

Zbigniew DOMOSŁAWSKI



WYPISY DO PRZEDMIOTU

**PROPEDEUTYKA I HISTORIA
MEDYCYNY**

KARKONOSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

KOLEGIUM KARKONOSKIE

JELENIA GÓRA 2005

KARKONOSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

KOLEGIUM KARKONOSKIE
(Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa)
w Jeleniej Górze



WYPISY DO PRZEDMIOTU

PROPEDEUTYKA I HISTORIA MEDYCYNY

Skrypt dla studentów Instytutu Edukacji Medycznej
Kolegium Karkonoskiego

Opracował **prof. dr hab. n. med. Zbigniew DOMOSŁAWSKI**

Jelenia Góra 2005

PRZEWODNICZĄCY
RADY PROGRAMOWO - WYDAWNICZEJ

dr hab. Henryk GRADKOWSKI

RECENZENT

prof. dr hab. n. med. Janusz DAWISKIBA



*Niniejsze wydawnictwo można nabyć w Bibliotece Uczelnianej
Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze
ul. Lwówecka 18 lei. (075) 6453352*

Druk i oprawa: 1NTROLIGATORSWO - MAŁA POLIGRAFIA
58-503 Jelenia Góra ul. Podchorążych 1/6
tel. (075) 6474006 tel. kom. 0501 181576

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
I. Terminologia najważniejszych (wybranych) jednostek chorobowych w zakresie medycyny klinicznej.....	5
II. Medycyna średniowieczna.....	15
III. Medycyna renesansu	19
IV. Medycyna w okresie baroku i oświecenia	24
V. Medycyna nowożytna XIX i XX wieku	31
1. Podwaliny współczesnych nauk morfologicznych, fizjologii i biochemii	31
2. Rozwój patologii	34
3. Rozwój medycyny klinicznej	40
4. Rozwój chemii i nauki o leku	42
5. Z dziejów położnictwa i nauki o chorobach kobiecych	44
6. Rozwój specjalizacji w chirurgii	46
VI. Śląskie i wrocławskie tradycje medyczne	53
VII. Graniczne problemy propedeutyki, historii i filozofii medycyny	60
Łacińskie aforyzmy i przysłowia w medycynie – ich aktualność	60
Albert Schweitzer i Janusz Korczak	62
Wkład Janusza Korczaka do filozofii medycyny	66
Autorytet w życiu i medycynie	70
Eutanazja wobec logiki medycyny	73
Literatura jako sojusznik medycyny i antidotum na jej dehumanizację	76
Muzeum Karkonoskie w Jeleniej Górze (historia regionu, wątki medyczne).....	78
<i>Gaude Mater Polonia</i>	80
<i>Gaudeamus igitur</i>	82
Wątki historyczno-medyczne w regionie Karkonoszy	83
Z XIII Światowego Dnia Chorego (garść informacji i refleksji)	87

WPROWADZENIE

Wypisy do przedmiotu propedeutyka i historia medycyny, z tekstami uprzednio publikowanymi piszącego te słowa, powstały w wyniku doświadczenia dydaktycznego zarówno w Akademii Medycznej we Wrocławiu, jak i w ciągu prowadzenia zajęć z tego przedmiotu w Instytucie Edukacji Medycznej Kolegium Karkonoskiego.

Wychodząc z założenia bezwzględnego priorytetu wykładów i zajęć seminaryjnych (ćwiczenia, konwersatoria), nad nieraz uciążliwą dla młodych adeptów nauk medycznych lekturą obszernych podręczników (przy małej ilości godzin przeznaczonych na zajęcia dydaktyczne) piszący te słowa pragnie przekazać Młodzieży studiującej pewne „niezmienniki” z tego przedmiotu, pomocne w utrwaleniu materiału z wykładów.

Zaliczyć do nich można przede wszystkim terminologię polską, łacińską oraz niekiedy w językach obcych podstawowych terminów jednostek chorobowych w zakresie medycyny klinicznej. Miło mi podnieść, że te treści były przedmiotem szczególnego zainteresowania młodzieży uczęszczającej na moje wykłady, co więcej – były przedmiotem własnych, nadobowiązkowych, poszerzonych studiów.

W historii medycyny filozoficzne ujętej uważam, że zarówno medycyna najdawniejszych cywilizacji w Grecji, Aleksandrii i Rzymie może stanowić wdzięczny materiał do zajęć seminaryjnych, dając możliwości nowego repetytorium z tego zakresu z historii starożytnej jak i uzupełnienia jej o te zdobycze, które są punktem wyjścia nowożytnej medycyny.

Natomiast rozdziały poświęcone medycynie średniowiecznej, renesansu, baroku i przełomu do nowoczesnej stanowią pewien „constans” ustaleń, pozwalający po wykładach na ugruntowanie podstawowych wiadomości – że tak się wyrażę – klasycznego repertuaru historii medycyny; stąd w trzecim rozdziale teksty z cyklu: graniczne problemy propedeutyki historii i filozofii medycyny. Są to publikacje, które

uzupełniają wykłady, wskazując na służebną rolę historii medycyny. Ta ostatnia ujęta jest filozoficznie jako kontynuowanie szkoły moich nieprześcignionych mistrzów, Profesorów: Władysława Szumowskiego, Romualda Gutta i Zdzisława Wiktora. Teksty łacińskie aforyzmy w medycynie, wzorce osobowe Alberta Schweitzera i Janusza Korczaka, autorytet, problemy eutanazji, literatura jak sojusznik medycyny są ugruntowane we własnych badaniach, wystąpieniach na zjazdach naukowych i w dyskusjach.

Studenci winni również choć fragmentarycznie poznać historię medycyny regionu, a przy okazji nauczyć się choć skróconych tekstów *Gaude Mater Polonia* i *Gaudeamus igitur*.

Ostatni tekst z XIII Światowego Dnia Chorego w roku 2005, zawierający wiele myśli Papieża Jana Pawła II, może choć w części przybliżyć jego duchowe posłanie nie tylko do chorych, ale i pracowników służby zdrowia. Pisząc te słowa pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że przedłożone wypisy pomogą studiującym na pogłębienie wykładanego przedmiotu.

Na koniec pozwolę sobie podnieść, że żywe słowo wykładu nigdy nie straciło swej wagi, mimo wielkiego postępu, zarówno medycyny jak i informatyki.

Podręcznik, choćby najlepszy, nie zastąpi wykładu, wykład jednak wymaga podręcznika o ukierunkowanym profilu, a w warunkach lokalnych może – jak uczy doświadczenie – być wspierany odpowiednimi wypisami.

Autor

I. Terminologia najważniejszych (wybranych) jednostek chorobowych w zakresie medycyny klinicznej

Choroby Wewnętrzne

Choroby układu krążenia

Endocarditis – idis (f) – zapalenie wsierdzia

e. acuta – zapalenie ostre (reumatyczne)

e. chronica

e. septica chronica – powolne posocznicze zapalenie wsierdzia

e. lenta – powolne zapalenie wsierdzia (podostre bakteryjne zapalenie wsierdzia)

ang. również *e. lenta* lub też *endocarditis subacute bacterial*

Myocarditis – idis (f) – zapalenie mięśnia sercowego

niem. również *Myocarditis* lub też *Herzmuskelentzündung*

Pericarditis – idis (f) – zapalenie osierdzia

p. sicca – zapalenie osierdzia suche

niem. *trockene Herzbeutelentzündung*

Vitia cordis – wady serca

Vitia cordis aquisita – nabyte wady serca

Stenosis – i zwężenie

- zwężenie ujścia mitralnego (*stenosis mitralis*)
zwężenie lewego ujścia żylnego (*stenosis ostii venosi sinistri*)
- zwężenie ujścia aorty
zwężenie lewego ujścia tętniczego
stenosis ostii arteriosi sinistri

Insufficiencia – niedomykalność

- niedomykalność zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valvulae mitralis*)
- niedomykalność zastawki aorty (*insufficiencia valvulae aortae*)

Vitia cordis congenita – wrodzone wady serca

<u>Wady bezsiniczne</u>	<u>Wady okresowo siniczne</u>	<u>Wady ze stałą sinicą</u>
<ul style="list-style-type: none">• prawostronne położenie serca (<i>dextrocardia</i>)• zwężenie cieśni aorty (<i>stenosis isthmi aortae</i>)	<ul style="list-style-type: none">• ubytek przegrody międzyprzedsionkowej (<i>defectus septi atriorum</i>)• ubytek przegrody międzykomorowej (<i>defectus septi ventriculorum</i>)• przetrwały przewód tętniczy (Botalla) – <i>ductus arteriosus Botalli persistens</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>tetralogia Fallota</i> składają się na nią:<ol style="list-style-type: none">1) ubytek przegrody międzykomorowej2) zastawkowe zwężenie pnia płucnego3) dekstropozycja (przełożenie aorty)4) przerost prawej komory• inne wady siniczne serca

Morbus ischaemicus cordis – choroba niedokrwienna serca

dusznica bolesna (<i>angina pectoris</i>) dławica piersiowa (<i>stenocardia</i>)	zawał serca zawał mięśnia sercowego (<i>infarctus myocardii</i>)
---	--

Choroba niedokrwienia serca – *morbus ischaemicus cordis*, w terminologii anglosaskiej – *coronary atherosclerotic heart disease*; często też stosowany jest termin *morbus coronarius* (choroba wieńcowa).

Dusznica bolesna (*angina pectoris*) to najczęstsza postać choroby niedokrwiennej serca, charakteryzująca się przejściowym napadem bólowym spowodowanym niedokrwieniem mięśnia sercowego, w czasie którego zapotrzebowanie metaboliczne przewyższa możliwości krążenia wieńcowego; objawy: ból zamostkowy, zaciśkający, dławiący, zwykle przerywany – związany z wysiłkiem, ustępujący po podaniu nitrogliceryny lub w spoczynku. Istnieją też jej nietypowe postaci.

Zawał serca – Infarctus myocardii

Jest to stan chorobowy, w którym dochodzi do ograniczonej martwicy mięśnia sercowego, spowodowanej ogniskowym ostrym niedokrwieniem.

Przyczyny: miażdżyca, zakrzep śródnaczyniowy, krwotok śródścienny, zator obrzęk zapalny lub alergiczny. Wiodący objaw – ból wieńcowy o dużym nasileniu trwający 20-30 minut lub stale nawracający, nieustępujący po nitroglicerynie.

Objawy: m.in. przyspieszenie tętna, spadek ciśnienia, zmiany w Ekg, zwiększone poziomy aminotransferaz.

Nietypowe objawy, liczne powikłania – największa śmiertelność w pierwszych godzinach choroby.

Myodegeneratio cordis – zwyrodnienie mięśnia sercowego

Zaburzenia rytmu serca – m.in.:

- 1) Niemiarowość ekstrasystoliczna (*arrhythmia extrasystolica*)
- 2) Częstoskurcze – częstoskurcz napadowy (*tachycardia paroxysmalis*)
- 3) Migotanie przedsionków (*fibrillatio atriorum*) – niemiarowość zupełna (*arrhythmia perpetua*)
- 4) Trzepotanie i migotanie przedsionków (*flagellatio et fibrillatio atriorum*).

Hypertonia arterialis – nadciśnienie tętnicze

Górna granica prawidłowego ciśnienia tętniczego: – skurczowe 140 mm Hg
rozkurczowe 90 mm Hg

Nadciśnienie pierwotne – nadciśnienie samoistne
Choroba nadciśnieniowa – *hypertonia esentialis morbus hypertonicus*

Nadciśnienie rozpoznajemy przy: – skurczowym ponad 160 mmHg
– rozkurczowym 95 mmHg

Nadciśnienie wtórne czyli objawowe (*hypertonia secundaria*)
Występuje w przebiegu różnych chorób m.in.: nerek, zaburzeń hormonalnych, zatrucia ciążowego, w niektórych wadach serca.

Insufficiencia circulatoria – niewydolność krążenia

Miażdżyca naczyń (tętnic)
atherosclerosis is (f) – używana jest ta nazwa *atheromatosis* (ang. *atherosclerosis* lub też *atherosis*)

Zator tętniczy – *embolia arterialis*

Zakrzepowo-zatorowe zapalenia naczyń krwionośnych Choroba Buergera – *thrombangitis obliterans*

Zakrzepowe zapalenia żył – *thrombophlebitis*

Choroby układu oddechowego

Ostre zapalenie oskrzeli – *bronchitis acuta*
Przewlekły nieżyt oskrzeli – *bronchitis chronica*
Rozstrzenie oskrzeli – *bronchiectases*
Dychawica oskrzelowa – *asthma bronchiale*
Zapalenie płuc płatowe – *pneumonia lobaris*
Zapalenie płuc oskrzelowe – *bronchopneumonia*
Ropiec płuc – *abscessus pulmonis*
Rozedma płucna – *emphysema pulmonum*
Przewlekły zespół serca płucnego – *cor pulmonale chronicum*
Zapalenie opłucnej – *pleuritis*
Ropniak opłucnej – *empyema pleurae*
Odma opłucnowa – *pneumothorax*
Rak oskrzelowy płuc – *carcinoma bronchogenes*
Gruźlica płuc – *tuberculosis pulmonum*
Grzybice płuc – *mycoses pulmonum*
Grzybica kropidłakowa – *aspergillosis* / Kandydoza, moniliaza – *candidiasis, moniliasis*

Choroby układu pokarmowego

Wrzodzące zapalenie jamy ustnej – *stomatitis ulcerosa*
Zapalenie przełyku – *oesophagitis*
Zapalenie błony śluzowej żołądka – *gastritis*
Choroba wrzodowa żołądka – *morbus ulcerosus ventriculi*
Choroba wrzodowa dwunastnicy – *morbus ulcerosus duodeni*
Rak żołądka – *carcinoma ventriculi*
Ostre zapalenia jelit – *enterocolitis acuta*
Wrzodzące zapalenia jelita grubego – *colitis ulcerosa*
Zakażenie tasiemcami – *taeniasis*
Zakażenie lamblią jelitową – *lamblia*
Zakażenie owsikiem ludzkim – *enterobiosis*
Zakażenie glistą ludzką (glistnica) – *ascaridiasis*
Wirusowe zapalenie wątroby – *hepatitis viralis* – *viralis*
Marskość wątroby – *cirrhosis hepatis*

Kamica żółciowa – *cholelithiasis*
Zapalenie pęcherzyka żółciowego – *cholecystitis*
Ostre zapalenie trzustki – *pancreatitis acuta*
Przewlekłe zapalenie trzustki – *pancreatitis chronica*
Rak trzustki – *carcinoma pancreatis*

Główne objawy chorobowe: bóle, wymioty, zaburzenia połykania, krwawienia z przewodu pokarmowego – biegunki, zaparcia.

Choroby dróg moczowych

Zapalenia pęcherza i dróg moczowych – *cystopyelitis*
Ostre zapalenie pęcherza – *cystitis acuta*
Przewlekłe zapalenie pęcherza – *cystitis chronica*
Odmiedniczkowe zapalenie nerek – *pyelonephritis*
Kamica moczowa – *urolithiasis*
Kłębuszkowe zapalenie nerek – *glomerulonephritis*
Mocznica – *uraemia* upośledzenie funkcji nerek, a zwłaszcza upośledzenie wydalania ciał azotowych
Ostra niewydolność nerek – *insufficiencia renum acuta* – różna etiologia, bezmocz lub skąpomocz
Przewlekła niewydolność nerek – *insufficiencia renum chronica, uraemia vera*

Choroby układu dokrewnego i przemiany materii

Wzrost olbrzymi – *acromegalia*
Moczówka prosta – *diabetes insipidus* – brak hormonu antydiuretycznego
Cukrzyca – *diabetes mellitus* – genetycznie uwarunkowany zespół zaburzeń przemiany węglowodorowej, spowodowany względnym lub bezwzględnym niedoborem insuliny; cechuje się podwyższeniem poziomu cukru we krwi i zaburzeniami przemiany tłuszczowo-białkowej;
4 okresy: 1) stan przedcukrzycowy
2) cukrzyca przemijająca
3) cukrzyca utajona
4) cukrzyca jawna.

Cukrzyca typu 1) czyli insulinozależna – bezwzględny niedobór insuliny
Cukrzyca typu 2) czyli insulinoniezależna, zwykle u starszych z otyłością

W cukrzycy mogą się zdarzyć stany zagrażające życiu:

- śpiączka hypoglikemiczna – stan niedocukrzenia
- śpiączka cukrzycowa czyli ketonowa, która jest następstwem nie wyrównania cukrzycy i wystąpienia cukrzycy oraz kwasicy metabolicznej.

Wole – *struma*

Niedoczynność gruczołu tarczowego – *hypothyreosis*

Nadczynność gruczołu tarczowego – *hyperthyreosis*

Otyłość – *obesitas*

Najczęstsze choroby układu ruchu

Choroba reumatyczna (gorączka reumatyczna) – *morbus rheumaticus*

Reumatoidalne zapalenia stawów – *polyarthritis rheumatoidea*

Zesztywniające zapalenia stawów kręgosłupa – *spondylitis ankylopoë*

Choroba zwyrodnieniowa stawów – *osteoarthrosis deformatas, morbus degenerativus articularum*

Zrzesotnienia kości – *osteoporosis*

Dnawe zapalenie stawów – *athritis urica*

Najczęstsze choroby układu krwiotwórczego

Niedokrwistość – *anaemia*

Białaczka – rozplem nowotworowy komórek należących do układu białokrwinkowego:

- ostra i przewlekła:
- ostra białaczka szpikowa – *myelosis ascuta*
- przewlekła białaczka szpikowa – *myelosis chronica*
- przewlekła białaczka limfatyczna – *lymphadenosis leucaemica chronica*

Ziarnica złośliwa – rozrostowy proces wywodzący się z utkania siatkowego i węzłów chłonnych – *lymphogranulomatosis maligna*

Szpiczak mnogi – *myeloma multiplex, plasmocytoma*

Skazy krwotoczne – *diathesis haemorrhagica*

Skazy płytkowe – zmniejszenie liczby płytek lub zaburzenia ich funkcji w procesie krzepnięcia krwi

Skazy osoczowe – niedobór lub brak niektórych osoczowych czynników krzepnięcia. Jedną z najczęstszych skaz osoczowych jest krwawiczka czyli hemofilia. Hemofilia jest chorobą, dziedziczną

związaną z chromosomem X, polegającą na braku w surowicy krwi globuliny antyhemofilowej

Skazy naczyniowe – uszkodzenie śródbłonnków naczyń krwionośnych przez czynniki toksyczne lub immunologiczne

Najczęstsze choroby układu nerwowego

Guz mózgu (guz wewnątrzczaszkowy) – *tumor cerebri, tumor intracranialis*

Uraz mózgu – *trauma cerebri*

Pląsawica zwykła, pląsawica reumatyczna – choroba św. Wita – *chorea minor*

Choroby rdzenia:

- guz rdzenia – *tumor medullae spinalis*
- uraz rdzenia – *trauma medullae spinalis*
- wiażd rdzenia – *tabes dorsalis*

Stwardnienie rozsiane lub wieloogniskowe – *sclerosis disseminata, sclerosis multiplex*

Polineuropatia – *polyneuropathia* – uogólnione uszkodzenie nerwów obwodowych, prowadzące do niedowładów i zaburzeń ciała

Porażenie nerwu twarzowego – *paralysis nervi facialis* – ma największe praktyczne znaczenie.

Neuralgia – zespół bólu napadowego w zakresie danego pnia nerwowego lub jego gałązek, bez objawów ubytkowych.

Najczęstsze choroby psychiczne

Zespół otępienny – *dementia*

Schizofrenia (otępienie wczesne) – *dementia, praecox schizoprenie*, (ang. *Dementia praecox*, niem. *Dementia praecox* i *Schizophrenia*)

Psychoza maniakalno-depresyjna – cyklofrenia, (ang. *Cyclophrenia*, niem. *Manisch depressive Psychoze, Zyklophrenia, Manisch depressives Irresein*)

Upośledzenie umysłowe – *phrenasthenia, oligophrenia* (ang. *phremasthenia*, ros. *slaboumije, frenastenija*, niem. *Phrenasthenie, Geistesschwäche, Schwachsinn*)

Choroby zakaźne

- Nagminne zapalenie opon mózgowych (opon mózgowo-rdzeniowych) – *meningitis cerebro – spinalis epidemica*
- Czerwonka bakteryjna – *dysenteria bacterica*
- Dur brzuszny – *typhus abdominalis*
- Cholera – *cholera asiatica*
- Tężec – *tetanus*
- Błonica – *diphtheria*
- Zatrucie jadem kiełbasianym – *botulismus*
- Ksztusiec, czyli koklusz – *pertussis*
- Brucelloza – *brucellosis*
- Dżuma – *pestis*
- Wąglik – *anthrax*
- Trąd – *lepra*
- Leptospiroza – *leptospirosis*
- Ospa naturalna – *variola vera*
- Odra – *morbilli*
- Półpasiec – *herpes zoster*
- Różyczka – *rubeolla*
- Grypa – *influenza*
- Porażenie dziecięce nagminne – choroba Heinego-Medina – *poliomyelitis anterior*
- Wirusowe zapalenie wątroby – *hepatitis, idis (f) epidemica, hepatitis infectiosa, hepatitis viralis, ang. hepatitis epidemic, viral (infective)*

Najczęstsze choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową

- Zapalenie mieszków włosowych – *folliculitis*
- Przewlekłe zapalenie mieszków włosowych – *sycosis staphylogenes*
- Czyrak i czyraczność – *furunculus et furunculosis*
- Róża – *erysipelas*
- Grzybice skóry – *dermatomycosis*
- Grzybica stóp – *tinea pedis*
- Drożdżycę – *candidiasis*
- Świerzb – *scabies*
- Opryszczka zwykła – *herpes zoster*
- Półpasiec – *zoster*

Brodawki – *verrucae*
Pęcherzyca – *pemphigus*
Łuszczyca – *psoriasis*
Czerniak – *melanoma*
Rogowiak – *keratoacanthoma*
Trądzik – *acne*
Pokrzywka – *urticaria*
Wyprysk kontaktowy, kontaktowe zapalenie skóry, stykowe zapalenie skóry –
dermatitis, idis (f) contacta, dermatitisu venenata, ang. *Dermatitis contact*
Rzeżączka – *gonorrhoea*
Opryszczka narządów płciowych – *herpes genitalis*
Kiła – *sypilis – lues*
Wszawica łonowa – *pediculosis pubis*

Podstawowe terminy z zakresu położnictwa i ginekologii

Ciąża – *graviditas*, ang. *Gravidity, Pregnancy*, niem. *Gräviditat, Schwangerschaft*
(f), ros. *beremiennost*
Poród – *partus* (us) (m), ang. – *Birth, Delivery, Labor, Parturition*, niem. *Geburt*
(f), ros. *rody*
Poronienie – *abortus*, (us) (m), *abortio* (onis) (f), ang. *Abortion, Miscariage*,
niem. *Abort* (m), *Fehlgeburt* (f)
Pęknięcie macicy – *ruptura uteri*
Zakażenie połogowe – *infectio puerperalis*
Zapalenie błony śluzowej macicy – *endometritis*
Zapalenie przydatków – *adnexitis*
Krwawienia maciczne – *metrorrhagia*, ae (f) *haemorrhagia uterina*
Mięśniak macicy – *myomata uteri*
Guzy jajnika – *tumores ovariorum*
Rak macicy – *carcinoma corporis uteri*
Rak sutka – *carcinoma mammae*

Najczęstsze choroby: uszu, gardła, nosa i oczu

Czop woskowinowy – *cerumen*
Zapalenie ucha środkowego – *otitis media*
Głuchota starcza – *presbyacusis*

Ostokleroza – *ostoclerosis*

Ostre zapalenie migdałków podniebnych – *angina, tonsillitis acuta*

Przewlekłe zapalenie migdałków podniebnych – *tonsillitis chronica*

Ropień okołomigdałowy – *abscessus peritonsillaris*

Zapalenie krtani – *laryngitis*

Obrzęk krtani – *oedema laryngis*

Ostry nieżyt nosa – *rhinitis acuta*

Katar sienny – *rhinitis allergica*

Krwawienie z nosa – *epistaxis*

Czyrak przedsionka nosa – *furunculus nasi*

Zapalenie zatok przynosowych – *sinustis, pansinustis, idis (f)*, niem. *Entzündung aller Nebenhöhlen*, ros. *wospalenie prydatocznych pazuch nosa*

Zapalenie spojówek – *coniunctivitis*

Zaćma – *cataracta*

Jaskra – *glaucoma*

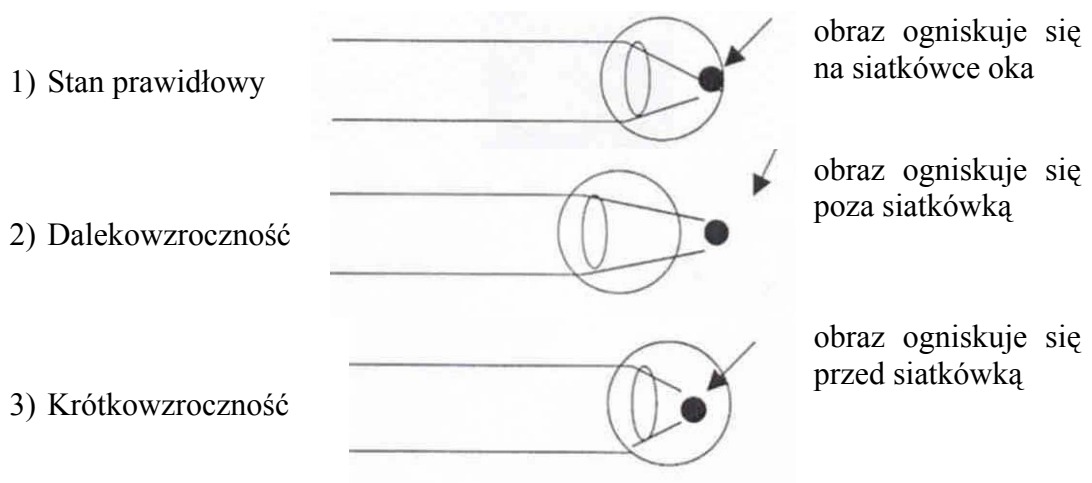
Odwarstwienie siatkówki – *ablatio retinae*

Zez – *strabismus*

Wady wzroku:

Niedowzroczność (*hypermetropia*) – powstaje, gdy promienie padające do oka ogniskują się poza siatkówką, wyrównuje się soczewkami skupiającymi.

Krótkowzroczność (*myopia*) – powstaje gdy padające do oka promienie równoległe ogniskują się przed siatkówką. Krótkowzroczność wyrównuje się soczewkami rozszczepiającymi. Siłę łamiącą soczewek mierzy się w tzw. dioptriach.



II. Medycyna średniowieczna

/Szkice z dziejów medycyny, Wrocław 1996/

Okres medycyny greckiej obejmuje około tysiąca lat (od 500 p.Chr. do 500 r.), lata 500-1500 zaś przyjmuje się umownie jako charakterystyczne dla medycyny średniowiecznej.

Na medycynę średniowieczną złożyły się nie tylko klasyczne tradycje gasnącego cesarstwa rzymskiego z elementami medycyny arabskiej i żydowskiej, tradycje narodów po okresie wędrówek ludów, a nade wszystko dominująca w tym okresie religia chrześcijańska, do roku 1054 jeszcze niepodzielonego kościoła.

Ostatni wielcy kompilatorzy medycyny starożytnej pochodzili z terenu Cesarstwa Bizantyjskiego i byli już chrześcijanami.

Cechą kultury bizantyjskiej jest nieprzerwana ciągłość od starożytności, poprzez wieki średnie, aż do wspomnianego XV wieku. Spośród całej plejady uczonych lekarzy bizantyjskich, którzy porządkowali i komentowali autorów starożytnych najczęściej Hipokratesa i Galena na uwagę zasługuje kilka postaci.

Oribasius (326-403), który wprawdzie nie napisał nic oryginalnego, ale uutował drogę Galenowi do nieomyślnej powagi jako autor *Zbioru Lekarskiego* (*Collecta medicinalia*).

Dwaj inni kompilatorzy: **Paweł z Eginu** (ok. 625-690) i **Aleksander z Tralles** (525-605), byli chętnie czytani w wiekach średnich i pozostawili spuściznę, na której do dziś opiera się nasza znajomość medycyny starożytnej.

W okresie średniowiecza medycyna przeżywała swój rozkwit w krajach arabskich. Największego znaczenia nabrały dwa miasta w krajach muzułmańskich: na wschodzie Bagdad, a na zachodzie Kordoba. Oryginalnym lekarzem był Arab **Rhazes (Al Rhazi)** (850-923) żyjący na przełomie wieków IX i X. Pozostawił on najstarszy jaki zna historia, nieomal klasyczny, opis ospy i odry.

W tym okresie żył **Awicenna (Abu Ali Ibn Sina)** (980-1037), wybitny lekarz, encyklopedysta i filozof, etnicznie związany z Tadżykami i Persami. Podstawowym dziełem Awicenny jest *Księga praw medycyny* (*Canon Medicinæ*) napisana po arabsku, a później przetłumaczona na język łaciński, zawierająca całokształt nauki me-

dycznej, opartej głównie o Galena. Awicenna wniósł też olbrzymi wkład w inne dziedziny nauki poza medycyną, wywierając wielki wpływ również na naukę światową. O popularności Awicenny świadczy fakt, że Biblioteka Jagiellońska do dziś posiada 14 egzemplarzy *Canon Medicinae*, a Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu posiada inkunabuł Kanonu z roku 1466, pochodzący z dawnej Biblioteki Klasztoru Cystersów w Henrykowie. Jest on niezwykle barwnie iluminowany, za pomocą niepowtarzalnych floratur, a na końcu tekstu znajduje się kolofon z datą zakończenia druku. Był to podstawowy podręcznik medycyny. Powiedzenie – „tak powiedział Awicenna” – *Sic ait Avicenna* często zwalniało od własnych badań czy sprawdzeń. Stąd może wniosek na co dzień, ażeby wracając do wielkich autorytetów, zawsze twórczo je przetwarzać, a nie niewolniczo cytować. W roku 1980 jubileusz 1000-lecia urodzin Awicenny był obchodzony w całym świecie pod patronatem UNESCO.

Sławą znakomitych praktyków cieszyli się w średniowieczu lekarze żydowscy, pełniący nieraz funkcje lekarzy przybocznych książąt i dostojników kościelnych, choć nie było im wolno odbywać narad z lekarzami chrześcijańskimi, ani nauczać na uniwersytetach.

Uczony lekarz, filozof i talmudysta żydowski **Majmonides (Mojżesz ben Maimon)** (1135-1204) należy do przedstawicieli kultury zachodnio-arabskiej. W medycynie był on galenistą, a w filozofii zwolennikiem racjonalnego arystotelizmu, Majmonides był lekarzem z powołania, a jego działalność nie była powodowana chęcią zysku. Wskazuje na to jego poranna modlitwa zaczynająca się od słów:

„O Boże, napełnij duszę moją miłością do mej sztuki i dla wszystkich stworzeń. Nie dopuść aby pragnienie zarobku lub poszukiwanie sławy kierowały moją sztuką, gdyż wtedy wrogowie prawdy i miłości mogliby to wyzyskać i odsunąć mnie od szlachetnego obowiązku czynienia dobrze dzieciom Twoim”.

Wiek średni znane były ze swej religijności. Religia Chrystusa zwiastowała nowe prawdy, piękne i pociągające, trafiła do serc, dawała ostoję w życiu. Po okresie prześladowań, które zamknął edykt mediolański (313 r.) wydany przez Konstantyna Wielkiego zaczęła się rozwijać nowa forma życia chrześcijańskiego, mianowicie wspólne życie mnichów w monasterach czyli klasztorach. W tym okresie księża i zakonnicy byli jedynymi przedstawicielami inteligencji w ówczesnym społeczeń-

stwie. W klasztornych bibliotekach przechowywano, a często i przepisywano starożytnie księgi medyczne i treści ich sobie przyswajano. Były to początki pierwszego okresu medycyny średniowiecznej, tzw. medycyny klasztornej – medycyny mniszkiej. Pewnym symbolem medycyny klasztornej był klasztor w Monte Cassino (założony przez św. Benedykta w roku 529, zniszczony w roku 1944, odbudowany po wojnie).

Do obowiązków – szczególnie zakonu benedyktynów – należała piecza nad chorymi, ubogimi i pielgrzymami. Przy klasztorach powstały przytułki, szpitale, hospicja, hospitale, infirmerie, w których potrzebujący otrzymywał pomoc cielesną i duchową. Reguła zakonu benedyktynów głosiła, "*infirmorum cura ante omnia adhibenda est*" („należy mieć przede wszystkim pieczę nad chorymi”). W owych czasach zabiegi zdrowotne były wykonywane z miłosierdzia, a nie za wynagrodzeniem.

Wokół klasztorów niemal z reguły zakładano ogrody z najpotrzebniejszymi ziołami, a w zakresie środków leczniczych dużą rolę przywiązywano do ziół. Okres medycyny klasztornej należy uważać oficjalnie za zakończony na Synodzie w Clermont, w 1095 r., gdy duchownym zakazano działalności lekarskiej a medycyna przeszła do rąk świeckich.

W średniowieczu centrum nauczania medycyny w Europie były ośrodki w Salerno (na południe od Neapolu) oraz szkoła w Montpellier w południowej Francji. Najwybitniejszym przedstawicielem szkoły w Salerno w XI w. był **Konstantyn Afrykańczyk (Constantinus Africanus)**. W związku ze szkołą salerneńską powstaje słynny poemat obejmujący wierszowane przepisy z zakresu higieny i profilaktyki pt. *Regimen sanitatis Salernitanum*.

„Jeśli chcesz uczynić siebie rześkim i zdrowym, unikaj ciężkich trosk i wierz, że tylko profan się gniewa. Pij mało wina, jadaj niewiele, nie uważaj za rzecz zbyt dobrą wstać po jedzeniu, unikaj snu południowego. Nie wstrzymuj moczu i nie zaciskaj odbytnicy. Jeśli tego będziesz dobrze przestrzegał, będziesz długo żył. W braku lekarzy niech twymi lekarzami będą trzy rzeczy: nastrój pogodny, spoczynek, umiarkowane pożywienie” (ostanie zdanie w języku łacińskim brzmi: *mens hilaris, requies, moderata dieta*). Później powstały uniwersytety w Bolonii, Pradze i Krakowie.

Z Montpellier wywodził się **Arnold de Villanova** (1235-1277), słynny lekarz praktyk, autor wielu pism lekarskich, dyplomata, alchemik, astrolog. W Montpellier ukończył też studia lekarskie **Petrus Hispanicus** ok.(1220-1277), który w roku 1277 został papieżem i przyjął imię Jan XXI. Był to jedyny lekarz w dziejach medycyny, który dostąpił godności papieskiej.

Średniowiecze gnębiły epidemie dżumy, trądu, masowe psychozy i nerwice. Słynne procesy czarownic czy sekty biczowników nosiły znamiona masowej epidemii psychicznej. Czasy średniowiecza cechuje też stosunkowo duża znajomość trucizn. Doniosłym osiągnięciem optycznym było skonstruowanie około roku 1300 pierwszych okularów.

Obok rozwoju szpitalnictwa, za pewne zaczątki profilaktyki można uważać pierwsze zarządzenia izolacyjne. W portach początkowo wprowadzono przymusowy okres obserwacji okrętów i podróżnych, który trwał 40 dni, stąd poszła kwarantanna, do dziś się utrzymująca. Średniowiecze też dało pierwsze zarządzenia w zakresie organizacji zawodu lekarskiego, stworzyło dzisiejszy tytuł doktora.

Dalszym dowodem podniesienia poziomu leczenia był wydany z inicjatywy szkoły z Salerno przez cesarza Fryderyka II, króla Sycylii zbiór praw zawierający przepisy o praktyce medycznej (1231 r.). Ze szkoły w Salerno wyszła też pierwsza farmakopea. Średniowiecze w dziejach medycyny zaznaczyło się jako okres bogaty w wydarzenia, w którym obok kontynuacji osiągnięć medycyny poprzednich wieków, można odnotować szereg innowacji.

Jak w każdym działaniu ludzkim, obok osiągnięć, uwarunkowania współczesne nie zezwoliły medycynie na wyjście poza ustalenia, które w spadku pozostawiła starożytność.

Okres średniowiecza można uważać za zakończony wraz ze schyłkiem XV wieku, kiedy to ma miejsce upadek Bizancjum (1453 r.), odkrycie Ameryki (1492 r.) i powstanie nowych prądów umysłowych.

III. Medycyna renesansu

/Szkice z dziejów medycyny, Wrocław 1996/

Renesansem (odrodzeniem) zwykliśmy nazywać okres w dziejach kultury europejskiej, który rozpoczął się we Włoszech już w XIV-XV wieku, a od XVI wieku rozwinął się w innych krajach. Cechowało go nie tylko twórcze nawiązanie do antyku, ale również opozycja do światopoglądu średniowiecznego, a nawiązanie do myśli racjonalistycznej, nauk przyrodniczych i społecznych, techniki, sztuki, literatury i muzyki. Istotą jego było stworzenie kultury antropocentrycznej.

W okresie tym położony został ściślejszy nacisk na związek medycyny z naukami przyrodniczymi. Nie było to nowością, ale w epoce odrodzenia nabrało szczególnego znaczenia. Właśnie – nie tylko astronom, ale także lekarz – Mikołaj Kopernik (1452-1543) wywarł decydujący wpływ na stosunek do świata – do tego co nazywano „universum”, a w swoim dziele *De revolutionibus orbium coelestium* dał podwaliny heliocentrycznej teorii (1543).

Działający we Włoszech tacy geniusze sztuki, jak: Leonardo da Vinci (1452-1520), Michał Anioł (1475-1564) i Rafael (1493-1520) – zalecali studia z natury, co stwarzało konieczność lepszego poznawania kształtów człowieka i budowy jego ciała. Dzięki temu w epoce odrodzenia zyskała na znaczeniu i zaczęła rozwijać się anatomia.

Sam Leonardo da Vinci, jeden z najsłynniejszych artystów renesansu był znakomitym anatomem, dokładnym i ścisłym w opisie, badającym zwłoki ludzkie na sekcji z nożem w ręku.

Również wspomnieć należy o związku anatomii ze sztuką. Dziś rysujemy np. szkielet prosto, sucho, jedynie pod względem anatomicznym, a ówczesne ryciny przedstawiały szkielety ludzkie w jakiejś pozie zadumanej czy wesołej. Takim właśnie szkieletem opatrzone było dzieło Andrzeja Wesaliusza (1514-1564) profesora uniwersytetu w Padwie pt. *De humani corporis fabrica libri septem*, które jest podstawą nowoczesnej anatomii. Dzieło to obejmuje około 700 stron, ma przeszło 300

drzeworytów, jest ono utrzymane w tonie naukowym i spokojnym. Wesaliusz jako metodę badawczą w anatomii wprowadził sekcję zwłok i słusznie jest uważany za jej nowoczesnego twórcę. Prostuje jednak szereg błędów Galena, który pewne szczegóły anatomii świń, małp i psów przenosił na ludzi. Dotyczyło to m.in. pięciopłątowej wątroby, mostka o siedmiu segmentach, dwuczęściowej szczęki dolnej, podwójnego przewodu żółciowego.

Wesaliusz wykazał więc, że anatomia Galena nie jest anatomią człowieka, za jaką długi czas uchodziła, lecz anatomią zwierząt. Wesaliusz był największym anatomem XVI wieku, ale nie jedynym. Jego uczniem i następcą był Fallopio (1523-1562), który opisał m.in. *oviductus* (d. *Oviductus seu tuba Fallopi*). Poza nimi: Varol (1543-1574), prof. z Bolonii był znakomitym badaczem mózgu (*pons Varoli*); Eustachius (ok. 1500-1574), prof. w Rzymie (*tuba auditiva Eustachii*); Botallo (1530-1571) (*ductus arteriosus Botalli*) opisał u płodu połączenie pomiędzy aortą a tętnicą płucną; Bauhin (1560-1624) [czyt. boę] z Bazylei (*valvula coli*, d. *valvula Bauhini*).

Samo zaś dzieło Wesaliusza przez jednych przyjęte było z entuzjazmem, przez innych natomiast zwalczane. Wesaliusz bywał nawet przedstawiony jako szaleniec, a jego nazwisko Vesalius, zmieniano na Vesanus czyli szalony lub bezrozumny.

Oczywiście, gdyby nie wynalazek druku, nowe idee – jak choćby Kopernika i Wesaliusza – nie mogłyby się tak szybko rozprzestrzeniać. Dzięki wynalazkowi Gutenberga (sporządzenie aparatu do odlewania czcionek, zestawieniu ich w kolumny) idee Kopernika i innych mogły być łatwiej rozpowszechniane.

Jednym z pierwszych lekarzy renesansowych, którzy zerwali z autoratywnymi poglądami Hipokratesa, Galena i Awicenny był Paracelsus (Philipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim 1493-1541), niemiecki lekarz, przyrodnik, filozof jeden z prekursorów nowych prądów w medycynie. Mimo iż starał się zebrać jak najwięcej praktycznej wiedzy z lecznictwa ludowego, w dziejach medycyny zapisał się przede wszystkim jako twórca jatrochemii.

W swoich poglądach filozoficznych był jedynym czołowym przedstawicielem renesansowej filozofii, przyrody, głoszącej koncepcję wszechświata opartą na zasadzie jednorodności substancji materialnej i identyfikacji Boga z naturą. Paracelsus uznawał jedynie medycynę praktyczną, opartą na własnym doświadczeniu ucząc, że „medycyna nie jest niczym więcej jak jednym wielkim doświadczeniem”. Był on orędownikiem ścisłego powiązania medycyny z chirurgią, przywiązując dużą rolę do sił obronnych ustroju (*vis medicatrix naturae*). Zalecał dietę, świeże powietrze, spo-

kój, kąpiele. Gdy zaś natura nie wystarczała, nie wahał się przed polipragmazją, stosowaniem leków złożonych.

Od czasu Paracelsusa datuje się też biochemiczne pojmowanie procesów zdrowia i choroby. Według niego większość chorób jest natury chemicznej, a organizm ludzki jest swego rodzaju kuchnią alchemiczną. Sama zaś alchemia była u Paracelsusa poszukiwaniem przede wszystkim nowych leków. Wprowadził on do lecznictwa nowe preparaty, pośród nich: sole rtęci (przeciw kile), sole żelaza, ołowiu, miedzi i arsenu (ten ostatni jedynie zewnętrznie).

W zakresie terapii wprowadził dozowanie leków. Na Paracelsusie kończy się okres alchemii średniowiecznej, a rozpoczyna okres chemii lekarskiej – jatrochemii.

Obok empirycznego podejścia do medycyny Paracelsus nie wyzwolił się od teorii witalistycznych (wierzył w pierwiastek życiowy w organizmie ludzkim, zwany „archeuszem”, tj. wewnętrznym alchemikiem). Rozwijał też nadal znaną już uprzednio naukę o sygnaturze. Znaki zewnętrzne wskazują na odpowiedni lek (arcanum). Zgodnie z tym liście kształtu nerkowatego winny leczyć choroby nerek, sercowate – choroby serca, a żółtaczkę leczone roślinami żółtymi. Cała przyroda jest jedną wielką apteką.

Paracelsus też nie był wolny od błędu, wszak jego nauka o „sygnaturze”, którą przekazał w sposób atrakcyjny dla ówczesnych umysłów – długo jeszcze „pokutowała” w medycynie.

W roku 1543 (rok wydania Kopernika i Wesaliusza) Montanus (Giambattista da Monte) zapoczątkował w Padwie nauczanie przy łóżku chorego.

W samej zaś Europie w miejsce dżumy wkroczyła – uważana za nową chorobę – kiła. We Włoszech nazywano ją chorobą francuską (*morbus galiicus*), we Francji neapolitańską, w Polsce chorobą francuską (franca – dworska niemoc), w Rosji chorobą polską. Twierdzono, że nową chorobę przywiozła z Ameryki załoga Kolumba. Ale obok tezy o amerykańskim pochodzeniu kiły (amerykaniści) inni głosili, że kiła istniała już w Europie, lecz dopiero pod koniec XV wieku zaczęła szerzyć się epidemicznie. Jak wiadomo Wit Stwosz ukończył swój monumentalny Ołtarz Mariacki na trzy lata przed odkryciem Kolumba. Artyści ówcześni bardzo wiernie oddawali szczegóły dostrzeżone u pozujących ludzi. Gdy Ołtarz Mariacki poddawano konserwacji, grono profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego obejrzało rzeźby z bliskiej odległości, dostrzegając niedwuznaczne zmiany kiłowe (nos zapadnięty i zadarty,

nos lornetkowy, zniekształcenia czaszki, zupełne wyłysienie jako znamiona wrodzonej kiły).

Nazwę zaś syfilis podał w jednym ze swoich wierszy Fracastorius (Girolamo Fracastoro) (1478-1553) lekarz, poeta i astrolog. W poemacie jego pt. *Syphilis sive morbus galicus* pasterz Syphilus obraża słońce i za karę zostaje dotknięty chorobą weneryczną zwaną syfilisem. Nazwa ta początkowo trudno się przyjmowała, a w powszechne użycie weszła dopiero z końcem XVII wieku.

Tenże Fracastorius formułując teorię o powstaniu choroby na skutek przeniesienia się nasienia, czyli *contagium*, dał podwaliny współczesnej epidemiologii, a słuszność jej potwierdziły odkrycia bakteriologów XIX w.

Nowa anatomia dała szybkie i praktyczne rezultaty w chirurgii, która dźwignęła się na dość wysoki poziom. Nowe problemy w chirurgii stworzył wynalazek prochu strzelniczego i związane z jego użyciem uszkodzenie ciała. Do najwybitniejszych chirurgów XVI wieku należy: Francuz Ambroise Paré (ok. 1509-1590) [czyt. pary]. Nabrał on doświadczenia w licznych wojnach, zaniechał zalewania ran wrzącym olejem i przyżegania rozpalonym żelazem, a wprowadził opatrunki maściowe i podwiązywanie tętnic. Pisał wyłącznie w języku ojczystym, stał się przez to zrozumiały dla czytelników, ale oficjalni przedstawiciele nauki na paryskiej Sorbonie długo odmawiali mu stopnia doktora medycyny.

Okres renesansu obfitował w wybitne jednostki nie tylko w medycynie, ale we wszystkich niemal dziedzinach życia.

Nawet ludzie pochodzący z ubogich warstw społecznych, gdy obok wybitnych zdolności połączyli je z pilnością, wytrwałością i studiami – mogli piąć się po drabinie społecznej czy naukowej.

Jest też okazja ażeby choć na tym miejscu wspomnieć o powiązaniach medycyny z literaturą. W ciągu bowiem zarówno poprzednich, jak i następnych stuleci, wielu lekarzy obok pracy zawodowej chwyciło też za pióro, ażeby podzielić się tym, co nurtuje ich wewnątrz. Utwory te były i są na różnym poziomie.

Renesans wydał jednak lekarza, równocześnie ojca literatury francuskiej, klasyka literatury światowej. Był nim Francois Rabelais, (ok. 1494-1553) autor m.in. utworu pt. *Gargantua i Pantagruel*, który zaliczany jest do najwybitniejszych osiągnięć francuskiego renesansu. Przedstawia opis obyczajów społeczeństwa francuskiego w XVI stuleciu. Rabelais nie pozostawił epokowych dzieł medycznych, ale zaliczany jest do niepospolitych lekarzy renesansu.

Jednak ani Paracelsus, ani wspomniany Rabelais, lecz Wesaliusz i anatomowie ze swymi trudami, poważnymi i mozolnymi badaniami nadali ton temu okresowi w dziejach medycyny. Dlatego słusznie dla XVI wieku przyjęło się określenie – stulecia anatomów – *saeculum anatomorum*.

IV. Medycyna w okresie baroku i oświecenia

/Szkice z dziejów medycyny, Wrocław 1996/

XVII stulecie zajmuje szczególne miejsce w historii powszechnej. Jest to okres baroku (barok z wł. *barocco* – dziwaczny, nieprawidłowy, II poł. XVI w. do pocz. XVIII w.), który nie tylko zmanifestował się w sztukach, architekturze, rzeźbie i malarstwie, oznaczając coś niezwykłego, dziwnego – ale o wyjątkowym znaczeniu w dziejach nauki. Jest to stulecie filozofów-matematyków: Descarta (Kartezjusza) (1596-1630); Leibniza (1646-1716) i Pascala (1623-1662), którzy w swej szerokiej działalności naukowej postulowali m.in. metody myślenia oparte na wzorach matematycznych; fizyków-astronomów: Newtona (1642-1727), Galileusza (1564-1591), Keplera (1571-1630); chemików – Boyla (1627-1691) i Van Helmonta (1577-1644) – najwybitniejszego po Paracelsusie jatrochemika; i wreszcie wiek, w którym żył Francis Bacon (1561-1626) z Werulamu, przedstawiciel empiryzmu metodologicznego, zgodnie z którym poznanie jest zależne od poprzedzającego je doświadczenia.

W medycynie wiek XVII kontynuuje poprzednie osiągnięcia, z tym, że na czoło wybija się anatomia ożywiona *anatomia animata*, co prowadziło do nowoczesnej fizjologii. Człowiekiem, który spowodował zmianę poglądów na temat krążenia był londyński lekarz Wiliam Harvey (1578-1657). Oparł się na doświadczeniach, szczególnie z uciskiem żył i tętnic. Zaciskając psu żyłę główną, stwierdził że obwodowy odcinek żyły wypełnia się krwią, a odśrodkowy zapada się. Doświadczenia te przekonały go, że krew w żyłach płynie z obwodu w kierunku serca. Harvey też pierwszy zrozumiał rolę i znaczenie zastawek żylnych, wnioskując na podstawie doświadczenia o ich ruchu jednokierunkowym, gdyż budowa ich uniemożliwiła ruch wsteczny. Wykazał, że krew bez ustanku krąży, serce ją tłoczy i że całe zagadnienie da się wytłumaczyć na drodze mechanistycznej. Harvey oczywiście krążenie ujmował tylko

mechanistycznie, gdyż nie znał roli krwi w procesie oddychania. W roku 1628 wydał *Execitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*.

Punkt widzenia Harveya był mechanistyczny, co odpowiadało panującym tendencjom naukowym tego okresu. Harvey zarówno organizm ludzki jak i zwierzęcy analizował jako maszyny. Szczęśliwie zastosował te prawidła do serca i krążenia, gdzie istotnie mechanika odgrywa decydującą rolę. Ale usiłował on też wszystkie procesy życiowe sprowadzić do zjawisk mechanistycznych, było to podejście jatrofizyczne. Trzecim kierunkiem, obok wspomnianych już jatrochemii i jatrofizyki, była jatromatematyka, które usiłowały z medycyny uczynić naukę matematyczną. Owo połączenie medycyny z matematyką było tak ścisłe, że wielu lekarzy pisało na kartach tytułowych swoich dzieł i otrzymywało na nagrobkach zaszczytną w owych czasach nazwę – *medicus mathematicus*.

Odkrycie Harveya było nie tylko jakimś punktem startowym dla nowoczesnej fizjologii i patologii, ale dało też logiczne przesłanki do możliwości wstrzyknięć dożylnych leków i transfuzji krwi. Już w połowie XVII wieku były próby wstrzyknięć dożylnych. Częste jednak zakrzepy i zatory spowodowały zarzucenie tych technik leczniczych, powrócono do nich dopiero w XIX wieku. Były też próby transfuzji krwi, praktyki te również zaniechano, aby powrócić do nich w XIX wieku i uczynić je bezpiecznymi dopiero w wieku XX, po odkryciach grup krwi. Niepożądanym i niekorzystnym następstwem odkrycia Harveya było ogromne nasilenie upustów krwi, co weszło do ówczesnych praktyk lekarskich.

Na uwagę zasługuje w tym okresie działalność Jana Baptisty Van Helmonta (1577-1644), najwybitniejszego jatrochemika po Paracelsusie, który uważał, że wszelkie procesy fizjologiczne jak i patologiczne, należy sprowadzić do procesów chemicznych, ale nad wszystkimi czynnościami organizmu panuje archeusz – czynnik wprowadzony przez Paracelsusa. Większość chorób powstaje wskutek zaatakowania archeusza przez czynniki szkodliwe, a samo leczenie ma polegać na jego wzmacnianiu.

Van Helmont był nie tylko mistykiem i filozofem, ale i wspaniałym eksperymentatorem, chemikiem. Wprowadził termin „fermentacja” – uważając, że trawienie, odżywienie jest wynikiem fermentacji. Wykonując doświadczenia zauważył, że podczas palenia węgla powstaje jakiś inny rodzaj powietrza, który nazwał po raz pierwszy gazem. Był to bezwodnik węglowy. Van Helmont – również jako alchemik wierzył w możliwość otrzymania sztucznie złota.

Inny przedstawiciel kierunku jatrochemicznego, Franciscus de la Boe, znany też jako Sylvius von Leyden (1614-1672), usiłował tłumaczyć choroby jako „acidozy” lub „alkalozy”.

Robert Boyle (1627-1691) – chemik, fizyk i filozof angielski, zapoczątkował chemię analityczną, która z czasem zdobyła należne miejsce w medycynie. W swym dziele *Sceptical Chimyst*, podał definicję pierwiastka chemicznego. Zwalczał też alchemików, udowadniając im, że ich poglądy nie mają pokrycia doświadczalnego.

Pewną reakcją przeciw tendencjom jatrofizycznym i jatrochemicznym w medycynie był rozwój „witalizmu”, który osiągnął swój szczyt w „animizmie” profesora z Halle – Geoga Ernesta Stahla (1660-1734). Stahl zwalczając poglądy mechanistyczne, nie uważał aby chemia mogła wytłumaczyć wszystkie procesy życiowe. Uważał też, że dusza myśląca, *anima*, jest tym czynnikiem regulującym – *princeps regulator*, która rządzi zarówno psychicznymi, jak i fizjologicznymi czynnościami ciała. Pogląd ten przypominający zarówno pewne koncepcje filozofów starożytnych, jak i naukę van Helmonta nosił nazwę „animizmu”. Według Stahla gorączka jest czynnikiem terapeutyczno-regulującym, którym właśnie kieruje *anima*, stąd „animizm”. Wywarł on duży wpływ na rozwój myśli naukowej w swej epoce, zyskując rozgłos dzięki teorii tzw. „flogistonu” (gr. *phlogistos* – palny). Była to błędna koncepcja teorii, która tłumaczyła sam proces spalania wydzielaniem się nieważkiej materii ognia flogistonu. Teoria ta rozbudowywana i rozszerzana na inne zjawiska i procesy chemiczne przetrwała do końca XVIII wieku, kiedy to Lavoisier (1743-1794) podał obowiązującą dziś interpretację procesu spalania, jako łączenia się palnej substancji z tlenem. To błędne rozumowanie Stahla stało się jednak punktem wyjścia późniejszych postępów chemii oraz wspomnianego już sprowadzenia na właściwe tory problemu przez Lavoisiera.

W związku z 250-letnią rocznicą śmierci Stahla, w 1984 r., odbyło się w Halle kilkudniowe sympozjum poświęcone Stahlowi i jego czasom. Szeroko omawiano tam ciekawy w nauce fenomen, że mimo iż flogistonu nikt nie oznaczył, nie wyodrębnił i nie wydzielił, w jego istnienie tylu chemików i tak długo wierzyło. Koncepcja Stahla miała wyjątkowo zapładniający wpływ na umysły całej plejady badaczy, aż doszło do poprawnych ustaleń w nauce, które od czasu Lavoisiera obowiązują po dzień dzisiejszy.

Santorio Santorino (1561-1636) – był głównym przedstawicielem nie tylko jatrofizyki, ale też pionierem nowoczesnej fizjologii. Był on konstruktorem termome-

trów – higrometrów, urządzeń do mierzenia tętna, wielkich wag. Osobiście mierzył się i ważył w różnych sytuacjach (przed i po posiłku, przed i po śnie, podczas pracy) i na podstawie tych pomiarów doszedł do wniosku, że ciało traci na wadze wskutek pocenia się (*perspiratio insensibilis*). Nawiązując do tego poglądu leczył za pomocą środków napotnych.

Przeciwnikiem zarówno jatrofizyki, jak i jatrochemii był lekarz angielski Thomas Sydenham (1624-1689) [czyt. syndem]. Jako zwolennik poglądów naukowych Boyla i lekarza-filozofa Johna Locke'a (1632-1704) przypisywał centralną rolę bezpośredniej obserwacji. Jako zaś trzeźwy obserwator szczegółowo i dokładnie – powiedzieć można na sposób kliniczny – opisywał choroby, z którymi spotkał się w swej praktyce. Opisał on płonicę nadając jej nazwę *scarlatina*, a obraz płasawicy przedstawił tak dokładnie, że chorobę tę nazwano później *chorea Sydenhami*. Sydenham nawiązał do nauki Hipokratesa, szczególnie zaś w terapii zalecał postępowanie dietetyczne, wyczekujące. Sydenhama nazywano słusznie „angielskim Hipokratesem”, a nowożytnych lekarzy „neohipokratykami”.

Sydenham zaproponował też klasyfikację chorób (*species morborum*) – ale nie mogła być ona w pełni realizowana. Łatwiej było o to w botanice, gdzie jego myśli przejął lekarz a równocześnie genialny botanik Linné [czyt. Liné] Carlous Linnaeus (1707-1778) profesor uniwersytetu w Uppsali, twórca dwumiennego nazewnictwa i hierarchicznego podziału tychże organizmów na gromady, klasy, rodzaje i gatunki. Opisał około 10 tys. gatunków roślin, w tym wielu nowych. W układzie systematycznym zwierząt nie osiągnął tych sukcesów co w botanice, ale osiągnięciem jego było zaliczenie człowieka do rzędu naczelnych. W niektórych biografiach czy nawet podręcznikach bywa on określony jedynie jako botanik, ale nie możemy zapomnieć o tym, że był też lekarzem.

Wielkim klinicystą i nauczycielem, który odegrał główną rolę w klinicznym nauczaniu medycyny w XVIII wieku był lekarz holenderski Herman Boerhaave (1668-1738), z Leydy w Holandii (Lugdunum Batavorum), który w pierwszej połowie XVIII wieku według opinii współczesnej był nauczycielem całej Europy (*totius Europae praeceptor*). Wykładał on całą niemal ówczesną medycynę. Uczył, że medycyna przede wszystkim musi polegać na obserwacji, a nauczanie najlepsze jest przy łóżku chorego. Jego klinika (z gr. *kline* – łóżko) była ośrodkiem ówczesnych studiów lekarskich i od jego czasów nauczanie przy łóżku chorego stało się elementem nauczania w ówczesnych uniwersytetach. Boerhaave czynił to wyjątkowo pla-

nowo i systematycznie. Podczas gdy w XVII stuleciu wiodącą rolę w medycynie odgrywały Włochy, to w następnym okresie, obok wspomnianych już ośrodków w Leydzie i Halle, powstały nowe ośrodki medycyny klinicznej w Edynburgu i Wiedniu.

I tak Robert Whytt (1714-1766) z Edynburga, uczeń Boerhaavego wsławił się cennymi eksperymentalnymi obserwacjami nad refleksami. Między innymi stwierdził, że zwężenie źrenicy pod wpływem światła jest czynnością odruchową, opisał też pierwszy przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci.

Genialni lekarze angielscy potrafili też przejąć pewne metody medycyny ludowej, tak było z Williamem Witheringiem (1741-1799), który stosowania naparstnicy (*digitalis*) nauczył się od zielarki; tak też było z E. Jennerem (1749-1823), który przeprowadził szczepienia przeciwospowe krowianką.

Uczniami Boerhavego byli Van Swieten (1700-1772) i de Haën (1704-1776) – twórcy tzw. starszej szkoły wiedeńskiej (w odróżnieniu od młodszej szkoły wiedeńskiej Rokitańskiego).

Gerhard Van Swieten urodził się i studia lekarskie ukończył w Leydzie, gdzie jednak jako katolik nie mógł się utrzymać w ówczesnym protestanckim środowisku, ale uzyskał rekomendację z tego powodu u Marii Teresy, która powołała go do Wiednia. Van Swieten zreformował Wydział Lekarski, kierownictwo uczelni przeszło w ręce państwa, na wykładach zaczęto prowadzić demonstracje i ćwiczenia. Dzieło to kontynuował jego młodszy kolega z Leydy – de Haën. Badanie chorego polegało głównie na jego oglądaniu. De Haën, mimo, iż był lekarzem na ogół nowoczesnym, nie docenił np. epokowego odkrycia jakiego dokonał w Wiedniu Johann Leopold Auenbrugger (1722-1809), odkrywca metody opukiwania. Auenbrugger po siedmiu latach doświadczeń i obserwacji, zestawiając badania chorych z wynikami sekcji wydał małą rozprawę pt. *Inventum novum*, w której przedstawił – jako pierwszy – badania klatki piersiowej za pomocą opukiwania (*e percussione*).

Do wielkich nazwisk, które wytyczyły nowe drogi w medycynie w okresie, który poprzedził wybuch rewolucji francuskiej, obok wspomnianego już Lavoisiera zaliczyć należy Hallera i Morgagniego.

Wyjątkową indywidualność w naukach medycznych XVII wieku stanowił fizjolog szwajcarski Albrecht von Haller (1708-1777), autor 8-tomowego dzieła pt. *Elementa physiologiae corporis humani* (1757-1766), które dało podwaliny pod nowoczesną eksperymentalną fizjologię. Haller po raz pierwszy objął terminem fizjo-

logii całokształt czynności zdrowego organizmu ludzkiego, wprowadzając dwa nowe pojęcia, a mianowicie: drażliwość (*irritabilitas*) i czułość (*sensibilitas*). Drażliwość jest specyficzna dla mięśni, a czułość dla nerwów.

Nowe wrota w nauce otworzył włoski lekarz i anatom Giovanni Battista Morgani (1682-1771) [czyt. morgani], który wykonał przez szereg lat mnóstwo sekcji zwłok ludzkich i zwierzęcych, a epokowe swe dzieło *De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis* („O siedzibach i przyczynach chorób zbadanych (wyśledzonych) przez anatomie”), ogłosił dopiero w wieku 79 lat. Stało się ono początkiem i kamieniem węgielnym tak ważnej dziedziny, jaką jest anatomia patologiczna.

Doktrynerami, którzy przyjmowali własne koncepcje jako fundamentalne, zupełnie nie licząc się z dotychczasowym kierunkiem medycyny, a przede wszystkim z badaniami eksperymentalnymi i obserwacjami byli m.in. Samuel Hahneman (1755-1643) i John Brown (1735-1768).

Hahneman był twórcą homeopatii, zalecając stosowanie w maksymalnym rozcieńczeniu środków, które w normalnym stężeniu powodują objawy podobne do objawów danej choroby (z gr. *homoion pathos*).

Wielkiego rozgłosu w Niemczech, Włoszech i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej zyskały nauki Johna Browna, których cechą było dążenie do uproszczenia. Warunkiem zdrowia jest odpowiednia ilość bodźców. Choroba zaś powstaje, gdy są za silne lub za słabe. Każda choroba to *sthenia*, gdy bodźców jest za wiele oraz *asthenia*, gdy jest ich za mało. Przy takim uproszczeniu i terapia w myśl zasady *contraria contrariis* polega na stosowaniu leków pobudzających lub uśmierających. Szczególnie zalecał napoje alkoholowe, z których nadużywania był znany. Nadzwyczajna prostota, mimo zupełnej spekulacji i zignorowania tego, co dokonano do końca XVII wieku w medycynie, spowodowały, że system ten znalazł wielu naśladowców. Józef Frank (1771-1642) późniejszy wykładowca, profesor w Wilnie, był długi czas zwolennikiem Browna zanim przekonał się, że cały system – mimo pozorów słuszności – jest fałszywy. Do odnotowania jest jednak recepcja społeczna wspomnianych powyższych i innych systemów, również w Polsce, gdzie obok nowinek francuskich miało miejsce nieraz czerpanie z wzorów obcych, zwłaszcza, że było to też w okresie naporu lekarzy obcych do naszego kraju.

Inną herezją był magnetyzm zwierzęcy Franza Mesmera (1734-1815), który jednak był powiązany nie tylko z medycyną, ale także psychiatrią. Teorie te uderzały

też w słabe strony medycyny, przyczyniając się bezpośrednio do rektyfikacji poglądów, opierając się na danych eksperymentalnych i obserwacjach.

Kończąc dzieje medycyny do XVIII wieku, wkraczamy w XIX wiek, który dał podwaliny współczesnej medycyny. Oczywiście, że tego rodzaju cezury czasowe są czymś umownym, ale przydatnym w celach dydaktycznych. Podczas gdy dotychczasowe etapy rozwoju medycyny można było przedstawić opierając się zasadniczo na chronologii, nie omijając rzeczowego i terytorialnego ujęcia zagadnienia, w XIX wieku i obecnym stuleciu jest to niemożliwe.

Znane już powiedzenie *pulchra est eloquentia sed sola est medicina* (piękna jest wymowa, lecz sama jest medycyna), w swej codziennej praktycznej wymowie niezbitcie dowodzi, że obserwacja, wszelkie badanie, działanie – nieraz w sytuacji zagrożenia życia, rękoczynów – od których stronili kiedyś utytułowani adepci medycyny, są cenniejsze od najpiękniejszych uogólnień czy elokwencji. Tu sama nauka poznawcza (*sapientia*) musi ustąpić przynajmniej na podstawowym etapie kształcenia temu, co dawni lekarze nazywali *scientia operandi* (działanie) i *scientia principiarum* (zasady). To pozostało do dziś niezmiennie, reszta wymaga weryfikacji, modernizacji, mimo iż w swoim czasie był to istotny postęp. I tak należy patrzeć na medycynę ubiegłych lat, gdzie „prawdy” dnia wczorajszego mogą już dziś nie obowiązywać. Zasady prawidłowego rozumowania, wartości duchowe oraz etyczne pozostały i wymagają tylko uzupełnień.

V. Medycyna nowożytna XIX i XX wieku

/Szkice z dziejów medycyny, Wrocław 1996/

1. Podwaliny współczesnych nauk morfologicznych, fizjologii i biochemii

Nowoczesną naukę anatomii zapoczątkował A. Wesaliusz swym dziełem *De humani corporis fabrica libri septem* (1543). Przełomowe znaczenie miało wprowadzenie mikroskopu w XVII w. do badań anatomicznych, co dało podstawy do rozwoju anatomii mikroskopowej – histologii.

Znajomość zaś anatomii pogłębianą przez wielu badaczy prowadziła do rozważań nad funkcjami organizmu zarówno w całości, jak i poszczególnych jego częściach. Ten tok rozumowania daleki jeszcze od fizjologii w dzisiejszym tego słowa znaczeniu określany jest jako *anatomia animata* – anatomia ożywiona. Punktem zwrotnym było tu odkrycie przez Harveya krążenia krwi (1628), który w swym dziele *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, podał obowiązujący do dziś schemat dużego i małego krążenia. Od czasu wydania przez fizjologa szwajcarskiego A. Von Hallera jego *Elementa physiologiae corporis humani* (1757-1766) w ośmiu tomach można już mówić o istnieniu fizjologii jako odrębnej nauki. Schleiden (1838) wykazał, że wspólną jednostką budowy wszystkich organizmów zarówno roślinnych, jak i zwierzęcych jest komórka, a w roku następnym Schwann opisał komórki zwierzęce i przyczynił się do ustalenia zasad późniejszych teorii komórkowej.

Na dalszy rozwój badań histologicznych oraz fizjologicznych i patologicznych, wpłynęła wszechstronna działalność Rudolfa Virchowa (1821-1902), który nauczył, że organizm ludzki, który składa się z niezliczonej ilości komórek, nie jest tworem jednostkowym lecz zbiorowym. Jedyną nosicielką życia jest komórka. Jest ona podstawową jednostką biologiczną, nosicielką życia i choroby, powstaje zawsze z innych komórek (*Omnis cellula e cellula*).

Virchow jest też twórcą kierunku zwanego neowitalizmem, gdyż głosił że życie jest czymś swoistym, niepoznanym, przywiązany do komórek, które swe czynności życiowe rozwija pod wpływem podniet.

Na szczególne podkreślenie zasługuje wkład profesora z Zurychu, Heidelbergu Getyngi – F.G.J. Henlego (1809-1865), który był równocześnie histologiem, patologiem i fizjologiem. Była to wiodąca postać w nowej erze anatomii mikroskopowej w XIX wieku.

Henle opisał różne tkanki nabłonkowej, budowę i rozwój włosa. Szczegółowo opisał utkanie nerki (pętle krótkie nefronów korowych i długie – nefronów rdzeniowych, które noszą nazwę pętli Henlego). Opisał on również cylinder osiowy w nerwie, objaśnił czynność nabłonka cylindrycznego i rzęskowego, a w ścianie naczyń krwionośnych wykazał obecność mięśni gładkich. W zakresie anatomii mikroskopowej odegrał on podobną rolę, jak Wesaliusz w anatomii makroskopowej.

Jan Ewangelista Purkynie (1787-1869) – profesor fizjologii we Wrocławiu w latach 1823-1850, opisał strukturę mózgowia i zróżnicował ją na włókna i komórki, dalej komórki nabłonka i ruchy rząsek. Purkynie pierwszy w jajku zwierzęcym wykazał pęcherzyk zarodkowy i użył terminu protoplazma. Pierwszy też opisał w języku polskim w Rocznikach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego włókna końcowe układu przewodzącego serca, do dziś noszące nazwę włókien Purkyniego, będące ostatnim ogniwem przewodzenia w układzie autonomicznym serca. Pewną ciekawostką stanowi fakt, że miało to miejsce już w roku 1839, wyprzedzając opis Purkyniego w niemieckojęzycznej prasie medycznej o 5 lat. Znacznie później strukturę i funkcję pęczka przedsionkowo-komorowego w sercu opisali Albert Kent i Wilhelm His jr (1893), a funkcję węzła zatokowo-predsionkowego jako nadawcy rytmu serca opisali Artur Keith i Martin William Flack w roku 1907.

Wspomniane przykładowo odkrycia elementów morfotycznych serca, pozwalają lepiej zrozumieć współczesne badania w epoce postępu technicznego, postępów fizyki i chemii oraz poznanie ultrastruktury komórek. Wspomnę dla przykładu, że dziś są już konstruowane matematyczne modele czynności elektrycznej serca, dające informacje o kanałach jonowych, pompach jonowych, kontrolujących szczególnie poziom wapnia wewnątrzkomórkowego.

Obok zastosowania mikroskopowych metod w morfologii i fizjologii i towarzyszącym im badaniom wiwiskcyjnym, biologicznym, fizycznym i matematycznym, udoskonaleniu ulegały badania chemiczne, z których wyłoniła się samodzielna,

prężna biochemia. Powstała ona jednak nie tylko z fizjologicznego kierunku badań, ale również wiele zawdzięcza chemii organicznej. Oczywiście jest to podział umowny. Pierwszy kierunek wywodzi się od Lavoisiera (1743-1794), który wykazał, że tlen jest wchłaniany w płucach, a wydalany w postaci dwutlenku węgla, a więc wyjaśnił istotę oddychania jako procesu utleniania; początków zaś drugiego kierunku szukać należy w słynnej syntezie mocznika Wöhlera (1800-1882) w 1828 r.

Godne odnotowania są zainteresowania biochemików z przełomu XIX i XX wieku naturą chemiczną białka, będącego głównym siedliskiem procesów życiowych. Tu szczególnie wyróżnił się niemiecki biochemik, profesor fizjologii w Marburgu i Heidelbergu Albrecht Kossel (1853-1927), którego zainteresowania badawcze białkami, doprowadziły do odkrycia kwasów nukleinowych i histydyny. Został on w roku 1910 wyróżniony nagrodą Nobla.

Dynamiczny rozwój biochemii i rosnące jej znaczenie obrazuje w jakimś stopniu ilość nagród Nobla przyznanych biochemikom. A oto tylko niektóre ważniejsze dane: w 1922 r. uzyskali ją – Otto Meyerhof (niemiecki biochemik) oraz biochemik i fizjolog angielski A.V. Hill za badania nad przemianami energetycznymi w mięśniach. Meyerhof odkrył zależność pomiędzy zużyciem tlenu, a wytwarzaniem kwasu mlekowego w mięśniach, A.V. Hill zaś wykazał, że znaczna część ciepła wytwarza się po skurczu i jest uzależniona od obecności tlenu.

W roku 1936 profesor Uniwersytetu w Cambridge, biochemik i fizjolog H. Dale został wyróżniony nagrodą Nobla (wspólnie z O. Loewi) za prace nad wpływem acetylocholiny na pracę serca oraz jej roli jako przekaźnika z płytek motorycznych na włókna nerwowe. W ten sposób przyczynił się on do wyjaśnienia chemicznej natury bodźców nerwowych. W roku 1953 nagrodę Nobla otrzymał H.A. Krebs z Oksfordu – za odkrycie cyklu rozkładu cukru, tłuszczu, białek (tzw. cykl Krebsa); w roku 1955 – A.H. Thorell szwedzki biochemik za badania nad naturą i działaniem fermentów oksydacyjnych; w roku 1962 – J.D. Watson i współpracownicy z Harvardu za badania nad strukturą kwasu dezoksyrybonukleinowego. Opracowali oni model molekularnej struktury DNA (model Watsona-Cricka). W tymże roku wraz z Watsonem otrzymał nagrodę Nobla H.C. Crick z Cambridge za badania nad odkryciem kodu, za pomocą którego kwas DNA i RNA przekazują informacje genetyczne; w 1964 roku noblistami zostali: C.E. Bloch z Harvardu i F. Lynen z Monachium za wykrycie syntezy cholesterolu; w 1968 r. R.W. Holley i współpracownicy za interpretację genetycznego kodu i jego funkcji w syntezie protein; w

1972 r. – G.M. Edelman i R.R. Porter za odkrycie chemicznej struktury przeciwciał; w roku 1982 – S. Bergström, J.R. Vane, B. Samuelson – prace nad prostaglandyną i prostacykliną.

Jedno jest faktem, że im bliżej czasów nam współczesnych tym dane o omawianych dziedzinach nauk podstawowych są coraz mniej kompletne i coraz mniej proporcjonalne do ich faktycznego stanu i dynamiki rozwoju. Wzrasta ilość instytutów, laboratoriów, zatrudnionych pracowników, modernizuje się wyposażenie. Również też niemal lawinowo ilość czasopism, tak że mnożenie pewnych szczegółów analitycznych, bez ich syntezy, wydaje się nawet już nie do ogarnięcia przez specjalistów pracujących w danej dziedzinie. Stąd powyższa synteza podana w kolosalnym skrócie i uproszczeniu nie rości sobie pretensji do całościowego ujęcia choćby najważniejszych wydarzeń. Życzeniem piszącego te słowa jest jedynie przedstawienie szkicowe pewnych problemów i faktów, które zarówno pozwolą zrozumieć dokonywany postęp, jak i mogą być przydatne na późniejsze lata pracy i działalności zawodowej.

2. Rozwój patologii

Niemal do ostatniego ćwierćwiecza XIX wieku, kiedy to szczególne osiągnięcia mikrobiologii poszerzyły zakres dotychczasowych pojęć, nauka o przyczynach chorób nie odbiegała od wzorów i wytycznych przekazanych nam przez minione stulecie. Wkraczamy w burzliwy okres rozwoju nauk, nazywany też przełomem do nowoczesności.

Na początek kilka słów wprowadzenia. Musimy pamiętać, że obok „martwej anatomii” (opartej na autopsjach) coraz częściej wkraczała wspomniana już anatomia ożywiona (*anatomia animata*) czyli fizjologia, a ta stała się punktem wyjścia dla nauki o procesach chorobowych, to jest patologii. Zarówno jednak dawniej, jak i współcześnie medycyna nigdy nie była oderwana od ducha czasu, nigdy nie była sztuką dla sztuki, lecz wiedzą mającą służyć człowiekowi i społeczeństwu.

Kryteria zaś samej medycyny stały się bardziej precyzyjne. Tu pozwolę sobie na małą dygresję, cytując zdanie Janusza Korczaka (1676-1942) – znanego lekarza, pedagoga i pisarza, który łączył to wszystko w harmonijną całość – że wszelki pomiar jest cenniejszy w medycynie od najpiękniejszych uogólnień czy elokwencji.

Przez patologię rozumiemy naukę o przyczynach, objawach, rodzajach oraz skutkach chorób, zawężaną zwykle do nauki o zmianach strukturalnych chorego ustroju (patomorfologia) i o zmianach czynnościowych (patofizjologia). To *pathos* – oznacza ból, chorobę, a więc to, co nie przynależy do czynności fizjologicznych, do czynności normalnych, co nie jest przewidziane w planie rozwoju organizmu. Choroby są procesami, a nie stanami jak kalectwo, czy wady rozwojowe. Upośledzają one zdolność do wykonywania prac związanych z życiem (*functio laesa*).

Ojcem anatomii patologicznej jest wspomniany już Giambattista Morgagni [czyt. Morgani] (1692-1771), włoski lekarz i anatom. Na jego dziele *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, kształciły się pokolenia lekarzy. Morgagni chorobę mięścił w narządach. Ten pogląd nie zadowolił Francuza Marie Francois Xavier Bichata [czyt. Bisza] (1771-1802), uważanego za twórcę histologii. Nie posługiwał się on mikroskopem, a swą naukę o tkankach rozwinął wyłącznie na podstawie obserwacji makroskopowych, (wyróżnił 21 rodzajów tkanek, które określał jako zasadnicze elementy strukturalne organizmu zwierzęcego, przypisując każdej odmienne podstawowe funkcje).

Rozwój anatomii patologicznej w XIX wieku łączy się z działalnością Karla Rokitansky'ego (1804-1878) austriackiego lekarza, anatomopatologa pochodzenia czeskiego, twórcy medycznej szkoły wiedeńskiej, zwanej młodszą, anatomopatologiczną. Był autorem znakomitego podręcznika *Handbuch der pathologischen Anatomie* wielokrotnie wznawianego.

Wyniki jego badań były oparte na ogromnym materiale sekcyjnym. W Wiedniu za życia Rokitansky'ego sporządzono 100.000 protokołów. Zwracał on uwagę przede wszystkim na zmiany w częściach ciała stałych, ale w jego nauce bardzo poważne miejsce zajmuje nauka o patologii humoralnej, dużą rolę w powstawaniu chorób przypisywał zmianom we krwi wskutek skażenia – *krasis*.

Rokitansky wraz z Józefem Skodą (1805-1881), jako czołowi przedstawiciele „młodszej wiedeńskiej szkoły medycznej”, podobnie jak inni lekarze wiedeńscy tego okresu, reprezentowali tzw. nihilizm terapeutyczny, który głosił, że zadaniem lekarza jest przede wszystkim rozpoznanie i opisanie choroby, a dawna obszerna nauka o lekach *materia medica* nie ma naukowego uzasadnienia, a przez to sensu. Niewiara w skuteczność leków wyrażała się w poglądzie, że w leczeniu ważne jest jedynie pomaganie ustrojowi w zwalczaniu choroby. Ideami Rokitansky'ego była przesiąknięta ówczesna klinika wiedeńska prowadzona przez Józefa Skodę. Według bardzo

złośliwych, ale nie pozbawionych racji opinii stosowano tam jeden lek, a mianowicie krople laurowe (*Aqua Laurocerasi*).

Najzdolniejszym uczniem Rokitański'ego i Skody był Józef Dietl (1804-1878), który ćwierć wieku spędził w Wiedniu. W Polsce znany jest jako lekarz, działacz społeczny, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, zasłużony dla rozwoju Krakowa, jego prezydent. Jest też znany jako pionier balneologii w Polsce. Jego zasługą jest spopularyzowanie ówczesnych galicyjskich uzdrowisk – Krynicy i Szczawnicy.

Dietl znany jest też z większej pracy, którą ogłosił w roku 1845 pt. *Praktische Wahrnehmungen (die Wahrnehmung* – spostrzeżenie, dostrzeżenie, wykorzystanie). W pracy tej umieścił programowy pogląd na medycynę, który autorzy niemieccy nazywają manifestem wiedeńskiej szkoły. Jego poglądy miały związek z obserwacjami, jakie poczynił nad zapaleniem płuc. Kiedyś leczono je upustami krwi. Dietl wyliczył, że na 380 chorych leczonych upustem krwi śmiertelność wynosiła 20%, a u chorych leczonych dietetycznie tylko 7%. Według Dietla chorobę leczy sama natura, lekarz nie powinien jej przeszkadzać. Było to w myśl dawnego aforyzmu „*natura curat medicus iuvat*”.

Rudolf Virchow będący entuzjastą wykorzystywania mikroskopu do badania chorobowo zmienionych tkanek, położył podwaliny pod dzisiejszą histopatologię. Dopatrywał się zasadniczych i decydujących zmian w komórkach poszczególnych tkanek i narządów. Virchow twierdził, że jedyną nosicielką życia jest komórka, która jest podstawą biologiczną wszelkich spraw fizjologicznych i patologicznych. Podstawowe dzieło Virchowa *Die Cellular – pathologie*, zawiera jego teorię, tzw. patologii komórkowej. Komórka powstaje z komórki (*omnis cellula e cellula*) i jest podstawową jednostką budowy organizmu. Soki są tylko wydzieliną komórek i nie przedstawiają nic samodzielnego. Anatomia patologiczna (patomorfologia) zawdzięcza Virchowowi niezwykle dużo, zarówno w ogólnym układzie i technice sekcyjnej, jak i w szczegółach. Obserwacje były tak wyczerpujące, że od tego czasu można dodać jedynie tylko szczegóły. Oczywiście, że mikroskop elektronowy, nowe techniki współczesne cyto- i histochemiczne pozwoliły na dalszy rozwój. Jednak sama nauka o zapaleniu, nowotworach, zakrzepach i zatorach, przerzutach nowotworów, gruźlicy, zwyrodnieniu itp. była przez niego stworzona, a w każdym razie zmieniona i wprowadzona na nowe tory.

Szkoła Virchowa liczyła setki uczniów, poglądy jego – oczywiście dla tego, kto umiał obchodzić się z mikroskopem – przyjmowały się entuzjastycznie, a Vir-

chow był nazwany papieżem medycyny (*Papst der Medizin*). Był on symbolem medycyny XIX wieku. Jego autorytet jednak zaciążył też negatywnie. Sam Rokitansky, nazwany przez Virchowa Linneuszem anatomii patologicznej, który nie wysuwał lokalizacji na czoło zagadnień i obok zmian morfologicznych dostrzegał wadliwe „zmniejszanie soków ustrojowych”, pod koniec życia uległ urokowi patologii komórkowej i uznał ją. Ale i wielki Rudolf Virchow nie był wolny od błędu, *errare humanum est* – mawiali starożytni (błądzenie jest rzeczą ludzką). W jednej dziedzinie długo błądził, a mianowicie nie uznał odkryć Pasteura i drobnoustrojów chorobotwórczych. Virchow, powiedzieć można, przecenił komórkę a zupełnie zbagatelizował bodziec.

J.F. Cohnheim (1839-1884) profesor anatomii patologicznej we Wrocławiu i Lipsku, szczególnie zasłużył się w doświadczeniach nad istotą procesów zapalnych. W przeciwieństwie do Virchowa uznał, że nie tkanka odgrywa tu rolę, a naczynie. Po zadziałaniu przepływu zapalnego następuje rozszerzenie naczyń oraz zwolnienie przepływu krwi, leukocyty skupiają się przy ścianach naczyń. Kolejnymi fazami tego procesu są zastój w naczyniach włosowatych, migracja leukocytów z naczyń żylnych i włosowatych, a po niej migracja krwinek czerwonych z naczyń włosowatych. Następuje nacieczenie elementami pochodzącymi z krwi a nie z tkanki. Bez naczyń zatem nie ma zapalenia. Aktualnie więc pozostały cztery kardynalne symptomy zapalenia podane jeszcze przez Celsusa (53 przed Chr. – 7 po Chr.):

rubor – zaczerwienienie,

calor – wzrost ciepłoty miejsca zmienionego zapaleniem,

tumor – obrzmienie,

dolor – ból, objaw wtórny z uwagi na szczywienie nerwów czuciowych.

Później dodano jeszcze objaw: *functio laesa* – upośledzona czynność.

Również rozwój nauk biologicznych i anatomii patologicznej umożliwił naukowe podejście do zagadnienia choroby nowotworowej. Obok wspomnianych już Virchowa i Cohnheima, w tej dziedzinie zasłużył się Ribbert (podręcznik anatomii patologicznej Ribberta-Hamperla, z którego piszący te słowa jeszcze korzystał). Ribbert wraz z Hamperlem stworzyli podstawy morfologiczne naszej wiedzy o nowotworach.

W roku 1889 Arthur Hanau – uczeń Cohnheima, przeszczepił raka płaskokomórkowego narządów płciowych samicy szczura na skórę moszny innego szczura. Przeszczep był udany, samo zaś doświadczenie zignorowano całkowicie. Postępem

było dostrzeżenie wpływu hormonów płciowych na wzrost niektórych nowotworów. Wielu uczonych zwróciło uwagę na związki spokrewnione z hormonami sterydowymi i ich rolę w patogenezie nowotworów.

Kierunek mikroskopowy (histologiczny) powstał dzięki ulepszeniom mikroskopu, pozwalającemu podówczas na uzyskanie powiększeń 300-600-krotnych.

Jan Ewangelista Purkynie w szeregu prac własnych i uczniów pozostawił odkrycia o nieprzemijającej wartości, oparte na najnowszej technice badawczej i wnoszące nowe elementy do nauk. Opis włókien przewodzących w sercu jest do dziś związany z jego imieniem. Był twórcą nowych technik histologicznych, utwardzania, odwapniania. Jego badania zostały jedynie poszerzone i uzupełnione. On pierwszy użył terminu protoplazma.

Epokową zaś teorię komórkowej budowy organizmów roślinnych i zwierzęcych stworzyli Teodor Schwann (1810-1881) niemiecki fizjolog i histolog oraz botanik niemiecki Mathias Jakob Schleiden (1604-1881).

Ogromny krok naprzód stanowiły badania eksperymentalne. Pionierem eksperymentu był Claude Bernard [czyt. Bernar] (1813-1878), który doprowadził do mistrzostwa eksperyment fizjologiczny, a zwłaszcza eksperyment wiwisekcyjny. Wykrył on m.in. trawienne właściwości soku trzustki, odkrył glikogen i rolę wątroby w przemianie cukrów.

Zanim doszło do epokowych odkryć Pasteura i Kocha, wiedziano, że niektóre choroby są zaraźliwe i że powstają przez zetknięcie *contagium* zdrowego z chorym.

Ludwik Pasteur (1822-1895) był jednym z najgenialniejszych badaczy i odkrywców, jakich w ogóle znają dzieje ludzkości, był on twórcą bakteriologii i immunologii. Miał dar szerokiego ujmowania zagadnień, pomysłowość, wytrwałość i silnie rozwiniętą twórczą wyobraźnię. Jako chemik wstąpił się odkryciami dotyczącymi fermentacji. Wykazał, że fermentacja – przeciwnie niż sądzono – nie następuje w przebiegu procesów chemicznych, ale zależy od rozwoju drobnoustrojów, przy czym każdemu rodzajowi fermentacji odpowiadają inne drobnoustroje. Te odkrycia miały obok wartości naukowo-poznawczych znaczenie praktyczne, ponieważ stały się podstawą zapobiegania psuciu się wina, piwa i octu przez zastosowanie metody zwanej później pasteryzacją. Pasteryzacja jest to jedna z metod wyjąławiania, niszczenia drobnoustrojów, powszechnie stosowana w przemyśle spożywczym (mleka, piwa, soków pitnych) oraz w technice bakteriologicznej i farmaceutycznej, polegająca na

ogrzaniu do temperatury powyżej 60° nie przekraczając 100°. W czasie pasteryzacji giną zwykle drożdże i pleśnie oraz formy zarodnikowe drobnoustrojów.

Pasteur w szeregu eksperymentów wykazał, że drobnoustroje występujące np. w powietrzu rozwijają się zawsze z takich samych organizmów. Wyniki tych badań obaliły wiarę w samorództwo organizmów (*generatio spontanea*). Badania nad wścieklizną doprowadziły do wprowadzenia przez Pasteura szczepień przeciw tej chorobie, a skuteczność jego metody stała się podstawą do zakładania specjalnych instytutów pasteurowskich.

Wymieniłem tylko najważniejsze z odkryć Pasteura, mówiły one same za siebie, gdyż dawały doniosłe korzyści praktyczne. Ale nie wszyscy przyjmowali je z zapałem, byli i tacy którzy je zwalczali. Najbardziej zwalczali Pasteura Niemcy (Virchow, a nieraz także i Robert Koch).

Robert Koch (1843-1910) o 21 lat młodszy od Pasteura, jako ówczesny lekarz powiatowy w Wolsztynie w Poznańskim, zorganizował we własnym mieszkaniu i własnym kosztem małe laboratorium, gdzie rozpoczął pracę naukową, która postawiła go w rzędzie najwybitniejszych ówczesnych uczonych. Jest obok Pasteura drugim współtwórcą bakteriologii. Położył też podwaliny pod nowoczesną naukę o chorobach zakaźnych. Jest odkrywcą laseczki wąglika, prątka gruźlicy, przecinkowca cholery. W roku 1905 otrzymał nagrodę Nobla za prace nad gruźlicą. Ulepszył też samą technikę badań bakteriologicznych wprowadzając pożywki stałe i barwniki anilino-we.

Epokowe znaczenie Kocha i Pasteura polega m.in. na tym, że do medycyny indywidualnej przyłączyła się medycyna społeczna. W myśl jej zasad lekarz nie może służyć interesom jednostki, lecz pozostawać musi w służbie społeczeństwa. W tym kontekście medycyna obejmuje nie tylko naukę i sztukę leczenia chorób, lecz także zapobieganie i troskę o zdrowie społeczeństwa. Odkrycia Pasteura i Kocha w jakimś stopniu przyczyniły się do reorientacji w tym zakresie.

Badaniami nad odpornością wstąpił się Ilija Miecznikow (1845-1916), uczeń Pasteura, rosyjski biolog osiadły we Francji, który m.in. wykazał, że komórki tworzą nie tylko przeciwciała, ale też biorą udział w niszczeniu bakterii. Odkrył on zjawisko fagocytozy, która według niego odgrywa główną rolę w zjawiskach odporności. Fagocytoza to proces aktywnego chwytania i pochłaniania przez pewne komórki organizmów zwierzęcych innych komórek mikroorganizmów lub rozmaitych cząstek organicznych i nieorganicznych, stanowi jeden z głównych mechanizmów obron-

nych przeciw infekcji. Własności fagocytarne wykazują niektóre białe ciała krwi, monocyty i granulocyty obojętnochłonne, zwane mikrofagami (mikrofagi – małe komórki żerne) oraz komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego łącznie z monocytami, które obejmuje się wspólną nazwą makrofagów. Droga do terapii przyczynowej stała się otworem.

3. Rozwój medycyny klinicznej

Postępy medycyny w zakresie nauk teoretycznych nie pozostały bez wpływu na medycynę kliniczną i leczenie w szpitalach. Jednak już w XVIII stuleciu nastąpiły pewne przełomowe wydarzenia w diagnostyce chorób klatki piersiowej, to jest narządu oddechowego i narządu krążenia.

Lekarz wiedeński Johann Leopold Auenbrugger (1722-1809) w roku 1761 ogłosił małą rozprawkę pt. *Inventum novum...*, w której opisał znaczenie opukiwania klatki piersiowej (stłumienie odgłosu występuje przy np. nacieku w płucach czy wysięku opłucnej). Francuski klinicysta Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), profesor paryski, późniejszy osobisty lekarz Napoleona, metodę tę rozpowszechnił i udoskonalił. Również odkrycie osłuchiwania serca przez Francuza Rene Laénneca (1761-1826) w roku 1818 (*De l'auscultation mediate*) przyczyniło się do postępu w medycynie. Wprowadził on metodę osłuchiwania za pomocą stetoskopu (*stethos* – pierś, *skopein* – patrzeć).

Nowe metody okazały się niezastąpione w rozpoznawaniu wad serca. Ogromne powodzenie miał wydany w języku francuskim w 1835 r. przez Adama Raciborskiego, Polaka, podręcznik poświęcony perkusji i auskultacji (*Nouveau manuel complet d'auscultation et de percussioin*). Zadaniem, też niełatwym, było zharmonizowanie spostrzeżeń klinicznych i danych laboratoryjnych.

Ogromne postępy uczyniły chirurgia i ginekologia z położnictwem. W 1846 r. dentysta Morton z Bostonu i chemik Jackson zastosowali narkozę eterową. W 1849 roku Simpson zastosował chloroform. Metody znieczulania miejscowego wprowadzono później.

L.P. Semmelweis (1818-1865), węgierski lekarz i położnik, profesor Uniwersytetu w Wiedniu, wykazał przyczyny gorączki połogowej (*sepsis puerperalis*). Nie znał on wprawdzie bakterii, ale przeczuwał, że istnieją. Zapoczątkował nową erę antyseptyki w położnictwie. J.E. Pean [peã] – (1830-1898) chirurg francuski, był

twórcą wielu narzędzi chirurgicznych (m.in. klem naczyńniowych).

Wielki wiedeński chirurg Theodor Billroth (1829-1896) był twórcą nowoczesnej chirurgii krtani, przełyku i jamy brzusznej. Karl Thiersch (1822-1895) wprowadził przeszczepianie skóry.

Obok Wiednia i Paryża poczesne miejsce zajmowały też szkoły kliniczne w Dublinie i Londynie. W Dublinie zasłynął Robert Graves (1796-1853) – podał klasyczne objawy nadczynności tarczycy (choroba Gravesa-Basedowa). Imię Wiliam Stokes (1804-1878) żyje do dziś m.in. w nazwie: oddech Cheyne-Stokesa – naprzemiennie występujące okresy bezdechu i stopniowego pogłębiania, a następnie spłykania ruchów oddechowych, wywołane uszkodzeniem ośrodka oddechowego (zdarza się m.in. w lewokomorowej niewydolności krążenia).

W Londynie działał Richard Bright (1781-1858), który odkrył związek między obrzękami a obecnością białka w moczu (choroba Brighta). Zapoczątkował on emancypację nefrologii i początki jej oddzielenia od kardiologii.

Ważne zmiany zaszły też w dziedzinach operacyjnych, szczególnie po wprowadzeniu przez J. Listera (1827-1912) w roku 1867 antyseptyki oraz zastosowaniu do leczenia otwartych ran karbolu.

W dużym uproszczeniu antyseptyką można by nazwać walkę z zarazkiem wewnątrz rany. Jak wiadomo antyseptykę zastąpiła później aseptyka, którą można określić jako walkę z zarazkiem na zewnątrz rany, przez co rozumiemy niedopuszczenie do zakażenia rany.

Ulepszenia techniczne wprowadził J.F. Esmarch (1823-1908) profesor, chirurg w Kilonii, który udoskonalił metody uciskowe (opaska Esmarcha). Pozwoliło to wykonywać operacje, np. na kończynach, prawie bez utraty krwi, w polu operacyjnym bezkrwawym. Sprawność i zakres chirurgii zwiększyły się.

Szwajcar urodzony w Bernie, Teodor Kocher (1841-1917), zasłynął jako wspaniały operator wola, za co w roku 1909 otrzymał nagrodę Nobla. Był on też konstruktorem narzędzi chirurgicznych. W Rosji jako chirurg zasłynął Mikołaj Pirogow (1810-1881). Francuz Ch.G. Pravaz (1791-1853) [wym. Pravaz] udoskonalił metodę wstrzykiwań, dając medycynie zupełnie nowy, nieoceniony sposób podawania leków.

Słynny śpiewak włoski M.P. Garcia (1805-1906) wpadł na pomysł lusterka krtaniowego, które następnie udoskonalił w Wiedniu J.N. Czermak (1828-1873), jeden z pionierów laryngoskopii. Z tego działu medycyny do najślawniejszych nale-

ży Adam Politzer (1835-1920), urodzony na Węgrzech, profesor, lekarz, wynalazca i nauczyciel, historyk tej specjalności.

Początki nowoczesnej psychiatrii pozostają w związku z ruchem wolnościowym, jaki obudził się we Francji po Wielkiej Rewolucji Francuskiej. Dotąd obłąkani byli traktowani jak więźniowie, trzymeni w wilgotnych piwnicach, zwykle na łańcuchach pod nadzorem brutalnych nadzorców. Pierwszym, który odważył się zdjąć łańcuchy z obłąkanych był francuski lekarz Filip Pinel (1745-1826).

Najwybitniejszym klinicystą drugiej połowy XIX stulecia był Jean Martin Charcot (1825-1893), profesor Uniwersytetu w Paryżu, wybitny wykładowca, sławiony badaniami nad padaczką, płasawicą, histerią.

Józef Babiński (1857-1932), działający we Francji syn polskiego emigranta, był autorem prac mających przełomowe znaczenie dla rozwoju neurologii (prace o odruchach ścięgnistookostnowych) oraz położył podwaliny neurochirurgii (interwencje chirurgiczne w niektórych chorobach nerwowych).

W zakresie chorób wewnętrznych szczególnie rozwijały się endokrynologia, hematologia i kardiologia. W endokrynologii i hematologii zmanifestował się nawrót do patologii humoralnej.

4. Rozwój chemii i nauki o leku

Przechodząc zaś do nowoczesnej nauki o leku warto przypomnieć, że teoria flogistonowa Stahla, profesora z Halle, okazała się bardzo dogodną i pożyteczną hipotezą roboczą. Mimo iż sama była błędna, przyczyniła się do opracowania niektórych technologii przemysłowych. Jatrochemia, a następnie rozwijająca się czysta chemia, przygotowały grunt pod rozwój aptekarstwa. Warto nadmienić, że okres od połowy XVIII wieku do pierwszej połowy wieku XIX został przez historyków farmacji nazwany „złotym wiekiem aptekarstwa”. Dzieje zaś leków wiążą się z rozwojem XIX-wiecznej nauki i techniki. Szczególnie wykorzystanie węgla kamiennego, powstanie gazownictwa z masą produktów ubocznych stanowiących istną kopalnię dla surowców wyjściowych do różnych syntez chemicznych, rozwój komunikacji a w końcu wykorzystanie energii elektrycznej, przyczyniły się do rozwoju nauki, techniki i przemysłu. Ale prawdziwy rozwój chemii organicznej i farmaceutycznej rozpoczął się od syntezy mocznika (Wöhler – 1828). Związki organiczne mogły być otrzymywane z pierwiastków, szczególnie rozwinęły się wtedy badania nad syntezą,

analizą i poznaniem związków organicznych, o odrębności których – jak wiadomo – decyduje podstawowy składnik związków organicznych, węgiel.

Warte zapamiętania są choć niektóre nazwiska ważne z punktu widzenia odkryć, istotnych dla leku analitycznego.

Carl Wilhelm Scheele (1742-1786), chemik szwedzki, otrzymał fluorowodór, chlor, odkrył m.in. tlen, niezależnie od Josepha Priestleya (1733-1804).

Martin Heinrich Klaproth (1743-1618) współczesny Scheelemu, wprowadził oznaczenia ilościowe i jest twórcą nowoczesnej analizy chemicznej. Żyjący na przełomie XVIII i XIX wieku aptekarz niemiecki Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841), badając opium odkrył morfinę (*principium somniferum*). Badał on właściwości morfiny w swym organizmie, co stało się przyczyną morfinizmu u niego samego. Pozostał jednak wielkim badaczem, dając nie tylko opis choroby, ale i ostrzeżenie dla lekarzy i aptekarzy przyszłych pokoleń przed zgubnym nałogiem. Przed pierwszą wojną światową P. Ehrlich (1854-1915) z Japończykiem S. Hata (1873-1938) przebadali aż 605 preparatów z połączeń arsenowych, ale dopiero preparat 606 zabijał krętki blade, nie wyrządzając komórkom ciała znaczniejszej szkody. Ehrlich stał się twórcą chemioterapii. Wydawało się, iż urzeczywistniło się stare marzenie. Stała się modna tzw. *Therapia sterilisans magna* (preparat salvarsan). Entuzjazm przeszedł nawet do literatury, ale sam optymizm był za daleko posunięty.

Ciekawa była historia odkrycia insuliny. J. Mering (1649-1908) i O. Minkowski (1848-1931) usuwając trzustkę zauważyli wzmożone wydalanie moczu u zwierzęcia (1869). Dało to podstawy do przyjęcia trzustkowej etiologii cukrzycy. Największym zaś praktycznym osiągnięciem współczesnej endokrynologii było wyizolowanie insuliny – przez lekarza E.G. Bantinga (1891-1941) i chemika Ch.H. Besta (1899-1978). Insulina, którą dziś stosujemy w różnych postaciach (obok krystalicznej istnieją też postacie o różnym wolniejszym stopniu wchłaniania – *lente*, *semilente*), okazała się „magicznym” wprost lekiem na cukrzycę, podobnie jak odkryta później witamina B₁₂ w niedokrwistości złośliwej. To drugie odkrycie wyszło też z pracowni, a mianowicie wykazano, że surowa wątroba przywraca anemicznym psom zdrowie. Posypały się nagrody Nobla. Otrzymali je: w 1923 r. E.G. Banting i współpr. za insulinę a w 1934 r. G.W. Whipple, G.R. Minot i W.P. Murphy za leczenie niedokrwistości złośliwej (anemii) wyciągami z wątroby. W 1939 r. G. Domagk za Prontosil (sulfamidy). Z polskich badaczy zasługuje na pamięć lwowski profesor Jakub Parnas (1884-1949), w latach trzydziestych światowej sławy biochemik (cykl

glikozowy Parnasa-Meyerhofa). W 1945 r. Sir Alex Fleming, Ernst B. Chain, Sir H.W. Florey otrzymali nagrodę Nobla za penicylinę. Badania nad penicyliną rozpoczęto wcześniej, a ich praktyczne wdrożenie zakończono w USA w czasie II wojny światowej. Pod koniec II wojny światowej penicylina uratowała wiele istnień ludzkich. W 1952 roku S.A. Waksman (1888-1973) otrzymał nagrodę Nobla za streptomycynę, która zapoczątkowała erę chemioterapii w gruźlicy. I tu już zbliżamy się do rogatek wiedzy współczesnej, którą szczególnie w tym zakresie cechuje lawinowy postęp. Wzrasta ilość instytutów, laboratoriów, modernizuje się technologię. Badania stają się coraz bardziej dokładne i szczegółowe, a licznych wydawnictw nikt nie jest w stanie przeczytać. Z samej zaś klasycznej farmakologii (*pharmakon* – lek, *logos* – nauka) wyłoniła się: farmakodynamika (nauka o zmianach czynności organizmu pod wpływem leku), farmakokinetyka (nauka o losach leku w organizmie), farmakoterapia (zastosowanie lecznicze leków), farmakologia kliniczna (badanie działania leku na człowieka zdrowego i chorego), farmakogenetyka (badająca wpływ czynników dziedzicznych na działanie leku).

5. Z dziejów położnictwa i nauki o chorobach kobiecych

Położnictwo jest związane z ginekologią w swym rozwoju dziejowym oraz współcześnie, zarówno w zakresie specjalizacji lekarzy, jak i organizacji służby zdrowia i działalności naukowej.

W pierwszych cywilizowanych społeczeństwach położnictwo należało do kobiet, a ich dość umiejętne „rękoczyn” i stosowanie leków świadczą, że zawód położnej był już dawno znany.

Na szczególną uwagę zasługuje to, że w pismach Hipokratesa był zwrot „nie podam nigdy kobiecie środka spędzającego płód”. W ustawodawstwie zaś rzymskim istniał przepis o konieczności wykonywania u zmarłych ciężarnych nadłonowego wyjęcia płodu w drodze cięcia. Było to zawarte w *Lex Regia* przypisywanym Numie Pompiluszowi (715-663 przed Chr.). Samo zaś określenie „cięcie cesarskie” (*sectio cesarea*) pochodzi stąd, że płód miał być wydobyty cięciem, czyli był wycięty (*caesar*). Według niektórych pojęcie jest błędne, ale utrzymało się (poprawnie powinno być – *laparotomia*). W XVI wieku angielscy lekarze-położnicy wprowadzili do użytku kleszcze porodowe, które zanim się upowszechniły – stanowiły tajemnicę rodu przez dwa pokolenia. Położnictwo też korzystało z osiągnięć anatomii i fizjolo-

gii, a zyskując podstawy naukowe przestawało być li tylko *ars obstetrica* – jak to mówiono językiem staropolskim „sztuką babienia”.

Zasadniczy zwrot dokonał się dopiero w II połowie ubiegłego stulecia, dzięki działalności L.Ph. Semmelweisa (1818-1865), który przez wprowadzenie obowiązkowego mycia rąk badających wodą chlorowaną oraz przez dezynfekowanie narzędzi i materiału opatrunkowego przed jego użyciem, uzyskał obniżenie śmiertelności położnic. Semmelweis nie znał wprawdzie bakterii, ale przeczuwał ich istnienie.

Również wprowadzenie przez Mortona znieczulenia eterem i J. Simpsona chloroformem – zbieżne z innymi odkryciami stanowiło dalszy krok milowy w rozwoju, szczególnie położnictwa. Odkrycie przez H. Dale’a (1875-1968) kurczącego działania wyciągu tylnego płata przysadki na macicę było dalszym ogromnym postępem. Dla rozwoju położnictwa w Polsce duże zasługi położyli profesorowie krakowscy: R.J. Czerwiakowski (1743-1816), M. Madurowicz (1831-1893), H. Jordan (1842-1907) oraz A. Czyżewicz (1841-1910) i A.F. Czyżewicz junior (1877-1962).

Dalszy rozwój położnictwa uwarunkowany był osiągnięciami mikrobiologii, fizjopatologii, biochemii, endokrynologii, onkologii i serologii (konflikty serologiczne).

Ginekologia (gr. *gyne*, *gynajkos* – kobieta), swój rozwój zawdzięcza wprowadzeniu antyseptyki i aseptyki oraz znieczuleń. W II połowie XIX wieku dla rozwoju ginekologii zasłużył się bardzo Alfred Hegar (1830-1914) profesor z Fryburga, który opracował nowe metody i nowe narzędzia w ginekologii i położnictwie.

W tym okresie wiedeńska szkoła ginekologiczna wydała cały zastęp wybitnych ginekologów, z których najslawniejszym pozostał Ernest Wertheim (1864-1920) (radykałna operacja przy raku macicy, polegająca na całkowitym wycięciu macicy drogą brzuszną wraz z pobliskimi węzłami chłonnymi).

Obecnie jednym z czołowych problemów ginekologii stały się nowotwory narządu rodneho; wykształciła się nowa gałąź – onkologia ginekologiczna. Obok leczenia operacyjnego, stosuje się energię promienistą, leczenie hormonalne, cytostatyki i antymetabolity. Powstała też nowa dziedzina związana z ginekologią dziecięcą. Szeroko zagadnienie to omawia Tadeusz Heimrath (T. Heimrath, *Rozwój położnictwa i wiedzy o chorobach kobiecych* s. 211-224 i *Rozwój ginekologii i położnictwa*, s. 455-465, w: *Historia medycyny* pod red. T. Brzezińskiego, Warszawa PZWL 1988).

6. Rozwój specjalizacji w chirurgii

Rozwój chirurgii i specjalizacji w niej nastąpił szczególnie w II połowie XIX wieku, dzięki wprowadzeniu znieczulenia ogólnego i miejscowego oraz dzięki wkroczeniu antyseptyki i aseptyki (Semmelweis, Lister). Można było poszerzyć zakres operacji, których techniczne podstawy były już znane dzięki pracom szkoły francuskiej oraz znakomitego chirurga rosyjskiego M.I. Pirogowa. Opanowanie bólu i zakażeń, tzw. zgorzeli szpitalnej (*gangrena nosocomialis*), a także późniejsze opanowanie upływu krwi podczas operacji oraz uzupełnianie krwi i płynów, pozwoliły na dalszy rozwój techniki operacyjnej. Zabiegi zarówno transfuzyjne, jak i infuzyjne ułatwiło wynalezienie przez francuskiego lekarza K.G. Pravaza metalowej strzykawki z igłą oraz odkrycie grup krwi przez wiedeńczyka K. Landsteinerja (1868-1943), sklasyfikowanie grup krwi i upowszechnianie nauki o ich oznaczaniu {E. Dungern (1867) i współpracujący z nim L. Hirszfild (1884-1954)}. Wprowadzenie cytrynianu sodu jako środka konserwującego (zapobiegającego krzepnięciu krwi) pozwoliło później na przetaczania w celach leczniczych i w czasie samych zabiegów operacyjnych.

Teodor Billroth, kierownik wiedeńskiej kliniki chirurgicznej, jest twórcą nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego, autorem znanych metod resekcji żołądka, chirurgii krtani. Jest nauczycielem całej plejady wybitnych chirurgów, wśród nich Jana Mikulicza-Radeckiego (1850-1905), profesora chirurgii w Krakowie, Królewcu i Wrocławiu.

Podręcznik Bilrotha *Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie* doznał 16 wydań i wielu tłumaczeń. Po zakończeniu I wojny światowej nastąpił podział chirurgii na szereg węższych dziedzin operacyjnych.

Ortopedia

Ortopedia (od *ortos* – prosty, *paid* – dziecko) znana była dawniej i ściśle była związana z chirurgią. Sam termin wszedł w użycie dopiero w XVIII wieku, a wprowadził go chirurg francuski Nicolas Andry (1658-1742). Przybierała ona w rozmaitych okresach formy bądź korekcyjno-zachowawcze, bądź aktywno-operacyjne. Wprowadzenie prętów metalowych przez F. Steinmanna (1872-1932) i M. Kirschnera (1879-1942) w połączeniu z obciążeniem i szyną było szeroko rozpowszechnione,

a zostało uzupełnione mocnym prętem (wyżłobionym) do zespoleń kości udowej przez chirurga niemieckiego G. Küntschnera, ur. w 1902 r. (gwóźdź Küntschnera).

Nową erę w leczeniu stawu biodrowego otworzyli ortopedzi francuscy J. Judet (ur. 1905) i R. Judet (ur. 1909), którzy dokonali resekcji głowy kości udowej zastępując ją protezą akrylową.

Urologia

Urologia również była związana z chirurgią. Do jej emancypacji przyczynili się lekarze francuscy. Wziernik pęcherzowy (cystoskop), wyposażony później w żarówkę elektryczną, stał się podstawowym przyrządem zarówno diagnostycznym, jak i operacyjnym. Odkrycie promieni X przez Roentgena umożliwiło następnie wykonanie urografii, po zastosowaniu środków kontrastowych. Leczenie operacyjne kamicy moczowej, radykalne operacje na gruczole krokowym i ich ulepszenia są domeną ostatnich czasów. Z polskich urologów należy wymienić pioniera tej specjalności, krakowskiego profesora Alfreda Obalińskiego (1843-1898) oraz założyciela pierwszego ośrodka urologicznego we Lwowie, Zenona Leńkę. Po II wojnie światowej powstały kliniki urologiczne w Akademiach Medycznych i oddziały urologiczne. We Wrocławiu, po zniszczeniach II wojny światowej, pierwszy oddział – a późniejszą Klinikę Urologiczną – prowadził profesor Florian Nowacki (zm. 1957 r.).

Profesor Nowacki zorganizował i usprawnił lecznictwo urologiczne na terenie Dolnego Śląska, w Cieplicach stworzył Naukowy Ośrodek Lecznicy wrocławskiej Kliniki Urologicznej.

Neurochirurgia

Neurochirurgia mogła rozwinąć się dopiero po ustaleniu ścisłej lokalizacji schorzenia i tu wielkie zasługi położył chirurg, a równocześnie anatom i antropolog francuski, Paul P. Broca (1824-1880), który zastosował badania lokalizacji ośrodków nerwowych do rozpoznawania guzów mózgu. Był on prekursorem nowoczesnej neurochirurgii. Chirurgię układu nerwowego współczulnego wprowadzili René Leriche i René Fontaine. Dalszym postępowaniem jest wprowadzenie encefalografii, wentrykulografii, angioencefalografii, operacji wypadniętego dysku międzykręgowego oraz izotopów do badania lokalizacji guzów mózgu. Profesor Akademii Medycznej w

Warszawie, nieżyjący już dziś Jerzy Choróbski (1902-1986), jest pionierem neurochirurgii w Polsce.

Okulistyka

Okulistyka (gr. *oftalmologia*), znana była od najdawniejszych czasów, ale odkrycia XIX-wieczne z zakresu anatomii i fizjologii oka, poparte odkryciem oftalmoskopu w 1851 r. przez H. Helmholtza (1821-1894) pozwoliły na badanie dna oka przez otwór źrenicy. Dzięki oftalmoskopowi okulistyka stała się również dyscypliną pomocną w rozpoznawaniu chorób ogólnoustrojowych, jak np. miażdżycy, nadciśnienia, cukrzycy, chorób mózgu, serca i naczyń. Za ojca okulistyki uchodzi Albrecht Graefe (1828-1870), profesor z Berlina, który wprowadził wiele nowych zabiegów jak irydektomia w jaskrze, operacje zeza i inne, podał opis współczulnego (skrzyżowanego) zapalenia nerwu wzrokowego oraz zatoru tętnicy siatkówkowej, a posługując się oftalmoskopem opisał tarczę zastoinową nerwu wzrokowego w guzach mózgu oraz odklejenie siatkówki. Nowoczesna chirurgia mogła rozwijać się dzięki wprowadzeniu przez C. Kollera (1857-1944) miejscowego znieczulenia oka za pomocą kokainy. Rozwiązało to wiele problemów zarówno diagnostycznych, jak i zabiegowych. Tablice do badania ostrości wzroku opracowane przez Hermana Snellena (1834-1908) w II połowie XIX wieku do dziś są używane i związane z jego imieniem. Rosyjski okulista Władimir Fiłatow (1875-1956) z Odessy opracował operację przeszczepienia rogówki u ludzi, która wzbudzała w latach dwudziestych i trzydziestych powszechne zainteresowanie. Okulista szwedzki Allvar Gullstrand (1862-1930) za skonstruowanie lampy szczelinowej i nowoczesnego oftalmoskopu otrzymał nagrodę Nobla (1911 r.). Odkryty przed trzydziestu laty laser znalazł też zastosowanie w medycynie w leczeniu odklejania siatkówki. Z polskich okulistów zasługują na szczególną pamięć: osiadły w Paryżu Ksawery Gałęzowski (1832-1907), autor znanego podręcznika i nowych metod operacyjnych oraz zmarli niedawno – prof: Tadeusz Krawicz (ur. 1910 r.) z Lublina, który pierwszy w świecie wprowadził do okulistyki leczenie zimnem (krioterapia) i profesor Witold Juliusz Kapuściński (1910-1988), pierwszy długoletni Kierownik Katedry Kliniki Okulistycznej Wrocławskiej Akademii Medycznej.

Otolaryngologia

Otolaryngologia była początkowo również domeną chirurgii. Dopiero rozwój metod diagnostycznych, a wśród nich wziernikowania, zezwolił w drugiej połowie XIX wieku na emancypację początkowo otiatrii (otologii), a później laryngologii. Do jej rozwoju przyczynił się rozwój fizyki i biofizyki, nauki o zmyśle słuchu i słyszeniu (audiologia), nauce o fonacji i jej zaburzeniach oraz leczeniu (foniatria). Odkrycia znanego fizyka niemieckiego H. Helmholtza (1821-1894) stworzyły podstawy akustyki. Helmholtz też skonstruował laryngologiczne lustro czołowe, pozwalające na koncentrację światła wzdłuż osi widzenia i badanie przewodu słuchowego zewnętrznego, jamy nosa i gardła. Wybitnymi znawcami patologii błędnika byli P. Ménière (1799-1862), który opisał zespół objawów pochodzenia błędnikowego (Zespół Meniera) oraz otolog pochodzenia węgierskiego Robert Bárány (1876-1936), profesor Uniwersytetu w Upsali, który za prace nad rolą błędnika i mózgu w utrzymaniu równowagi i kontroli ruchów dowolnych otrzymał nagrodę Nobla w 1914 r.

Wprowadzenie mikroskopu operacyjnego zezwoliło na bardzo już precyzyjne operacje, jak np. leczenie otosklerozy. Również wprowadzenie bronchoskopii i ezofagoskopii poszerzyło znacznie zakres otolaryngologii, a wprowadzenie antybiotyków i sulfonamidów zmniejszyło bardzo znacznie liczbę przypadków ropnych zapaleń ucha, nosa i gardła oraz liczbę dużych operacji z tego powodu. Również osiągnięcia radioterapii stosowanej w raku krtani zredukowały ilość operacji doszczętnych.

Stomatologia

Stomatologia (gr. *stoma* – usta, *logos* – nauka) stanowi dziś dział medycyny klinicznej jako nauka o przyczynach, przebiegu, rozpoznawaniu, profilaktyce i leczeniu zarówno chorób zębów, jak i jamy ustnej i narządów sąsiednich. Przez długi czas uważano zabiegi na zębach za umiejętność czy rzemiosło, stąd dawniejsza nazwa dentystyka, a wykonujących ten zawód nazywano dentystami. Badania i osiągnięcia innych dyscyplin, szczególnie w XIX wieku, poszerzyły zakres dawnej dentystyki, a powstanie pierwszych szkół dentystycznych wpłynęło również na rozwój nauczania.

Podczas gdy choroby zębów były znane i leczone niemal od zarania dziejów ludzkości, sama chirurgia szczękowa jako odrębna specjalność rozwinęła się dopiero w XX wieku. Znaczący jest też wkład Polaków do stomatologii. I tak internista po-

znański Teofil Kaczorowski (1830-1889) zwrócił uwagę na rolę zakażeń zębopochodnych, czym wyprzedził uczonych zagranicznych. W zakresie zaś przewodowego leczenia w stomatologii, radiologii stomatologicznej i in. wielce zasłużył się profesor Antoni Cieszyński (1882-1941), który urodził się w Oleśnicy Śląskiej koło Wrocławia, był profesorem i dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie został zamordowany przez hitlerowców, po ich wkroczeniu do Lwowa w roku 1941.

Chirurgia płuc

Lekarze jeszcze na przełomie XIX i XX wieku, mimo postępów technicznych medycyny, nie podejmowali się operacji na płucach. Jednym z wybitnych twórców nowoczesnej torakochirurgii był profesor chirurgii w Berlinie, uczeń Mikulicz-Radeckiego – E.F. Sauerbruch (1875-1951). Zasługą jego jest, obok zabiegów na klatce piersiowej, wprowadzenie komory niskich ciśnień. W Polsce pionierami torakochirurgii byli: profesor Tadeusz Ostrowski (1881-1941), zamordowany we Lwowie w 1941 r. przez hitlerowców i profesor Akademii Medycznej we Wrocławiu Wiktor Bross (1903-1994).

Ciekawą ewolucję przeszło leczenie operacyjne gruźlicy płuc. Stosowano kolejno sztuczną odmę opłucną, przepalanie zrostów pomiędzy opłucną ścienną a płucną, torakoplastykę, wycinanie ognisk gruźliczych. Samo zaś chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc uzyskało prawo obywatelstwa w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi, spośród których streptomycyna odegrała decydującą rolę. Dalszy rozwój chemioterapii przeciwprątkowej sprawił, że leczenie chirurgiczne płuc stosowane jest obecnie już sporadycznie, a skierowane głównie w kierunku onkologii.

Chirurgia serca i naczyń

Kardiochirurgia obejmuje dziś operacyjne leczenie wad wrodzonych i nabytych serca oraz urazów zarówno serca, jak i dużych naczyń krwionośnych. Precyzyjna diagnostyka wad serca stała się możliwa dzięki odkryciu cewnikowania serca przez Wenera Forssmanna (ur. 1904), który 27 lat później został laureatem wspólnej nagrody Nobla (1956) za wprowadzenie cewnikowania serca. Znaczącym postępem było wprowadzenie zespolenia tętnicy podobojczykowej z tętnicą płucną u dzieci z sinicznymi wadami serca {H.B. Taussig (ur. 1896) i A. Błalock (1898-1964) w Bal-

timore – 1944 r.}. Dalszy postęp techniki operacyjnej zapewniła m.in. aparatura do krążenia pozaustrojowego (płuco-serce) oraz sztuczna nerka. Kolejnymi etapami postępu były: defibrylacja, polegająca na zadziałaniu na organizm prądem stałym przez przystawione do ciała elektrody (defibracja zewnętrzna) i do serca (defibracja bezpośrednia), wszycie rozruszników serca oraz przeszczepy serca.

Twórcą zaś nowoczesnej chirurgii naczyniowej był wspomniany już René Leriche, którego zasługą jest wykonanie pierwszej arteriektomii przed II wojną światową oraz opisanie miażdżycowego zamknięcia rozwidlenia aorty, znanego jako zespół Leriche'a. Udane operacje wytworzenia krążenia omijającego miejsce niedrożne w tętnicy („bypass”) znalazły zastosowanie w chirurgii naczyń wieńcowych serca. Ostatnio wprowadzono sztuczne naczynia tętnicze, protezy naczyniowe oraz sztuczne zastawki serca.

Chirurgia przełyku

W chirurgii przełyku od czasu pierwszych operacji z powodu jego zwężenia, wykonanych przez Billrotha w Wiedniu, po szeregu ulepszeniach i modyfikacjach, coraz powszechniejsze stają się plastyczne metody odtwarzania przełyku, najczęściej za pomocą przemieszczonego żołądka. Są też doniesienia o wykonaniu sztucznego przełyku.

Prof. Zdzisław Jezioro (1908-1991) z wrocławskiej Akademii Medycznej wniósł trwały wkład w rozwój zabiegów wytwórczych przełyku.

Chirurgia plastyczna

Chirurgia plastyczna i transplantacyjna (przeszczepy kostne, nerki, serca) wchodzi już do arsenału zabiegów chirurgicznych. Sama technika tu nie wystarcza, potrzebne jest precyzyjne zaplecze laboratoryjne, szczególnie zaś wyspecjalizowane pracownie immunologiczne.

Pierwszej transplantacji serca dokonał w 1967 r. w Kapsztadzie profesor Ch.N. Barnard, a w dwa lata później profesor J. Moll (1912-1990) w Łodzi. I tu, jak w innych dziedzinach, w sposób lawinowy wzrasta ilość placówek, stanowisk, modernizuje się wyposażenie, rośnie zarówno ilość czasopism, jak i doniesień naukowych, których nikt już nie jest w stanie przeczytać w całości. Rodzi się więc potrzeba ujęć

syntetycznych i współpracy interdyscyplinarnej.

Na „klasycznym” przykładzie chirurgii i emancypacji z niej nowych specjalności można wykazać, jak nowoczesne odkrycia pozwoliły zarówno na poszerzenie diagnostyki, jak i na precyzję samych zabiegów.

Anestezjologia

Jest dziś dziedziną wiedzy medycznej, specjalnością zajmującą się nie tylko znieczuleniem do operacji, ale też przygotowaniem do samego zabiegu oraz opieką pooperacyjną. Również obejmuje ona reanimację i resuscytację (ożywianie, przywracanie do życia osób w śmierci klinicznej) jak też i intensywną terapię.

Wprawdzie już w starożytności znano znieczulające działanie maku i korzenia mandragory, niemniej pewien przełom nastąpił dopiero w połowie ubiegłego stulecia (m.in. zastosowanie eteru). Rozwój nowoczesnej anestezjologii rozpoczął się w trzydziestych latach naszego stulecia (oddychanie kontrolowane, podciśnienie tętnicze, hibernacja).

Odkrycie zaś opiatów endogennych i ich receptorów, które nastąpiło w latach siedemdziesiątych, jest zaliczane do największych odkryć, które zmienia nasze dotychczasowe poglądy na patogenezę bólu. Zdobycze ostatnich lat zdają się przewyższać w tej dziedzinie osiągnięcia całych stuleci.

VI. Śląskie i wrocławskie tradycje medyczne

/Szkice z dziejów medycyny, Wrocław 1996/

Śląsk i Wrocław w zaraniu polskiej państwowości posiadały wyjątkową pozycję. Gallus Anonymus spośród głównych miast (*sedes principales regni*) obok Cracovia, Sandomiria wymienia również Wratislavia. Wyjątkową też rolę odegrała w tym okresie medycyna na Śląsku. W szkołach, szczególnie katedralnych, aż do powstania uniwersytetów, uczono zasad elementarnego leczenia. Medycyna zaś była odbiciem złożoności epoki, która wypracowała własny system wartości.

W początkach państwa polskiego, za Piastów, Wrocław staje się jednym z głównych ognisk polskiej kultury umysłowej, czerpiąc ją z polskiej i romańskiej Macierzy, a nie z Niemiec.

Na Śląsku między Wrocławiem a Legnicą (dawniej pisano Lignica) około 1230 roku urodził się człowiek, który imię swego kraju wprowadził na ówczesną arenę europejskiej nauki. Był to nasz rodak Witelo (ok. 1230-1280), syn kolonisty niemieckiego i wieśniaczki śląskiej, Polki (*filius Thuringorum et Polonorum*), wyszedł więc z rodziny plebejskiej, niezamożnej, a to pochodzenie nie rokowało mu łatwej kariery życiowej. Witelo po ukończeniu szkoły elementarnej w Legnicy (*trivium*) udaje się na dalsze studia do Paryża oraz Padwy, kształcąc się we wszystkich gałęziach ówczesnej wiedzy, a więc w teologii, filozofii, matematyce, a po trosze i medycynie. We Włoszech Witelo napisał swe główne dzieło *Perspectiva*, poświęcone zjawiskom świetlnym. Dzieło to składa się z 10 ksiąg, z których księga trzecia omawiała budowę oka i jego optykę. Traktat o oku był czymś nowatorskim dla ówczesnego świata lekarskiego. Księgi o perspektywie były wprawdzie wielokrotnie przepisywane, doczekały się też wielu edycji drukiem, a studiowali je ludzie tej miary co Leonardo da Vinci i Mikołaj Kopernik.

Nieco dłużej zatrzymałem się nad Witelonem dla wykazania, jak głęboko państwowość nasza i historia medycyny i nauki rodzimej jest zakotwiczona na Śląskiej

Ziemi, a także jak krzywdzące są obiegowe opinie o średniowieczu. Obok Witelona, którego dzieło dało początki optyce okulistycznej a traktat *De natura daemonum* był zawiązkiem wiedzy psychologiczno-psychiatrycznej, głośnym echem odbił się w piśmiennictwie XIII wieku krytyczno-polemiczny poemat (traktat) pt. *Antipocras* Mikołaja z Polski (ok. 1250-1296). Nazywano go „zuchwałym” gdyż odrzucił on znaczenie teorii w medycynie, a skierował uwagę wyłącznie na leczenie, szczególnego zresztą rodzaju, zalecał bowiem przykładanie na chore części ciała specjalnych amuletów. Oczywiście musiała temu towarzyszyć wiara w ich działanie. Takie poglądy nie podobały się w Montpellier, gdzie nauczał medycyny, a które musiał opuścić, znajdując locum na dworze księcia sandomierskiego Leszka Czarnego, którego był lekarzem.

Do najbardziej płodnych pisarzy na Śląsku w XIV wieku należał Tomasz biskup Sarepty, (Tomasz z Wrocławia, 1297-1378) norbertanin, który zanim został biskupem pomocniczym we Wrocławiu (*episcopus auxiliaris*), nie posiadał własnej diecezji, lecz jedynie jej tytuł (dawniej mówiło się *in partibus infidelium*). Był on lekarzem biskupa Przeclawa z Pogorzeli i był znany z biegłości zarówno w medycynie, jak i prawie kanonicznym (*iuris canonici et artis medicae peritus*). Pozostawił on spory zbiór traktatów (*Mihi competit*) z zakresu lekoznawstwa. Sceptycznie odnosił się do astrologii, dając temu wyraz w traktacie *Noli errare (Nie błądź)*. Podaje on pierwsze polskie nazwy notowane źródłowo, używa zwrotu *apud nos in regionibus nostris*.

Na Śląsku w XIV wieku działał sławny lekarz Jan, archidiakon głogowski, wyznający poglądy astrologiczne i głoszący, że zarazy wywołują planety i inne gwiazdy.

Na bliższą znajomość zasługuje Jan Stańko (zm. 1493), urodzony we Wrocławiu. Wsławił się jako lekarz, przyrodnik, kanonik kapituły wrocławskiej i krakowskiej. W nauce przede wszystkim dominował jako botanik i autor rękopiśmiennego słownika lekarskiego (zw. *Antibolomenum* lub *Antidotarium*, 1472), znajdującego się w Bibliotece Kapituły Krakowskiej. Jest to oryginalne dzieło, w którym autor opiera się na własnej znajomości flory i fauny, zawiera ono około 20 tys. łacińskich, greckich, niemieckich i polskich nazw roślin, zwierząt, minerałów, lekarstw, narzędzi medycznych. W Krakowie Stańko był lekarzem króla Kazimierza Jagiellończyka oraz Jana Długosza, znanego wychowawcy dzieci królewskich, kronikarza, późniejszego biskupa nominata lwowskiego, który chorował z powodu kamienia (dziś po-

wiedzielibyśmy kamicy) pęcherza moczowego. Stańko wyjął z pęcherza moczowego kamień i Długosza wyleczył.

Sam Dolny Śląsk w czasie swych bardzo burzliwych dziejów przechodząc z rąk polskich w ręce Luksemburczyków, Czechów, Austriaków (Habsburgów) ostatnich dwieście lat przed powrotem do Macierzy był pod panowaniem pruskim. Śląsk, jako biskupstwo wrocławskie, dla całego ówczesnego świata chrześcijańskiego niemal przez całe swe dzieje był częścią składową Polski, gdyż biskupstwo to należało aż do roku 1821 formalnie do metropolii gnieźnieńskiej.

Wielu wybitnych ludzi z tych terenów otrzymało edukację w Krakowskiej Wszechnicy Jagiellońskiej, m.in. Wacław Koller, filozof i medyk, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, wywodzący się ze Ściegien koło Karpacza, który otrzymał w 1526 r. miejskie obywatelstwo w Krakowie. Z Lubomierza koło Jeleniej Góry wywodził się Hieronim Wietor (ok. 1480-1546), drukarz krakowski. Zarówno w okresie nazywanym „okresem zwiastunów odrodzenia”, jak i w czasach Renesansu – aż do czasów Reformacji – najbardziej uczęszczaną przez Ślązaków uczelnią był Uniwersytet Krakowski. W latach 1400-1525 studiowało w Krakowie około 3500 żaków ze Śląska, co stanowiło około 14% tamtejszych studentów. Śląsk dostarczył też Akademii Jagiellońskiej w Krakowie wielu wybitnych uczonych. Ślązacy osiągnęli też wysokie stanowiska na Uniwersytecie Krakowskim. Andrzej Schoneus z Głogowa, rektor (2 połowa XVI w.) tak przedstawił jej związek ze Śląskiem: „zawsze Akademia trwałym ogniwem nauk i jakoby świętego pokrewieństwa była połączoną ze Ślązakami. Pielęgnowała Ślązaków – od nich nawzajem nieprzerwanie czczona i przyozdobiona”.

W przyrodzie szukano środków ratowania zdrowia chorych, co było charakterystyczne dla lekarzy tej epoki. Jeden z najwybitniejszych medyków śląskich XVI wieku, Wawrzyniec Scholz, założył we Wrocławiu dla celów naukowych ogród botaniczny, w którym zgromadził aż 385 roślin egzotycznych. Ślązacy byli prekursorami literatury dotyczącej pracy górników i hutników.

Sławnym lekarzem polskiego odrodzenia był Jan Benedykt Solfa (1483-1564), rodem z Łużyc, który studiował w Krakowie i Bolonii. Był medykiem przybocznym Zygmunta Starego oraz Zygmunta Augusta. Był też kanonikiem przy katedrze wrocławskiej i kolegiacie św. Krzyża we Wrocławiu. Jest autorem słynnego dzieła o kile: *De morbo Gallico*. Pisał m.in. „Cierpienie to jest zaraźliwe, przechodzi z człowieka na człowieka”.

Fizyk miejski Wrocławia Maciej Przybyło (zm. 1543) znany jest z tego, że ułożył ordynację przeciw zarazie dla ubogich i prostych ludzi, podobnie jak Joachim Achilles (zm. 1555), fizyk miejski w Świdnicy.

W regionie Karkonoszy obok zielarstwa i ziołolecznictwa, które nosiło charakter zorganizowany, istniał silny nurt medycyny oficjalnej. Zasygnalizuję jedynie, że w Karkonoszach, a szczególnie w Karpaczu działali – zwłaszcza w XVIII i XIX stuleciu – laboranci, zwani początkowo destylatorami. Była to grupa zawodowa, która zorganizowana w formie cechu rządziła się własną pragmatyką. Owi laboranci, jako mistrzowie cechowi zatrudniali też czeladników i terminatorów. Nieraz taki pomocnik laboranta musiał długo czekać na opróżnienie miejsca, aby jako *manumissus et examinatus* rozpocząć działalność samodzielnego mistrza cechowego. Kontrolę fachową nad działalnością laborantów sprawował fizyk miejski z Jeleniej Góry. Tak bowiem nazywano w dawnej publicznej służbie lekarza miejskiego.

Działalność laborantów miała charakter przemysłowy, podczas gdy zbieracze ziół górskich, handlarze obwoźni, a także ludzie trudniący się pokątnie lecznictwem, spełniali rolę drugorzędną. Preparaty wytwarzane z rodzimych i importowanych surowców były rozprowadzane nie tylko na terenie Śląska, ale też eksportowane za granicę. Można z tego wnosić, że przemysł farmaceutyczny na terenie jeleniogórskim istnieje od przeszło 200 lat.

Do zastanych tradycji przemysłu farmaceutycznego, co stanowi tradycję historyczną o charakterze uniwersalnym, nawiązały jeleniogórskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” obecnie „Jelfa”, których produkcja, szczególnie organopreparatów, jest powszechnie znaną w kraju i poza jego granicami.

Dwaj lekarze, Ślązacy, działający na tych terenach, weszli do panteonu medycyny światowej. Jednym z nich był dr medycyny Kacper Schwenckfeldt, urodzony w Gryfowie Śląskim (1563-1609), autor dzieła *Thesaurus pharmaceuticus*, wydanego w 1588 r. w Bazylei. Była to suma wiedzy farmaceutycznej od czasów starożytnych po okres mu współczesny. Schwenckfeldt zastąpił też swymi dziełami z zakresu botaniki, co zjednało mu przydomek „Pliniusza Śląska” (*Plinius Silesiae*).

Doktor medycyny Adam Chrystian Thebejusz (1686-1732), działający w pierwszej połowie XVIII wieku, studiował w Lipsku, Halle i Leydzie, gdzie obronił rozprawę doktorską o krążeniu krwi w sercu (*De circulo sanguinis in corde*), która jeszcze za życia rozsławiła jego nazwisko, była wznawiana drukiem i dziś jeszcze bibliografie medyczne, najgłośniejsze Garrisona i Mortona, przytaczają ją jako ory-

ginalny opis zastawek, zatoki wieńcowej serca. Sylwetki obu przykładowo wspomnianych lekarzy świadczą o bardzo wysokim poziomie medycyny praktycznej na Śląsku oraz o bardzo umiejętnym i owocującym łączeniu praktyki lekarskiej z pracą naukową.

Liczne związki łączyły uzdrowisko Cieplice z Polską. Bywali tam liczni goście z Polski. Szczególnie zapisał się pobyt w Cieplicach królowej Marysienki Sobieskiej oraz nieprzeciętnej kobiety, przedstawicielki jednego z najznakomitszych rodów Polski – Izabeli z Flemingów Czartoryskiej, autorki *Dziennika podróży do Cieplic*. Rękopis prawie półtora wieku przeleżał w swym francuskim oryginale w Bibliotece Czartoryskich w Krakowie i został wydany w języku polskim pt. *Dyżanssem przez Śląsk* przez Ossolineum w roku 1968. Uzdrowisko Cieplice i Szczawno były niejednokrotnie miejscem patriotycznych kontaktów, konspiracyjnych rozmów pełnych inspiracji, łatwiej tu było niż w innych miejscach o przysłowiowe „tajne (nocne) rodaków rozmowy”.

Z Dolnym Śląskiem związany był późniejszy profesor Uniwersytetu w Warszawie, internista Alfred Sokołowski (1850-1924). Był to jeden z pionierów fizjatrii oraz sanatoryjnego leczenia gruźlicy. W młodości zagadnienia te studiował w zakładzie klimatycznym dra Hermana Brehmmera w ówczesnym Goersbersdorfie koło Wałbrzycha (obecnie jest to Sokołowsko, nazwane dla upamiętnienia zasług Sokołowskiego w krzewieniu idei klimatycznego leczenia gruźlicy). Tu narodziła się inspiracja utworzenia podobnego ośrodka w Zakopanem.

Na Uniwersytecie Wrocławskim, który powstał w 1811 roku z połączenia Uniwersytetu Frankfurckiego z jezuicką Akademią Leopoldyńską, jako pruski uniwersytet królewski, studiowali chętnie Polacy (bojkotując raczej uniwersytet berliński). Na Wydziale Lekarskim ówczesnego Uniwersytetu, który nosił też łacińską nazwę (*Academia Viadrina*, Akademia Nadodrzańska) nie tylko studiowali, ale też doktoryzowali się liczni Polacy. Do wyższych stopni naukowych Prusacy nie dopuszczali już Polaków. Jedynie Polacy – Wojciech Cybulski i Władysław Nehring – wykładali historie literatur słowiańskich na Uniwersytecie Wrocławskim. Wielkim przyjacielem, szczególnie polskich studentów medycyny, okazał się wspomniany już poprzednio Jan Ewangelista Purkyne (1787-1869), wielki uczonec czeski, którego dwustulecie urodzin było w roku 1987 czczone w całym świecie medycznym. Do jego najpoważniejszych osiągnięć należy odkrycie linii papilarnych ręki, zużytkowane następnie w kryminalistyce, odkrycie komórek w mózdzku, włókien układu prze-

wodzącego w sercu, błony komórkowej zwierzęcej, patogenezy zawrotów głowy. Jego doświadczenia nad tzw. powidokiem doprowadziły do wynalezienia kinematografii. Miał on niezwykły dar i umiejętność podpatrywania zjawisk zachodzących w żywym organizmie. Najpłodniejszy okres działalności wypada na jego okres pobytu we Wrocławiu, gdzie stworzył i prowadził, jeden z pierwszych w Europie, Zakład Fizjologii Eksperymentalnej, podobnie jak Claude Bernard w Paryżu. Rodacy Purkyniego dla uczczenia zasług i przedstawienia nauce światowej jego nieprzemijających osiągnięć poświęcili mu monumentalne wydawnictwo ukazujące się w Pradze od 1936 roku pt. *Opera omnia*, które aktualnie może poszczycić się już trzynastym tomem. Tom szósty „Opera omnia” nazywany też tomem „wrocławskim” obejmuje prace czternastu doktorantów J.E. Purkyniego. Dotyczyły one układu nerwowego, embriologii, skóry, kości, zębów, naczyń krwionośnych, chrząstek, macicy, mięśnia sercowego, zmian mózgu, W świetle tego można nazwać Purkyniego twórcą histologii i embriologii. Wśród jego doktorantów znalazł się Polak Bogusław Palicki (1813-1868), rodem z Rogoźna, autor obronionej rozprawy doktorskiej *De musculari cordis structura*.

Purkynie założył Towarzystwo Literacko-Słowiańskie polskiej młodzieży akademickiej we Wrocławiu (które działało w latach 1836-1886) i był jego pierwszym prezesem. Możemy więc mówić o wrocławskiej tradycji purkyniowskiej przyjaźni polsko-czeskiej.

Uniwersytet Wrocławski mimo swego pruskiego charakteru odgrywał w XIX wieku i na początku XX wieku znaczącą rolę w polskim życiu kulturalnym i naukowym, i polskiej medycynie. Oprócz Jana Ewangelisty Purkyniego, spośród profesorów Wydziału Lekarskiego na szczególną uwagę zasługuje Jan Mikulicz-Radecki. Studia lekarskie odbył w Wiedniu, praktykując tamże u słynnego chirurga Billrotha, następnie kierował Klinikami Chirurgicznymi w Królewcu i Krakowie. W chwili przybycia do Wrocławia miał już za sobą opinię sławnego chirurga. Sylwetce Mikulicza poświęcili swe prace zasłużeni wrocławscy lekarze: dr Eugeniusz Piotrowski oraz profesor Zdzisław Wiktor (1911-1970), internista i historyk medycyny, który oceniając J. Mikulicza-Radeckiego jako chirurga podniósł jego wkład we wprowadzenie antyseptyki, a później aseptyki, wielu nowych metod operacyjnych i modyfikacji. Wiktor też udowodnił, że Mikulicz nie tylko był Polakiem z pochodzenia, ale że jawnie przyznał się do polskości, a będąc w Krakowie wykładał i pisywał po polsku. We Wrocławiu zaś zwracał się do pacjentów Polaków w ich ojczystym języku.

Mikulicz objął klinikę mieszczącą się jeszcze w Szpitalu Wszystkich Świętych (dziś Szpital Wojewódzki), a następnie przeniósł się do nowego budynku przy dzisiejszej ul. M. Skłodowskiej-Curie 66. Tam otwarto w 1897 roku nową salę operacyjną, która dopiero po II wojnie światowej została zmodernizowana.

Wprawdzie nikt z profesorów dawnego niemieckiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu we Wrocławiu, nie był laureatem nagrody Nobla, to jednak obok wspomnianych Purkyniego i Mikulicza, na trwale w dziejach medycyny zapisałi się m.in. profesorowie chirurgii T.W. Middeldorf (1824-1868), autor znakomitych w swoim czasie podręczników oraz E.F. Sauerbruch (1875-1951) asystent Mikulicza we Wrocławiu, późniejszy profesor w Marburgu, Zurychu i Berlinie, jeden z pionierów torakochirurgii, który należał do czołówki najwybitniejszych chirurgów swego czasu; Albert Neisser (1855-1916), dermatolog i wenerolog, znany jest z badań nad kiłą, jest odkrywcą gonokoków (1879), które noszą też nazwę ziarenkowców Neissera; Oskar Minkowski (1858-1931) internista, poprzednio profesor Uniwersytetów w Strasburgu, Kolonii, Greifswaldzie i Wrocławiu, w 1889 roku, wspólnie z J. Meringiem (1848-1908), po usunięciu trzustki u psa, wywołał obraz chorobowy cukrzycy i w ten sposób utorował drogę trzustkowej koncepcji cukrzycy, co doprowadziło do odkrycia insuliny. Neisser i Minkowski byli uczonymi niemieckimi żydowskiego pochodzenia.

W latach 1811-1939 studiowało we Wrocławiu 1284 Polaków, 543 ukończyło studia z czego 375 uzyskało stopień doktorski (w tym 98 doktorantów z zakresu chirurgii). Wielu Polaków absolwentów Uniwersytetu Wrocławskiego zajęło później znaczące miejsce w życiu zawodowym, naukowym i polityczno-społecznym. Szczególnie korzystny klimat znajdowali Polacy w Klinikach Chirurgicznych, a w pracach doktorskich i dziś jeszcze można doszukać się cennych przyczynków wzbogacających nasz narodowy kapitał naukowy. Do tego kapitału nawiązali pionierzy, którzy w 1945 roku przybyli do Wrocławia. Dlatego jest rzeczą pożyteczną przypomnienie postaci godnych przypomnienia i naśladowania właśnie na ziemi śląskiej, która w średniowieczu wniosła znaczący wkład nie tylko do historii państwowości polskiej, ale poprzez swych przedstawicieli wprowadziła medycynę polską do ówczesnej nauki europejskiej.

VII. Graniczne problemy propedeutyki, historii i filozofii medycyny

Łacińskie aforyzmy i przysłowia w medycynie – ich aktualność

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2004)

Łacina w postaci aforyzmów i przysłów utrzymuje się nadal nie tylko w sferze nauki, ale niejednokrotnie nawet w mowie potocznej, często z błędami gramatycznymi i nieprawidłowościami akcentowania. A wiadomo, że podręczniki, szczególnie z medycyny praktycznej, mają żywot krótszy niż ich autorzy, nie mówiąc już o dawnych autorach, którzy najwyżej mogą być przedmiotem zainteresowań historii medycyny.

Aforyzmy – zwięzłe sformułowania, najczęściej w błyskotliwej formie, znane były jeszcze w starożytności.

Hipokrates, który nie tylko dostrzegał trudności, z jakimi walczyła medycyna jego czasów, ale chyba je w jakimś stopniu przewidywał w przyszłości, ujął je w swym klasycznym aforyzmie: *Vita brevis, ars longa, tempus praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile* – Życie krótkie, sztuka długotrwała, sposobność przemijająca, doświadczenie niebezpieczne, sąd trudny (wyrokowanie trudne).

W tym klasycznym aforyzmie jest zawarty też pewien ogólny filozoficzny pogląd na całą medycynę, niekwestionowany w historii, co więcej akceptowany przez różne kierunki i opcje, nie wyłączając nawet polityki.

Podobnie rzecz ma się w horacjańskim: *Primum non nocere* – Przede wszystkim nie szkodzić.

Te „złote myśli” filozoficzno-moralne ostały się do dziś w medycynie.

Przysłowia (łac. *proverbia*) – to znów sentencje, przestrogi, wskazówki – ujęte w obrazowej, nieraz alegorycznej formie.

A oto niektóre, o namacalnej praktycznej aktualności:

Medice cura teipsum – lekarzu uzdrów samego siebie (Ewangelia św. Łukasza, który był lekarzem). Ma to szereg wersji w języku polskim, często w poszerzonej wersji, przykładowo – doktorze samego siebie ulecz wprzód, potem uleczysz chorego;

Medici causa morbi inventa curationem inventam esse putant – lekarze sądzą, że gdy odkryli przyczynę choroby, znaleźli i sposób jej leczenia;

Medici si omnibus morbis possint, felicissimi essent hominum – gdyby lekarze mogli wyleczyć z każdej choroby, byłiby najszczęśliwszymi ludźmi;

Medicus oratio – mowa lekarzem. Innymi słowy dobre słowo może być lekarzem nie tylko ducha, ale i ciała.

Mens sana in corpore sano (magnum bonum est) – zdrowy duch w zdrowym ciele (to wielkie dobro) (*Iuvenalis*).

I wreszcie *Nosce te ipsum (gr. gnoti seauton)* – poznaj samego siebie (napis na świątyni w Delfach – jedno z głównych pouczeń, które zostawiła nam starożytność).

To zaś napisał o medycynie Pliniusz Młodszy: *Medicina fructuosior ars nulla* – żadna sztuka nie jest płodniejsza od medycyny, sprawdziło się również w ciągu dziejów. Obecnie wyraża się to nie tylko w burzliwym wprost rozwojem nauk medycznych – najbardziej rozbudowanej dziedziny nauk przyrodniczych, ale też w inspirowanej roli medycyny dla ludzi sztuki i kultury. Ponieważ działalność literacka czy artystyczna lekarzy jest uważana coraz częściej za przedłużenie zasadniczej działalności zawodowej, która ma służyć człowiekowi nie tylko choremu ale i zdrowemu.

Wielu autorów zgodnie podnosi, że mimo zmian metod rozpoznawania i leczenia chorób, natura ludzka i zasadnicze pryncypia filozoficzne od czasów Arystotelesa niewiele się zmieniły, stąd może wynika trwałość większości aforyzmów i przysłów, które w jakimś stopniu są też zajęciem stanowiska filozoficznego. Nie jest to jedynie filozofia, która leczy ducha (*Philosophia medetur animis*), ale coś bardziej podobnego do reflektora, który i dziś może w jakimś stopniu rozjaśnić niełatwe meandry teorii i praktyki lekarskiej. Rzecz jasna, nie można tego rozciągać na wszystkie przysłowia, szczególnie dotyczące medycyny i lekarzy, nieraz i współcześnie też już nie w anegdotycznym, nie wprost wulgarnym, krzywdzącym charakterze.

Na co dzień, jak pisał prof. R.W. Gutt, stawiając sobie praktyczne pytanie „czy potrzebne?” dokonujemy po pewnej refleksji (dom. filozoficznej) trudnej sztuki wyboru. I wtedy, jak konkluduje wspomniany autor, często nie uświadamiając sobie

lekarz staje się filozofem, można to nazwać też zajęciem stanowiska filozoficznego w najszerszym tego słowa znaczeniu (dopisek autora artykułu).

Albert Schweitzer i Janusz Korczak

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2003)

Curricula vitae zarówno Alberta Schweitzera (1875-1965) – nie tylko lekarza ale też duchownego, teologa, filozofa, artysty, pisarza społecznika, bojownika o pokój i braterstwo między narodami, jak i Janusza Korczaka (1878-1942) – lekarza, literata i pedagoga – bogate w dokonania tak dalece obrosły literaturą, że orientacyjnie można tu tylko przytoczyć wybrane pozycje, dotyczące ich działalność, przede wszystkim lekarskiej.

Na wstępie też należy podnieść, że wielka spuścizna życiowa obu tych wybitnych, tak bliskich ideałowi lekarza sylwetek, nie może stanowić gotowej recepty na dzisiejsze problemy, odbiegające od nieznanych Schweitzerowi i Korczakowi złożonych uwarunkowań dzisiejszego życia, ale bogaty materiał do przemyśleń płynących z pogłębionych refleksji nad ich życiem i dziełem i szukania praktycznych implikacji na co dzień. Schweitzer postanowił poświęcić się medycynie dopiero w wieku lat 26, jako potrójny już doktor filozofii, teolog i duszpasterz światowej sławy i muzykolog. Studia jego trwały 8 lat, tłumaczył to mniejszą już łatwością uczenia się, a dodać należy, że w tym czasie pracował też intensywnie na innych odcinkach.

Zrezygnowanie Schweitzera z wielokierunkowej kariery oraz poświęcenie się medycynie w celu służenia ludzkości było świadomym wyborem.

Wybór studiów lekarskich przez Korczaka nie był też przypadkowy. Działała tu silnie tradycja lekarska (dziadek był wziętym lekarzem w Hrubieszowie), ale również wchodziło w grę własne dojrzałe już w młodym wieku przekonanie, że spośród różnych możliwości pomagania ludziom właśnie droga lekarza jest dla niego drogą najwłaściwszą.

Schweitzer po ukończeniu studiów w roku 1913 wraz z żoną, z zawodu pielęgniarką (Heleną Bresslau), wyjechał do Gabonu, gdzie w miejscowości Lambarene za własne pieniądze, zarobione z honorariów autorskich i recitali organowych, zbudował i urządził szpital, którym aż do śmierci przez pół wieku kierował. W swojej autobiografii *Wśród czarnych na równiku* (tłumaczenia na język polski Zofii Petersowej, oryg. *Zwischen Wasser und Urwald*) pisał m.in., że powołując się na miło-

sierdzie głoszone przez Jezusa i jego naukę, praca wśród kolorowych braci nie powinna być jedynie dobrym dziełem, lecz spełnieniem koniecznego obowiązku. Zada-je też sobie pytanie: Tyle nędzy i niedostatku mamy do zwalczania wokół siebie. Czyż możemy pamiętać jeszcze o dalekich naszych braciach? Konkluduje: „Nasze kłopoty i potrzeby nie wykluczają wcale troski o potrzebach dalekich. Nędza, którą wkoło siebie widziałem dodaje mi siłę, a wiara w dobro podtrzymuje nadzieję”.

Korczak zaś w przeciwieństwie do Schweitzera żył i pracował w dużym środowisku. Miał cywilną odwagę zaprotestować przeciw merkantylnemu traktowaniu zawodu przez niektórych lekarzy, co nie dawało mu popularności w ówczesnym warszawskim środowisku lekarskim. Zapytuje: „Czyż jedynym wskaźnikiem działania lekarza nie zawsze i wyłącznie są postulaty wiedzy i dobro chorego – czyż może tu być miejsce dla dobrych i złych geszeftów”. Z pewnym uczuciem traci, wiadomo bowiem że cierpka droga dążenia do doskonałości lekarskiej materialnej zwykle nie popłaca. Korczak jednak nie zniechęcał się i nigdy nie traktował medycyny drugorzędnie. Zapytany: co pan doktor pisze? – odpowiadał: Niestety, recepty tylko. Bowiem jego zainteresowania literackie, o dorobku liczącym się do dziś w skali światowej były bezwzględnie podporządkowane zasadniczym obowiązkom lekarskim, podobnie zresztą jak to miało miejsce u Schweitzera.

U obu znajdujemy myśli Chrystusa tak bliskie medycynie. Schweitzer wychowany przez uniwersytecką teologię, pogłębianą własną działalnością pastora, w duchu tolerancji wyniesionej z domu, uważał, że każdy z nas powinien wypełnić swe humanitarne zadania w imieniu ludzkości, a nie jako członek określonego wyznania. Żył też w przyjaźni z katolickimi misjonarzami i głęboko doceniał znaczenie każdej religii.

Korczak zaś w *Rozmowach sam na sam z Bogiem*, odczuwał głód Boga nieoficjalny, niemieszczący się w ramach żadnej religii. Poszukiwał Boga przez całe swoje życie.... A modlił się o życie twarde, ale szczęśliwe, przez bogactwo duchowe i wzniosłość. Ułożył nawet codzienną modlitwę dla dzieci, którą zawarł w słowach: „Błogosławiony, Ty wiekuisty Boże nasz”. A gdy jedna z wychowawczyń, Maryna Falska, wyrażała sprzeciw wobec tej codziennej modlitwy, zapytała: „co Pani da dzieciom w zamian za to?” Żywotność idei Korczaka (wg księdza Tarnowskiego autora monografii *Janusz Korczak dzisiaj*) polega przede wszystkim na wierności głoszonym zasadom.

Obu pomagały zarówno zalety, jak i wady. Schweitzer pracował w trudnych warunkach afrykańskiego buszu. Trudno ocenić jego działalność nawet z punktu standardów ówczesnej medycyny. Musiał liczyć się nie tylko z miejscowymi warunkami, ale też z ograniczeniami ekonomicznymi. Korczak, z wyjątkiem tragicznego okresu wojennego, w swej działalności pozaszpitalnej stanął na poziomie europejskim, i tu warto przytoczyć zdanie Napoleona: „Potomność powinna sądzić ludzi, tylko w świetle ich czasów i okoliczności w jakich przyszło im działać”.

Zarówno w spuściźnie piśmienniczej Schweitzera, jak i Korczaka można dopatrzeć się wątków filozoficznych. Te zaś mają o wiele dłuższy żywot niż prace medycyny praktycznej.

Schweitzer wywarł na współczesne pokolenie wpływ ponadnarodowy, a jego uniwersalistyczna etyka czci dla życia (*Ehrfurcht, zum Leben*) łączy się duchowo ze Św. Franciszkiem z Asyżu, który kręgiem swej miłości obejmował również zwierzęta i rośliny.

Zyskał przydomek „apostoła medycyny” (*un apostolo della medicina; the men of world*).

Obejmował on zasięgiem swej filozofii cały kosmos od elektronu, komórki do „universum”, do materii i ducha. Wszystko co istnieje stanowi pewną siłę, a więc jest wyrazem woli życia (*Wille zum Leben*). Etyka według niego jest centralną domeną filozofii.

Korczak jest autorem wielu sformułowań, które można ująć w formę aforyzmów. Przytoczę niektóre. „Medycyna pokazała mi cuda terapii i cuda wysiłków w podpatrywaniu tajemnicy natury. Dzięki niej widziałem po wielekroć, jak człowiek umiera i z jak bezlitosną siłą rwąc łono matki, przedziera się na świat do życia płód, dojrzały owoc, by stać się człowiekiem. Dzięki niej nauczyłem się wiązać mozolnie rozproszone szczegóły i sprzeczne objawy w logiczny obraz rozpoznania” (podniósł, że medycynie zawdzięczał technikę naukowego myślenia).

„Ludzie boją się śmierci, bo nie umieją cenić życia... bo nie wiedzą, że tak przepyszne zjawisko jak życie, może trwać tylko krótko” (Aż się prosi tu przypomnienie Hipokratesa – *Ars longa, vita brevis* – Sztuka trwa długo, życie krótko).

„Nikommu nie życzę źle. Nie umiem. Nie wiem jak to się robi”.

Przytoczone wybiórcze cytaty, jako wyraz przemyśleń wspomnianych autorów, urzekają i dziś swą aktualnością. Koncepcje medyczne, wymagają stale nie tyle cytowania, co twórczego przetwarzania i modernizacji, natomiast trafna refleksja

filozoficzna, wynikająca ze znajomości natury ludzkiej, ma charakter do pewnego stopnia ponadczasowy.

Natura ludzka wymaga doskonalenia, co jest szczególnie ważne w formacji podyplomowej lekarzy – ale nie wolno jej łamać.

Konkludując, można powiedzieć, że obaj: Schweitzer i Korczak nie tylko głosili pewne idee filozoficzne, uściślone do etyki, ale też wybrali cierpką na co dzień drogę doskonałości medycznej. Schweitzer realizował ją w dziewiczej puszczy afrykańskiej, Korczak zaś wśród opuszczonych dzieci, od których nie zdezerterował (gdy miał okazję ratowania się w czasie okupacji niemieckiej), gdy sama przynależność do narodowości żydowskiej była już wyrokiem śmierci.

O obu z nich można powiedzieć, że były to dusze w sposób naturalny chrześcijańskie (*anima naturaliter christina*). I chyba po tym, co powiedział papież Jan Paweł II do pracowników służby zdrowia w Gdańsku 12 czerwca 1987 r. może podpisywać się nie tylko każdy lekarz, ale i każdy obywatel świata, który to przydomek nadano m.in. Schweitzerowi. "Zawsze żywiłem i nadal żywię, głęboką cześć dla powołania, które tak mocno zdaje się zakorzenione w Ewangelii, a równocześnie w całej humanitarnej tradycji ludzkości, również przedchrześcijańskiej i pozachrześcijańskiej".

Na tematy moralności (oceny tego co dobre i złe) i etyki lekarskiej (w naszym środowisku norm nie tylko ogólnie uznanych i praktykowanych, ale też wynikających z sytuacji nowych, których nie przewidzieli dawni ich kodyfikatorzy) napisano i ciągle pisze się bardzo wiele. Owe słowa wypowiedane choćby z obowiązków zawodowych, zwykle publikowane tworzą całe systemy – nie zawsze jednak poparte godnymi naśladowania czynami ze strony osób je głoszących. A dobry przykład może działać bez słów.

Zarówno etyka Schweitzera, jak i Korczaka, to nie tylko etos uniwersalny, ale maksymalistyczny – na co dzień realizacja etosu nadobowiązkowa, to jest tego, czego się czynić nie musi, ale niewykonanie tego nie powinno dawać podstaw do ewentualnej karalności.

Schweitzer i Korczak, mimo iż żyli w tych samych czasach nie znali się, nie powoływali się na siebie w swych pismach – a mają tyle cech wspólnych, niczym barwne kwiaty wyhodowane daleko od siebie, ale kwitnące oddzielnie podobnie.

Przy tego rodzaju rozważaniach, należy sprawę postawić jasno, że jako lekarze jesteśmy odpowiedzialni nie tylko za pacjentów, ale również za własne rodziny,

trwałość małżeństw i własne zdrowie. Istnieją jednak pewne minima etyczne, poniżej których zejść nie można. Dziś czy chcemy, czy nie chcemy coraz częściej wspomina się o powołaniu nie tylko kapłańskim ale i lekarskim, a także powołaniu nauczyciela i rolnika. Mnożenie pouczeń i żądania, ażeby lekarze tak postępowali, jak ich klienci nie są w stanie postępować, z reguły okazują się mało skuteczne, szczególnie dziś, gdy jesteśmy świadkami gwałtownej komercjalizacji całej służby zdrowia.

Fenomeny Schweitzera i Korczaka z ich etosem nadobowiązkowym są jednak potrzebne, ażeby współczesna medycyna nie skarłała do reszty. Zarówno Korczak, jak i Schweitzer, świadomi również swoich wad, pozostawili trwałe wartości, które nadal mówią same za siebie. Są przykładem tego, że najlepsze owoce rodzą się tam, gdzie istnieje harmonia między myślą a czynem, życiem duchowym, słowem wypowiedzianym z konkretną działalnością na co dzień. Ich idee cieszą się coraz większą recepcją zarówno u nas, jak i na całym świecie, gdzie coraz więcej słychać o „Patrolach Schweitzerowskich” i Starym Doktorze.

A może i u nas, mimo niełatwej sytuacji, jest coś do naprawienia i ulepszenia, co nie zawsze wymaga nakładów, a jedynie poruszenia sumienia, które u każdego z nas zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej winno stać wyżej niż sama technika i pieniądze?

Fenomeny Schweitzera i Korczaka, szczególnie z ich etosem nadobowiązkowym, są i dziś potrzebne, których – jeśli nie można naśladować – winno się je podziwiać...

Wkład Janusza Korczaka do filozofii medycyny

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 1999)

Janusz Korczak (właśc. Henryk Goldszmit), żyjący w latach 1878-1942, zapisał się trwale w dziejach medycyny, literatury i pedagogiki, równoległe je uprawiając wzbogacając i integrując. Jego dzieła są wznawiane, tłumaczone na języki obce, a setna rocznica jego urodzin w 1978 r. była szczególną okazją do szeroko zakrojonych obchodów również o zasięgu międzynarodowym. W czasie Międzynarodowej Sesji Naukowej na temat „Janusz Korczak – życie i dzieło”, która odbyła się w Warszawie w dniach 12-15 października 1978r. szeroko omówiono sylwetkę Korczaka, szczególnie wiele uwagi poświęcono jego twórczości literackiej i pedagogicznej, a piszący te słowa omówił sylwetkę lekarską Janusza Korczaka. Jego męczeńska

śmierć, gdy ze swymi wychowankami szedł do obozu śmierci w Treblince, wysuwane w wielu publikacjach na pierwszy plan, przyćmiewały niejako jego działalność lekarską, która była u niego czymś naczelnym, była ona – jak wykazała przyszłość – nie tylko źródłem informacji o dziecku, ale stanowiła też źródło inspiracji i uogólnień, z których może korzystać cała medycyna. Mimo więc, iż sam temat korczakowski obrósł w ciągu kolejnych lat literaturą dotyczącą recepcji idei Korczaka, nie natrafiłem na tekst poruszający jego wkład do filozofii medycyny.

Filozofia medycyny najjaśniej zarysowana w logice i etyce lekarskiej, nie zawsze musi bazować na długich traktatach. Niejednokrotnie krótkie aforyzmy mogą mieć zasadnicze znaczenie dla porządkowania zarówno myślenia, jak i postępowania lekarskiego. Tak było w przypadku Władysława Biegańskiego (1857-1917), jednego z najwybitniejszych przedstawicieli polskiej szkoły rozumowania klinicznego, autora nieprzemijającej wartości dzieła *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Również niejedno sformułowanie Korczaka można ująć w formie aforyzmów.

„Medycyna pokazała mi cuda terapii i cuda wysiłków w podpatrywaniu tajemnicy natury. Dzięki niej widziałem po wielokroć, jak człowiek umiera i z jaką bezlitosną siłą, rwąc łono matki, przedziera się na świat do życia płód, dojrzały owoc, by stać się człowiekiem. Dzięki niej nauczyłem się wiązać mozolnie rozproszone szczegóły i sprzeczne objawy w logice obraz rozpoznania”. (Podniósł, że właśnie medycynie zawdzięczał technikę naukowego myślenia).

„Podkreślam, że każda bezradność, każde zdumienie niewiedzy, błąd w stosowaniu doświadczenia, niefortunna próba naśladownictwa, każda zależność – przypominają dziecko bez względu na wiek”. (Dalsze słowa Korczaka: „Bez trudu odnajdziemy cechy dziecięce w chorym, starcu, żołnierzu, więźniu” – wystarczą za komentarz).

„Doświadczenie pary niestosownych pytań, nieudanych żartów, zdradzonych tajemnic, niebaczących zwierzeń uczy dziecko odnosić się do dorosłych jak do oswojonych, ale dzikich zwierząt, których nigdy nie można być pewnym”. (Czy nie można tego odnieść do zdradzonych tajemnic chorych, które często nieświadomie przekazujemy innym, czy słów szkodliwych – *verba nociva*, które ranią nieraz mocniej niż sam skalpel).

„A filozofem jest człowiek, który się bardzo zastanawiał i chce koniecznie wiedzieć, jak wszystko jest naprawdę”. (Na co dzień niemal, gdy cokolwiek zoba-

czymy, przeżyjemy czy przeczytamy – podświadomie zadajemy sobie pytanie, jak to może być wmontowane wykorzystane łącznie z tym, co już wiemy na dany temat).

„To jeden z najzłośliwszych błędów sądzić, że pedagogika jest nauką o dziecku, a nie o człowieku”. (Dziś sprawą bardziej oczywistą niż przed kilkudziesięciu laty jest fakt, że pedagogika nie kończy się na wieku dojrzałym. Dowodem tego jest coraz bardziej rozbudowane kształcenie podyplomowe, nie tylko w medycynie).

„Często spotykamy ludzi dojrzałych, którzy się oburzają, gdy wystarcza zlekceważyć, pogardzają gdzie należy współczuć. Bo w dziedzinie negatywnych uczuć jesteśmy samoukami, bo ucząc abecadła życia, uczą nas nie tylko paru liter a pozostałe ukrywają” (Jak zbieżne jest to ze staropolskimi przysłowiami: „Na naukę nigdy nie jest za późno” i równocześnie, że „Naturę trudno odmienić”).

„Im mizerniejszy poziom duchowy, bezbarwniejsze moralne oblicze, większa troska o spokój i wygodę, tym więcej nakazów i zakazów...” Nasuwa się refleksja, jak wielu ludzi, obok pedagogów, mówi o nakazach i zakazach – a jak mało jest przykładów. A dobry przykład może działać bez słów. Dostrzegali to już starożytni: *Verba movent (docent), exempla trahunt – słowa wzruszają (uczą), przykłady pociągają*. Innymi słowy, lepszy przykład niżli rada.

„Ludzie boją się śmierci, bo nie wiedzą, że tak przepyszne zjawisko, jak życie, może trwać tylko krótko”. (Aż się prosi o przypomnienie hipokratesowskiego: *Ars longa, vita brevis – Sztuka trwa długo, życie krótko*).

„Własne cierpienia przetopić na wiedzę dla siebie i radość innych” (Ileż to trzeba mocowania się z własną słabością, ażeby być o słuszności tego przekonany i wcielać to w życie).

„Nikomu nie życzę źle. Nie wiem jak to się robi”. (Jak dziecko to odbiega od „oko za oko – ząb za ząb”, gdy nawet nie ma się złych intencji, od których daleka jeszcze droga do złego uczynku).

„Jeśli tematem życia jest własna sytość czy żołądka, czy ducha, zawsze grozi bankructwo, wyczerpiesz się”. (Już starożytni mówili: Dostatek rodzi zuchwalstwo – *Satietas paria ferocium*. Konkluzją do przyjęcia dla każdego jest posłanie: „Nie wolno zostawiać świata, jakim jest”).

Warto, też nadmienić, że Korczak, mimo iż sam nie mieścił się w ramach żadnej religii, odczuwał głód Boga i poszukiwał go przez całe życie, co ukazał w swych rozważaniach *Sam na sam z Bogiem*. Pewne bowiem sformułowania składają się z

elementów genetycznie chrześcijańskich, są bliskie nie tylko medycynie – ale mają szerszy wymiar ogólnoludzki, uniwersalny.

Przytoczone wybiórczo cytaty z pism Korczaka, będące syntezą zarówno doświadczenia, jak i własnych przemyśleń autora – urzekają i dziś swą aktualnością. Podczas gdy pewne koncepcje zarówno medyczne, jak i wychowawcze wymagają modernizacji, nie tyle cytowania, co twórczego ich przetwarzania – trafna refleksja filozoficzna, wynikająca ze znajomości natury ludzkiej, ma trwały charakter. W filozofii medycyny, o czym warto przypomnieć, często zapominamy o niezmiennej naturze ludzkiej, która wymaga doskonalenia, ale nie wolno jej łamać. Czasami wystarczy przypomnienie pewnych prawd, reorientacja czy przesunięcie akcentów. Nie dziwny się, że nie tylko współczesny lekarz, ale każdy broni się jak może przed dodatkowymi obciążeniami i obowiązkami.

Oryginalne sformułowania Korczaka mogą być przydatne i wykorzystane w kształceniu podyplomowym lekarzy, gdzie dominuje technicyzacja. Humanistyczne podejście do człowieka chorego i cierpiącego, humanizacja medycyny w jej holistycznym ujęciu to sprawy bezsporne. Ale do ich realizacji w wyważonych proporcjach (wszak medycyna na zawsze pozostanie przede wszystkim nauką przyrodniczą) potrzeba nowej filozofii oraz przykładów. Pewne zaś trafne i przemyślane sformułowania, zrodzone w warunkach obserwacji i własnej refleksji, mają nieprzemijającą wartość i mogą być bardziej przydatne na co dzień, niż mnożenie nowych przedmiotów nauczania czy wykładów o treściach nieprzydatnych w praktyce.

Jest też okazja, aby spojrzeć z pewnej już perspektywy na recepcję jego idei. Naczelną i niekwestionowaną sprawą jest tu przyrodniczy charakter medycyny, konkretna wiedza i umiejętność (*scientia operandi* dawnych autorów) będąca w harmonii ze stałym doskonaleniem dyspozycji intelektualnych i etycznych (*scientia principiarum*).

Nauka i praktyka, diagnostyka i terapia ulegają modyfikacjom, ale pewne prawa, imponderabilia, na które wskazywał Korczak, mają charakter ponadczasowy. Można uważać je w przypadku Korczaka za trwałe wkład do polskiej szkoły rozumowania klinicznego. Wybrane aforyzmy, nawet mogą wykazać swą wprost namacalną przydatność w interdyscyplinarnie pojętej edukacji psychosomatycznej.

Autorytet w życiu i medycynie

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2003)

Autorytet – *auctoritas* – powaga, wpływ, poważanie, tak uroczyście przemawia to pojęcie ze stron encyklopedii, czy opracowań, a jakiej ogromnej dewaluacji uległo niemal na naszych oczach. Dziś mówi się wprost o zmierzchu, dewaluacji czy nawet upadku autorytetów. W dużym uproszczeniu uznanie to siła, poważanie (*delegated power* – ang.). Człowiek wierzący uznaje autorytet Boga objawiającego, a sam daleki od ideału, szanując też odmienne postawy i motywacje, nie powinien kwestionować i nie dopuszczać do tego na miarę swych sił i możliwości aby nie kwestionowano samego wzorca.

Problem autorytetu jest mocno zakorzeniony również w dziejach medycyny. W samej starożytności autorytet występował w tradycji arystotelesowskiej i cyceroniańskiej, z których wyszła metoda argumentacji i wnioskowania prawdopodobieństwa (*ex auctoritate*). W starożytności, również i w tradycji żydowskiej i chrześcijańskiej, powszechnie znane jest odwołanie się do opinii starszych, a św. Tomasz z Akwinu stworzył w drodze asymilacji systemu arystotelesowego model racjonalizacji samej argumentacji teologicznej (*ex testimonio ex auctoritate*).

Czasy nowożytne podjęły krytykę autorytetów, zainaugurowała to reformacja wprowadzając subiektywną interpretację wiary, wynosząc opinię osobistą ponad uznawane autorytety. Dziś widzimy konsekwencje tego niemal na co dzień, w postaci dość silnych tendencji do nieograniczonej autonomii jednostki, tak że przeżywamy już nie przysłowiowy zmierzch, ale dramatyczny, niemal śmiertelny w swym wyrazie, upadek autorytetów.

Nasza codzienność lekarska w swej praktycznej działalności, mimo przewalencji zasadniczych usług zawodowych, w których tylko „pozornie” czujemy się samodzielni, pozostaje pod przemożnym wpływem autorytetów, wiedzy zastanej, wyuczonej, naukowców, kierowników zespołów. Większość bowiem pracowników z wyższym wykształceniem pracuje w różnych dziedzinach działalności medycznych, gdzie nauka nie jest zajęciem profesjonalnym. Sam dystans zaś pomiędzy wiedzą dawną a dzisiejszą jest w naukach medycznych znacznie większy niż np. w naukach humanistycznych. Kiedyś wystarczała rozległa i solidna wiedza i erudycja, która niekoniecznie musiała znajdować wyraz w publikacjach. Dziś ceni się bardziej erudycję w humanistyce niż w naukach ścisłych. Trudno bowiem od dawnych autorów

oczekiwać wiedzy medycznej na takim poziomie jak obecnie, podczas gdy w filozofii pewnymi stwierdzeniami klasyków zachwycamy się dziś bez zastrzeżeń.

Dzieje medycyny dostarczyły nam wielu przykładów hamującego wpływu autorytetów nieraz wręcz „ujarzmiających”. Bezkrytyczne cytowanie pism Hipokratesa, Galena czy Awicenny, których wielkości i wkładu do medycyny nikt nie kwestionuje jest klasycznym przykładem hamującego działania autorytetu. Powiedzenie (*sic ait Galenus, sic dixit Awicenna* – tak powiedział Galen, tak rzekł Avicenna) przeszło do historii medycyny. Szczególnie Galen stał się na długie wieki nieomylną powagą i decydującą instancją, co paraliżowało niejedną samodzielną myśl. Znany patolog niemiecki, twórca teorii komórkowej (słynne: *omnis cellula e cellula*) Rudolf Virchow nazywany także dla swej powagi „papieżem medycyny” (*Papst der Medizin*), przez wiele lat nie uznawał odkryć Pasteura i nie przywiązywał wagi do drobnoustrojów. Mniej zaś znany jest fakt, że Robert Koch próbował leczyć gruźlicę wykrytą przez siebie bakterią. Atmosferę sensacji, która wytworzyła się około sprawy, mimo nieukończenia badań nazwano „szaleństwem bakterijnym”. Koch tym razem wykazał brak krytycyzmu, pomagała mu w tym propaganda. Autorytet naukowy wielkiego uczonego na tym odcinku został narażony na szwank.

A jednak autorytet w medycynie, a szczególnie w naukach medycznych, jak mało których, tak ściśle związanych z praktyką jest potrzebny. Dziś obok autorytetu naukowego – który w naszym zawodzie winien mieć swe przedłużenie w praktyce, w autorytecie zawodowym – są obecne na co dzień pseudoautorytety, niczym fałszywi prorocy.

Lekarze w trudnych sytuacjach, gdy są zdani na własne siły, muszą sami decydować, kiedy mają posłużyć się własnym rozumem, a kiedy odwołać się do autorytetu, który w naukach klinicznych jest równocześnie w jakimś stopniu i naukowy, i zawodowy.

A jednak autorytet w życiu jest potrzebny, musi on istnieć i być uznany we własnym zawodzie, własnym środowisku, albowiem osiągnięcia w innych dziedzinach nie wystarczają. Jeśli bowiem zachwiane zostają właściwe proporcje – autorytety zawodowe upadają. Przez niemal całą historię medycyny przebiega przekonanie, że lekarz zbyt często widziany w towarzystwie jest mniej chętnie widziany przy łóżku chorego. Również działalność polityczna czy społeczna lekarza ma wtedy swoją wymowę, gdy nie przeszkadza w wykonywaniu zasadniczych obowiązków. Może ona niejednokrotnie być przedłużeniem podstawowej działalności przez udział w

ciałach opiniodawczych czy decyzyjnych i przyczyniać się do dobra praktyki czy nauki bardziej niż w działaniu jednostkowym.

Dziś, siłą rzeczy, pojęcie autorytetu uległo zawężeniu, dawny omnipotentny jest zastąpiony przez autorytet specjalistyczny. Ale na wzór wieży musi opierać się na solidnych fundamentach, bowiem niezmienny pozostaje fakt, że nauki podstawowe w medycynie dają fundamenty do zastosowań klinicznych i praktycznych. Jeśli chodzi o zabiegi operacyjne, to wprowadzie jeden człowiek operuje, nazwijmy go mistrzem, ale pełne zaufanie do autorytetu szefa musi być wzmocnione równocześnie zaufaniem do zespołu.

Autorytet więc trzeba reaktywować, a przestać się ubiegać o jego wyłączny monopol. Trzeba też pamiętać, że sama znajomość sprawy nie jest równoznaczna z praktykowaniem najlepszych zasad. Zdobycie autorytetu nie odbywa się czasami bez walki. Tu bardzo pomocny będzie cytat z Kotarbińskiego „Technika walki może być rzetelnie używana, lecz nie nierzetelnie nadużywana”.

Jesteśmy świadkami rewizji dotąd panujących ustaleń, uważanych za niewzruszone, które daleko już wyszły poza krytykę jednostki, zmiatając w ogóle rolę autorytetu (niczym wylanie dziecka z kąpielą).

Wielu lekarzy ma wspaniałe osiągnięcia zawodowe, naukowe i literackie. Często działali używając pseudonimów. Profesor Witold Juliusz Kapuściński (1910-1988), rozpoczął swą działalność pisarską jeszcze przed wybuchem II wojny światowej, a publikując swe wiersze w Poznaniu używał pseudonimu Zygmunt Psarski. Ale dla większości lekarzy trudniących się codzienną praktyką, literatura jeśli jest uprawiana czynnie, pozostaje przedłużeniem działalności zawodowej. Już dziś coraz częściej zamiast mówić o nieszkodliwym hobby, mówi się, że ktoś kroczy równoległe drogą medycyny praktycznej i literatury. Wiadomo, że autorytetem może być tylko w medycynie, którą uprawia na co dzień i której muszą (chcąc czy nie chcąc) być podporządkowane wszelkie inne formy działalności.

Eutanazja wobec logiki medycyny

(„Sztuka Leczenia” 2004, nr 2, s. 61)

W nawale krytyk, problemów i trudności, które szczególnie w ostatnich latach zaciążyły na naszej rodzimej medycynie, z uznaniem należy podnieść fakt, że zakaz dekalogu „Nie zabijaj”, zgodny z duchem Przysięgi Hipokratesa, kontynuowany i

wzbogacany nowymi wartościami i uściśleniami przez tradycję chrześcijańską, podzielany również nie tylko przez wierzących, ale też niezwiązanych z żadną religią, jest powszechnie akceptowany.

W swojej szerszej zaś interpretacji dotyczyć może: zabójstwa, samobójstwa, uszkodzeń ciała zagrażających życiu, a nawet należytej troski i zaniedbywania u chorych wymagających pomocy.

Sam zaś termin „eutanzja” (gr. *dobra śmierć*) – oznaczający śmierć łagodną i zaszczytną – ma mało wspólnego ze współczesną interpretacją tego pojęcia.

Pojęcie eutanazji – zabójstwa człowieka na jego żądanie lub pod wpływem „współczucia”, pojawiło się dopiero pod koniec dziewiętnastego stulecia. Godnym przypomnienia jest tu fakt, że w liczącym blisko półtora tysiąca stron Polskim Słowniku Lekarskim Franciszka Giedroycia, wydanym w 1931 r., nie znajdujemy hasła „eutanzja”. Można stąd wnosić, że problem ten nie był zauważalny w medycynie zarówno klinicznej, jak i praktycznej na co dzień, skoro w owym zrewidowanym i skodyfikowanym wydawnictwie nie figuruje. W czasie drugiej wojny światowej realizacji masowego mordowania ludzi niepożądanych politycznie, społecznie czy ekonomicznie podjęli się hitlerowcy. Działo się to pod pretekstem swoiście pojętej eugeniki i eutanazji, a przybrało wiadomą formę całkowitego niemal wyniszczenia w obozach i krematoriach Żydów, a w dużym stopniu również duchowieństwa, inteligencji w Polsce i okupowanych krajach Europy.

Nie zawsze pamiętamy o tym groźnym memento!

Obowiązujący kodeks etyki lekarskiej w § 31 jasno formułuje „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”. Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się 19-20 września 2003 r. w Toruniu, poszerzył to sformułowanie, że nie tylko nie wolno stosować eutanazji, ale też nie wolno pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa. Ta ostatnia uchwała zapadła w atmosferze nieraz bardzo ostrych, wręcz haniebnych nacisków ideologicznych i medialnych. Delegaci jednak udowodnili, że są w pełni świadomi zarówno swej tożsamości lekarskiej, jak i leczonych chorych.

Pozornie może się wydawać, że na bieżąco w tej materii, bez niepotrzebnego uciekania się do synkretyzmu, obiektywnie można stwierdzić zgodność obowiązującego prawa z kodeksem etyki lekarskiej i życzyć sobie, ażeby i w innych dziedzinach medycyny istniała taka zgoda większości.

Warto przypomnieć, co powiedział o eutanazji Jan Paweł II: „bezpośrednie i umyślne zabójstwo niewinnej istoty ludzkiej jest zawsze aktem głęboko niemoral-

nym (...). Nikt i nic nie może dać prawa do zabicia niewinnej istoty ludzkiej, czy to jest embrión czy płód, dziecko czy dorosły człowiek, stary, nieuleczalnie chory czy umierający”.

Przy innej zaś okazji Ojciec Święty podnosił, że wiele problemów związanych z medycyną wywodzi się zarówno z tradycji chrześcijańskiej, jak przedchrześcijańskiej i pozachrześcijańskiej.

Osobiście pisząc przed 3 laty *Eutanazja problem zaraźliwy*, nie sądziłem, że problem ten stanie się zaraźliwy ponad oczekiwania. Za głośna bowiem jest debata o tym poza medycyną, a wiadomo, że gdy „zaraza” zaatakuje na dobre, na obronę może być już za późno.

Stąd jeśli komuś (raczej poza naszym gronem niż spośród nas) nie wystarcza Dekalog, Ewangelia, transcendencja, prawo naturalne i elementarne pojęcie moralności (też poddawane relatywizmowi), to można sięgnąć do logiki, owej tradycyjnej, prostej logiki Arystotelesowskiej, tak przydatnej i w dzisiejszej medycynie.

Zasługą Władysława Biegańskiego jest przeniesienie zasad logiki do nauk lekarskich w dążeniu do zespolenia teorii z praktyką medycyny. Władysław Szumowski zaś nauczał, że w filozofii medycyny najjaśniej zarysowuje się właśnie logika i etyka lekarska, pozwalając na racjonalne uzasadnienie naszych poczynań, ich sensowność i płynące z tego konsekwencje, jak porządek rozumowania i nieodzownie towarzyszący mu krytycyzm. Współcześnie w refleksji nad etyką lekarską podnosi się potrzebę zdecydowanego przeciwstawienia się nieprawidłowym postępowaniom na każdym odcinku szczególnie zaś na polu etyki.

Już Hipokrates podnosił *iudicium difficile* – wydawanie sądu, szczególnie w medycynie, jest rzeczą istotnie trudną. O tym pamiętały całe pokolenia, że w organizmie ludzkim wchodzi w rachubę wiele czynników. Również hipokratesowskie „na prośby niczyje nie podam trucizny” było w ciągu stuleci nie tylko komentowane, ale też wzbogacane o nowe przemyślenia. Działo się to drogą dedukcji, wyprowadzania z ogólnie przyjętego zdania (zasady) jego logicznych następstw. Zwykle owo poprawne rozumowanie było bliższe zdrowego rozsądku niż dzisiejsze tendencje matematyzacji, co każdego problemu nie rozwiązuje.

Zwolennicy eutanazji są często rzecznikami mylnego – z punktu widzenia logiki medycyny – przekonania o niepodważalności i bezwzględnej pewności ocen lekarskich. I tu warto przytoczyć na ten temat wyjątek głosu prof. Andrzeja Szczeklika ze zbioru esejów *Katharsis*: „Gdybyś ty wiedział miły czytelniku; ile razy ja się

w swoim wyrokowaniu lekarskim myliłem! Ile razy bywało w ciągu roku! Gdyby śmierć miała zależeć od mojego osądu lekarskiego (wspartego – zgodnie przez grupę pokrewnych specjalistów), ile mniej ludzi chodziłoby dziś po ziemi”. Jeśli do tego dodamy jeszcze uproszczone rozumowanie o nieodwracalnej nieuleczalności choroby, podczas gdy istnieją możliwości leczenia, i to bez specjalnych nakładów. A nie możemy też zapomnieć, że owi chorzy „proszący” o eutanazję to są ludzie odrzucony zwykle przez rodziny, u których rozumowanie bywa zachwiane czy spaczony, a ileż tu może być błędnych osądów.

W czasie omawiania na ćwiczeniach sylwetki A. Schweitzera, staram się podać refleksji studentów jego wszechstronny szacunek dla życia (*Ehrfurcht zum Leben*). Jeśli należy mieć szacunek dla każdej formy życia, nawet nie zrywać kwiatów bez powodu czy nie deptać trawy, co należy się człowiekowi? Przekonuje to o szacunku dla życia, nawet tych niezdecydowanych, twierdzących, że każdy człowiek ma prawo wyboru. A więc można zastąpić relatywizm moralny prawidłowym rozumowaniem, szczególnie u młodego pokolenia może to wpłynąć na uformowanie właściwej postawy wobec życia.

Konkludując, można powiedzieć, że istnieją również mocne logiczne przesłanki, ażeby moralny nakaz Dekalogu „nie zabijaj” wesprzeć hipokratesowskim *iudicium difficile* – mówiąc językiem praktyki na co dzień – osąd poszczególnego lekarza czy komisji jest bardzo trudny, wszak obarczony jest dużym prawdopodobieństwem błędu, którego konsekwencje są już nieodwracalne.

Warto o tym przypomnieć, gdyż problem eutanazji może przejść z prasy do ciał ustawowych, a jakkolwiek regulacja prawna na wzór Holandii może spowodować utratę dotychczasowego zaufania do lekarzy, które ciągle spada również z innych powodów. Z niejednej strony podnosi się też, że upowszechnienie eutanazji może spotęgować przyzwyczajenie do zabijania ludzi, czego dowodem było doświadczenie obu wojen światowych i obecnych ciągłych konfliktów zbrojnych.

Eutanazja nie jest też wyłącznie zagadnieniem religijnym, dziedziną wiary. Dla wykazania jej szkodliwości dla moralności najszerszej pojętej (odróżnienie dobrego od złego bez relatywizowania sprawy) nie ma potrzeby uciekania się wyłącznie do religii. Silnych argumentów dostarcza tu owa prosta logika, a także, o czym nie możemy zapominać, jest to sprawa humanistycznego i humanitarnego podejścia do drugiego człowieka. Poniżej tego zejść nie możemy, jeśli nie chcemy podciąć korzeni, z których wyrasta medycyna – tych przedchrześcijańskich i pozachrześcijańskich.

Literatura jako sojusznik medycyny i antidotum na jej dehumanizację

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2003)

Niespotykany w dziejach rozwój techniki, obok nie kwestionowanych korzyści cywilizacyjnych, przyniósł ze sobą też niejedno zagrożenie. W skali ogólnej to przede wszystkim szkody ekologiczne, w medycynie zaś technika i jej postępy do pewnego stopnia podzieliła ustrój na narządy i oddała go w ręce specjalistów. Coraz częściej przypomina się o potrzebie humanizacji, a ściślej biorąc rehumanizacji medycyny. Jest to bardzo rozległy problem, obrosły literaturą. Podawano wiele recept, zapominając o tym, że medycyna jest przede wszystkim nauką biologiczną – oczywiście otwartą na wszelką współpracę. Wiele koncepcji musi pozostać w sferze życzeń, wobec bariery ekonomicznej i ciągłego dylematu wyboru – na co wydać pieniądze i jak wydatkować własną też energię. Potrzeba ratowania życia ludzkiego, czasami przysłowiowe „gaszenie pożarów” nie straciło wiele ze swej ostrości, mimo wzrostu liczbowego kadry lekarskiej i sieci placówek służby zdrowia.

Większość lekarzy jest odbiorcami literatury w różnej postaci, a przecież szczególnie klasyka wyczula na wrażliwość, delikatność i piękno. Może mało literatura jest doceniana w samym procesie leczenia.

Nie brak w naszym kraju lekarzy, którzy umiejętnie łączą pracę lekarską z twórczym zaangażowaniem w działalność literacką. Co więcej – problem doczekał się dowartościowania i dziś coraz częściej mówimy o przedłużeniu działalności lekarskiej w twórczości literackiej niż o nieszkodliwym hobby. Priorytet zachowują jednak zasadnicze usługi zawodowe, które należy wykonać czy się ma na to ochotę, czy nie. Takich przykładów jest wiele zarówno w kraju, jak i w naszym środowisku, a rozwodzenie się nad jednym przypadkiem może być często nieświadomie połączone z krzywdą dla innych, równie zasłużonych.

W praktyce lekarskiej z upływem lat uczymy się uwzględniania odmienności nie tylko pacjentów, ale też Koleżanek i Kolegów. Warto tu przytoczyć trafne ujęcie z pism Janusza Korczaka: „... *Wszak nie każdy lubi pisanie. Jedni lubią grać, jeszcze inni lubią się uczyć na pamięć [...] albo czytać książki, albo pielęgnować kwiaty [...] i wielkim szczęściem jest, że nie wszyscy lubią robić to samo*”.

Chciałbym przypomnieć o wyjątkowo utalentowanych jednostkach, niepospo-

litych lekarzach – zarówno w medycynie, jak i w literaturze, gdzie jednak literatura przeważała i w konsekwencji zdecydowali się na wyłączną działalność literacką. Wśród lekarzy były wybitne osoby utalentowane w kierunku literackim, które porzuciły karierę zawodową i wybrały sposób zarobkowania na życie piórem. Wybiórczo należy wspomnieć o tych najwybitniejszych.

Francois Rabelais (1434-1553) sławę zdobył nie poprzez prace lekarskie, ale dzięki satyrycznemu dziełu *Gargantua i Pantagruel*, zaliczanego do najwartościowszych osiągnięć literackich francuskiego renesansu. Dzieje żartocznym olbrzymów Gargantui i Pantagruela zaczerpnął on ze starych wątków romansowych ludowej tradycji, co stanowiło tylko pewien pretekst do jego rozważań o charakterze moralizującym.

Anton Pawłowicz Czechow (1860-1904) z wykształcenia był lekarzem, a współcześni mu podnosili jego wielką delikatność i troskliwość wobec chorych, zwracanie uwagi na ich nastrój i stan psychiczny. Zawód lekarza był dla niego również przedmiotem opowiadań o chorych, m.in. nowela *Sala nr 6*.

Do dziś podziwiamy tu, niezwykle trafnie opisany przez Czechowa stan psychiczny chorego Gromowa.

Twórczość literacka Artura Conan Doyle'a (1854-1930) – który w 30 roku życia zrezygnował z uprawiania zawodu lekarza – zapisała się klasycznymi, do dziś poczytnymi pozycjami w literaturze kryminalno-detektywistycznej. Postać Sherlocka Holmesa przyćmiła swą popularnością innych bohaterów, uległa niespotykanej wprost popularności, jak również szerokiej recepcji w Polsce.

Pewną karierę zrobił w powojennym piśmiennictwie polskim Archibald Joseph Cronin (1896-1981) z wykształcenia lekarz, który w 43 roku życia zajął się wyłącznie literaturą. Jego powieść *Cytadela* oparta na motywach autobiograficznych, przedstawiająca krytycznie problemy środowiska lekarskiego (główny bohater dr Shannon), stała się bardzo popularna wśród polskich czytelników – nie tylko lekarzy.

Tadeusz Boy-Żeleński (1874-1941) był bardzo zdolnym i obiecującym lekarzem, który od 34 roku życia całą swą energię poświęcił działalności pisarskiej. W historii literatury polskiej zapisał się przede wszystkim jako niezwykle płodny tłumacz klasyki francuskiej. publicysta, autor niezapomnianych wierszy satyrycznych *Słówka*. Warto przypomnieć, że po zajęciu Lwowa przez wojska niemieckie w 1941 roku został – jako profesor uniwersytetu – aresztowany i zamordowany.

Wspomniane wybiórczo przykłady z historii medycyny i historii literatury to

wyjątki, ale medycyna to również rzadka kazuistyka.

A już starożytni podnosili: *Exceptio confirmat regulam* (Wyjątek potwierdza regułę).

Muzeum Karkonoskie w Jeleniej Górze (historia regionu, wątki medyczne)

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2003)

Region Jeleniogórski, który dla Dolnego Śląska jest tym, czym Zakopiański dla Krakowa – swej prezentacji nie wymaga. Stanowi on prężny ośrodek kulturalny i wydawniczy. Bogatymi zbiorami może wylegitymować się też Muzeum Karkonoskie w Jeleniej Górze.

W jego zbiorach znajdują się prace z następujących działów: szkła, sztuki, etnografii, promocji i reklamy, archeologii i pracowni konserwacji. Szczególnie bogata jest kolekcja wyrobów ze szkła. Warto podnieść, że spośród wielu dziedzin artystycznych na tym terenie, najwyższy poziom osiągnęło hutnictwo i zdobnictwo wyrobów ze szkła.

Rozwojowi tego rodzaju dyscyplin sprzyjał żywiołowy rozwój turystyki, a szczególnie balneologii. Wedle panujących, szczególnie w XIX stuleciu, zwyczajów, wyjątkowym popytem cieszyły się pamiątki przypominające leczenie i pobyt w najbardziej popularnym kurorcie – Cieplicach-Zdroju.

Muzeum Karkonoskie posiada bogatą ekspozycję wyrobów ze szkła, będących dokumentem zarówno tamtych czasów, jak też i upodobań kuracjuszy.

Leczenie u wód cieplickich to oddzielny rozdział, również w historii polskiej medycyny. Na kuracji w Cieplicach przebywała w 1687 roku królowa Maria Kazimiera (Marysieńka) ze swym dworem. Tradycje Sobieskich kontynuował jej syn Jakub, przebywający tu dwukrotnie w 1692 i 1702 r. Często bywały tu wybitne osobistości, jak Hugo Kołłątaj, nie tylko dla podratowania zdrowia, ale też dla przygotowania się do wzmożonej działalności politycznej. Księżna Izabella z Czartoryskich przebywała w Cieplicach w 1816 r., opisując swój pobyt w pamiętniku, po raz pierwszy udostępnionym w całości w tłumaczeniu polskim z języka francuskiego w 1968 r. (Czartoryska Izabella: *Dylichanssem przez Śląsk*, Ossolineum, Wrocław 1968). Spotkanie u wód w Cieplicach słynnego fizjologa czeskiego Jana Ewangelisty Purkyniego z Wincentem Polem i Kornelem Ujejskim, przedstawicielami Lwowskiego

Ossolineum w 1847 r. jest przykładem połączenia wypoczynku ze spotkaniami patriotycznymi w pięknej scenerii Karkonoszy.

W bogatej ekspozycji szkieł Muzeum Karkonoskiego w Jeleniej Górze nie brakuje motywów medycznych, związanych z Uzdrowiskiem Cieplice, są też wątki patriotyczne, związane z emblematami Orła i Pogoni. Z wątków medycznych na szczególną uwagę zwiedzających zasługuje zespół szkieł, pochodzący z nieistniejącej już dziś kolekcji wielkopolanina, doktora medycyny, Kazimierza Góry (1789-1853). Doktor Góra urodził się w Kępnie i tamże zmarł (był ożeniony z Konstancją Nerską, 1806-1853). Jako lekarz wojskowy uczestniczył w powstaniu listopadowym, gdzie położył duże zasługi przy zwalczaniu cholery, która w tym czasie była poważnym problemem w wojsku. Był też kawalerem orderu „Virtuti Militari”. Praktykując jako lekarz w swych rodzinnych stronach w Kępnie, kierował pacjentów na leczenie do uzdrowisk śląskich, szczególnie do Cieplic-Zdroju. Od kuracjuszy w dowód pamięci i wdzięczności otrzymywał jako upominki „szklanki kryształowe”. Kolekcja po jego śmierci była pieczołowicie przechowywana przez rodzinę, lecz w czasie powstania warszawskiego została rozproszona i w dużym stopniu zniszczona. Ocalałe resztki zakupiło Muzeum w Jeleniej Górze.

Można tu obejrzeć puchar (Oznaczony MJG 2887/S) ze szkła przezroczystego z klasycznymi biedermajerskimi profilami, palmentkami, rombami przeplatany delikatnymi niebieskimi i czerwonymi lazurami. Uzupełnieniem tej dekoracji jest owalny medalion z wrytym napisem: „dr Góra”.

Inna cylindryczna szklanica (MJG 2590/S) z rytowanymi na brązowym tle motywami ze śląskich miejscowości i kurortów (Szczawna, Jedliny, Chojnika i Książa), zawiera też dedykację, ale tym razem z błędnie wrytym nazwiskiem „dr Gura”.

Inna szklanka – z roku 1845 (MJG 2585/S), lazuruwana na kolor czerwony, profilowana sześciobocznie z kolistymi medalionami, na których uwidoczniono nieistniejące już pawilony zdrojowe z okolic Wałbrzycha – stanowi ciekawą ikonografię dawnej architektury uzdrowiskowej. Posiada też wryty napis w języku niemieckim „Zum Andenken für dr Góra”.

To tylko wybrane *polonica* godne obejrzenia wśród tej bogatej ekspozycji. Stanowią one pewien przyczynek do historii medycyny na Śląsku, poza ośrodkiem akademickim we Wrocławiu, a także dokumentują powiązania Śląska z Wielkopolską i innymi dzielnicami Polski w okresie niewoli porzobiorowej.

Zarówno wspomniane wybiórczo *Polonica* jak i pozostałe szkła z najbogatszej kolekcji w Polsce, są na ogół nieznane społeczeństwu dolnośląskiemu. Pobudzają też do refleksji zarówno patriotycznej, jak i filozoficznej, gdzie historia medycyny również wplata swe wątki w dzieje kultury i tradycje regionu. Sprzyja temu okres urlopów i weekendów późnego lata i wczesnej jesieni – kiedy zwykle dopisuje piękna pogoda.

W opracowaniu wykorzystałem pracę pana magistra Mieczysława Buczyńskiego: *Polonica Śląskie z XVIII i XIX w. w zbiorach Muzeum Okręgowego w Jeleniej Górze*, „Rocznik Jeleniogórski” 1980, tom XVIII, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wrocław 1980, 133-142.

Autor dziękuje też panu Dyrektorowi Muzeum Karkonoskiego magistrowi Stanisławowi Fisztowi i panu magistrowi Mieczysławowi Buczyńskiemu Kierownikowi Działu Szkła Artystycznego za udzielone wskazówki i adiustację powyższego tekstu.

Gaude Mater Polonia

(„Gazeta Uczelniana AM” Wrocław 2001)

Corocznie podczas uroczystych inauguracji nowego roku akademickiego rozbrzmiewa na wyższych uczelniach hymn *Gaude Mater Polonia* (Raduj się Matko Polsko...).

Mniej znany jest fakt, że jest to pierwsza zwrotka najstarszego hymnu o świętym Stanisławie biskupie i męczenniku (1030-1079) uważanym w całej Rzeczypospolitej za postać sztandarową (Małgorzata Kosowska: *Święty Stanisław ze Szczepanowa*, Niepokalanów 1997).

Hymn ten, w języku kościelnym – sekwencja, został napisany przez dominikana Wincentego z Kielc (ok. 1200-1268) około roku 1253, a pierwotnie był przeznaczony na święto przeniesienia relikwii św. Stanisława (27 IX); następnie wszedł do liturgii godzin jego uroczystości (8 V), a z uwagi na wzniosłość samej treści i melodii, po dzień dzisiejszy uświetnia ważniejsze uroczystości religijne, patriotyczne, a szczególnie przyjął się na rozpoczęcie uroczystości inauguracyjnych nowy rok akademicki na terenie naszego kraju.

Hymn w wersji łacińskiej zbudowany jest z 11 strof (na inauguracjach odśpiewuje się zwykle pierwszą), tematycznie zaś dzieli się na cztery części: zachęca Polskę do radości z duchowego bogactwa Świętego, przypomina jego walki toczone z

królem Bolesławem Śmiałym, przytacza cuda działane przez Świętego, a kończy się wezwaniem do głoszenia chwały Trójcy Świętej. Melodia hymnu jest dominikańskiego pochodzenia (Michał Jagosz: *Gaude Mater Polonia*, Encyklopedia Katolicka. Tom V, Lublin 1989).

Spośród 11 strof na przytoczenie zasługują przynajmniej – obok powszechnie znanej pierwszej – trzy dalsze, zarówno w oryginalnym tekście w języku łacińskim, jak i pięknym wolnym przekładzie polskim (jeszcze według starej pisowni).

*Gaude, mater Polónia,
Prole foecúnda nóbili,
Summi Regis magnália,
Laude frequénta vigili.*

*Cujus benigna grátia
Stanislái Pontificis
Passiónis insignia
Signis fulgens mirificis.*

*Hic certans pro justitia,
Regis non cedit fúriæ:
Stat pro plebis injúria
Christi miles in ácie.*

*Tyránni trunculéntiam
Qui dum constánte árguit,
Martyrii victóriam
Membrátim caesus méruit.*

(wg Officia propria SS. Patranorum Regni Poloniae et Sueciae Mechliniae MCMI).

1. *Święć triumf, Polska Macierzy,
Wstawiona zacnym tak synem,
I Boga kraju rycerzy
Sław kornie sercem matczynem!*

2. *Znój życia poniósł ofiarnie
Stanisław, biskup bez trwogi,
A jego krwawe męczarnie
Uwieńczył cudów rząd mnogi.*

3. *On sprośne karcąc zwyczaję,
Srogiego króla zmógł szaty,
Za ludu krzywdę w bój staje
Chrystusa żołnierz wytrwały!*

4. *Gdy dziką srogość tyrana
Chce spętać, lecząc ją razem,
Męczeńska palma mu dana
I padł rozsiekan żelazem!*

(wg *Hymny kościelne* – przekład ks. Tadeusza Karyłowskiego TJ, Warszawa 1978, ponowienie I wydania Kraków 1932).

Warto też na zakończenie nadmienić, że hymn doczekał się również 4-głosowego opracowania T.T. Klonowskiego; autor hymnu natomiast doczekał się tablicy-epitafium umieszczonej na zewnętrznej ścianie absydy katedry kieleckiej (której obecnie przysługuje godność Bazyliki Mniejszej) o treści następującej:

Wincentemu z Kielc 1200-1268
twórcy Hymnu Gaude Mater Polonia i żywotu św. Stanisława
w hołdzie Rodacy 1998 r.

Piszący te słowa uważa, że należy podzielić się posiadanymi informacjami, zdobytymi nie bez pewnego trudu, zwłaszcza, że są one na ogół mniej znane – a zbliża się kolejna inauguracja nowego roku akademickiego...

Gaudeamus igitur

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2003)

Gaudeamus igitur (Weselmy się więc) – to popularna dziś na całym świecie pieśń studencka, może o mniej podniosłym tonie niż nasza rodzinna *Gaude Mater Polonia* (por. „Gazeta Uczelniana” 2001 nr 11/60 s. 9).

Na naszych uczelniach wyższych początek roku akademickiego bywa zwykle inaugurowany hymnem *Gaude Mater Polonia*, a na zakończenie uroczystości inauguracyjnych jest odśpiewywane studenckie *Gaudeamus*. Z uwagi na swoiście studencki charakter bywa śpiewana i na innych obchodach studenckich, nie brakuje jej też na spotkaniach koleżeńskich, najczęściej imieninowych, mimo iż z tą łaciną już różnie dziś bywa, a obowiązkowo intonują ją byli studenci przy okazji spotkań jubileuszowych.

Korzenie *Gaudeamus* wywodzą się z tekstu łacińskiego jeszcze z XIII wieku, w obecnej zaś formie tekst po łacinie napisał wędrowny poeta niemiecki C.W. Kinderleben w roku 1791. Sama melodia jest zapożyczona z pieśni J.G. Günthnera *Blasst uns lustirig sein* (Weselmy się bracia) z 1717 r. Została ona też wykorzystana przez J. Brahmsa w jego uroczystej uwerturze akademickiej (1880).

Pełny tekst pieśni *Gaudeamus igitur* składa się z 5 strof, spośród których najczęściej odśpiewuje się dwie strofy – pierwszą i trzecią. Często bywają one powtarzane.

*Gaudeamus igitur
luvenes dum sumus!
Post iucundam iuventutem
Post molestam senectutem
Nos habebit humus*

...

*Vivat Academia!
Vivant Professores!
Vivat membrum quodlibet!
Vivant membra quaelibet!
Semper sint in f/ore.*

*Weselmy się więc
Pókiśmy, młodzi,
Po przyjemnej młodości
Po przykrej starości,
(i tak) przyjmie nas ziemia*

...

*Niech żyje Uczelnia,
Niech żyją profesorowie,
Niech żyje każdy członek (Uczelni)
Niech żyją wszyscy (jej) członkowie
Wciąż niechaj się odmładzają.*

W pierwszych latach po II wojnie światowej, które z pewnym „poślizgiem” nawiązywały do tradycji przedwojennych, obozy i inne wakacyjne zgromadzenia

młodzieży akademickiej, były rozśpiewane bardziej niż ma to miejsce obecnie. Ich uczestnicy na terenie Dolnego Śląska pochodzili z różnych dzielnic Polski w jej najszerszej pojętych granicach historycznych i geograficznych, ale każdy chciał czymś się pochwalić. Najbardziej zaś popularna stała się polska wersja *Gaudeamus* w bardzo wolnym przekładzie:

*Gdy wieczorem marzę sam,
To w mej wyobraźni,
Stają widma młodych lat,
Szczęścia i przyjaźni.
Gwar wesółych młodych dni,
W sercu mym się cieśni
Zda się słyszeć cudny głos
Ukochanej pieśni:
Gaudeamus igitur ...*

Wątki historyczno-medyczne w regionie Karkonoszy

(„Gazeta Uczelniana AM”, Wrocław 2001)

Wędrując po regionie Karkonoszy, a sprzyja temu okres wakacyjny, możemy doszukać się niejednego wątku z historii medycyny.

Podobnie jak inne okolice Dolnego Śląska, jest to teren bogaty w krzyże pokutne. Szczególnie władcy piastowscy dbali, ażeby – zgodnie ze średniowiecznym prawem – morderca poniósł karę za dokonaną zbrodnię. Nie zawsze była to kara śmierci, najczęściej dochodziło do jakiegoś porozumienia z rodziną. Niejednokrotnie stawiano krzyż w miejscu zbrodni, na którym często ryto narzędzia, którymi ją popełniono. Miało to upamiętniać zaszłe tragiczne wydarzenie.

Nieopodal dworca kolejowego w Jeleniej Górze, przy ulicy 1 Maja, na zewnętrznej stronie kaplicy Najświętszej Maryi Panny, która niegdyś stała poza murami miasta (obecnie użytkowana przez wspólnotę prawosławną) są wmurowane dwa krzyże pokutne.

Jadąc z Jeleniej Góry do Kowar, tuż za granicą miasta, po lewej stronie szosy spotykamy odnowiony krzyż pokutny z wrytym mieczem. Krzyży pokutnych na Śląsku jest dużo, gdyż był tu dostępny materiał w postaci kamiennych głazów. Chętniej sięgano po piaskowiec, gdyż granit jest znacznie trudniejszy w obróbce.

Krzyże pokutne są nie tylko pomnikami średniowiecznego prawa, ale też moż-

na je powiązać z dziejami medycyny sądowej.

Wspomniane dwa, są najłatwiej dostępne i można je obejrzeć przy okazji pobytu na Ziemi Jeleniogórskiej.

Warto też, szczególnie w lecie, odwiedzić kaplicę św. Anny i Dobre Źródło na stokach Grabowca. Prowadzą tu dość wygodne szlaki turystyczne. Tędy z Sosnówki wiodła jedna z najstarszych dróg na Śnieżkę. Można też dostać się tam idąc niebieskim szlakiem z Miłkowa, z Karpacza szlakiem czerwonym, lub z Bierutowic szlakiem żółtym (oczywiście zawsze lepiej udawać się w towarzystwie niż urządzać samotne wycieczki). Grzbiet Grabowca (784 m n.p.m.) stanowi część masywu Wschodniego Przedgórze Karkonoszy, a sama kaplica św. Anny jest położona na jego zalesionym zboczu na wysokości 668 m n.p.m.

Jest z nią związana bogata historia, nie pozbawiona też wątków medycznych. W swych początkach jest ona uważana za jedną z najstarszych w Europie, którą dedykowano św. Annie. Uległa ona zniszczeniu w czasie nękających ten teren wojen husyckich, obecna zaś budowa (owalna) powstała w latach 1718-1719, jest starannie remontowana. Wewnątrz kaplicy po dzień dzisiejszy zachowała się część wyposażenia z kaplicy na Śnieżce. Przekazano je, gdy kaplicę na Śnieżce zlikwidowano zamieniając ją na jakiś czas na schronisko.

U podnóża wspomnianej kaplicy wypływa źródło o krystalicznie czystej wodzie. Od wieków przypisuje się tej wodzie cudowne właściwości – stąd nazwa Dobrego Źródła lub Świętego Źródła. Źródło to – jak głoszą przekazy – było od wieków znane i wykorzystywane przez zamieszkujących te tereny mieszkańców dzisiejszego Miłkowa, Sosnówki czy Karpacza. Niedawno wykonane badania wykazały nieznaczną radioaktywność tej wody źródlanej. Miejsce to właściwie jest odwiedzane przez niemal cały rok, a szczególnie w czasie uroczystości ku czci św. Anny, której święto patronalne wypada 26 lipca (obchody kościelne i kiermasz mają miejsce zwykle w najbliższą niedzielę od tej daty).

Zachodzi pytanie – czy tak całkiem obojętnie można przejść obok dawnych przekazów o tym dobrym cudownym źródełku u podnóża Grabowca przy kaplicy św. Anny? Jest dla nas rzeczą oczywistą jak ważnym czynnikiem prozdrowotnym jest wypoczynek, do tego jeszcze w pięknej scenerii letniej przyrody, a wiadomo nam, że i dziś wiara i modlitwa czynią cuda...

Sama Śnieżka (1602 m n.p.m.), najwyższy szczyt Karkonoszy i Sudetów prezentacji nie wymaga. Mniej znany natomiast w środowisku lekarskim jest fakt, że

dzieje Śnieżki są też związane z niejednym śladem upamiętniającym tragiczne wydarzenia zakończone śmiercią. Jedno z takich najstarszych śladów stanowi epitafium przy wejściu do kaplicy na Śnieżce. Epitafium to w językach polskim i niemieckim poświęcono polskiemu turyście Janowi Odrowążowi Pieniżkowi, który w roku 1828 utonął w bagnach na równi pod Śnieżką. To jakiś przyczynek do historii medycyny katastrof.

Do najczęstszych jednak tragedii należą przypadki zmarznięć czy wprost zamarznięć, zablądzeń, obsunięć się po lodzie, a nawet porwań przez lawiny, które nieraz już zebrały swe obfite śmiertelne żniwo. Aż wierzyć się nie chce, że miało to miejsce na terenie o stosunkowo niewysokich i niezbyt groźnie, na pierwszy rzut oka, wyglądających Karkonoszach. Coraz częściej mówi się w zimie o kolizjach na szlakach narciarskich. Nie są one tak brzemienne w skutkach, jak np. zderzenia dwóch rozpędzonych samochodów – ale warto o nich wspomnieć. Obok zaś indywidualnych tragicznych wydarzeń zdarzają się katastrofy, dla których Austriacy przyjęli następujące określenia: małe – do 5 osób; średnie – 5-16; duże – powyżej 16 ofiar.

Żadna natomiast ze znanych w Polsce lawin nie pochłonęła tylu ofiar – bo aż dziewiętnaście – co lawina w Białym Jarze w Karkonoszach.

W dniu 20 marca 1968 r. w połowie odległości między Kotłem Małego Stawu a Kotłem Łomniczki obsunęło się około 150.00 m³ śniegu, a owa tragedia rozegrała się w ciągu jednej minuty. Istotnie, marzec 1968 r. był wyjątkowo bogaty w opady śnieżne. Obok grubej warstwy już zalegającego śniegu, narastała świeża warstwa puszystych opadów. Wszystko to ulegało, jak podają znawcy, podtopieniu wskutek działania promieni słonecznych. Prawdopodobnie to zachwianie równowagi obu warstw śniegu spowodowało zejście lawiny 20 marca 1968 roku, która zabiła 19 uczestników tragicznej wycieczki, uratowało się tylko 5 osób. Lawina była bardzo wysoka, dochodziła do 15 metrów, a ciężar jej szacowano na 70.000 ton. W całym regionie oddano do dyspozycji cały dostępny sprzęt, tysiące ludzi pracowało przy świetle reflektorów, lecz szanse uratowania były znikome.

Poniżej dojścia do Śnieżki, w drodze do Kotła Łomniczki, jest założony symboliczny cmentarzyk ofiar gór. Szczególnie jest on odwiedzany 10 sierpnia po Mszy Świętej w dniu odpustu na Śnieżce z okazji uroczystości ku czci św. Wawrzyńca. Jest on szczególnym patronem przewodników i ratowników górskich, którzy nie tak rzadko składają w ofierze swe życie, niosąc pomoc i ratując innych od śmierci. Owe tragedie ludzkie w Karkonoszach, którym towarzyszyli ludzie niosący pomoc –

w tym również lekarską – to też jakaś karta z historii medycyny katastrof których nie brakowało w żadnym okresie historii.

Na zakończenie warto też wspomnieć o polskich tradycjach Cieplic Zdroju. Na kuracji w Cieplicach przebywała w roku 1687 królowa Maria Kazimiera Sobieska (Marysienka) ze swym dworem. Wydarzenie to uczczono nazywając jej imieniem ulicę.

Do dziś zachował się w dość dobrym stanie – obok bocznego wejścia do łazienek – cokół i pomnik poświęcony św. Janowi Nepomucenowi, który fundował „Comes Gurowski – gente Polonus” (1758).

Często bywały tu znakomite osobistości, jak Hugo Kołłątaj, nie tylko dla podratowania zdrowia, ale też dla przygotowania się czy wręcz kontynuowania wzmożonej działalności politycznej.

Księżna Izabella z Flemingów Czartoryska przebywała w Cieplicach w 1816 r., opisując swój pobyt w pamiętniku w języku francuskim, udostępnionym w całości w tłumaczeniu polskim. Wyjeżdżając w lecie, gdzie nie brakuje deszczów, warto się zaopatrzyć w tą interesującą lekturę, którą czyta się inaczej na miejscu wydarzeń (Izabela Czartoryska, *Dyliżansem przez Śląsk – Dziennik podróży do Cieplic w roku 1816*, Wrocław 1968. s. 146).

Spotkanie w Cieplicach światowej sławy czeskiego fizjologa, profesora Uniwersytetu we Wrocławiu Jana Ewangelisty Purkyniego (1787-1869) z polskimi poetami – Wincentym Polem i Kornelem Ujejskim – jest przykładem połączenia wypoczynku ze spotkaniami patriotycznymi w oprawie uroczej sierpniowej scenerii Karikonoszy. W Parku Zdrojowym w Cieplicach, niedaleko Pawilonu Norweskiego (muzeum) pod rozłożystą wierzbą stoi duży głaz upamiętniający spotkanie Purkyniego ze wspomnianymi polskimi poetami.

Dzieje Cieplic, jak i innych uzdrowisk dolnośląskich, są związane również z działalnością polskich lekarzy, którzy za panowania pruskiego, na miarę swych możliwości, wnosili swój wkład w rozwój balneologii.

Okres wakacyjny to nie tylko czas urlopów, zwiedzania, ale też pogłębionej refleksji nad korzeniami i dziejami własnego zawodu. Może któryś z tych wątków okaże się przydatny i przypomni, że na przestrzeni długich, burzliwych dziejów tej części Śląska, medycyna i związek z nią stale towarzyszyły zarówno mieszkańcom, jak i gościom odwiedzającym te tereny, nie tylko w zdrowiu i chorobie, ale często i w nieszczęściach.

Z XIII Światowego Dnia Chorego (garść informacji i refleksji)

(„Gazeta Uczelniana” AM Wrocław 2005)

Również w tym roku tradycyjne już obchody XIII Światowego Dnia Chorego wyprzedziły orędzie Jana Pawła II oraz homilię ks. Józefa Jakimczaka, krajowego duszpasterza Służby Zdrowia, wygłoszoną na Mszy św., nadanej przez radio 6 lutego (niedziela) z Bazyliki Św. Krzyża w Warszawie.

Centralne uroczystości w tym roku miały miejsce w Sanktuarium Maryi Królowej Apostołów w Jaunde w Kamerunie. W związku z tym całe niemal orędzie Papieskie jest poświęcone Afryce i jej priorytetowym problemom. W orędziu m.in. czytamy: „Afryka to kontynent, gdzie niezliczone ludzkie istoty – mężczyźni i kobiety, dzieci i młodzi – leżą jakby porzuceni przy drodze, chore, poranione, bezsilne, odepchnięte i opuszczone. Ludzie ci pilnie potrzebują dobrych Samarytan, którzy pospieszą im z pomocą...”. Papież przypomina, że wiele chorób wyniszcza ten kontynent, szczególnie zaś plaga AIDS, choroba, która sieje cierpienie i śmierć w wielu regionach Afryki. Do tragedii Afryki można zaliczyć też handel bronią, który podsyca wojny i konflikty na tym kontynencie. Podniósł też, że uwaga jaką kościół poświęca problemowi Afryki, nie wynika jedynie z filantropijnego współczucia dla potrzebującego człowieka, ale z pobudek miłości Chrystusowej, przejawiającej się w różnych formach pomocy, które podsuwa mu „wyobraźnia miłosierdzia”. Podniesione też zostało znaczenie duszpasterstwa służby zdrowia, niedocenianego w naszych czasach, cechujących się kulturą przesiąkniętą sekularyzmem. Przypomniał też o posłudze tysięcy katolickich instytucji służby zdrowia i ich nieraz heroicznej postawie w walce nie tylko z AIDS, ale z malarią i gruźlicą. Godne podkreślenia jest zwrócenie szczególnej uwagi na ratowanie życia ludzkiego oraz na konsekwencje nieodpowiedzialnych zachowań seksualnych. W czasie choroby jawi się potrzeba udzielenia właściwych odpowiedzi na ostateczne pytania dotyczące życia człowieka, pytania o sens bólu, cierpienia i śmierci, pojmowanej nie tylko jako zagadka, którą trudno jest rozwiązać, ale jako tajemnica, w której Chrystus przyjmuje do siebie nasze życie, otwierając je na nowe i ostateczne narodziny do życia, które nigdy nie będzie miało kresu.

Pełne realizmu były słowa krajowego duszpasterza służby zdrowia ks. Józefa

Jakimczaka we wspomnianej już audycji w programie i polskiego radia w niedzielę poprzedzającą Światowy Dzień Chorego. Obok pogłębienia zawsze aktualnego problemu cierpienia i bólu, podniósł też problemy o namacalnej aktualności na co dzień. Mianowicie mocno podkreślił, że wobec cierpienia innych nie możemy zachowywać się biernie, bowiem człowiek szczególnie cierpiący i stary nie powinien być nigdy ciężarem dla rodziny i służby zdrowia. Trzeba zrezygnować z biernej postawy i umieć zaprotestować przeciw tendencjom, że gdy choroba jest ciężka, to pacjenta należy likwidować, czy też wymuszać na nim zgodę na dobrowolne samobójstwo. Jest to wdzięczne pole do działania nie tylko dla służby zdrowia, ale też i rodziny – to pewna sztuka być wiernym również w cierpieniu i niepowodzeniu. Jeśli bowiem u pracowników dodamy do troski o zarobki również zmęczenie psychiczne, często zranione niepowodzeniem, to może dojść do odejścia z zawodu., a przecież ma już miejsce ucieczka za granicę za pracą.

Jest to zadanie dla wszystkich, gdyż nie możemy biernie przyglądać się, gdy nie tylko chorzy, ale i pracownicy cierpią fizycznie i psychicznie, biernie przyglądać się błędnym decyzjom osób i organów administracji. Problem wychodzi poza służbę zdrowia, podobno jak dawno już zaakceptowany uniwersalny, powiedzielibyśmy już, globalny, wielokrotnie podnoszony przykład Miłosiernego Samarytanina.

Z pewnością pod tym życzeniem i modlitwą Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia, aby lekarze, pielęgniarki, położne, kapelani, wolontariusze z powołaniem wykonując swą misję, cieszyli się szacunkiem i miłością, a komornicy nie zajmowali im poborów – podpisać się może każdy człowiek dobrej woli.

W dniu 11 lutego br. „Słowo Polskie – Gazeta Wrocławska” (s. 18) w art. *Dziś Światowy Dzień Chorego – Pacjencie broń się sam* opublikowało treść rozmowy przeprowadzonej z drem Ryszardem Frankowiczem, prezesem Stowarzyszenia Obrony Praw Pacjenta. W udzielonym wywiadzie czytamy: „To co najbardziej dolega naszej służbie zdrowia – wbrew powszechnej opinii – wcale nie są to błędy w sztuce lekarskiej. Według naszych statystyk największym problemem jest niedbalstwo i związany z nim stan sanitarny szpitali”. Przyniesione są przypadki, w których niewłaściwie zdiagnozowano i leczono. Konkluduje „Za piniacza się nie uważam. bo stowarzyszenie angażuję tylko w uzasadnionych sytuacjach. Przysięgi Hipokratesa nie składałem na wierność środowisku, ale pacjentowi. Dla mnie jego dobro jest ogromne.”

W następnym dniu 12 lutego br. w numerze z soboty i niedzieli 12,13.II.2005 r.

(s. 12) ukazał się jedynie artykuł *W sercu nadzieja* na temat przeszczepów serca. W „Trybunie” z weekendu 12-13.II.2005 r. nie znalazłem żadnej wzmianki o przebiegu dnia Chorego. Skąpe wzmianki podała telewizja. Tyle *relata refero*.

Niewątpliwie tegoroczne obchody XIII Światowego Dnia Chorego były zdominowane przez chorobę Jana Pawła II, o której prasa wszelkich odcieni obszernie komunikowała, następnie przez obchodzony 20 stycznia 52. Światowy Dzień Trędotowych, a nade wszystko chyba przez unikanie relacji nad szczególnie wrażliwą materią społeczną, jaką obecnie stała się cała służba zdrowia.

Szkoda, że przy okazji XIII Światowego Dnia Służby Zdrowia, również w prasie różnych odcieni, ograniczono się do lakonicznych wzmianek, a czasem przemilczano tak potrzebną refleksję. Naprawa nie leży tylko w mnożeniu dobrych rad i pouczeń pod adresem tylko służby zdrowia.

Problem ze strony kościelnej został ujęty szerzej. Nasuwa się pytanie, czy milczenie i przemilczanie przy okazji Święta, już dziś o charakterze globalnym, świadczy, że bolesnych problemów nie ma. Czy milczeć powinni ci, których to nie dotyczy? A już starożytni podnosili *Qui tacet – consentire videatur* (*kto milczy przyznaje rację*). Temat otwarty, gdzie każdy może coś wniesić i z szacunkiem dla innych też przedstawić swe racje. Wszak jak mało kiedy grozi nam, że szpitale mogą zostać potraktowane jako przedsiębiorstwa i będą podlegały prawom rynku.

**Kolegium Karkonoskie
w Jeleniej Górze**

59888



001-059888-00-0