Bloomington 1975 (pierwsze wydanie w 1948 r.); A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, C.E. Martin, P.H. Gebhard, *Sexual Behavior in the Human Female*, Bloomington 1998 (pierwsze wydanie w 1953 r.).

[41] Por. *Porn Flakes: Kellogg, Graham and the Crusade for Moral Fiber*, http://www.helsinki.fi/~lakahone/-ifa/Porn%20Flakes.pdf [dostęp: 12.12.2014]; por. także historię ruchów antyseksualnych w XIX w.: J. Money, *The Destroying Angel: Sex, Fitness and Food in the Legacy of Degeneracy Theory, Graham Crackers, Kellogg's Corn Flakes and American Health History*, Buffalo 1985.

prawami Boga, niezmiennymi żądaniami ze strony Twórczej Inteligencji Wszechświata. Zaznajamia z tymi podstawowymi pryncypiami egzystencji oraz odpłaca się i wpaja posłuszeństwo wobec nich. To jest podstawowym założeniem i celem idei Battle Creek"[42].

Powyższy przykład modelu medycyny odwołującej się do zasad *healthful living* E.G. White wpisuje się w kontekst kulturowy epoki i w dość dosadny sposób ukazuje możliwe implikacje tworzenia modeli medycyn odwołujących się do perspektyw religijnych oraz wpływu tych perspektyw na przekonania profesjonalistów je podzielających. Teologia zdrowia pionierki adwentyzmu mocno związana jest z takim podejściem hermeneutycznym – obecnym również w całym amerykańskim protestantyzmie fundamentalistycznym – wskazującym, że każde twierdzenie oraz praktyka powinna mieć swoje oparcie w *Biblii*. W praktyce chodzi o przekonanie, według którego efektywnie służyć Bogu i innym można jedynie w przypadku posiadania zdrowego ciała i umysłu. Jest to zasadnicza myśl antropologii adwentystycznej[43]. W jej ujęciu człowiek stanowi jedność psychofizyczną i psychosomatyczną. Zgodnie z tak przedstawioną antropologią troska o ciało (*body*) – zarówno indywidualnie, społecznie, jak i instytucjonalnie – jawi się jako wyraz chrześcijańskiego zaangażowania i zobowiązania. Dlatego też ważnym elementem w działalności adwentystów jest organizacja sieci jednostek opieki zdrowotnej, medycznej oraz organizacji promujących profilaktykę i edukację zdrowotną. Adwentyści wierzą, że dbałość o osobiste zdrowie jest zapowiedzią nadziei, jaką otrzymują od Boga, który każdego osobiście ma przygotowywać na Drugi Adwent, którego rezultat zależeć będzie od odpowiedzialności, z jaką ludzie podchodzą do troski o ich własne ciała (zmartwychwstanie somatyczne). Ta odpowiedzialność implikuje również nastawienie antyużywkowe[44] – zakaz spożywania alkoholu, zażywania narkotyków czy palenia tytoniu[45]. Osoba (adwentysta), która świadomie gwałci pryncypia adwentystycznej teologii zdrowia, sprowadzając na siebie chorobę lub niepełnosprawność – jak twierdzą adwentyści – gwałci prawa Boże (*living in violation* – dosł. „żyje w przewinieniu")[46]. Adwentyści mogą

[42] Cyt. za: B.C. Wilson, dz. cyt., s. IX.

[43] Por. A. Tokarczyk, dz. cyt., s. 36 (hasło: *antropologia a*[*dwentystyczna*]).

[44] Nastawienie takie reprezentują również fundamentaliści protestanccy proweniencji ewangelikalnej, jak również mormoni czy choćby Świadkowie Jehowy. Najradykalniejsi są jednakże mormoni odrzucający również spożywanie kawy, herbaty czy coca-coli.

[45] Zagadnienia te u polskich adwentystów analizował T. Dębowski, dz. cyt., s. 102–108.

[46] Por. D. Neuffer, *Health Principles*, [w:] tenże (red.), *Seventh-Day Adventist Encyclopedia*, Washington 1976, s. 574.

jednakże korzystać z dostępnej na całym świecie opieki medycznej, rehabilitacji oraz z medycyny prewencyjnej i opieki społecznej udzielanej w placówkach należących do ich wspólnoty religijnej. Placówki te to m.in. 175 szpitali i sanatoriów (*sanitariums*), 136 domów i centrów opieki oraz spokojnej starości (*nursing homes* i *retirement centers*), ponad 269 klinik i poradni medycznych. Do dyspozycji system kościelnej opieki zdrowotnej ma również 10 samolotów i pływających jednostek medycznych oraz wizyty domowe świadczone pacjentom[47].

Adwentyści zasadniczo w sprawach opieki zdrowotnej przyjmują naukową, medyczną perspektywę, stwierdzając jednak, że „prawa świata naturalnego posiadają boskie pochodzenie"[48]. Uznają koncepcję (*sic*!) istnienia naturalnych lekarstw służących leczeniu, którymi są zioła. Używają ich szczególnie w warunkach domowych. Odrzucają tzw. medycynę niekonwencjonalną odwołującą się do różnych perspektyw i nurtów New Age, podkreślając ich mistyczne pochodzenie, niezwiązane z nauczaniem chrześcijańskim[49]. Adwentyści wspierają także reformy w łonie samej biomedycyny, która w swojej „tradycyjnej" formie posiadała silną dychotomię między ciałem i duszą, której istnienia nie stwierdzała. Obecnie medycyna w wielu reprezentowanych standardach interpretacyjnych wprowadza podejścia komplementarne, to znaczy takie, które w pacjencie dostrzegają „coś" więcej aniżeli przypadek kliniczny[50].

Wiele współczesnych badań prowadzonych w USA, zarówno przez ośrodki związane z Kościołem, jak i niezależne instytucje akademickie, wykazuje, że członkowie Kościoła, którzy żyją zgodnie z jego nauką odnośnie do *healthful living*, żyją znacznie dłużej w lepszej kondycji zdrowotnej. Biali mężczyźni[51]-adwentyści oraz białe kobie-

[47] W 2012 r. było ich 17 251 217; wszystkie dane podaję za oficjalną stroną Kościoła: *Seventh-Day Adventist World Church Statistics 2012*, http://www.adventist.org/en/information/statistics/article/go/0/seventh-day-adventist-world-church-statistics-2012/information/statistics/ [dostęp: 12.12.2014].

[48] Cyt. za: E.R. DuBose (red.), *The Seventh-Day Adventist Tradition: Religious Beliefs and Healthcare Decisions*, Park Ridge 2002, s. 2.

[49] Por. E.G. White, *Ministry of Healing*, Mountain View 1942, s. 127, 265 (wyd. oryg. 1905 r.).

[50] Por. E.R. DuBose (red.), dz. cyt., s. 2.

[51] Taki podział, choć niepoprawny politycznie, jest uzasadniony. Wiele badań wykazało, że pochodzenie etniczne, jak również choćby płeć, ma znaczenie w przebiegu różnorodnych chorób, sposobie reagowania na działanie leków oraz na ich dawki i skład chemiczny; por. m.in.: J.A. Johnson, *New Drugs and Technologies: Ethnic Differences in Cardiovascular Drug Response. Potential Contribution of Pharmacogenetics*, „Circulation" 2008, t. 118, nr 13, s. 1383–1393; H.W. Matthews, *Racial, Ethnic and Gender Differences in Response to Medicines*, „Drug Metabolism and Drug Interactions" 1995, t. 12, nr 2, s. 77–91; H.P. Whitley, W. Lindsey, *Sex-Based Diffrences in Drug Activity*,

ty-adwentystki z Kalifornii żyją odpowiednio 7,25 oraz 4,5 roku dłużej niż ich kalifornijscy rówieśnicy. Ponadto adwentyści, którzy prowadzą tryb życia o niskim ryzyku, dużej aktywności ruchowej/fizycznej, stosują dietę wegetariańską, często spożywają orzechy oraz utrzymują odpowiednią masę ciała, mają 10-letnią przewagę (w długości życia) w porównaniu z ich współsiostrami i współbraćmi z Kościoła, którzy prowadzą tryb życia o podwyższonym ryzyku[52]. Wypadają także lepiej na tle innych grup protestanckich[53]. Raporty oraz publikacje analizujące powyższe sytuacje w celach informacyjnych przygotowuje dla wiernych Health and Temperance Department of the Conference of Seventh-Day Adventist (Departament Zdrowia i Abstynencji Konferencji Generalnej Adwentystów Dnia Siódmego)[54]. Należy zaznaczyć też, że ze względu na specyfikę i przedmiot teologii zdrowia wśród adwentystów występuje także wyższy współczynnik świadomości i wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz zdrowego stylu życia.

Z adwentystycznej teologii zdrowia wyprowadzić można stwierdzenie, że nie samo życie, ale jego jakość stanowi prymarną zasadę dla członków Kościoła, jak również dla ogólnej refleksji teologicznej i teoretycznej. Większa samoświadomość związana z odpowiedzialnym zachowaniem oraz podejściem do jakości życia czyni z adwentystów dość ekskluzywną grupę. Jakość ta – zdaniem adwentystów – nie stanowi jednakże potencjału każdej żyjącej istoty ludzkiej. Uważają oni, że wartościowe życie (w stosunku do innych) prowadzą jedynie te jednostki, które osiągnęły umiejętność odpowiedzialnego postępowania (podejście ekskluzywistyczne, nieegalitarne, nieinkluzywne). Adwentyści

„American Family Physician" 2009, t. 80, nr 1, s. 1254–1258; S.U. Yasuda, L. Zhang, S.-M. Huang, *The Role of Ethnicity in Variability in Response to Drugs: Focus on Clinical Pharmacology Studies*, „Clinical Pharmacology & Therapeutics" 2008, t. 84, nr 3, s. 417–423; por. także artykuły w czasopiśmie „Drug Metabolism and Personalized Therapy: Official Journal of the European Society of Pharmacogenomics and Personalised Therapy" (por. stronę wydawnictwa: http://www.degruyter.com/view/j/dmdi, dostęp: 4.02.2015 – tam również przegląd zawartości).

[52] Por.: G.E. Fraser, D.J. Schavlik, *Ten Years of Life: Is It a Matter of Choice?*, „Archives of Internal Medicine" 2001, t. 161, nr 13, s. 1645–1652; R.L. Phillips, *Cancer among Seventh-Day Adventist*, „Journal of Environmental Pathology and Toxicology" 1980, t. 3, s. 157–169; tenże, *Role of Life-Style and Dietary Habits in Risk of Cancer among Seventh-day Adventists*, „Cancer Research" 1975, t. 35, nr 12, cz. 2, s. 3513–3522; L.C. Thygesen, N.C. Hvidt, H.P. Hansen, A. Hoff, L. Ross, C. Johansen, *Cancer Incidence among Danish Seventh-day Adventists and Baptists*, „Cancer Epidemiology: The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention" 2012, t. 36, nr 6, s. 513–518.

[53] W ujęciu tym nie ma katolików, ponieważ wierni Kościoła katolickiego nie przestrzegają postulatów antyużywkowych w takim stopniu, jak amerykańscy protestanci.

[54] Por. E.R. DuBose (red.), dz. cyt., s. 2.

twierdzą, że choć człowiek może żyć biologicznie, jego podmiotowość (status jego jako osoby) może być martwa. Adwentyści jako skrypturaliści twierdzą, że *Biblia* nie wypowiada się jasno, eksplicytnie, na temat statusu osoby chorej terminalnie (przewlekle) czy na przykład osoby znajdującej się w stanie śpiączki. Wskazują jednakże na Bożą obietnicę życia wiecznego, która nie powinna w chrześcijanach wzbudzać postawy „kurczowego trzymania się życia za wszelką cenę" w sytuacji jego poważnego zagrożenia, choroby nieuleczalnej czy uciążliwego cierpienia. Nie jest zatem – ich zdaniem – konieczne czy niezbędne użycie wszelkich dostępnych medycznych środków przedłużania życia lub procesu umierania (jakaś wersja eutanazji biernej)[55].

Uczniowie Prorokini stwierdzają również, że fizyczny, psychiczny oraz emocjonalny ból i cierpienie mają charakter uniwersalny, to znaczy dotyczą całego rodzaju ludzkiego, sprawiedliwych i grzeszników, a nawet więcej – dotyczą całego świata ożywionego[56]. Cierpienie ludzkie nie ma w ich przekonaniu żadnej wartości ekspiacyjnej (oczyszczającej) czy jakiejś innej szczególnej wartości. Ponadto żadna jego „ilość" czy intensywność nie może zadośćuczynić tudzież odpokutować za grzech. Podejście to lokuje adwentyzm w opozycji do katolickiego rozumienia „sensu" bólu i cierpienia[57], a wpisuje w szerokie spektrum

[55] Por. General Conference of Seventh-Day Adventists. Christian View of Human Life Committee, *The Seventh-Day Adventist Church Focuses on Ethical Issues* [includes the following statements: *Considerations on Assisted Human Reproduction* (July 26, 1994); *Seventh-day Adventist Guidelines on Abortion* (October 12, 1992); *Recommendations: Use of Mifepristone (RU486)* (July 26, 1994); *Seventh-day Adventist Statement of Consensus on Care for the Dying* (October 9, 1992); *Christian Principles of Genetic Interventions* (June 13, 1995); *Birth Control: A Seventh-day Adventist Statement of Consensus* (June 1996 – draft, approval pending)], General Conference of Seventh-Day Adventists, Washington 1996, s. 21.

[56] Choć dyskusja nt. apokatastazy, czyli koncepcji o możliwości odnowienia całego świata w sensie soteriologicznym, jest obecna w chrześcijaństwie od pierwszych wieków (szerzej na ten temat por. teksty teologa katolickiego, teologów protestanckich różnych konfesji i filozofów zebrane w: „Theologica Wratislaviensia" 2009, t. 4: *Czy piekło jest puste?*, passim), w Kościele katolickim powróciła ostatnio do debaty – za sprawą papieża Franciszka (*1936) – kwestia możliwości udziału w Bożym Planie Zbawienia prócz człowieka także zwierząt czy reszty świata ożywionego (homilia z audiencji generalnej z 23.11.2014 r.). Przygotowywana jest również w tym zakresie problemowym papieska encyklika; por. G.G. Vecchi, *„Il Paradiso è aperto a tutte le creature": così Papa Francesco sugli animali. „L'apostolo Paolo lo afferma in modo esplicito, quando dice che «anche la stessa creazione sarà liberata dalla schiavitù della corruzione, per entrare nella libertà della gloria dei figli di Dio»"*, „Corriere della Sera", 27.11.2014, http://cinquantamila.corriere.it/storyTellerArticolo.php?storyId=547-6d1cdc7647 [dostęp: 13.12.2014].

[57] Odnośnie do katolickiej teologii cierpienia i choroby por. m.in. W. Przygoda, *Teologia cierpienia i choroby*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne" 2000, nr 33, s. 257–266; por. także niektóre teksty zebrane w: B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako*

podejść protestanckich proweniencji anglosaskiej[58]. W związku z tym, ponieważ wiedza i technologia medyczna pozwalają na przedłużanie życia (względnie umierania bądź agonii) lub też „uprzedzenie" śmierci (eutanazja), pojawiają się problemy natury moralno-etycznej, które adwentyści wyrażają w następujących pytaniach: jakie ograniczenia ma wiara chrześcijańska w posługiwaniu się takimi możliwościami? Kiedy cel odraczania momentu śmierci w dążeniu do ograniczenia cierpienia zostaje osiągnięty? Kto właściwie jest władny do podejmowania tego typu decyzji? Jakie granice chrześcijańskiej miłości, jeśli takowe istnieją, można wyznaczyć w „projektowaniu" skrócenia ludzkiego cierpienia?[59] W zasadzie wątpliwości te mają znacznie szerszy zasięg, stając się swoiście „uniwersalnymi". Adwentyści podkreślają, że opieka paliatywna powinna być zawsze udzielana w poszanowaniu godności oraz z unikaniem wszelkiej dyskryminacji[60]. Powinna także odwoływać do duchowych oraz medycznych potrzeb osób chorych i pozwalać na ich ekspresję bardziej nawet od odwoływania się do ich społecznego poczucia wartości[61]. W porównaniu do innych chrześcijan perspektywa adwentystyczna dotycząca umierającego człowieka zdaje się być niezwykle oryginalna. Otóż dusza dla adwentystów nie jest nieśmiertelna i choć może być rozumiana jako wcielenie *Self*, to jednak nie jako wiecznotrwała. W związku z tym umierająca osoba w zasadzie „zasypia"[62], po czym zostaje złożona do grobu do momentu zmartwychwstania podczas Drugiego Adwentu, w trakcie którego otrzymać ma życie wieczne.

W kontekście kontroli bólu i opieki paliatywnej adwentyści ponadto wskazują, że chrześcijańską odpowiedzialnością jest pomoc w uśmie-

zjawisko społeczne i historyczne, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 4, Wrocław 2001; taż (red.), *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*, Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 2, Wrocław 1999, passim.

[58] Pisałem o tym w: G. Wiktorowski, *Kulturowe uwarunkowania negatywnego stanowiska środowisk konserwatywnych do reformy służby zdrowia prezydenta Baracka Obamy* (*The Patient Protection and Affordable Care Act, tzw. ObamaCare oraz The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*), [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Bogactwo i bieda. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*, Orbis Exterior – Orbis Interior, t. 6, Wrocław 2014, s. 151–187.

[59] Por. General Conference of Seventh-Day Adventists. Christian View of Human Life Committee, dz. cyt., s. 20.

[60] Odnośnie do refleksji nad społecznymi kontekstami choroby przewlekłej por. m.in. M. Skrzypek, *Socjologiczny model choroby przewlekłej*, [w:] tenże (red.), *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, Lublin 2014, s. 57–79.

[61] Por. General Conference of Seventh-Day Adventists. Christian View of Human Life Committee, dz. cyt., s. 23.

[62] Podobnego wyrażenia w *Nowym Testamencie* użył Jezus w odniesieniu do córki niejakiego Jaira; por. Mk 5, 39.

rzaniu bądź jakiejkolwiek formie minimalizowania bólu i cierpienia, wykorzystując do tego wszystkie dostępne środki. Unikać należy jednakże aktywnej eutanazji. Adwentyści wspierają wykorzystywanie osiągnięć współczesnej medycyny w przedłużaniu i zachowywaniu ludzkiego życia. Wskazują jednakże, na podstawie swojej wiary, że powinny one być używane w kontekście pełnym współczucia i miłosierdzia. Te ostatnie postawy ukazywać mają łaskę Bożą wyrażającą się w możliwościach ograniczania cierpienia. Podkreślają, że jest istotowa różnica między aktywnym przerywaniem życia a powstrzymaniem leczenia, kiedy nie ma nadziei na poprawę. Zgadzają się tym samym na pewną formę eutanazji biernej, która polega na – w przypadku sytuacji nieodwracalnej – umożliwieniu choremu rezygnacji z podtrzymywania i przedłużania życia. Rezygnacja z medycznej interwencji jest dopuszczona w sytuacji, w której jej działania są jedynie podtrzymywaniem procesu umierania, jak jest w przypadku sedacji terminalnej[63]. Podobnie jest w przypadku, kiedy opieka medyczna podtrzymuje wyłącznie funkcje biologiczne organizmu bez perspektyw na powrót pacjenta do świadomości i świadomego funkcjonowania. Adwentyści utrzymują, że zgodne jest z „dobrym sumieniem" (*good conscience*) zatrzymanie lub wycofanie się z takiego działania[64]. Jakkolwiek, co wynika z powyższego, adwentyści wspierają określone formy eutanazji biernej, są przeciwnikami tzw. miłosiernego zabijania (*mercy killing*) albo towarzyszenia w samobójstwie (*assisted suicide*)[65], czyli formom eutanazji czynnej. Wynika to z założenia, że istnieje zasadnicza różnica skutkująca różną oceną moralną między pozwoleniem pacjentowi na śmierć naturalną przez zaniechanie interwencji medycznej polegającej na przedłużaniu cierpienia, a tym samym oddalającym moment

[63] Sedacja paliatywna jest kontrolowanym ograniczeniem świadomości w celu łagodzenia cierpienia, którego nie można wyeliminować w żaden inny sposób. Polega na wprowadzeniu leków sedatywnych. Określana jest „leczeniem ostatniego rzutu"; por. m.in. A. Stachowiak, E. Mrówczyńska, *Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia*, „Medycyna Paliatywna" 2011, [r. 3], nr 1, s. 1–10.

[64] Por. General Conference of Seventh-Day Adventists. Christian View of Human Life Committee, dz. cyt., s. 21–22.

[65] Ten typ czynnej eutanazji nagłośniony był ostatnio (tj. w październiku i listopadzie 2014 r.) w amerykańskich, jak również polskich mediach w przypadku Brittany Maynard (1984–2014), u której rozpoznano guza mózgu i to w odmianie, która wywołuje straszliwe cierpienia (glejak wielopostaciowy — łac. *glioblastoma multiforme*, określany także jako *Grade IV Astrocytoma*). Kobieta 1 listopada w towarzystwie najbliższych wstrzyknęła sobie lek; por. m.in. M. Urzędowska, *„Odeszła tak, jak chciała". Młoda Amerykanka chora na raka w sobotę poddała się eutanazji*, http://wyborcza.pl/1,75477,16905429,_Odeszla_tak__jak_chciala___Mloda_Ame-rykanka_chora.html [dostęp: 13.12.2014].

śmierci, a bezpośrednim odebraniem życia, na które w środowiskach adwentystycznych nie ma zgody.

Poniżej przytaczam oficjalne oświadczenie złożone w 1992 r. przez Radę Generalnej Konferencji Adwentystów Dnia Siódmego, a zatem instytucję przewodzącą wspólnocie kościelnej w USA:

„1. Osoba będąca u kresu życia i jest świadoma zasługuje na to, by znać swój prawdziwy stan, możliwości leczenia i skutki podejmowanych decyzji. Prawda nie powinna być zatajana, ale wyjawiona z chrześcijańską miłością i wrażliwością, z uwzględnieniem osobistych i kulturowych uwarunkowań pacjenta (Efez. 4,15).

2. Bóg dał istotom ludzkim swobodę wyboru i prosił, by używały one tej wolności odpowiedzialnie. Adwentyści dnia siódmego wierzą, że wolność ta dotyczy również wyboru w kwestii opieki medycznej. Po zwróceniu się do Boga z prośbą o Jego prowadzenie i rozważeniu interesów tych, na których podjęte decyzje będą miały wpływ (Rzym. 14,7), jak również biorąc pod uwagę radę lekarzy, osoba mająca świadomość powinna sama decydować o tym, czy przyjąć, czy też odrzucić przedłużającą życie interwencję medyczną. Taka osoba nie powinna być nakłaniana do poddania się takim zabiegom medycznym, które uważa za zabiegi nie do przyjęcia.

3. Bożym planem jest, by ludzie wymagający opieki znajdowali ją w rodzinie i w społeczności współwierzących. Decyzje dotyczące życia ludzkiego mogą być najtrafniej podejmowane w gronie rodzinnym po rozważeniu rad lekarzy (zob. 1 Mojż. 2,18; Mar. 10,6-9; 2 Mojż. 20,12; Efez. rozdz. 5–6). Gdy umierająca osoba nie jest w stanie wyrazić zgody lub swojej woli co do interwencji medycznej, decyzje powinien podjąć ktoś uprzednio wyznaczony przez tę osobę. Jeśli nikt nie został wybrany, decydować powinien ktoś z rodziny umierającej osoby. Z wyjątkiem nadzwyczajnych przypadków personel medyczny ma obowiązek informować rodzinę umierającej osoby o podejmowanej medycznej interwencji. Życzenia i decyzje osoby umierającej najlepiej utrwalać na piśmie zgodnie z obowiązującymi w tej sprawie rozporządzeniami prawnymi.

4. Chrześcijańska miłość jest praktyczna i odpowiedzialna (Rzym. 13,8-10; 1 Kor. rozdz. 13; Jak. 1,27; 2,14-17). Taka miłość nie zapiera się wiary ani nie skłania nas do proponowania czy przyjmowania medycznych interwencji, których moralny ciężar przekracza ewentualne korzyści. Na przykład, jeśli opieka medyczna polega jedynie na podtrzymywaniu funkcji organizmu bez nadziei na przywrócenie pacjentowi świadomości, jest daremna i ze spokojnym sumieniem może

zostać zaniechana czy powstrzymana. Podobnie podtrzymujące życie czynności mogą zostać zaniechane lub należy ich zaprzestać, jeśli tylko dodają cierpień pacjentowi i niepotrzebnie przedłużają proces umierania. Należy przy tym pamiętać, aby każde podejmowane działanie było w harmonii z obowiązującym prawem.

5. Chociaż chrześcijańska miłość może prowadzić do odmówienia lub zaprzestania medycznej interwencji, która jedynie zwiększa cierpienia czy przedłuża umieranie, adwentyści dnia siódmego nie popierają praktykowania „miłosiernego zabijania" czy pomagania w popełnieniu samobójstwa (1 Mojż. 9,5.6; 2 Mojż. 20,13; 23,7). Są przeciwni czynnej eutanazji, celowemu odbieraniu życia cierpiącej czy umierającej osobie.

6. Chrześcijańskie współczucie wymaga łagodzenia cierpienia (Mat. 25,34-40; Łuk. 10,29-37). W trosce o umierających obowiązkiem chrześcijan jest niesienie ulgi cierpiącym tak dalece, jak to jest możliwe, bez uciekania się do czynnej eutanazji. Jeśli jest pewne, że żadne zabiegi medyczne nie są w stanie uratować pacjenta, głównym celem powinno być łagodzenie bólu.

7. W myśl biblijnej zasady prawości zaleca się, aby dodatkową troską otaczać potrzebujących, bezbronnych i bezradnych (Ps. 82,3.4; Przyp. 24,11.12; Iz. 1,1-18; Mich. 6,8; Łuk. 1,52-54). Ze względu na szczególny stan osób umierających należy dołożyć wszelkich starań, by były one traktowane z szacunkiem dla ich godności i bez jakiegokolwiek dyskryminowania. Troska o umierających powinna być oparta na ich duchowych i fizycznych potrzebach, a także wyrażonych przez nich decyzjach, a nie na ocenie ich społecznej przydatności (Jak. 2,1-9)"[66].

W perspektywie historyczno-religijnej wiara w zmartwychwstanie stanowi swoisty modus wiary w nieśmiertelność. Ta ostatnia jest, jak pisze A. Tokarczyk, „[…] owym antropologicznym miejscem, na którym łapie grunt nadzieja sięgająca poza śmierć […]"[67]. Adwentystyczna eschatologia w znacznej mierze wpłynęła na adwentystyczne rozumienie doczesności oraz miejsca w niej problematyki zdrowotnej. W perspektywie antropologii wiedzy uniwersum epistemiczne adwentystycznej wspólnoty religijnej ma zasadniczy wpływ na formułowanie się podstawy teoretycznej, z której wyprowadzane są działania o charakterze praktycznym, które to z kolei wpływają na kształtowanie się swoistego stylu i sposobu życia. Immanentnym elementem tego

[66] Polski przekład cyt. za: R. Jarocki (red.), *Oświadczenia, zalecenia i inne dokumenty Generalnej Konferencji Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, przeł. J. Kauc, Warszawa 2003, s. 20–22.

[67] Cyt. A. Tokarczyk, dz. cyt., s. 37–38.

stylu jest imperatyw zdrowego stylu życia, który przekłada się w praktyczny sposób na znacznie niższą statystyczną występowalność chorób przewlekłych w środowiskach adwentystycznych. Adwentystyczny (zdrowy) styl życia jest swoistym rodzajem medycyny profilaktycznej o zakorzenieniu religijnym. W przeciwieństwie do standardu racjonalności reprezentowanego we współczesnej medycynie klinicznej opartej na dowodach (*evidence-based medicine*) medycyna adwentystyczna niezbędne dla swojego funkcjonowania konkluzje wyprowadza nie z przyrodoznawczej obserwacji otaczającego świata, lecz z przestrzeni teologicznych o charakterze fideistycznym dostępnych wiernym w drodze nadprzyrodzonej (w tym przypadku boskiej) iluminacji (objawienia). Wszystkie regulacje o charakterze normatywnym, dyrektywalnym, jak na przykład stosunek do eutanazji, możliwości i granice jej stosowania, podporządkowane są nie konkluzjom postawionym na gruncie nauki akademickiej, ale twierdzeniom religijnym i teologicznym wywodzonym z *Biblii* odczytywanej w specyficznej metodologii hermeneutycznej. Adwentyzm nie występuje jednakże przeciw osiągnięciom współczesnej medycyny klinicznej, przeciwnie, wspiera jej rozwój oraz postuluje poszerzenie podejść do pacjenta o ujęcia komplementarne. Jest przykładem spotkania się uniwersum religijnego oraz nauki akademickiej z pozytywnym skutkiem dla tego pierwszego.

W zakończeniu chciałbym również wysunąć konkluzję o charakterze postulatywnym. Dla badaczy i akademików istotna jest próba zrozumienia odmiennych uniwersów interpretacyjnych oraz wypracowanie postawy opierającej się nie na bezproduktywnej próbie wykazania bezzasadności tego typu perspektyw, lecz na stworzeniu platformy porozumienia, która pozwoli na aplikację osiągnięć nauki także w środowiskach reprezentujących odmienne od naukowego uniwersa poznawcze. Możliwe praktyczne zastosowania postawionego tu postulatu można osiągnąć, jeśli wykorzysta się elementy wizji świata danej grupy do tworzenia perspektyw, modeli „korespondencyjnych". Może się to odbywać w kontekstach działań np. akademickiej medycyny profilaktycznej. Zrozumienie i rozpoznanie nieakademickich, nieklinicznych modeli eksplanacyjno-poznawczych skutkować winno wykorzystaniem ich zestawu argumentów o charakterze teoretycznym w narracjach programów profilaktycznych kierowanych do różnorodnych grup społecznych, wśród których w każdym społeczeństwie w licznej reprezentacji występują wspólnoty religijne (jeśli byłoby to konieczne). Innymi słowy, w programach profilaktycznych przygotowywanych przez profesjonalne środowiska medyczne można

wykorzystać te elementy argumentacji ze wspomnianych modeli wyjaśniających (religijnych), które nie będą w otwarty sposób sprzeczne i/lub kontestujące standard racjonalności charakterystyczny dla środowisk akademickich. Znaczy to, że nie będą miały charakteru negacjonistycznego czy też deprecjonującego naukę akademicką jako przestrzeń wyjaśniania otaczającego świata, której wnioski mają charakter realistyczny, racjonalny, weryfikowalny, a zatem wiążący i normatywny w zakresie epistemicznym. Tak jak jest w przypadku tzw. ruchów antyszczepionkowych, które odwołują się do argumentów natury religijnej.

Argumenty, które można wykorzystać, określę w tym miejscu jako „pozytywne". Argumentację „pozytywną" włączyć można w strukturę modeli wyjaśniających w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz wiedzy o zdrowiu, higienie i tzw. zdrowym trybie/stylu życia. Nie oznacza to sytuacji, w której środowiska akademickie miałyby przejąć język religijny lub też siatkę pojęciową danej grupy religijnej, lecz jedynie zastosować podejście inkluzywne (włączające odmienne podejścia epistemiczne, wspólnoty interpretacyjne), by osiągnąć w rzeczy samej cel profilaktyczny konstruowanych programów zdrowotnych kierowanych do społeczeństwa. Odpowiednie grupy profesjonalistów z zakresu nauk o zdrowiu i żywieniu (w tym antropologów medycznych) mogłyby wejść w skład gremiów ekspertów przygotowujących programy profilaktyczno-medyczne. Ich rola polegałaby na dokonaniu „personalizacji" programów, czyli takiego ich przekształcenia i dostosowania (nie zmieniając oczywiście ich sensu merytorycznego), by stały się komunikatywne i zachęcające dla konkretnej grupy odbiorców. Osiągaliby tym samym efekt swoistej „enkulturacji", czyli wejścia w kulturę danej grupy. Egzemplifikacją może być profilaktyka raka sutka (łac. *carcinoma mammae*) zachęcająca do regularnych badań kobiety pochodzące z różnych kontekstów: religijnych[68] (m.in. w grupach o charakterze silnie trady-

[68] Z powodzeniem zachętę do badań profilaktycznych prowadzi polski duchowny katolicki o. Tadeusz Rydzyk (*1945). Wspólnotę, jaką gromadzi wokół mediów, które założył, stanowią przede wszystkim ludzie starsi, ze szczególną przewagą kobiet. W kontekście specyficznej polskiej sytuacji społecznej kobiety starsze są częstokroć wykluczone i marginalizowane, do czego dochodzi jeszcze niekorzystna sytuacja finansowa. Towarzyszące organizowanym przez tzw. Rodzinę Radia Maryja spotkaniom i pielgrzymkom mammobusy wykonujące bezpłatne badania mammograficzne i cytologiczne sprawiają wrażenie zaopiekowania oraz inkluzji tej grupy społecznej. Z badań, do których zachęca duchowny, korzysta wiele starszych kobiet, uczestniczek religijnych wydarzeń; szerzej por. E. Kępa, *Miejsce starszej kobiety we współczesnym społeczeństwie i kulturze polskiej*, [w:] B. Płonka-Syroka, K. Marchel (red.), *Wykluczanie. Społeczno-kulturowe mechanizmy kreowania emocji*, Antropologia Emocji, t. 2, Wrocław 2010, s. 206–208.

cyjnym/konserwatywnym czy fundamentalistycznym, wśród imigrantów muzułmańskich), etnicznych (m.in. wśród mniejszości romskich czy arabskich wyznających islam), kulturowych (m.in. wśród grup silnie patriarchalnych, w których kobiety mają ograniczone możliwości kontaktu z lekarzami, tym bardziej obcymi, będącymi mężczyznami) i społecznych (m.in. wśród grup niezamożnych, grup z tzw. marginesu społecznego – środowisk przestępczych, narkomanów, prostytutek, bezdomnych). Można by w tym przypadku tak układać programy, by wykorzystywać w nich jak najwięcej elementów kultury oraz wizji świata grupy, do której chcemy dotrzeć jako specjaliści. Na przykład argument antropologii adwentystycznej wskazujący, że służbę Bogu można sprawować, jedynie będąc zdrowym i sprawnym, zarówno fizycznie, jak i umysłowo, można wykorzystać w ramach danego programu profilaktycznego do uzasadnienia choćby potrzeby zwrócenia uwagi na ważkość problemu oraz konieczność podjęcia określonych działań w tym kierunku. Na marginesie i na zakończenie niniejszego artykułu można wskazać, że konieczność poszukiwania nowych dróg i sposobów uzasadniania potrzeb oczywistych staje się przymusem oraz rosnącym problemem w kontekście bogatych i sytych (częstokroć w nadmiarze) tzw. społeczeństw zachodnich, wśród których nawet profesjonaliści zajmujący się zdrowiem (lekarze) i odżywianiem (dietetycy) cierpią na otyłość[69] i nie wykazują zainteresowania aktywnością fizyczną.

[69] W kontekście zachodniej poprawności politycznej nie występują już osoby grube (w przeciwieństwie do szczupłych czy chudych), tylko „cierpiące na otyłość" lub osoby z nadwagą (por. M. Wałkuski, *Ameryka po kawałku*, Kraków 2014, s. 128). Podejście takie jest zasadne w kontekstach wskazujących na odchodzenie od dyskursów wykluczających czy zwyczajnie obrażających. Podejmowane są jednakże próby medykalizacji otyłości (a zatem relatywizacji), „przesuwające" zakres odpowiedzialności z niezdrowego trybu życia charakteryzującego się najczęściej nieprawidłowym odżywianiem (żywnością wysoko przetworzoną) i brakiem ruchu oraz ze zwyczajnego obżarstwa (w kontekście poprawności politycznej: ze spożywania nadmiernej ilości produktów pokarmowych) w stronę czynników etiopatogenetycznych (innym problemem jest, czy spożywając tak przetworzoną żywność, jesteśmy w stanie uniknąć problemu otyłości); por. m.in. C. Ritenbaugh, *Obesity as a Culture-Bound Syndrome*, „Culture, Medicine and Psychiatry: An International Journal of Comparative Cross Cultural Research and Psychiatry" 1982, t. 6, nr 4, s. 347–361; por. także: *Nie grubas, tylko chory na otyłość*, http://niepelnosprawni.pl/ledge/x/184231 [dostęp: 14.02.2015]; por. również w kontekście działań dyskryminujących w obszarze zatrudnienia: M. Filipkiewicz, *Grubas do zwolnienia*, http://nf.pl/manager/grubas-do-zwolnienia,,13246,15 [dostęp: 14.02.2015] oraz w kontekście działań antydyskryminacyjnych: G. Wiktorowski, *Pojęcie dyskryminacji w obszarze zatrudnienia i przepisy antydyskryminacyjne w prawie pracy*, Wrocław 2011 (niepublikowana praca dyplomowa napisana pod kierunkiem mec. Jacka Rajewicza na Wydziale Biologii i Hodowli Zwierząt Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu na kierunku zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy).

Summary
Chronic diseases and their prevention in confessional teaching of Seventh-Day Adventists in the United States

Seventh-Day Adventists are one of religious groups (movements) who the health and disease issues have built into the cognitive structure of their own confession bringing a strong soteriological dimension to them. Adventist religious doctrine can be defined as *adventist lifestyle.* The main recommendation of this health theology is categorical imperative of healthful living regarded as a moral obligation of all Adventists. Studies show that those Adventists who follow the religious health instructions are less likely affected by chronic diseases. Their life expectancy increases by a few years in relation to their peers who do not obey the Church recommendations. As far as terminal illnesses are concerned, Adventists believe that a Christian should not cling to his life when faced with an incurable disease or bothersome suffering, but choose "God's promise of eternal life". It does not mean that Adventists are not supporters of life extending medical remedies or treatments. On the contrary; they only strongly oppose to active euthanasia, so called "mercy killing" or assisted suicide.

PRACE ANALITYCZNE

KAROL ŁOPATECKI

U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej – szpitalnictwo wojskowe w epoce nowożytnej

Słowa kluczowe: szpitale wojskowe, opieka społeczna, weterani i inwalidzi wojskowi, rewolucja wojskowa

Rozwój szpitalnictwa w epoce nowożytnej, szerzej – opieki zdrowotnej i społecznej, jest tematem nadal niedostatecznie zbadanym[1]. Tymczasem od końca XV w. państwa zaczęły przejmować inicjatywę na tym polu, rozpoczynając skoordynowaną akcję profesjonalizacji kadry oraz kształtowania zaplecza medyczno-opiekuńczego[2]. Bez genezy tego zjawiska umyka nam pełny obraz rozwoju struktur państwowych w kolejnych stuleciach (XIX–XXI), gdzie jednym z fundamentalnych zadań władzy było i jest stworzenie różnego rodzaju osłon socjalnych[3].

Wśród wielu zagadnień związanych z problematyką dotyczącą szpitalnictwa szczególne znaczenie odgrywa kwestia zapewnienia opieki

[1] T. Srogosz, *Stan i potrzeby badań nad dziejami osiemnastowiecznej medycyny polskiej*, „Medycyna Nowożytna" 1995, R. 2, nr 1, s. 23–30.

[2] Przykładowo: M. Lindemann, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge 1999 (w szczególności s. 184–192). Zagadnienie to, odnośnie do czasów stanisławowskich w Rzeczypospolitej, przybliża w licznych artykułach i monografiach naukowych Tadeusz Srogosz (*Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, Łódź 1993; *Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta*, Wrocław 1997).

[3] C. Jones, *The Construction of the Hospital Patient in Early Modern France*, [w:] N. Finzsch, R. Jütte (red.), *Institutions of Confinement*, Cambridge–New York–Melbourne–Madird–Cape Town 2003, s. 68. Por. Cz. Znamierowski, *Rozważania o państwie*, Warszawa 1999, s. 232–250.

nad weteranami oraz chorymi i rannymi żołnierzami. Był to temat do niedawna niemal niedostrzegany w polskiej historiografii[4] i dopiero monografia Tadeusza Srogosza poświęcona okresowi napoleońskiemu zmieniła te tendencje[5]. Niniejszy artykuł prezentuje politykę państw europejskich odnośnie do opieki zdrowotnej i społecznej skierowanej wobec żołnierzy. Odchodzę przy tym od szczegółowych badań właściwych mikrohistorii na rzecz generalnych uwag i spostrzeżeń w skali makro[6]. Interesują mnie przyczyny i konsekwencje rozwoju europejskiego szpitalnictwa wojskowego w całym okresie nowożytnym. Oczywiście tak ogólny i szeroko potraktowany temat oznacza wybór pól badawczych[7]. W niniejszym artykule skupiam się na ukazaniu procesu, który doprowadził do stworzenia państwowego zaplecza leczniczo-opiekuńczego nad żołnierzami.

Gdy analizuje się opiekę zdrowotną w nowożytnej Europie, szpitale wojskowe można podzielić na trzy kategorie[8]. Do pierwszej należy zaliczyć szpitale stałe (alumnaty, hotele[9]), fundowane w specjalnie do tego celu budowanych kompleksach. W drugiej kategorii znajdują się lazarety czasowe, zakładane w razie potrzeby w miejscowościach poło-

[4] F. Giedroyć, *Służba zdrowia w dawnem Wojsku Polskim*, Warszawa 1927, s. 137–148, 169, 171, 177–179, 184–190, 281–283, 291–303; Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.*, Wrocław 1981, s. 123–126; A. Wyrobisz, *Żołnierze, weterani, inwalidzi wojenni – nowy problem społeczny w miastach europejskich w XVI–XVIII w.*, [w:] W. Fedorowicz, J. Snopko (red.), *Wojsko. Społeczeństwo. Historia. Prace ofiarowane profesorowi Mieczysławowi Wrzoskowi w sześćdziesiątą piątą rocznicę Jego urodzin*, Białystok 1995, s. 91–96; K. Łopatecki, *Specyfika fundacji szpitali wojskowych w Rzeczypospolitej na tle europejskim*, [w:] E. Dubas-Urwanowicz, J. Urwanowicz (red.), *Fundator i mecenas. Magnateria Rzeczypospolitej w XVI–XVIII wieku*, Białystok 2011, s. 361–370. Zob. również: S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrowski, *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974; L. Zembrzuski, *Historia wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1927.

[5] T. Srogosz, *Pomoc weteranom, rannym i chorym na ziemiach polskich w latach 1806–1807*, Częstochowa 2001.

[6] Zob. Z. Pilarczyk, *Recenzja*, [do:] „*Pomoc weteranom, rannym i chorym na ziemiach polskich w latach 1806–1807", Tadeusz Srogosz, Częstochowa 2001*, „Medycyna Nowożytna" 2002, R. 9, nr 1–2, s. 206–208.

[7] W szczególności pomijam proces profesjonalizacji kadry medycznej i pielęgniarskiej oraz zasad organizacji i finansowania szpitali wojskowych. Por. S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim*, Warszawa 1973.

[8] D.C. Goodman, *Power and Penury: Government, Technology and Science in Philip II's Spain*, Cambridge–New York–New Rochelle–Melbourne–Sydney 2002, s. 242–244.

[9] Określenie „hotele" może być w języku polskim nieco mylące. Wynika to z bezpośredniej recepcji francuskiego określenia *Hôtel Dieu*, co znaczyło dom Boży, w znaczeniu szpitala udzielającego pomocy m.in. starcom, nędzarzom i innym osobom znajdującym się w skrajnej potrzebie. B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Warszawa 2001, s. 19 i n.

żonych nieopodal obozów wojskowych lub działające przy garnizonach wojskowych. W końcu istniały lazarety polowe (obozowe). W placówkach tych personel, leki i sprzęt medyczny podróżowały wraz z armią na wozach bagażowych, a następnie obóz zakładany był w bezpośrednim sąsiedztwie wojsk. Czasowe i polowe szpitale zajmowały się przede wszystkim leczeniem chorych i rannych żołnierzy, natomiast stałe placówki sprawowały opiekę nad inwalidami oraz weteranami.

Państwowe, skoordynowane działania polegające na zapewnieniu opieki medycznej żołnierzom wiążą się z ostatnią fazą rekonkwisty. Pierwszy znany lazaret polowy został założony dla armii hiszpańskiej podczas oblężenia Álory w 1484 r. Izabela I Kastylijska ufundowała wówczas szpital (zwany *hospital de la Reyna*), który składał się z sześciu dużych namiotów, dobrze zaopatrzonej apteki oraz wyszkolonych w zdobycze medycyny islamskiej lekarzy i chirurgów. Co istotne, opieka nad rannymi i chorymi żołnierzami była bezpłatna[10]. Najważniejsze jednak, że szczodrość monarchów hiszpańskich nie była jednorazowa i w kolejnych latach mamy szereg informacji potwierdzających istnienie lazaretów polowych. Podczas oblężenia Bazy w 1489 r. szpital składał się z czterech ogromnych namiotów, a opieka medyczna i zaopatrzenie w leki porównywane było do najlepszych ówczesnych placówek leczniczych[11]. O ogromie podejmowanych wówczas działań niech świadczy fakt, że potrzebny personel – aptekarze, lekarze, chirurdzy, pielęgniarki, sprzęt medyczny, meble i namioty przewożone były na 400 wozach ciągnionych przez cztery lub sześć koni każdy[12].

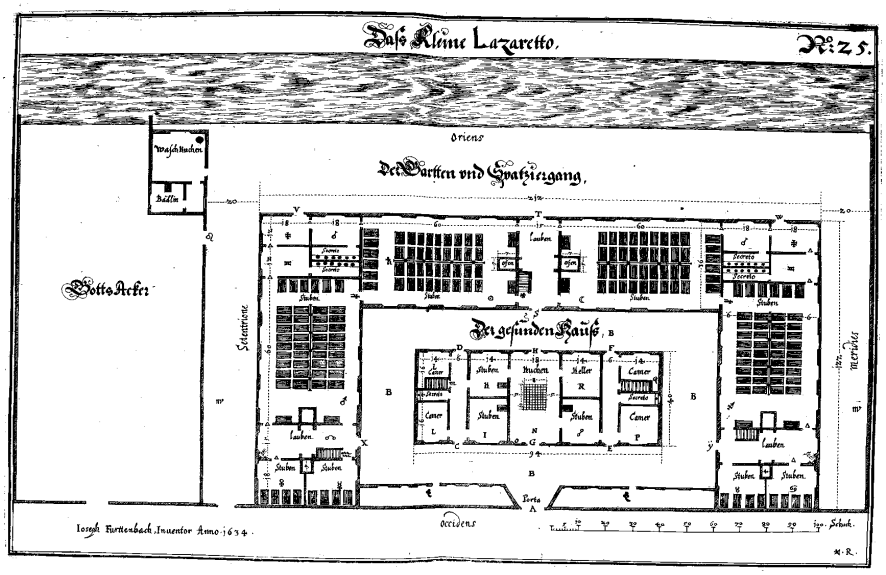
Dalszy rozwój szpitalnictwa wojskowego nie był jednak zdominowany przez lazarety polowe, współistniały z nimi, a często odgrywały zasadniczą rolę lazarety czasowe[13]. Generalnie na ich potrzeby ada-

[10] F. del Pulgar, *Crónica de los Señores Reyes Católicos Don Fernando y Doña Isabel de Castilla y de Aragón / escrita por su cronista Hernando del Pulgar; cotexada con antiguos manuscritos y aumentada de varias ilustraciones y enmiendas*, Valencia 1780, s. 230; por. F.H. Garrison, *Notes on the history of military medicine*, Washington 1922, s. 95; P. Prioreschi, *Man and War*, New York 1987, s. 44; C.M. Kreiser, *Medic! From the Argonne to Saigon, battlefield medics were a wounded soldier's lifeline*, "Military History" 2005, R. 22, nr 8, s. 32.

[11] P. Mártir de Anghiera, *Opus Epistolarum*, Amsterdam 1670, s. 39.

[12] *Oratio Petri Bosca* (...) *habita 11 kal. novembris, ad sacrum Cardinalium Senatum Apostolicum, in celebritate victorie Malachitane per serenissimos Ferdinandum et Helisabeth, Hispaniarum principes catholicos, feliciter parte, anno Christi 1487*, b.m.w. b.d.w., s. [6–7]. Korzystałem ze skanu starodruku umieszczonego na repozytorium cyfrowym: http://issuu.com/archivo_mpal_malaga/docs/incunable.

[13] W razie niewydolności tych systemów na czas leczenia potrzebujących umieszczano w gospodach i domach prywatnych. J. Głowacki, *Uwagi nad problematyką medyczną kampanii wiedeńskiej 1683 r.*, „Wojskowy Przegląd Historyczny" 1984, nr 29, z. 1, s. 167.



Ilustracja 1. Mały lazaret obozowy według projektu Josepha Furttenbacha
Źródło: J. Furttenbach, *Architectura vniversalis: das ist: von Kriegs-, Statt- u. Wasser-Gebäwen…*, Ulm 1635, po s. 64 (il. nr 25).

ptowano istniejące budynki, jednakże już w 1 poł. XVII w. wykształciły się nawet schematy architektoniczne, na podstawie których można było, w razie konieczności wojennej, szybko wybudować specjalne obiekty. Wymagało to nieco większych nakładów finansowych, ale za to budynki były przystosowane do potrzeb lekarzy i pacjentów. Za przykład służy dzieło powstałe w okresie wojny 30-letniej Josepha Furttenbacha, który przedstawił założenie małego (il. 1) i dużego lazaretu. Pierwszy miał mieścić do 200, drugi zaś do 400 chorych i rannych[14]. Takie lazarety mogły przekształcić się w instytucje działające przez wiele lat, co upodobniało je do stałych szpitali.

Pruski szlachcic Antoni Leopold von Oelsnitz oceniał oba typy lazaretów przez pryzmat działań w wojnie siedmioletniej (1756–1763). Zwrócił on uwagę, że zasadniczo jedynie dwa państwa rozwinęły i utrzymały rozbudowaną sieć szpitali obozowych. „Przy wojsku francuskim samym tylko jest lazaret ruchomy i z nim postępujący. U wojska zaś rosyjskiego bywa przy każdej kompanii wóz dla chorych, co czyni niejakie podobieństwo do lazaretu francuskiego ruchomego, ile

[14] J. Furttenbach, *Architectura vniversalis: das ist: von Kriegs-, Statt- u. Wasser-Gebäwen…*, Ulm 1635, s. 65–71.

że oba miedzy bagaże wojskowe liczą się”[15]. W zdecydowanej większości państwa decydowały się na zakładanie czasowych szpitali „w najbliższym mieście obozu”[16].

Na pozór obozowe ośrodki lecznicze wydawały się najlepszym rozwiązaniem. Jednakże szczegółowy bilans korzyści i strat skłonił wiele państw do zakładania bardziej trwałych struktur. Przywołany już Oelsnitz pisze: „Lubo zaś wielu jest oficerów francuskich, którzy takowe ruchome lazarety, od cudzoziemców tak sławione, nie ze wszystkim chwalą, że jednak drudzy one wielce zalecają, zawieszam w tym zdanie moje[17]. To tylko powiem, że mi się widzą być wygodne do przewiezienia tym prędszego ranionych w potyczce do lazaretu jakiego miejscowego. [...] Z tym wszystkim nie życzyłbym, aby ten zwyczaj był wprowadzany w wojsku niemieckim, gdyż ludzie dogorywający lub wzmagający się [z chorobą – K.Ł.] na wielkiej są przeszkodzie, iż nic nie rzeknę, że się powozem bagażowy szereg wydłuża, straży większej potrzebuje i co większa komenderującego generała w obrotach wojennych zatrudnia”. Oelsnitz kontestuje potrzebę przebywania chorych i rannych blisko żołnierzy. Jest to działanie bardzo kosztowne, trudne do przeprowadzenia zarówno pod względem organizacyjnym, jak i transportowym, przy tym obniża morale armii. Zupełnie nietrafionym, według niego, pomysłem było rozwiązanie rosyjskie. „Co za potrzeba, żeby wojsko w obrocie ustawicznym zostające wlekło za sobą żołnierzy do żadnej służby niezdolnych. Lepiej zawsze jest wedle tego jako się zdarzy w mieście jakim lub wsi, gdzie jest garnizon i założony lazaret onych zostawić, pozwalając im gdy zupełnie

[15] Do tego katalogu należy dodać jeszcze Anglię, a od 1707 r. Wielką Brytanię. Wilhelm III Orański, obejmując tron angielski, przejął holenderskie wzorce, m.in. rozbudowując przenośne szpitale polowe. Ich zastosowanie w praktyce można prześledzić na przykładzie wojny prowadzonej na terenie Irlandii w 1690 r. Kolejny przełom nastąpił podczas wojny o sukcesję austriacką, kiedy to brytyjskie władze stworzyły system małych, ruchomych szpitali oddalonych od siebie o 19–64 km. H.J. Cook, *Practical Medicine and the British Armed Forces After the "Glorius Revolution"*, "Medicine History" 1990, R. 34, nr 1, s. 3, 6; C.M. Kreiser, dz. cyt., s. 32.

[16] A.L. Oelsnitz, *O bagażach wojska w polu będącego*, oprac. K. Łopatecki, Oświęcim 2014, s. 51–52. Zob. *Pamiętniki Jana Drozdowskiego sztabslekarza pułku Działyńskich*, wyd. W. Przyborowski, „Ateneum" 1883, R. 3, s. 240.

[17] W XVII stuleciu dowódcy i teoretycy francuscy zdecydowanie popierali zakładanie lazaretów polowych. Głównym wyrazicielem tych poglądów był Louis de Gaya. Według niego szpitale polowe były doskonałym rozwiązaniem, m.in. z tego względu, że znajdowały się zawsze blisko żołnierzy. W konsekwencji ranni i chorzy otrzymywali natychmiastową i profesjonalną opiekę, a jedynie w razie najcięższych przypadków konieczny był transport do bardziej oddalonych szpitali. L. de Gaya, *L'art de la guerre et la maniere dont on la fait à present*, Paris 1679, s. 35–36. Inne wydania: Paris 1677, s. 33–34; La Haye 1689, s. 41–42; Paris 1692, s. 44–45.

do siebie przyjdą, a służyć będą mogli, do wojska powrócić”[18]. Gwoli wyjaśnienia należy przypomnieć, że w imperium Romanowów od czasów Piotra I przy każdej kompanii – zarówno w okresie pokoju, jak i wojny – utrzymywany był jeden wóz do przewożenia chorych, co dawało 12 dodatkowych wozów (48 koni) i woźniców przy każdym regimencie. Było to nie tylko bardzo drogie rozwiązanie, lecz także skomplikowane z punktu widzenia logistyki. Przy założeniu, że armia składałaby się z 92 batalionów piechoty i 145 szwadronów jazdy, samych wozów przewożących chorych byłoby 842, co stanowiło dodatkowe 3368 koni, niemal tysiąc woźniców, a w kolumnie transportowej tabór taki liczył dodatkowych 8,5 km ciągnących pojazdów[19].

Równolegle rozwijające się szpitale polowe i czasowe nie rozwiązywały innego problemu, jakim byli weterani i inwalidzi wojenni. Byli żołnierze, pozbawieni pracy, staczali się na margines społeczny, często wchodząc w struktury przestępcze[20]. Zjawisko to nabierało intensywności wraz z rozbudową stałych armii państwowych[21]. Bardzo interesujące przedstawienie tego procesu przedstawia Jacques Callot w ikonograficznej opowieści zatytułowanej *Les grandes miseries de la guerre*[22]. Werbowani przez państwo żołnierze, czy to w wyniku odniesionych ran, starości, czy też wobec zmniejszenia etatu wojsk kończyli swoją karierę wojskową.

[18] A.L. Oelsnitz, dz. cyt., s. 52–53, 70.

[19] W rzeczywistości liczba wozów była jeszcze większa. W 1725 r. armia rosyjska składała się bowiem z 210 500 żołnierzy (2616 osób służyło w pułkach gwardii, 41 546 w kawalerii, 75 165 w piechocie, 74 127 w jednostkach garnizonowych, 5579 w artylerii oraz 6392 w ukraińskich pułkach landmilicji). Wzmocnieniem były nieregularne oddziały kozackie (ukraińskie, dońskie i słobodzkie) oraz strzeleckie – w sumie 110 000 osób. Łącznie ponad 330 000 żołnierzy. P. Krokosz, *Rosyjskie siły zbrojne za Panowania Piotra I*, Kraków 2010, s. 373–374.

[20] A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 91; H.J. Cook, dz. cyt., s. 4. Nawet w pozbawionej dużej armii Rzeczypospolitej udział żołnierzy (weteranów) w przestępstwach popełnianych w miastach oscylował w okolicach 10% wszystkich czynów karalnych. M. Kamler, *Świat przestępczy w Polsce XVI–XVII stulecia*, Warszawa 1991, s. 39.

[21] K. Korany, *Burżuazja a armia (do początków XX w.)*, „Państwo i Prawo” 1950, R. 5, nr 11, s. 7–20.

[22] Opis i analiza serii: K. Łopatecki, *Les Misères et les Malheurs de la Guerre Jacques'a Callota – wymowa ideologiczna serii*, „Barok. Historia-Literatura-Sztuka” 2009, R. 16, nr 2, s. 157–176; P. Choné, *Les miséres de la guerre ou „la vie du soldat": la force et le droit*, [w:] P. Choné, D. Ternois (red.), *Jacques Callot, 1592–1635 (Catalogue of exhibitation – Nancy, June-Sept. 1992)*, Paris 1992, s. 396–406; M. Richard, *Les Misères et les Malheurs de la guerre (1633): a work and its context*, [w:] K. Bussmann, H. Schilling (red.), *1648. War and Peace in Europe*, t. III, Münster–Osnabrück 1998, s. 517–523; D. Wolfthal, *Jacques Callot's Miseries of War*, "The Art Bulletin" 1977, R. 59, s. 222–233.

Ilustracja 2. Szpital wojskowy i jego pensjonariusze według Jacquesa Callota
Źródło: reprodukcja całego cyklu: K. Łopatecki, *Les Misères…*, dz. cyt., s. 178–183.

Autor na ilustracji 15 cyklu ukazał rzesze okaleczonych, chorych i głodnych weteranów (zob. il. 2)[23]. Jeszcze niedawno bezwzględni wobec ludności cywilnej, dumni żołnierze stoczyli się na margines życia społecznego. Na ilustracjach obserwujemy ubranych w obdarte szaty, pozbawionych kończyn ludzi, którzy walczą o przetrwanie. Państwo po zakończeniu służby zapomina o nich, uznając ich za bezużytecznych. Żołnierze nie mają rodzin – żon i dzieci, które mogłyby otoczyć niepełnosprawnych opieką. Społeczeństwo zaś, w szczególności mieszczanie i chłopi, żywią w stosunku do weteranów uzasadnioną nienawiść, utożsamiając ich z aktualnie działającymi oddziałami. Wizualna prezentacja zjawiska wzmocniona jest podpisem pod grafiką: „Zobacz jaki jest świat, który ma tak wiele niebezpieczeństw / Ścigają one bez końca dzieci boga Marsa / Niektórzy kalecy przygnieceni zostaną do ziemi / Mający więcej szczęścia otrzymają promocję podczas wojny / Inni umierają na szubienicy lub od śmiertelnego ciosu / A inni trafiają z obozu do szpitala”[24]. Na kolejnej grafice (nr 16) przedstawiony jest alternatywny los weterana wojennego pozostawionego bez żadnej opieki. Umiera on w samotności, nędzy i bez jakiegokolwiek pocieszenia.

Należy podkreślić, że Callot nie wymyślił niczego nowatorskiego, raczej zabrał głos w ogólnoeuropejskiej dyskusji związanej z rewolu-

[23] P. Paret, *Imagined Battles. Reflections of War in European Art*, Chapel Hill-London 1997, s. 32–33; J.A. Lynn, *Giant of the Grand Siécle: The French Army, 1610–1715*, Cambridge–New York–Melbourne 1998, s. 420.

[24] Voÿez que cést dú monde et combien de bazars // Persecutent sans fin les ens[f] ans du Dieu Mars // Les uns estropiez se treinent sur terre // Les auttes plus heureux Cesleuent ala guerre // Les uns sur un gibet meurent dun coup fatal // Et les autres seri vont du Camp a la Hospital. Tłumaczenie własne

cją militarną. Przemiany technologiczne (wykorzystanie artylerii, arkebuzów i muszkietów) prowadzą do rozbudowy sił wojskowych, a w konsekwencji wymuszają na rządzących przeprowadzenie licznych reform dotyczących m.in finansów publicznych czy administracji[25]. Konieczne było również zrewidowanie podejścia do opieki społecznej i zdrowotnej. Rozwój broni palnej oraz, paradoksalnie, medycyny, prowadził do coraz częstszych udanych zabiegów amputacyjnych, tym samym skazując żołnierzy na dalszą egzystencję na marginesie społecznym[26]. W tym miejscu warto dodać, że głos artysty został dostrzeżony, gdyż w Nancy powstał szpital wojskowy[27]. Miało to miejsce w 1636 r., czyli zaledwie trzy lata po wydaniu pierwszej edycji serii[28].

W Europie nowożytnej istniało wiele instrumentów organizacyjno-prawnych mających pomóc weteranom w nowym życiu. W katolickiej części Europy klasztory, szczególnie bernardyńskie, przyjmowały weteranów jako oblatów lub braci świeckich[29]. Warte zasygnalizowania jest wypłacanie byłym żołnierzom i oficerom zasiłków, jak miało to miejsce od 1593 r. w Anglii[30]. We Francji pierwszej ćwierci

[25] J. Urwanowicz, *Wojsko Rzeczypospolitej wobec polityki (na tle postaw armii europejskich)*, [w:] J. Ekes (red.), *Dziedzictwo pierwszej Rzeczypospolitej w doświadczeniu politycznym Polski i Europy*, Nowy Sącz 2005, s. 35–36.

[26] O.P. Grell, *War, Medicine and the Military Revolution*, [w:] P. Elmer (red.), *The Healing Arts: Health, Disease and Society in Europe 1500–1800*, Manchester 2004, s. 282. G. Parker (*The Army of Flanders and the Spanish Road 1567–1659. The Logistics of Spanish Victory and Defeat in the Low Countries' Wars*, Cambridge 1975, s. 168) zwraca uwagę, że w samym 1574 r. aż 41 żołnierzy hiszpańskich zostało inwalidami. Jeden stracił obie nogi, trzech obie ręce, pięciu jedną nogę, 13 jedną rękę, 11 było postrzelonych m.in. w usta, oko, a czterech straciło kończyny przez kulę armatnią. Zob. jeden z pierwszych podręczników medycznych dotyczących leczenia żołnierzy z ranami postrzałowymi: J. Le Paulmier, *Traicté de la nature et curation des playes de pistolle, harquebouse, et autres bastons, a feu: ensemble, Les remedes des combustions & bruslures externes & superficielles*, Caen 1569, s. 1–79.

[27] Jacques Callot był szlachcicem lotaryńskim, który był niezwykle poruszony atakiem wojsk francuskich na swoją ojczyznę. Ostatecznie najeźdźcy zdobyli stolicę księstwa – Nancy. G. Sadoul, *Jacques Callot, miroir de son temps*, Paris 1969, s. 286–308; S. Mödersheim, *Art and War*, [w:] P.K. Muana, Ch. Corcoran (red.), *Representations of Violence: Art about the Sierra Leone Civil War*, Madison 2005, s. 17; D. Wolfthal, dz. cyt., s. 224.

[28] Był to również pierwszy przypadek zmuszenia lokalnych władz miejskich do przejęcia obowiązków sprawowania opieki nad weteranami. W 1640 r. podobny obowiązek spadł na Abbeville, a dwa lata później w Montpellier konsulowie zostali zobowiązani do ufundowania szpitala wojskowego. D. Parrott, *Richelieu's Army: War, Government, and Society in France, 1624–1642*, Cambridge 2001, s. 537.

[29] Por. W. Tomkiewicz, *Aktualizm i aktualizacja w malarstwie polskim XVII wieku*, „Biuletyn Historii Sztuki" 1951, R. 13, nr 3, s. 36; T. Chrzanowski, *Wędrówki po Sarmacji europejskiej*, Kraków 1988, s. 265.

[30] G.L. Hudson, *Disabled Veterans and the State in Early Modern England*, [w:] D.A. Gerber (red.), *Disabled Veterans in History*, An Arbor 2000, s. 117–121; A. Wyro-

XVII stulecia miasta miały zapewnić opiekę medyczną chorym żołnierzom[31]. Powyższe instytucje nie rozwiązywały jednak zasadniczego problemu, jakim był brak integracji ze społeczeństwem skłonnych do przemocy i łamania prawa weteranów. Tymczasem szpitale wojskowe ściśle kontrolowały pensjonariuszy, tworząc militarną organizację z mundurami, surową wojskową dyscypliną, dzięki czemu weterani poddani byli ścisłej kontroli[32].

Hiszpańscy marynarze byli pierwszą grupą zawodową, której państwo stworzyło stabilnie działający system leczniczo-opiekuńczy[33]. Rozwój ten miał bezpośrednie przełożenie na wojska lądowe[34]. Żołnierze po raz pierwszy mogli zetknąć się z tym rozwiązaniem podczas wojny 80-letniej. Wówczas to książę Alva założył w Mechelen (Malines) w 1567 r. wojskowy szpital[35]. Wobec braku funduszy po roku instytucja ta musiała zawiesić swoją działalność, ale zainicjowała zmiany i rozpoczęła nową epokę w dziedzinie opieki zdrowotnej i społecznej[36]. W 1585 r. odnowiono fundację, która stała się pierwszym permanentnie działającym szpitalem wojskowym. W 1607 r. placówka opiekowała się 50 osobami, a personel liczył 7 doktorów oraz 11 chirurgów i pomocników. 30 lat później w pięciu budynkach znajdowało się już 330 łóżek dla chorych i rannych, nad którymi sprawowało opiekę 58 osób, w tym 7 lekarzy, 8 chirurgów[37]. Należy podkreślić, że ten

bisz, dz. cyt., s. 92–93. Odpowiednikiem tego rozwiązania w Rzeczypospolitej było wypłacanie pewnej sumy pieniędzy rannym podczas walk żołnierzom. H. Wisner, *Wojsko litewskie I połowy XVII wieku*, cz. III, „Studia i Materiały do Historii Wojskowości" 1978, T. 21, s. 84.

[31] J.A. Lynn, dz. cyt., s. 421.

[32] G.L. Hudson, dz. cyt., s. 126.

[33] W XVI-wiecznej Hiszpanii szpitale o charakterze stałym znajdowały się w Perpiñán i Santander. Lizbona zaś jest przykładem miejsca, gdzie omawiana instytucja istaniała tylko na czas stacjonowania tam Niezwyciężonej Armady. D.C. Goodman, dz. cyt., s. 243–244.

[34] Rozwój europejskiego szpitalnictwa wojskowego: K. Łopatecki, *Specyfika fundacji…*, dz. cyt., s. 364–370.

[35] A. Cunningham, O.P. Grell, *The Four Horsemen of the Apocalypse: Religion, War, Famine and Death in Reformation Europe*, Cambridge–New York–Melbourne–Madrid 2001, s. 135; G. Parker, *The Military Revolution: Military Innovation and the Rise of the West, 1500–1800*, Cambridge–New York–Port Melbourne–Madrid 2003, s. 72. Pierwsza analiza tej placówki: zob. E. van Autenboer, *De eerste stichting van het spaansche gasthuis, 1567–8*, „Mechelse Bijdragen" 1943, R. 10, s. 99–103.

[36] O.P. Grell, dz. cyt., s. 280; A. Cunningham, O.P. Grell, dz. cyt., s. 135.

[37] L. van Meerbeeck, *L'hôpital royale de l'armée espagnole à malines en l'an 1637*, "Bulletin du Cercle archéologique de Malines" 1950, R. 54, s. 81–125; O.P. Grell, dz. cyt., s. 280; A. Cunningham, O.P. Grell, dz. cyt., s. 135; J.A. Lynn, dz. cyt., s. 421; G. Parker, *Żołnierz*, [w:] R. Villari (red.), *Człowiek baroku*, Warszawa 2001, s. 75; tenże, *The Military Revolution…*, dz. cyt., s. 72; tenże, *The Army of Flanders…*, dz. cyt., s. 167–168.

szpital powstał na potrzeby włoskich i hiszpańskich żołnierzy, gdyż miasta belgijskie nie chciały leczyć i opiekować się obcymi najemnikami. Większość potrzebujących żołnierzy nadal znajdowała pomoc w zwykłych szpitalach[38].

Wzorzec wypracowany w Mechelen Habsburgowie przenieśli na inne ziemie znajdujące się pod ich władaniem, co było możliwe od 1574 r., kiedy skarb państwa zaczął stale przeznaczać fundusze na ten cel[39]. Hiszpania w krótkim czasie stała się pierwszym krajem z rozwiniętym systemem wojskowej opieki zdrowotnej. Warto podkreślić, że placówki medyczno-opiekuńcze zakładano również na terenie kolonii, czego przykładem jest działający od końca XVI stulecia szpital dla żołnierzy w Manili na terenie Filipin[40]. Niestety, doskonale prosperujący system podupadł przez bankructwo Hiszpanii w 1596 r.[41] Po tym wydarzeniu rząd dążył do tego, aby sami zainteresowani partycypowali w jego utrzymaniu. W tym celu część pieniężnych kar z przestępstw wojskowych zaczęła trafiać do szpitali, przede wszystkim jednak żołnierzom zaczęto potrącać po 1 realu, a wśród podoficerów i oficerów kwotę tę podwyższano stosownie do zarobków[42].

Wzór hiszpański polegający na zakładaniu specjalnych szpitali wojskowych był naśladowany w kolejnym stuleciu przez większość państw europejskich. W pierwszej kolejności należy wymienić Zjednoczone Prowincje, które nie tyle recypowały, ile współtworzyły nowe rozwiązania. Zorganizowana opieka medyczna nad żołnierzami pojawiła się już w roku 1574. W tym czasie z inicjatywy Wilhelma I Orańskiego prowincja holenderska podjęła starania, aby założyć specjalne szpitale na potrzeby żołnierzy w Rotterdamie, Schiedam, Dordrechcie, Delft oraz Goudzie. Wiemy, że co najmniej przez cztery lata instytucja taka dzia-

[38] E. Swart, *Krijgsvolk. Militaire professionalisering en het ontstaan van het Staatse leger, 1568–1590*, Amsterdam 2006, s. 188–189; M. t'Hart, *The Dutch Wars of Independence: Warfare and Commerce in the Netherlands 1570–1680*, London–New York 2014, s. 46.

[39] D.C. Goodman, dz. cyt., s. 242–243. W 1574 r. powstał m.in. szpital w mieście Pamplona, przy granicy z Francją w prowincji Navarra. L. White, *The Experience of Spain's Early Modern Soldiers: Combat, Welfare and Violence*, "War in History" 2002, R. 9, nr 1, s. 21.

[40] J.N. Crossley, *Hernando de los Ríos Coronel and the Spanish Philippines in the golden age*, Farnham 2011, s. 41–43.

[41] D.C. Goodman, dz. cyt., s. 250. Por. C. Bruneel, *Les administrateurs hôpitaux dans les Pay-Bas Espagnols et autrichiens*, [w:] J.P. Gutton (oprac.), *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime*, Lyon 1999, s. 91–95.

[42] G. Parker, *The Military Revolution…*, dz. cyt., s. 72–73. Opodatkowanie żołnierzy na potrzeby służby zdrowia nie było pomysłem nowatorskim. Już w 1551 r. marszałek Charles I de Cossé (hrabia Brissac) wydał takie zarządzenie dla podlegających mu wojsk francuskich. J. Imbert, *Histoire des hôpitaux de France*, Toulouse 1982, s. 153.

łała w Rotterdamie, która z powodzeniem wypełniała powierzone zadania. Wobec coraz większych potrzeb leczniczo-opiekuńczych władze holenderskie postanowiły wykorzystać istniejącą w Niderlandach gęstą siatkę miejską i przesyłać rannych i chorych żołnierzy do znajdujących się w pobliżu walk miast, gdzie następnie oddawano ich pod opiekę do zwykłych, działających tam szpitali. Pierwsze systemowe rozwiązanie wprowadzono w roku 1578. Wówczas przyjęto, że w zależności od wielkości oraz położenia miast w stosunku do linii frontu władze miejskie powinny przygotować od 10 do nawet 150–200 łóżek (w Gandawie i Antwerpii). System ten jednak źle funkcjonował i dopiero w 1586 r. przeprowadzono reformę, która doprowadziła do urealnienia liczby pacjentów i zapewniała odpowiednie środki finansowe na ich utrzymanie. Wówczas wyznaczono w sumie 500 miejsc dla rannych i chorych żołnierzy, których rozlokowano w ośrodkach miejskich (od 5 osób w Woerden, Naarden, Muiden i Purmerend po 70 w Amsterdamie). Stosunkowo duże obciążenie nałożone na Amsterdam doprowadziło do tego, że władze municypalne zbudowały w latach 1586–1587 specjalny szpital wojskowy (*Soldaatenhuis*), który już na samym początku działalności mieścił 51 osób[43]. Był on cały czas rozbudowywany i w roku 1741 dał schronienie 1568 pensjonariuszom[44].

We Francji dopiero od XVII stulecia na szeroką skalę rozwinięto opiekę medyczną[45]. Henryk IV w 1604 r. ufundował w Paryżu *Maison royale de la Charité chrétienne*, który był szpitalem leczniczo-opiekuńczym dla żołnierzy i inwalidów[46]. Od roku 1629 rozpoczęto roz-

[43] E. Swart, dz. cyt., s. 185–189; M. t'Hart, dz. cyt., s. 45–46; J.J. Keevil, C. Lloyd, J.L.S. Coulter, *Medicine and the Navy, 1200–1900*, Edinburgh 1957, s. 103–104. Zob. również: G.B. Leppink, *Het Sint Catharinae Gasthuis in Arnhem in de eerste vier eeuwen van zijn bestaan (1246–1636)*, Verloren 1996, s. 213–214.

[44] W 1763 r. szpital pomieścił 878 osób (zmarło 146), w kolejnych latach było to odpowiednio – 1737: 1256/182; 1738 – 837/122, 1739 – 920/125; 1740 – 1371/172; 1741 – 1568/170; 1742 – 842/119; 1743 – 622/94. N. Struyck, *Vervolg van de beschryving der staartsterren*, Amsterdam 1753, s. 144–145.

[45] Z XVI w. znamy tylko pojedyncze przykłady opieki nad żołnierzami wykraczające poza obecność lekarzy lub chirurgów w wojsku. Najwcześniejsza informacja o istnieniu lazaretów polowych pochodzi z 1550 r. Dwie takowe instytucje funkcjonowały podczas oblężenia Metz w 1552 r. Natomiast podczas oblężenia Amiens w 1597 r. działał szpital wojskowy. S. Rudzki, *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, Warszawa 1927, s. 12; P. Delaunay, *Les apothicaires des hôpitaux des camps et armées*, „Revue d'histoire de la pharmacie" 1931, t. 94, nr 3, s. 199–200; R. Limelette, *Le service de santé militaire dans les intendances de Flandre et de hainaut: de la liberté provinciale et l'uniformisation nationale*, s. 2 (https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00627447, dostęp: 12.12.2015).

[46] M. de Béthune duc de Sully, *Memoirs*, vol. IV, London 1763, s. 109–110; J.J. Granet, *Histoire de l'Hôtel royal des Invalides*, Paris 1736, s. 39–41; J.P. Byrne, *Health and Wellness in the Renaissance and Enlightenment*, b.m.w. 2013, s. 197.

budowę sieci lazaretów przeznaczonych dla każdego pułku[47]. Wielką akcję fundatorską zapoczątkował kardynał Richelieu, którego pierwszą inwestycją była budowa szpitala w Pinarolo[48]. Przyjęto, że liczba łóżek dla chorych powinna wynosić 4% stanu etatowego armii[49]. Gustaw II Adolf, prowadząc długotrwałe wojny, planował przekształcić zabudowania klasztorne w szpitale wojskowe. Projekt ten zrealizowała dopiero królowa szwedzka Krystyna w latach 1646–1647, zakładając w klasztorze Vadstena *krigmanshus*[50]. W tym czasie (1634 r.) powstał pierwszy szpital w Szkocji ufundowany przez Karola I Stuarta[51]. Na bieżące potrzeby armii angielskiej dostosowano w Londynie *Savoy hospital* i *Ely House* odpowiednio w latach 1642 i 1648[52]. W sumie oba mogły pomieścić około 350 pensjonariuszy[53]. Następnie utworzono dwa, specjalnie przygotowanie w tym celu, niewielkie obiekty w Kilmainham (Dublinie) i w Heriot (Szkocja)[54]. Szpitalnictwo wojskowe dotarło również na rubieże Europy, o czym świadczy założenie pierwszego czasowego szpitala przez Wielkie Księstwo Moskiewskie w Smoleńsku w 1655 r.[55] Kolejne, czasowe szpitale pojawiły się na południu kraju w związku z walkami z Portą Ottomańską i Chanatem Krymskim, a w 1678 r. otwarto analogiczny obiekt w Moskwie[56].

Znaczącym osiągnięciem było utworzenie przytułku dla weteranów i inwalidów z armii flandryjskiej. Alumnat ten, zwany Garnizonem Naszej Pani z Hall, w 1640 r. zapewniał utrzymanie 346 podopiecznym[57].

[47] D. Parrott, dz. cyt., s. 534.

[48] J.A. Lynn, dz. cyt., s. 422.

[49] J.D. Lepage, *Vauban and the French Military Under Louis XIV: An Illustrated History of Fortifications and Strategies*, Jefferson 2010, s. 130.

[50] A. Hölter, *Die Invaliden: die vergessene Geschichte der Kriegskrüppel in der europäischen Literatur bis zum 19. Jahrhundert*, s. 118; C.J. Nordmann, *L'armée suédoise au XVIIe siècle*, "Revue du Nord" 1972, nr 54, s. 142; O.P. Grell, dz. cyt., s. 280; A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93; A. Cunningham, O.P. Grell, dz. cyt., s. 135. Zob. O. Bergström, *Vadstena krigsmanshus: personhistoriska anteckningar*, Stockholm 1901.

[51] G. Parker, *Foreword*, [w:] R. Monro, *His Expedition With the Worthy Scots Regiment Called Mac-Keyss*, red. W.S. Brockington, Westport–London 1999, s. XVI.

[52] B. Donagan, *The Casualties of War: Treatment of the Dead and Wounded in the English Civil War*, [w:] I. Gentles, J. Morrill, B. Worden (red.), *Soldiers, Writers and Statesmen of the English Revolution*, Cambridge–New York–Melbourne 1998, s. 122.

[53] G.L. Hudson, dz. cyt., s. 122–123.

[54] H.J. Cook, dz. cyt., s. 6.

[55] A. Sella, *The Value of Human Life in Soviet Warfare*, London–New York 1992, s. 2. Szpital wojskowy miał istnieć w Smoleńsku również w okresie przynależności do Wielkiego Księstwa Litewskiego. H. Wisner, dz. cyt., s. 84.

[56] B.C. Urlanis, *Wojny a zaludnienie Europy*, tłum. L. Szydek, I. Morsztynkiewiczowa, Warszawa 1962, s. 72.

[57] G. Parker, *The Military Revolution*, s. 73; tenże, *Żołnierz…*, dz. cyt., s. 75; A. Cunningham, O.P. Grell, dz. cyt., s. 136; O.P. Grell, dz. cyt., s. 280.

Ilustracja 3. Grafika upamiętniająca decyzję Ludwika XIV o założeniu paryskiego szpitalu dla inwalidów wojennych

Źródło: R. Bonnart, *Départ du Roy pour la guerre d' Holande, dans lequel il ordonna l' exécution de l' hostel royal des Invalides , dans la pleine de Grenelle sur la Seine, proche Paris*. Grafika opublikowana na początku książki: J. de Boulencourt, *Description générale de l'Hostel Royal des Invalides*, Paris 1683.

Była to pierwsza tak duża placówka opiekująca się wyłącznie weteranami. Jednak to nie ten obiekt był przełomowy w dziejach wojskowej opieki społecznej i zdrowotnej. Najważniejszą inwestycją był paryski

Hotel des Invalides[58]. Założeniem była budowa gigantycznego kompleksu, który miał być zarządzany na wzór wojskowy. Hotel powstał w wyniku decyzji Ludwika XIV, który w 1670 r. zaakceptował projekt architektoniczny Liberala Bruanta (zob. il. 3)[59]. Wielkie przedsięwzięcie realizowano w latach 1671–1676, dobudowując kilka lat później kościół św. Ludwika według projektu Julesa Hardouina-Mansarda[60].

Wyjątkowość nowego miejsca polegała na rozmachu, przemyślanym projekcie architektonicznym oraz wzorowo zaplanowanej organizacji zarówno medycznej, jak i opiekuńczej. Kompleks budynków został dostosowany do zadań, które powinien spełniać. Po pierwsze, zaniechano nadmiernego zagęszczenia wśród pacjentów i pensjonariuszy, tworząc liczne przewiewne, ogrzewane sale, w których istotną rolę przykładano do czystości[61]. Wydzielono oddzielne pokoje dla weteranów z chorobami wenerycznymi i umysłowymi. Zapewniono również mieszkańcom stały dostęp do bieżącej wody oraz zadbano o dobre warunki sanitarne[62]. Po drugie, budynek zbudowano z wielkim rozmachem i pietyzmem artystycznym, a symbolem kompleksu był monumentalny kościół (*Dôme de Saint-Louis-des-Invalides*) wzniesiony w 1706 r. przez Jules'a Hardouin-Mansarta[63]. Po trzecie, *Hotel Inwalidów* w sposób symboliczny rozpoczął wielką akcję integracji weteranów ze społeczeństwem francuskim[64]. Warto podkreślić, że obiekt mógł pomieścić 3000, a pod koniec XVII w. już 4000 pensjonariuszy, przy czym był stale rozbudowywany[65]. W latach 1673–1796 placówka udzieliła schronienia dla 111 394 osób[66]. Wokół szpitala powstała dziel-

[58] G. Parker, *Żołnierz*, s. 76; O.P. Grell, dz. cyt., s. 280.

[59] Idea jego utworzenia sięga roku 1576, kiedy to Henryk III miał w planach budowę w Paryżu ogromnego szpitala wojskowego. Ludwik XIII zaakceptował projekt architektoniczny tej placówki w 1634 r., która jednak nie doczekała się realizacji. A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93; J.G. Heck (red.), *Icenographic Encyclopaedia of Science: Literature & Art*, tłum. S. F. Baird, vol. IV, New York 1860, s. 192.

[60] A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93.

[61] Jak ważne było to założenie, świadczy przypadek ze Strasburga w 1689 r., kiedy to chorych i rannych umieszczano w jednym łóżku po trzy osoby – co w prosty sposób prowadziło do rozszerzania się epidemii. J.A. Lynn, dz. cyt., s. 423.

[62] O.P. Grell, dz. cyt., s. 281.

[63] A. Ayers, *The Architecture of Paris*, Stuttgard–London 2004, s. 143–146.

[64] Por. D.M. Hopkin, *Soldier and Peasant in French Popular Culture, 1766–1870*, Woodbridge 2003, s. 282–346.

[65] J.D. Lepage, dz. cyt., s. 130–131.

[66] W pierwszych latach funkcjonowania szpitala przyjęć nie było wiele, przy czym inwalidów kwalifikowano do pobytu już od 1670 r., czyli momentu podjęcia decyzji o budowie. W 1670 r. było to 340 osób; 1671 – 150; 1672 – 110, 1673 – 70; 1674 – 480; 1675 – 390; 1676 – 570; 1677 – 720; 1678 – 720; 1679 – 660; 1680 – 400 itd. Największy dopływ nastąpił w 1763 r., kiedy wydano 5650 decyzji (dane szacunkowe obliczone na

nica dla byłych żołnierzy, a od 1764 r. rząd francuski rozpoczął wypłacanie emerytur dla tej grupy zawodowej. Aby uniknąć przepełnienia, część zdolnych do służby weteranów kierowano do służby garnizonowej w twierdzach[67]. Po czwarte, weteranom nie tylko zapewniono dach nad głową i wyżywienie, lecz także stałą opiekę medyczną. W tym celu przeorientowano nauczanie kliniczne lekarzy, skupiono się przede wszystkim na anatomii[68]. Zarówno ten, jak i inne szpitale stały się doskonałym miejscem na zdobycie praktyki lekarskiej[69].

Inne państwa zaczęły naśladować rozwiązania francuskie, tworząc olbrzymie kompleksy zajmujące się nie tylko rannymi i chorymi żołnierzami, lecz przede wszystkim niezdolnymi do samodzielnego życia weteranami. Dopiero te monumentalne obiekty, wespół ze skomplikowaną organizacją prawno-finansową, umożliwiły faktyczną realizację stawianych przed państwem funkcji. Za przykład można postawić dokonania Anglii, z założoną w 1684 r. placówką w Chelsea (Londyn)[70]. Budowę Królewskiego Szpitala przeznaczonego dla weteranów zaproponował Karolowi II John Evelyn, a wykonawcą tego dzieła został Stephan Fox[71].

---

podstawie sondażu obejmującego 10% wszystkich przyjęć). E. Belmas, *L'admission aux Invalides (1670–1791): facteurs sociaux et démographiques*, [w:] E. Belmas, S. Nonnis-Vigilante (red.), *La santé des populations civiles et militaires Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe–XVIIIe siècles*, Paris 2010, s. 59–60.

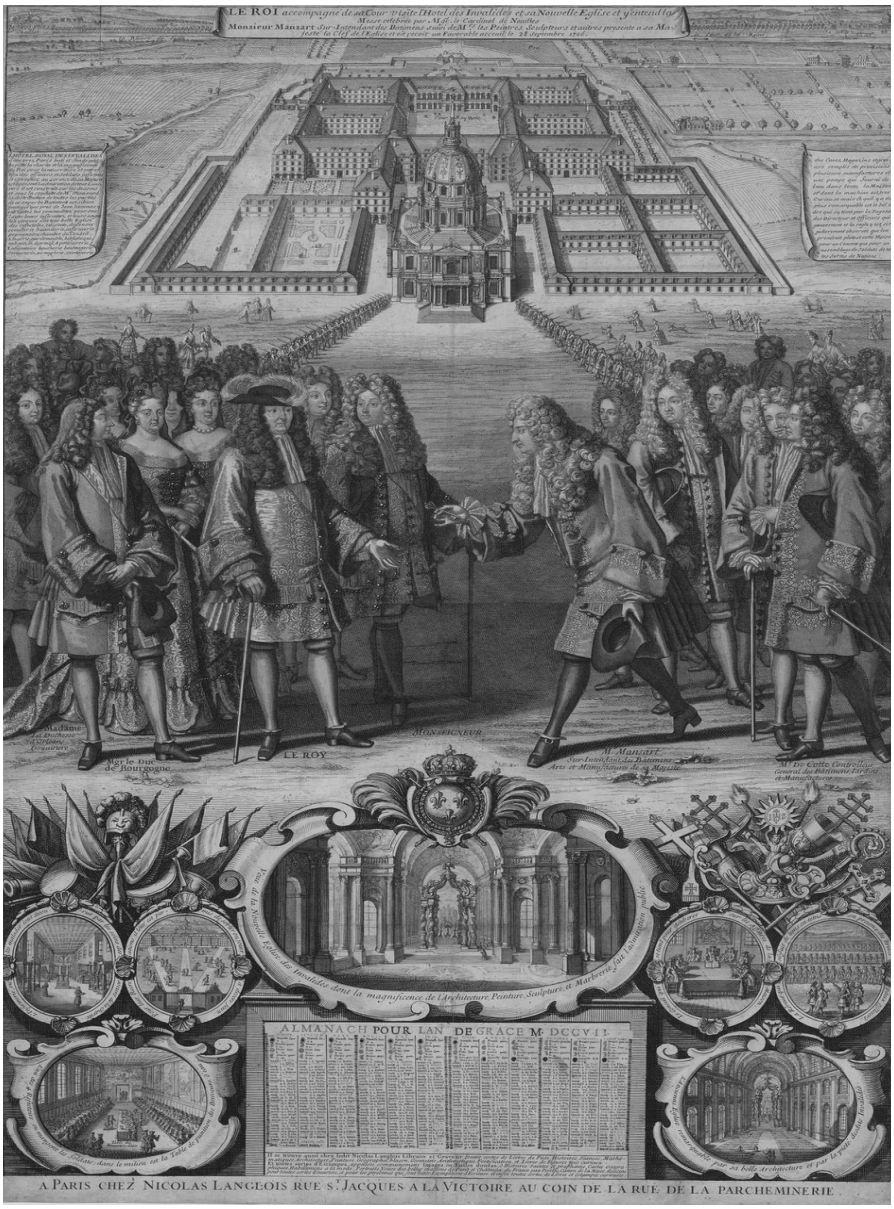
[67] Na stronie http://www.hoteldesinvalides.org/ [dostęp: 22.01.2015] została umieszczona pełna baza danych pensjonariuszy Hotelu Inwalidów z lat 1673–1796 (*Registre de réception de pensionnaires à l'hôtel des Invalides à Paris 1673–1796*). Zob. J.-P. Bois, *Les anciens soldats dans la société française au XVIIIe siècle*, Paris 1990, s. 205 i n.; A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93.

[68] O.P. Grell, dz. cyt., s. 281. Podkreślić należy, że pierwsza typowo wojskowa szkoła medyczna powstała dopiero w 1793 r. w Paryżu (*Val – de – Grâce*). M.J. Turos, *Próba połączenie ognia z wodą – czyli rekonstrukcja historyczna jako forma przekazu wiedzy w historii medycyny*, "Medycyna Nowożytna" 2011, R. 17, z. 1, s. 187.

[69] Por. J.H. Ohlmeyer, *The war of religion, 1603–1660*, [w:] T. Bartlett, K. Jeffery (red.), *A Military History of Ireland*, Cambridge–New York–Melbourne 1997, s. 174; M.H. Kaufman, *Surgeons at War: Medical Arrangements for the Treatment of the Sick and Wounded in the British Army during the Late 18th and 19th Centuries*, Westport 2001, s. 100. Przykładowo, szpital wojskowy w Lille wykształcił kadrę chirurgów, którzy uczyli anatomii i chirurgii studentów od 1693 r. Do czasów rewolucji francuskiej była to jedyna szkoła w mieście, która uczyła zarówno medycyny, chirurgii, jak i aptekarstwa. A. Gerard, *Rôle des hôpitaux militaires de Lille dans l'enseignement médical*, „Histoire des sciences médicales" 1997, t. 31, nr 2, s. 123–124.

[70] G.L. Hudson, *British Military and Nawal Medicine, 1600–1830*, New York 2007, s. 255–256; G. Parker, *The Military Revolution…*, dz. cyt., s. 75; tenże, *Żołnierz…*, dz. cyt., s. 76; O.P. Grell, dz. cyt., s. 280.

[71] A. Dobson (red.), *The diary of John Evelyn with an Introduction and Notes*, vol. 3, Cambridge 2015, s. 71: "would now purchase it again to build a hospital; or infirmary for soldiers there, in which he [Stephan Fox] desired my [John Evelin] assistance as one of the Council of the Royal Society".



Ilustracja 4. Paryski szpital dla inwalidów wojennych na początku XVIII w.

Źródło: zob. *Le Roi accompagné de sa Cour visite l'Hotel des Invalides et sa Nouvelle Eglise*, Paris 1707. Wersja elektroniczna grafiki: http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b6947250q [dostęp: 12.12.2015].

Inspiracją był pierwotnie najważniejszy tego typu budynek w Europie – *Soldaatenhuis* w Amsterdamie, później wielka budowla Ludwika XIV *Hotel des Invalides*[72]. Chwalebna rewolucja, doprowadzając do upadku dynastii Stuartów i wyniesienia nowego władcy – Wilhelma III Orańskiego, przyśpieszyła rozwój szpitalnictwa opartego na wzorcach francuskich i holenderskich[73].

Za czasów Leopolda I stworzono w Wiedniu szpital wojskowy na wzór francuski w 1693 r. *Großarmen- und Invalidenhauses* przeznaczony był dla starych lub niepełnosprawnych weteranów. Szybko jednak instytucja zaczęła przyjmować ludność cywilną – włóczęgów, ofiar wojen z Portą Ottomańską itp. W 1726 r. w *Wielkim Domu dla Ubogich* rozpoczęto budowę dodatkowych pięciu gmachów, które już siedem lat później mogły pomieścić 5000, a w 1752 r. aż 6000 osób[74], konkurując tym samym z paryską instytucją. Nadal sporą część pensjonariuszy stanowili żołnierze i weterani – w 1778 r. było to 551 pensjonariuszy, nad którymi czuwało 30 lekarzy[75]. W monarchii Habsburgów tworzyły się kolejne obiekty: w 1724 r. (Peszt) i 1728 (Praga)[76]. Inną placówką wybudowaną na wzór paryski był założony przez Józefa II w 1781 r. szpital wojskowy *Gumpendorf*. Była to nie tylko budowla mogąca pomieścić 1200 pacjentów, ale zapewniająca również doskonałą opiekę medyczną[77].

Okres rządów Piotra I w Rosji to czas wielkich zmian również w sferze szpitalnictwa wojskowego. Podczas swojej podróży wielką wagę przykładał do oglądania szpitali i aptek[78]. W wyniku nabytych przez cara doświadczeń sprowadzono do Moskwy wielu doskonałych me-

[72] H.J. Cook, dz. cyt., s. 7.

[73] Tamże, s. 1–3.

[74] M. Scheutz, *Demand and Charitable Supply: Poverty and Poor Relief in Austria in the 18th and 19th Centuries*, [w:] O.P. Grell, A. Cunningham, B. Roeck (red.), *Health Care And Poor Relief In 18th And 19th Century Southern Europe*, Hants–Burlington 2005, s. 76–77.

[75] O.P. Grell, dz. cyt., s. 281; O.P. Grell, *A Journey of Body and Soul: The Significance of the Hospitals in Southern, Catholic Europe for John Howard's Views of Health Care and the Creation of the Utopian Hospital*, [w:] O.P. Grell, A. Cunningham, B. Roeck (red.), dz. cyt., s. 299.

[76] A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93.

[77] O. Keel, *The Politics of Health and the Institutionalisation of Clinical Practices in Europe in the Second Half of the Eighteenth Century*, [w:] W.F. Bynum, R. Porter (red.), *William Hunter and the Eighteenth-Century Medical World*, Cambridge–London–New York–New Rochelle–Melbourne–Sydney 2002, s. 244–245.

[78] J.H. Appleby, dz. cyt., s. 299; A. MacGregor, *The Tsar in England: Peter the Great's Visit to London in 1698*, "Seventeenth Century Spring" 2004, R. 19, nr 1, s. 123; W. Serczyk, *Piotr I Wielki*, Wrocław 1973, s. 23.

dyków z Europy Zachodniej. Wśród nich naczelne miejsce zajmował Szkot Robert Erskine, który koordynował w Rosji system medyczny, w tym dotyczący wojska[79]. Wzorce w sferze szpitalnictwa wojskowego zostały przejęte nie z Francji, lecz z Anglii. Wpływ na to miała nie tylko liczna grupa wpływowych lekarzy pochodzących z Albionu, lecz także doświadczenia cara, który na wyspach zetknął się ze szpitalem w Greenwich. To wzorując się na tej placówce powołano na przełomie 1706–1707 r. pierwszy stały szpital wojskowy w Moskwie[80]. Kolejny założono 10 lat później w Petersburgu, który sprawował opiekę nad marynarzami służącymi w rosyjskiej flocie[81]. W trakcie panowania Piotra I powstało w sumie 10 obiektów przeznaczonych dla żołnierzy, m.in. w Kijowie, Rewlu i Rydze[82].

Na tym tle zadziwia opóźnienie w Prusach, gdzie szerszą akcję zakładania szpitali rozpoczęto dopiero w latach 40. XVIII w.[83] Jej efekty były jednak imponujące. W samym Berlinie funkcjonował od 1747 r. dom inwalidów, który mógł pomieścić do tysiąca osób[84]. Na swoje potrzeby posiadał ogrody i grunty orne o powierzchni 130 ha, a także własną piekarnię, rzeźnię i browar. Pewną nowością był założony w Poczdamie specjalny sierociniec dla dzieci żołnierzy, który wychowywał od 1500 do 2000 osób[85].

Podsumowując, w XVII i 1 poł. XVIII w. wszystkie europejskie państwa zaakceptowały konieczność zakładania i utrzymywania szpitali wojskowych. Niektóre organizmy polityczne nie były jednak na tyle wydolne organizacyjnie i finansowo, aby podołać nowym obowiązkom. Taka sytuacja miała miejsce w Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Początki były bardzo obiecujące. Pierwszy szpital ufundował w 1582

[79] J.H. Appleby, dz. cyt., s. 299–301.

[80] A. Sella, dz. cyt., s. 2–3; J.H. Appleby, dz. cyt., s. 301.

[81] J.H. Appleby, dz. cyt., s. 301. Port i stocznie założono w tym mieście w 1705–1707 r. Razem z tym militarnym kompleksem zbudowano szpital dla robotników i marynarzy służących w bałtyckiej flocie. B. Haigh, *Design for a Medical Service: Peter the Great's. Admiralty Regulations (1722)*, "Medical History" 1975, R. 19, s. 130.

[82] M. Kołodziej, *Podróż stolnika Piotra Tołstoja przez Polskę i Austrię do Włoch 1697–1699*, Wrocław 1991, s. 65; B.C. Urlanis, dz. cyt., s. 72.

[83] A. Wyrobisz, dz. cyt., s. 93; T. Broniewski, M. Zlata (red.), *Sztuka Wrocławia*, Wrocław 1967, s. 328. Pierwsza decyzja o powołaniu szpitala wojskowego na terenie Prus nastąpiła 10.03.1704 r. Trzydzieści lat później podjęto decyzję o założeniu obozowego szpitala na 600 łóżek. F.H. Garrison, dz. cyt., s. 141–143.

[84] J.J. Spieß, *Brandenburgische historische Münzbelustigungen*, Anspach 1768, s. 1–8.

[85] H. Schultz, *Berlin 1650–1800: Sozialgeschichte einer Residenz*, Berlin 1992, s. 220–221 i n.

r. w Warszawie Stefan Batory[86]. Sposób jego założenia wpisywał się w ogólnoeuropejską tendencję. Dopóki Stefan Batory żył, alumnat prosperował, jednak po śmierci władcy stan placówki ulegał postępującemu upadkowi. Jak zauważył Tadeusz Nowak, instytucja ta nie funkcjonowała od co najmniej 1620 r.[87] Ostatecznie sejm zlikwidował tę placówkę w Warszawie w 1638 r., tłumacząc, „że szpital, ktory Krol Stefan ś. p. na żołnierza ubogiego fundował, nie obraca się według intencyi fundatoris, dla tego że intraty nie masz do tego naznaczonej: [...] przeto obracamy go na czekhauz"[88]. Tym samym państwo zaprzestało, aż do czasów stanisławowskich, działań mających na celu sprawowanie opieki nad weteranami[89]. Jedynymi działaniami było otoczenie prawną ochroną magnackich fundacji szpitalnych[90]. W 1633 r. trzy stany sejmujące zatwierdziły budowę alumnatu w Tykocinie, którą zaplanował Krzysztof Wiesiołowski. Podobnie powołano do życia szpital we Lwowie z fundacji Aleksandra Zborowskiego w 1638 r. i w Kamieńcu Podolskim z inicjatywy Michała Stanisławskiego w 1667 r.[91] Inne próby zakładania szpitali wojskowych kończyły się, po krótkim epizodzie aktywności, fiaskiem[92]. Na początku XVIII w. Jan Michał Kapenhauzen informował: „Kiedy kto raniony abo skaleczony, aby miał według godności osoby, abo w szpitalu, abo skąd inąd wikt i pensję, na co szpital lwowski, kamieniecki i tykociński"[93]. Obiekty te mie-

[86] A. Kraushar, *Echa przeszłości: szkice, wizerunki i wspomnienia historyczne*, Warszawa 1917, s. 343; A. Karpiński, *Pauperes. O mieszkańcach Warszawy XVI i XVII wieku*, Warszawa 1983, s. 267.

[87] T. Nowak, *Polska technika wojenna XVI–XVIII w.*, Warszawa 1970, s. 149.

[88] *Volumina Legum*, t. III, wyd. J. Ohryzko, Petersburg 1860, s. 443.

[89] Znaczna liczba czasowych i polowych szpitali powstała w Rzeczypospolitej w ostatnim dziesięcioleciu XVIII w. W 1789 r. Komisja Wojskowa postanowiła wprowadzić *Inspekcję generalną*, a podczas powstania kościuszkowskiego utworzono *Dyrekcję lazaretową*. Do każdego pułku przydzielony był lekarz, który miał opiekować się rannymi i chorymi. W tym celu budowano drewniane budynki lub zajmowano pobudowane domy. B. Szyndler, *Instrukcja do inspekcji lazaretów z czasu Powstania Kościuszkowskiego*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 1991, R. 54, z. 3–4, s. 183–187; *Pamiętniki Jana Drozdowskiego…*, dz. cyt., s. 238–253.

[90] K. Łopatecki, *Formalnoprawna ochrona szpitali wojskowych w Rzeczypospolitej szlacheckiej*, [w:] P.F. Nowakowski, W. Szymborski (red.), *Miłosierdzie. Teoria i praktyka życiowa*, Kraków 2009, s. 273–279.

[91] *Volumina Legum*, t. III, s. 454; *Volumina Legum*, t. IV, wyd. J. Ohryzko, Petersburg 1860, s. 451.

[92] F. Giedroyć, dz. cyt., s. 291–302, wymienia próby powołania lub krótkotrwałego działania szpitali w Jazłowcu, Kijowie, Malborku, Rzeszowie, Stawiszczach, Uniejowie, Wilnie, Zagórzu, Zebrzydowicach.

[93] Biblioteka Kórnicka, sygn. 659, s. 17 (J.M.J. Kampenhauzen, *Obserwacye do wojennych operacyi … dla kommenderuiącego officera albo wodza …*). W czasach stanisławowskich działał również szpital warszawski. F. Paprocki, *O sprawie rycerskiey pol-*

ściły około 50 pensjonariuszy, co na tle rozwoju europejskiej opieki społecznej było wynikiem żenującym. Znacząca poprawa nastąpiła dopiero w czasach stanisławowskich[94].

Coraz lepsza opieka medyczna i opiekuńcza opierała się na stworzeniu wyodrębnionego systemu szpitalnego udzielającego pomocy jednej grupie zawodowej – żołnierzom. Postępująca profesjonalizacja doprowadziła do wykształcenia i współistnienia trzech typów placówek: stałych szpitali oraz lazaretów czasowych i polowych. Po okresie dominacji w tym aspekcie Hiszpanii od końca XV do początków XVII w. na pierwszy plan wysunęła się Francja, która do końca epoki nowożytnej wiodła prym zarówno w opiece nad weteranami, jak i zapewnieniu opieki zdrowotnej żołnierzom.

Zjawiska zaprezentowane w artykule można zestawić z badaniami nad opieką społeczną w państwach i społeczeństwach industrialnych. Harold L. Wilensky i Charles N. Lebeaux zwrócili uwagę na zakorzenioną, w szczególności w USA, koncepcję rezydualną[95]. Polega ona na tym, że rodzina i rynek w normalnych sytuacjach zaspokaja potrzeby socjalne. Państwo, w ramach tzw. pomocy społecznej, ingeruje zaś w ten system, kiedy dwie pierwsze struktury nie są w pełni wydolne, co następuje przykładowo w okresach kryzysów gospodarczych. Sądzę, że dla okresu feudalnego czy też preindustrialnego model jest nieco odmienny. Fundamentem zapewniającym opiekę socjalną była rodzina oraz społeczeństwo. Jeżeli jednostka nie otrzymywała wsparcia od najbliższych, zmuszona była udać się po pomoc do organizacji religijnych czy też fundacji dobroczynnych finansowanych przez elity społeczne[96]. W tym systemie rola państwa czy też władcy była marginalna i ograniczona do przekazywania przez monarchów lub parlamenty kwot pieniężnych na cele dobroczynne. Ten pozornie homeostatyczny system został

skiey historya z różnych autorów oyczystych y postronnych y konstytucyi seymowych zebrana, t. II, Łowicz 1776, s. 231.

[94] F. Giedroyć, dz. cyt., s. 14–21, 137–149.

[95] H.L. Wilensky, Ch.N. Lebeaux, *Industrial society and social welfare: the impact of industrialization on the supply and organization of social welfare services in the United States*, New York–London 1965, s. 78 i n.

[96] P. Staniszewski, *Szpitalnictwo kościelne w archidiakonacie łęczyckim i łowickim do 1795 roku*, Warszawa 2004; tenże, *Opieka społeczna w przedrozbiorowym ustawodawstwie kościelnym na terenie metropolii i archidiecezji gnieźnieńskiej*, „Łowickie Studia Teologiczne" 1999, R. 1, s. 248–264; S. Lipiński, *Zakłady dobroczynne i domy poprawy w dawnej Polsce*, Łódź 2010; M. Słoń, *Szpitale średniowiecznego Wrocławia*, Wrocław 2000; D. Makiłła, *Fundacje staropolskie. Aspekty prawne ich powoływania oraz istnienia*, [w:] E. Dubas-Urwanowicz, J. Urwanowicz (red.), dz. cyt., s. 11–20; K. Łopatecki, *Specyfika fundacji…*, dz. cyt., s. 374–382. Zob. również: M. Dąbrowska, J. Kruppé (red.), *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*, Warszawa 1998.

zakłócony w wyniku rewolucji wojskowej[97]. Rozwój nowych technik wojennych, a w konsekwencji wyścig zbrojeń, którego apogeum obserwujemy w XVII stuleciu (wiek wojen)[98], wymusił na państwach zajęcie się rannymi, chorymi, a przede wszystkim starymi żołnierzami. W okresie nowożytnym zawodowi żołnierze stali się bardzo liczną grupą społeczną. Obawiając się o swój los w razie choroby, odniesionej rany, kalectwa lub starości, wielu najemników podejmowało decyzję o zakładaniu rodziny, a w konsekwencji kobiety i dzieci mieszkały w garnizonach i obozach wojskowych[99]. Doświadczenia XVI i 1 poł. XVII stulecia skłaniały państwa do eliminowania kobiet ze struktur armii z uwagi na podwyższone zagrożenie epidemiologiczne, trudności logistyczne i transportowe oraz obniżoną dyscyplinę wojskową[100]. W konsekwencji ani rodzina, ani tym bardziej społeczeństwo nie były w stanie zająć się chorymi, rannymi lub starymi żołnierzami i w to miejsce zaczęły wchodzić instytucje państwowe.

Oczywiście działalność władców nie wynikała z czynników humanitarnych, lecz miała podłoże utylitarne. Zamiast zaciągać nowych żołnierzy, których należało poddać szkoleniu, opłacało się doprowadzić do zdrowia doświadczonych w boju wojskowych[101]. Taki sposób myślenia prezentował m.in. kardynał Richelieu, który uznał, że każdy wyleczony żołnierz jest więcej wart niż trzech rekrutów[102]. Potencjał do zwiększania atrybutów militarnych państwa był ogromny, zważywszy, że śmierć podczas walk stanowiła zaledwie 10% strat osobowych armii XVI- i XVII-wiecznych. Innymi, dużo poważniejszymi czynnikami były otrzymane rany, choroby, głód i przede wszystkim dezercje[103]. Również stałe szpitale sprawujące opiekę nad weteranami były niezwykle przydatne. Instytucje te zapobiegały włóczęgostwu

[97] G. Parker, *Od domu orańskiego do domu Bushów: czterysta lat „rewolucji militarnej"*, tłum. M. Kopczyński, „Przegląd Historyczny" 2005, R. 96, nr 2, s. 217–243.

[98] P.S. Skworoda, *Wojny w XVII-wiecznej Europie. Zarys problematyki*, Zabrze–Tarnowskie Góry 2014, s. 7–18, 441–447.

[99] R.G. Asch, *'Wo der soldat hinkömbt, da ist alles sein': Military Violence and Atrocities in the Thirty Years War Re-examined*, "German History" 2000, R. 18, nr 3, s. 304–305.

[100] K. Łopatecki, *Blaski i cienie funkcjonowania rodzin w nowożytnych wojskach Europy Zachodniej*, „Białostockie Teki Historyczne" 2007, R. 5, s. 61–64, 70–71.

[101] J.A. Lynn, dz. cyt., s. 420.

[102] D. Parrott, dz. cyt., s. 534. Także ekonomicznie bardziej opłacało się zadbać o rannych weteranów, niż sprowadzać niedoświadczonych żołnierzy z odległych krain. To stanowiło główną przesłankę przy zakładaniu pierwszego szpitala wojskowego w Mechelen. Koszty transportu z Hiszpanii do Flandrii oddziałów wiązały się z kosztami, ubytkami w oddziałach itp. G. Parker, *The Military Revolution…*, dz. cyt., s. 72.

[103] F. Tallett, *War in Context. War and Society in Early-Modern Europe, 1495–1715*, New York–London 2001, s. 106; J.A. Lynn, dz. cyt., s. 426; H.J. Cook, dz. cyt., s. 3–4.

i rozwoju przestępczości[104]. Wojsku dawały wysokie morale i przekonanie o zaangażowaniu państwa (monarchy) w ich dobro, natomiast władze miały szerokie możliwości propagandowego wykorzystania placówek szpitalnych (il. 3–4). Efekty państwowej polityki społecznej i leczniczej były niezwykle pozytywne, co skłoniło wiele państw już w okresie oświecenia do rozszerzenia państwowej opieki również nad innymi grupami społecznymi[105]. Dodać należy, że wojskowa medycyna przekształciła światopogląd i sposób leczenia chirurgów i lekarzy. Wykonywanie licznych zabiegów i operacji, konieczność stawiania szybkich diagnoz na podstawie stypizowanych objawów, umożliwiły w przyszłości łatwiejsze zreorganizowanie pracy w celu zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej[106].

[104] D. Parrott, dz. cyt., s. 537–538.

[105] M. Lindemann, *Medicine, Medical Practice, and Public Health*, [w:] P.H. Wilson (red.), *A Companion to Eighteenth-Century Europe*, Malden–Oxford 2008, s. 170. Świadczy o tym chociażby działalność paryskiego filantropa Claude'a Humberta Piarrona de Chamousset (1717–1773). Zajmował się on pocztą paryską, organizacją ubezpieczenia od ognia i opieką chorych. Niewątpliwie ogromny wpływ na jego postawę miała pełniona przez niego funkcja Generalnego Inspektora Szpitali Wojskowych. W 1754 r. napisał on pracę zatytułowaną *Plan d'une maison d'association*, w której szkicuje plan opieki medycznej i ubezpieczenia na wypadek leczenia. Dzieło to ukazało się anonimowo w Paryżu, powtórnie zaś zostało przedrukowane w 1757 r. Jest to jeden z najbardziej śmiałych i przemyślanych sposobów rozszerzenia opieki społecznej i zdrowotnej w drugiej połowie XVIII stulecia. G. Rosen, *Mercantilism and Health Policy in Eighteenth Century French Thought*, "Medical History" 1959, R. 3, nr 4, s. 269. Na terenie Rzeczypospolitej: T. Srogosz, *Zakres działań władz państwowych w szpitalnictwie Wielkiego Księstwa Litewskiego w latach 1768–1794*, „Prace Naukowe WSP w Częstochowie", Seria: Zeszyty Historyczne, 1997, z. 3, s. 243–264; tenże, *Skład, kompetencje i działalność Komisji nad Szpitalami w latach 1775–1780*, „Biuletyn Instytutu Filozoficzno-Historycznego WSP w Częstochowie" 2000, t. 26, s. 59–64; tenże, *Reforma opieki społecznej i zdrowotnej jako czynnik poprawy parametrów ilościowych i jakościowych potencjału ludnościowego według populacjonistów polskich drugiej połowy XVIII wieku*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2003, R. 2, nr 1, s. 47–64.

[106] C. Jones, dz. cyt., s. 68–72; H.J. Cook, dz. cyt., s. 2–3; L. White, dz. cyt., s. 22–23; A. Gerard, *Rôle des hôpitaux militaires de Lille dans l'enseignement médical*, "Histoire des sciences médicales" 1997, t. 31, nr 2, s. 123–127. Znamienne, że w wyniku wielkiej rewolucji francuskiej jedynie szpitale wojskowe nie zmieniły swojej struktury i sposobu zarządzania. M. Lacombe-Saboly, *Hospital accounts and accounting systems: a study in the French region of Toulouse from the seventeenth to the nineteenth century*, "Accounting, Business and Financial History" 1997, R. 7, nr 3, s. 272.

Summary
About the origin of the state social and health care – military hospital management in the modern age

Keywords: military hospitals, social care, veterans, disabled war veterans, military revolution

In this article I present the policy of European countries on health and social care directed to soldiers and veterans. I am focusing on general comments and observations on macro scale, excluding detailed research suitable for microhistory. I am interested in reasons and consequences of European military hospital management's development in the modern age.

In my research I distinguish three categories of military hospitals: permanent, temporal and field hospitals. Temporal and field hospitals treated mostly sick and wounded soldiers, while permament hospitals took care over disabled war veterans. I would like to point out that only development and cooperation of all these health care units could provide the highest standard of care (an example of which can be France from the end of XVIIth century).

In my opinion in the age of feudal society (pre-industrial), the fundamental role of providing social services was the family and society. If someone did not receive support from the family and friends, he was forced to go for help to religious organizations or charities funded by social elites. In this system, the role of the state or monarch was marginal and confined to submission by monarchs or parliamets money for charity. This seemingly stable system was disrupted as a result of military revolution. Development of new techniques of war, and consequently the arm race, which apogee we can observe in XVIIth century (the age of wars), forced the countries to take care of wounded, sick and, above all, old soldiers.

Obviously these monarchs' actions were not caused by humanitarian factors, but utylitarianism. Rather than take out new soldiers, which had to undergo training, it was more financialy profitable to treat experienced ones. Also permanent hospitals for veterans were extremely useful. These institutions prevented vagabondage and growth of crime. It also raised morale in army and instill belief that monarch (state) is committed to improve living conditions of soldiers. Effects of state health and social care were incredibly positive, which made many countries in the Age of Enlightenment to expand state care also to other social groups.

WALENTYNA KRYSTYNA
KORPALSKA,
MAREK MACIEJEWSKI

Zdrowie publiczne na ziemiach polskich pod zaborem pruskim na przykładzie rejencji bydgoskiej

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, zabór pruski, rejencja bydgoska

Przemiany społeczno-administracyjne dokonujące się na ziemiach polskich zaanektowanych przez Prusy w wyniku traktatów rozbiorowych objęły także kwestie opieki zdrowotnej. Władze państwowe wprowadziły w Wielkim Księstwie Poznańskim[1] zasady ochrony zdrowia obowiązujące dotychczas w Królestwie Prus[2]. Wypływały one z doktryn pruskiego tzw. oświeconego absolutyzmu i merkantylizmu, propagujących opiekę państwa nad społeczeństwem, oraz programu „polityki sanitarnej", której podwaliny w krajach niemieckiego obszaru językowego nakreślił Johann Peter Frank, prekursor koncepcji zdrowia publicznego i autor pierwszego podręcznika higieny społecznej pt. *System einer vollständingen medizinischen Polizei*[3].

[1] Wielkie Księstwo Poznańskie (od 1846 r. prowincja poznańska) zostało utworzone w 1815 r. na podstawie ustaleń podjętych na kongresie wiedeńskim, z części ziem zboru pruskiego. Administracyjnie zostało podzielone na dwie rejencje: poznańską i bydgoską, którą tworzyły powiaty: bydgoski, wyrzyski, chodzieski, czarnkowski, szubiński, mogileński, wągrowiecki, gnieźnieński i inowrocławski. W. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne w państwie pruskim i ich wpływ na kształtowanie modelu ochrony zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego w XIX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego konspekt społeczno-kulturowy. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 8, Wrocław 2004, s. 119; L. Fliszewski, *Kujawsko-pomorskie podziały i zmiany administracyjne od końca XVIII do początków XXI wieku*, Bydgoszcz 2010, s. 15.

[2] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy. Od miłosiernych uczynków do Instytucji Zdrowia Publicznego*, Toruń 2008, s. 131.

[3] W. Korpalska, J. Szmytkowski, dz. cyt., s. 120; A. Wojtczak, *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne" 1992, t. 103, nr 3, s. 118.

Frank, tworząc swoją wizję polityki medycznej, uważał biedę za przyczynę większości problemów zdrowotnych społeczeństwa i nakładał na rząd obowiązek zabezpieczenia przeciwko chorobom w wymiarze populacyjnym i jednostkowym[4]. Działania nakierowane na ochronę zdrowotności obywateli zyskały na znaczeniu dzięki rozkwitowi nauk medycznych i społecznych, jaki dokonał się zwłaszcza w drugiej połowie XIX w. Głównie aktywność naukowa i polityczno-społeczna Rudolfa Virchowa wpłynęła na rozwój medycyny społecznej obok dziedzin klinicznych. Pojawiły się takie terminy, jak „medycyna zapobiegawcza", „środowiskowa" i ostatecznie „zdrowie publiczne"[5]. Virchow uważał, że medycyna wywodzi się z nauk biologiczno-społecznych, i że zastosowanie wyników jej badań umożliwia poprawę stanu zdrowia ludności[6]. W swoich szkicach medyczno-geograficzno-historycznych, zatytułowanych *Nędza i jej zapobieganie* (*Die Noth im Spessart*, 1852), napisał: „Oświata, dobrobyt i wolność to jedyna gwarancja trwałego zdrowia społecznego"[7].

Pruska „polityka sanitarna" zobowiązywała rząd do zapewnienia obywatelom odpowiednich warunków socjalnych, a tym samym należytego stanu zdrowia, gdyż od tego uzależniony był dobrobyt państwa. Stosunek władcy do podwładnych wyrażał istotę paternalizmu, w którym monarcha, jak ojciec, dbał o zdrowie swoich poddanych, ponieważ chore społeczeństwo nie dawało ojczyźnie takich korzyści, jakie przynosiłoby w pełnym zdrowiu. Dlatego władze administracyjne miały prawo i obowiązek pośredniego i bezpośredniego egzekwowania od obywateli przestrzegania norm zapewniających zachowanie zdrowia i poddawania się wymaganym zabiegom lekarskim. Nad realizacją zasad opieki medycznej czuwali pruscy lekarze – urzędnicy[8]. Ich działalność gwarantowała spełnienie norm sanitarnych i zdrowotnych narzuconych przez ustawodawstwo i ówczesną koncepcję zdrowia publicznego. Początkowo, zwłaszcza na przełomie XVIII i XIX w., aktywność państwa pruskiego w zakresie ochrony zdrowia miała głównie charakter doraźny, podyktowany względami militarnymi i bezpieczeństwa publicz-

[4] J.B. Karski, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*, Warszawa 2009, s. 24.

[5] W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa społeczno-lekarskie na ziemiach polskich pod zaborem pruskim*, [w:] M. Sachs, B. Płonka-Syroka, F. Dross (red.), *Współpraca na polu medycyny między Niemcami i Polakami*, „Biblioteka Polsko-Niemieckiej Historii Medycyny", Wrocław 2008, s. 143.

[6] A. Wojtczak, dz. cyt., s. 120.

[7] Cyt. za: *Kronika medycyny*, Warszawa 1994, s. 281.

[8] W. Korpalska, J. Szmytkowski, dz. cyt., s. 120.

nego. Dopiero w XIX w. ukształtowała się koncepcja podmiotowego prawa do opieki zdrowotnej, związana jednak przede wszystkim z prawem do ochrony pracy[9].

Tworzenie systemu sanitarno-zdrowotnego Prusy rozpoczęły w drugiej połowie XVII w., wraz z wydaniem w 1685 r. przez wielkiego elektora edyktu medycznego, który ustanawiał centralną, państwową władzę lekarską. Zadania Collegium Medicum sprowadzały się do egzaminowania i nadzorowania personelu medycznego oraz kontroli dystrybucji leków. Ponadto w 1719 r. powstał samodzielny organ administracyjny zajmujący się zagadnieniami sanitarnymi i epidemiologicznymi – Collegium Sanitatis. Reorganizacja aparatu urzędniczego, przeprowadzona w 1725 r. decyzją Fryderyka I, doprowadziła do utworzenia w Berlinie Ober-Collegium Medicum i Ober-Collegium Sanitatis, czyli instytucji nadrzędnych względem kolegiów lekarskich i sanitarnych poszczególnych prowincji. Rozdzielenie policji lekarskiej i sanitarnej spowodowało w praktyce znaczne trudności w ich wspólnym działaniu, dlatego zarządzeniem gabinetowym z 1799 r. połączono oba urzędy w jeden – Ober-Collegium Medicum et Sanitatis. Kolegia prowincjonalne zostały poddane analogicznej fuzji[10].

Na szczeblu władzy rządowej odpowiedzialność za realizację polityki zdrowotnej państwa powierzona została Wydziałowi Lekarskiemu w Ministerstwie Spraw Duchowych, Edukacyjnych i Medycznych, który nadzorował praktyki medyczne, sprzedaż środków terapeutycznych, funkcjonowanie szpitali i palcówek leczniczych, a od 1848 r. także policję sanitarną, pozostającą do tego czasu w gestii Ministra Spraw Wewnętrznych[11]. W prowincjach sprawami zdrowia publicznego kierowały kolegia medyczne pod nadzorem prezydentów prowincji, korzystających z opiniotwórczego głosu radców medycznych. Kolegium tworzyło trzech lekarzy, a także trzech aptekarzy i weterynarzy, którzy pełnili rolę głównie doradczą[12]. Kolegia były wyższymi urzędami zdrowia i miały charakter aparatu państwowego[13]. Do obowiązków kolegium medycznego, utworzonego także w Bydgoszczy,

[9] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki…*, dz. cyt., s. 134.

[10] T. Srogosz, *Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, Łódź 1993, s. 39–40.

[11] J. Sadowska, *Ochrona zdrowia publicznego na ziemiach polskich w zaborze pruskim*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 2000, t. 63, z. 3 i 4, s. 200.

[12] Archiwum Państwowe w Bydgoszczy. Akta Deputacji Kamery Wojenno-Domenalnej (dalej: APB ADKWD), sygn. 352–355. J. Sadowska, dz. cyt., s. 200.

[13] T. Srogosz, *Samorząd lekarski czy organ administracji publicznej. Problem utworzenia Kolegium Medycznego w 1807 roku*, [w:] J. Nosko (red.), *Z dziejów zdrowia publicznego*, Łódź 2006, s. 141.

należała walka z chorobami zakaźnymi, egzaminowanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, nadzór nad praktykami lekarzy, chirurgów i akuszerek, a także wydawanie koncesji i nadzorowanie aptek oraz pozaaptecznych punktów sprzedaży leków[14]. W powiatach kwestiami zdrowotności zajmowały się urzędy powiatowe i pracujący przy nich lekarze powiatowi – fizycy[15]. Stanowisko medyka powiatowego mógł objąć lekarz, który legitymował się odpowiednim egzaminem, wykazał się znajomością medycyny sądowej i odbył staż w szpitalu psychiatrycznym. Do jego najważniejszych zadań należało: monitorowanie kondycji zdrowotnej społeczeństwa i przestrzegania norm prawnych z zakresu zdrowia publicznego, współpraca z policją sanitarną, wykonywanie obowiązków lekarza sądowego, nadzór nad aptekami i instytucjami leczniczymi oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, a także wydawanie niezbędnych zarządzeń sanitarnych w sytuacjach kryzysowych, np. podczas epidemii. Przy landraturze (urzędzie powiatowym) działała ponadto komisja sanitarna. Przewodniczył jej radca sanitarny, który był jednocześnie zwierzchnikiem fizyków i chirurgów powiatowych. Prace komisji koncentrowały się na: sprawach epidemicznych, szczepieniach ochronnych, zagadnieniach kwarantanny i izolacji chorych, dezynfekcji i higieny komunalnej, kontroli wyrobów spożywczych, badaniach statystycznych i sprawozdawczości[16].

Aktywność antypolska władz pruskich zaowocowała usunięciem z urzędów, w tym także zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego, większości urzędników pochodzenia polskiego. W XIX stuleciu w mieście nad Brdą stanowisko radcy medycznego i sanitarnego sprawowali kolejno: dr Johann Karl Friedrich Ollenroth (1816–1848), dr Julius Behn (1848–1871), dr Joseph Strahler (1871–1883), dr Otto Peters (1883–1893), a następnie lekarz powiatowy z Torunia – dr Oskar August Siedamgrotzky[17]. Odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia w rejencji bydgoskiej po kongresie wiedeńskim została powierzona Janowi Ollenrothowi, który przyjechał do Bydgoszczy 15 marca 1816 r.[18] Dr Ollenroth płynnie posługiwał się językiem

[14] APB ADKWD, sygn. 356–360.

[15] Tamże, sygn. 352–355.

[16] W. Korpalska, J. Szmytkowski, dz. cyt., s. 120. J. Sadowska, dz. cyt., s. 200–201.

[17] W. Korpalska, *Lekarze bydgoscy 1815–1920*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 2000, t. 63, z. 3 i 4, s. 160.

[18] APB. Rejencja Bydgoska Registratura Medyczna (dalej: APB RB RM), sygn. I/1918. Dziennik Urzędowy Rejencji Bydgoskiej (dalej: DURB) 1816, s. 32; 1848, s. 1191; 1849, s. 335.

polskim, co stanowiło jego ogromny atut na stanowisku „Königlische Regierungs- und Medizinal Rath", poza oczywiście doskonałym przygotowaniem merytorycznym. W krótkim czasie po przejęciu nowych obowiązków mianował fizyków i chirurgów powiatowych. W grodzie nad Brdą funkcję medyka powiatowego piastował dr Pentzin, tak jak przed kongresem wiedeńskim, natomiast chirurga Johann Behn. W 1816 r. chirurgiem miejskim i Szpitala Miejskiego został mianowany August Ziedler[19]. Skuteczność ówczesnej administracji państwowej oceniano wysoko mimo labilnej sytuacji politycznej, zmian w strukturach władz centralnych i samorządowych oraz dużej aktywności wojennej. W prawidłowym funkcjonowaniu aparatu państwowego coraz istotniejszą rolę odgrywał profesjonalizm urzędników[20].

Dziewiętnastowieczne pruskie prawodawstwo regulujące kwestię ochrony zdrowia skupione było przede wszystkim na działaniach przeciwepidemicznych. Wśród chorób zakaźnych, w których upatrywano szczególne zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego, wymieniano: ospę, cholerę, błonicę, płonicę i krztusiec, a ponadto występujące endemicznie w rejencji bydgoskiej: tyfus plamisty, czerwonkę i świerzb. Wraz z zaawansowaniem procesów urbanizacyjnych i industrializacji wzrastała także liczba chorych na gruźlicę i schorzenia weneryczne. W pierwszej połowie XIX w. najniebezpieczniejszą epidemią w rejencji bydgoskiej była epidemia cholery w 1831 r. Nieznajomość etiologii tej choroby do 1883 r., czyli do czasu odkrycia przecinkowca cholery przez Roberta Kocha, czyniła bezbronnymi mieszkańców miast i wsi. Ponieważ lekarzom udało się ustalić, że do zakażenia dochodziło przez kontakt z chorymi, a także skażoną wodę i żywność, jedynym skutecznym sposobem walki było stosowanie środków zapobiegawczych w postaci przestrzegania zasad higieny osobistej i rozporządzeń sanitarnych. Znaczne zwiększenie dbałości o higienę i jakość wody, produktów spożywczych i mieszkań oraz wykorzystanie bakteriobójczych właściwości wapna chlorowanego umożliwiło ograniczenie zasięgu epidemii[21].

Obowiązek zwalczania chorób zakaźnych został powierzony głównie organom administracji samorządowej, komisjom sanitarnym i fizykom powiatowym. Ówczesne ustawodawstwo sanitarne dostosowy-

[19] APB. Prefektura Departamentu Bydgoskiego, sygn. 18. APB RB RM, sygn. I/933. DURB 1816, s. 450, 497; 1819, s. 328.

[20] T. Srogosz, *Samorząd lekarski…*, dz. cyt., s. 140.

[21] W.K. Korpalska, *Rozwój instytucji zdrowia publicznego na ziemiach polskich pod zaborem pruskim na przełomie XIX i XX w.*, [w:] J. Nosko (red.), *Z dziejów zdrowia publicznego*, Łódź 2006, s. 195–199.

wano do aktualnych osiągnięć medycyny, ale sukces służb sanitarnych wynikał przede wszystkim z konsekwentnego przestrzegania prawa. Mechanizm realizacji pruskiej koncepcji ochrony zdrowia publicznego najlepiej obrazuje akcja szczepień przeciwospowych. Potwierdzała ona przekonanie o sprawczej mocy rozporządzeń państwowych i przymusu poddania się określonym zabiegom medycznym[22]. W rejencji bydgoskiej na przełomie XVIII i XIX w. ospa występowała właściwie endemicznie, a stosunkowo nieduża liczba zachorowań była następstwem wypełniania przepisów sanitarnych i dokładnie przeprowadzanych szczepień. W myśl pruskiej koncepcji ochrony zdrowia obowiązkowi szczepienia podlegali wszyscy obywatele, a koszty procedury ponosiło państwo. Oprócz lekarzy w realizacji programu szczepień ochronnych uczestniczyli chirurdzy, felczerzy, aptekarze, a także księża i nauczyciele. Sumienne działania pruskiej administracji ograniczały liczbę zachorowań i zgonów z powodu ospy[23]. Pierwsze wytyczne władz pruskich odnośnie do przeprowadzania szczepień przeciwospowych ukazały się w formie regulaminu w 1803 r. i przez ponad 70 lat był to podstawowy dokument w tym zakresie[24]. Walkę z chorobami zakaźnymi uregulowała ustawa z 1835 r., ale powszechny obowiązek szczepień przeciwospowych definitywnie unormowały dopiero przepisy z 1874 r.[25] Ustawa z 1900 r. ostatecznie określiła zasady postępowania w przypadku sześciu chorób epidemicznych, tj.: ospy, cholery, tyfusu plamistego, żółtej febry, trądu i dżumy[26].

Poziom i zakres świadczeń medycznych udzielanych w rejencji bydgoskiej w dużej mierze zależał od dostępności społeczeństwa do instytucji ochrony zdrowia i wykwalifikowanego personelu medycznego. Pod koniec pierwszej połowy XIX w. liczba lekarzy rejencji była nieduża. Oprócz lekarzy, absolwentów niemieckich uczelni wyższych, szeregi służby zdrowia zasilali posiadający wykształcenie rzemieślnicze chirurdzy, akuszerki i aptekarze. Powyższe grupy zawodowe łączył obowiązek uzyskania państwowego zezwolenia na wykonywanie zawodu. Nie tylko liczba dyplomowanych pracowników medycznych była niewystarczająca. Podobnie sytuacja przedstawiała się w przypadku placówek opieki zdrowotnej. W latach 30. XIX stulecia w Bydgoszczy działał jeden Szpital Miejski, a w pozo-

[22] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 134–135.
[23] W.K. Korpalska, *Rozwój instytucji...*, dz. cyt., s. 196.
[24] APB ADKWD, sygn. 374.
[25] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 135.
[26] J. Sadowska, dz. cyt., s. 201–202.

stałych miastach powiatowych rejencji funkcjonowały jedynie przytułki, zazwyczaj jako zakłady kongregacyjno-filantropijne z ograniczoną liczbą łóżek[27].

Zmianę podejścia do kwestii ochrony zdrowia publicznego przyniosła druga połowa XIX w. Wynikała ona m.in. z postępu cywilizacyjnego i przemian demograficznych, jakie dokonały się w tym okresie. Przeobrażenia polityczne i społeczno-gospodarcze skutkowały migracją ludności ze wsi do miast. Liczba mieszkańców rejencji bydgoskiej zwiększyła się z 448 581 w 1849 r. do 566 649 w roku 1871[28]. Jednak ziemie polskie zaanektowane przez Prusy nie rozwijały się w takim samym stopniu, jak pozostały obszar Rzeszy, a dystans cywilizacyjny utrzymywał się do wybuchu I wojny światowej. Z miast rejencji bydgoskiej tylko Bydgoszcz była dobrze rozwiniętym ośrodkiem, na równi z innymi niemieckimi miastami. Wynikało to z realizacji pod koniec XIX w. w grodzie nad Brdą, najbardziej zgermanizowanym mieście prowincji poznańskiej, tzw. polityki podnoszenia (*Hebungspolitik*)[29].

Dalszy rozwój ochrony zdrowia publicznego nastąpił po odkryciu, że o przebiegu chorób decyduje nie tylko czynnik etiologiczny, lecz także oddziaływanie szeregu zjawisk środowiskowych i socjalnych. W niemieckiej polityce zdrowotnej (*Gesundheitspolitik*) na znaczeniu traciła coraz bardziej powstała pod koniec XVIII w. policja sanitarna na rzecz instytucji ochrony zdrowia. Tworzył się model medycyny aktywnie wspieranej przez władze państwowe. Po utworzeniu II Rzeszy w 1871 r. na szczeblu administracji centralnej sprawami tymi kierował, powołany w 1876 r., Cesarski Urząd Zdrowia. Pełnił także funkcję doradczą w kwestii nadzoru i ustawodawstwa medycznego, w opracowywaniu strategii przeciwepidemicznych, prowadził statystykę medyczną i pośredniczył w kontaktach między rządem, samorządem i stowarzyszeniami społeczno-lekarskimi. Ponadto zwrócono uwagę na badania nad stanem zdrowia mieszkańców miast i wsi, przyczyny zachorowań i śmiertelności, a także istotną rolę higieny komunalnej. Należy zaznaczyć, że poziom sanitarny i organizacja zabezpieczenia zdrowia ogółu populacji w zaborze pruskim stały na wyższym poziomie niż na ziemiach pozostałych zaborów[30].

Pionierskie prace Rudolfa Virchowa z zakresu medycyny społecznej rozwijali główni przedstawiciele tego działu medycyny klinicznej

[27] W. Korpalska, J. Szmytkowski, dz. cyt., s. 127.
[28] W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa*..., dz. cyt., s. 145.
[29] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki*..., dz. cyt., s. 136–137.
[30] W.K. Korpalska, *Rozwój instytucji*..., dz. cyt., s. 203–210.

w Niemczech: Alfred Grotjahn, Adolf Gottstein oraz Alfons Fisher[31]. To właśnie Grotjahn cieszył się opinią prawdziwego ojca medycyny społecznej na kontynencie europejskim. W swojej pracy, opublikowanej w 1911 r. pt. *Soziale Pathologie. Ver sucheiner Lehre von den Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene*, przedstawił cztery podstawowe, bardzo nowoczesne i nadal aktualne zasady medycyny społecznej:

- podstawę w badaniach patologii społecznych stanowi statystyka medyczna, ponieważ częstość występowania chorób ma istotne znaczenie społeczne;
- etiologia chorób jest nie tylko biologiczna, lecz także społeczna, a między czynnikami socjalnymi a chorobami istnieje związek przyczynowy;
- zejście procesu chorobowego w postaci wyzdrowienia, predyspozycji do kolejnego zachorowania, długotrwałej niezdolności do pracy lub zgonu wywiera wpływ na warunki socjalne;
- choroby istotne z punktu widzenia społecznego wymagają określenia, czy leczenie gwarantuje efekt pozytywny czy też należy je wspomóc społecznymi działaniami prewencyjnymi lub wywierającymi wpływ na przebieg patologii[32].

Zastosowanie statystyki w badaniach populacyjnych umożliwiło kształtowanie społecznie zorientowanej ochrony zdrowia. Działalność w tym kierunku podjęło wielu postępowych lekarzy[33], także w rejencji bydgoskiej. Sumiennie i szczegółowo zbierane przez niemieckich urzędników dane statystyczne wykazywały, że największe zagrożenie dla zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego stanowiły, rozprzestrzeniające się wraz z procesami urbanizacji i industrializacji, gruźlica, choroby weneryczne i alkoholizm, a także wysoka śmiertelność niemowląt, która była bardzo miarodajnym wskaźnikiem stanu zdrowia i poziomu higieny[34].

Istotny wpływ na poprawę zdrowotności ówczesnego społeczeństwa miała praca młodego pokolenia lekarzy, w tym Polaków wykształconych na niemieckich uniwersytetach, którzy stopniowo przewartościowywali poglądy na zasady ochrony zdrowia. W swoich praktykach udoskonalali sposoby zapobiegania chorobom przez wdrażanie nowych odkryć w medycynie, a także przez wspieranie reform i zaanga-

[31] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 139.
[32] A. Wojtczak, dz. cyt., s. 120–121.
[33] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 139.
[34] W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *Walka z chorobami zakaźnymi na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 2005, t. 68, z. 1–3, s. 17–23.

żowanie w życie społeczne[35]. Dzięki zrzeszaniu się w niemieckich towarzystwach lekarsko-społecznych mogli wywierać nacisk na urzędników zajmujących się zagadnieniami zdrowia przede wszystkim na szczeblu administracji lokalnej, a niekiedy także centralnej. Zainteresowania stowarzyszeń skupiały się na zwalczaniu alkoholizmu i innych nałogów, zapobieganiu chorobom zakaźnym i wypadkom, a także higienie środowiskowej, komunalnej i żywności[36]. Według *Archiv für Soziale Medizin und Hygiene*, w 1905 r. w II Rzeszy działało 25 towarzystw zorientowanych na kwestie higieny i zdrowia publicznego[37]. W stolicy rejencji bydgoskiej działały miejscowe oddziały kilku towarzystw, m.in.: higieny społecznej (Deutscher Verein für Volkshygiene in Bromberg), Towarzystwa do Walki z Gruźlicą jako Chorobą Społeczną (Bromberger Ortsverein zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit), dermatologicznego do spraw chorób wenerycznych (Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) i Niemieckiego Towarzystwa do Walki z Alkoholizmem (Bromberger Bezirksverein des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke)[38]. Towarzystwa te propagowały oświatę seksualną wśród uczniów szkół, prowadziły sanatorium przeciwgruźlicze, działalność edukacyjną, akcje profilaktyczne i badania diagnostyczne, szeroko zakrojoną współpracę między sobą, a także doraźną pomoc dla alkoholików. Przez swoją aktywność stymulowały rozwój medycyny praktycznej, podnosiły jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawiały stan zdrowotności społeczeństwa, rozpowszechniały normy obowiązujące w zawodach medycznych i ułatwiały kontakty między lekarzami różnych narodowości. Nasilające się procesy germanizacyjne ograniczały jednak w znacznym stopniu zrzeszanie się polskiego środowiska lekarskiego. W prowincji poznańskiej nie funkcjonowała żadna wyższa uczelnia medyczna, a w samej rejencji bydgoskiej pracowało niewielu polskich lekarzy. W zasadzie tylko udział w zebraniach niemieckich stowarzyszeń zapewniał dostęp do aktualnej wiedzy medycznej[39]. Część lekarzy brała ponadto udział w pracach Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

[35] W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa*..., dz. cyt., s. 145; W. Korpalska, *Lekarze bydgoscy*..., dz. cyt., s. 158–169; B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 451–452.

[36] W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa*..., dz. cyt., s. 146–147.

[37] APB RB RM, sygn. I/750.

[38] Tamże. APB RB RM, sygn. I/8163; sygn. I/8301. W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa*..., dz. cyt., s. 147–150.

[39] W.K. Korpalska, *Niemieckie towarzystwa*..., dz. cyt., s. 147–153.

(dr Klemens Koehler i dr Stanisław Warmiński) i Towarzystwa Naukowego w Toruniu (dr Michał Hoppe). Większości lekarzy w rejencji bydgoskiej pozostawało samodoskonalenie, a także sporadyczne – ze względu na znaczne oddalenie od ośrodków akademickich – uczestnictwo w różnych formach szkolenia podyplomowego[40].

Wraz z rozwojem struktur państwowych i samorządowych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia państwo pruskie podjęło starania o uregulowanie spraw zawodów medycznych. Ponieważ liczba lekarzy stale rosła, a ich pozycja w niemieckim systemie opieki zdrowotnej zyskiwała na znaczeniu wraz z rozwojem ubezpieczeń społecznych, ochronę zagadnień zawodowych powierzono izbom lekarskim, utworzonym na wzór izb adwokackich, przemysłowych, handlowych i rolniczych. Na ziemiach zaboru pruskiego izby lekarskie powstały najwcześniej ze wszystkich trzech zaborów. Idea samorządu lekarskiego narodziła się w Badenii w 1864 r., natomiast formalnie izby: poznańska, zachodniopomorska, wschodniopruska i śląska zostały powołane na podstawie rozporządzenia z dnia 25 maja 1887 r. Zadaniem izb było reprezentowanie interesów zawodu lekarskiego wobec władz, rozstrzyganie kwestii spornych dotyczących wykonywania praktyki, pełnienie funkcji rozjemczych, dbanie o godność zawodu i wysoki poziom udzielanych świadczeń. Członkowie izb obradowali także nad problemem chorób zakaźnych, szczepień ochronnych, działań profilaktycznych i higieny ogólnej w terenie, funkcjonowaniem szpitali, przychodni oraz prywatnych gabinetów, a także współpracą z przedstawicielami pozostałych profesji medycznych (aptekarze, położne)[41].

Reprezentanci polskiej społeczności lekarskiej stanowili w izbach lekarskich zdecydowaną mniejszość wobec znacznej dominacji Niemców. W Izbie Poznańskiej w 1884 r. na ogólną liczbę 13 członków zasiadało jedynie 5 Polaków, w kolejnych kadencjach podobnie: w 1894 r. – 4 na 12 członków, w 1900 i 1906 r. – 3 na 12 członków, natomiast w 1911 r. – 4 na 12 członków. Przez wiele lat jedynym polskim lekarzem z rejencji bydgoskiej zasiadającym w organach Izby Poznańskiej, w tym w sądzie honorowym, był dr Stanisław Warmiński. Jego śmierć w 1905 r. osłabiła pozycję polskiego środowiska lekarskiego w departamencie bydgoskim do tego stopnia, że żaden kandydat nie był w stanie wygrać wyborów do izby z niemieckimi lekarzami[42].

[40] W. Korpalska, *Lekarze bydgoscy*..., dz. cyt., s. 165.

[41] W.K. Korpalska, *Izba Lekarska Prowincji Poznańskiej w Poznaniu 1887–1919*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 2010, t. 73, s. 86–87.

[42] Tamże, s. 88.

Polscy lekarze praktykujący na ziemiach zaboru pruskiego obawiali się wykorzystania przez władze państwowe sądów dyscyplinarnych izb lekarskich w działaniach germanizacyjnych. Rozporządzenie z 1887 r. uznawało za wykroczenie każde postepowanie lekarza, które naruszało godność i zaufanie zawodowe. W opinii Polaków przepis ten otwierał przed władzami niemieckimi drogę do nadinterpretacji i nadużyć wobec lekarzy innej narodowości niż niemiecka. Mimo że administracja państwowa prowadziła działania zmierzające do rozszerzenia nadzoru państwa nad stanem lekarskim ostatecznie, również dzięki staraniom Polaków, rozporządzenie z 1 kwietnia 1900 r. wydzieliło z kompetencji sądów honorowych izb polityczne, religijne i naukowe poglądy oraz działania lekarzy[43]. Państwo niemieckie głęboko ingerowało w sprawy pozazawodowe swoich urzędników, stąd też z oczywistych względów większość polskich lekarzy, jak również niemieckich, prowadziła wyłącznie prywatne praktyki[44]. Władze pruskie stawiały lekarzom zabiegającym o stanowiska w administracji publicznej bardzo wygórowane wymagania. Poza lojalnością wobec państwa zwracano uwagę na przynależność kandydatów do uznanych w kraju wyznań religijnych. Dodatkowo od Polaków oczekiwano biegłej znajomości języka niemieckiego[45].

Mimo że w latach 1881–1896 w prowincji poznańskiej liczba lekarzy polskich zwiększyła się o 85%, natomiast niemieckich o 68%, nie zmniejszyło to dominacji lekarzy niemieckich na rynku usług medycznych i nie poprawiło dostępności do opieki zdrowotnej w stopniu zadowalającym[46]. W 1905 r. wskaźnik liczby lekarzy na 10 000 mieszkańców wynosił dla Rzeszy 5,51, dla rejencji poznańskiej 3,25, a rejencji bydgoskiej tylko 3,09. Osiem lat później sytuacja była jeszcze gorsza. W 1913 r. wskaźnik ten przedstawiał się następująco: dla Rzeszy 5,26, rejencji poznańskiej 3,26, a dla ziemi bydgoskiej – 2,75[47]. Nieliczni w regionie kujawsko-pomorskim polscy lekarze w większości przypadków praktykowali w miastach. Tym samym mieszkańcy wsi mieli utrudniony dostęp do opieki lekarskiej. Niedostatki w tym

[43] K. Koehler, *Prawo nowe dla sądów honorowych lekarskich*, „Nowiny Lekarskie" 1900, nr 1, s. 25–26; *Rozmaitości*, „Nowiny Lekarskie" 1902, nr 1, s. 79–80.

[44] W.K. Korpalska: *Izba Lekarska…*, dz. cyt., s. 88.

[45] W. Molik, *Kształtowanie się inteligencji polskiej w Wielkim Księstwie Poznańskim 1841–1870*, Warszawa–Poznań 1979, s. 120–122.

[46] J. Sadowska, dz. cyt., s. 202–203. W. Molik, *Wokół „Przeglądu Poznańskiego". Próby politycznego usamodzielniania się inteligencji polskiej w Poznańskiem w końcu XIX wieku*, [w:] R. Czepulis-Rastenis (red.), *Inteligencja polska w XIX i XX wieku*, Warszawa 1981, t. 2, s. 212–213.

[47] W. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne…*, dz. cyt., s. 129.

zakresie w zaborze pruskim polskie środowisko medyczne próbowało nadrobić, propagując typ lekarza-społecznika, który łączył opiekę medyczną z profilaktyką i programami mającymi na celu zmniejszenie bezrobocia i zwalczanie nędzy. Reprezentantami takiej postawy w Wielkopolsce był dr Karol Marcinkowski, natomiast w rejencji bydgoskiej dr Emil Warmiński, bratanek Stanisława Warmińskiego[48].

Krótka, tylko czteroletnia działalność Emila Warmińskiego w Bydgoszczy pozostawiła niezatarty ślad w życiu polskiej społeczności w mieście i całym regionie bydgoskim. Poza pracą zawodową, często wykonywaną całkowicie bezinteresownie, większość swojego czasu poświęcił organizowaniu polskiego życia intelektualnego, naukowego, kulturalnego i sportowego, mimo licznych represji, jakie dotknęły go ze strony władz niemieckich. Ponieważ Polacy nie mogli zakładać stowarzyszeń naukowych, a wyłącznie sportowe, branżowe i zawodowe, Warmiński uczył swoich współpracowników takiego układania programów towarzystw, aby w cieniu ich legalnej pracy nauczać języka polskiego, omawiać zagadnienia polityczne i prowadzić inne działania o charakterze patriotycznym zakazane przez zaborcę. W umacnianiu polskiej kultury i ducha narodowego Warmiński doceniał rolę prasy. W 1907 r. wspomógł finansowo otwarcie polskiej drukarni i wydawanie „Dziennika Bydgoskiego". W tym samym roku założył Dom Polski, który stał się prawdziwym bastionem polskości w rejencji bydgoskiej[49].

Chociaż w drugiej połowie XIX wieku ochrona zdrowia na ziemiach polskich nadal koncentrowała się przede wszystkim na walce z chorobami zakaźnymi, to kształtująca się w Rzeszy Niemieckiej nowoczesna koncepcja ochrony zdrowia publicznego wraz z metodami jej wdrażania na poziomie centralnym i lokalnym skutkowała poprawą poziomu opieki medycznej także na obszarze zaboru pruskiego. Należy jednak zaznaczyć, że państwo przejmowało w pierwszym rzędzie odpowiedzialność za stan zdrowia osób pracujących, aby zapobiec ich przedwczesnej utracie zdolności zarobkowania, a tym samym pomnażania dobrobytu ekonomicznego kraju[50]. Strach przed dezorganizacją życia gospodarczego w wyniku utraty siły roboczej zmusił klasę rządzącą do kontynuowania reform w zakresie ochrony zdrowia. Ich skutkiem było powstanie i rozwój ubezpieczeń społecznych[51]. W okresie po-

[48] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 140.

[49] J. Podgóreczny, *Emil Warmiński jako lekarz regionu bydgoskiego*, „Bydgoskie Zeszyty Lekarskie" 1989–1990, nr 5–6, s. 85–88.

[50] W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne...*, dz. cyt., s. 128–131.

[51] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 140.

przedzającym uchwalenie obowiązkowych ubezpieczeń w monarchii pruskiej zakładane były kasy pomocy w razie choroby, które funkcjonowały przy fabrykach i zakładach pracy. Stanowiły one pierwowzór dla kształtującego się nowoczesnego systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Ich działalność okazała się niewystarczająca. W 1874 r. na terenie Niemiec zarejestrowanych było 10 000 różnych kas pomocy, które zrzeszały niemal 2 mln osób spośród ogólnej liczby 8 mln pracowników przemysłowych[52]. Przepisy prawa, na podstawie których organizowano kasy pomocy, czyli ustawy pruskie z lat 1833, 1839 i 1853 o ochronie zdrowia pracowników najemnych na koszt pracodawcy, okazały się pionierskie w odniesieniu do analogicznych rozwiązań w pozostałych zaborach. Utworzonej na ich podstawie Inspekcji Pracy powierzono nadzór nad higieną zakładów, warunkami pracy w przemyśle dzieci, młodzieży i kobiet, a także nad opieką medyczną robotników w razie choroby[53].

Mimo że Niemcy wykazali zainteresowanie zagadnieniami zabezpieczenia socjalnego obywateli później niż inne państwa europejskie (Wielka Brytania, Francja) to jednak były krajem, który pierwszy w Europie i świecie usankcjonował prawnie zasadę odpowiedzialności rządu za zdrowotność publiczną. W Konstytucji Weimarskiej z 1919 r. na 55 artykułów odnoszących się do praw obywatelskich aż 15 z nich regulowało kwestie bezpieczeństwa socjalnego, w tym ochrony zdrowia, macierzyństwa, dzieci i osób starszych. Zgodnie z nowatorską na tle ówczesnej myśli społeczno-politycznej tezą Rudolfa Virchowa, że wszystkim obywatelom przysługiwało prawo do ochrony zdrowia, a za jego realizację odpowiadało państwo, w latach 80. XIX w. Niemcy wprowadzili obowiązkowe ubezpieczenia na wypadek podstawowych ryzyk losowych[54].

Z inicjatywy kanclerza Ottona Bismarcka Niemcy jako pierwszy kraj zorganizowały ubezpieczenia społeczne na podstawie odpowiednich aktów normatywnych. Stanowiły one odpowiedź na rosnące zapotrzebowanie na powszechne, tanie i łatwo dostępne lecznictwo, a także były wzorem dla pozostałych państw europejskich organizujących swój system ubezpieczeń[55]. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym na wypadek choroby z 1883 r. nadawała pewnym kategoriom robotni-

[52] C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 129–130.

[53] J. Sadowska, dz. cyt., s. 204.

[54] C. Włodarczyk, S. Poździoch, dz. cyt., s. 126–129.

[55] E. Więckowska, *Ubezpieczenia społeczne na ziemiach polskich w XIX w.*, „Magazyn Historyczny Farmacji i Medycyny" 1995, R. II, nr 2, s. 40.

ków (głównie robotnikom przemysłowym) prawo do świadczeń medycznych i zasiłku pieniężnego w przypadku zachorowania. Ustawa z 1884 r. gwarantowała leczenie i rentę w razie wypadku przy pracy, a ustawa z 1889 r. zapewniała świadczenie emerytalne na starość[56]. Przez powyższe przepisy Bismarck dążył do zapewnienia opieki lekarskiej członkom rodzin ubezpieczonych, a także do zabezpieczenia ich bytu w przypadku niezdolności do pracy ich żywicieli[57]. U podstaw pierwszych ubezpieczeń legły dwie główne „idee przewodnie": przymus ubezpieczenia i niezależność instytucji ubezpieczeniowych od aparatu państwowego (samorządność). Tym samym system został oparty na współpracy czterech składowych: kas chorych, osób ubezpieczonych (świadczeniobiorców), lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej (świadczeniodawców) oraz państwa. Od samego początku władze niemieckie wprowadziły zasadę zawierania przez lekarzy umów kontraktowych z kasami chorych, na podstawie których udzielali świadczeń medycznych osobom ubezpieczonym przynależącym do kasy, z którą świadczeniodawca zawarł kontrakt[58].

Trzy ustawy ubezpieczeniowe zostały scalone w jeden akt prawny w 1911 r.. Akt ten rozszerzył jednocześnie grono ubezpieczonych, ujednolicił organizację kas chorych i zniósł zasadę wolnego wyboru lekarza, przez co w odróżnieniu od ustawy z 1883 r. wyeliminował konkurencję między lekarzami i samymi kasami chorych. Przymusem ubezpieczenia objęte zostały osoby zatrudnione na podstawie stosunku służbowego i roboczego, w tym rolnicy, czeladnicy, służba domowa, urzędnicy przemysłowi, sprzedawcy, pracownicy sceniczni i muzycy, nauczyciele, a nawet chałupnicy. Świadczenia przysługiwały ubezpieczonemu od dnia zatrudnienia do trzech tygodni po ustaniu stosunku pracy. Składka wynosiła od 4,5 do 6% płacy ustawowej, z czego 1/3 płacili pracodawcy, a 2/3 świadczeniobiorcy. Ustawodawca dopuścił tworzenie tylko dwóch rodzajów kas: miejskich i wiejskich, przy czym nie przewidywał likwidacji już istniejących, tj. cechowych, fabrycznych, gminnych i górniczych[59].

Prawnicy i historycy zdrowia publicznego ocenili ustawę ubezpieczeniową z 1911 r. jako najlepszą w Europie pod względem techniki ustawodawczej. Oprócz zasad przymusu i samorządności dokument wprowadzał zasady powszechności i terytorialności jako podstawę

[56] S. Poździoch, *Geneza i rozwój prawa do ochrony zdrowia w ustawodawstwie państw europejskich*, „Zdrowie Publiczne" 1991, t. 102, nr 3, s. 103.
[57] E. Więckowska, dz. cyt., s. 40.
[58] C. Włodarczyk, S. Poździoch, dz. cyt., s. 127.
[59] E. Więckowska, dz. cyt., s. 40–41.

jednolitości kas chorych[60]. Dzięki zcentralizowaniu całej ordynacji ubezpieczeniowej oraz połączeniu ubezpieczenia chorobowego z ubezpieczeniami od wypadków przy pracy i na wypadek starości, inwalidztwa i śmierci pracownika możliwe stało się wzmocnienie budżetu kas chorych[61]. Prawodawca wprowadził do ubezpieczeń współodpowiedzialność pracowników, pracodawców i państwa za ryzyko wywołane chorobą, a w przypadku jej zaistnienia – obowiązek zapewnienia niezbędnych świadczeń medycznych każdemu uprawnionemu członkowi społeczności. Klasyczne zasady i rozwiązania niemieckiego systemu obowiązkowych ubezpieczeń stanowiły wzór dla wielu państw europejskich w okresie dwudziestolecia międzywojennego, w tym także odrodzonej Polski, a po 1945 r. dla prawie wszystkich krajów Ameryki Południowej[62].

Niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa została również wprowadzona na ziemiach polskich zaanektowanych przez Prusy. Zgodnie z ustawami ubezpieczeniowymi w rejencji bydgoskiej tworzono kasy chorych, dzięki czemu świadczenia medyczne i pomoc finansowa stały się dostępne także dla polskiej warstwy robotniczej[63]. Świadczenia finansowane przez kasy chorych obejmowały zasiłek pieniężny przysługujący od czwartego dnia choroby i wynoszący 40% wynagrodzenia lub 60%, jeśli ubezpieczony miał na utrzymaniu co najmniej jednego członka rodziny, oraz opiekę lekarską przez maksymalnie 26 tygodni niezdolności do pracy. W razie niezbędnego leczenia szpitalnego zasiłek w wysokości 30% zarobku należał się wyłącznie posiadającym rodzinę. W czasie porodu i połogu kobiecie objętej ubezpieczeniem przysługiwała opieka lekarza i położnej oraz zasiłek równy wynagrodzeniu za pracę przez okres 12 tygodni[64]. Ubezpieczenie na starość gwarantowało rentę po przekroczeniu 70. roku życia[65]. Od 1 stycznia 1904 r. w nowo utworzonej Powszechnej Miejskiej Kasie Chorych w Bydgoszczy wprowadzone zostały świadczenia dla rodzin ubezpieczonych pracowników w postaci bezpłatnej opieki medycznej i leków[66]. W Bydgoszczy w 1914 r. w Powszechnej Miejskiej Kasie Chorych i Powiatowej Kasie Chorych ubezpieczonych było 24 000 osób, co wraz z uprawnionymi do opieki

[60] Tamże, s. 41.

[61] J. Sadowska, *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX w. i na początku XX w*., „Zdrowie Publiczne" 1989, t. 100, nr 6, s. 326.

[62] C. Włodarczyk, S. Poździoch, dz. cyt., s. 128.

[63] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki*..., dz. cyt., s. 141.

[64] E. Więckowska, dz. cyt., s. 41.

[65] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki*..., dz. cyt., s. 143.

[66] Tamże. APB. Akta Miasta Bydgoszczy, sygn. 2134.

członkami rodzin stanowiło ponad 60% obywateli miasta[67]. W prowincji poznańskiej w 1912 r. działało łącznie 212 kas chorych różnego typu[68]. System ubezpieczeń społecznych na ziemiach zaanektowanych przez Prusy był najlepiej zorganizowany spośród wszystkich zaborów[69].

Uchwalenie ustawy ubezpieczeniowej umożliwiło uregulowanie w rejencji bydgoskiej spraw aptekarskich, pomocy dentystycznej i opieki akuszeryjnej, a także wywarło korzystny wpływ na rozwój szpitalnictwa. Od lat 80. XIX w. modernizowano i zakładano lecznice wieloprofilowe i specjalistyczne, publiczne oraz prywatne. Na ziemi bydgoskiej w 1891 r. działało 30 szpitali, w tym jeden zakład wodoleczniczy w Inowrocławiu[70].

Nierozerwalny element kształtującej się nowoczesnej koncepcji ochrony zdrowia publicznego na ziemiach polskich pod zaborem pruskim stanowiło także aptekarstwo. Przejęcie ziemi bydgoskiej przez Królestwo Prus przyniosło zmianę prawodawstwa farmaceutycznego. Ustawodawca obwarował funkcjonowanie aptek dwiema głównymi przesłankami: kwalifikacjami aptekarza (tzw. patent aprobacyjny) oraz pozwoleniem na uruchomienie apteki (przywilej, a następnie koncesja)[71]. Na mocy przepisów zaborczych polskie apteki zostały przekazane w ręce niemieckich aptekarzy, którzy wraz z aprobatą otrzymywali upoważnienie do obrotu lekiem, a tym samym prowadzenia aptek. Rozporządzenia farmaceutyczne, określające zasady pracy i nadzoru nad aptekami i aptekarzami przy jednoczesnej ochronie ich przywilejów i praw, miały zagwarantować bezpieczeństwo korzystania z usług aptekarskich[72]. W stolicy rejencji bydgoskiej apteki odgrywały istotną rolę nie tylko w miejskim systemie opieki medycznej, lecz także w życiu gospodarczo-społecznym. Po pierwsze, były to świetnie prosperujące przedsiębiorstwa świadczące miastu usługi w zakresie badań chemiczno-mikrobiologicznych, zwłaszcza wody z miejskich wodociągów i produktów spożywczych dla Miejskiego Urzędu Badania Środków Żywności. Po drugie, ich właściciele śledzili postępy w naukach

[67] Tamże. APB RB RM, sygn. I/1214; W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 144.

[68] J. Sadowska, *Ochrona zdrowia...*, dz. cyt., s. 204.

[69] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki...*, dz. cyt., s. 141.

[70] W. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne...*, dz. cyt., s. 130.

[71] A. Drygas, *Aptekarstwo gdańskie 1399–1939*, Wrocław 1983, s. 74–75.

[72] A. Syroka, *Charakterystyka ustawodawstwa aptekarskiego na Śląsku od XVII do początków XIX wieku*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawód farmaceuty na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, „Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku", Warszawa–Katowice 2006, s. 30.

medycznych i biologicznych, które starali się wprowadzać do swojej codziennej działalności, a także aktywnie uczestniczyli w pracach instytucji samorządowych i charytatywnych[73]. W Bydgoszczy w 1909 r. zarejestrowanych było sześć aptek publicznych, w których pracowało ośmiu aptekarzy aprobowanych i dziewięciu pomocników[74].

Nowoczesna koncepcja zdrowia publicznego dziewiętnastowiecznych Niemiec, wyróżniająca się postępowym prawodawstwem sanitarnym, wprowadzeniem do praktyki klinicznej osiągnięć nauk medycznych i budowaniem powszechnego systemu opieki medycznej, skutkowała poprawą zdrowotności ludności polskiej w zaborze pruskim na przełomie XIX i XX w. Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby przyczyniło się do przekształceń w zasadach finansowania zakładów opieki zdrowotnej, wyodrębnienia domów opieki ze szpitali i podziału społeczeństwa na pracujących – ubezpieczonych i biednych – nieubezpieczonych. Koszty usług lekarskich udzielanych osobom ubogim obciążały budżet administracji samorządowej, a kasy chorych zabezpieczały leczenie pracujących. Świadczenie zostało przypisane pacjentowi[75].

Summary
Public Health on the Polish Territories under Prussian Rule illustrated by the case of Bydgoszcz District

As a result of the Second Partition of Poland the District of Bydgoszcz was incorporated into the Kingdom of Prussia. As a consequence, on that area the modern concept of public health was introduced, similarly to the rest of the 19th century Germany. Prussian doctors-officers were responsible for the development of the sanitary policy and guarded the norms ensuring preservation of health. At the beginning of the 19th century activeness of the Prussian state with reference to medical care, determined mostly by military and security considerations, was of short term or temporary character and focused mainly on anti-epidemic measures. It was no earlier than the second half of the 19th century that the concept of subjective right for health protection was created, mainly related to the health

[73] W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki…*, dz. cyt., s. 175–178; W. Korpalska, *Najstarsza bydgoska apteka – „Pod Złotym Orłem"*, „Wiadomości Akademickie" 2007, nr 27, s. 23–24.

[74] APB RB RM, sygn. I/8255; W.K. Korpalska, *Sześć wieków opieki…*, dz. cyt., s. 176–177.

[75] W.K. Korpalska, *Opieka nad chorym na ziemiach polskich pod pruskim zaborem na przełomie XIX i XX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2008, s. 81–89.

protection of working persons. The German insurance order was binding also on the Polish Territories annexed by the Prussia. On the basis of acts on insurance in the Bydgoszcz District the municipal and regional health maintenance organizations were established, owing to which the medical services and financial aid were available also to the Polish working class. The development of social insurance contributed to extension and modernization of hospitals and enabled the regulation of pharmacy-related matters, and of dental and midwifery care in the Bydgoszcz District.

ELŻBIETA RUTKOWSKA

Badania właściwości leczniczych i toksycznych bobu kalabarskiego (*Physostigma venenosum* Balf.) w świetle wybranych zagranicznych i polskich czasopism medycznych i farmaceutycznych w XIX w.

Słowa kluczowe: *Physostigma venenosum* Balf., historia czasopiśmiennictwa medycznego farmaceutycznego

Bób kalabarski (*Physostigma venenosum* Balf.) jest zarówno rośliną trującą, jak i leczniczą. W języku polskim istnieje kilka jego zwyczajowych nazw: wyroczyn jadowity[1], bobotrutka trująca, bobotrutka kalabarska, fasola kalabarska[2], wyroczyn kalabarski[3], fasola indyjska czy bobotrutka jadowita[4]. W latach 60. XIX w. funkcjonowały różne jego określenia: groch kalabarski, kalabar, kalabarska fasola, bób kalabaryjski.

Nazwę w języku łacińskim *Physostigma venenosum* nadał roślinie John Hutton Balfour (1808–1884) – profesor medycyny i botaniki

[1] T. Browicz, S. Ciechanowski, S. Domański, L. Kryński (oprac.), *Słownik lekarski polski*, Kraków 1905, s. 372.

[2] Z. Podbielkowski, *Słownik roślin użytkowych*, wyd. V, Warszawa 1985, s. 38.

[3] K. Jędrzejko (red.), *Zarys wiedzy o roślinach leczniczych*, Katowice 1997, s. 237.

[4] H. Strzelecka, J. Kowalski (red.), *Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa*, Warszawa 2000, s. 138–139.

Rycina 1. Bób kalabarski (*Physostigma venenosum* Balf.)

Źródło: *Köhler's Medizinal-Pflanzen in naturgetreuen Abbildungen mit kurz erläuterndem Texte. Atlas zur Pharmacopoea germanica, austriaca, belgica, danica, helvetica, hungarica, rossica, suecica, Neerlandica, British pharmacopoeia, zum Codex medicamentarius sowie zur Pharmacopoeia of the United States of America*, 1890, T. 2, tablica 177.

Uniwersytetu w Edynburgu[5]. Pochodzenie nazwy rodzaju *Physostigma* związane jest z cechami słupka rośliny, którego znamię jest duże i pęcherzykowato rozdęte. Balfour, wyjaśniając nazwę, odwołał się do greckich słów: *φυσαειν* – nadmuchać i *στιγμα* – znamię[6]. Określenie gatunku *venenosum* odnosi się do trujących właściwości rośliny (łac. *venenosus* – trujący).

Bób kalabarski jest wieloletnią lianą z rodziny bobowatych (*Fabaceae*), którą dawniej określano mianem motylkowate (*Papilionaceae*) lub strączkowe (*Leguminosae*). Rośnie w lasach zachodniej Afryki, m.in. nad brzegami rzek i strumieni Nigerii, gdzie jest również uprawiana. Przez ludność tubylczą roślina nazywana jest terminem *Esére*. Łodyga tej rośliny (w dolnej części zdrewniała, o szerokości do 4 cm) osiąga długość około 15 m i posiada wąsy czepne. *Physostigma venenosum* ma liście trójlistkowe, długoogonkowe, o kształcie podłużnie romboidalnym, a kwiaty purpurowo czerwone bądź różowe (o budowie grzbiecistej), umieszczone w kątach liści. Owoc bobu kalabarskiego to strąk o długości około 20 cm, w którym znajdują się 2–3 ciemnobrunatne nasiona o długości do 3 cm[7]. Mają one kształt elipsoidalny lub nerkowaty z widocznym szwem nasiennym, są nieco spłaszczone, w kolorze ciemnobrunatnym, o masie do 4 g[8]. W dość grubej i twardej łupinie nasiennej znajduje się zarodek

[5] J.H. Balfour, *Description of the plant which produces the Ordeal Bean of Calabar*, „Transactions of the Royal Society of Edinburgh" 1861, t. 22, cz. 2, s. 305–312. Zamieszczono tam również ryciny przedstawiające *Physostigma venenosum*.

[6] Tamże, s. 309; A. Rumińska, A. Ożarowski (red.), *Leksykon roślin leczniczych*, Warszawa 1990, s. 67; K. Radwan-Pytlewska, *Wyroczyn kalabarski – roślina „sądów bożych"*, „Wiadomości Zielarskie" 1992, R. 34, nr 10, s. 13.

[7] H. Strzelecka, J. Kowalski (red.), dz. cyt., s. 139.

[8] A. Rumińska, A. Ożarowski (red.), dz. cyt., s. 67.

i dwa duże liścienie, między nimi zaś komora powietrzna, dzięki której nasienie nie tonie[9]. Nasiona tej rośliny zawierają m.in. do 0,5% mieszaniny alkaloidów, a wśród nich fizostygminę (określaną również nazwą eseryna lub ezeryna). Fizostygmina to alkaloid pirolidynoindolinowy – ester kwasu metylokarbaminowego i eseroliny, tj. N-metylopirolidynodimetylo--5-hydroksyindoliny.

Rycina 2. Nasiona bobu kalabarskiego
Źródło: Zbiory Katedry i Zakładu Farmakognozji *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, fot. J. Makowska-Wąs; miara została przedstawiona w centymetrach.

Spośród wielu opracowań zagranicznych na uwagę zasługują informacje o *Physostigma venenosum* zawarte w książce Hansa Dietera Neuwingera pt. *African Ethnobotany. Poisons and Drugs. Chemistry, Pharmacology, Toxicology* (London 1996). Zostały w niej opisane rośliny używane przez plemiona afrykańskie jako trucizny (m.in. do zatruwania grotów strzał), a które z biegiem czasu okazały się cennymi surowcami leczniczymi, a ich substancje czynne wykorzystywano do eksperymentów z zakresu fizjologii czy farmakologii klinicznej. Rośliny są scharakteryzowane zarówno w zakresie botaniki, chemii, farmakologii i toksykologii, jak i w aspekcie kulturowym oraz etnologicznym. Uwzględniono również ich zastosowanie w medycynie tradycyjnej. W interesujący sposób historię badań toksyczności bobu kalabarskiego przedstawiał Alex Proudfoot w pracy *The Early Toxicology of Physostigminie. A Tale of Beans, Great Men and Egos*[10]. Obie zagraniczne publikacje zawierają liczne pozycje literaturowe, zwłaszcza wydane w języku angielskim.

Bób kalabarski został opisany także w pracy Wacława Jaroniewskiego[11], w wydawnictwach encyklopedycznych oraz w popularnonaukowym artykule Krystyny Radwan-Pytlewskiej[12]. Wartościowe dane przedstawione w wyżej wymienionych materiałach nie uwzględniają jednak publikacji wydanych w języku polskim w XIX w.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zagadnień związanych z badaniami bobu kalabarskiego (*Physostigma venenosum*) na pod-

[9] Tamże.
[10] „Toxicological Reviews" 2006, t. 25, nr 2, s. 99–138.
[11] W. Jaroniewski, *Semen Physostigmatis i sądy boże w Afryce*, „Farmacja Polska" 1984, R. 40, nr 9, s. 545–547.
[12] K. Radwan-Pytlewska, dz. cyt., s. 13.

stawie informacji, jakie ukazały się zarówno w zagranicznych, jak i wydanych w języku polskim czasopismach medycznych i farmaceutycznych w XIX w. Uwzględnione zostały badania nad właściwościami toksycznymi i leczniczymi tytułowej rośliny, prace poświęcone uzyskaniu z niej substancji czynnych, zastosowaniu w lecznictwie oraz doświadczenia z zakresu fizjologii z wykorzystaniem fizostygminy. Publikacje wybrano jako charakterystyczne dla opisywanych zagadnień. Zwrócono szczególną uwagę na artykuły, które ukazały się w pierwszym okresie badań bobu kalabarskiego, którego nasiona przywieźli z Afryki do Edynburga szkoccy misjonarze.

1. Początek badań właściwości toksycznych i leczniczych bobu kalabarskiego

Na właściwości toksyczne bobu kalabarskiego zwrócił uwagę William Freeman Daniell (1817–1865) – brytyjski chirurg i botanik. Podał on, że wodny wyciąg o mlecznym kolorze z rozdrobnionych nasion pewnej rośliny stosowano w tzw. sądach bożych jako truciznę próby na zachodnim wybrzeżu Afryki w Old Calabar, nazywanym w języku polskim Starym Kalabarem[13], znajdującym się na terenach dzisiejszej Nigerii[14]. Relacja Daniella zainteresowała Roberta Christisona (1797–1882) – szkockiego lekarza i toksykologa, profesora materii medycznej Uniwersytetu w Edynburgu. Przeprowadził on doświadczenia na zwierzętach, używając nasion rośliny, którą nazywał *Ordeal-bean*[15].

[13] Według dziewiętnastowiecznej encyklopedii, Kalabar to „nazwa kraju nadbrzeżnego Afryki, rozciągającego się miedzy rzekami Bonny i Joliba od wschodu, a rzeką Biafra i zatoką tegoż nazwiska od zachodu. Ziemię piaszczystą, czerwoną skrapiają rzeki: stary i nowy Kalabar i Bonny. Wydaje ona w obfitości rośliny podzwrotnikowe, trzcinę cukrową, pieprz i t. d. Ludy tutejsze dość kształtne i w skutek częstego z Anglikami obcowania dość ucywilizowane, składają dwa królestwa: starego i nowego Kalabaru. Pierwsze leży nad rzeką tegoż nazwiska (ku wschodowi) i ma za stolicę stary Kalabar, czyli Bongo, zbudowany o 3 mile od ujścia tej rzeki. Król jednak, którego władza nader dzisiaj na wszystkich punktach jest ograniczoną, rezyduje w osadzie o 3 mile od miasta odległej. Mieszkańcy wywożą kość słoniową, bawełnę, oliwę palmową, a nadewszystko niewolników. – Władza króla nowego Kalabaru jest nieograniczoną. Stolica jego Kalabar leży na wyspie rzeki nowego-Kalabaru, zwanej także przez Portugalczyków Riodel-Rey. Roślinność jest tu dość biedna. Lecz i tu cywilizacja zrobiła pewne postępy, lubo ohydnego handlu niewolnikami, jako nader zyskownego, wyrugować nie zdołała. W obu królestwach mieszkańcy mówią tym samym językiem, co w królestwie Quoa, tuż obok nich, lubo dalej ku głębi Afryki położoném" (S. Orgelbrand: *Encyklopedyja powszechna*, t. 13. Warszawa 1863, s. 635).

[14] W. Freeman Daniell, *On the natives of Old Callebar, West Coast of Africa*, „The Edinburgh New Philosophical Journal" 1846, t. 40, s. 319.

[15] R. Christison, *On the properties of the Ordeal-bean of Old Calabar*, *Western Africa*, „The Monthly Journal of Medicine" 1855, t. 20, s. 193–204, a także w: „Pharmaceu-

Christison zdecydował się przeprowadzić eksperyment również na sobie samym w celu precyzyjniejszego określenia działania bobu kalabarskiego. Po skromnej kolacji spożył 1/8 część nasiona, co odpowiadało 6 granom nasion; taka ilość spowodowała odczucie lekkiego drętwienia kończyn (po przebudzeniu się dwa lub trzy razy w nocy). Odnotował ponadto, że nasiona tej rośliny smakują podobnie, jak jadalne nasiona roślin strączkowych.

Następnego ranka zażył 1/4 część nasiona, które ważyło 48 granów. Po tej dawce zauważył nasilające się zawroty głowy i trudności w oddychaniu oraz czuł się słaby. Użył wodę do golenia jako środek do wywołania wymiotów. Syn Christisona wezwał dr. Jamesa Younga Simpsona (1811–1870). Po 40 minutach od zażycia porcji nasion Christison był wyczerpany i blady, a także miał zwolnione i niemiarowe tętno. Dr Simpson udał się po dr. Andrew Douglasa Maclagana (1812–1900), którego uważano za autorytet w zakresie toksykologii. W tym czasie Christison odczuwał mdłości, próbował się poruszyć i wymiotować, ale mimo wysiłku nie mógł zmienić pozycji. Pozycję zmienił za czwartym razem. Odczuwał niewielkie drżenie mięśni piersiowych i mówił powoli.

Maclagan stwierdził, że objawy występujące u Christisona przypominają stan przedawkowania akonityny. Później Christison zaobserwował chłód i dyskomfort w kończynach i poprawę pracy jelit. Puls stał się częstszy, ale jeszcze nieregularny. Dwie godziny po przyjęciu nasion Christison stał się senny i spał około dwie godziny. Po przebudzeniu zauważył przyśpieszoną akcję serca, wypił filiżankę mocnej kawy, a jego puls stał się regularny. Niemniej jednak czuł się słaby i pozostał w łóżku. Następnego dnia rano jego kondycja była dość dobra.

Christison skonfrontował obserwacje przeprowadzone na sobie samym z eksperymentami na królikach i wywnioskował, że bezpośrednią przyczyną śmierci po podaniu bobu kalabarskiego jest zatrzymanie akcji serca[16].

tical Journal and Transactions" 1855, t. 14, nr 10, s. 470–476 (oprócz tej samej treści, jak w wyżej podanym czasopiśmie, zamieszono tam również ryciny nasion).

[16] Fizostygmina – substancja czynna nasion bobu kalabarskiego to parasymatykotonik o działaniu pośrednim. Jest ona odwracalnym inhibitorem acetylocholinoesterazy. Esteraza acetylocholinowa rozkłada hydrolitycznie acetylocholinę – neuroprzekaźnik zakończeń pozazwojowych nerwów przywspółczulnych. Jest ona również przekaźnikiem w zakończeniach nerwów ruchowych i w synapsach zwojów układu autonomicznego, a także neuroprzekaźnikiem w ośrodkowym układzie nerwowym. Zablokowanie enzymu esterazy acetylocholiny powoduje przedłużenie pobudzenia receptorów przez acetylocholinę, co skutkuje np. zwolnieniem czynności akcji serca (zob. A. Zejc, J. Gorczyca (red.), *Chemia leków*, wyd. II, Warszawa 2002, s. 264–274).

Z jednej strony takich badaczy, jak Christison, można nazwać odważnymi eksperymentatorami, z drugiej zaś przeprowadzający próby na sobie samych narażają się na utratę zdrowia, a nawet życia. Z biegiem czasu takie eksperymenty zostały zastąpione zaplanowanymi badaniami klinicznymi, regulowanymi przepisami prawa.

Student Christisona, a następnie jego asystent i następca – Thomas Richard Fraser (1841–1920) w 1862 r. za pracę doktorską na temat bobu kalabarskiego otrzymał złoty medal Uniwersytetu w Edynburgu[17]. Natomiast w 1863 r. na łamach czasopisma „The Edinburgh Medical Journal" ukazała się jego praca dotycząca właściwości, działania i terapeutycznego zastosowania *Physostigma venenosum*[18]. Fraser, po przeprowadzeniu licznych eksperymentów, opisał następujące objawy występujące po zastosowaniu wyciągu bobu kalabarskiego: zwężenie źrenic, zwiększone wydzielanie gruczołów potowych i łzowych, skurcze jelit, pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego, zwolnienie częstości akcji serca, pobudzenie mięśni i wywołanie ich drżenia[19]. W późniejszym czasie ukazały się też inne prace Frasera na temat tej rośliny[20]. Interesowało go również antagonistyczne działanie fizostygminy i atropiny[21]. Był on niewątpliwie znakomitym znawcą zagadnień dotyczących bobu kalabarskiego.

Eksperymenty z zastosowaniem bobku kalabarskiego budziły zainteresowanie. Na posiedzeniu ogólnym Towarzystwa Lekarskiego War-

[17] *Sir Thomas Richard Fraser, M. D., F. R. S., LL. D. Aberd., Glasg., Edin., Sc. D. Camb.*, etc., „British Medical Journal" 1920, nr 3081, s. 100–101.

[18] T.R. Fraser, *On the characters, actions, and therapeutic uses of the Ordeal Bean of Calabar (Physostigma venenosum, Balfour)*, „The Edinburgh Medical Journal" 1863, t. 9, s. 36–56, 123–132, 235–248. Praca została także w 1863 r. wydana jako oddzielna broszura (był to reprint z „The Edinburgh Medical Journal", liczący 44 strony).

[19] Wyciąg stosowany przez Frasera, nazywany w języku polskim wymokiem wyskokowym, sporządzano w następujący sposób: „dr. [drachma] 1 jądra sproszkowanego wytrawia się w dr. 1 wyskoku stężonego w naczyniu zamkniętém przez 48 godzin, przesącza się płyn, wypłukuje się pozostałość uncyą wyskoku i za część ulotnioną dodaje się tyle, aby wszytko wynosiło dr. 2" („Przegląd Lekarski" 1864, t. 3, nr 2, s. 16).

[20] T.R. Fraser, *On the Physiological Action of the Calabar Bean (Physostigma venenosum Balf.)*, „Transactions of the Royal Society of Edinburgh" 1867, t. 24, cz. 3, s. 715–787 (praca była prezentowana 17 grudnia 1866 r.), a także w: „Journal of Anatomy and Physiology" 1867, t. 1, s. 323–332 (zmodyfikowana wersja poprzedniej pracy) oraz w: „The American Journal of the Medical Sciences" 1868, t. 55, s. 502–510 (na podstawie tekstu z „Transactions of the Royal Society of Edinburgh"). W 1867 r. ukazała się również jako broszura.

[21] T.R. Fraser, *An experimental research on the antagonism between the actions of physostigma and atropia.* „Transactions of the Royal Society of Edinburgh" 1872, t. 26, cz. 3, s. 529–618 (Fraser był wówczas wykładowcą materii medycznej i terapii w Surgeron's Hall w Edynburgu).

szawskiego 19 stycznia 1864 r. Wiktor Feliks Szokalski (1811–1891)[22] – lekarz okulista (sekretarz stały Lekarskiego Towarzystwa Warszawskiego od 1857 r.) „na wyrażone życzenie kilku kolegów, streścił w wykładzie ustnym to, co dotychczas jest wiadome o działaniu wyciągu kalabarskiego"[23].

Szokalski wyjaśnił, że wyciąg otrzymywano z rośliny należącej do „rodzaju groszkowych", a w każdym strączku tej rośliny znajdują się tzw. 2 boby, z których wykonywano wyciągi. Podał również inne cenne informacje: „w Afryce, z kąd pochodzi, kapłani ją tylko uprawiają i używają do pewnego rodzaju sądów bożych: jeśli obwiniony, zjadłszy téj rośliny, dostanie womitów, to ma być dowodem, że jest niewinny; jeśli zaś dostanie konwulsyj, poczém zwykle następuje śmierć, wtedy uważany jest za winnego"[24]. Dalej Szokalski wspomniał, że roślinę do Anglii przywieźli misjonarze, a pierwsze badania przeprowadził Christison na królikach i na sobie samym. W badaniach Christisona mniejsze dawki wywoływały porażenie tylnych kończyn zwierząt, a większe – drgawki, zwolnienie tętna i omdlenia, które zazwyczaj kończyły się śmiercią. Zdarzały się też przypadki powolnego powrotu zwierząt do zdrowia. Próba przeprowadzona na sobie wiązała się z doświadczeniem ogólnego osłabienia i niemocy kończyn dolnych, przy czym – jak podał Szokalski – „władze umysłowe jednak przez cały ten czas wcale nie były nadwerężone"[25].

Szokalski wspomniał ponadto o badaniach Frasera dotyczących działania wyciągu bobu kalabarskiego na oko. Zaznaczył, że zarówno po podaniu wewnętrznym, jak i miejscowym preparaty wywoływały zwężenie źrenicy i krótkowzroczność. Po podaniu preparatu bobu kalabarskiego do oka działanie zwężające na źrenicę występowało po 15–20 minutach (źrenica oka przeciwnego rozszerzała się), natomiast po 4–5 godzinach prawidłowa ostrość widzenia powracała. Wyciąg działał drażniąco na oko, mógł także sprawiać ból w czole i skroniach.

Zwracano także uwagę na problem zatruć bobem kalabarskim. Prowizor farmacji Maryan Barcz w pracy pt. *O Kalabarze (Physostyg-*

[22] Zob. S.L. Kośmiński, *Słownik lekarzów polskich obejmujący oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej*, Warszawa 1883, s. 497–502.

[23] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1864, t. 51, s. 425.

[24] Tamże, s. 425–426. Również inne rośliny były stosowane w tzw. sądach bożych („Gazeta Lekarska" 1877, R. 12, nr 18, s. 311–312; W. Jaroniewski, dz. cyt., s. 545–547).

[25] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1864, t. 51, s. 426.

ma venenosum. Fom. Leguminosae)[26], oprócz informacji o badaniach Christisona i Frasera, odnotował również spostrzeżenia J. Camerona i J.H. Evansa dotyczące objawów zatrucia bobem kalabarskim. Był to rzadki przypadek na terenie Europy, opisywano go jednak w wielu czasopismach zagranicznych i polskich. Barcz, co prawda, o tym nie wspomniał, ale obserwacje te dotyczyły 46 dzieci, które po zjedzeniu różnej liczby nasion bobu kalabarskiego trafiły do szpitala pod opiekę dr. Camerona. Nasiona *Physostigma venenosum* wyrzucone zostały z okrętu przybyłego z Afryki prawdopodobnie w pobliżu szpitala. Miejscem tego wydarzenia był Liverpool. Po udzieleniu pomocy dzieci wyzdrowiały, z wyjątkiem jednego, które – mimo podania środków wymiotnych – zmarło[27]. Wzmiankę o zatruciu nasionami bobu kalabarskiego dzieci w Liverpoolu zamieszczono również w „Tygodniku Lekarskim" w 1867 r.[28]

W przypadku zatrucia bobem kalabarskim zalecano spowodowanie wymiotów, a następnie zastosowanie środków pobudzających (*Stimulanti*) i czarnej kawy. Zastosowanie atropiny jako odtrutki dla preparatów z bobu kalabarskiego nie było wówczas powszechną praktyką.

2. Badania nad wyizolowaniem substancji czynnych *Physostigma venenosum*

Już Christison chciał wyizolować substancję odpowiedzialną za silnie toksyczne działanie bobu kalabarskiego. W 1863 r. Fraser wydzielił z nasion tej rośliny amorficzną substancję czynną o właściwościach alkaloidu i zaproponował dla niej nazwę *Eserina*[29]. W tym samym roku Julius Jobst i Oswald Hesse (1835–1917) – chemicy ze Stuttgartu – wyizolowali z nasion *Physostigma venenosum*, w formie

[26] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1869, t. 61, s. 43–45.

[27] J.H. Evans, *The recent cases of poisoning by Calabar bean*, „Medical Times and Gazette" 1864, s. 406–410. Opis zatrucia dzieci podał też J. Kulski w dziale „Kronika lekarska zagraniczna" – zob. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1864, t. 52, s. 484–488. O wypadku tym zamieszono również informacje w: „The American Journal of Pharmacy" 1864, t. 36, s. 497–498, a także w: J. Baker Edwards, *Notes on the cases of poisoning by Calabar beans in Liverpool, 10th and 11th August, 1864*, „Pharmaceutical Journal and Transactions" 1865, t. 6, nr 3, s. 99–100.

[28] E.W., *O bobie kalabarskim (Fabae Calabaricae)*, „Tygodnik Lekarski" 1867, R. 21, nr 7, s. 52.

[29] T.R. Fraser, *On the Physiological Action of the Calabar Bean (Physostigma venenosum Balf.)*, „Transactions of the Royal Society of Edinburgh" 1867, t. 24, cz. 3, s. 716. W 1864 r. Fraser użył określenia *the alkaloid eserina* dla substancji czynnej bobu kalabarskiego (T.R. Fraser, *On the moth of Esere, or Ordeal-Bean of Old Calabar*. „Annals and Magazine of Natural History"1864, t. 13, nr 77, s. 393).

brązowożółtej amorficznej masy, alkaloid, który nazywali *Physostigmin*. Wyniki ich oświadczeń zostały opublikowane w 1864 r.[30] Rok później również Amédée Alexandre Vée (1834–1897) prowadził doświadczenia mające na celu wyizolowanie substancji czynnej z bobu kalabarskiego. W związku z zainteresowaniem lekarzy i farmaceutów tymi zagadnieniami po upływie krótkiego czasu na łamach polskich czasopism pojawiły się informacje o badaniach nad wyizolowaniem substancji czynnych bobu kalabarskiego. Doktor Julian Kulski[31] z Radomska w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" w 1865 r. w dziale „Wiadomości zakrajowe" informował o ezerynie i doświadczeniach Véego i dr. Manuela Levena w Paryżu[32]. Vée zaprezentował na posiedzeniu Towarzystwa Medyko-Chirurgicznego w Paryżu 9 lutego 1865 r. próbkę alkaloidu z bobu kalabarskiego, nazywając go *ésérine*[33]. Ezeryna uzyskana przez Véego została scharakteryzowana jako substancja stała, krystalizująca, o gorzkim smaku, trudno rozpuszczalna w wodzie, a łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie i kwasach.

Kulski przytoczył również opis otrzymywania ezeryny: „otrzymuje się [ezerynę], dodając do wyciągu alkoholowego wody wysyconéj kwasem winnym, następnie nasyca się rozczynem dwuwęglanu sody w nadmiarze i mięsza się z eterem, przy którego ulatnianiu alkaloid się osadza; gdyby od pierwszego razu nie wykrystalizowała, wtedy postępuje się, jak poprzednio, ale nasyca się octanem ołowiu, a po przecedzeniu dodaje się nadmiar węglanu sody"[34].

Wspomniany wyżej Barcz odnotował, że nasiona *Physostygma venenosum* zawierały: „Olej tłusty, farbnik, małą ilość żywicy, materję wyciągową i alkaloid (*Physostygmin* niekiedy *Eserin* zwany), od któ-

[30] J. Jobst, O. Hesse, *Ueber die Bohne von Calabar*, „Annalen der Chemie und Pharmacie" 1864, R. 129, s. 115–121; *Preparation of physostigmin*, „The American Journal of Pharmacy" 1864, t. 36, s. 334–336; *New alkaloid from the Calabar bean*, „The American Journal of Pharmacy" 1864, t. 36, s. 365–366. Zob. także w: „Przegląd Lekarski" 1864, t. 3, nr 11, s. 86.

[31] Zob. S.L. Kośmiński, dz. cyt., s. 255.

[32] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1865, t. 53, s. 400─401.

[33] Informacja ta ukazała się w: „L'Union médicale: journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionels du corps médical" 1865, t. 26, nr 43, s. 94–95. Badania bobu kalabarskiego były także tematem pracy doktorskiej Véego (*Recherches chimiques et physiologiques sur la fève du calabar: thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 5 juillet 1865 par Amédée-Alexandre Vée, né à Paris, pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques*, Paris 1865).

[34] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1865, t. 53, s. 400–401.

rego jak się zdaje zależą własności lekarskie rośliny w mowie będącej, choć dziś jeszcze nie wszedł w użycie”[35].

Teodor Jarnatowski[36] – lekarz z Poznania, opisując bób kalabarski, zwrócił uwagę na to, że wyciągi z niego otrzymane nie zawsze mają taką samą siłę działania. Przypomniał o wyizolowaniu fizostygminy przez Jobsta i Hessego, którą opisał: „cisawo-żółta, bezkształtna masa, mięszanina kilku ciał chemicznych”[37] i uznał, że preparaty z niej wykonane także nie mają jednakowej jakości. Odmienne zdanie miał o ezerynie: „udało się wreszcie chemikom Dr Vée i Leven w Paryżu wyciągnąć z bobu kalabarskiego alkaloid w postaci krystalicznéj, który przezwali ezerynem i w którym się skupiała cała pożądana lekarzom siła lecząca wyroczynu jadowitego”[38]. Zaznaczył też, że w lecznictwie wyciąg otrzymywany z nasion bobu kalabarskiego „utracił swoje znaczenie również i fizostygmin, alkaloid nieczysty i w skutkach swoich od chwili odkrycia ezerynu”[39]. Jak widać, nie zawsze nazwa ezeryna była synonimem fizostygminy.

Problemem było uzyskanie czystego alkaloidu z nasion bobu kalabarskiego. Jeszcze w 1878 r. na łamach „Wiadomości Farmaceutycznych” podano: „Merck nadmienia, że po dziś dzień nie zdołał otrzymać ezeryny w stanie krystalicznym, a ten któren się znajduje w handlu częstokroć w formie blaszek nie może być nazywany ezeryną krystaliczną albowiem jest to wyciąg wodny wysuszony na płytkach szklanych”[40]. Natomiast w 1883 r., na podstawie cyrkularza firmy E. Merck w Darmstadcie, informowano: „wynikiem ostatnich prac zdołano otrzymać Fizostygminę czystą w formie krystalicznej, to jest rombowych kryształków, lub krystalicznego proszku, któren pod wpływem światła lub powietrza szybko barwi się na czerwono. W wodzie jest dość trudno rozpuszczalną, któren to rozczyn po upływie dość krótkiego przeciągu czasu czerwienieje przechodząc w kilka godzin w mocno czerwony”[41]. W celu zapobiegnięcia niekorzystnym zmianom w roztworach ezeryny zalecano sporządzać je bez dostępu powietrza i światła lub przez dodanie do nich kwasu bornego[42].

[35] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1869, t. 61, s. 44.

[36] Zob. S.L. Kośmiński, dz. cyt., s. 194.

[37] T. Jarnatowski, *I. Kilka słów o bobie kalabarskim i ezerynie*, „Przegląd Lekarski” 1877, R. 16, nr 34, s. 401.

[38] Tamże.

[39] Tamże. O alkaloidzie bobu kalabarskiego zob. także w: A. Orłowski, *Physostygmina, cechy jej i otrzymywanie*, „Gazeta Lekarska” 1873, t. 14, nr 18, s. 273–276.

[40] „Wiadomości Farmaceutyczne” 1878, R. 5, nr 7, s. 204.

[41] „Wiadomości Farmaceutyczne” 1883, R. 10, nr 4/5, s. 118.

[42] „Wiadomości Farmaceutyczne” 1888, R. 15, nr 3, s. 65.

Wytwarzano także sole fizostygminy – siarczan lub salicylan fizostygminy. Roztwory wykonywane z tej ostatniej okazały się bardziej trwałe i były zalecane do sporządzania kropli do oczu[43].

W XIX w. z nasion *Physostigma venenosum* wyizolowano również alkaloid o nazwie kalabaryna[44].

3. Zastosowanie wyciągów z nasion bobu kalabarskiego i jego alkaloidu w lecznictwie

Początkowo wyciągi z nasion bobu kalabarskiego, a później jego alkaloid, były analizowane pod kątem ich użycia w terapii różnych schorzeń. Dużo uwagi poświęcono badaniom związanym z zastosowaniem preparatów z *Physostigma venenosum* w leczeniu chorób oczu.

W „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" z roku 1863 wspomniany Kulski w dziale „Wiadomości zakrajowe", streszczając artykuł Johna Soelberga Wellsa (1834–1879) zamieszczony w jednym z londyńskich czasopism medycznych w maju 1863 r.[45], podał informację: „z liczby leków na źrenicę przeważnie działających mieliśmy dotychczas atropinę; obecnie przybywa środek wprost przeciwnie działający, którego wpuszczenie do oka sprowadza zwężenie tęczówki"[46]. Przypuszczał, że preparaty z bobu kalabarskiego, który nazywał grochem kalabarskim, zajmą ważne miejsce w leczeniu rozszerzenia źrenic, powstałego np. na skutek uszkodzeń czy porażeń. Kulski zamieścił opis doświadczeń Soelberga Wellsa. W komentarzu redakcja czasopisma informowała także o badaniach Albrechta Friedricha Wilhelma Ernsta von Graefe'a (1811–1891) w Berlinie. Wyjaśnienie działania preparatów z *Physostigma venenosum* było następujące: „1. podrażnienie bezpośrednie nerwów idących do zwężacza źrenicy (*sphineter pupillae*) i 2. do natężenia naczyniówki (*tensor choroideae*); pierwszym z tych skutków tłómaczy się zwężenie źre-

[43] „Kronika Lekarska" 1880, R. 1, nr 17, s. 233 na podstawie: E. Harnack, *Ueber einige das Physostigmin betreffenden pharmakologischen und chemischen Fragen*, „Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie" 1880, t. 12, nr 4, s. 334–340.

[44] „Wiadomości Farmaceutyczne" 1878, R. 5, nr 7, s. 203.

[45] J. Soelberg Wells, *On the effects of the solution of the Calabar bean on the accommodation of the eye and the pupil*, „Medical Times and Gazette" 1863, s. 500–503. Autor wspomniał o wcześniejszych wynikach badań Douglasa Argylla Robertsona (1837–1909), prezentowanych na zebraniu The Edinburgh Medico-Chirurgical Society 4 lutego 1863 r. (D. Argyll Robertson, *On the Calabar bean as a new agent in ophthalmic medicine*, „Edinburgh Medical Journal" 1863, t. 8, s. 815–820; praca ukazała się także w: „The Boston Medical and Surgical Journal" 1863, t. 68, nr 9, 179–185 oraz informacja o niej w: „The Pharmaceutical Journal and Transactions" 1863, t. 4, nr 11, s. 519).

[46] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1863, t. 50, s. 86.

nicy, – od drugiego zaś zależą zmiany akomodacji wzroku"[47]. Graefe stosował także preparaty bobu kalabarskiego po wcześniejszym zastosowaniu atropiny oraz jako środek ułatwiający wycięcie tęczówki (*iridectomia*), które zalecał u chorych na jaskrę[48].

Kulski wspomniał również o doświadczeniach Véego i Levena na królikach. W małych stężeniach roztwór ezeryny podany do oka zawsze powodował zwężenie źrenicy, działanie to było jednak krótkotrwałe: „ciekawe jest to spostrzeżenie, że wpływ na źrenicę jest szybko przechodni, gdyż po rozszerzeniu źrenicy wilczą jagodą (*belladonna*) jeśli wkroplimy rozczyn ezeryny, to źrenica się kurczy, lecz po krótkim czasie to przechodzi, a skutek belladonny pozostaje"[49].

Zastosowanie z kolei roztworu fizostygminy do zmniejszenia podwyższonego ciśnienia śródgałkowego, występującego w jaskrze, zaproponował w 1867 r. Ludwig Laqueur (1839–1909) – niemiecki okulista[50].

W lecznictwie używano różnych postaci leku zawierających bób kalabarski. Głównie stosowano wyciąg i nalewkę, a także wyciąg połączony z gliceryną lub alkoholem etylowym. Na uwagę zasługuje papier nasączony roztworem ekstraktu w wyskoku, czyli tzw. papier kalabarowy, który był aplikowany do oczu[51]. W 1863 r. w „Przeglądzie

[47] Tamże, s. 88.

[48] „Deutsche Klinik" 1863, t. 15, nr 29, s. 285–286. Zob. także w: „Przegląd Lekarski" 1863, t. 2, nr 42, s. 334–335; *Spostrzeżenia z kliniki okulistycznej Prof. Arlta w Wiedniu przez Dra Lucyana Rydla, pierwszego asystenta téjże kliniki. II. Jaskra (Glaucoma) i Irydektomia (Dokończenie)*, „Przegląd Lekarski" 1865, t. 4, nr 35, s. 273–275.

[49] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1865, t. 53, s. 401.

[50] L. Laqueur, *Ueber eine neue therapeutische Verwendung des Physostigmin*, „Centralblatt für die Medicinischen Wissenschaften" 1876, t. 14, nr 24, s. 421–422. Zob. Także w: K. Latimer, C. Pendleton, A. Martinez, P.S. Subramanian, A. Quiñones-Hinojosa, *Insight into glaucoma treatment in the early 1900s: Harvey Cushing's 1905 operation*, „Archives of Ophthalmology" 2012, t. 130, nr 4, s. 510–513.

[51] Papier kalabarowy sporządzano w sposób następujący: „Ekstrakt kalabarskiéj fasoli rozpuszcza się w mieszaninie wyskoku z wodą, zostawia na 24 godzin, cedzi przez bibułę. Tak otrzymany płyn wylewa się na parownicę płaską i w nim macza się papier nie klejony, (najlepiéj cienka szwedzka bibuła) i po wysuszeniu dzieli się ją na 20 równych części, a każda 1/20 na 300 części za pomocą cyrkla i ołówka, każwa więc kratka odpowiadać będzie 1/240 gr. extraktu" („Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1869, t. 61, s. 44). Znane było również przygotowanie papieru przez zanurzanie tzw. bibułki w roztworze ekstraktu w glicerolu. Papier stosowano na oko. Szoklaski odnotował, że ta ostatnia forma „działa za nadto słabo i niepewnie" (W.F. Szoklaski, *Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka*, t. 1, Warszawa 1869, s. 94). Barcz także wyjaśniał: „Niektórzy autorowie radzą poprostu przysposobić papier kalabarowy z nalewki wykokowéj bez odparowywania jéj do konsystencji Extraktu: przepisy te jednak mniéj są dokładne, gdyż nasiona w rozmaitych okolicznościach różniące się wypadki co do ilości extraktu wydawać mogą, siła więc takiego papieru nigdy tym sposobem ściśle obliczyć się nie da, gdy tym czasem papier sporzą-

Lekarskim" podano do wiadomości: „w Anglii używają teraz cienkich kartek poukładanych nakształt książeczki małéj, każda karteczka napojona jest lekiem i dość jest podsunąć ją na kilka sekund pod powiekę by natychmiast wywołać skutek pożądany"[52]. Na kartkach wielkości cala kwadratowego zaznaczano 25 kwadracików, a każdy z nich zawierał jedną dawkę leku. Aplikacji należało dokonać w następujący sposób: „wycina się nożyczkami taki kwadracik i ująwszy go zwilżoną powierzchnią dłoniową wskaziciela, wsuwa się go, odciągając łagodnie powiekę dolną, na spojówkę twardówkową dolnéj połowy gałki ocznéj, pozostawiając oko sobie samemu"[53].

Warto też wspomnieć, że na łamach „The Chemist and Drogist" w 1864 r. zamieszczono informację o przygotowaniu cienkich filmów z wyciągów bobu kalabarskiego i żelatyny, wycinanych w kształcie owalnym z przeznaczeniem do zastosowania do oczu. Film po aplikacji do oka i po jego zamknięciu stawał się miękki i powoli ulegał rozpuszczaniu[54].

Polscy lekarze także opisywali swoje doświadczenia zastosowania preparatów bobu kalabarskiego i ezeryny w leczeniu chorób oczu, zwracając uwagę na jakość leków. W 1875 r. dr Władysław Stan[55] z Gryfii w obszerniejszej pracy przedstawiał możliwość użycia m.in. ekstraktu z nasion bobu kalabarskiego połączonego z gliceryną w leczeniu pacjenta z tzw. jasnej ślepoty (*amauriosis*)[56]. Z kolei w 1881 r. w „Gazecie Lekarskiej" ukazał się obszerny artykuł Wincentego Mikuckiego[57] – wówczas lekarza wojska rosyjskiego w oddziale ocznym szpitala Ujazdowskiego – pt. *Siarczan ezeryny przy owrzodzeniach rogówki*[58], w której autor przedstawił szereg przypadków pacjentów leczonych przy użyciu wspomnianej substancji. W posumowaniu zaznaczył: „nakoniec dodać wypada, że i fizyologiczne jej [ezeryny]

dzony z extraktu z wszelką ścisłością odpowiada potrzebie" („Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1869, t. 61, s. 44).

[52] „Przegląd Lekarski" 1863, t. 2, nr 42, s. 334.

[53] „Przegląd Lekarski" 1863, t. 2, nr 44, s. 349. Informacje na podstawie artykułu: I. Hirschler, *Vorläufige Mittheilung über die Wirkung der Calabar-Bohne*, „Wiener Medizinische Wochenschrift" 1863, nr 42, s. 657–660.

[54] Na podstawie: *Savory and Moore's atropized and calabarized gelatin*, „The American Journal of Pharmacy" 1864, t. 36, s. 329–330.

[55] Zob. S.L. Kośmiński, dz. cyt., s. 477.

[56] W. Stan, *Przyczynek do wypadków jasnéj ślepoty (amaurosis), następującej nagle skutkiem wymiotów krwawych (hämatemesis)(Dokończenie)*, „Gazeta Lekarska" 1875, R. 9, nr 15, s. 225–230.

[57] Zob. S.L. Kośmiński, dz. cyt., s. 322.

[58] „Gazeta Lekarska" 1881, R. 16, nr 40, s. 812–818. Uzupełnienie opublikowano w: „Gazeta Lekarska" 1881, R. 16, nr 43, s. 891.

działanie w zupełności zawisło od czystości i doskonałości przetworu. Dobra ezeryna przedstawia się w postaci ciemnych, burych, cieniutkich blaszek, bardzo higroskopijnych. Rozpuszczona w wodzie początkowo zupełnie przezroczysta, bez koloru, wkrótce nabiera coraz więcej zabarwienia czerwonego aż do koloru wiśniowego; po wkraplaniu do worka łącznicowego żadnego nieprzyjemnego uczucia nie wywołuje i tylko długotrwałe jej stosowanie może spowodować nieżytowe zapalenie błony łącznej; zwracam uwagę na to, z przyczyny, że częstokroć zdarza się spotykać zażalenia chorych na podrażnienie, nieraz dość silne, wywołane natychmiastowo po wkraplaniu ezeryny, co w zupełności zawisło tylko od podejrzanej dobroci preparatu – i rzecz dziwna, trzeba przyznać, że dobrą ezerynę można dostać zaledwie w jednej lub dwóch aptekach w całej Warszawie”[59]. Wcześniej w „Wiadomościach Farmaceutycznych” wyjaśniano zmianę barwy powstaniem nowego związku pod wpływem tlenu. Związek ten o barwie ciemnoróżowej określano nazwą rubrezeryny i pomimo zmian uważano, że „rozczyn taki może być zdatnym do zastosowania lekarskiego, w każdym razie nie należałoby go przyrządzać na zapas”[60]. Współcześnie natomiast wiadomo, że „fizostygmina, zwłaszcza w roztworach zasadowych, ulega hydrolizie do eseroliny, która pod wpływem powietrza i światła może utleniać się do czerwono zabarwionej rubreseryny. Brak działania leku następuje w chwili hydrolizy do eseroliny”[61].

Jarnatowski podał wiele wskazań do użycia 1% kropli siarczanu ezeryny w okulistyce: po użyciu atropiny – w celu przywrócenia prawidłowego widzenia; w innych przypadkach rozszerzenia źrenicy, np. przy gośćcu; po długotrwałych chorobach zakaźnych; w przypadku światłowstrętu przy zapaleniu siatkówki; zaćma; zapalenie tęczówki; wrzody rogówki; jaskra oraz po operacjach zaćmy i jaskry[62].

Ekstrakt z bobu kalabarskiego był zalecany także w terapii tężca (*tetanus*), padaczki i przeciw drgawkom, a zewnętrznie jako „środek bardzo korzystny w różnych wyrzutach skórnych”[63]. Stanisław Bulikowski[64] – lekarz ze Lwowa – zwrócił uwagę na doświadczenia, w których analizowano wpływ wyciągów z nasion tej rośliny na źrenicę,

[59] „Gazeta Lekarska” 1881, R. 16, nr 40, s. 817–818.
[60] „Wiadomości Farmaceutyczne” 1878, R. 5, nr 7, s. 204.
[61] A. Zejc, J. Gorczyca (red.), dz. cyt., s. 273–274.
[62] T. Jarnatowski, *II. Kilka słów o bobie kalabarskim i ezerynie*, „Przegląd Lekarski” 1877, R. 16, nr 35, s. 411–412.
[63] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1869, t. 61, s. 45.
[64] Zob. S.L. Kośmiński, dz. cyt., s. 57.

oddychanie, pracę serca czy jelit. Opisał on także przypadki leczenia tężca za pomocą różnych postaci leku (wstrzyknięcia podskórne, proszki lub krople stosowane doustnie), zawierających wyciąg z nasion bobu kalabarskiego[65].

W „Tygodniku Lekarskim" w 1867 r., oprócz opisu nasion i sposobu izolowania z nich ezeryny, podano następujące dane: „ponieważ Eseryna działa przeciwnie jak Strychnina, gdyż ostania pobudza silnie czynność nerwów ruchowych, pierwsza zaś je osłabia; probowano więc użyć Eseryny jako przeciw-trucizny dla Strychniny, wyniki jednak tych prób przekonały, że oba te ciała w działaniu się wspierały i śmierć została przez to przyśpieszoną"[66]. Z kolei Jarnatowski odnotował skuteczne zastosowanie ezeryny (w postaci roztworu siarczanu ezeryny podawanego podskórnie) jako odtrutki przeciw strychninie i w leczeniu tężca. Natomiast z wątpliwym skutkiem była ona używana w pląsawicy i padaczce[67].

Informacje o możliwościach zastosowania preparatów z *Physostigma venenosum* zamieszono także na łamach „Gazety Lekarskiej" czy „Medycyny", m.in. o próbach zastosowania w leczeniu nerwobólu nerwu trójdzielnego leku z bobu kalabarskiego w postaci kwadratowych kawałków papieru kalabarowego wkładanego do worka spojówkowego oka po stronie chorej. Innym wskazaniem były stany gorączkowe[68]. Stosowano także wyciąg z *Physostigma venenosum* w przypadkach wzdęcia (*meteorismus*) przewlekłego, obstrukcji spowodowanej atonią jelit oraz w stanach rozszerzenia żołądka[69], a pigułki przygotowane z wyciągu do zatrzymania krwawego moczu[70].

4. Badania z zakresu fizjologii, kwestia antagonizmu pomiędzy fizostygmina a atropiną

Na przełomie lat 70. i 80. XIX w. interesujące doświadczenia mające na celu wyjaśnienie procesów związanych z funkcjonowaniem gruczołów potowych i ślinowych przeprowadzili polscy badacze.

[65] S. Bulikowski, *Jeszcze o kalabarze*, „Przegląd Lekarski" 1870, t. 9, nr 37, s. 293–295. Następne części pracy w: „Przegląd Lekarski" 1870, t. 9, nr 38, s. 300–302 i „Przegląd Lekarski" 1870, t. 9, nr 39, s. 309–311.

[66] E.W., *O bobie kalabarskim (Fabae Calabaricae)*, „Tygodnik Lekarski" 1867, R. 21, nr 7, s. 52.

[67] T. Jarnatowski, *II. Kilka słów...*, dz. cyt., s. 411–412.

[68] „Gazeta Lekarska" 1875, R. 9, nr 8, s. 128.

[69] *Doświadczenia nad wyciągiem bobu kalabaryjskiego*, „Medycyna" 1883, t. 11, nr 20, s. 337.

[70] „Medycyna" 1896, t. 24, nr 4, s. 95.

Feliks Franciszek Nawrocki (1837–1902) – lekarz i fizjolog, profesor Szkoły Głównej Warszawskiej i Carskiego Uniwersytetu Warszawskiego – zaobserwował, że gruczoły potowe wydzielają pot pod wpływem pobudzenia nerwowego. Do tego czasu sądzono, że wydzielanie potu jest tylko następstwem działania czynników fizycznych, np. podwyższonej temperatury. W wyniku badań na kotach ustalił, że fizostygmina (a także octan amonowy, nikotyna i pikrotoksyna) działają na ośrodek nerwów potowych w rdzeniu przedłużonym, a pilokarpina wywołuje pot tylko wówczas, gdy dostanie się do obwodowych zakończeń nerwów potowych[71].

Henryk Nussbaum (1849–1937) – lekarz, fizjolog, neurolog, uczeń F. Nawockiego – badał na kotach wpływ m.in. fizostygminy, muskaryny i pilokarpiny oraz atropiny na funkcjonowanie struny bębenkowej – głównego nerwu wydzielniczego ślinianki podżuchwowej. Wykazał, że fizostygmina, pilokarpina i muskaryna przywracają funkcje fizjologiczne struny bębenkowej, porażonej atropiną, stwierdzając antagonistyczne działanie tych substancji. Dla zniesienia działania 1 mg atropiny używał 20 mg fizostygminy[72]. Odwołał się on do pracy Rudolfa Petera Heinricha Heidenhaina (1834–1897) – niemieckiego fizjologa, który również badał wpływ niektórych substancji toksycznych na ślinianke podżuchwową i wykazał przeciwstawne działanie atropiny i fizostygminy[73]. Niektórzy badacze zaprzeczali jednak temu przeciwnemu działaniu wspomnianych substancji, np. Michael Joseph Rossbach (1842–1894) – profesor farmakologii Uniwersytetu w Würzburgu – na podstawie swoich badań na źrenicy, sercu, śliniance podżuchwowej i nerwie błędnym[74]. Używał on stosunkowo dużych ilości atropiny, a małych fizostygminy.

[71] F. Nawrocki, *Trucizny pot wywołujące*, „Przegląd Lekarski" 1879, R. 18, nr 39, s. 453–455. Dokończenie w: „Przegląd Lekarski" 1879, R. 18, nr 40, s. 466–469, a także publikacja: *Uber Schweisserregende Gifte*, „Centralblatt für die Medizinischen Wissenschaften" 1879, R. 17, nr 15, s. 257–261.

[72] H. Nussbaum, *Przyczynek do kwestyi o antagonizmie trucizn i fizyjologicznem działaniu niektórych trucizn na ślinianke podżuchwową*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" 1880, t. 76, s. 631–671, zob. także w: „Kronika Lekarska" 1880, R. 1, nr 16, s. 213–215 (jako doniesienie tymczasowe).

[73] R. Heidenhain, *Ueber die Wirkung einiger Gifte auf die Nerven der glandula submaxillaris*, „Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere" 1872, t. 5, s. 309–318.

[74] M.J. Rossbach, C. Fröhlich, *Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Atropin und Physostigmin auf Pupille und Herz*, „Verhandlungen Der Physikalisch-Medizinische Gesellschaft in Würzburg" 1874, t. 5, s. 1–79; M.J. Rossbach, *Weitere Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Atropin und Physostigmin mit einem Beitrag zur Physiologie des Vagus*, „Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere" 1875, t. 10, s. 383–464.

Warto wspomnieć, że już w 1863 r. antagonizm między fizostygminą a atropiną został wykorzystany do leczenia poważnego zatrucia roztworem siarczanu atropiny przy użyciu wyciągu z bobu kalabarskiego w jednym z praskich szpitali. Osobom, które zażyły wspomniany roztwór, dr Ludwig Kleinwächter (1839–1906) zaaplikował ekstrakt z bobu kalabarskiego, opierając się na tym, że zwęża on źrenicę rozszerzoną przez atropinę. Leczenie zakończyło się pomyślnie, a rok później ukazała się praca Kleinwächtera pt. *Beobachtung über die Wirkung des Calabar-Extracts gegen Atropin-Vergiftung*[75], opisująca wyniki obserwacji zastosowania wyciągu z bobu kalabarskiego jako antidotum dla atropiny.

Podsumowanie

W drugiej połowie XIX w. na łamach czasopism medycznych i farmaceutycznych ukazało się wiele prac odnoszących się do zagadnień związanych z badaniami bobu kalabarskiego. Znaczącym ośrodkiem tych badań był Edynburg. W polskich czasopismach zamieszczano głównie krótkie doniesienia na podstawie artykułów z czasopism zagranicznych, przy czym zazwyczaj były to informacje publikowane w niewielkich odstępach czasu od ukazania się prac oryginalnych. Na uwagę zasługują prace polskich uczonych z zastosowaniem fizostygminy do badań fizjologii gruczołów potowych i ślinowych.

Summary
Research on the Calabar bean (*Physostigma venenosum* Balf.) in 19th century medical and pharmaceutical journals

The Calabar bean (*Physostigma venenosum* Balf.) is both a poisonous and medicinal plant. Its toxic properties were investigated by William Freeman Daniell (1817–1865), a British surgeon and botanist. He reported that a water extract, milky in colour obtained from the seeds of a certain plant was used in the "judgements of god" as the poison of test in Old Calabar. This drew the attention of Robert Christison (1797–1882), a Scottish physician, toxicologist and professor of materia medica in Edinburgh, who conducted experiments using the Calabar bean extract on animals as well as on himself. There were also publications on the Calabar bean in Polish journals authored, among others, by Maryan Barcz, the *prowizor* of pharmacy (professional degree obtained by pharmacy staff after graduation from university and professional practice).

[75] „Berliner Klinische Wochenschrift" 1864, R. 1, nr 38, s. 369–371.

Z ARCHIWÓW, BIBLIOTEK, MUZEÓW

KATARZYNA GOLAŃSKA-
-KOZUBEK

Gastrologia w podręcznikach Walerego Jaworskiego i Paula Cohnheima w latach 1882–1909 – analiza porównawcza

Słowa kluczowe: gastrologia, rozwój metod diagnostycznych, polskie podręczniki medyczne z XIX w., Walery Jaworski

Gastrologia – nauka o chorobach układu pokarmowego – wywodzi się z języka greckiego, a przedrostek *gastro* oznacza w języku polskim żołądek, brzuch[1]. Gastrologia, podobnie jak i inne specjalizacje kliniczne, została wyodrębniona w XIX w. jako nowy dział medycyny ogólnej, a zwłaszcza medycyny wewnętrznej. Sprzyjał temu szereg czynników, takich jak: odkrycia i wynalazki, rozwój patologii chorób przewodu pokarmowego, udoskonalenie metod diagnostycznych i nowych sposobów badań.

Zagadnieniem poznania budowy i roli układu interesowano się od najdawniejszych czasów. Już w starożytności zajmowano się problemem istoty mechanizmu trawienia pokarmów w żołądku. Hipokrates (460–377 r. p.n.e.), Arystoteles (384–324 r. p.n.e.) oraz Galen (129–201 r. p.n.e.) uważali, że proces trawienia polega na mechanicznym rozdrabnianiu pokarmu na cząstki. W starożytnym Egipcie stosowano przyrząd przypominający pierwotny zgłębnik żołądkowy służący do pobierania treści żołądkowej zawierającej truciznę[2].

[1] J.B. Kirsner, *The development of American gastroenterology*, New York 1990, s. 135.

[2] H. Pacanowski, *Czy i ile najnowsze zdobycze w dziedzinie diagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób*, „Medycyna. Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktyków" 1891, t. 19, nr 16, s. 241–246.

Dynamiczny rozwój gastrologii nastąpił w drugiej połowie XIX w. W tym okresie fizjologia i patologia trawienia wzbogaciły się o nowe odkrycia Wiliama Beaumonta (1803–1875 r.) Lekarz ten zapoczątkował badanie trawienia i ruchów żołądkowych u człowieka z przetoką żołądkową[3].

W dziedzinie patologii i fizjologii trawienia największe osiągnięcia dotyczyły badań Iwana Pawłowa z 1890 r. Stworzył on pierwsze ścisłe metody badań czynnościowych poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego, które stały się podstawą do dalszych prac badawczych, klinicznych i teoretycznych na tym polu[4].

Ważnym odkryciem w rozwoju patologii chorób żołądka było wprowadzenie, w celach leczniczych, przez Adolfa Kusmaulla rury gumowej do leczenia rozszerzeń tego narządu, co zapoczątkowało cykl badań czynności żołądka za pomocą zgłębnikowania. Lekarz ten rozpoczął badanie trawienia i ruchów żołądkowych u człowieka z przetoką żołądkową za pomocą zgłębnika własnej konstrukcji w 1869 r. Wprowadził on pacjentowi rurę o długości 47 cm i przekroju 13 mm. Dalsze prace, m.in. Wilhelma Leubego, doprowadziły do wykorzystania tej metody w 1871 r. w celach diagnostycznych. Cewnik żołądkowy stosowany przez Kusmaulla i Leubego składał się z kauczukowej cewki o długości 75 cm i grubości 1 cm. Na jego końcu znajdowała się gałka z twardego kauczuku lub kości słoniowej oraz otwór zwany okienkiem. Sposób jego wprowadzania wymagał od chorego pozycji siedzącej z głową odchyloną ku tyłowi. Po szybkim wprowadzeniu do przełyku wlewano ciepłą wodę aż do momentu całkowitego napełnienia żołądka. Ostatecznie całą wlaną zawartość zbierano w naczyniu zbiorczym, umieszczonym u stóp chorego. Tego rodzaju zabieg powtarzano dwu- bądź trzykrotnie, wlewając jednorazowo około litra wody. Metoda ta, zdaniem Kusmaulla, była najlepszym środkiem leczniczym w przypadku rozszerzeń żołądka[5].

Pierwszy prototyp gastroskopu opracował Jan Mikulicz Radecki w 1881 r. z pomocą swojego asystenta Leitera. Przyrząd ten składał się z rury o średnicy 12–13 cm i długości 65 cm. Rura w 1/3 swej długości była zakrzywiona pod kątem 150 stopni. Przy jej końcu umieszczono kryształowe okienko pokryte platynową spiralą. Ta z kolei połączona była z leżącym w rurze przewodem elektrycznym. Rozwiązanie to

[3] J.B. Kirsner, dz. cyt., s. 66–79.

[4] T.S. Chen, P.S. Chen, *The history of gastroenterology: essays on its development and accomplishments,* New York–London 1995, s. 14.

[5] A. Sokołowski, *Uparty nieżyt przewlekły żołądka. Leczenie mechaniczne za pomocą cewnika żołądkowego – znakomita poprawa*, „Medycyna" 1879, t. 7, nr 37, s. 578–580.

umożliwiało oświetlanie badanego organu. W rurze zamontowano także dodatkowy przewód służący do wpompowania powietrza. Tak skonstruowanym gastroskopem można było obejrzeć pole o średnicy kilku cm², a urządzenie przekazywało obraz ostry i wyraźny w rozmiarach rzeczywistych. Przygotowanie pacjenta do badania wymagało ułożenia go na lewym lub prawym boku z odchyloną do tyłu głową. Pacjent znajdował się przez cały czas trwania badania pod stałą kontrolą personelu pomocniczego. Oglądanie prawej części żołądka wymagało ułożenia badanego na lewym boku. Woda pozostająca w żołądku zbierała się wówczas na jego lewej, nieobserwowanej części. Ważne też było, aby pacjent był spokojny i swobodnie oddychał. Badanie gastroskopem nie było łatwym zabiegiem. Wymagało od lekarza ogromnej wprawy i zręczności oraz doświadczenia. Sam Jan Mikulicz-Radecki podkreślał, że potrzebne jest dużo ćwiczeń, by dość ciężkim urządzeniem (wykonanym ze srebra) móc się z łatwością obchodzić[6].

Wraz z rozwojem nowej techniki badawczej rosła potrzeba udoskonalania przyrządów do zgłębnikowania. Zastosowanie przez Adolfa Kusmaulla w 1869 r. zgłębnika twardego, następnie przez Wilhelma Leubego zgłębnika miękkiego w 1871 r. oraz Jana Mikulicza-Radeckiego gastroskopu doprowadziło do badania czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka, a tym samym do poznania patofizjologii narządu. Metody te w krótkim czasie przyczyniły się do poznania motoryki żołądka: jego funkcji mechanicznej oraz chemicznej i wydzielniczej[7].

Na ziemiach polskich gastrologia, jako odrębna dziedzina medycyny wewnętrznej, formalnie pojawiła się w momencie utworzenia Sekcji Gastrologów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1909 r. Przewodniczącym sekcji był Mikołaj Rejchman, a w skład pierwszego prezydium wchodzili ponadto: Józef Zawadzki, Wilhelm Róbin, Ignacy Grundzach, Karol Sierpiński. Głównym zadaniem organizacji było popularyzowanie wiedzy i wymiana wzajemnych doświadczeń na polu chorób układu pokarmowego. W okresie trzech pierwszych lat przeprowadzono 24 posiedzenia, wygłoszono 20 odczytów oraz zorganizowano 56 pokazów. Można też przyjąć, że data ta była niejako pierwszym oficjalnym użyciem słowa „gastrologia" w języku polskim. Od 1926 r. sekcja rozpoczęła samodzielną działalność pod nazwą Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. Była to pierwsza tego rodzaju organizacja w Europie. W tym samym roku ukazał się pierwszy nu-

[6] J. Mikulicz-Radecki, *Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie*, „Wiener Medizinische Presse" 1881, R. XXII, nr 46, s. 1440–1538.

[7] H. Pacanowski, dz. cyt., s. 241–245.

mer czasopisma „Gastrologia Polska" pod redakcją Bronisława Wejnerta[8].

Pomimo utworzenia w podanym roku oficjalnej organizacji, rozwój gastrologii na ziemiach polskich nastąpił znacznie wcześniej. Poprzedziły je prace Walerego Jaworskiego („Medycyna" 1888–1908), Henryka Pacanowskiego („Kronika Lekarska" 1883–1887, „Gazeta lekarska" 1884–1886) czy Mikołaja Rejchmana („Gazeta lekarska" 1882–1898), dalsze publikacje pojawiały się regularnie w czasopiśmiennictwie medycznym w końcu XIX w. Dodać warto, że zagadnienia dotyczące chorób układu pokarmowego często omawiano w czasopiśmiennictwie medycznym XIX w. wszystkich ziem polskich pozostających pod zaborami. Największą liczbę artykułów znaleźć można w „Medycynie", „Gazecie lekarskiej" z Królestwa Polskiego, „Przeglądzie lekarskim" wydawanym na obszarze Galicji, warszawskiej „Kronice lekarskiej" czy poznańskich „Nowinach lekarskich"[9].

Pierwsze dokładne omówienie zagadnień chorób układu pokarmowego na ziemiach polskich ukazało się w formie publikacji w czasopiśmie „Medycyna" w 1888 r. autorstwa Walerego Jaworskiego pt. *Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej diagnostyki i terapii chorób żołądka*.

Ostatecznie w 1889 r. zbiór wszystkich artykułów Jaworskiego opublikowano w formie podręcznika pt. *Zarys patologii i terapii chorób żołądka*. Podręcznik autorstwa Walerego Jaworskiego cechowała, poparta licznymi przykładami i oparta na ugruntowanym doświadczeniu, oryginalność, przejawiająca się pionierskim opracowaniem zagadnień dotyczących zarówno diagnostyki, jak i systematyki chorób żołądka. Praca nie zawierała cytowań innych badaczy, a poparta była jedynie doświadczeniem własnym autora[10].

Podręcznik składał się z pięciu rozdziałów. Pierwszy z nich poświęcony był fizjologicznej funkcji żołądka i zawierał treści dotyczące rozpoznawania stanu żołądka „czczego" oraz prawidłowej czynności tego narządu. Rozpoznanie czynności żołądka poparte było obserwacją okolicy narządu (bolesnością dotykową, pluskaniem), oznaczeniem dolnej jego granicy oraz zbadaniem treści żołądkowej. W celu rozpoznawania prawidłowej czynności narządu należało żołądek „pobudzić" za pomocą odpowiednich pokarmów. Umożliwiało to określenie maksymalnego czasu trawienia, ocenę jakości składników miazgi po-

[8] B. Wejnert, *Dwudziestolecie Polskiego Tow. Gastrologicznego*, „Gastrologia polska" 1931, t. 3, nr 1, s. 3.

[9] M. Skulimowski, *Walery Jaworski (1849–1924)*, [w:] *Sześćsetlecie medycyny krakowskiej*, t. 1, Kraków 1963, s. 212.

[10] W. Bruner, *Podręcznik chorób żołądka*, „Medycyna. Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktyków" 1893, t. 21, nr 27, s. 748–751.

karmowej oraz określenie czasu wydalania pokarmów z żołądka i stan organu po procesie trawienia. Do metod diagnostycznych opisanych w tym rozdziale zaliczano:

- metody z białkiem jaja kurzego autorstwa Walerego Jaworskiego i Antoniego Gluzińskiego (najwyższą kwasotę określano już po trzech kwadransach po spożyciu pokarmu),
- obiad próbny Wilhelma Leubego[11] i Franza Riegela[12], na który składać się miał talerz rosołu, befsztyk, bułka i szklanka wody lub piwa (najwyższą kwasotę określano w pierwszej godzinie trawienia),
- śniadanie próbne Carla Ewalda z wykorzystaniem 35 gramów bułki i szklanki herbaty (najwyższą kwasotę osiągano w godzinę po spożyciu)[13].

W drugim wydaniu podręcznika, opublikowanym cztery lata później (1893 r.) pt. *Podręcznik chorób żołądka*[14], autor opisał dodatkowe metody służące do określenia prawidłowej czynności narządu. Oprócz dotąd wymienionych uwzględnił również:

- próbę lodową autorstwa Antoniego Gluzińskiego i Walerego Jaworskiego oraz Wilhelma Leubego, z użyciem wody oziębionej lodem do 0°C (metoda ta umożliwiała określenie kwasoty już w 10 minut po podaniu bodźca),

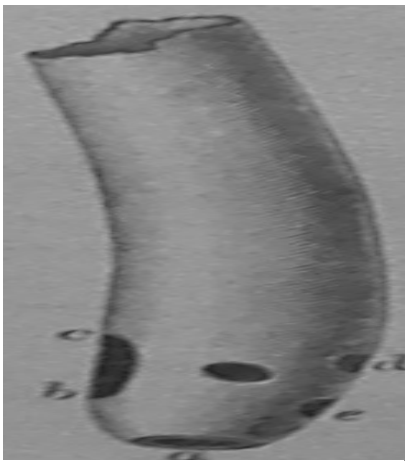
[11] Wilhelm Oliver Leube – urodzony w 1842 roku w Ulm (Niemcy). Studiował medycynę w Tybindze i Zurychu a następnie w Berlinie. Był profesorem na uniwersytecie w Wurzburgu. Zmarł w 1922 roku. Skonstruował zgłębnik żołądkowy oraz pompę żołądkową. Opracował również test próbny do diagnozowana wrzodu żołądka i dwunastnicy, http://www.artandmedicine.com/biblio/authors/Leube.html [dostęp: 5.05.2016].

[12] Franz Riegel (1843–1904) – niemiecki internista pochodzący z Bruckenan. Studiował medycynę na Uniwersytecie w Wurzburgu, na którym też później był wykładowcą patologii doświadczalnej. W 1879 r. został powołany na Katedrę Medycyny na Uniwersytecie w Giessen, gdzie pozostał aż do śmierci. W 1896 r. ukazała się jego praca o leczeniu chorób żołądka *Die Erkrankungen des Megens*, M. Buchner, *Aus der Vergangenheit der Universitat Wurzburg*, Berlin 1932, s. 688.

[13] W. Jaworski, *Zarys patologii i terapii chorób żołądka*, Warszawa 1889, s. 1–2.

[14] *Podręcznik chorób żołądka* z 1893 r. autorstwa prof. W. Jaworskiego, wydany Nakładem Wydawnictwa Dzieł Lekarski Polskich w Krakowie. W swej strukturze przypominał wcześniejsze dzieło Jaworskiego pt. *Zarys patologii i terapii chorób żołądka*. Składał się z trzech rozdziałów: pierwszego – dotyczącego diagnostyki chorób żołądka, drugiego – dotyczącego schorzeń żołądkowych oraz trzeciego – obejmującego żywienie chorych. Część diagnostyczna obejmowała badanie wewnętrzne żołądka. Zawierała treści dotyczące metod otrzymywania soku żołądkowego, opisy sond oraz aspiratorów, badanie czynnościowe żołądka (śniadania i obiady próbne), badanie chemiczne i mikroskopowe pozyskanej treści. Część drugą podzielono na choroby żołądka na tle anatomicznym (do których zaliczono schorzenia przebiegające ze wzmożonym wydzielaniem soku żołądkowego, z obniżeniem siły wydzielniczej, z upośledzeniem sprawności mechanicznej oraz zboczenia topograficzne żołądka) oraz nerwice żołądka (czuciowe, ruchowe, wydzielnicze, rozsiane, objawowe). Część trzecia zawierała wskazanie dietetyczne stosowane w leczeniu chorób żołądka.

Rysunek 1. Lewar żołądkowy Rosenthala
Źródło: W. Jaworski, *Podręcznik chorób żołądka*, Kraków 1893, s. 181.



Rysunek 2. Dolny koniec sondy żołądkowej
Źródło: tamże, s. 177.

- sposób podany przez Mikołaja Rejchmana z użyciem pokarmu mieszanego, wody rzecznej ciepłej, sproszkowanego mięsa, soli kuchennej oraz bułki,
- próbę salolową z użyciem oliwy według Klemperera[15].

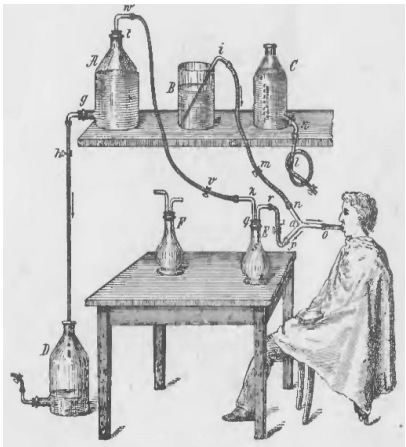
W celu zbadania zdolności chłonnej błony śluzowej podawano jodek potasowy w kapsułkach żelatynowych pomysłu Fabera i Penzoldta[16]. Do sposobów pozyskiwania treści żołądkowej zaliczał Walery Jaworski użycie cew żołądkowych zwanych sondami, a stosowanych od 1822 r. przez angielskiego lekarza, oraz kolejne jej modyfikacje określane mianem sondy twardej.

Innym sposobem było użycie gastroskopu Mikulicza (tzw. sondy wziernikowej) w postaci metalowej rury grubości wielkiego palca. Przyrząd ten umożliwiał uwidocznienie pewnych partii żołądka przez elektryczne oświetlenie z wykorzystaniem systemu zwierciadeł. Profesor wyróżnił ponadto metody z użyciem sondy miękkiej oraz tzw. lewarowej, z zastosowaniem sondy połączonej z lejem Hegara. Kolejnym sposobem była modyfikacja

[15] Georg Klemperer (1865–1946) – niemiecki lekarz, studiował na Uniwersytecie w Breslau, Halle oraz Berlinie. Następnie pracował na Uniwersytecie w Berlinie, gdzie uzyskał tytuł profesora. W 1931 r. ukazał się podręcznik jego autorstwa pt. *Grundriss der Imneren Medizin*, O. Stolberg Wernigerode, *Neue deutsche Biographie*, Berlin 1980, s. 34.

[16] Franz Penzoldt (1849–1927) – niemiecki internista i farmakolog urodzony w Turyngii. Studiował medycynę w Tybindze i Jenie, gdzie był uczniem W.O. Leubego. W 1875 r. uzyskał habilitację w Erlangen, gdzie później został profesorem medycyny wewnętrznej i farmakologii. Był autorem m.in. Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung fur Studierende und Arzte, http://www.deutsche-biographie.de/sfz74486.html#ndbcontent [dostęp: 5.05.2016].

ostatniej metody według L. Rosenthala z wykorzystaniem dodatkowego ramienia szklanej rury [17].



Rysunek 3. Aspirator żołądkowy
Źródło: tamże, s. 182.

Kolejnym sposobem diagnostycznym był opis użycia aspiratora żołądkowego. Służył on nie tylko do pobrania treści żołądkowej, lecz także do przepłukania narządu w celach leczniczych. Składał się z flaszki aspiracyjnej *A* wypełnionej wodą, zbiornika do gromadzenia treści żołądkowej *S* oraz rurki *h*, przez którą przepływał pobierany materiał. W celu przepłukiwania narządu wpuszczano do niego płyn z naczynia *B*, a następnie opróżniano żołądek, powtarzając tę czynność do całkowitego oczyszczenia go z treści. Dokładne modyfikacje tej metody podał Walery Jaworski w wydanym kilka lat później wspomnianym już *Podręczniku chorób żołądka*. Taką modyfikacją był aspirator żołądkowy J. Czyrniańskiego, produkowany w Wiedniu przez mechanika H. Reinera. Flaszkę *A* ze względu na swe duże rozmiary zastąpiono małym balonem ssąco-tłoczącym. Umożliwiło to stworzenia poręcznego i przenośnego aparatu. Inna modyfikacja aspiratora umożliwiała nie tylko pobieranie treści żołądkowej, lecz także wprowadzanie do narządu roztworów leczniczych[18].

Drugi rozdział podręcznika *Zarys patologii i terapii chorób żołądka* poświęcił profesor Jaworski chorobom żołądka na tle zmian anatomicznych. Dzielono je wówczas na choroby ostre i przewlekłe. Do pierwszej grupy zaliczano: ostry nieżyt żołądkowy, *gastritis toxica*, ropne zapalenie żołądka. Do drugiej grupy, chorób przewlekłych, zaliczone zostały zespoły nieżytowe przebiegające ze wzmożonym wydzielaniem „soku żołądkowego". Opisano tu szereg schorzeń z nadmierną kwaśnością podczas trawienia, tzw. sokotok żołądkowy, nieżyt kwaśny żołądka czy wrzód okrągły żołądka. Ten ostatni przypadek opisano dokładniej z uwzględnieniem diagnostyki stosowanej w badaniu tego schorzenia wraz ze szczegółowym opisem leczenia. Kolejnego podziału schorzeń dokonano na podstawie chorób przebiegających z obniżeniem siły wy-

[17] W. Jaworski, *Podręcznik chorób żołądka*, Kraków 1893, s. 3–5.
[18] W. Jaworski, *Zarys…*, dz. cyt., s. 51–54.

dzielniczej. Zakwalifikowano do tej grupy: niedomogi wydzielnicze, nieżyty: śluzowe, zanikowe żołądka, objawy wzmożonego wydzielania „soku żołądkowego", zmiany rakowate, wrzody, rozstrzenia żołądkowe. W dalszej części zamieszczono opis zabiegów chirurgicznych stosowanych w ówczesnym lecznictwie. Należały do nich m.in. gastrotomia, resekcja odźwiernika czy gastroenterostomia. Na końcu rozdziału autor pisał o diagnostyce chorób układu pokarmowego ze szczegółowym opisem metod badawczych oraz o sposobach ich wykonywania.

W skład badania wewnętrznego żołądka wchodziło badanie zaaspirowanej treści żołądkowej. Badania te dzielono na chemiczne oraz mikroskopowe, określane wtedy jako drobnowidowe. Przedstawiono też sposób badania chemicznego i mikroskopowego pozyskanej treści żołądkowej. Badanie chemiczne treści żołądkowej obejmowało określenie: ilości płynu zaaspirowanego z żołądka, jego wyglądu oraz własności fizykalnych (tj. poziom kwasu solnego, kwasu mlekowego oraz kwasów tłuszczowych, występowanie: śluzu, stopnia kwasoty oraz białka, cukru, żółci) wraz z wykonaniem próby sztucznego trawienia – po podaniu kwasu solnego[19].

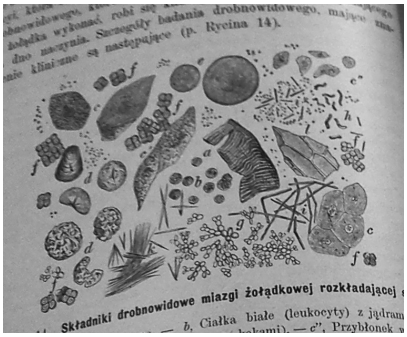
Tabela 1. Badanie mikroskopowe żołądka według Walerego Jaworskiego

Składniki występujące fizjologicznie w żołądku czczym	**Składniki patologiczne w żołądku czczym**
Pojedyncze włókna mięsne Pojedyncze ziarna skrobi Krople tłuszczu	Liczne włókna mięsne Liczne ziarna skrobi Liczne krople tłuszczu
Pojedyncze kwasy tłuszczowe w postaci igiełek bądź kropli	Kwasy tłuszczowe
Bakterie i grzyby – pojedyncze, nieliczne	Liczne koki, pojedyncze pałeczki i laseczki
	Liczne grzyby z grupy albicans, buccalis
	Liczne komórki drożdży
Nabłonek płaski pojedynczy Nabłonek wałeczkowy	Nabłonek płaski z licznymi ciałami śluzowymi
	Nabłonek wałeczkowaty
	Oderwane strzępy błony śluzowej
Leukocyty	Czerwone ciałka krwi zmienione morfologicznie i inne elementy morfotyczne krwi
Smugi śluzu	Ślimaczyce

Źródło: tamże, s. 184–188.

[19] W. Jaworski, *Podręcznik…*, dz. cyt., s. 310.

Badanie mikroskopowe oparte było na metodzie analizy i porównania obecności elementów prawidłowych oraz patologicznych w aspiracie (tabela 1). Mnogość struktur patologicznych wskazywała na stan chorobowy narządu.



Rysunek 4. Składniki drobnowidowe miazgi żołądkowej

Źródło: tamże, s. 186.

Dokładny opis badania mikroskopowego żołądka podał Walery Jaworski w *Podręczniku chorób żołądka*. Zamieścił tam rycinę składników miazgi żołądkowej, wyróżniając następujące elementy: *a* włókna mięsne prążkowane, *b* leukocyty jądrzaste, *c* nabłonek płaski, *d* nabłonek wałeczkowy, *e* ziarna skrobi, kuleczki tłuszczu, *f* laseczki oraz koki (bakterie), *g* komórki drożdży, *i* „igiełki i miotełki" tłuszczu, *l* komórki roślinne.

Tabela 2. Badanie chemiczne żołądka według Walerego Jaworskiego

Rodzaj badania	Metoda oznaczania
Odczyn (jakościowe badanie na kwas solny)	Za pomocą papierków odczynnikowych bądź barwników
Stopień kwaśności (ilościowe oznaczenie poziomu kwasu solnego)	Oznaczany metodą miareczkowania ługiem sodowym, w środowisku wskaźników, tj. fenoloftaleiny, lakmusu, kwasu rozolowego
Oznaczenie jakościowe kwasów tłuszczowych	Za pomocą ogrzewania w kolbie powstawała charakterystyczna woń
Oznaczenie kwasu mlekowego	Za pomocą odczynnika Uffelmanna w skład którego wchodził kwas karbolowy
Oznaczenie kwasu octowego	Przy użyciu eteru oraz chlorku wapnia
Badanie na obecność pepsyny	Z użyciem białka jaja kurzego
Badanie na obecność fermentu podpuszczkowego	Przy użyciu mleka krowiego, zobojętniając przesącz węglanem sodu
Badanie na obecność trypsyny	Zobojętniając przesącz węglanem sodowym, dodając włóknik i utrzymując w temperaturze 38°C
Badanie na obecność skrobi	Wykorzystując roztwór jodu jako wskaźnik
Badanie na cukier	Ogrzewając przesącz z ługiem potasowym i dodając roztworu siarczanu miedzi
Badanie na ilość ciał białkowych	Z użyciem soli kuchennej, siarczanu amonu i kwasu octowego, a powstały przesącz badany przy użyciu teniny lub sublimatu

Źródło: tamże, s. 188–205

Dużą uwagę poświęcił autor badaniu chemicznemu treści żołądkowej, podając przy tym szczegółowe opisy różnych środków chemicznych stosowanych do wykonania badań. Badanie to wprowadził do kliniki w 1882 r. Służyło ono do oceny zmian w wydzielaniu gruczołów trawiennych oraz poznania prawidłowej funkcji trawiennej żołądka[20]. W skład badania wchodziły następujące parametry: całkowita ilość płynu aspirowanego w żołądku, jego wygląd oraz własności fizykalne, poziom kwasu solnego oraz kwasu mlekowego i kwasów tłuszczowych, śluz, stopień kwasoty, białko rozpuszczalne, dekstran, skrobia, żółć, próba sztucznego trawienia po podaniu kwasu solnego[21].

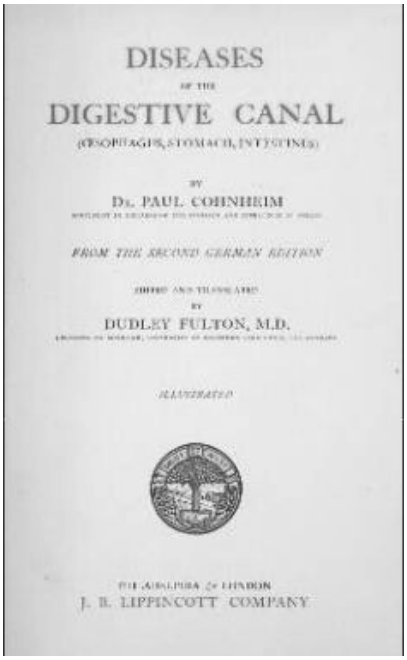
Warto zaznaczyć, że końcowe rozdziały pracy *Zarys…* poparte były licznymi ilustracjami oraz rycinami, co dodatkowo wzbogaciło wartość merytoryczną podręcznika. Kolejny, czwarty dział poświęcono nerwicom żołądka, opisując ich podział, etiologię, diagnostykę, przebieg oraz leczenie. Publikację zaopatrzono również w dodatek zatytułowany *Wskazania do badania i rozpoznawania chorób żołądka*. Zawierał on tabelę obrazującą przykładowy rozbiór treści żołądkowej. Druga część tzw. dodatku dotyczyła leków i innych specyfików stosowanych w chorobach układu pokarmowego. Zakończenie całej pracy stanowił spis bibliograficzny ważniejszych, zdaniem autora, prac z zakresu diagnostyki i terapii chorób żołądka opublikowanych w Europie (łącznie wymieniono 22 publikacje). W tzw. słowie końcowym prof. Jaworski zwrócił uwagę na wkład polskich badaczy w kształtowanie się nowej dziedziny medycznej, jaką stała się nauka o chorobach żołądka i jelit. Szczególne podziękowania za wkład w rozwój tej dziedziny złożył doktorom Korczyńskiemu oraz Gluzińskiemu i Rydygierowi. *Zarys…* zawierał spis imion i nazwisk uporządkowanych alfabetycznie, a także sprostowanie zauważonych pomyłek.

Lata 1882–1909 to czas rozwoju gastrologii w całej Europie. Prasa medyczna zagraniczna również wzbogaciła się o pionierskie publikacje w tej dziedzinie medycyny. Świadczą o tym liczne podręczniki medyczne dotyczące chorób układu pokarmowego z tamtego okresu. Są to takie dzieła przykładowo, jak: *Disease of Digestion* (Ewald), *Diagnosis and Therapy of the Diseases of Digestion* (Boas), *Pathology and Therapy of the Diseases of the Stomach and Intestines* (Rosenheim), *The Stomach and its Relation to Other Organs of the Body* (Herz). W brytyjskiej bibliotece Wellcome znaleźć można m.in. pod-

[20] W. Jaworski, *Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej diagnostyki i terapii chorób żołądka*, „Medycyna. Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktyków" 1888, t. 16, s. 709.

[21] W. Jaworski, *Podręcznik…*, dz. cyt., s. 310.

ręcznik chorób układu pokarmowego autorstwa dr. Paula Cohnheima, specjalisty w dziedzinie gastrologii z Niemiec, pt. *Diseases of digestive canal (oesophagus, stomach, intestines)*, przetłumaczona przez dr. Dudleya Fultona, a wydana nakładem Wydawnictwa Londyńsko-Filadelfijskiego J.B. Lippincott z 1909 r. Dzieło dedykowano doktorowi J. Boasowi[22].


DISEASES
OF THE
DIGESTIVE CANAL
(OESOPHAGUS, STOMACH, INTESTINES)
BY
DR. PAUL COHNHEIM
FROM THE SECOND GERMAN EDITION
EDITED AND TRANSLATED
BY
DUDLEY FULTON, M.D.
ILLUSTRATED
PHILADELPHIA & LONDON
J. B. LIPPINCOTT COMPANY

Fotografia 1. Strona tytułowa podręcznika dr. P. Cohnheima

Źródło: P. Cohnheim, *Disease of digestive canal*, Philadelphia–London 1909.

W swej strukturze publikacja przypominała podręczniki Jaworskiego (z 1889 r.). Podzielono ją na dwa działy . Pierwszy rozdział dotyczył schorzeń układu pokarmowego oraz diagnostyki. Obejmował badania palpacyjne oraz opukiwanie i osłuchiwanie. Ponadto zwracano uwagę na dokładnie przeprowadzony wywiad, badania chemiczne „soku żołądkowego" oraz mikroskopowe treści żołądkowej. Podręcznik zawierał również informacje o sprzęcie i aparaturze laboratoryjnej stosowanej w diagnostyce „chorób pokarmowych". W skład podstawowego wyposażenia wchodzić miała m.in. sonda żołądkowa gumowa, lejki szklane, sonda odbytnicza, aparatura galwaniczna, biurety, pipety (sprzęt do miareczkowania), odczynniki chemiczne oraz mikroskop. Do wykonania badania treści żołądka służył, i to dość powszechnie, test Boasa i Ewalda z użyciem tzw. śniadania próbnego (podobnie jak u Jaworskiego). Otrzymaną zawartość żołądka należało przebadać, określając kwasowość całkowitą, wolny i związany kwas solny, oraz na obecność enzymów trawiennych, czyli reniny oraz pepsyny. Badanie to opisano jakościowo (oceniano na podstawie zmiany zabarwienia wskaźnika, jakim był najczęściej od-

[22] Ismar Isidor Boas (1858–1938) – niemiecki lekarz. Studiował medycynę w Berlinie, Halle i Lipsku. Pracował w szpitalu w Berlinie jako asystent C.A. Ewalda. W 1895 r. założył pierwsze czasopismo poświęcone gastroenterologii, a w 1920 r. organizował Niemieckie Towarzystwo Gastroenterologiczne. W 1905 r. ukazał się podręcznik jego autorstwa, w tłumaczeniu polskim dr. L. Wolberga. Nosił on tytuł *Dieta i wskazówki dla chorych na kiszki*, S. Frank, *Ismar Boas*, „Gastrologia polska" 1938, t. 7, nr 2, s. 1–4.

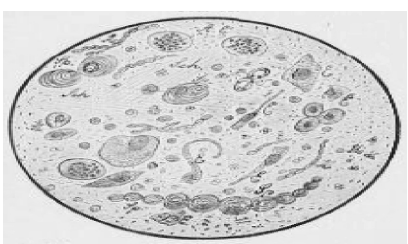
czynnik chemiczny) oraz ilościowo, wykorzystując metodę miareczkową – z użyciem wyspecjalizowanego sprzętu laboratoryjnego (biuret, pipet, szkło laboratoryjne), stosując wodorotlenek sodowy.

Metody pozyskiwania treści żołądkowej po zastosowaniu bodźca pokarmowego zostały jedynie skrótowo wymienione przez autora. Zaliczano do nich:

- obiad próbny autorstwa Riegela (z wykorzystaniem obiadu ze stekiem wołowym),
- kolacja próbna zaproponowana przez Boasa,
- test resztkowy Mathieu Remonda[23].

Podobnie jak Walery Jaworski, Paul Cohnheim zwrócił szczególną uwagę na istotę badania mikroskopowego pozyskanej treści żołądkowej. W badaniu tym opisał następujące elementy: komórki morfotyczne, śluz, drożdżaki, nabłonki, włókna mięsne, roślinne, krople tłuszczowe, laseczki Oppler-Boassa (jako laseczki kwasu mlekowego), które obserwowano w procesie fermentacji. Zwrócił również uwagę na odkryte i opisane przez Jaworskiego „ślimaczyce" (smugi śluzu zmienione pod wpływem kwasu solnego). Nie było to jedyne odkrycie Jaworskiego, które nie zostało pod jego nazwiskiem przyswojone światowej medycynie. Podobnie było z metodą badania czynności wydzielniczej żołądka nad oznaczaniem tzw. reszty żołądkowej, zalegającej po aspiracji treści. Jaworski opisał ją już w 1882 r. Przez autorów obcych została opisana dopiero 14 lat później i nazywana jest dziś metodą Mathieu Remonda[24].

Autor podręcznika podał tu opis aspiratora żołądkowego z zaznaczeniem, że w opinii współczesnych był on uważany jako wysoce wyspecjalizowany przyrząd. Autor nie podał jednak dokładnego jego opisu, zaznaczył jedynie, że powinien mieć długość 70–90 cm, być zbudowany z gumy, ślepo zakończony, z dwoma bocznymi otworami. Dokładnie opisał wykorzystanie urządzenia w diagnostyce chorób o podłożu nerwowym. W celach terapeutycznych zalecał jego stosowanie dla usunięcia przeszkód



Rysunek 5. Badanie mikroskopowe treści żołądkowej

Źródło: tamże, s. 37.

[23] P. Cohnheim, *Disease of digestive canal*, Philadelphia–London 1909, s. 21–35.

[24] P. Kieraciński, *Prof. Walery Jaworski, gastrolog*, „Forum Akademickie" 1993, nr 3/99, s. 25.

mechanicznych (tj. niestrawionego pokarmu) z odźwiernika. Do przeciwskazań, i to bezwzględnych, zaliczył choroby wrzodowe, a zwłaszcza te spowodowane nadmiernym wydzielaniem kwasu solnego, występowaniem tętniaka aorty, zaawansowaną gruźlicą, problemami sercowymi oraz wiekiem pacjenta[25].

Fotografia 2. Sposób wprowadzenia sondy żołądkowej

Źródło: tamże, s. 45.

Kolejny rozdział poświęcił chorobom układu pokarmowego, dzieląc je na choroby przełyku, żołądka oraz jelit. W schorzeniach przełyku rozróżnił następujące jednostki chorobowe: rak przełyku, wrzód przełyku, łagodne zwężenie przełyku, rozszerzenie przełyku, ciało obce zalegające w przełyku oraz różnorakie nerwice. W chorobach żołądka opisał ostry i przewlekły „katar żołądkowy", nieżyt żołądka, wrzód i rak żołądka. Kolejna cześć drugiego rozdziału dotyczyła schorzeń żołądka. Usystematyzowano je, dzieląc na trzy grupy o różnej etiologii. Pierwszą stanowiły schorzenia organiczne (do których należeć miały: ostry i przewlekły „katar żołądkowy", ostry *gastritis*, wrzód żołądka, rak żołądka, przepuklina, *gastrectaris*, *perigastritis*, *hypersecrection*, *hyperchlorydie*), drugą: schorzenia funkcjonalne (atonia, *enteroptosa*, niestrawność o różnym podłożu, neuroza żołądkowa). Do ostatniej grupy zaliczano choroby żołądka zależne od innych schorzeń, zlokalizowanych w różnych narządach. Zakwalifikowano tu schorzenia metaboliczne, o podłożu infekcyjnym, nerwowe, krążeniowe, płucne, moczowo-płciowe, wątrobowo-wyrostkowe (śledzionowe, wewnątrzwydzielnicze).

Następny rozdział podręcznika poświęcono chorobom jelit. W części dotyczącej diagnostyki, a umieszczonej na samym początku rozdziału, opisano badanie mikroskopowe i chemiczne kału oraz badanie palpacyjne jelit. Szczegółowo przeanalizowano wszystkie opisane choroby. Zaliczono do nich: ostre zapalenie jelit, owrzodzenie błony śluzowej, guzy lub nowotwory, przeszkody mechaniczne, zwężenia

[25] P. Cohnheim, dz. cyt., s. 37–47.

lub rozszerzenia jelit, zapalenie otrzewnej, zaparcia, nerwice, choroby pasożytnicze. Odrębnie omówiono schorzenia odbytu. Dodatek publikacji stanowiły tabela diagnostyczna, zalecenia balneologiczne, postępowanie dietetyczne, leczenie oraz skrótowo przedstawione najważniejsze zaburzenia chorobowe w układzie pokarmowym. Podręcznik opatrzono zdjęciami obrazującymi zabiegi diagnostyczne przeprowadzane u pacjentów, ryciny mikroskopowe przedstawiające rozbiór treści żołądkowej oraz kału, przyrządy służące do pozyskiwania treści żołądkowej.

Reasumując, oba podręczniki Jaworskiego cechuje ta sama budowa oraz sposób konstrukcji i układu pracy. *Podręcznik…* różni się tym od *Zarysu…*, że jest jego poszerzeniem. Zawiera dodatkowe treści nt. nowych sposobów diagnostycznych (sprzętu), systematyki jednostek chorobowych oraz dodatkowy dział dotyczący żywienia i wskazań dietetycznych.

Wszystkie omawiane dzieła w swej strukturze są bardzo zbliżone. Każdy z podręczników zawiera działy dotyczące diagnostyki oraz opisu schorzeń i ewentualnie wskazań dietetyczno-leczniczych. Opis metod diagnostycznych, stosowanych przyrządów nie różni się znacząco w prezentowanych publikacjach. Również opis jednostek chorobowych i ich etiologia jest podobna w analizowanych pracach. Na uwagę zasługuje odmienne nazewnictwo niektórych schorzeń, co jest charakterystyczne dla podręcznika anglojęzycznego. Ta odmienność niejednokrotnie utrudnia, a nawet uniemożliwia prawidłowe przetłumaczenie i znalezienie odwzorowania dla niektórych jednostek chorobowych. Nasuwa się również przypuszczenie, że prezentowane podręczniki polskie są bardziej dopracowane pod względem mnogości przekazywanych treści (liczba metod diagnostycznych, przyrządów, zabiegów). Podręcznik anglojęzyczny tłumaczony z języka niemieckiego zawiera opis tylko najważniejszych, zdaniem autora, informacji. Może być to również wynik dużego doświadczenia praktycznego autora i chęci przekazania tylko najważniejszych, sprawdzonych i poznanych już wiadomości.

W podsumowaniu warto zauważyć, że metody badawcze stosowane w diagnostyce schorzeń układu pokarmowego były bardzo zaawansowane, a wiedza medyczna w omawianym okresie uległa znacznemu pogłębieniu i rozwojowi.

Zarówno w polskich podręcznikach Jaworskiego, jak i angielskojęzycznym, w tłumaczeniu i redakcji Cohnheima, zaobserwować można podobne techniki badawcze, narzędzia diagnostyczne, metody badań,

a co za tym idzie – podobną mnogość jednostek chorobowych, nowo poznanych w dopiero kształtującej się gastrologii. W podręcznikach Jaworskiego pojawiają się nazwiska lekarzy europejskich, a i w publikacji Cohnheima odnaleźć można odkrycia polskich naukowców (zwłaszcza prof. Jaworskiego).

W świetle powyższej analizy zaskakujący wydaje się fakt, że pomimo tego, iż polscy badacze mieli ogromną wiedzę gastrologiczną, a ich odkrycia niejednokrotnie opisywano w podręcznikach bądź prasie zagranicznej, to wkład Polaków do rozwoju gastrologii europejskiej nie został nigdzie dotąd opisany, a dokonania polskich naukowców często przypisywane są badaczom z innych ośrodków.

Summary
Gastrology in the textbooks Walery Jaworski and Paul Cohnheim in the years 1882–1909 – comparative analisys

Gastrology is one of the most evolving branch of medicine. Its development was started by Adolf Kusmaul's invention (in 1871). Among polish and worldwide pioneers of gastrology was prof. Walery Jaworski, who is known as the author of the first polish textbook on diseases of the digestive system.

The aim of the article is to present diagnostic method and to compare the knowledge in the field of gastrology in Poland and Europe, based on a comparison of the information contained in Jaworski's books (*Short for pathology and treatment of diseases of the stomach* and *Handbook of diseases of the stomach*) with the information contained in the textbook by Paul Cohnheim (*Diseases of digestive canal oesophagus, stomach, intestines*).

Moreover aim of this article is to remind Profesor Jaworski's merits to polish gastrology and his contributions to the development of this branch of medicine in Europe.

RECENZJE I OMÓWIENIA

Dzieje medycyny w Polsce, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2015, wyd. I, t. 1, s. XXIX + 520, ilustr. Recenzja: Henryk Gaertner

Dzieło stanowi pomnik dziejów medycyny polskiej. Jego inicjatorem, redaktorem i jednym z głównych autorów jest wybitny chirurg i humanista prof. Wojciech Noszczyk, który wydał m.in. *Zarys dziejów chirurgii polskiej* (wydanie I – 1989, II – 2011).

Pierwszy tom *Dziejów medycyny w Polsce* obejmuje czasy do drugiej połowy XVIII stulecia. Właśnie na półkach księgarskich pojawia się tom 2, którego treść dotyczy I i II wojny światowej oraz II Rzeczpospolitej. Tom 3, który ukaże się przypuszczalnie w czerwcu bieżącego roku, scharakteryzuje medycynę polską w czasie Polski Ludowej i Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej.

Dzieło ukazuje się podczas jubileuszu 70-lecia działalności wielce zasłużonego Wydawnictwa PZWL. Przy jego wydaniu współpracowali: Polpharma, Fundacja im. Jakuba hr. Potockiego, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Baltona oraz trzy izby lekarskie – warszawska, śląska i krakowska, co świadczy o żywym zaangażowaniu tych izb w publicystykę medyczną.

Wśród 22 autorów przeważają profesorowie oraz przedstawiciele Warszawy i Krakowa. Na początku księgi znajdują się: przysięga Hipokratesa, dwie przedmowy (profesorów W. Noszczyka i Franciszka Kokota), wstęp i spis treści (5 stron). Dzieło składa się z dwu części. Pierwsza (ok. 136 s.) traktuje o medycynie Polski przedrozbiorowej, druga (ok. 350 s.) – o okresie zaborów. Na końcu publikacji zamieszczono: posłowie, spis ilustracji (ponad 150!) oraz skorowidz nazwisk i wykaz skrótów.

Autorem tekstu o medycynie przedrozbiorowej (ok. 125 s.) jest prof. Janusz Skalski, wybitny kardiochirurg i historyk medycyny. Swój temat przedstawia w czterech rozdziałach: początki lecznictwa, medycyna średniowieczna, renesans i medycyna polska w XVII i XVIII w. Pierwszą część zamyka artykuł Marii Turos o medycynie w zamyśle Komisji Edukacji Narodowej. W wykładzie prof. Skalskiego znajdu-

ją się informacje o Kościele i medycynie średniowiecza, medycynie klasztornej, szpitalnictwie, stanie zdrowotnym populacji, chorobach, epidemiach, ówczesnej chirurgii, wiedzy i nauczaniu lekarskim, diagnostyce i terapii. Podczas opisywania renesansu omówiono jego filozofię i medycynę, Paracelsusa i innych wybitnych lekarzy, choroby i epidemie, chirurgię i szkolnictwo medyczne. W opisie medycyny XVII i XVIII w. autor charakteryzuje ówczesne lecznictwo, szarlataństwo, kształcenie, wymienia wybitnych medyków baroku.

Drugą część dzieła o medycynie okresu zaborów rozpoczynają trzy artykuły niedawno zmarłego historyka medycyny Stanisława Zwolskiego. Pierwszy omawia sytuację polityczno-społeczną ostatnich lat I Rzeczpospolitej, drugi – organizację ochrony zdrowia (między pierwszym rozbiorem a Kongresem Wiedeńskim, do powstania styczniowego i po nim), trzeci – wyższe szkolnictwo medyczne: w Krakowie (za Księstwa Warszawskiego, Wolnego Miasta Kraków, po jego upadku i za czasów autonomii), Lwowie, Warszawie (Wydział Akademicko-Lekarski, Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, Akademia Medyko-Chirurgiczna, Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej i Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego), Wilnie (Cesarski Uniwersytet Wileński, Akademia Medyko-Chirurgiczna) i Poznaniu.

Następnie zamieszczone są opracowania na temat dziejów poszczególnych 18 specjalności medycznych. Zależnie od tematu różne są rozmiary tekstów: od kilku–kilkunastu do 30, a nawet 50 stron. Uwzględniają one rozwój specjalności w ówczesnych ośrodkach uniwersyteckich. Anatomię prawidłową i patologiczną, filozofię i historię medycyny omawia Ryszard Gryglewski, Andrzej Śródka – fizjologię, patofizjologię i farmakologię. Natomiast dzieje nauki o chorobach wewnętrznych opisuje Bożena Urbanek, pediatrii – Barbara Kowalewska-Kantecka, chirurgii – Wojciech Noszczyk, ginekologii i położnictwa – Edmund Waszyński, otolaryngologii – Andrzej Kierzek, psychiatrii – Tadeusz Nasierowski, dermato-wenerologii – Maria Błaszczyk-Kostanecka, okulistyki – Hanna Celnik, medycyny sądowej – Tomasz Konopka, higieny i epidemiologii – Józef Knap i Kazimierz Dragański, a etyki lekarskiej – Józef Borówka. Poszczególne artykuły są zaopatrzone w niekiedy liczne piśmiennictwo i przypisy.

W dalszej części znajdują się omówienia dziejów towarzystw lekarskich ogólnych (w poszczególnych zaborach) i specjalistycznych, ich zjazdów, czasopism i bibliotek (Krzysztof Brożek). O galicyjskich izbach lekarskich pisze Zygmunt Wiśniewski, a o lekarzach w Akademii

Umiejętności – Izabela Gac. Informuje ona też o strukturze, działalności, wydawnictwach i finansowaniu Akademii.

Tom 1 zamykają: posłowie Zdzisława Gajdy, spis ilustracji (7 s.), skorowidz nazwisk (13 s.) i wykaz skrótów. Na wielkie uznanie zasługuje strona edytorska dzieła.

Lektura pierwszego tomu dzieła i zapowiedzi treści dwu dalszych tomów dowodzą, że *Dzieje medycyny w Polsce* będą niewyczerpaną skarbnicą wiedzy o historii, rozwoju, przemianach i postępach polskiej medycyny. Publikacja służy wszystkim zainteresowanym zawodowo lub amatorsko dziejami polskiej medycyny na szerokim tle historii naszego kraju.

Dzieje medycyny w Polsce. Lata 1914–1944, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, I wydanie, tom 2, s. XXII + 690, ilustr. Recenzja: Henryk Gaertner

Pierwszy tom pomnikowego dzieła objął około 1000 lat medycyny w Polsce – od najwcześniejszych czasów do 1914 r. Tom drugi zajmuje się trzydziestoleciem, na które przypadły dwie wojny światowe i międzywojnie. W lecie 2016 r. ma się ukazać ostatni tom 3. Redakcję drugiego tomu wzięli na siebie profesorowie Wojciech Noszczyk i Jerzy Supady. Autorzy (23), przeważnie z tytułami profesorskimi, wywodzą się z różnych ośrodków naukowych, głównie z Warszawy, Łodzi i Krakowa. Publikacja całości dzieła jest związana z 70. rocznicą działalności wielce zasłużonego Wydawnictwa Lekarskiego PZWL przy pomocnym udziale tych samych instytucji, co przy tomie I.

We *Wstępie* J. Supady charakteryzuje ogólnie okres trzydziestolecia. Pisze o klęskach zaborców, powstaniach i walkach o granice, o gospodarce, organizacji państwa, służby zdrowia, ubezpieczeń, izb lekarskich, towarzystw, o stanie lekarzy i pielęgniarek, instytutach i towarzystwach medycznych oraz o wpływie okupacji i wojny na lekarzy i ich udziale w walce o wolność.

Pierwsza część jest poświęcona I wojnie światowej. Zawiera artykuły: o służbie zdrowia w organizacjach paramilitarnych i w wojsku – M. Dutkiewicz i o polskich lekarzach w I wojnie światowej i walkach o granice kraju – J. Janczy. Omawia on sytuację w zaborach, Legionach, formacjach wracających do kraju, powstaniach i wojnie polsko-bolszewickiej. Ukazuje wpływ na służbę zdrowia, szpitalnictwo, organizacje pomocowe i stan lekarski. Pada tu wiele nazwisk, często bohaterów, oraz opisów wydarzeń i nazw miejscowości.

Drugą część zaczyna J. Supady wykładem o sytuacji polityczno-gospodarczej (dzieje polityczne, struktura społeczna, stan gospodarczy i kulturowo-cywilizacyjny). E. Więckowska napisała dwa artykuły. Pierwszy o szpitalnictwie epidemicznym (1918–1934) oraz zamkniętej i otwartej opiece zdrowotnej, drugi o kształtowaniu się ochrony zdrowia – sytuacji epidemiologicznej, publicznej służbie zdrowia i polityce

zdrowotnej państwa. W.K. Korpalska przedstawia: ustawę o wykonaniu praktyki lekarskiej (1921 r.), a także rozporządzenia Prezydenta RP o wykonaniu praktyki lekarskiej (1932 r.) oraz o wykonaniu zawodu lekarza-dentysty i technika dentystycznego (1927 r.). Ówczesny system ubezpieczeń społecznych to temat J. Sadowskiej (podstawy prawne, struktura organizacyjna lecznictwa podstawowego, szpitale i sanatoria Kasy Chorych, zasady finansowania). Opis wojskowej służby zdrowia zawdzięczamy A. Felchnerowi (organizacja, zakłady lecznicze, korpus oficerski, kształcenie podyplomowe, plany mobilizacyjne). Ówczesny PCK przedstawiają J. Janczy i J. Supady, lecznictwo uzdrowiskowe i sanatoryjne – Z. Wiśniewski, D. Reśko i J. Supady, Izby Lekarskie – Z. Wiśniewski, Towarzystwa Lekarskie – K. Brożek. Dalsze dwa referaty napisała W. Wojtkiewicz-Rok. Pierwszy dotyczy organizacji szkolnictwa wyższego medycznego (stan, prace nad reformą, organizacja studiów, nostryfikacja, praktyki, lekarskie tytuły absolwentów medycyny, zasady przyznawania stopni i tytułów naukowych). Drugi omawia wydziały lekarskie i uczelnie stomatologiczne (Kraków, Lwów, Warszawa, Poznań, Wilno) i kształcenie stomatologiczne. Dalsze teksty opisują: nauczanie etyki lekarskiej na medycynie – A. Kładna, instytuty medyczne – J. Supady i Wydział Lekarski PAU – W. Noszczyk i I. Gac.

Dalsze opracowania (28) dotyczą dziejów poszczególnych specjalności medycznych (27) i pielęgniarstwa (1). Autorem pierwszych dziewięciu jest R. Gryglewski (anatomia prawidłowa i patologiczna, histologia, biologia, mikrobiologia i bakteriologia, fizjologia, chemia lekarska, farmakologia oraz patologia ogólna i doświadczalna). Dalszych pięć tekstów jest autorstwa B. Kempińskiej-Mirosławskiej (choroby wewnętrzne – wspólnie z J. Białasem, pediatra, ftyzjatra, dermato- i wenerologia, neurologia). O psychiatrii pisze T. Nasierowski, a o okulistyce H. Celnik. Pięć następnych artykułów opracowali A. Wysocki i J. Janczy (wprowadzenie do nauk zabiegowych, chirurgia, ginekologia i położnictwo, laryngologia oraz urologia, ortopedia i traumatologia, neurochirurgia, onkologia). O dziejach polskiej radiologii pisze A. Urbanik. W czterech artykułach R. Gryglewski omawia dzieje polskiej nauki o higienie, medycynie sądowej, filozofii medycyny i historii medycyny. Rozdział o etyce lekarskiej J. Borówki i dalszy o profesjonalizmie w pielęgniarstwie B. Urbanek zamykają drugą część księgi.

Część trzecia omawia sprawy lekarzy w czasie II wojny światowej. A. Wysocki przedstawia losy polskiej służby zdrowia i lekarzy we wrześniu 1939 r., w czasie okupacji, w obozach, więzieniach i zagła-

dzie, wojsku polskim na Zachodzie i Wschodzie, z podaniem bilansu po odzyskaniu wolności.

Pierwszy suplement traktuje o polskich lekarzach w łagrach sowieckich (J. Supady), drugi o PCK (J. Janczy, J. Supady). Autorami *Posłowia* są A. Wysocki i W. Noszczyk. Publikację zamykają: spis ilustracji (10 s. – ponad 263 reprodukcji), skorowidz nazwisk (16 s.) i wykaz skrótów. Szata edytorska jest na bardzo wysokim poziomie – wielokolorowa, twarda okładka.

Lekturę książki, która jest skarbnicą wiedzy o medycynie dwóch wojen światowych i międzywojnia (bogate piśmiennictwo!), polecam wszystkim zainteresowanym zawodowo lub amatorsko dziejami polskiej medycyny trzydziestolecia.

Iwona Dymarczyk, *Aptekarz i majoliki. O Mateuszu B. Grabowskim i jego krakowskiej kolekcji ceramiki aptecznej*, Wydawnictwo Kontekst, Kraków–Poznań 2015, ss. 255, ilustr.

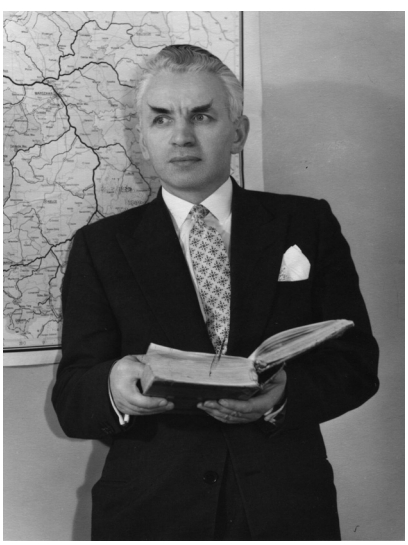
Recenzja: Henryk Gaertner

Autorka jest farmaceutą i muzeologiem, wieloletnim pracownikiem Muzeum Farmacji UJ CM w Krakowie. Ogłosiła blisko setkę interesujących artykułów z historii farmacji i muzealnictwa farmaceutycznego, zajmując sie szczególnie naczyniami aptecznymi od czasu renesansu, zwłaszcza kolekcją Mateusza B. Grabowskiego (i jego osobą) w krakowskim muzeum. Zainteresowania zielarstwem zaowocowały kompozycjami zielarskimi, a malarstwem – pastelami. Wydawnictwo Kontekst jest zasłużonym edytorem, m.in. czasopisma „Acta Medicorum Polonorum" z Poznania. Zainteresowanie omawianą książką I. Dymarczyk spowodowało zwiększenie nakładu ze 150 do 700 egzemplarzy, dzięki pomocy finansowej Naczelnej Izby Aptekarskiej, 12 okręgowych izb (m.in. warszawskiej i krakowskiej) oraz Zespołu Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Recenzje wydawnicze napisali profesorowie: Anita Magowska (Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu) – całość, Irena Huml (Instytut Sztuki PAN w Warszawie) i Jan Święch (Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UJ w Krakowie) – opracowanie kolekcji ceramiki.

Wstęp przypomina najważniejsze punkty życiorysu Grabowskiego, rolę polskich farmaceutów i Grabowskiego w środowisku londyńskim – farmaceutycznym i polonijnym. Przywołuje cenne dary Grabowskiego dla muzeów Warszawy, Łodzi i Krakowa. Dalsze szczegóły pozyskuje z publikacji Stanisława Pronia – pierwszego dyrektora muzeum, czasopism farmaceutycznych, książek, wypowiedzi rodziny i znajomych Grabowskiego (zwłaszcza londyńskich), z archiwów uniwersyteckich warszawskich i wileńskich. Kolejne informacje czerpie z książek, katalogów, wspomnień z wystaw z udziałem eksponatów Grabowskiego, z bibliotek Krakowa, Warszawy i Londynu. Autorka

przywołuje tu opracowania na temat ceramiki aptecznej: Wojciecha Roeskego, Zbigniewa Beli i Stanisława Pronia. Do kryteriów własnego opracowania włącza przeprowadzane konsultacje i katalogi polskich i angielskich placówek muzealnych, w tym niezbyt szczegółowe zestawienie daru Grabowskiego przez krakowskie muzeum. I. Dymarczyk kończy wstęp analizą porównawczą napisów – terapeutycznego przeznaczenia zawartości naczynia i liternictwa napisów. Bardzo liczne są podziękowania osobom i instytucjom.

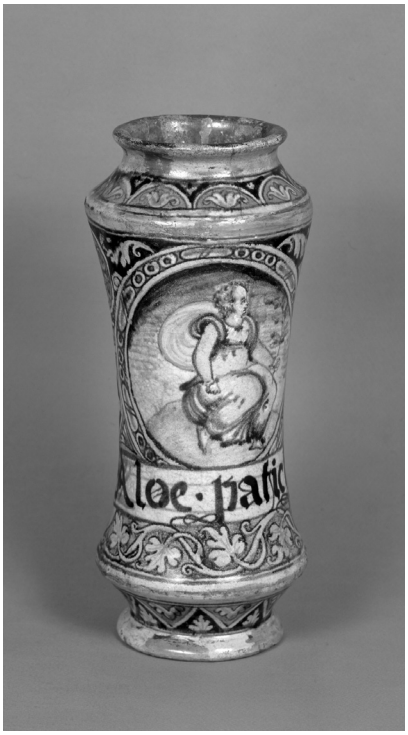
Pierwsza część przedstawia Mateusza Bronisława Grabowskiego (1904–1976) jako prawego człowieka, patriotę, żołnierza, rzutkiego społecznika, farmaceutę-aptekarza, biznesmena, lidera polskich farmaceutów i ich organizacji oraz Polonii w Londynie, a także znawcę, mecenasa i kolekcjonera dzieł sztuki. Urodził się w Wiźnie koło Łomży w rodzinie gospodarskiej. Stażował u stryja Juliusza Grabowskiego w Piotrkowie Trybunalskim, a studia farmaceutyczne odbył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, gdzie czynnie uczestniczył w organizacjach studenckich. Zatrudnienie w charakterze inspektora farmaceutycznego województwa warszawskiego przerwała wojna. W jej czasie pełnił różne kierownicze funkcje w sanitarnych służbach Polskich Sił Zbrojnych. Losy wojny rzuciły go wpierw do Francji, a ostatecznie do Anglii. W Londynie przewodził Związkowi Farmaceutów Polskich Poza Granicami Kraju i uczestniczył w wielu jego działaniach, m.in. rejestracji i uznaniu praw polskich farmaceutów do wykonywania zawodu w Anglii. W roku 1948 otworzył pierwszą polską aptekę w Londynie. Przeniósł ją do centrum miasta, gdzie nabył trzy budynki – jeden na aptekę i dwa na firmę wysyłkową lekarstw do Polski i innych krajów Bloku Wschodniego, przez co zyskał wiele uznania.



Fotografia 1. Magister farm. Mateusz Bronisław Grabowski, 1954
Źródło: Muzeum Farmacji UJ CM.

Grabowski w młodości malował i rysował, zawsze żywo interesował się sztuką. W 1959 r. założył galerię sztuki w Londynie, która działała do 1975 r. Wystawiali tam swe dzieła artyści polscy z kraju

i emigracji oraz twórcy zagraniczni, głównie z Anglii. Wystaw odbyło się ponad 200. Powstała w 1975 r. fundacja im. Mateusza B. Grabowskiego przejęła zadania szerzenia wiedzy o Polsce na terenie Wielkiej Brytanii. Swe zbiory dzieł sztuki Grabowski podzielił m.in. między Muzeum Narodowe w Warszawie i Muzeum Sztuki w Łodzi (łącznie 386 obiektów) i Muzeum Farmacji UJ CM w Krakowie (ceramika apteczna).

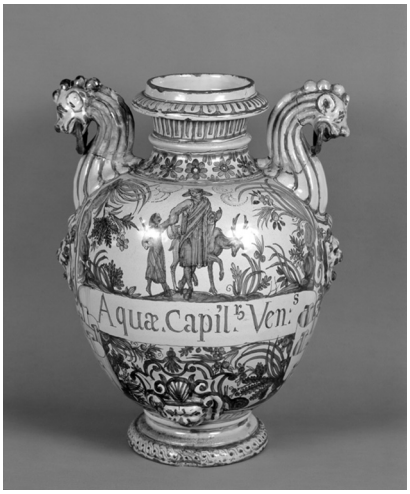


Fotografia 2. Albarello, Włochy, Faenza lub Palermo, ok. 1600 r., fot. Adam Olszowski

Źródło: Muzeum Farmacji UJ CM.

Druga część dzieła dotyczy kolekcji naczyń aptecznych przekazanych przez Grabowskiego do muzeum w Krakowie. Eksponaty, w liczbie 83, pochodzą ze stuleci XVI–XX. Autorka podaje rys historyczny naczyń aptecznych (m.in. prace S. Pronia i W. Roeskego) i przekazania kolekcji Grabowskiego do Krakowa. Ceramiczne naczynia dzielą się na garncarskie i szlachetne: kamionkowe, fajansowe (majolikowe) i porcelanowe. Pod względem kształtu są to: słoje, dzbany, wazy, butle i puszki. W kolekcji przeważają majoliki włoskie (48) oraz fajanse brytyjskie (22) i holenderskie (9). Autorka omawia też dekoracje naczyń włoskich: ornamentalno-roślinne, figuralne (biblijne, mitologiczne, z pejzażem, postaciami świętych), herby, znaki religijne, zakonne, inicjały i znaki własności oraz wskazuje na pochodzenie naczyń z 11 miast włoskich i stuleci XVI–XX. Następuje charakterystyka fajansów holenderskich i brytyjskich, porcelany europejskiej oraz serii i fragmentów zespołów naczyń.

Dużą część książki zajmuje katalog naczyń z barwnymi zdjęciami majolikowych, fajansowych i porcelanowych słoi (albarella), waz, dzbanów i puszek. Ich opisy uwzględniają kilkanaście cech naczynia, w tym szerzej liternictwo i napisy apteczne dotyczące zawartości naczynia. Następuje lista naczyń kolekcji według katalogu Muzeum



Fotografia 3. Waza apteczna typu hydria, Włochy, Savona, warsztat Pesceto, XVII/XVIII w., fot. Adam Olszowski
Źródło: Muzeum Farmacji UJ CM.

Farmacji UJ CM, a po niej: zakończenie, spis piśmiennictwa (źródła archiwalne krajowe i zagraniczne – 9 stron, drukowane – 4 s., opracowania – 7 s., farmakopee, internet), zestawienie ilustracji – 165, w tym 80 w pierwszej, a 85 w drugiej części książki, przeważnie barwnych, a także angielskie streszczenie dzieła.

Monografia zasługuje na duże uznanie pod względem merytorycznym i edytorskim. Przypomina postać wielce zasłużonego farmaceuty Mateusza B. Grabowskiego, jego działalność i osiągnięcia w różnych dziedzinach, rolę w różnych organizacjach społecznych i naukowych. Katalog kolekcji ofiarowanej Muzeum Farmacji jest świetnym przedstawieniem poszczególnych eksponatów, ich fotograficzną dokumentacją oraz interpretacją napisów. Praca jest oparta na wynikach licznych żmudnych, polskich i zagranicznych kontaktów osobistych, na mnogich źródłach archiwalnych i bogatym piśmiennictwie. Szata edytorska jest na wysokim poziomie: dyspozycja treści, zróżnicowana czcionka, reprodukcja zdjęć, papier kredowy, okładka wielobarwna, półsztywna, lakierowana.

Lekturę dzieła należy polecić obecnym i przyszłym farmaceutom i lekarzom, historykom farmacji i medycyny, muzealnikom i znawcom artystycznego rzemiosła ceramicznego.

Paula A. Michaels, *Lamaze: An International History,* Oxford University Press, Oxford and New York 2014, ss. 240. Recenzja Sylwia Kuźma-Markowska

W Stanach Zjednoczonych termin „Lamaze" stanowi powszechnie rozpoznawalne określenie technik przed- i okołoporodowych, mających na celu przeżycie przez kobietę mniej zmedykalizowanego i bardziej spersonalizowanego doświadczenia porodowego. W czasie zajęć „Lamaze" Amerykanki przygotowują się do rozwiązania ciąży, ucząc się relaksacji i metod aktywnego udziału w porodzie. Klasy „Lamaze" kładą też nacisk na ważność wsparcia bliskich, na przykład męża czy partnera. Pod wpływem propagatorów szkół rodzenia nastąpiło w USA, a także w innych państwach, większe „udomowienie" porodu, którego naturalność stara się podkreślić w szpitalach przez mniejszą dozę interwencji medycznych i mniej sterylne wyposażenie sali porodowej.

To znajomość słowa „Lamaze" wśród społeczeństwa USA zdecydowała o umieszczeniu go w tytule książki poświęconej transnarodowej historii psychoprofilaktyki porodowej, znanej od lat 60. XX w. na amerykańskim gruncie jako „metoda Lamaze". Historia Fernanda Lamaze: francuskiego położnika, entuzjasty psychoprofilaktyki i jej gorliwego propagatora oraz dzieje jego amerykańskiej kariery stanowią jednak tylko jeden z wątków wieloaspektowej i świetnie napisanej pracy Pauli A. Michaels. Pochodząca z USA, a obecnie pracująca w Australii badaczka przygląda się bowiem rozwojowi i lokalnym przemianom idei i praktyki psychoprofilaktyki porodowej w globalnym kontekście, skupiając się przede wszystkim na czterech krajach: Wielkiej Brytanii, Związku Radzieckim, Francji i Stanach Zjednoczonych. Analizowane przez nią zjawiska miały miejsce głównie po II wojnie światowej, lecz niektóre wątki w książce, przede wszystkim ten brytyjski, sięgają lat 20. i 30. XX w. To dzięki zastosowaniu chętnie obecnie przyjmowanej przez badaczy perspektywy transnarodowej Michaels jest w stanie pokazać, jak mająca te same korzenie idea i praktyka medyczna była

reinterpretowana w różnych krajach i w warunkach odmiennych systemów politycznych.

Paula A. Micheals, po uzyskaniu stopni naukowych i po latach spędzonych na amerykańskich uniwersytetach, obecnie pracuje na Monash University w Australii, gdzie zajmuje się historią medycyny i zdrowia w globalnym, międzynarodowym kontekście. Pierwsza książka Michaels była poświęcona budowaniu radzieckiego imperium w Azji Centralnej, przede wszystkim w Kazachstanie, przy wykorzystaniu naukowej medycyny i nowoczesnych praktyk zdrowotnych[1]. Swoją znajomość sowieckiej historii medycyny autorka wykorzystuje w najnowszej publikacji: *Lamaze: An International History*, w której próbuje włączyć Związek Radziecki i – szerzej – Europę Wschodnią do rozważań nad globalnymi trendami z dziedziny opieki medycznej. Przełamuje w ten sposób cechujący je często zachodniocentryzm, kwestionując wiele powszechnie funkcjonujących prawd, takich jak francuskie korzenie „metody Lamaze".

Używając perspektywy transnarodowej, nietradycyjnie łącząc terytoria swoich badań i korzystając z imponującego, wielojęzycznego korpusu źródeł, Paula A. Michaels przedstawia w *Lamaze* nowatorską analizę międzynarodowej „wędrówki" i przystosowywania psychoprofilaktyki w państwach znajdujących się po II wojnie światowej po dwóch stronach żelaznej kurtyny.

Jedną z mocnych stron recenzowanej pracy jest obszerna baza źródłowa. Jej rdzeń stanowi kilkadziesiąt zespołów pochodzących z dziesięciu archiwów usytuowanych we Francji, Rosji, Ukrainie, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Ponadto Michaels sięgnęła do prasy codziennej i kobiecej oraz periodyków medycznych wydawanych w analizowanym okresie w czterech krajach, a także do licznych wspomnień i innych osobistych materiałów źródłowych zapisanych m.in. w formie audiowizualnej. Na potrzeby swojej pracy autorka przeprowadziła także kilka wywiadów. Staranna kwerenda źródłowa została również wykonana w publicystyce oraz w profesjonalnych wydawnictwach medycznych (np. podręcznikach). Wymienione powyżej źródła pozwoliły Michaels na poznanie zarówno perspektywy zaangażowanych w psychoprofilaktykę lekarzy, jak i wydobycie głosów kobiet stosujących techniki „porodu bez bólu" czy „porodu bez lęku".

Lamaze: An International History składa się z siedmiu rozdziałów ułożonych w porządku chronologicznym. Pierwszy z nich ma charak-

[1] P.A. Michaels, *Curative Powers: Medicine and Empire in Stalin's Central Asia*, Pittsburgh 2003.

ter wstępny i został podzielony na dwie główne części. Na początku Michaels omawia procesy medykalizacji porodu, trwające w zachodnim kręgu kulturowym od ostatnich dekad XIX w. Autorka podkreśla różnice między krajami zachodnimi Europy oraz Ameryką Północną i Związkiem Radzieckim: na zachodzie medykalizacja porodu następowała przez przejęcie nad nim kontroli przez ginekologa-położnika; w ZSRR z kolei przed II wojną światową i po niej oznaczała ona coraz większy nadzór profesjonalnie wykształconych akuszerek nad procesem rodzenia. W rozdziale tym omówione zostały również początki stosowania analgetyków oraz innych substancji aplikowanych w celu łagodzenia bólu porodowego. Autorka opisuje początki zabiegów znieczulania mające miejsce w ostatnich dekadach XIX w., a także rozpowszechnianie się anestezji po II wojnie światowej oraz reakcje rodzących kobiet i personelu medycznego na ten proces. Zaawansowana medykalizacja porodu, jak podkreśla Michaels, oznaczała dla wielu kobiet alienację i odcięcie się od swojego ciała w czasie rozwiązywania ciąży oraz pragnienie bardziej prywatnego i mniej interwencjonistycznego doświadczenia. Odpowiedzią na nie była m.in. psychoprofilaktyka porodowa.

Drugą, istotną część pierwszego rozdziału stanowi omówienie genezy idei i praktyki „porodu naturalnego" powstałych w Wielkiej Brytanii i rozwijanych przede wszystkim przez miejscowego położnika Grantlego Dick-Reada, nazywającego swoją technikę również „porodem bez lęku". Termin ten kładł nacisk na wyrażane przez Dick-Reada stanowisko dotyczące wpływu strachu na proces rodzenia, stanowiące element szerszej teorii psychogenicznej genezy bólu porodowego. Dick-Read, odwołując się do popularnych ówcześnie w Anglii teorii freudowskich, zalecał rodzącym uczestnictwo w zajęciach w szkołach rodzenia, podczas których miało następować m.in. wyleczenie ich (podświadomych) zaburzeń osobowości oraz (nieuświadamianych) lęków mających korzenie w okresie dzieciństwa i dorastania. „Porody bez lęku", jak podkreśla Michaels, miały mieć jednocześnie ważny wymiar społeczny i polityczny i stanowić zachętę pronatalistyczną dla kobiet z warstw wyższych, rodzących – według Dick-Reada i jego zwolenników – zbyt mało dzieci w kraju rzekomo zagrożonym ówcześnie degeneracją i zbyt szybkim wzrostem liczby „dysgenicznych" i „niepełnowartościowych" jednostek.

Rozdział drugi *Lamaze: An International History* poświęcony jest historii łagodzenia bólu porodowego w Związku Radzieckim od lat 30. do początku lat 50. XX w. Jak podkreśla Michaels, to ZSRR stanowił

miejsce narodzin psychoprofilaktyki porodowej. Faktu tego nieświadome były zazwyczaj kobiety z demokratycznych i kapitalistycznych krajów zachodnich, korzystające w czasie zimnej wojny z metod łagodzenia bólu wywodzących się z totalitarnego, komunistycznego państwa. Podobnie jak w brytyjskim kontekście, tak i w przypadku ZSRR Michaels uwypukla pronatalistyczny wymiar psychoprofilaktyki, mającej zachęcić sowieckie kobiety do rodzenia większej liczby dzieci w okresie po dotkliwych stratach ludności będących skutkiem II wojny światowej. W radzieckim przypadku psychoprofilaktyka, niewymagająca stosowania zaawansowanych medykamentów, miała być również remedium na braki leków mogących służyć do znieczulenia porodowego.

W rozdziale tym podkreślony jest jednocześnie szereg różnic między Związkiem Radzieckim i krajami zachodnimi, do których w latach 50. i 60. XX w. przenikały radzieckie techniki okołoporodowe. Po pierwsze, popierana oficjalnie przez państwo sowieckie psychoprofilaktyka stała się w latach 40. XX w. niemalże obowiązkową metodą łagodzenia bólu porodowego, którą stosowała w niektórych częściach kraju blisko połowa szpitali. W wynalezionej przez charkowskiego lekarza I.Z. Welowskiego metodzie psychofizycznego przygotowania do porodu odwoływano się, w przeciwieństwie do zachodniego freudyzmu, do teorii behawioralnych Iwana Pawłowa. W oficjalnej sowieckiej retoryce powszechność i dostępność psychoprofilaktyki stanowiły też dowód na egalitaryzm państwa radzieckiego, w którym wszystkie kobiety, niezależnie od ich sytuacji finansowej i klasy społecznej, mogły cieszyć się z dostępu do największych i najnowszych osiągnięć sowieckiej medycyny. Jednocześnie radzieccy propagatorzy psychoprofilaktyki opierali się w swoich badaniach nad skutecznością sowieckiej metody łagodzenia bólu porodowego na świadectwach położników, kompletnie ignorując rzekomo subiektywne opinie położnic.

W trzecim rozdziale książki Michaels wprowadza na scenę tytułowego doktora Lamaze, osobę, która przeniosła psychoprofilaktykę z ZSRR do Francji, propagując ją w kraju nad Sekwaną jako „poród bez bólu". Autorka kładzie w tym fragmencie duży nacisk na pronatalistyczny kontekst, a także na kwestie polityczne, podkreślając przewagę lewicowych sympatii wśród francuskich zwolenników i użytkowniczek psychoprofilaktyki, preferujących sowieckie medyczne inspiracje od amerykańskiego imperializmu. W rozdziale tym uwypuklona została także istotna przyczyna sukcesu psychoprofilaktyki w krajach zachodnich: jej alternatywność w stosunku do coraz powszechniejsze-

go kompletnego znieczulenia, pozbawiającego kobietę doświadczenia uczestniczenia w porodzie. Przy naturalnym rozwiązaniu mógł być również łatwiej i częściej obecny ojciec dziecka czy też inna bliska położnicy osoba. Ten aspekt francuskiej psychoprofilaktyki odróżniał ją od radzieckiego pierwowzoru, podobnie jak czynił to nacisk kładziony na świadectwa kobiet.

Psychoprofilaktyka, podobnie jak wiele innych idei, jak podkreśla Michaels w czwartym rozdziale, nigdy „nie była statyczna" (s. 69). Zmiany stające się jej udziałem można zaobserwować szczególnie w II poł. lat 50. XX w. W tym okresie popularność wywodzącej się z ZSRR „metody Lamaze" sprowokowała reakcję brytyjskich propagatorów „porodu bez strachu", kwestionujących pierwszeństwo sowieckich idei i prawidłowość jej francuskiej adaptacji. W II poł. lat 50. doszło także do znacznego regresu psychoprofilaktyki w ZSRR, gdzie ciężarne i rodzące kobiety zaczęły kwestionować jej skuteczność i gdzie liczba godzin spędzanych w szkołach rodzenia zaczęła się w drastyczny sposób z przyczyn finansowych i logistycznych zmniejszać. W tym okresie techniki psychofizjologicznego przygotowania do porodu zaczęły być przenoszone z sowieckiej Rosji do innych krajów bloku socjalistycznego, nie zapobiegło to jednak ich znaczącej dewaluacji w ZSRR. W krajach znajdujących się w orbicie Związku Radzieckiego, także w kolejnych dekadach, nie wprowadzono wielu elementów „porodu bez strachu" czy też „porodu bez bólu" obecnych w państwach zachodnich. Jednym z nich była możliwość obecności ojca dziecka przy rozwiązaniu ciąży; w socjalistycznym kontekście przez cały okres zimnej wojny bliskich rodzącej uważano za zagrożenie dla sterylnego środowiska sali porodowej.

Przełom lat 50. i 60. XX w. to jednak nie tylko, jak pokazuje piąty rozdział recenzowanej pracy, zmniejszenie popularności psychoprofilaktyki w Związku Radzieckim, lecz także globalna ekspansja techniki, zdobywającej znaczną popularność w Stanach Zjednoczonych. W zimnowojennym kontekście – przeniesiona bezpośrednio z Francji i propagowana pod nazwą „metody Lamaze" – praktyka została zupełnie pozbawiona jakichkolwiek asocjacji ze swoimi sowieckimi źródłami. W USA, „poród bez bólu" był głównie reakcją na bezprecedensową medykalizację rozwiązywania ciąży, która osiągnęła swój szczyt w latach po II wojnie światowej. Dlatego też w Stanach Zjednoczonych zwrócono uwagę przede wszystkim na te elementy psychoprofilaktyki, które podkreślały konieczność zmniejszenia interwencji medycznych w czasie porodu mogącego stać się „satysfakcjonującym

i pełnym godności" doświadczeniem dla kobiet (s. 98). Nie oznaczało to jednak, że „porody bez bólu", do których Amerykanki przygotowywały się „metodą Lamaze", odbywały się bez jakichkolwiek środków znieczulających. W USA, inaczej niż w Związku Radzieckim, propagatorzy psychoprofilaktyki nie obiecywali położnicom całkowitego wyeliminowania bólu przy pomocy technik oddechowych i relaksacyjnych stanowiących rdzeń metody. Wskazywali jednak na możliwość przeżycia mniej alienującego i bardziej personalnego doświadczenia niż poród odbywany w całkowitym znieczuleniu stanowiący ówcześnie normę w amerykańskich szpitalach.

W szóstym rozdziale pracy Michaels opowiada historię sukcesu „metody Lamaze" w Stanach Zjednoczonych, gdzie stała się ona jednym z elementów szerszego ruchu na rzecz zdrowia kobiet i ich upodmiotowienia w dziedzinie opieki medycznej. Amerykańskie dzieje psychoprofilaktyki to również okres budowania struktur i powstawania organizacji zrzeszających zwolenników techniki. W tym czasie powstała również specyficzna, amerykańska odmiana metody, charakteryzująca się akceptacją dla różnych form znieczulenia. W USA propagowanie relaksacji, technik oddechowych czy obecności partnera w czasie bardziej udomowionego porodu często szło w parze ze stosowaniem analgezji czy sedacji.

Brak takiej kombinacji w innych krajach, na przykład we Francji, przyczynił się do pojawienia krytycznych głosów w stosunku do psychoprofilaktyki. W latach 70. XX w. nad Sekwaną coraz częściej wskazywano, że psychofizyczne przygotowanie kobiet do porodu nie przyczyniało się do zmniejszania bólu w czasie rozwiązania. Korzyści z „metody Lamaze" miał według krytyków czerpać przede wszystkim personel medyczny, pracujący z kobietami nauczonymi „godnego" – a tak naprawdę uległego – zachowania na sali porodowej i posłusznie wykonującymi polecenia lekarzy czy położnych. Do zmniejszenia popularności psychoprofilaktyki w siódmej i ósmej dekadzie XX stulecia przyczyniło się również pojawienie się szeregu nowych możliwości technologicznych i nowości medycznych, o których Michaels pisze w dwóch ostatnich rozdziałach. Były to m.in.: monitorowanie stanu płodu, zwiększenie liczby cesarskich cięć i wywoływania porodów oraz coraz większa popularność i łatwość wykonywania znieczulenia wewnątrzoponowego. Zarówno w USA, jak i we Francji ich częstotliwość doprowadziła do dokooptowania technik Lamaze do generalnie dosyć zmedykalizowanego porodu, w czasie którego nierzadko dokonywano szeregu interwencji. Na początku XXI w., jak podkreśla au-

torka, „metoda Lamaze" ma na celu przede wszystkim zbudowanie w kobietach przekonania o zasadności unikania niepotrzebnych interwencji medycznych. Wydaje się to być potrzebne szczególnie w takich krajach, jak Stany Zjednoczone czy Polska, gdzie co roku zwiększa się liczba medycznie nieuzasadnionych cesarskich cięć.

Społeczna i kulturowa historia psychoprofilaktyki, opowiedziana w kontekście relacji politycznych charakteryzujących zimnowojenny świat, pokazuje, że „metoda Lamaze" w pewnych przypadkach stanowiła próbę poradzenia sobie z niedoborem leków znieczulających, w innym zaś okazywała się reakcją na zbyt daleko idące zmedykalizowanie porodu. Nowatorska i transnarodowa praca Pauli A. Michaels skłania też do zadawania pytań o historię psychoprofilaktyki w innych miejscach globu, w tym także w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, znajdujących się w czasie zimnej wojny w orbicie wpływów Związku Radzieckiego. Na swojego badacza lub badaczkę czekają polskie dzieje łagodzenia bólu porodowego, którym w okresie PRL zajmowali się tacy wybitni ginekolodzy i położnicy, jak Jan Lesiński – pionier polskiej psychoprofilaktyki, czy Włodzimierz Fijałkowski. Historia drugiego z nich, powojennego propagatora szkół rodzenia, wskazuje na możliwość powstawania jeszcze innych, alternatywnych koncepcji filozoficznych i ideowych rodzących się wokół psychoprofilaktyki. Dla Fijałkowskiego „poród naturalny" oraz psychofizyczne przygotowanie do rozwiązania ciąży stanowiły elementy szeroko definiowanej „prokreacji ekologicznej". Używając tego terminu, polski propagator szkół rodzenia odwoływał się do postulowanej bliskości człowieka z naturą, przejawiającej się przez *naturalne* planowanie rodziny, *naturalny* poród oraz *naturalne* karmienie[2]. W okresie PRL „prokreacja ekologiczna" była także alternatywą dla polityki rodzenia socjalistycznych władz, po 1989 r. stając się elementem ruchów społecznych związanych m.in. z Kościołem katolickim. Historia polskiej profilaktyki jest bez wątpienia szansą na dodanie kilku istotnych elementów do układanki przedstawionej przez Paulę A. Michaels w *Lamaze: An International History*.

[2] D. Kornas-Biela, *„Polski model profilaktyki porodowej według Włodziemierza Fijałkowskiego"*. *O płodności*, http://oplodnosci.pl/index.php/plodnosc/ciaza-porod-laktacja/170-polski-model-psychoprofilaktyki-porodowej-wedlug-profesora-wlodzimierza-fijalkowskiego [dostęp: 4.05.2016]; por także: A. Biela, W. Fijałkowski, D. Kornas-Biela, *Szkoła rodzenia w programie prokreacji ekologicznej*, Lublin 2003.

Arthur Allen, *Fantastyczne laboratorium doktora Weigla. Lwowscy uczeni, tyfus i walka z Niemcami*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2016, przeł. Barbara Gadomska, tytuł oryginału *The fantastic laboratory of Dr. Weigl. How two brave scientists battled typhus and sabotaged the Nazis* (W.W. Norton & Company, 2014). Recenzja: Maria Ciesielska

Nakładem wydawnictwa Czarne w serii: „Historia" ukazało się polskie tłumaczenie książki amerykańskiego dziennikarza Arthura Allena *The fantastic laboratory of Dr. Weigl. How two brave scientists battled typhus and sabotaged the Nazis*. Publikacja ta nie jest naukowym opracowaniem biograficznym, lecz dziennikarską próbą opowiedzenia czytelnikowi o działalności dwóch wybitnych polskich mikrobiologów związanych ze środowiskiem przedwojennego Lwowa: prof. Rudolfie Weiglu (1883–1957) i prof. Ludwiku Flecku (1896–1961).

Profesor Rudolf Stefan Jan Weigl był biologiem, wynalazcą pierwszej w świecie skutecznej szczepionki przeciw tyfusowi plamistemu oraz prekursorem zastosowania owadów, głównie wszy odzieżowej, jako zwierzęcia laboratoryjnego do hodowli riketsji (zarazka powodującego tyfus). Swego najbardziej spektakularnego odkrycia dokonał w 1917 r. podczas I wojny światowej, pracując w austriackich szpitalach wojskowych. Na polecenie austriackiego ministra wojny rozpoczął badania nad tyfusem plamistym w obozach dla uchodźców i jeńców wojennych w Czechach i na Morawach. Od 1918 do 1920 r. był kierownikiem pracowni bakteriologicznej w Przemyślu, gdzie zatrudniał wybranych przez siebie biologów i bakteriologów, m.in. młodego wówczas lekarza żydowskiego pochodzenia – dr. Ludwika Flecka. W 1920 r. Weigl został powołany na stanowisko profesora zwyczajnego w Katedrze Biologii Ogólnej Wydziału Lekarskiego UJK we Lwowie. Wkrótce do lwowskiej pracowni Weigla dołączył także Fleck. Prace badawcze w laboratorium prof. Weigla, najpierw w Przemyślu, a po-

tem we Lwowie, szły dwutorowo. Po pierwsze, profesor był zainteresowany biologią samego czynnika powodującego tyfus, czyli riketsji, po drugie, pragnął opracować metodę jej hodowli w jelicie wszy. Koncepcja „zaprzęgnięcia wszy do pracy" przy produkcji szczepionki stała się możliwa dzięki wnikliwym obserwacjom i doskonałym atlasom sporządzonym przez Hildę Sikorę, która jako pierwsza wykonała u wszy mikrolewatywę, wprowadzając kaniulę do otworu odbytowego owada, i podając tą drogą zawiesinę, oraz doświadczeniom Heleny Sparrow, polskiej mikrobiolog pochodzącej spod Kijowa, które dowiodły, że riketsje w kolejnych pokoleniach w hodowli nie przestają być zaraźliwe. Sceptycznie nastawiony do pomysłu pracy nad szczepionką przeciwtyfusową był nauczyciel i mentor Weigla – prof. Filip Eisenberg, który największą trudność upatrywał w drodze zakażenia wszy. Wówczas to Weigl miał mu odpowiedzieć, że jeśli nie uda mu się nakarmić wszy riketsjami, to poda im je wprost do odbytu. Tak też się stało.

Historia odkrycia szczepionki Weigla jest przykładem pracy kolektywu myślowego. Pojęcie to zostało wprowadzone przez Ludwika Flecka, ucznia prof. Weigla, którego drugą pasją poza mikrobiologią była filozofia. Zasadniczym przedmiotem zainteresowań filozoficznych Flecka był socjologiczny kontekst odkrycia naukowego. Fleck uważał, że poznanie naukowe jest procesem i poszukiwał odpowiedzi na pytanie o mechanizmy rozwoju nauki. Swoją najważniejszą pracę w dziedzinie nauk filozoficznych *Enstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (*Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*) opublikował w 1935 r. w Bazylei. Drogi obu uczonych rozeszły się stosunkowo szybko, a w 1923 r. Fleck otworzył prywatne laboratorium analityczne i rozpoczął pracę w Szpitalu Powszechnym. W 1935 r. został wyrzucony z pracy w pracowni bakteriologicznej Kasy Chorych z powodu czystek rasowych.

W okresie okupacji sowieckiej Lwowa Ludwik Fleck objął stanowisko docenta w Państwowym Instytucie Medycznym oraz prowadził Miejskie Państwowe Laboratorium Bakteriologiczne. Rudolf Weigl kontynuował pracę w swoim laboratorium, produkując szczepionkę na potrzeby okupanta, równocześnie wykorzystując swoje wpływy do ratowania zagrożonych wywózką na Wschód Polaków. Po zajęciu Lwowa przez Niemców Fleck został zmuszony do zamieszkania w getcie i pracy w żydowskim szpitalu. Wykorzystując minimalne środki,

opracował tam nową metodę produkcji szczepionki przeciwtyfusowej pozyskiwanej z moczu ozdrowieńców po przebytym tyfusie. Ten fakt zwrócił uwagę Niemców, którzy postanowili wykorzystać zespół naukowców pracujących w laboratorium Flecka do pracy nad szczepionką na potrzeby armii niemieckiej. W tym celu aresztowali wszystkich pracowników i umieścili początkowo w fabryce Laokoon na przedmieściach Lwowa, a potem przetransportowali do KL Auschwitz. W tym samym czasie prof. Weigl nie tylko produkował kolejne partie szczepionki przeciwtyfusowej dla Wehrmachtu, lecz także wysyłał drogami konspiracyjnymi ten cenny produkt do więzień, gett i obozów koncentracyjnych. Zatrudniał przy tym w swoim instytucie jako karmicieli wszy rzesze młodzieży działającej w strukturach podziemnych oraz kwiat lwowskiej inteligencji, ratując ich od wywózki na roboty, a nawet śmierci. Posiadanie specjalnego dokumentu informującego, że jego okaziciel karmi wszy, było swoistą przepustką do wolności i jak nic innego odstraszało Niemców nawet od grabieży mienia. Także Ludwik Fleck znajdował się na liście karmicieli wszy Instytutu Weigla. Książka szczegółowo opisuje dalsze losy obu uczonych. Co ważne, obaj naukowcy, zarówno Fleck, jak i Weigl, zostali po wojnie bezpodstawnych oskarżeni o współpracę z Niemcami. Mechanizmy powstania tych zarzutów przedstawia Allen w sposób niepozostawiający cienia wątpliwości co do ich bezzasadności, obnażając ułomności ludzi, którzy nie mieli nigdy szansy dorównać żadnemu z „oskarżonych".

Charakterystyczny koloryt miasta zarówno w okresie przedwojennym, jak i okresu okupacji został opisany w sposób ciekawy i szczegółowy, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska matematyków lwowskich oraz przedstawicieli nauk medycznych i filozoficznych. Uwagi na temat przedstawicieli matematycznej szkoły lwowskiej poczyniła już w swojej recenzji wersji angielskiej Małgorzata Stawiska-Friedland, która sprostowała niejasności oraz zaproponowała, aby polskie tłumaczenie opatrzyć przypisami korygującymi błędy popełnione przez autora[1]. Jako jeden z wielu przykładów podała, że Allen dostrzegł wyjątkową rolę matematyków w życiu intelektualnym międzywojennej Polski i wymienił wiele nazwisk, pisząc barwnie o dyskusjach w Kawiarni Szkockiej, jednak pomylił lwowską szkołę matematyczną z działającą w tym samym czasie filozoficzną szkołą lwowsko-warszawską. Powielił też m.in. powtarzaną przez lata legen-

[1] M. Stawiska-Friedland, *Uwagi o książce Arthura Allena "The fantastic laboratory of Dr. Weigl"*, "Antiquitates Mathematicae" 2014, t. 8, s. 169–181. Digital Object Identifier (DOI): 10.14708/am.v8i1.612.

dę dotyczącą rzekomo nieznanego ojca Stefana Banacha, który miał nie interesować się swoim synem. Allen nie uwzględnił niestety najnowszych badań i opracowań historycznych życiorysu tego wielkiego matematyka. Podobne błędy popełnił, przepisując powielane od lat informacje dotyczące dzieciństwa Flecka. Na inne błędy merytoryczne zwracała w swojej recenzji uwagę Daria Czarnecka, pisząc, że autor mylnie zakwalifikował KL Plaszow jako podobóz KL Auschwitz[2]. Do 1943 r. KL Plaszow był obozem pracy przymusowej, później do stycznia 1944 r. podobozem KL Lublin (Majdanek), a ostatecznie samodzielnym obozem. Daria Czarnecka zauważyła, że owrzodzenie twarzy występujące u dzieci cygańskich – tzw. noma, czyli rak wodny – zostało nieprecyzyjnie określone.

Jakkolwiek anglojęzyczna wersja książki nie jest pozbawiona błędów historycznych, medycznych i filozoficznych, to czyta się ją z dużym zainteresowaniem. Nie można jednak tego powiedzieć o polskiej wersji językowej. Co gorsza, błędy popełnione przez tłumaczkę są momentami nie tylko rażące, lecz także śmieszne. Okładka polskiej wersji językowej będzie wywoływała zdumienie u większości znawców historii. Dlaczego prof. Rudolf Weigl został „zdegradowany" do doktora? Gdyby choć był lekarzem, to można by sądzić, że autor chciał podkreślić jego zawód. Weigl był tymczasem biologiem. Sam Allen odpowiedział na jednym z forów internetowych, że „laboratorium dr. Weigla" miało nasuwać skojarzenie z „Gabinetem dr. Caligari" – niemieckim filmem grozy z 1920 r. Nie wiem, czy autor odniósł zamierzony skutek. Zdumienie budzi fakt, że w drugiej części tytułu wyraz „Nazis" został przetłumaczony jako „Niemcy". Na ten fakt moją uwagę zwrócił dr Paweł Jarnicki.

Szczególnie wyraźne defekty dostrzegam w tłumaczeniu sformułowań z zakresu mikrobiologii lekarskiej i immunologii. Dziwi, że konsultant naukowy nie wychwycił tych oczywistych niezręczności. Błędy znajdują się też w ogólnolekarskich częściach tekstu. Przykładowo, zdanie: „Chory odczuwa wielkie zmęczenie, silny ból głowy i krzyża; wkrótce wydaje się blady i nieobecny, ma spowolnione reakcje. Mniej więcej po pięciu dniach na ramionach, barkach i piersi pojawiają się czerwone plamy i grudki, jakby klejnociki wciśnięte w skórę". Z lekarskiego punktu widzenia pacjent nie może wydawać się blady, pacjent jest blady albo nie jest. To pozornie mało ważne

[2] D. Czarnecka, *Arthur Allen – „Fantastyczne laboratorium doktora Weigla" – recenzja*, http://histmag.org/arthur-allen-fantastyczne-laboratorium-doktora-weigla-lwowscy-uczeni-tyfus-i-walka-z-niemcami-recenzja-13085.

rozróżnienie ma jednak istotne znaczenie w badaniu przedmiotowym i nie przekonuje mnie, że w wersji angielskiej autor napisał „the patient begins to appear pale", bo można to było przełożyć „pacjent staje się blady", co ma zupełnie odmienne znaczenie. W dalszej części przytoczonego fragmentu czytamy, że wysypka pojawia się na piersi. Otóż wysypka mogłaby pojawiać się ewentualnie na piersiach, w rozumieniu klatki piersiowej, ale w oryginale tekst brzmi „on the shoulders, torso and arms", co oznacza „na barkach, tułowiu i ramionach". W kolejnych zdaniach tłumaczka nie odróżnia hotelowej recepcji od izby przyjęć szpitala, tłumacząc zdanie następująco: „[…] zauważył, że w szpitalu miejskim na tyfus często zapadali pracownicy recepcji […]". Jeśli zaś chodzi o nomenklaturę medyczną, to sformułowanie „frequent false positives" oznacza „częste wyniki fałszywie pozytywne", a nie „fałszywe wyniki pozytywne". Tak brzmiące sformułowanie jest obecne w diagnostyce laboratoryjnej z górą od 50 lat i z uwagi na swoją uniwersalność nie zostało jak dotąd zmienione. O tych i innych błędach odnalezionych w polskim tłumaczeniu poinformowałam autora niezwłocznie po przeczytaniu książki. Zdaję sobie sprawę, że tłumaczenie literatury fachowej wymaga nierzadko pracy zespołowej, tutaj najwyraźniej taki schemat pracy nie miał miejsca. Tłumaczka zdecydowała się na jeden przypis, w którym wyjaśniła, że w polskiej literaturze przedmiotu tyfus plamisty bywa także określany jako dur plamisty lub dur wysypkowy. To istotna uwaga porządkująca i ustalająca prawidłową nomenklaturę bakteriologiczną. Faktycznie, Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 podaje, że *Typhus exanthematicus classicus* wywołany przez *Rickettsia prowazekii* (A75.0) to w języku polskim dur wysypkowy klasyczny/epidemiczny. Nomenklaturowy bałagan panujący wokół słowa tyfus pogłębia dodatkowo fakt istnienia choroby o podobnej nazwie, lecz zupełnie inne etiologii – duru/tyfusu brzusznego wywoływanego przez Salmonellae. Na ten fakt także zwraca uwagę tłumaczka.

Czarno-biała ikonografia dołączona do poszczególnych rozdziałów jest bardzo ciekawa i częściowo w Polsce niepublikowana. Zdjęcia obrazujące proces powstawania szczepionki Weigla pochodzą z Muzeum Narodowego Ziemi Przemyskiej, miejsca, gdzie pielęgnuje się pamięć o prof. Weiglu, oraz od Stanisława Kosiedowskiego – twórcy największego portalu internetowego o historii Lwowa i członka zarządu Fundacji Profesora Wacława Szybalskiego. Zdjęcia pozyskane z tych źródeł są bez wątpienia ozdobą tej publikacji. Podobnie jak i te pozyskane z archiwów zagranicznych.

Wyjaśnienia wymaga jednak opis zamieszczony do zdjęcia na stronie 31. Zdjęcie przedstawiające Szpital w Tarnowie zostało błędnie opisane jako Oddział tyfusowy w szpitalu Miłosierdzia w Warszawie, w roku 1921. Taki szpital w stolicy nie istniał. Pomyłka spowodowana jest prawdopodobnie zaczerpnięciem nieprawidłowego opisu zdjęcia z United States National Library of Medicine (dostępne przez bazę Wikimedia), gdzie zostało ono opisane jako „Polish Typhus Relief Commission Ward in Grace Hospital, Warsaw, Poland". Błąd opisu wynika najprawdopodobniej z tego, że Szpital w Tarnowie był w latach 20. XX w. dofinansowywany przez Grace Hospital w Detroit. Natomiast skąd pojawiła się w opisie zdjęcia Warszawa – trudno dociec. W rozdziale pt. „Zimowe wojsko" zabrakło niezwykle przejmującego zdjęcia (jest w wersji oryginalnej) przedstawiającego żołnierzy niemieckich – uczestników bitwy pod Stalingradem.

Jak słusznie zauważa Małgorzata Stawiska-Friedland, w literaturze faktu nie ma miejsca na daleko posunięte uproszczenia i przeinaczenia. Dotychczasowe publikacje autora dotyczą zagadnień związanych z historią medycyny, zwłaszcza historią odkryć szczepionek i w tym obszarze porusza się on nader swobodnie. Kwerenda archiwalna wykonana została m.in. w archiwach: Bundesarchiv w Niemczech (Freiburg, Berlin), Institut d'histoire du temps présent w Paryżu, Instytucie Pamięci Narodowej, Imperial War Museum, Ludwik Fleck Zentrum – Archiv für Zeitgeschichte w Zurichu, National Archives w Waszyngtonie, Archiwum Instytutu Pasteura w Paryżu, Shoah Foundation Institute for Visual History and Education, United State Holcaust Memorial Museum, Archiwum Yad Vashem oraz Direction Génerale des Victimes de la Guerre w Brukseli. Autor wykorzystał także wiele pozycji książkowych należących do kanonu literatury przedmiotu. Za szczególnie cenne uważam odwołanie się do literatury fachowej z zakresu mikrobiologii, w tym publikowanych w różnych językach artykułów zarówno Weigla, jak i Flecka. Zabrakło jednak pogłębionej kwerendy w archiwach polskich (m.in. Archiwum Akt Dawnych, Archiwum Akt Nowych, Archiwum Miasta Krakowa, Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej, Centralnym Archiwum Wojskowym) i archiwach ukraińskich. Należy docenić fakt, że autor odbył podróż do Lwowa i odwiedził dawny San-Bak Instytut (później Zakłady Behringa) przy ulicy Zielonej. Niestety, bez zgody Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Ukrainy wizyta w laboratorium nie jest możliwa, ponieważ jest to placówka o zaostrzonym rygorze bezpieczeństwa.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że książka Arthura Allena w polskiej wersji językowej zawiera wiele błędów wynikających z niestaranności przekładu lub braku konsultacji merytorycznej tekstu. Niedociągnięcia i błędy rozpoznane przez specjalistów: lekarzy, historyków, filozofów powinny zostać uwzględnione i poprawione w kolejnym wydaniu. Pomimo oczywistych braków (jak zbiorcza bibliografia) i mając na uwadze fakt, iż jest to reporterska opowieść, można napisać, że książka ta jest nie tylko ciekawa, lecz także wypełnia istniejącą do tej pory pustkę – spowodowaną wieloletnim wykreśleniem z narracji historycznej postaci prof. Rudolfa Weigla i prof. Ludwika Flecka.

Bożena Płonka-Syroka, Kaja Marchel, Andrzej Syroka (red.), *Miłość czarowna,* t. 7, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, ss. 314. Recenzja: Teresa Dworecka

Miłość czarowna to kolejny, 7. tom serii *Antropologia miłości*, będący kontynuacją badań nad zjawiskiem miłosnego oczarowania pod kierunkiem dr hab. Bożeny Płonki-Syroki. W prezentowanej publikacji autorzy 17 artykułów o charakterze studiów poddali bliższej analizie różne aspekty miłosnego lub quasi-miłosnego oczarowania. Wprowadzeniem w tematykę jest wstęp Bożeny Płonki-Syroki. Zjawisko miłosnego oczarowania, będące przedmiotem analizy w prezentowanej publikacji, różni się diametralnie od miłości romantycznej, która była dokładnie opisana w poprzednich tomach tej serii.

Uczucia i emocje towarzyszące miłosnemu oczarowaniu nie są zjawiskiem charakterystycznym tylko dla epoki romantyzmu. Zjawisko to wzbudziło zainteresowanie badaczy ludzkiej natury już w starożytności. Refleksje starożytnych filozofów dotyczących miłosnych uniesień przedstawiła Jadwiga Skrzypek-Faluszczak w artykule *Szał miłosny jako nie-zwykłe doświadczenie*. Autorka na przykładzie kilku wybranych utworów literackich pokazała kreatywny oraz destruktywny wpływ miłości na życie człowieka. Czytelnik uświadamia sobie, że różne pojęcia miłości stworzone przez filozofię i literaturę są ogromną siłą do podejmowania różnorodnych działań oraz do odmiennego pojmowania świata i praw w nim rządzących.

Natomiast Agnieszka Kaźmierczak, autorka kolejnych dwóch artkułów (*Komunikowanie kobiecości w wybranych zachowaniach niewerbalnych oraz Wygląd i strój a atrakcyjność kobiety*), przedstawia oczarowanie jako efekt utrwalonych w kulturze, skutecznych zabiegów ze strony oczarowującej, czyli kobiety. Autorka poddała analizie najczęściej stosowane, świadome lub nieświadome, kobiece zachowania niewerbalne. Okazuje się, że kobieta dysponuje o wiele większą niż mężczyzna gamą niewerbalnych środków wyrazu. Mimika, gest i dotyk, pozycja ciała, sposób poruszania, wykorzystanie przestrzeni

w komunikacji oraz ton głosu służą kobiecie do oczarowania mężczyzny, a następnie do osiągnięcia zamierzonego celu.

Kolejny rozdział pt. *Syreny i Meluzyna – miłosne opętanie w perspektywie feministycznej. Studium antropologiczno-literackie* prezentuje rozważania Natalii Lemann na temat deprecjonującego wpływu miłosnej magii kobiet na oczarowanego mężczyznę. Oczarowany mężczyzna przestaje racjonalnie myśleć i postępuje wbrew sobie, ale zgodnie z oczekiwaniami kobiety.

Aleksandra Bartosiewicz w artykule *Czar pirackiego życia na przykładzie Johna Rackhama, Anne Bonny i Mary Read* prezentuje biografie dwóch kobiet, które fatalne zauroczenie utożsamiały z prawdziwą miłością. Bohaterów łączyła fascynacja morzem i zamiłowanie do awanturniczego trybu życia, a nie wzajemne uczucia.

Tekst Agnieszki Kowalkiewicz-Kuleszy pt. *Czarownicy sposób na miłość… – literackie kreacje uwodzącej wiedźmy* w zwięzłej formie prezentuje różnorodne strategie oczarowania stosowane przez bohaterki znanych baśni (Królowa Śniegu, Jadis i Horpyna) do osiągania postawionych celów. Bezwzględne, wyzwolone bohaterki bez skrupułów wykorzystują wszystkie dostępne im środki w celu osiągnięcia swoich egoistycznych celów.

Przejściem ze świata literatury i antropologicznych analiz w realia Polski epoki rozbiorów jest artykuł Eweliny Marii Kostrzewskiej pt. *Oczarowanie carskim mundurem. Polki doby zaborów między miłością a narodową apostazją na tle poglądów Cecylii Plater-Zyberkówny.* Tu w roli strony oczarowującej jest mężczyzna w mundurze zaborcy, a relacje między płciami są analizowane w kontekście politycznych stosunków polsko-rosyjskich w czasach rozbiorów. Niejednokrotnie przykłady karier Polaków w carskim wojsku, noszących rosyjskie mundury po 1852 r., były źródłem rozterek wielu zauroczonych polskich kobiet. Próbą zapobiegania uleganiu urokowi oficerów w rosyjskich mundurach były apele i wyrazy wsparcia w prasie oraz w literaturze. Hrabina Cecylia Plater-Zyberkówna – społeczniczka oraz twórczyni szkół dla dziewcząt – kazała im łączyć miłość do mężczyzny z miłością do ojczyzny. Jednocześnie przestrzegała przed zawieraniem związków z rosyjskimi oficerami ze względu na narodowościowe i kulturowe różnice, które w konsekwencji prowadziły do rozpadu związku.

Innym przykładem mężczyzny oczarowującego kobiety jest Czesław Czyński, którego sylwetkę przybliżył Zbigniew Łagosz w artykule *Czesław Czyński – uwodziciel hipnotyczny*. Tekst oparty na autentycznych wydarzeniach pokazuje skutki „fatalnego zauroczenia" za-

równo dla kobiet, jak i mężczyzn. Tekst wzbogacają zdjęcia bohatera artykułu oraz celi więziennej, w której odbywał karę.

Artykuł Wojciecha Ślusarczyka pt. *Motyw miłości czarownej w literaturze „farmaceutycznej". Wybrane przykłady* prezentuje sposoby oczarowywania opisane w polskiej beletrystyce XIX i XX w. autorstwa farmaceutów, stosowane zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn. Motyw miłości czarownej został przeanalizowany na przykładzie dwóch powieści: *Ankara* Leona Pawlika oraz *Pigularz* Wacława Gąsiorowskiego. Powieści te są wiarygodnym źródłem wiedzy historycznej, ponieważ ich autorzy byli pracownikami aptek. Uśmiech wywołuje opis prób oczarowania starszego profesora przez studentki pierwszego roku farmacji oraz sposób przeprowadzenia w 1946 r. egzaminu z chemii nieorganicznej. Z przedstawionych opisów wynika, że młodzi mężczyźni są bardziej podatni na miłość od pierwszego wejrzenia niż kobiety. Kobiety także ulegają czarownej miłości podobnie jak mężczyźni, ale zdecydowanie lepiej radzą sobie ze swymi uczuciami, nie popadając w alkoholizm i w depresję.

Artykuł Patrycji Spytek pt. *Eros i Tanatos w opowiadaniach Iwana Bunina i Jarosława Iwaszkiewicza* prezentuje erotyzm jako niemożliwą do opanowania siłę, którą wykorzystują kobiety do osiągnięcia swych celów. Seksualność kobiet, będąca trwałym elementem ludzkiej natury, nie jest rozpatrywana w kategoriach dewiacji. Istotny wpływ ma na nią pruderyjna moralność. Miłość oraz śmierć są nieodzownym elementem ludzkiej egzystencji, wzajemnie się przenikają i każdemu z tych stanów towarzyszą ogromne emocje.

Artykuł Piotra Szkutnika pt. *Czar sutanny – duchowni i parafianki. Analiza fotografii stowarzyszeń katolickich w Szadku w okresie międzywojennym* wskazuje, że fotografia jest ważnym historycznym źródłem informacji do badań społecznych. Fotografie stowarzyszeń katolickich w Szadku (według opisu autora) przedstawiają parafianki zgromadzone wokół swego przywódcy duchowego. Fotografie duchownego z parafiankami niejednokrotnie uzewnętrzniają wzajemne relacje. Duchowny znajduje się najczęściej w punkcie centralnym. Można wnioskować, że osoby najbliżej niego to jego najbliżsi współpracownicy. Stroje młodych dziewcząt, mimika twarzy mogą nieraz sugerować, że celem spotkań mogła być osoba duchownego. Z drugiej strony kobiety mogły wzajemne relacje z duchownym traktować jako zupełnie bezpieczne, ponieważ nie musiały się obawiać, że staną się obiektem pożądania z jego strony. Duchowny to autorytet w różnych sferach życia i niejednokrotnie atrakcyjny fizycznie mężczyzna, któ-

rego osobowość budziła zainteresowanie ze względu na celibat. Należy żałować, że autor artykułu nie zamieścił w tekście nawet jednej fotografii i odsyła czytelnika do źródeł.

Tekst Sławomira Marchel pt. *Kto tu kogo czarował? Sprawy o uznanie ojcostwa w sądzie grodzkim w Prudniku w latach 1945–1950* jest niezwykle cennym źródłem informacji o życiu codziennym różnych warstw społecznych, pokazującym negatywne skutki relacji męsko-damskich w postaci nieślubnych dzieci. Przedmiotem analizy była dokumentacja procesów o ustalenie ojcostwa i przyznanie alimentów. Okazuje się, że w trakcie procesu były przedstawiane zupełnie różne wersje wydarzeń, w wyniku których doszło do zbliżenia, a następnie poczęcia nieślubnego dziecka. W sądzie każda ze stron starała się różnymi sposobami oczarować sędziego w celu uzyskania korzystnego dla siebie wyroku.

Kolejne artykuły przedstawiają oczarowanie miłosne na podstawie losów bohaterów filmowych XX w. oraz aktorów – celebrytów, odtwórców losów filmowych bohaterów. Radosław Łazarz w artykule *Trzy wiedźmy. Kinematograficzne zauroczenia czarownicami w wybranych dziełach filmowych* , Piotr Zbierski w artykule *Przemiany w prezentowaniu postaci kobiecych w związkach w komiksie amerykańskim*, Anetta Bogusława Strawińska w artykule pt. *O języku miłości czarownej. Przypadek Angeliny Jolie i Brada Pitta* oraz Jolanta Bujak-Lachowicz pt. *O złudnej czarowności w filmie Czarny łabędź Darena Aronofsk'ego* prezentują oczarowanie miłosne jako pewnego rodzaju manipulację. Językiem miłości gwiazd są czasem tatuaże z zakodowanymi komunikatami w postaci słów – cytatów czy sentencji w różnych językach. Stąd miłość Angeliny i Brada, najpopularniejszej hollywoodzkiej pary, analizowana na podstawie słów i znaków zapisanych na ich ciałach, wykorzystywana przez media, jest pilnie śledzona przez widzów.

Ostatni artykuł Agnieszki Kity pt. *Miłość czarowna czy fatalne zauroczenie? Zjawisko fanatycznych kibiców piłkarskich w Argentynie* wskazuje, że miłosne zauroczenie nie odnosi się tylko do relacji damsko-męskich. Prezentowany jest mechanizm oczarowywania mas z wykorzystaniem technik marketingowych stosowanych przez władze piłkarskie i podlegające im kluby. Kibic jest tu podmiotem oczarowanym, doświadczającym bardzo silnych emocji. Przedmiotem adoracji są kluby oraz wybrani zawodnicy. Autorka zwraca także uwagę na element manipulacji, w którym miłosne oczarowanie od fatalnego zauroczenia dzieli bardzo wąska granica.

Omawiana publikacja jest zasługującym na szczególną uwagę, cennym nabytkiem we współczesnej literaturze naukowej. Antropologia i historia emocji nie są w polskim piśmiennictwie szeroko reprezentowane. Miękka okładka przedstawiająca *Morfeusza i Iris* Pierre-Narcisse Guerina z 1811 r. obrazowo sugeruje tematykę książki i jest zachętą do jej przeczytania. Na uwagę zasługuje prezentowana przez autorów baza źródłowa oparta na utworach literackich, pamiętnikach, artykułach prasowych, fotografiach oraz filmach. Rozbudowane przypisy i bogata bibliografia mogą służyć badaczom jako ciekawe źródło. Adresatem niełatwych treści mogą być zarówno historycy, w tym historycy medycyny, antropolodzy, socjolodzy, jak i szeroka rzesza czytelników reprezentujących inne dziedziny wiedzy. Jest to cenna i godna polecenia publikacja.

Autorzy

- **Golańska-Kozubek Katarzyna** – diagnosta laboratoryjny, absolwent Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, asystent w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach, doktorant Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Mail: kaska.go@gmail.com.

- **Korpalska Walentyna Krystyna** – historyk, dr hab. n. hum. Kierownik Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu. Mail: wkorpalska@wp.pl.

- **Kowalska Barbara** – historyk, pracownik Instytutu Historii (Zakład Historii Starożytnej i Średniowiecznej) Akademii im. J. Długosza w Częstochowie; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Historycznego Oddział w Częstochowie. Zainteresowania badawcze: średniowieczna hagiografia, dzieje Kościoła tej epoki, zwłaszcza średniowiecznego ruchu monastycznego, historia mentalności oraz szeroko rozumiana symbolika kultury średniowiecznej. Jest autorką książki *Święta Kinga-rzeczywistość i legenda. Studium źródłoznawcze*, wyd. AVALON, Kraków 2008. Mail: barbara_kowalska@op.pl.

- **Łopatecki Karol** – absolwent prawa i historii, adiunkt w Instytucie Historii i Nauk Politycznych Uniwersytet w Białymstoku. W latach 2009–2015 sekretarz Instytutu Badań nad Dziedzictwem Kulturowym Europy. W 2011 r. obronił pracę doktorską zatytułowaną: *Disciplina militaris w wojskach Rzeczypospolitej do połowy XVII wieku*. Zainteresowania badawcze: prawo wojskowe i rewolucja militarna okresu nowożytnego. Mail: karollopatecki@gmail.com.

- **Maciejewski Marek** – dr n. med. zatrudniony w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Mail: maciejewski_marek@ wp.pl.

- **Rutkowska Elżbieta** – dr n. farm. Pracownik naukowy Zakładu Farmacji Stosowanej na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Zainteresowania badawcze: historia leków, historia aptekarstwa. Mail: elzbieta.rutkowska@umb.edu.pl.

- **Wiktorowski Grzegorz** – antropolog kultury i etnolog, doktorant Studium Nauk o Kulturze Wydziału Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego, pracownik Muzeum Farmacji Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Zainteresowania badawcze: antropologia medycyny wraz z antropologią ciała i seksualności, antropologia wiedzy i historia nauki zorientowana kulturalistycznie, antropologia religii oraz współczesnych ruchów religijnych, ze szczególnym uwzględnieniem protestantyzmu obszaru anglosaskiego. Mail: grzegorz.wiktorowski@umed.edu.pl.

Regulamin
ogłaszania prac w piśmie
„Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną"

Redakcja przyjmuje niepublikowane w innych czasopismach prace o charakterze syntetycznym, zawierające własne wnioski i refleksje autorów, o objętości do 50 znormalizowanych stron maszynopisu formatu A4 (60 znaków w wierszu, 30 wierszy) do działu **Studia**, oraz teksty o charakterze źródłowym, bibliograficznym lub analitycznym (o objętości do 15 stron) do działu **Prace analityczne** oraz do działów: **Recenzje i omówienia, Z archiwów, bibliotek i muzeów** oraz **Kroniki życia naukowego.**

W dziale **Anachronica** umieszczamy artykuły o objętości tekstów studyjnych, niemieszczące się w chronologicznym zakresie pojęcia „medycyny nowożytnej".

Prace prosimy przesyłać w jednym egzemplarzu wraz ze streszczeniami o objętości 0,5–1 strona (w językach polskim i angielskim – również tytuł artykułu). Artykuł powinien również zawierać: **3–4 słowa kluczowe (w j. polskim i angielskim)** oraz **bibliografię artykułu.** Prosimy też o dołączenie płyt CD z tekstem zapisanym w programie MS Word dokument. Możliwe jest również przesłanie artykułu drogą elektroniczną na adres: **magda.pa@op.pl**.

Należy załączyć oświadczenie autora o niezłożeniu nadesłanego tekstu w innym wydawnictwie oraz jego zgodę na opublikowanie danych osobowych, adresu mailowego (prosimy też o przesłanie krótkiej notki o autorze, zawierającej m.in. wykształcenie, zawód, instytucję naukową, jaką prezentuje, zainteresowania badawcze, tytuły większych prac czy publikacji).

Nadesłany artykuł podlega wstępnej ocenie redakcji, a następnie kierowany jest do dwu- lub trzykrotnej anonimowej recenzji. Recenzje negatywne oraz recenzje wymagające poprawek autorskich zostaną przesłane do wiadomości autora. Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu materiału do druku podejmuje Komitet Redakcyjny. Artykuł przyjęty do druku ukaże się w terminie do 12 miesięcy od podjęcia decyzji o jego zakwalifikowaniu.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstu oraz rezygnacji z materiału ilustracyjnego. Redakcja nie zwraca niewykorzystanych materiałów i nie płaci honorariów autorskich, nie są również honorowane recenzje.

Nadesłane artykuły winny być napisane czcionką: Times New Roman, bez jakichkolwiek pogrubień i kursywy czy podkreśleń, rozmiar 12, interlinia 1,5. Przypisy powinny być umieszczone w przypisach dolnych. W cytowanych czasopismach prosimy o zachowanie układu: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł artykułu (kursywą), tytuł czasopisma (prosta czcionka, cudzysłów), rok, tom, numer lub zeszyt, strona, do których cytat nawiązuje. W książkach zaś: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł artykułu (kursywą), wydawnictwo, miejsce i rok wydania, strony. Prosimy stosować polskie odpowiedniki powtórzonych pozycji, tj. „tamże" czy „dz. cyt.". Należy stosować skróty takich wyrazów, jak rok – r., wiek – w., na przykład – np. itp.

Ilustracje, opatrzone informacją o źródle ich pochodzenia, powinny zawierać dokładne wskazanie miejsca ich umieszczenia w tekście artykułu. W przypadku umieszczania tekstu na płycie CD zdjęcia i ilustracje prosimy przesyłać w oddzielnym pliku z zaznaczoną ich numeracją i podpisami.

Redakcja

Warunki prenumeraty

Czasopismo Instytutu Historii Nauki PAN **Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną** jest półrocznikiem. Cena pojedynczego egzemplarza wynosi 30 zł. Zamówienia na prenumeratę należy przesłać na adres: Wydawnictwo IHN PAN ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, tel. 022 657 27 14, 826 87 54 bądź na adres: dorotapeczlewicz@gmail.com.