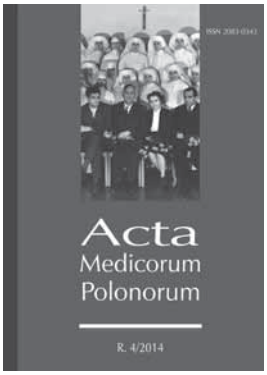
ISSN 2083-0343

Acta Medicorum Polonorum

R. 4/2014



Acta Medicorum Polonorum R. 4/2014

Czasopismo recenzowane o charakterze naukowym, poświęcone historii medycyny i jej społecznemu kontekstowi. Zgodnie z komunikatem MNiSW z 17 grudnia 2013 r., „AMP" znajduje się w wykazie B czasopism naukowych, a za publikację przyznawane są 3 pkt. „AMP" jest indeksowane w: Index Copernicus (5,02 pkt.), BazHum, CEJSH.

Patronat: Polskie Towarzystwo Lekarskie

Współpraca: Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

ISSN 2083-0343

REDAKTOR NACZELNY

dr hab. Anita Magowska
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KOMITET REDAKCYJNY

lek. Halina Bogusz
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr Sebastian Kliwicki
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr hab. Walentyna Korpalska
Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

dr Marcin Moskalewicz (sekretarz)
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr Joanna Nieznanowska
Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr Katarzyna Pękacka-Falkowska
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr Agnieszka Raubo (redaktor językowy)
Zakład Literatury Staropolskiej i Oświecenia, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

RADA NAUKOWA

dr hab. Fritz Dross
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Niemcy

prof. dr hab. Marek Dutkiewicz
Instytut Historii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

prof. dr hab. Andrzej Kierzek
Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr Krzysztof Kordel
Katedra Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. Krzysztof Mikulski
Instytut Historii i Archiwistyki, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr Pilar León Sanz
Department of Biomedical Humanities, Universidad de Navarra, Hiszpania

prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski
Polskie Towarzystwo Lekarskie, Warszawa

dr Tadeusz Zajączkowski, Mülheim, Niemcy

Adres Redakcji
Acta Medicorum Polonorum
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
ul. Przybyszewskiego 37A, 60-356 Poznań
tel. 61 8547241/2; fax 61 8547242
actamedicorumpolonorum@gmail.com
www.actamedicorum.ump.edu.pl

Kontekst Wydawnictwo

Wydawnictwo Kontekst
www.wkn.com.pl
kontekst2@o2.pl

Okładka: Dr Józef Granatowicz z personelem medycznym poznańskiego Szpitala Elżbietanek (około 1948 r.)

Spis treści

Artykuły

Dominik Kubicki: Dylemat zawężanej specjalizacji dyscyplin nauki: na ile dogłębnie historyk medycyny (europejskiej) powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu dziejów Zachodu i jego kultury cywilizacyjnej 5

Joao Rui Pita, Ana Leonor Pereira, Victoria Bell: Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession 29

Zenon Andrzejewski: Szpital Żydowski w Przemyślu (1595-1944) 53

Anita Magowska, Halina Bogusz: Z dziejów Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu i jego właścicielek 63

Maria Ciesielska: Dr Zofia Garlicka (1874-1942) – lekarz ginekolog, przewodnicząca Zrzeszenia Lekarek Polskich, więźniarka Pawiaka i obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau (1874-1942) 79

Piotr Ernst: Hieronim (1887-1965) i Adam Szantruczek (1927-1995) – zasłużeni dla międzyrzeckiego lecznictwa 92

Marta Jokiel, Leszek Romanowski: Człowiek w przestrzeni – historia propriocepcji ... 100

Anna Bodnar: Rys historyczny teorii umysłu w chorobie afektywnej dwubiegunowej 109

Karolina Kulińska: Historia badań genetycznych nad stożkiem rogówki (keratoconus) 119

Źródła i materiały

Anita Magowska, Kacper Nijakowski, Zuzanna Kozłowska, Zuzanna Lewandowska, Zofia Orzechowska, Agnieszka Wysocka: Józef Apolinary Rolle (1829-1894) – między psychiatrią a humanistyką 127

Listy do Józefa A. Rolle (wybór) 139

Joanna Lusek: Lekarze i personel pomocniczy Szpitala Śląskiego w Cieszynie w zbiorze fotografii Karola Skałki 156

Anna Mikulska: Wojna i medycyna w oparciu o zbiory i badania naukowe Fundacji Generał Elżbiety Zawackiej 172

Grzegorz Kubacki: Szkic z historii aptekarstwa w Grodzisku Wielkopolskim do 1939 roku 185

Recenzje i noty

Owoc i ofiara. O książce Jerzego Szczepańskiego *Działalność społeczna rodziny Gałęzowskich na emigracji polskiej we Francji na przełomie XIX i XX wieku* (Stanisław Jakóbczyk) 191

Wanda Półtawska, *Jeden pokój. Rozmowy na podstawie filmu Pawła Zastrzeńskiego Jeden pokój* (KP-F) 202

Zbigniew Kledecki, *Fragmenty życia* (Henryk Gaertner) 204

Zasłużeni dla medycyny. Redakcja: Janusz H. Skalski i Ryszard W. Gryglewski (Henryk Gaertner) 206

Antoni Sukiennicki, *Ostrowskie szpitale wojskowe XX wieku*. Seria: *Historie Ostrowskie*, red. W. Grabowski (AM) 207

Kronika

Ewa Podogrocka: Wielkie nieznane Polki – „nieodrobione lekcje" 209

Nagroda im. Prof. Tadeusza Brzezińskiego 212

Stowarzyszenie Szpitala Ujazdowskiego 213

ARTYKUŁY

Dylemat zawężanej specjalizacji dyscyplin nauki: na ile dogłębnie historyk medycyny powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu dziejów Zachodu i jego kultury?

Na przykładzie publikacji Michaliny Brody „Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach XIV-XV wieku" (Kraków 2013)

Dillemma of the narrowed specialization of science: How deeply should a historian of medicine go into the history of the West and Western culture?

The case of the book "Physicians in the State of the Order of Teutonic Knights in Prussia of the fourteenth and fifteenth century" by Michalina Broda (Cracow 2013)

Dominik Kubicki[1]

Poznań

Streszczenie: Na przykładzie publikacji Michaliny Brody „Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach XIV-XV wieku" (2013) autor artykułu podnosi, coraz bardziej stającą się złożoną, kwestię współcześnie uprawianej nauki. W dyscyplinie historii medycyny europejskiej stanowi ona badawczy dylemat: na ile dogłębnie badacz historii medycyny powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu procesu dziejowego i dziejów Zachodu, a nawet dziejów powszechnych, aby sprawić badawczą „czytelność" prezentowanych przez siebie rezultatów badawczych [nowych, bardziej szczegółowych treści], reprezentowanej przez siebie nauki szczegółowej. W przedmiocie rozważań rozchodzi się o dogłębność i szerokość kreślenia historycznego tła mediewalnej Christianitas, a na jej tle i zarazem w odniesieniu do królestwa polskiego realiów państwa zakonu krzyżackiego, aby bardziej zrozumiałe stały się nowo prezentowane treści archiwalne, dotyczące działalności medyków w państwie krzyżackim w Prusach wraz z ówczesnym zakresem ich kompetencji medycznych.

Abstract: Basing on the example of the publication of Michalina Brody "Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach XIV-XV wieku" (2013), the author of the article raises a recently increasingly complex issue in humanities. He does it in relation to the history of medicine, putting the problem: how deeply a researcher of medicine history should reach the state of knowledge of the process of history and the history of the West, and even world history, to achieve the "readability" of presented research results [of new, more specific content], in the discipline he represents. The considerations of the issue

[1] Ks. prof. UAM dr hab., Instytut Wschodni [Wydział Historyczny] UAM w Poznaniu.

take the form of both the depth and width of the plot of the historical background of the medieval *Christianitas* (Christendom), and on it and in relation to the kingdom of Polish presents the state of the Teutonic Order to make a new primary literature more understandable, concerning the activities of physicians in the State of the Teutonic Order in Prussia.

Słowa kluczowe: historia medycyny, mediewalny uniwersytet europejski, medycyna w państwie zakonu krzyżackiego, interdyscyplinarność nauki

Key words: history of medicine, Order of Teutonic Knights in Prussia, interdisciplinarity of knowledge

Uczeni średniowieczni czytali wzajemnie swe teksty – zapoznawali się z ich treścią zanim przybrały materialną postać „publikacji", w której nie sposób już było cokolwiek zmienić w zredagowanej (a po wynalezieniu druku ok. 1450 r. – wydrukowanej) treści. Wertując karty tychże ksiąg – średniowiecznych manuskryptów (*resp.* rękopisów) – odnajdujemy czynione na ich marginesach *zanotowania*, „dopowiedzenia", krytyczne spostrzeżenia i uwagi, nieraz bardzo cenne. Współcześnie zdajemy się mieć inne przyzwyczajenia w stosunku do publikowanych rezultatów naszych badawczych przemyśleń, w jakimś sensie stosujemy odmienną „metodologię". Nie wertujemy tych samych egzemplarzy, jak to czynili mistrzowie uniwersyteccy z czasów łacińskiej Europy bez intelektualnych granic i ograniczeń specjalizacji naukowej. Nie zapoznajemy się z zapiskami, niekiedy wykazującymi moc inspiracji do bardziej dogłębnych badań, które wielu badaczy kreśli (*resp.* czyni) na marginesach książek ze swych podręcznych zbiorów bibliotecznych. Każdy bowiem korzysta ze swego prywatnego egzemplarza, do którego nie mamy żadnego wglądu.

Zatem wydawałoby się, iż nie posiadamy żadnej możności zapoznania się z refleksją innych badaczy, dotyczącą treści określonych publikacji. Tymczasem takąż rolę zdają się współcześnie pełnić recenzje publikacji naukowych. Być może dla licznego grona badaczy wydają się pozostawać marginalną sprawą – niekiedy niewartą, jak sądzą, intelektualnego wysiłku zapoznawania się z treścią nowej publikacji, jaka pojawia się na rynku księgarskim i zarazem – w obiegu naukowym.

Ale problem współczesnej interdyscyplinarności wiedzy – i to znacznie dogłębniejszej niż oświeceniowa encyklopedyczność francuska, wiedzy, w obrębie której uprawiamy naukę wciąż taką samą, pomimo różnych specjalizacji w dyscyplinach – wydaje się o wiele bardziej złożony niż to sobie wyobrażamy, pozostając zadowoleni z „wyławiania" jakiegoś nowego, drobnego *szczegółu* w olbrzymich zasobach wiedzy o rzeczywistości (w sensie *physis* Jończyków) i, osobno, z dziejów przeszłości społeczności i społeczeństw (w sensie *oikoumene*)[2]. Ostatecznie zagadnienie sprowadza się do następującej – i to wysoce złożonej – kwestii: w jakim stopniu historyk medycyny [europejskiej] powinien czerpać z dotychczasowej wiedzy o dziejach Zachodu i jego

[2] W wyrażeniu przywołujemy [człowiecze] *oikoumene* (gr. – „zamieszkujący"), wyróżnione i rozróżnione od wszystkiego „pozostałego" w *physis* (gr. – „przyroda", „natura") przez starożytnych Hellenów. Należy pamiętać, że taką nazwę sami sobie nadali, poczynając [przynajmniej] od pierwszego tysiąclecia przed Chrystusem; termin „Grecy" wywodzi się od łacińskiego *Graeci*.

kultury cywilizacyjnej, aby na jej tle uwyraźniać nieznane dotychczas konkrety rzeczywistości bądź nie uchwycone dotychczas fakty jako nowe przyczynki badawcze. Inaczej: na ile dogłębnie badacz historii medycyny powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu procesu dziejowego i dziejów Zachodu, aby sprawić badawczą „czytelność" prezentowanych przez siebie rezultatów badawczych, reprezentowanej przez siebie dyscypliny.

Pozwolimy sobie przywołać jedno współczesne zdarzenie. Na recenzentów pewnej pracy naukowej z zakresu metalurgii w średniowieczu wybrano specjalistę od metali z uczelni techniczno-technologicznej w nadziei, że profesjonalnie zdoła ocenić wątki, dotyczące metalurgii jako takiej, oraz historyka o specjalizacji z zakresu średniowiecza – tego zaś z oczekiwaniami, że wypowie się o poprawności nakreślenia średniowiecznego kontekstu kulturowego, w którym ukazywana była problematyka ówczesnej metalurgii. Niestety, wbrew oczekiwaniom, zarówno jeden, jak i drugi recenzent nie zwrócili uwagi na problematykę, w której pozostawali specjalistami, lecz zachwycili się tym, co dla nich okazywało się nowe w przedłożonej do recenzji pracy naukowej. Historyk zainteresował się szczegółem metalurgicznym, zaś wybitny znawca metalurgii – wątkami historycznego kontekstu.

Interdyscyplinarność wiedzy-nauki a uczoność badacza w jego bezinteresownym wysiłku poszukiwania prawdy (ostatecznych przyczyn *physis*, ostatecznego osadzania się *Rzeczywistości*) jest więc istotnym problemem uprawianej współcześnie nauki. I stan jego rozstrzygnięcia możemy uchwycić, bądź krytycznie zbadać, w sposobie prezentowania współczesnym społeczeństwom Zachodu rezultatów tychże interdyscyplinarnych badań. Bowiem, konsekwentnie, w obieranym sposobie „pisania" i konstruowania publikacji naukowych lub popularyzujących wiedzę w poszczególnych dyscyplinach odwzorowuje się – powiedzielibyśmy – aktualna koncepcja interdyscyplinarności. W wymiarze poniższej refleksji kwestia przekłada się na pytanie o zakres imperatywu tkwienia historii medycyny europejskiej (jako skonkretyzowanym odniesieniu poniższych rozważań) w dziejach powszechnych i zachodnioeuropejskich.

Prezentację rozważań w powyższej badawczej kwestii postanowiliśmy zrealizować w dwóch etapach (*resp*. punktach). W pierwszej części niniejszych rozważań podjęliśmy refleksję, pierwotnie w postaci recenzji, prezentującą nowo wydaną publikację: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*[3]. Ze względu jednak na złożoność kwestii, która wynikła w trakcie jej redagowania [czyli na ile historyk medycyny powinien sięgać do aktualnego stanu wiedzy historycznej, do dziejów Zachodu europejskiego, aby związać problematykę medycyny z problematyką kultury społeczeństw i osadzenia w wykształconej cywilizacji, a na ile wolno mu wysublimowywać treści medyczne – i zarazem do jak daleko posuniętej granicy – z tychże dziejów cywilizacji łacińskiego Zachodu i w ogóle dziejów innych mateczników cywilizacji], zamyśliliśmy przekształcić pierwotnie zredagowaną recenzję w postać rozważań. Zawarły

[3] M. Broda, *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, Wydawnictwo: Universitas, Kraków 2013, ss. 226.

one w sumie i wyraziły pewną „porcję" uwag generalnych, odnoszących się do rozumienia dziejów i kultury średniowiecznej jako całej, niezbędnej, porządkującej i systematyzującej bazy osadzania się przedmiotowej treści publikacji, znacznie mniej na skutek powyższego koncentrując się na uwagach szczegółowych, źródłoznawczych. Konsekwentnie, w części drugiej podjęliśmy nakreślony powyżej problem – problem pełnej czytelności rzeczywistości *physis* i *oikoumene*, wynikający ze specjalizacji dyscyplin. Każda bowiem cząstkowa wiedza o przedmiocie badawczo opisywanym (zarówno z *physis*, jak i z *oikoumene*, osadzającym się w niej), koncentrująca się wyłącznie na szczegółach, faktycznie rozmija się z prawdą o tymże przedmiocie badawczym; nie ukazuje bowiem stosunku tegoż obranego przedmiotu badań do całości *physis* bądź człowieczego *oikoumene* i jego kultury, a przede wszystkim konkretnie uchwytnego jego miejsca w *physis* bądź *oikoumene*.

Dowolnie obierany badawczo przedmiot historii medycyny, medycyny jako kultury człowieczej, wydaje się zatem pozostawać deformowany, o ile równocześnie nie uwzględnia się jego miejsca (w uproszczeniu) w rzeczywistości i całości dziejów – w odniesieniu do szeroko rozumianej kultury społeczeństw, a prezentuje się go na cząstkowych fragmentach wiedzy o dziejach cywilizacji Zachodu i ich opisach, a zarazem dziejach przeszłości, historii poszczególnych społeczeństw europejskich – także jako podmiotów państwowych. Podejmiemy się więc rozważań dotyczących tego, na ile sięganie po całościową wiedzę stanowi imperatyw, aby inteligibilny osąd wartości i ważności oprócz kompletności tegoż wglądu w kulturę medyczną poszczególnych epok przeszłości ukazywał ją w realnej, obiektywnej i nie zniekształconej paradygmatem interdyscyplinarności postaci.

Spostrzeżenia i dopowiedzenia do publikacji: Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku

Niedawno opublikowana pozycja wydawnicza (*resp.* naukowa, popularno-naukowa, czytelnicza): Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku, wydana przez Wydawnictwo Universitas, wykazuje wiele walorów i wartości poznawczych. Najbardziej podstawowym pozostaje odsłanianie nieznanych stron średniowiecza – oczywiście, w obranej części przedmiotowej, czyli w zakresie praktyki lekarskiej w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach i w zakresie czasu: stuleci XIV i XV. Niestety, zdajemy się wciąż pozostawać, przynajmniej, jeśli chodzi o ogół społeczeństw Zachodu, i to bardziej europejskiego niż amerykańsko-kanadyjskiego bądź australijskiego[4] – skryci pod głęboką niewiedzą, dotyczącą średniowiecza. Zapoznany jest nie tylko fakt trudnego i znojnego moralnie, rozciągniętego na stulecia – i to z różnymi zwrotami – kształtowania się państwowości i wspólnot, zrzeszeń społecznych – zarówno świata germańskiego, jak i świata słowiańskiego, cierpliwej recepcji dziedzictwa łacińskiego kultury greckiej i rzymskiej, począwszy od frankijskiego Za-

[4] Rozumiemy je w sensie zależności [cywilizacyjnej i kulturowej] *mother-civilization* (Zachód europejski) i *child-civilization* (Zachód zaatlantycki i australijski).

chodu. Nieznany jest także przede wszystkim konkretny szczegół z tychże dziejów. Współczesny stan wiedzy pozwala się nam jedynie domyślać na podstawie licznych, bardziej dogłębnych eksploracji badawczych w źródłach piśmienniczych, a także faktów-dowodów archeologicznych, że zupełnie niepodobna ideologicznej propagandzie europejskiej nowożytności była rzeczywistość stuleci pomiędzy stuleciami V a XV ery chrześcijańskiej. Można wyrazić jedynie zdumienie pretensją współczesnych do stanowienia tzw. społeczeństw wiedzy, kiedy nawet nie są w stanie przekształcić się ze społeczeństw konsumpcji w społeczeństwa ery informacyjnej.

Publikacja *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, zdaje się stanowić – oczywiście, jako jeden z licznie pojawiających się – swoisty argument skutecznie kwestionujący pozostające w obiegu wyrażenie „ciemnego średniowiecza". Nie należy bowiem przekonywać, że rzetelny historycznie obraz wieków średnich, istotnie ważnego etapu recepcji kultury łacińskiej w renesansie karolińskim aż po ten najbardziej doniosły renesans stuleci XII i XIII, wykształcający fundament cywilizacji [łacińskiego] Zachodu, jest w zasadzie dobrze znany historykom-mediewistom. Współcześnie – z pomocą metody historyczno-krytycznej – mamy coraz bardziej dogłębny wgląd w ten najbardziej niezwykły i decydujący okres-etap historii w niepowtarzalnych dziejach Zachodu. Oczywiście, liczne są przyczyny schyłku mediewalnej Christianitas. Właśnie w niej, w zakresie czasu sytuuje się rozważany przedmiot publikacji: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*. Należy jednak pamiętać o czasowym przesunięciu tej schyłkowości w odniesieniu do społeczności i państw uprzedniejszego [wyraziście się zarysowującego w swej tożsamości] świata słowiańskiego i pogańskiej północy, a więc do ówczesnego państwa polskiego i państwa zakonu krzyżackiego. Jest to najpewniej okres świetności tychże społeczeństw (wraz z ich ograniczeniami), która zostanie przekreślona wskutek „zeświecczenia" państwa krzyżackiego, stałego się pierwszym państwem świeckim w wymiarze ówczesnej Europy Renesansu i Humanizmu.

Ale przy takim spojrzeniu na zakres czasowy treści badawczej: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, pojawia się bliżej nieokreślony niedosyt. I nie sposób rozpoznać jego charakteru. Być może badawczo słuszniejsze byłoby nakreślenie tejże szerokiej perspektywy: średniowiecza Zachodu przedfrankijskiego i frankijskiego oraz mediewalnej Christianitas – z uwzględnieniem różnic, jakie w biegu dziejów wystąpiły w odniesieniu do ówczesnych obrzeży *Republicae Christiana*. Taki niedosyt powoduje zatytułowanie rozdziałów: *Tło* (rozdział I), *Kim byli?* (rozdział II), *Skąd pochodzili* (rozdział III), *Czym się zajmowali?* (rozdział IV), gdyż odnosi się wrażenie, powodowane sposobem zatytułowania poszczególnych części rozważań, iż publikacja przede wszystkim i pierwszorzędnie jest skierowana do anonimowego czytelnika współczesności. Konsekwentnie zatem, wobec tego, co podnieśliśmy powyżej w kwestii średniowiecza, a w nim schyłku mediewalnej Christianitas, wielce pożytecznym w przełamywaniu obrazu ciemnego średniowiecza – europejskiego i także polsko-pruskiego (w uproszczeniu) – byłoby zarysowanie szkicowego bądź nawet sumarycznie potraktowanego [wątku] kontekstu historycznego: tła lokalnego państwa zakonu krzyżackiego i państwa polskiego oraz ogólnych zarysów kultury średniowiecznej (mediewalnej) umiejscowienia w czasie – perspektywie dziejów łacińskiego

Zachodu i wykształcanej w jego mateczniku zachodnioeuropejskim kultury: także kultury medycznej, osadzonej w strukturze Uniwersytetu jako niepowtarzalnego w odniesieniu do wszystkich pozostałych mateczników cywilizacyjnych ziemskiego Globu, zinstytucjonalizowanego poszukiwania prawdy (dotyczącej *physis*: „natura", „przyroda").

Jednocześnie należałoby usprawiedliwić podjętą decyzję, dotyczącą redakcji wyników badawczych omawianej pracy. Pozostaje poza wszelką wątpliwością, jakoby znający się na przedmiocie swych naukowych zainteresowań historyk-mediewista potrzebował jakiegokolwiek ogólnego nakreślenia tła epoki pomiędzy starożytnością a europejską nowożytnością. Bezsprzecznie posiada wystarczającą metodologiczną wiedzę o zróżnicowanych jakością kultury dziesięciu stuleciach w dziejach Zachodu. Zresztą, nie sposób również nic zarzucić w kwestii przedmiotu badawczego, obranej problematyki i zakresu refleksji; zostały one przecież ściśle określone: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*. Lecz szerszy problem to: jak daleko nauki szczegółowe mogą, bądź mają, się posunąć w swej specjalizacji, co już sygnowaliśmy i co podejmiemy w sposób konkluzyjny w zakończeniu rozważań. Wraz z nim pojawia się zagadnienie sensu ukazywania szerszego tła. Jest to dylemat epoki poheglowej, nie wiemy, gdzie mamy się sytuować, skoro Prawda *absolutna* ukaże się dopiero wraz z końcem Rzeczywistości[5].

W nawiązaniu do tytułów rozdziałów chcielibyśmy uczynić drobną uwagę, dotyczącą użytego w jednym z podrozdziałów pierwszego rozdziału wyrażenia: Europa Środkowo-Wschodnia. Znana jest proweniencja tego sformułowania i czas, od którego jest stosowany w publikacjach naukowych. Wiemy, iż termin, jak i pojęcie „Europa Środkowo-Wschodnia" pozostają w jakimś sensie umowne. Powstały z potrzeby określenia obszaru i krajów wraz z ich społecznościami, których przynależności nie sposób było zakwalifikować ani do Wschodu, ani do Zachodu. Wykazywały głęboko osadzającą się różność zarówno od Zachodu, jak i od Wschodu – można by dopowiedzieć, tym bardziej od Wschodu. Należy przypomnieć, że określenie „Europa Środkowo-Wschodnia" (zwracamy tutaj uwagę na różną pisownię: jeszcze przed dekadą stosowaliśmy: Europa Środkowo-Wschodnia, a obecnie obowiązuje: Europa Środkowowschodnia) stosowano w podwójnym sensie: bądź w odniesieniu do całego obszaru rozciągającego się pomiędzy Bałtykiem, Adriatykiem, Morzem Egejskim i Morzem Czarnym, czyli sąsiadującego z krajami etnicznie niemieckimi i etnicznie rosyjskimi, państwa moskiewskiego (w uproszczeniu), bądź też wyłącznie w odniesieniu do Polski, Czechosłowacji i Węgier. Powyższe rozróżnienie wzbogaci przypomnienie innego podziału, bardziej odległego, bowiem podział na Wschód i Zachód nie istniał przez liczne stulecia europejskiej cywilizacyjności. W starożytności dominował wyłącznie kontrast pomiędzy cywilizacją śródziemnomorskiego Południa a barbarzyństwem

[5] Oczywiście, mamy świadomość, że istnienie takiejże epoki, czyli poheglowej, jest bez znaczenia poza filozofią. Ale podnosimy fakt mając na uwadze, że kształtując wydarzenia składające się na dzieje działamy według określonego poznania – jako człowiecze podmioty i jako zbiorowy podmiot społeczeństwa. A każdy fałsz w poznaniu jest złem w działaniu; błąd poznawczy prowadzi w konsekwencji do działań bezcelowych i moralnie nikczemnych.

Północy. W epoce średniowiecza nie postrzegano, ani też nie myślano w kategoriach rozróżnienia Wschód i Zachód – pomimo istnienia cesarstwa rzymskiego: wschodniego i zachodniego (Bizancjum i Zachodu frankijskiego – łacińskiej Christianitas). Rzeczony podział uwyraźnił się dopiero w stuleciu XIX, kiedy w Rosji [carskiej] toczyły się spory między słowianofilami a okcydentalistami („zapatrzonymi" w cywilizacyjność Zachodu), ale określonymi z perspektywy [idei] Trzeciego Rzymu: *zapadnikami* („zwolennikami" Zachodu). Dopowiedzmy – dla zrozumienia obecnej współczesności kwestia domaga się z pewnością nowych ustaleń i bardziej dogłębnych badań: na ile badawczo wychwycony „wrodzony dualizm umysłowości rosyjskiej, który jest «w najwyższym stopniu spolaryzowany» i stanowi mieszaninę wewnętrznych sprzeczności"[6], pozostaje nieprzezwyciężalną skłonnością w niemożności myślenia i postrzegania rzeczywistości w kategoriach kultury europejskiej (w sensie greckiego *theoría*, *ius romanum* i chrześcijańskiego personalizmu)[7].

Wcześniejsza tożsamość, uchwytna przede wszystkim w rozróżnieniu świata germańskiego i świata słowiańskiego (co poniżej uwydatnimy), rozróżnieniu jeszcze wyrazistym w XV stuleciu, została do reszty zatarta i wręcz obrócona w proch [na naszych oczach] podziałem Europy pojałtańskiej. Od 1944 roku nazwa Europa Wschodnia wraz z jej bogactwem kulturowości skarłowaciała i wręcz została unicestwiona w określeniu *Blok wschodni* (pisane również: blok wschodni), współcześnie stając się rozrywaną pomiędzy konsumpcyjnym Zachodem, jako rynek zbytu i społeczeństwa obrzeża, z których można swobodnie czerpać zasoby ludzkie, a Wschodem [władztwa moskiewskiego] jako nieprzebrane nagromadzenie ludzi bezwolnych, z których nienasycone dążenie pocarskiego „samodzierżawia" do podbijania sąsiadów „wysysa" wszystkie żywotne siły z przyłączonych do władztwa zamieszkujących je społeczności.

Podajmy wreszcie imię badacza i historyka, który jako pierwszy podniósł kwestię Europy Środkowo-Wschodniej, proponując w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych

---

[6] O. Halecki. N. Berdyaev, „The Russian Idea*", The Catholic World*. A Monthly Magazine of General Literature and Science, 1957, s. 565-566.

[7] Pozwolimy sobie dopowiedzieć w sprawie ukształtowania cywilizacyjnego osadzenia Zachodu europejskiego w mediewalnej Christianitas – właśnie renesansu XIII stulecia. Zazwyczaj rozpoznaje się, że cywilizację łacińskiego Zachodu charakteryzują trzy podstawowe cechy: grecki stosunek do czystej formy (uwidaczniającej się w nauce i sztuce), rzymski stosunek do zagadnień społecznych (*ius romanum*) oraz oparte na transcendencji odniesienie człowieczego podmiotu do Trójjedynego (Boga), naznaczające chrześcijański stosunek do zagadnień egzystencjalnych, a zwłaszcza spełniania się człowieczego indywiduum w jestestwie w odniesieniu do objawiającego się Słowa w stworzeniu wraz z jego ześrodkowaniem w dziejach ludzkości w *Wydarzeniu* Jezus-Chrystus. Podnosi się, że równoczesne osadzenie rozwoju cywilizacyjnego ludzkich wspólnot i społeczności frankijskiego Zachodu (w uproszczeniu) na tymże potrójnym fundamencie pozwoliło wykształcić duchowy kształt cywilizacji europejskiego Zachodu – współcześnie rozciągającej się od Wilna i Lwowa do San Francisco (i Melbourne). I chociaż cywilizacja Zachodu wznosi się na chrześcijaństwie i naukach ścisłych, głęboko wpuszczonych (*resp. osadzonych) w metafizyczny grunt rzeczywistości – z natury rzeczy niedostrzegalnych i zazwyczaj niezauważaln*ych w funkcjonowaniu europejskich społeczności, to jednak globalnie rozpoznawalna pozostaje przez demokrację (w sensie poszanowania osoby ludzkiej i jej praw obywatelskich, co stanowi jednocześnie o personalizmie cywilizacyjnym) i przez technologię (czyli technikę opartą na naukowym rozpoznawaniu praw przyrody – *physis* w sensie Arystotelesa).

XX stulecia historycznie umotywowany podział na cztery części: Europę Zachodnią, Środkowozachodnią, Środkowowschodnią i Wschodnią. Był nim polski historyk: Oskar Halecki (1891-1973). Wraz z Marcelim Handelsmanem utworzył w 1927 roku Federację Towarzystw Historycznych Europy Wschodniej, która stała się forum wymiany poglądów w problematyce chronologii dziejów regionu i jego miejsca w dziejach kontynentu.

Powróćmy do interesujących nas stuleci XIV-XV jako zakresu czasowego omawianej publikacji: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, okresu jakby cywilizacyjnej konfrontacji, jaka wydarzyła się w dziejach schyłku mediewalnej Christianitas pomiędzy światem Słowian i światem Germanów – światem teutońskim (w uproszczeniu) i zespolonym z nim światem frankijskim (romano-anglosaskim). Mamy bowiem na myśli konfrontację militarną – jedną z największych mediewalnej Europy [zjednoczonej], która wyraziła się zwycięską dla Polski bitwą pod Grunwaldem (1410) – starciem z jednej strony świata germańskiego (zachodnioeuropejskiego)[8], a z drugiej: słowiańskich *oikoumene*, złączonych w przewodnictwie Korony Polskiej i Wielkiego Księstwa Litewskiego. Zwycięska militarnie konfrontacja została następnie przeniesiona na ówczesny areopag europejski, jakim niewątpliwie był Sobór w Konstancji (1414-1418).

Należy podnieść, że ówczesne elity inteligencji europejskiej zostały wprawione w niemałe zdumienie, kiedy po raz pierwszy zapoznawały się z polskim prawem, któremu z kolei po raz pierwszy dana była sposobność pojawienia się na prawniczym forum Europy. Czyż nie okazały się wręcz rewolucyjnymi w ówczesnym czasie, pośrednio kwestionując zasadność ówczesnej formy ustroju europejskiego, kiedy w treści scholastycznego traktatu Pawła Włodkowica[9] (1370[?]-1436): *De potestate papae et imperatoris respectu infidelium*, przedłożone zostały dwie tezy: jedna, iż względem pogan obowiązują te same prawa, jak wobec chrześcijan, i druga, iż nie wolno narzucać wiary przemocą[10]? Kruszyły i wręcz obracały w proch i ruinę dotychczasową podstawę [prawną] cesarstwa[11], czyli średniowieczną teorię cesarstwa i zarazem związaną z nią rację bytu Zakonu. Nadto pośrednio czyniły bezwartościowymi dotychczasowe formy ustroju europejskiego. Sprawiały wreszcie najbardziej dotkliwą konsekwencję dla Zakonu – a sprawa dotyczy przecież wieku XV, objętego refleksją badawczą publikacji. Powodowały bowiem wyschnięcie dotychczasowych, ówczesnych źródeł, z których płynęły wsparcie i swoista opieka względem „Szpitalników" [z czarnym krzyżem na białym tle] ze strony całego świata pofrankijskiego Zachodu mediewalnej Christianitas. Rycerze,

---

[8] Należy pamiętać, że społeczność państwa polskiego i ono samo przynależały [jak nadal przynależy w czasie obecnym] do kultury łacińskiej, mediewalnej Christianitas.

[9] Paweł z Brudzenia [Paulus Vladimiri]; rektor Akademii Krakowskiej (1414–1415), prawnik i dyplomata; obrońca interesów Polski w sporach z Krzyżakami.

[10] Zob., m.in.: F. Koneczny, *Polskie Logos i Ethos*. Roztrząsanie o *znaczeniu i celu Polski*, Poznań 1921, t. II, s. 391. Na uwagę zasługuje zapoznany wkład w przedsięwzięcie wybitnego kanonisty, pierwszego rektora odnowionego uniwersytetu w Krakowie (1400-1410) – Stanisława ze Skarbimierza, który ok. 1410 roku podjął problematykę wojny niesprawiedliwej, dając filozoficzną odpowiedź na ówcześnie aktualną sytuację państw jagiellońskich. Uwydatniając naturalną człowieczą potrzebę życia w społeczeństwie (*resp.* organizmie społeczności) autor *De bellis iustis* uznał zbrojny podbój [krzyżacki] za naruszenie prawa naturalnego, przysługującego poganom – w konsekwencji, za wojnę niesprawiedliwą.

[11] Świętego Cesarstwa Narodu Niemieckiego.

jak i ówczesne establishmenty dworsko-polityczne stały się odtąd neutralne w dalszych starciach militarnych i wojnach krzyżacko-polskich. Pozostaje jeszcze jednak ważna kwestia konsekwencji tej tak zwanej „wielkiej wojny", czyli militarnej klęski Krzyżaków pod Grunwaldem i ich sprawy sporu z państwem polskim przez trybunałem Soboru w Konstancji. Nastąpiło oczywiście załamanie potęgi politycznej i gospodarczej zakonu, dalsze wojny z Polską (w latach 1414-1421 i 1431-1435) doprowadziły do zubożenia ludności państwa zakonnego i konfliktu z dynamicznie rozwijającymi się miastami (Gdańsk, Toruń, Elbląg), a ostatecznie także i konfliktu z rycerstwem, mającym wskutek tychże wszystkich okoliczności mniejsze uprawnienia od szlachty polskiej.

Wydaje się, że nie tyle można by ten ważny wątek przywołać i uwydatnić, ile należałoby to zrobić, gdyż bez takiej perspektywy niemal wszystko w kwestiach szczegółów (w uproszczeniu), dotyczących medycyny i działalności medyków na dworach wielkiego mistrza i króla polskiego itd., zdaje się pozostawać pozbawiona realnego osadzenia.

Powyższe wątki stanowiłyby wielce wzbogacającą narrację o państwie zakonu krzyżackiego, gdyby oczywiście zostały chociaż w części wprowadzone. Ale powtórzmy – poczyniliśmy niniejsze uwagi w związku z określeniem „Europa Środkowo-Wschodnia" zawartym w spisie treści książki *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*. I jest zrozumiałe badawczo, iż powyższe nie może stanowić najmniejszego zarzutu – od strony metodologicznej. Stanowi jedynie pewien niedosyt wiedzy, jaki można by przekazać czytelnikowi w badawczo określonym przedmiocie. Bowiem na tle tejże konfrontacji dwóch światów, z których do jednego przynależało państwo krzyżackie, można by dostrzec szerszą – powiedzmy – humanistyczną i cywilizacyjno-kulturową wiedzę o dziejach przeszłości europejskiej, która w sposób skondensowany i sumaryczny mogłaby być uwydatniona, jak w inteligibilnej soczewce.

Lecz to wszystko, co powyżej podnieśliśmy, stanowi jakby dopowiedzenie do uchwyconego przez nas na samym wstępie waloru publikacji. W sposób niekwestionowany wydaje się tu pozostawać przydawanie argumentu: niepostrzegania wieków średnich przez pryzmat „ciemnego okresu dziejów Europy", jak tego zapragnęli nowożytni oświeceni i co stało się po części udziałem dwudziestowiecznych uczestników społeczeństw wiedzy i społeczeństw konsumpcji.

Drugą, niezaprzeczalną wartością publikacji *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku* i zarazem potwierdzoną we fragmentach recenzji umieszczonych na ostatniej stronie okładce: prof. Tomasza Jasińskiego i prof. Antoniego Gąsiorowskiego, jest bogactwo dokumentacji naukowej, jakie Autorka poddała opracowaniu i systematyzacji. Rozdziały: trzeci (zatytułowany: „*Skąd pochodzili?*"), i czwarty („*Kim byli?*"), zostały nimi wypełnione. I, jak sugerują ich zatytułowania, pozyskane i zarazem wydobyte na światło dzienne fakty źródłowe pozwoliły poszerzyć wiedzę współczesnej historii medycyny o znajomość – bardziej lub mniej – konkretnych oraz poznanych z imienia i pochodzenia medyków. Jednakże „głód" poznawczy – przecież chodzi o trud poznania rzeczy niejawnych z natury wszystkich uprawiających naukę, rozumianą jako poszukiwanie prawdy – nie wydaje się nigdy nasycony i zapewne chcielibyśmy wiedzieć więcej. O ile w trudzie poznania *physis* jest

możliwe, a nawet imperatywnym pozostaje dążenie do bezinteresownego „oglądu rzeczywistości" i [nie wyczerpującej się, nienasyconej] kontemplacji (w sensie Arystotelesa) sięgającej ostatecznych przyczyn wszechświata (*resp*. świata) i człowieczych *oikoumene*, o tyle w trudzie naukowego poznania szczegółów z dziejów medycyny [europejskiej] czy medycyny w ogóle nie ma podobnego bezkresu w badawczych poszukiwaniach. Jej – w pewnym sensie „naturalne" – granice wyznaczone zostały bowiem przez zasobności zbiorów archiwalnych, a te zależne są od wielu uwarunkowań – zaś na samym końcu: wolą i możliwością czynienia bardziej szczegółowego zapisu przez funkcjonujących w społecznościach dziejowej przeszłości.

Zawsze chciałoby się wiedzieć dokładniej i więcej; pragnęłoby się mieć możliwości ułożenia pozyskanej wiedzy w sposób bardziej usystematyzowany, lecz w badaniach uzależnionych od zasobu źródeł archiwalnych staje się zawsze przed niemożnością określenia: czy to już wszystko i czy wiedza o dziejowej przeszłości wyczerpuje się na tymże zbiorze źródeł. Są to niekiedy trudne do rozstrzygnięcia dylematy badacza pracującego na źródłach archiwalnych. Posługujemy się wówczas literaturą przedmiotu – korzystamy ze stanu wiedzy, jaki pozostaje i jest udziałem innych badaczy. Wówczas, niestety, pojawia się dylemat i zarazem nowy problem badawczy, gdyż wpisanie pozyskanych przez nich zasobów źródeł archiwalnych, dotyczących medycyny itd., w ogólny dotychczasowy stan wiedzy medycznej i historycznej, dotyczącej społeczeństw i biegu dziejów kultury Zachodu – wiedzy, oczywiście, osadzonej na określonej perspektywie postrzegania tychże dziejów przeszłości przez każdą wspólnotę narodową (w sensie zbiorowości – nawet różnych etniczności, wykształcającą swe przyszłe pokolenia[12]) – może okazać się naznaczone [czystą] ideologicznością[13]. Taką ideologiczność zazwyczaj wykazują, niestety, opracowania niemieckojęzyczne, redagowane nadal z dziewiętnastowiecznej perspektywy udowodnienia niemieckiej (zwłaszcza – pruskiej) [jakoby] wyższości cywilizacyjnej wobec żywiołu słowiańskiego.

---

[12] Przypomnijmy na przykładzie państwa krzyżackiego w Prusach, Ziemi Chełmińskiej i na Pomorzu Gdańskim – sprowadzani z krajów niemieckich osadnicy [zasadniczo Szwabowie, Frankowie i Sasi] mieszali się z elementem słowiańskim (polskim) i bałtyckim. W następstwie pokoleń w ciągu wieków – w procesie germanizacji – tworzyli nowe wspólnoty, które w wieku XVIII stały się „Prusakami" – w sensie przynależności państwowej (por. S. Salmonowicz, *Prusy. Dzieje państwa i społeczeństwa*, Warszawa 2004, s. 30).

[13] Jako zobrazowanie owego powielania pewnej ideologiczności wskazujemy powoływanie się na obcą literaturą, zwłaszcza np.: K. P. Jankrift, *Krankheit und Heilkunde im Mittelalter*, Darmstad 2003 (por. s. 23, 25): „średniowieczna Europa Zachodnia" (Tamże, s. 41). Można by retorycznie zapytać, czyżby więc istniała średniowieczna Europa nie-zachodnia. Czy podchodziłoby pod nią Bizancjum? Itd. Gdzie zatem mieściłoby się państwo mieszkowe, Piastów i Jagiellonów? Znane są bowiem próby wykluczania Polski z zakresu pojęcia Europa zachodnia czy Zachód europejski i przypisywania jej innej przynależności, a przecież polska kultura, dziedzictwo Korony i dzieje państwa polskiego są dogłębnie naznaczone kulturą łacińską. Zatem, czy nie należało wprowadzić jednoznacznych określeń (chronologicznie): Zachód frankijski, mediewalna Christianitas i dopiero Europa (nowożytna)? Niewątpliwie zanadto ufne cytowanie pracy niemieckiego badacza medycyny w rzetelność jego oglądu rzeczywistości dziejowej nie pozwala zachować pożądanego krytycyzmu badawczego, a w konsekwencji uchronić obiektywność opisu od powielenia błędnych koncepcji, czyli – w tymże przypadku fragmentu publikacji: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku* – umniejszenia roli państwa polskiego, a tym samym – ideologizowania dziejów europejskich, ich deformowania. Ale ku umiejętności rozróżniania ideologizmów potrzebna jest rzetelna wiedza.

Czytelnik czuje zatem pewien niedosyt, że uzupełnianie wiadomości, jakie dotyczyły medyków i lekarzy stuleci XIV i XV, związanych z pruską częścią państwa krzyżackiego, nie zostało wsparte korektą tychże ideologiczności, wyartykułowanych powyżej; że cytując niemieckojęzyczne opracowania Autorka nie ustosunkowała się od razu i to krytycznie do przedstawianego i przedstawionego w nich obrazu dziejów przeszłości. Należało bowiem jedynie pozyskać ważne treści z zakresu wiedzy historii medycyny, usuwając ich ideologiczną otoczkę. Ideał bezinteresowności w poszukiwaniu prawdy wystarczająco wspomógłby i zarazem bezstronnie wyznaczyłby kryterium eliminowania owego ideologicznego naznaczenia treści tekstu czy w ogóle znamienia ideologicznego.

Rzeczą zrozumiałą pozostaje, iż każda z publikacji wykazuje pewne braki, niedostatki, uchybienia czy niedoskonałości: jeśli nie okazują się one metodologicznymi, to uchybiają niedoskonałością zastosowanych summariów, sformułowań itd. lub ujawniają się jako usterki redakcyjne bądź defekty konstrukcji – większe lub mniejsze w harmonii rozłożenia treści rozdziałów. Jest to zawsze ludzka niedoskonałość, która przezwyciężana jest jednak człowieczym dążeniem do nieustannego przekraczania granic stawania się – w perspektywie doskonałości moralnej, duchowej i kontemplatywnej itd., a także intelektualnej. Zatem konsekwentnie, wzgląd na badawczą rzetelność i bezinteresowność w nieustannym poszukiwania prawdy o *physis* rzeczywistości – w tym prawdy wydarzania się społeczeństw i spełnianiu się w nich człowieka w jego indywiduowym *jestestwie*, jakby wysupływanym ze świadectw materialnych i duchowych jako kulturowym wytworze tegoż ludzkiego spełniania się w dziejach – stanowi nieustanny twórczy imperatyw uprawiających naukę w nieustannym poszukiwaniu lepszych określeń, sformułowań, dogłębniejszego inteligibilnego uchwycenia wydarzeń przeszłości, sformułowania w coraz bardziej „bliskiej" prawdy postaci inteligibilnego opisu – jedynie w celu zrozumienia owej rzeczywistości człowieczego spełniania. Pamiętamy bowiem niezwykłość intelektualnego przedsięwzięcia starożytnych Hellenów, zwłaszcza Jończyków i Ateńczyków, w trudzie poznania rzeczy niejawnych z natury. Osadzony on został na bezinteresowności z wrodzonej człowiekowi potrzeby – tej samej, która zrodziła mowę i sztukę pojęciowego myślenia. Dlatego, nie rezerwując sobie wyłączności co do ostatecznej zasadności poczynionych uwag, pozwolimy sobie jednak wyrazić niektóre spostrzeżenia, dotyczące – naszym zdaniem – lepszych sformułowań, pełniejszego ujęcia niektórych kwestii itd.

Omówimy je kolejnymi rozdziałami, rozpoczynając od pierwszego.

W odniesieniu do rozdziału pierwszego wydaje się, że to, co pozwoliliśmy sobie podnieść w ogólnym omówieniu problemu postrzegania średniowiecza – wraz z odrębnością i specyfiką żywiołu polskiego – a szerzej Słowiańszczyzny: zazwyczaj dzielonej na *Slavia Latina* i *Slavia Orthodoxa*, charakteryzującej się synoptycznym [w sensie dającego się przyrównać i odnieść jedną część do drugiej] zróżnicowaniem w stosunku do świata germańskiego pofrankijskiego Zachodu – dostatecznie pozwoliłoby rozwiązać pewne nieporadności treści tekstu publikacji.

Mamy na myśli przede wszystkim kwestię uniwersytetu mediewalnego i zarazem europejskiego. Wydaje się, iż gdyby podjęta została ogólna kwestia wykształcenia się

uniwersytetu i ukazanie jego struktury, zbędne okazywałyby się liczne rozproszone uwagi Autorki: o rozkwicie życia intelektualnego, przypadającego na XII stulecie (s. 24), o powstawaniu – „dopiero w XII wieku w Europie" pierwszych uniwersytetów (s. 26), „studiach z zakresu logiki" (s. 28) itd. Nie została wyraźnie postawiona sprawa, iż w renesansie stuleci XII i XII uniwersytet stanowił i nadal stanowi niepowtarzalną europejską ideę: zinstytucjonalizowanego poszukiwania prawdy (w sensie starożytnych Hellenów) – inteligibilne przedsięwzięcie nie powtórzone w żadnym z mateczników cywilizacyjnych w dziejach ludzkich *oikoumene*.

Wiemy, iż główną przyczynę wykształcenia się Uniwersytetu [Paryskiego], będącego niedoścignionym ideałem i prototypem dla innych, nowo organizujących się uniwersytetów europejskich, stanowił pęd do korporacjonizmu, powodowany pojawieniem się nowych środowisk (mieszczaństwo), nowych struktur cywilizacyjnych i kulturowych. W odniesieniu do Uniwersytetu, był to również równolegle wydarzający się schyłek i upadek studiów monastycznych, o których niestety nie można rozprawiać bez niuansów i czynić uogólnień, gdyż w ramach tegoż sposobu uprawiania wiedzy – czyli przekazywania dziedzictwa gromadzonej myśli intelektualnej wieków uprzednich – powstało wiele inteligibilnych arcydzieł; niektóre z nich stanowią niedościgłe głębie intelektualne dla tych najlepszych współczesnych „produktów" uniwersyteckich. Jest to jedynie nasza drobna dygresja w kwestii rozwoju nauki europejskiej – nieusuwalnie o chrześcijańskim znamieniu. Ów pęd do jednoczenia się (w uproszczeniu) spowodowany był procesem wzmożonego kontaktu (handlowego, kulturowego i także – powiedzielibyśmy – politycznego) ze światem zewnętrznym ówczesnej, już skonsolidowanej Christianitas. Jednym ze przemożnych źródeł kontaktu i naznaczenia kulturą wschodnią (arabską – w uproszczeniu) były oczywiście wówczas już rozpoczęte tzw. wyprawy krzyżowe. Jednakże dla stanowiącego zbiorowy byt prawny Uniwersytetu – będącego około roku 1200 dosłownie *szkołą szkół*, który stanowiąc *universitas* studiów pozostawał jedną z korporacji królewskiego miasta nad Sekwaną, bliższe i przemożniejsze zdawały się być wpływy kultury arabskiej w lokujących się bardzo blisko ośrodkach (Toledo, Kordoba) na terytoriach iberyjskich. Należy pamiętać, że odrodzenie kultury zachodniej w stuleciach XI i XII – po całej katastrofie stuleci uprzednich i nastającej już jej odnowie w wieku X – dokonało się za pośrednictwem Arabów. Jednak przekaz myśli filozoficznej Starożytnych w greckim i hellenistycznym dorobku naukowym za ich pośrednictwem dokonany był w interpretacji wyznawców objawienia koranicznego, który w całej pełni ujawnił się wraz z lekturą tychże tekstów przez mistrzów uniwersyteckich. Wówczas niezbędne okazało się swoiste ich oczyszczenie z tychże deformacji interpretacyjnych, m.in.: *Opus Aristotelicum*. Dążenie [za pomocą krytyki literackiej] do autentycznego tekstu Stagiryty stanowiło z kolei potężny impuls dla badań uniwersyteckich w nowej postaci: poszukiwania prawdy o *physis* rzeczywistości. Tak więc pod wpływem tejże kultury pism starożytności pozostawały i zarazem z nich wydatnie „korzystały" połączone liczne szkoły katedralne Notre Dame i na stokach wzgórza św. Genowefy, tworzące korporację (uniwersytet) z czterema wydziałami: teologii, filozofii (*artes*), prawa i medycyny. W tym olbrzymim zwrocie *universitas* studiów najbardziej decydujący dla autonomii funkcjonowania i absolutnie bezinteresownego (*resp*. autonomicznego) prowadzenia

badań naukowych okazywał się fakt uwolnienia korporacji uniwersyteckiej: *universitas magistrorum et scholarum Parisis studentium*, spod lokalnej, królewskiej jurysdykcji. Stanowiąca instytucję kościelną (papieską – w uproszczeniu) *universitas magistrorum et scholarum* mogła nie tylko swobodnie korzystać za swoich *iura et libertates*, ale także – z czasem – rozstrzygająco i definitywnie wypowiadać się w kwestiach dotyczących sprawowania władzy – i to także władzy cesarskiej i papieskiej, a królewskiej w szczególności. W takim kontekście należy rozumieć przywołane powyżej przedsięwzięcie prawne i zarazem intelektualne mistrza (współczesnego profesora) i rektora Uniwersytetu w Krakowie – Pawła Włodkowica.

Bardzo potrzebne byłoby w problematyce publikacji: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, podanie – i to w treści rozdziału pierwszego – przedmiotów nauczanych na wydziale (fakultecie) medycznym. Wzmianka o „studiach z zakresu logiki" (s. 28) jest nie tylko lakoniczna, ale także dezorientująca. Jakby przygasza doniosłość uniwersytetu i podjętych w jego korporacyjnych strukturach badań[14]. Ponadto nigdzie w treści omawianej książki nie znajdziemy wzmianki o korporacji medyków. Czyżby więc medycy nie przynależeli do tego ruchu żywych i spontanicznych przemian XII i XIII stulecia? Czyżby nie tworzyli korporacji (*resp.* cechu)? Wiemy, iż tak samo, jak teologowie, również lekarze i prawnicy mieli własne cykle studiów [uniwersyteckich]. Przydatnym byłoby więc przywołanie i omówienie tychże cyklów [uniwersyteckich]. Wzmianka o logice jest fałszywa. Wiadomo, iż podstawę nauczania stanowiła filozofia w postaci lektury tekstów. Ale na wydziale medycznym doniosłą rolę odgrywała lektura starożytnych tekstów, dotyczących medycyny, m.in.: Hipokratesa, Galena[15] itd. Nadto, w ówczesności – feudalnych realiach stuleci X i XI – przejście na korporacyjność stanowiło uzyskanie wolności osobistej, obywatelskiej. Miejsce uzależnienia indywidualnego („hołdu" lennika dla pana, wiążącego jednego człowieka z drugim na zasadzie zależności, usankcjonowanej przysięgą) w tamtej ówczesności przejmują zbiorowe akty prawne, na zasadzie których wszyscy poddani są podporządkowani wspólnemu dobru grupy, korzystając z gwarancji w stosunku do swoich [praw] *iura et libertates*. W sumie, w tymże procesie przejścia (*resp.* przechodzenia) od lenna do gminy umysły uzyskują stopniowo autonomię myślenia. Można by zatem ująć i uwydatnić, jak to się odbywało w odniesieniu do korporacjonizmu medyków i mistrzów (*resp*. profesorów) wydziału medycznego Uniwersytetu Paryskiego, gdyż wyznaczył on drogę dla wszystkich innych europejskich uniwersytetów. Stanowił jakby wzorzec dla całej ówczesnej Christianitas – aż po same terytorialne jej krańce, dokąd docierała, i które przenikała kultura łacińska. Lecz tegoż zagadnienia daremnie poszukiwać w treści rozdziału, w którym należałoby się ich spodziewać. Z pewnością podniesienie go rozwiązałoby wszystkie rozproszone

[14] Zob. część drugą poniższych rozważań.

[15] Jeśli obecna współczesność – wyłącznie badaczy starożytności i historii medycyny – ma jakikolwiek wgląd do zachowanych około 150 pism Galena – z zakresu m.in.: medycyny i farmakologii (*Therapeutike methodos*, *Techne iatrike*) czy filozofii (*Eisagoge logike*), to niewątpliwie należałoby podnieść o ich lekturze w ramach *lectio* uniwersyteckiego.

wzmianki i cząstkowe treści, dotyczące stuleci tych doniosłych przemian dla mediewalnej Christianitas i uformowania cywilizacyjnych fundamentów zachodnioeuropejskiego (łacińskiego) matecznika kultury intelektualnej i obywatelskiej, państwowej, a także medycznej.

W kontekście uwydatnionego przez nas przełomu wieków XII i XIII, jako historycznego momentu fundacyjnego dla cywilizacji (łacińskiej) Zachodu, nie są zrozumiałe wyrażenia, określenia czasowe: „pełne średniowiecze" (s. 20, 27). Co one konkretnie oznaczają? Do jakich stuleci się odnoszą? Na czym miałaby się osadzać owa pełność?

Nie możemy także pominąć drobniejszych nieporadnych i niedoskonałych wyrażeń bądź zwrotów: „ciało Chrystusa w postaci hostii w czasie Eucharystii" (s. 23), „dwunasto- i trzynastowieczne zgromadzenia zakonne" (s. 22). W odniesieniu do pierwszego określenia sformułowany opis jest w takiejże postaci po prostu błędny z perspektywy teologii; zaś w odniesieniu do drugiego aż dopraszałoby się ukazać doniosłość renesansu stuleci XII i XIII w wymiarze kultury chrześcijańskiej mediewalności. Ponadto w stosunku do drugiego należy bezspornie uwydatnić, że powstanie tzw. zakonów żebraczych (tutaj zauważamy, iż korzystniejsze byłoby wyrażenie: zakonów jałmużniczych – w nawiązaniu do łacińskiego *misericordia* wyrażenia św. Augustyna[16]), czyli franciszkanów i dominikanów, niosło i zarazem „wspierało" nowość tychże czasów. W porównaniu z cystersami i benedyktynami oraz wielowiekową tradycją tychże zakonów, gromadzących i przekazujących kulturę starożytności: techniki uprawy ziemi i dziedzictwo piśmiennicze [odpowiednio], zakony św. Franciszka z Asyżu i św. Dominika Guzmana powodowane były wzrostem unikalnych wyzwań epoki – epoki postrzegającej *physis* (czyli naturę, przyrodę) w zupełnie nowy sposób. W sumie epoka, do której równolegle przynależało wydarzanie się państwa zakonu krzyżackiego w XIV i XV stuleciu, przedstawione w wątkach publikacji *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego...*, była istotnie śmielsza i bardziej odważna od zachowawczego nastawienia niemal wszystkich wieków uprzednich. Była bardziej wyzwolona i mężna niż to, co zazwyczaj nazywamy renesansem i rozpoznajemy (jako sens) w tymże określeniu. Bowiem, o ile renesans stanowi wyłącznie wskrzeszanie rzeczy starych, odkrytych

---

[16] W kształtującym się coraz głębszym rozumieniu orędzia ewangelicznego w chrześcijaństwie pierwszych stuleci Ojcowie Kościoła, mówiąc o jałmużnie, używali łacińskiego słowa *debitum* (powinność, dług). Bardziej uważna analiza pozwala uchwycić, że nie chodziło ani o dobrowolną praktykę, ani o rodzaj ewangelicznej rady dla nielicznych osób [Chrystusowej] Wspólnoty eklezjalnej, lecz o powinność, dotyczącą wszystkich uczniów Zmartwychwstałego – powinność, którą jest się winnym zarówno Bogu, jak i ludziom, każdemu ze współbraci [w Chrystusie]. Równolegle słowo „jałmużna" zostało „oddanie" w języku greckim za pomocą *eleemosyne*. Z kolei św. Augustyn zdecydował się oddać ów termin w słowie *misericordia* („miłosierdzie"), co skomentował św. Izydor z Sewilli: „misericordia a misero corde dicta" – jako dar odnoszący się do biednego (*resp*. ubogiego) serca (*a misero corde*). Zwróćmy uwagę, że w polskim słowie: „ubogi", którego sens zdaje się wyrażać: „posiadany przez Boga", „będący w posiadaniu przez Boga", „będący we wszystkim obdarowywany przez Boga" itd., dostrzegalne wydaje się jeszcze pozostawać – ale już dalekie – odwzorowanie przywołanego przekładu łacińskiego ze skomentowaniem Izydora z Sewilli, czyli oddane treści *eleemosyne* przez łacińskie *misericordia* w zinterpretowaniu *misericordia a misero corde dicta*. Ale niestety ów fakt lingwistyczny i semantyczny, wykształcania się słów polskich i ich głębi znaczenia, nie jest dostrzegalny przez współczesnych. Czy jest to powodowane brakiem tak zwanej „kultury ogólnej"? Do tej osobnej kwestii powrócimy w ostatniej części (drugiej) niniejszych rozważań.

– powiedzmy – w rzeczy martwej, o tyle stulecia XII i XIII, bezsprzecznie stanowiły wzrost rzeczy nowych, spowodowanych dostrzeżeniem rzeczy żyjącej. Także w tym znaczeniu XII i XIII stulecie, a nawet całość wieków średnich, należałoby postrzegać raczej jako rodzenie się nowej rzeczywistości społecznej (w sensie oikoumene) niż jako jakieś [i to któreś z kolei w biegu wieków i wydarzaniu się dziejów] odrodzenie (w sensie łacińskiego słowa *re-nasci*).

Wtrącając powyższe do czynionych spostrzeżeń, ośmielimy się podnieść, iż dojmująco brakuje porównawczego wątku w przedstawieniu samego zakonu krzyżackiego na tle epoki, jej wyzwań i odwzorowujących nowość czasu zakonów epoki: franciszkanów – bractwa poetów (stworzenia i jego Stwórcy) i dominikanów – bractwa filozofów (teologów Słowa i orędzia ewangelicznego). Brakuje nam w sumie rozstrzygnięcia, jaki był i okazywał się zakon krzyżacki. Na ile w sensie rodzenia się nowego świata zakon krzyżacki pozostawał i wprost okazywał się obcy duchowi epoki „rodzenia się" innej postaci społecznej *oikoumene*, a na ile wykazując jednorodność z dawnymi plemionami teutońskimi frankijskiego Zachodu, a nadto współbrzmiąc ze światem germańskim i tkwiąc niewzruszenie w duchu starej epoki lub w ogóle w skostnieniu przebrzmiałych paternalizmów czy majestatycznych feudalizmów i nieaktualnej ich mentalności, której wyznacznik stanowiła utwierdzona minionym czasem [tzw.] teoria cesarstwa, był nowoczesny i moderny wyłącznie pozorem i zewnętrznością najnowszych technik militarnego podboju, propagandy ideologicznej, architektury obronnej o kolosalnej i ogromnej wielkości budowli itd.?

Tymczasem – powtórzmy – zakony *jałmużnicze*, jak pozwolimy je sobie określić, wyrastając z żyznej gleby inspiracji teraźniejszością – świata miejskich wspólnot nowego typu, nie wykazywały podobnego irracjonalnego strachu przed upadkiem dotychczasowego ładu feudalnego, co mogło stanowić nie uświadamianą istotność „korporacyjności" zakonu Krzyżaków. Wielce interesujący badawczo okazuje się tenże wątek, jaki pozwoliliśmy sobie zauważyć, ale zagadnienie pozostaje nadal otwarte. W sumie kwestia funkcjonowania i obecności medyków na dworze mistrza krzyżackiego, jak i w pruskiej części państwa zakonnego, może uzyskać nowy wymiar, w którym uporządkowane zostaną dotychczas uchwycone treści.

Skłonni jesteśmy uwypuklić jeszcze jeden problem, jaki wywołują wykorzystanie i zastosowanie określenia: „wyprawy krzyżowe", przywołane na marginesie innych, pomniejszych wątków (s. 29). Pomimo marginalnego potraktowania tego, co zawiera w sobie wyrażenie „wyprawy krzyżowe", kwestia okazuje się niezmiernie istotna. Niestety, poza utraconą możliwością uwydatnienia źródła wiedzy medycznej przekazywanej za pośrednictwem Arabów, użyte wyrażenie nie pozbawia średniowiecza zaciemnionego obrazu. Nie jest bowiem wyjaśniona kwestia, iż rzeczone wyprawy krzyżowe, przynoszące równocześnie kontakt ze Wschodem (arabskim, orientalnym), nie stanowiły agresji europejskiej – jak to zazwyczaj ukazuje współcześnie niewiedza propagandowa mediów i publicystów, ale powodowane były wyłącznie wolą obrony Christianitas łacińskiej przed przemocą ekspansji arabskiej, rozpoczętej już w stuleciu VII, a silnie zaangażowanej od VIII wieku, kiedy nastąpił koniec (tzw.) *Mare Nostrum*, gdy to Arabowie zdobyli w dość krótkim czasie: Syrię, Palestynę i Persję, a następnie

Egipt i północne wybrzeża Afryki, zaś w 711 roku podbili Półwysep Iberyjski i zamierzali dalej rozprzestrzeniać swój podbój – na kontynent europejski. Przemoc pochodu Maurów powstrzymał dopiero szczęśliwy zbiór okoliczności podczas ciągu potyczek wraz z przegraną bitwą pod Poitiers (753), wskutek czego wycofali się poza Pireneje, ale nie zaniechali żądzy podboju, gdyż cyklicznie ponawiali działania zbrojne. Tym razem w odmiennym kierunku – próbowali uczynić wyłom w jednoczonych mało skutecznie królestwach germańskich (Zachodu frankijskiego) od strony Sycylii i w południowej części Półwyspu italskiego. Dopiero w końcu XI stulecia – pomimo utraty jedności przez Kościół chrześcijański w 1054 roku na skutek schizmy (*resp.* rozdziału Kościoła rzymskiego (odtąd określanego katolickim, czyli powszechnym) i Kościoła wschodniego (prawowiernego, czyli ortodoksyjnego) jako dotychczasowego Kościoła Cesarskiego (Bizancjum), ale za to z ideowym i finansowym wsparciem ówczesnych papieży – został podjęty wysiłek zbrojnej krucjaty celem oswobodzenia chrześcijańskich Kościołów Wschodu i świętych miejsc chrześcijaństwa spod władztwa muzułmanów. Należałoby go rozumieć jako zdecydowane kontrnatarcie na sprowadzone i wyrządzone przez nich nieszczęścia pomiędzy VII i X stuleciem na terytoria stającej się Christianitas. Natomiast obecność Krzyżowców na wybrzeżach dawnego *Mare Nostrum* (czyli w Palestynie jako Ziemi narodzenia Chrystusa) pozwalała im na olbrzymią możliwość kontaktu z kulturą arabską – także, a przypadku omawianej publikacji zwłaszcza zetknięcia się kulturą medyczną (arabskimi sposobami leczenia, higieną itd.) – i, konsekwentnie, wyznaczała przyszłą europejską recepcję jej osiągnięć wraz z jej głęboko osadzonymi w dziejach przeszłości *Żyznego półksiężyca* (dawnej Mezopotamii) tradycjami „nauki", rozmaitych technik i technologii, a także idei orientalnych, gnozy i mitów, jak, np.: ascezy jako pesymizmu itd.

Wzbudza zastrzeżenia nieporadne wyrażenie: „wiedzę zdobywali na zagranicznych uniwersytetach" (s. 44). W odniesieniu do współczesności uchodziłoby za poprawne, ale w realiach odnoszących się do czasu, który opisuje publikacja *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, pozostaje błędne. Zapoznaje bowiem ówczesne realia Christianitas – Republica Christiana z wolnością przemieszczania się – zwłaszcza, jeśli chodzi o stan ludzi wykształconych (w sensie słowa: klerk – średniowiecznego określenia uczonego, a zwłaszcza duchownego). Wszędzie, czyli na każdym uniwersytecie i w każdym ośrodku uniwersytetu, czuli się oni jak, „u siebie", posługując się łaciną.

Niewątpliwie badając dziejową przeszłość i opisując ją, nie można posługiwać się współczesnymi skrótami myślowymi bądź uproszczeniami. Pozwolimy sobie podnieść jeszcze jedną uwagę w odniesieniu do rozdziału pierwszego, dotyczących niemal tych samych sformułowań ze stron: 42 i 44, dotyczących „suplik" do papieża Innocentego VI. Z pewnością każdy mediewista rozumie sens określenia i funkcji tzw. „suplik", ale, niestety, nie przeciętny czytelnik. W takiejże postaci wypaczają one treść tego, co powinno być czytelnikowi podane na temat finansowych środków otrzymywanych ze strony Kościoła (papież, biskup) czy państwa przez tych, którzy w realiach średniowiecza podejmowali bezinteresowny trud poszukiwania prawdy – także medyków.

Po tych nielicznych spostrzeżeniach pewnego niedosytu i lepszego sformułowania zastosowanych określeń pozostaje uzasadnione, abyśmy poświęcili nieco

uwagi kwestiom dotyczącym państwa krzyżackiego, wpisującego się w powyżej nakreśloną perspektywę dziejową mediewalnej Christianitas. Rozpocznijmy od drobnej uwagi w publikacji *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach w XIV-XV wieku*, uzasadniającej obraną chronologię badań: „na mocy tego traktatu doszło do reorganizacji państwa krzyżackiego (podziału Prus i włączenia ich znacznej części do Królestwa Polskiego)" (s. 11). Ale pierwszą wzmiankę, dotyczącą Prus (chodziłoby o sam termin), wychwytujemy w uwadze o charakterze szerszym: „realia średniowiecznych Prus" (s. 11). Wyrażenie pozostaje enigmatyczne: czy chodzi o plemienne państewka pogańskich Prusów, czy o jakieś inne bliżej nieokreślone realia. Czy nie korzystniejsze i zarazem bardziej zasadne byłoby po prostu wyrażenie: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w XIV-XV wieku*? Pozostawmy jednak kwestię państwa zakonu krzyżackiego w Prusach, aby najpierw skoncentrować się na bardziej konkretnym zagadnieniu. Powrócimy do zagadnienia w dalszej części rozważań.

Wraz z zatytułowaniem: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego...* nasuwają się nieodparcie kwestie zasadnicze, które sięgają do jego sensu i konstrukcji publikacji. Określenie: „lekarze", wzbudza podejrzenie. Wydaje się, że o wiele bardziej zręczniejsze byłoby określenie: medycy w państwie zakonu krzyżackiego w XIV-XV stuleciu. Przecież w rzeczonych stuleciach: XIV i XV, mamy faktycznie do czynienia z medykami królewskimi, medykami książęcymi, a i w treści publikacji (rozdziały III i IV) nie gardzi się terminem „medyk". Niemniej, odczuwa się brak uzasadnienia dokonanego wyboru w przyjętym wyrażeniu „lekarze" w tytule publikacji, a pozostawionym w cieniu: medyk. Być może uchodzące współcześnie wyrażenie „medyk" jako żartobliwe, zostało zastąpione współcześnie popularnym: lekarz. Niezależnie od powyższego, słowo „medyk" (nawiązujące przecież do słowa medycyna) byłoby bardziej bliskie duchowi czasu, jaki obrany został za przedmiot badań i rozważań. Termin: lekarz, wydaje się późniejszym. Wielce przydatnym byłoby wyartykułowanie tej różnicy i uzasadnienie wyboru terminu „lekarz" – użytego w tytule.

Zresztą przydałoby się podanie ich genezy; a poprzez uchwycenie kształtowania w dziejach kultury poszczególnych społeczeństw – także państwa zakonu krzyżackiego i państwa polskiego – oraz stopniowego upowszechniania się obu pojęć, wyrażeń i słów, uzyskany byłby pewien wgląd w proces dziejowy, którego należałoby się spodziewać w wyraźnie nakreślonym przedmiocie badawczym publikacji. Niewątpliwie zatem rozważenie terminów wzbogaciłoby obraz intelektualny epoki, którą, rozbudzając nadzieje tytułem, publikacja zapowiada przybliżyć czytelnikowi i nam, badaczom innych dyscyplin nauki. W sumie użycie występującego w schyłku średniowiecza słowa „medyk" wydawałoby się w zupełności uzasadnione.

Skoncentrujmy się tymczasem na państwie zakonu krzyżackiego i samych Prusach. Pozwolimy sobie zarysować kwestię w perspektywie historycznej z odniesieniem do klasycznej publikacji Stanisława Salmonowicza: *Prusy. Dzieje państwa i społeczeństwa*[17]. Otóż w czasach monarchii Karola Wielkiego, obejmującej całość ówczesnych terytoriów niemieckich, wykształciły się hrabstwa przygraniczne (marchie) dla

[17] Zob. przypis 10.

celów obrony i ekspansji. Ich obecność na pograniczu słowiańsko-niemieckim jest uchwytna już w wieku X. Zlokalizowane (w uproszczeniu) zostały przez historyków terytoria, utworzonej w 928 roku Marchii Północnej, z których wyszła ekspansja niemiecka, doprowadzająca do utworzenia Marchii Brandenburskiej w XII stuleciu. Ekspansja niemiecka została na krótki okres dziejowy zahamowana odrodzeniem się siły Słowian połabskich. Jednak ekspansja na wielką skalę została wznowiona przez Albrechta [Niedźwiedzia] z dynastii askańskiej, doprowadzającej do zdobycia kraju Hawelan nad Hawelą (Stodoran), a w 1157 roku potężnego grodu Słowian: Brenny, nazwanego następnie Brandenburgiem [stąd: Marchia, zwana Brandenburską]. Ekspansji niemieckiej – na północny wschód: w dorzecza Łaby i Odry, sprzyjali cesarze i papieże, niemiecki kler i grono drobnych, pozbawionych posiadłości rycerzy. Ekspansja w kierunku ziem wchodzących w skład ówczesnego państwa polskiego powodowała liczne konflikty z polskimi książętami. Marchia brandenburska wychodziła z nich zazwyczaj zwycięsko. Czynnikiem decydującym było osłabienie i wręcz słabość Polski, spowodowane podziałem dzielnicowym. Marchia jednak nie traciła woli mocy, wyczekując stosownych okoliczności na pogłębienie swej ekspansji. W latach 1249-1250 została opanowana przez Marchię Ziemia Lubuska; tym samym został wbity [kolokwialny] klin między Wielkopolskę a Pomorze Zachodnie. Wiemy, iż dalsza ekspansja doprowadziła do nieudanej próby opanowania Pomorza Gdańskiego (1271-1272), lecz drugie usiłowanie okazało się skuteczne; dla Polski okazało się tragiczne. Nieopatrznie Władysław Łokietek wezwał na pomoc zakon krzyżacki (1308), wskutek czego Krzyżacy opanowali Pomorze Gdańskie, wcielając je do własnego państwa. Wysuwane do tego terytorium pretensje Brandenburczyków wykupili traktatem z 1309 roku. Wraz ze śmiercią margrabiego Waldemara (1319) uległa przerwaniu epoka wielkiej i agresywnej ekspansji Brandenburgii w kierunku polskim. Należy pamiętać, iż badacze dziejów Brandenburgii rysują obraz Brandenburgii ze stuleci XIV i XV jako typowego i ubogiego średniowiecznego kraju, przenikniętego feudalną anarchią; zaś ludność Brandenburgii uchodziła za grubiańską, zacofaną i prymitywną – i to jeszcze na przełomie wieków XV i XVI. Istotne jest zauważenie, iż Brandenburgia wykształciła się na ziemi słowiańskiej z etnicznej mieszanki. W pewnym sensie konsekwencją powyższego okazała się skromność dorobku kulturowego, żadną miarą kulturowy dorobek Brandenburgii nie dorównywał znacznym osiągnięciom Niemiec środkowych i południowych, a zwłaszcza krajom nadreńskim, tegoż okresu dziejów.

Można by zapytać, dlaczego podnieśliśmy kwestię wykształcenia się Brandenburgii i jej agresywnej ekspansji w kierunku terytoriów słowiańskich, a zasadniczo państwa polskiego. Otóż zasadniczym trzonem późniejszego państwa pruskobrandenburskiego była Brandenburgia. Właśnie ona polityką swych władców zbudowała państwo zakonne (1225-1525). Również terytorium dawnych Prusów pogańskich dziedziczyło tradycję zakonu krzyżackiego. Późniejsze Prusy krzyżackie zamieszkiwali Prusowie, nie posiadający żadnych wykształconych struktur politycznych. Właśnie ich brak ułatwił niemal natychmiastowe podbicie luźnych państewek plemiennych pogańskich Prusów. A przecież zakon krzyżacki – od chwili swego przybycia nad Wisłę, nadania przez Konrada mazowieckiego Ziemi Chełmińskiej (1225) – repre-

zentował najnowocześniejsze metody wojowania, umiał stosować ówczesne zdobycze architektury militarnej i znał skuteczne sposoby polityki kolonizacyjnej. Krzyżacy w 1233 roku założyli Toruń i Chełmno. Około 1283 roku podbój – prowadzony brutalnie – Prusów stał się już faktem dokonanym. W spustoszonym kraju Krzyżacy rozpoczęli na ogromną skalę politykę rozwoju ludnościowego, ekonomicznego i cywilizacyjnego (w sensie szeroko rozumianych umiejętności technicznych). W 1309 roku Zakon przeniósł swą siedzibę do wznoszonego etapami (ówcześnie najwspanialszego pod względem sztuki architektury militarnej i pozostającego jedną z najpotężniejszych w Europie warowni) zamku Marienburg[18] nad Nogatem, który pozostawał w latach 1309-1457 siedzibą wielkiego mistrza Zakonu i zarazem stolicą państwa krzyżackiego, powodując nieustanny napływ rzesz rzemieślników[19]. Tym samym Krzyżacy wyrośli na niezwykle groźnego sąsiada państwa polskiego. Nadto w pierwszej połowie XIV wieku Zakon dokonał połączenia się z zakonem kawalerów mieczowych w Inflantach,

---

[18] Od XVI w. upowszechniła się spolszczona nazwa Malbork. Podobnie, jak w stosunku do użycia terminu „lekarz" czy „lekarze", odnosi się sugestia posługiwania się nazwą danego czasu, czyli *Marienburg*, a przynajmniej zaznaczenie użycia uwspółcześnionego określenia. Dopowiedzmy, gdyż poniższej, podstawowej treści, dotyczącej siedziby państwa krzyżackiego, publikacja: *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego...* jest pozbawiona. Budowę zamku [nazwanego] *Marienburg* – z przeznaczeniem na siedzibę komtura, rozpoczęto w 1279 roku. W 1280 r. ukończono tzw. Zamek Wysoki, stanowiący kontynuację najstarszej budowli; rozbudowano go jeszcze w latach 1334-1344. W 1284 lokowano na podgrodziu miasto na prawie chełmińskim. Z kolei w latach 1311-1320 zamek został raz jeszcze rozbudowany. Powodem było przeniesienie się z Wenecji wielkiego mistrza Zakonu: Zygfryda von Feuchtwangen do zamku nad Nogatem. Stanowiący siedzibę mistrza krajowego pruskiego *Marienburg* stał się odtąd siedzibą wielkich mistrzów Zakonu. Wybór nowej siedziby Zakonu podpowiedział Henryk von Plotzke, który też został wielkim komturem Zakonu. W rozbudowie z lat 1311-1320 powstał Zamek Średni z refektarzem, ukończonym w 1324. Wreszcie w latach 1389-1399 wzniesiono Pałac Wielkiego Mistrza, z uzupełniającym całość tzw. Zamkiem Niskim.

[19] Pozwolimy sobie zauważyć – z pewnością – mylną datę siedziby „najwyższego zwierzchnika Zakonu" w Malborku, podaną jako 1324 roku (jak przywołaliśmy powyżej etapy rozbudowy *Marienburga* – jest to data ukończenia refektarza). Faktycznie w literaturze pozostaje data roku 1309. Dopowiedzmy jeszcze parę ważnych wątków. Otóż w tym samym czasie, co zamek w *Marienburg-u* (założonym ok. 1277), wzniesiona została także równie potężna warownia – zamek papieski w Awignonie, do którego papież Klemens V przeniósł swą siedzibę z Rzymu (do 1377). Los zakonu templariuszy (wiadomy dla historyka) stanowił niewątpliwą przyczynę [pospiesznego] ewakuowania się władz zakonu krzyżackiego z Wenecji. Tym bardziej, że okoliczności były ku temu były wielce sprzyjające – opanowanie Gdańska przez Krzyżaków w 1308 zdawało się wieńczyć proces organizacyjny zakładanego krzyżackiego państwa zakonnego w Prusach. Przy okazji zauważmy pewną niestosowność określenia: „najwyższy zwierzchnik Zakonu" (s. 47), skoro w regule zakonnej i statucie państwa funkcjonowało „mistrz", „wielki mistrz". Za to można by poczynić wyjaśnienie nasuwającej się analogii: „mistrz" [uniwersytecki] a „mistrz" bądź „wielki mistrz" Zakonu. Wiemy, że „mistrz" (*magister*) – począwszy od XII stulecia oznaczał wiodącego (*resp.* „przywódcę") grupę wędrownych kaznodziejów (jakimi byli, np.: Robert z Arbrissel czy Norbert z Prémontré), bowiem ci ówcześni [wędrowni] ewangelizatorzy unikali miana opata względnie *dom* (łac. – „pan"). Jak więc sprawa się przedstawiała w odniesieniu do wielkiego mistrza Zakonu Szpitala Najświętszej Marii Panny Domu Niemieckiego w Jerozolimie? Nadto można by badawczo postawić kwestię: na ile korporacyjność uniwersytecka odpowiada korporacyjności państwa zakonnego Krzyżaków? Jeszcze jedną wątpliwość wzbudza określenie „krucjatowy charakter instytucji" (s. 121) – niewątpliwie w odniesieniu do zakonu krzyżackiego. Czyżby chodziło o zaznaczenie genezy zakonu krzyżackiego – podczas wypraw o do Ziemi Świętej jako miejsca narodzenia Zbawiciela, jak to średniowieczni rozumieli na sposób dosłowny. Niestety, takowy skrót zaciemnia rozumienie średniowiecza w ogóle – i zakonu krzyżackiego, zamiast rozjaśniać. Natomiast wyrażeni byłoby doskonale zrozumiałe, gdyby użyć przymiotnika „korporacyjny" zamiast enigmatycznego „krucjatowy".

w rezultacie czego zaczął tworzyć wielkie państwo nadbałtyckie – pomiędzy ujściem Wisły a Rygą, a jego dalsza ekspansja logicznie skierowała się w stronę terytoriów litewskich i polskich.

W sumie utworzone w Prusach, Ziemi Chełmińskiej i na Pomorzu Gdańskim, państwo krzyżackie miało charakter kolonialny. Sprężysta dyplomacja – nie rezygnująca ze skutecznej politycznej intrygi i podstępu, sprawna organizacja wywiadu, finansów i archiwów Zakonu zapewniały mu przewagę ma arenie międzynarodowej – w stosunku chociażby do ówczesnego państwa polskiego. Aż po bitwę pod Grunwaldem sprawna, a w sumie skuteczna, propaganda Zakonu na zachodzie Europy ściągała hasłami krucjat przeciw poganom (Prusom, Litwinom, a także nawet Polakom) rzesze rycerstwa do udziału we wspólnych łupieżczych wyprawach – niewiele wykazujących wspólnego z chrystianizowaniem pogan.

Wreszcie pozwolimy sobie podnieść istotną i ważną charakterystykę państwa zakonu krzyżackiego. Opierało się ono na rządach korporacji typu zakonnego. W tejże kwestii korzystna byłaby próba badawczego ustalenia, na ile korporacyjność państwa krzyżackiego korelowała z podniesioną korporacyjnością Uniwersytetu i ówczesności przemian społecznych wieków XII i XIII. Fakt korporacyjności państwa zakonu krzyżackiego sprawiał, że państwu krzyżackiemu nie zagrażał rozkład więzi administracyjnej – co tymczasem stanowiło zjawisko powszechne w krajach europejskiego średniowiecza (zachodnioeuropejskich).

Poczyniliśmy powyższe uwagi z dziejów ekspansji Brandenburgii i narodzin wraz z etapami rozwoju państwa zakonnego (1225-1525), aby zbadać zasadność użycia w zatytułowaniu wyrażenia „państwo zakonu krzyżackiego w Prusach". Okazuje się w pełni uzasadnione w tytule – chodzi bowiem o zawężenie badawczych refleksji dotyczących medyków stuleci XIV-XV wyłącznie do terytoriów pogańskich Prusów. Ale takie ograniczenie badań – metodologicznie całkowicie uzasadnione – domaga się zarazem koniecznego wyjaśnienia we wprowadzeniu do publikacji – tym bardziej, im bardziej treść publikacji kierowana jest bardziej do czytelników nie-badaczy i nie specjalistów w dziejach państwa zakonu krzyżackiego, niż do badaczy-specjalistów w dziedzinie. W sumie uwydatnia się dotkliwy brak niezbędnego wyjaśnienia w uwagach wprowadzenia.

Powyżej podnieśliśmy nie dającą się skryć moderność Zakonu, mającego w realiach ówczesności średniowiecznej dostęp do najnowszych zdobyczy technicznych: technik budowlanych (architektura, obronność), techniki wojennej, „techniki propagandy" itd. Wiadomym jest, iż wyprawy krzyżowe (*resp.* krucjaty) przyczyniły się do nabycia wiedzy i umiejętności, stanowiących o przewadze w stosunku do plemiennych państw pogańskich, jak i także państwa polskiego. Aż dopraszałoby się na tymże tle naszkicowanie także wysokich umiejętności medyków z otoczenia (*resp*. dworu) wielkich mistrzów zakony krzyżackiego. A tymczasem, nie rozumiemy – a przynajmniej zmuszeni jesteśmy się domyślać – źródła bądź przyczyny (jakoby) lepszej wiedzy medycznej u medyków państwa zakonnego w jego pruskiej części terytorium. Niestety była ona realnym faktem wynikającej z pozycji zakonu krzyżackiego w Europie, mającego liczne i ważne międzynarodowe więzi i kontakty.

W uwagach dotyczących rozdziału drugiego ma się niemały niedosyt potrzebnego (*resp*. wskazanego) uporządkowania – w sensie podania kryterium prezentowanych medyków: czy chodziłoby o wszystkich medyków na dworach cesarskim, królewskich i książęcych lub papieskim i biskupich, czy też o wyliczenie nielicznych; w tejże ostatniej możliwości, brakuje podania kryterium wyboru. Chodziłoby o zorientowanie się, jak przedstawia się rozmiarami dostępna bądź przekazana źródłowo wiedza o średniowieczu – w kategorii medycyny i medyków-dworzan.

Podział treści rozdziału na: (1) lekarzy wielkich mistrzów, (2) lekarzy w miastach pruskich i (3) specjaliści w leczeniu ran i oczu, nie wydaje się spełniać jednorodnego kryterium integralnej całości rozdziału. Trudno jest wyłowić zasadniczą ideę przewodnią zestawu prezentowanych postaci-medyków. Pośród omawianych postaci znajdujemy bardzo istotne zapytanie o zakres kompetencji medycznych i umiejętności lekarskich. (s. 107) Owo retoryczne pytanie dodałoby bezsprzecznie badawczym rozważaniom silnej odwagi poszukiwań, gdyby nie zostało skryte w środkowej części treści rozdziału, a zostało uwydatnione, np., w problematyce wstępu publikacji.

Z kolei w spostrzeżeniach krytycznych dotyczących rozdziału trzeciego i zarazem czwartego podnieślibyśmy nieliczne ułomności zwrotów bądź wyrażeń: „krucjatowy charakter instytucji" (s. 121) [czyżby chodziło o to, co określiliśmy korporacyjnością państwa zakonu krzyżackiego?]; „lekarze cudzoziemscy" (s. 118) [„ Znaczną część lekarzy cudzoziemskich w granicach krzyżackiego władztwa w Prusach stanowili przyboczni medycy wielkich mistrzów Zakonu" (s. 118)]; „diecezji" (s. 116) [bardziej zasadne byłoby określenie: biskupstwo; współcześnie zaś określa się raczej: „diecezja"].

W obu ostatnich rozdziałach publikacji wartki ton narracji pozwala wnioskować, że jest to swoista *terra cognita* publikacji – założonej jako dotycząca medycyny czy treści dotyczących umiejętności medycznych w dziejach przeszłości. Ale tutaj można by wyraziściej wyartykułować, iż nowoczesność państwa krzyżackiego i dostęp do nowości technicznych oraz najnowszego stanu wiedzy powodowały, że archiwalia wielkich mistrzów Zakonu pozwalają na zapoznanie się z najwyższym ówczesnym stanem medycyny: sposobów kuracji i przepisywanych recept na schorzenia i dolegliwości – bardziej, niż z innych źródeł, np. praktyki medycznej cyrulików miejskich.

W rozdziale czwartym, pt.: *Czym się zajmowali?*, znajdujemy jako jeden z trzech podrozdziałów jakby odbiegający od pozostałych. Jego problematyka: *Dochody lekarzy*, bezsprzecznie nie odpowiada zakresowi nakreślonemu w zatytułowaniu. Można by podjąć osobno kwestię uposażenia medyków – chociażby jako odrębny podrozdział do rozdziału pierwszego lub drugiego, wykazujący, iż medycy wielkiego mistrza Zakonu krzyżackiego nie byli marginesem społecznym. Tutaj można by powiązać kwestię dochodów za sprawą beneficjów – tak enigmatycznie przedstawioną na marginesie przedstawiania poznawanych ze świata medycyny w państwie krzyżackim w wiekach XIV i XV. Przedstawiając ich można by bardziej wyartykułować fakt, iż w ówczesności, jaka pozostawała ich udziałem, mieli swą ustaloną pozycję, a ta nie mogła nie odzwierciedlać się w ich w pewnym sensie zasobności finansowej (materialnej), osiąganej swą praktyką i umiejętnościami. I odwrotnie po

ilości zajmowanych przez „medyka" beneficjów można by rozpoznawać jego rangę. Jednak, czy wówczas był jedynie medykiem (*resp*. lekarzem). Na tę kwestię nie uzyskujemy odpowiedzi w publikacji *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w XIV-XV wieku*.

Niewystarczalność ujęć wyników badań szczegółowych: dzieje Zachodu i jego kultury cywilizacyjnej a historia medycyny europejskiej

Problem: na ile dogłębnie historyk medycyny [europejskiej] powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu dziejów Zachodu i jego kultury cywilizacyjnej i czerpać z niego prezentując rezultaty badawcze, jest nie tylko kwestią, która pojawia się w związku z publikacją *Lekarze w państwie zakonu krzyżackiego w XIV-XV wieku*. Przetransponowany na inne dyscypliny nauki wybrzmiewa podobnym dylematem. Może nawet jawi się jeszcze bardziej radykalnie, niż w perspektywie dziejów powszechnych [Europy i kultury europejskiej] i historii medycyny europejskiej. Zapytajmy więc, koncentrując się jedynie na naukach historycznych, na ile badawcza refleksja nad dziejami medycyny – mniej lub bardziej wpisująca się w kwestie wyłącznie historyczne – może sobie pozwolić na nie uwzględnienie wciąż ulegającego aktualizowaniu – poprzez współcześnie uprawianą naukę – stanu badań historycznych nad dziejami cywilizacji europejskiej, łacińskiego Zachodu i zarazem nad dziejami poszczególnych państw, społeczeństw? Na ile historia medycyny może rozważać swe kwestie badawcze w sposób niezależny bądź wyodrębniony z wiedzy historycznej; na ile może czuć się bardziej swobodna w wyartykułowaniu swych treści – dotyczących wyłącznie medycyny? Na ile taki zamysł pozostaje realny, biorąc pod uwagę kondycję człowieczą i kondycję przekazu kultury (także umiejętności medycznych jako *artes*) w ramach społeczności określonych państw itd.? Ale są to pytania, które niestety nie mogą nie uwzględniać faktu, iż każda wytwórczość (w sensie greckiej *poiesis*) pozostaje osadzona w dziejach kultury określonych społeczności.

Czy kiedykolwiek znajdziemy na nie wystarczająco rozstrzygającą odpowiedź?

Ale, zanim nakreślimy ramy inteligibilnej przestrzeni, gdzie wydaje się pojawić zarys odpowiedzi na wyartykułowany powyżej dylemat, spróbujmy dopowiedzieć w kwestii recenzentów rzeczonej kwestii badawczej, dotyczącej metalurgii w średniowieczu. Kiedy – wobec obezwładniającej naukę i osiąganie uczoności (w sensie mediewalnych mistrzów Uniwersytetu) współczesnej specjalizacji i rozdrobnienia dyscyplin – przyjdzie nam pomysł na rozwiązanie dylematu specjalizacji w postaci wprowadzenia [obok promotora] promotora dodatkowego – specjalisty w zagadnieniu „kontekstowej" dyscypliny redagowanych badań na stopień naukowy, wiedzmy, że to wyłącznie pogłębi problem pozostawania bardziej jeszcze bezradnego w ideologiczności współczesnego postmodernizmu. Wiedzmy również, że takowe rozwiązanie podpowiada klimat duchowy obecnej epoki postmodernistycznej. A perspektywa cierpliwego podążania jego koleinami nie wydaje się rozbudzać nadziei na rozwiązanie niemożności komunikowania się zanadto wyspecjalizowanych dyscyplin z różnych gałęzi nauki (jako dziedziny utylitarnej).

Wydaje się bowiem, że tak długo, jak pozostaniemy w mocy wobec absurdalnego upowszechnienia pojęcia „kultury ogólnej", nie uzyskamy ani wystarczającej odpowiedzi na zagadnienie specjalistycznych dziedzin wiedzy, ani ostatecznego rozstrzygnięcia naszego dylematu badawczego. Czy koniecznym pozostaje przywołanie zasadnej uwagi hiszpańskiego filozofa kultury i socjologa – José Ortegi y Gasseta, że kultura może być wyłącznie ogólna – że, np., nie jest się „kulturalnym" w fizyce lub matematyce, w chemii lub w biologii, gdyż w tychże dyscyplinach można pozostawać jedynie wykształconym, a w medycynie, prawie bądź inżynierii – wyspecjalizowanym? Należałoby mieć świadomość, że współczesne, ponowożytne uniwersytety stanowią jedynie skromne pozostałości i w pewnym sensie swoiste przeżytki tego, co w epoce niezwykle dogłębnego i twórczego fermentu społeczności łacińskiego Zachodu – mediewalnej Christianitas, stanowiło kształtowany w strukturze i społecznej potrzebie Uniwersytet (*universitas magistrorum et scholarum*). I chociaż uniwersytet mediewalny nie prowadził badań (w sensie specjalistycznych badań naukowych), to jednak wypełniony był wyłącznie „kulturą ogólną". Nie stanowił ani ozdoby umysłu, ani sposobu dyscyplinowania charakteru. Pozostawał miejscem poszukiwania prawdy i jednoczesnego wykształcania systemu idei dotyczących świata (*physis*) i człowieczych *oikoumene* [ziemskiego Globu], jakie powinny skutecznie wyznaczać i jakie twórczo wyznaczały kierunek egzystencji chrześcijańskich społeczności europejskiego Zachodu.

Czyżby w porównaniu z Uniwersytetem średniowiecznym – a zwłaszcza z *universitas magistrorum et scholarum Parisis studentium* z renesansu XIII stulecia – współczesna uczelnia niepomiernie skomplikowała nauczanie zawodowe, udzielane jedynie w zalążku przez mediewalnych mistrzów, rezygnując niemal całkowicie z wprowadzania w kulturę [intelektualną] i jej przekazywania w postaci idei bądź światopoglądu, wypracowywanego na bazie poziomu uzyskanej prawdy o rzeczywistości *physis*, *Universum* – w sumie prawdy o *physis*, zawartej w *Physis*? Czyżby nie tyle współczesność zglobalizowanego świata integrujących się w pewnym sensie społeczeństw kontynentalnych, co sama cywilizacja Zachodu, zapoznała mediewalny ideał, a nawet odwróciła jego bieguny? Okazuje się bowiem, że wyższe nauczanie polega niemal wyłącznie na nauce zawodu. Czyż adwokat czy radca prawny, lekarz ogólny czy pediatra internista, farmaceuta (*resp.* aptekarz) czy farmakolog, chirurg czy stomatolog, psychiatra czy psycholog społeczny, inżynier budowlany czy technologii metali, nauczyciel łaciny czy historii, urzędnik administracji czy ekonomista itd., a nawet duchowny – nie stanowią zawodów praktycznych? Gdzież więc jest uczoność, jaka znamionowała dawnych mistrzów Uniwersytetu? Ale, czy jednocześnie można zaprzeczyć, że społeczeństwo potrzebuje wielu specjalistów w zawodzie, a jedynie ograniczonej liczby uprawiających naukę, uczonych – mistrzów podejmujących trud bezinteresownego poznania aż po „ogląd rzeczywistości", sięgającej ostatecznych przyczyn *physis* i *oikoumene*? Czy powyższe nie pozostaje także wyznaczone prawidłowością, że powołanie naukowe jest niezwykle rzadkie i szczególnego rodzaju? Że opiera się na zasadzie (*resp.* prawidłowości) naturalnej selekcji – bezwzględnej pod względem uzdolnień intelektu i naukowej intuicji i zarazem bezwyjątkowej pod względem trudu bezinteresownego poszukiwania prawdy w naznaczającym życiową

postawę kontemplatywnym „oglądzie" *Rzeczywistości* – i to aż po sięganie [i sięgnięcie] ostatecznych przyczyn *Physis* i *oikoumene*?

Powróćmy jednak do naszego pytania retorycznego niniejszych rozważań. Skoro jakakolwiek kultura nie może nie dysponować całościową ideą świata i człowieka, nie dane jest jej także, jak nauce, zatrzymywać się tam, gdzie akurat przypadkowo kończą się metody oparte na absolutnej teoretycznej (w sensie przeciwnym *theoría* starożytnych) ścisłości, zatem jest także absolutnie niezbędne i zarazem bezwyjątkowo potrzebne ukazywanie każdego badawczo odsłoniętego elementu z człowieczego i społecznego życia w dziejach przeszłości wyłącznie i zarazem jedynie w [szerokiej] perspektywie całości tychże dziejów cywilizacyjnych człowieczych bądź człowieczego *oikoumene* – jak diament prezentowany na szlachetnym pierścieniu.

Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession

Farmacja w Portugalii (1950-2010) a zawód farmaceuty

João Rui Pita[1]
Ana Leonor Pereira[2]
Victoria Bell [3]

Streszczenie: Artykuł przedstawia rozwój farmacji i zawodu farmaceuty w Portugalii w latach 1950-2010, zwłaszcza po włączeniu Portugalii w Europejską Wspólnotę Gospodarczą w 1986 r. Scharakteryzowano tradycje farmacji portugalskiej oraz system opieki zdrowotnej w Portugalii. Przeanalizowano wpływ zmian prawnych i organizacyjnych dotyczących własności aptek ogólnodostępnych i zaopatrzenia hurtowego w leki na praktykę zawodową farmaceutów. Autorzy opisali rozmieszczenie aptek i dostarczyli szczegółowej wiedzy o różnych aspektach pracy farmaceutów, w tym o organizacjach zawodowych, w Portugalii. Ponadto przedstawiono, jak wprowadzona została opieka farmaceutyczna w Portugalii, a także scharakteryzowano przebieg globalizacji farmacji w tym kraju. Autorzy oparli się na czasopismach portugalskich jako źródłach historycznych, a ponadto korzystali z wartościowych opracowań.

Abstract: The article presents the development of pharmacy and pharmacist profession in Portugal in 1950-2010, especially after Portugal's entry into the European Economic Community in 1986. Portuguese pharmaceutical traditions and the health care system in Portugal are characterized. The authors investigated how legal regulations and organizational changes concerning pharmacy ownership and wholesale distribution of medicines and various products influenced on the development of pharmacist profession in Portugal. They described the geographical distribution of community pharmacies and provide detailed knowledge about pharmaceutical practice and pharmaceutical associations in Portugal. Moreover, the history of pharmaceutical care and the course of its implementation were presented. The authors based on the Portugese journals as historical sources and used some valuable secondary literature.

Słowa kluczowe: historia farmacji, apteki w Portugalii, system prawny aptek w Portugalii, globalizacja farmacji, opieka farmaceutyczna

Key words: history of pharmacy, pharmacies in Portugal, legal system of pharmacy in Portugal, globalization of pharmacy, pharmaceutical care

[1] PhD, Professor; Faculty of Pharmacy, University of Coimbra — Portugal CEIS20; jrpita@ci.uc.pt

[2] PhD, Professor; Faculty of Arts (Dep. History), University of Coimbra — Portugal CEIS20; aleop@ci.uc.pt

[3] PhD student; FCT- Faculty of Pharmacy, University of Coimbra — Portugal CEIS20; victoriabell1103@gmail.com

Pharmaceutical medicine in Portugal: legal system and regulations (1950-2010)

In 1986, Portugal's entry into the European Economic Community had a profound impact on the pharmaceutical market. Since the Sixties, the European Economic Community has promulgated several directives regarding pharmaceutical drugs.

Portuguese law first adopted a communitarian directive regarding pharmaceutical drugs in 1991. Until then some disperse legislation and "bill nº41448" from 1957 were the official diplomas, some of which were six decades old.

The bill of law from 1957, created for the first time a Technical Committee for New Drugs that worked along with the Direcção Geral de Saúde (General Health Directorate). This Committee had, among other tasks, evaluated the incoming requests for the introduction of new drugs into the Portuguese market. This institution acted under the General Health Directorate. This measure, of the greatest importance led to the reduction of a number of pharmaceutical drugs circulating in Portugal. In 1958 around 30000 "presentations of medicine" were circulating in Portugal, ten years later that number had dropped to 20000. In the 50's various Portuguese pharmaceutical industries tried to consolidate themselves in the market. However, there was strong competition with the foreign pharmaceutical industries. The lack of a strong chemical industry tradition in Portugal, as well as reduced economic resources when compared to foreign countries made the Portuguese pharmaceutical industry less competitive in comparison to other European countries. In 1927 the First National Congress of Pharmacy took place in Lisbon which was also a demonstration of the Portuguese pharmaceutical industry. In 1950 there were 51 pharmaceutical industries and 34 industrial pharmacies in Portugal, which totalled 85 production establishments. In 1966, a total of 8199 commercial brands with 16637 varieties were produced in Portugal.

In 1968 the First National Congress of the Pharmaceutical Industry took place, in Lisbon. In this same year 212 pharmaceutical industries existed in Portugal, of which 64 were drug industries and 2 specifically produced vaccines. The others were pharmacies with the category of industries or pharmacies with their own production of medicine.

Decree-Law nº 72/91, of February 8th profoundly modernised the Portuguese legislation on medicine. With this official text, named *Estatuto do Medicamento* (Status of Medicine), the previous laws, (of which the oldest was dated from 1931), on the matter were revoked and the communitarian directives were introduced into the Portuguese Law. It is a legislation resulting of Portugal's entry into the European Community. Regarding the previous legislation, this diploma introduced profound alterations on the subject related to the entire system of medicine, from their introduction into the market to their commercialisation, emphasising the supervision considered decisive for guaranteeing quality, efficiency and safety of medicine. This diploma introduced profound innovations in matters regarding the introduction of pharmaceutical drugs into the Portuguese market, increasing the technical and scientific requirements, highlighting the innovating process of introducing medi-

cine through out the multi-state process, therefore requesting the possibility of the simultaneous introduction of prescription drugs in the respective markets of various countries of the EEC. The Status of Medicine introduced profound new rules regarding prescription drugs derived from blood and plasma, immunological and radiopharmaceutical drugs. Other innovative aspects of this diploma were subjects related to labelling, patient information leaflet and marketing. This diploma had a profound impact on the measures existing in Portugal regarding marketing. A clear line was drawn between publicity aimed at health professionals and publicity for the public, as well as marketing for medicine not subject to medical prescription and medicine subject to mandatory medical prescription. The Status of Medicine in 1991 was maintained until 2006. During those 15 years the Decree nº 72/91 was subject to various alterations. In Portugal, in 1996 there were 306 authorizations for the introduction of medicine in the Portuguese market and in 2002, 416 authorizations. In 1985 there were 3597 brands of medicine and in 2002, 6424 brands in Portugal, in this case with 28430 presentations.

The adoption of Communitarian Directives in Portugal had a profound impact, in both these practical aspects as well as in institutional aspects. Currently, the pharmaceutical industries established in Portugal are mostly owned by foreign capital, the national capital being extremely reduced. In general they are dedicated to the production and entry of pharmaceutical medicine into the market and are less focused on the investment in research. After Portugal´s entry into the European Economic Community, questions related to Good Manufacturing Practices, quality, safety, efficiency, information and publicity of medicine, became questions of the utmost importance, with appropriate legislation and regulations.

The Decree-Law nº 176/2006 of August 30th, gathered various legislations in a single document, which were dispersed and promulgated after 1991, adjusting communitarian directives to Portuguese Law. That document established the legal system of market authorization, manufacturing, import, export, commercialisation, labelling, information, publicity, pharmacovigilance and use of prescription drugs for human use, including homeopathic medication, radiopharmaceutical medications and traditional medications based on plants. With this document, the sector of pharmaceutical drugs was modernised with the introduction of some aspects which were an innovation regarding the former provisions. Market authorization for new medicine, and new measures were introduced, allowing companies, for example, to conduct a market authorization request of a given medicine in various Member States at the same time. The conditions of market re-authorization of medicine were also modified, with the general rule of a single renewal. Special attention was given, for the first time, to parallel import of pharmaceutical drugs, also making special use and direct acquisition of prescription drugs easier. This diploma allowed the introduction of a special authorization for the entry of medicine not commercialised in the Portuguese market. Besides some updates regarding labelling and the package leaflet of medicines, it also became important to highlight some alterations in the marketing system for medicines.

Community pharmacies: legal system, characterization and professional practice (1950-2010)

The legal system regarding ownership of pharmacies in the 20th century in Portugal has five distinct periods: before 1924; from 1924 to 1933; from 1933 to 1965; from 1965 to 2007; after 2007.

Between 1924 and 1933, Portuguese legislation determined that pharmacists and non pharmacists could own community pharmacies. This legislation came to contradict the Portuguese tradition where, until then, the ownership of a pharmacy was reserved for pharmacists or a partnership of pharmacists. The legislation which regulated the ownership of a pharmacy was the following: Decree nº 9431, of 1924, Decree nº 13470, of 1927 and Decree nº 17.636 of 1929.

The Decree of 1924 was somehow equivocal regarding the ownership of the pharmacy, although the technical supervisisor had to be a pharmacist. It valued the role of the pharmacist in the technical supervision of a pharmacy, which should be performed in exclusivity.

The Decree of 1927 established that the owner of a pharmacy had to be a pharmacist or a partner in the partnership which explored the pharmacy. In that case, it indicated that the pharmacist was the owner of the pharmacy or the co-owner even if the other partner was not a pharmacist. However, as in the previous case, there were exceptions, being one of them, for example, institutions of assistance or mutuality which could only sell medicines or supply them to their associates.

In many newspapers and pharmaceutical journals of that period, the ambiguity of the diplomas of 1924 and 1927 is clear, allowing for a less reliable practice regarding the ownership and the activity of the pharmacies and questioning the prestige of the pharmaceutical profession and public health.

In 1929, although the practice of the pharmaceutical profession was regulated more solidly, the Decree does in no way refer to the ownership of pharmacies, leaving it clear that anyone could be the owner. The Decree of 1929 only refers that the preparation of medicines was one of the competencies exclusively performed by pharmacists, as well as the dispatching of medical prescriptions and their supply to the public. The technical supervision of the pharmacy was a task that had to be carried out by a pharmacist.

Decree nº 23422, of December 29th 1933 established again that the ownership of a pharmacy was mandatorily of a pharmacist or a partnership of pharmacists. The attendance record of the technical supervisor was not being complied with and the only way to overcome this situation was to establish a direct interest of the technical supervisor in the ownership of the pharmacy, similar to what was happening in various foreign countries. The Decree nº 23422, of December 29th 1933 finally resolved all doubts regarding the ownership of pharmacies. This Decree established some exceptions, such as the pharmacies of Misericórdias, of Associações de Socorros Mútuos, pharmacies attached to thermal spas, and pharmacies belonging to widows or sons of deceased pharmacists (both for a period of a certain term).

The legislation of 1933, yet not ideal was the best possible legislation. Many problems which affected the Portuguese pharmacy for many years were not immediately resolved. It suffices to read through Portuguese pharmaceutical newspapers and journals of the 30's and 40's to understand that the functioning of the Portuguese pharmacies was not the best and that certain concerns continued to prevail as, for example, the illegal practice of the profession, the absence of a pharmacist in the pharmacy, the excessive number of pharmacists, etc. The crisis existing in community pharmacies in Portugal was one of the most relevant causes related to the industrialisation of medicine.

Law nº 2125, of March 20th of 1965 along with the Decree-Law nº 48547, of August 27th 1968 consolidated the principle of indivisibility of the ownership of a pharmacy and the technical supervisor. Law nº 2125 refers that a business license for the function of a pharmacy can only be "attributed to pharmacists or partnerships in collective name or by quotations, if all the partners are pharmacists and while they are". The technical supervision of a pharmacy had to be performed by a pharmacist which should also be the owner or one of the pharmacists' in the partnership which owned the pharmacy. The Law of 1965 further established, similar to previous diplomas, some exceptions, namely those occurring from the death of the owner where in a transitory system the property could belong to anyone. The Law of 1965 established that Misericórdias and other institutions of social assistance and welfare could own pharmacies as long as these and the medicines they dispatched were destined for their services. Law nº 2125, indicated that to guarantee the functioning of a pharmacy at risk of closing or to guarantee the sanitary coverage of regions less attractive from a professional perspective authorization could be given to the institutions of social assistance and welfare or institutions related to the pharmaceutical activities to open a pharmacy in these places. This, as an exception and as long as no pharmacists interested in the installation of a new pharmacy or the acquisition of an already functioning pharmacy appeared.

The opening of new pharmacies and their installation suffered a profound alteration in 1987 through the Order nº 806/87, of September 22nd. Through this document the opening of new pharmacies was no longer an individual initiative of each pharmacist. For the opening of new pharmacies the Ministry of Health opened a governmental bid, enabling any pharmacist or partnership of pharmacists to apply. The same Order further established criteria for the classification of the candidates. From 1987 until 2007 this criteria suffered some modifications through the Orders nº 513/92, of June 22nd; 325/97, of May 13th; 936-A/99, of October 22nd; 1379/2002, of October 22nd; 168-B/2004, of February 18th; 865/2004, July 19th. However, in general aspects, from 1987 to 2007 the government system to open new pharmacies was thus done by governmental bid. It should also be mentioned that since the 60´s there was a demographic and geographic conditioning for the opening of a new pharmacy, i.e., requiring a minimum number of inhabitants per pharmacy a minimum mandatory distance between pharmacies and a minimum distance from health establishments as, for example, hospitals. These parameters changed over the years.

Due to the legal system of 1965 and 1968 pharmacies were authorised to commercialise other products, besides medicine: pharmacy accessories, hygiene products, mineromedicinal waters, diet products, cosmetic articles, optic, acoustic and prosthetic articles in general. The pharmacies were also authorised to commercialise phytopharmaceutical products and pesticides. The prescription of medicines, information and counselling on medicine were the most relevant tasks of the pharmaceutical professional in community pharmacies. It should be highlighted that the industrialisation of medication, as in other countries of Europe, had consequences in the professional practice of community pharmacies. Pharmacies which were places of production and supply of medicines, gradually transformed mainly into selling points, the intention of the pharmacy being questioned frequently. In Portuguese pharmaceutical journals, between the 30's and 60's we find many articles referring to this subject. Student numbers in the Portuguese Pharmacy Faculties were significantly reduced; there was a significant decrease in the number of pharmacists in community pharmacies or practicing it in a convict manner and exclusively; there were pharmacies going through an economic crisis; etc. In the 70's we gradually see a revaluation of the role of community pharmacies and the pharmacist. External factors of a scientific, technical, professional and economic nature played a role in this revaluation. The concepts related to clinical pharmacy, pharmacovigilance, the development of studies and the emergence of areas as biopharmacy and pharmokinetics, alter the final purpose of the practice of the pharmaceutical profession. The pharmacist and the pharmacy's medicines were considered the ultimate purpose, focusing on high-quality production and sales. However, gradually, the ultimate focus of pharmacy and medicine became the patient. The last deontological code of Portuguese pharmacists clearly reflects this situation. Thus, pharmacies started to possess services and means which allowed the pharmacist to focus on the patient, adequate advice and information on medicine.

The Decree-Law nº 307/2007, of August 31st established a new legal system for pharmacy ownership in Portugal. Through this system the ownership of a pharmacy was liberalised, enabling both pharmacists and non pharmacists to own a pharmacy, individually as in commercial partnerships. The same legislation further determined that no health professionals (who prescribed medicines), associations which represented pharmacies, companies of retail distribution of medicine or pharmaceutical industries; private companies of health care services; subsystems of health which were involved in the price of medicines could be owners or co-owners of pharmacies. The same Decree further established that no single person or commercial society could own more than four pharmacies. The technical supervision will always have to be performed by a pharmacist which can never be the technical supervisor of more than a single pharmacy. However, although there was the liberalisation of the ownership of the pharmacy, the conditioning for the installation based on geographical and demographical criteria continued to be in place. A new criteria was stipulated that facilitated the transfer of pharmacies, and which have allowed the relocation of pharmacies from places with fewer inhabitants to areas with more population. The attribution of new pharmacies continues to be done through an organism of the Min-

istry of Health called INFARMED, any person or partnership interested are enabled to apply for the attribution of a new business license, the licence is allotted between the applicants ranked in first place, those who already own a pharmacy cannot be awarded first place. The liberalisation of the ownership of a pharmacy was not peaceful. The measure of a socialist Government programme which took place in 2005 was polemic and the focus of discussion, within and without the pharmaceutical community.

With this legislation another legislation and regulation on the practice of the pharmaceutical activity was announced. The Order nº 1429/2007, of November 2nd established which pharmaceutical services were to be offered by community pharmacies. The pharmaceutical services are: "domicile support; first aid; administration of medicine; use of auxiliary means of diagnosis and therapy; administration of vaccines are not included in the National Plan of Vaccination; programmes of pharmaceutical care; information campaigns; collaboration in programmes of education for health".

The Good Practices of Pharmacy constituted the ideal professional basis for community pharmacists. In 1995, the approved version by the Pharmaceutical Group of the European Union started to be divulged in Portugal. This was done by the Order of Pharmacists and the National Association of Pharmacists. The Good Practices of Pharmacy, are a set of recommendations and measures to be implemented over time, aimed at assuring a better quality of services offered by pharmacists, both at the level of medicine supply and in the involvement in activities promoting health and prevention of disease in the population.

In Portugal, pharmacies have a relevant role in the health system, being well known establishments by the population due to the quality of services rendered. The official inquiries that have been done to evaluate the quality of services and the satisfaction of costumers are very positive for Portuguese pharmacies. The same surveys tell us that safety and quality, inseparable factors when talking about medicines, can be guaranteed by pharmacies.

One of the characteristics of community pharmacies in Portugal is their geographical distribution throughout the territory which results in the current legislation. According to the legislation, the geographical distribution of pharmacies (sustained in geographical and demographical criteria) aims to give the population better access to medicines, in a secure manner, with quality and all the adequate pharmaceutical services.

However, the legislation of 2007 facilitated the transfer of community pharmacies within the same district. For this reason there are currently many pharmacies in Portugal asking to be transferred from locations with low population density to locations with more population.

Portugal (Continental Portugal and the Autonomous Regions). Continental Portugal is divided into 18 districts and the Autonomous Regions are composed of the archipelagos of the Azores and Madeira. In 2009 there were 2853 pharmacies in Portugal of which 2733 were located in Continental Portugal, 57 in the Azores and 63 in Madeira. The geographical distribution of pharmacies in Portugal is as follows:

CONTINENTAL PORTUGAL	
DISTRICT	Nº OF PHARMACIES PER DISTRICT
AVEIRO	186
BEJA	53
BRAGA	180
BRAGANÇA	39
CASTELO BRANCO	59
COIMBRA	142
ÉVORA	53
FARO	110
GUARDA	56
LEIRIA	122
LISBON	673
PORTALEGRE	45
PORTO	434
SANTARÉM	144
SETÚBAL	198
VIANA DO CASTELO	64
VILA REAL	70
VISEU	105
TOTAL	2733

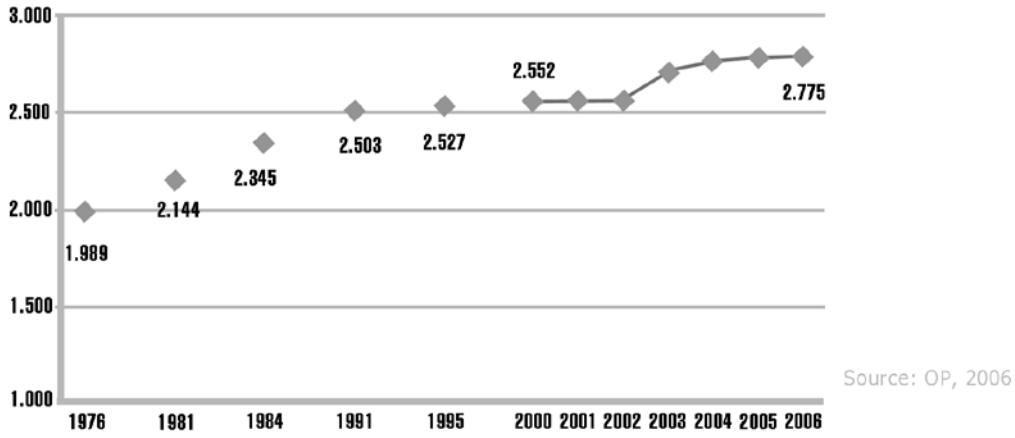
Comparing the numbers between 1954 and 2008, we have the following:

COMPARASION OF THE NUMBER OF PHARMACIES PER DISTRICT 1954 - 2008		
DISTRICT	YEAR 1954	YEAR 2008
AVEIRO	111	186
BEJA	60	53
BRAGA	92	180
BRAGANÇA	31	39
CASTELO BRANCO	45	59
COIMBRA	118	142
ÉVORA	50	53
FARO	75	110
GUARDA	52	56
LEIRIA	66	122
LISBON	364	673
PORTALEGRE	42	45
PORTO	242	434
SANTARÉM	112	144
SETÚBAL	69	198
VIANA DO CASTELO	40	64
VILA REAL	49	70
VISEU	88	105
TOTAL	1706	2733

In the Autonomous Regions of the Azores and Madeira the geographical distribution is the following: 57 pharmacies for the archipelago of the Azores and 63 pharmacies for the Archipelago of Madeira.

Comparing the last 30 years, we can deduct from the graphic below that in 1976 Portugal had about 2000 pharmacies. The number of pharmacists per pharmacy, as we will see further, increased significantly.

Evolution of the number of Pharmacies in the last 30 years



The Decree-Law nº 307/2007 and Order nº 1427/2007 allowed for pharmacies and selling points of medicines not subject to medical prescription to supply medication to the home, accept orders at a distance as well as through the Internet. Any medication can be commercialized in this manner. The Portuguese law has not established any criteria for the commercialisation of medicine through the Internet or any other method at a distance: telephone, fax and e-mail.

Pharmacies and selling points of medicines not subject to medical prescription which adhered to selling on the Internet have to have an electronic site, individualised, property of the pharmacy or selling point of medicines not subject to medical prescription, with the following information:

– Price of the services rendered regarding the supply of medication and respective home delivery;
– Accepted methods of payment;
– Geographical area in which the pharmacy secures home deliveries;
– Estimated time for the delivery of the solicited medication
– Name of the pharmacy's technical supervisor or the supervisor responsible for the selling point of medicines not subject to medical prescription.

The pharmacies which aim to supply medication through the Internet have to register in INFARMED, this is, the Ministry of Health. At the end of 2009, 5 pharmacies were registered at INFARMED, 1 in the District of Faro (South Portugal), 2 in the District of Lisbon, 1 in the District of Santarém (central south of the country) and 1 in the District of Setúbal (South Portugal).

The hospital pharmacy: legal system, characterization and professional practice (1950-2010)

The legal system of hospital pharmacies in Portugal was instituted by the Decree 44.204 of February 22nd, of 1962. That official text defines a hospital pharmacy as: "the set of pharmaceutical activities that take place in hospital organisms or services connected to them to collaborate in functions of assistance which belong to these organisms and services to promote scientific investigation and teaching which are their responsibility". The pharmaceutical hospital service is where these functions are executed.

In the Decree of 1962 the technical autonomy of pharmaceutical services was established. This same diploma created a hospital career for pharmacists, as well as a pharmacist internship. In the Decree-Law nº 48.357 of 1968 pharmacist careers were created and the Decree-Law nº275/71 compares the pharmacist career to the medical career reinforcing the importance of hospital pharmacists in the health area. The Decree-Law nº414/91 started to include the hospital pharmacists in the career of superior health technicians. In 1999 (Decree-Law nº 501/99) the area of activity of the hospital pharmacist was extended to the domain of radiopharmacy.

The main functions of the hospital pharmacist in Portugal are: organization and management; distribution and information; pharmotechnics; quality control; pharmacovigilance; clinical testing in an hospital environment; pharmokinetics; radiopharmacy; pharmaceutical follow-up. These functions were in no way indicated Decree of 1962. Over the years, pharmaceutical services adapted to new social, economic, technical, scientific realities and currently the existent activities are related to current needs.

The dimension of pharmaceutical services corresponds to the dimension of the hospitals where they are installed and the nature of the hospitals. For example, paediatric hospitals present their specificities, as well as hospitals for the treatment of cancer.

In Portugal the main network of hospitals distributed throughout the country belongs to the State. Others, also of large dimension, belong to Santa Casa da Misericórdia. In the last few years there have appeared various private hospitals belonging to private investor groups. Portuguese legislation refers to the existence of pharmacies in private health units, where the technical responsibility is of the pharmacist.

The sale of medicine outside of pharmacies: a novelty in 2005

In Portugal, until 2005, pharmacies were the only places where medication could be commercialised. In 2005, medicines not subject to medical prescription and not subsidised started to be commercialised outside community pharmacies in locations duly authorised. It was the first measure included in the same set of decisions which led to the liberalisation of the property of pharmacies in 2007. These locations have to be authorised by the Ministry of Health through INFARMED and their ownership is free, not existing any installation restrictions regarding geographical and demographic criteria as is the case of community pharmacies.

The technical supervision can be of a pharmacist or pharmacy technician (who can accumulate up to five establishments), not requiring any qualification for the employees. It was the Decree-Law n.º 134/2005, of August 16th that established the system of selling «over the counter» medicines outside of pharmacies and the Ordinance n.º 827/2005, of September 14th established the conditions for selling them. In 2007, «over the counter» medicines not subject to subsidised medical prescription by the State were commercialised in these establishments, loosing in this case subsidisation (Decree-Law n.º 238/2007, June 19th).

These establishments can be integrated in shopping centres or in spaces created specifically for this effect, in any location. There is no criteria in geographical or demographical requirements for their installation as there is for pharmacies. These establishments, besides medicines, can sell other products as some medical equipment, cosmetic products, body hygiene, childcare, etc.

In 2007, the Decree-Law nº 238/2007, of June 19th established that «over the counter» medicines subsidised by the State can be sold in these places, in the same conditions as other medicines but without subsidisation from the State.

According to INFARMED, the sales in these establishments, during the period from January until February of 2009 represented 11% of the total volume of «over the counter» medicine market.

In 2009, there were 569 selling points of OTC medicines which are distributed throughout the districts as the following:

POINTS OF SALE OF OTC MEDICINES	
DISTRICT	Nº OF LOCATIONS
AVEIRO	40
BEJA	6
BRAGA	44
BRAGANÇA	2
CASTELO BRANCO	11
COIMBRA	29
ÉVORA	7
FARO	46
GUARDA	6
LEIRIA	26
LISBON	137
PORTALEGRE	7
PORTO	87
SANTARÉM	26
SETÚBAL	49
VIANA DO CASTELO	19
VILAREAL	9
VISEU	18
TOTAL	569

The pain killer and antipyretics medicine group was the one that registered a higher number of sales with 27.7% of the total of sales. Paracetamol was the drug most sold in terms of quantities and ibuprofen was the most sold in value.

Warehouses of medicines

In Portugal the wholesale distribution of medicines and various products is carried out by wholesale warehouses of pharmaceutical products also designated warehouses for the distribution of medicines.

In Portugal, these establishments are of three kinds: multinationals of distribution; cooperatives of community pharmacies; warehouses of smaller dimensions owned by an individual or a society.

These warehouses are not allowed, by law, to sell directly to the public. They can just sell medicines among themselves and to pharmacies and other healthcare establishments. The law further establishes that these locations should have their own installations for distribution, specific equipment and a technical pharmacist supervisor.

The opening of these establishments, as well as their functioning is governed by a set of specific norms, ruled by the Ministry of Health through INFARMED.

In Portugal there is a strong tradition of cooperative systems of distribution. The first cooperative of distribution of medicines, the "Union of Pharmacists of Portugal", based in Lisbon appeared in 1935. It is interesting to point out that in 1927, on the occasion of the First National Congress of Pharmacy, in Lisbon, the distribution by wholesale of medicines was a versed subject in some communications. In some it was defended that it was important to fund a cooperative of wholesale distribution of medicines in Portugal which would be the only viable way out for Portuguese pharmacies regarding the industrialisation of medicines. After founding the Union of Pharmacists in Portugal, other cooperatives appeared reaching a total of 7. It is interesting to highlight that over a period of eighteen years, between 1967 and 1985, the remaining six cooperatives were founded. In our view the modifications which operated in the pharmaceutical industrial environment, as well as the economic sector of pharmacy, were reasons for the foundation of these establishments.

DATES OF THE FOUNDATION OF PORTUGUESE COOPERATIVES

COOPERATIVE	LOCATION	YEAR
UNION OF PHARMACISTS OF PORTUGAL	LISBON	1935
COFANOR - COOPERATIVA FARMACÊUTICOS DO NORTE	PORTO	1967
CODIFAR - COOPERATIVA DE DISTRIBUIÇÃO FARMACÊUTICA	LISBON	1973
FARBEIRA - COOPERATIVA DE FARMACÊUTICOS DO CENTRO	COIMBRA	1973
COPROFAR - COOPERATIVA DOS PROPRIETÁRIOS DE FARMÁCIA	PORTO	1975
FARCENTRO - COOPERATIVA FARMACÊUTICA DO CENTRO DE PORTUGAL	COVILHÃ	1977
COFARBEL - COOPERATIVA DE COMERCIALIZAÇÃO DA BEIRA LITORAL	COIMBRA	1985

In 2006, three cooperatives located in central Portugal merged and Farbeira, Cofarbel and Farcentro gave origin to Plural – Cooperativa Farmacêutica, CRL based in Coimbra.

This tendency to merge also occurred in small warehouses which either closed their doors or were integrated in warehouses of bigger dimensions.

The frequency of delivery of medicines to the pharmacies is, in most locations, three times a day, which allows pharmacies to minimise their stock and at the same time satisfy their customers in the same day. In general, pharmacies place the orders through the computer to the warehouses where these are processed and distributed in vehicles duly equipped for the purpose.

Besides the distribution of medicines there are many other services offered by warehouses to the pharmacies. Among these services are: diverse information on medicine and products; collection and treatment of expired medication and medication waste for incineration (Valormed); organisation of post graduate continuing education and professional valorisation for the teams of the pharmacies; etc.

The following table shows the main warehouses and cooperatives of pharmaceutical distribution in Portugal. Some warehouses are national and others foreign but with participation of Portuguese companies, as is the case of Alliance Healthcare which was in part acquired by ANF (National Association of Pharmacies).

DISTRIBUTION WAREHOUSE	LOCALISATION	AREA
Alliance Healthcare	Lisbon	Centre
OCP Portugal	Lisbon	Centre
Udifar	Coimbra	Centre
Cooprofar	Guarda	Centre
Plural	Coimbra	Centre
Botelho & Rodrigues	Lisbon Linda-a-Velha	Centre
Disfaport	Lisbon- Rio de Mouro	Centre
Alliance Healthcare	Aveiro	North
OCP Portugal	Porto	North
Cooprofar	Porto - Gondomar	North
Cofanor	Porto	North
Plural	Feira	North
Botelho & Rodrigues	Braga	North
Medicanorte	Barcelos-Braga	North
Alliance Healthcare	Almancil - Faro	South
OCP Portugal	Setubal	South
Udifar (Codifar)	Lisbon	South
Udifar (União)	Lisbon	South
Cooprofar	Alcochete	South
Cofanor	Coimbra	South
Plural	Faro	South
Neodifar	Lisbon- Benfica	South

As can be observed, the warehouses are distributed uniformly throughout different regions of the country.

The market is divided in the following manner: Cooperatives – 40%; International Companies – 29%; National Companies (more significant) – 9.5%; Others – 21.5%

Global characterisation of the pharmaceutical profession in Portugal

In the last thirty years the pharmaceutical profession has undergone profound changes. These alterations were observed in the scientific, technical, professional and economic field. In 2009 there were no unemployed pharmacists in Portugal. All newly graduates are absorbed by the work market in different areas. It is the profession that, according to current data, gives the best salaries to newly graduates.

The situation was not always this way. The industrialisation of medicines in the first half of the 20th century led to a strong crisis in Portuguese pharmacies and the practise of the pharmaceutical profession, mainly between the 30's and 60's of the 20th Century. The Schools of Pharmacy had very few students, there were few pharmacists in Portugal, and economically the profession became less attractive. In various pharmaceutical periodicals there was talk of a crisis, the illegal practice of the profession, and the lack of economic and social prestige of the profession. All we have to do is look at pharmaceutical periodicals as *Notícias Farmacêuticas*, *Acção Farmacêutica*, *Eco Farmacêutico*, among others, to understand the state of things.

In the 70's we started to witness profound alterations in the practice of the profession. The foundation of the National Health Service, the system of subsidisation of medicines, the valuing of the profession incentivised by institutions as the National Association of Pharmacies, and later, the entrance of Portugal into the European Economic Community and all the alterations occurring from that in the midst of the 80's are some of the most important marks for revaluing the role and prestige of the pharmacist and pharmacies. We should further mention the alterations done in the pharmaceutical industry where foreign influence is determinant.

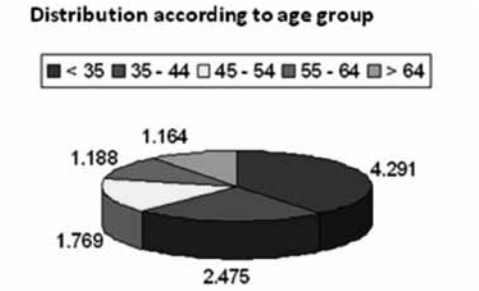
In Portugal, access to the pharmaceutical profession is done by the Order of Pharmacists. This is: after concluding their studies in Pharmaceutical Sciences existent in the various Portuguese Universities, the young pharmacists have to be admitted by the Order of Pharmacists. In Portugal it is this institution which regulates, the access to the profession. No pharmacist can practice the profession without being enrolled in the Order of Pharmacists.

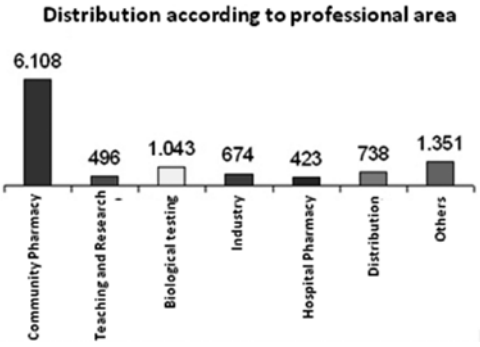
In Portugal, the pharmacists can practice their activity in various professional areas: Retail Pharmacy (commonly designated as a community pharmacy); Hospital Pharmacy; Biological Testing; Pharmacy Industry; Pharmaceutical Distribution; Teaching; Research; various other areas.

The Order of Pharmacists also attributes the title of specialist in some professional areas. The Schools of Speciality of the Order of Pharmacists are organisms of this institution which regulate the attribution of specialist titles. All those interested, after appropriate evaluation, can receive the specialist title which is presented by the Order

of Pharmacists. Currently, there are 5 Schools of Speciality: Clinical Analysis (founded in 1981); Pharmaceutical Industry (founded in 1981); Hospital Pharmacy (founded in 1995); Regulatory Issues of Medication (founded in 1999); Community Pharmacy (founded in 2009).

There are 11624 pharmacists enrolled in the Order of Pharmacists (data referring to 2008). From this number, 812 do not practice the profession. The pharmacists are divided into various age groups, gender, professional areas and regional sections according to the following graphics:





Data from the Order of Pharmacists referring to 2008.

The number of pharmacists doubled since 1993 according to what can be observed.

Data of the Order of Pharmacists referring to 2008.

The number of pharmacists has increased significantly since the 60's until today. However, their distribution in professional groups has been more or less similar over the last three decades.

Most pharmacists practice their activity in community pharmacies.

EVOLUTION OF THE Nº OF PHARMACISTS IN EACH PROFESSIONAL AREA					
	1970	1980	1990	2000	2004
BIOLOGICAL TESTING	170	533	952	1162	1157
PHARMACEUTICAL DISTRIBUTION	8	31	146	318	434
TEACHING	51	164	346	450	412
HOSPITAL PHARMACY	53	107	294	640	777
COMMUNITY PHARMACY	1178	1905	2898	4816	6089
PHARMACEUTICAL INDUSTRY	137	217	399	630	717
RESEARCH	13	41	95	149	157
DOES NOT PRACTISE	58	69	95	117	130
NOT INDICATED	95	241	246	635	860
OTHERS	34	70	146	264	301
TOTAL	1797	3378	5617	9181	11034

In the distribution of genders the pharmaceutical profession is still in its majority a female profession.

EVOLUTION OF THE Nº OF MALE AND FEMALE PHARMACISTS					
	1970	1980	1990	2000	2004
MEN	497	780	1281	1829	2284
WOMEN	1300	2598	4336	7352	8750
TOTAL	1797	3378	5617	9181	11034

Source: Order of Pharmacists

This significant increase of the number of pharmacists contributed to an increase in the number of pharmacists per pharmacy. This increase of the number of pharmacists per pharmacy, on the other hand, allowed for greater diversification of their functions.

A more detailed follow-up of patients through pharmaceutical care, the implementation of quality certification and specialisation of pharmacists in certain areas (childcare, orthopaedics, and dermocosmetics, among others) were only made possible with the existence of more than one pharmacist per pharmacy.

It should be mentioned that the legislation of the pharmacy ownership and the pharmacist professional practice promulgated in 2007 determined that each pharmacy in Portugal has to have at least two pharmacists and that the team of each pharmacy half of its members should be pharmacists.

It can be said that today the pharmaceutical profession in Portugal is mainly carried out by women and that it is a young profession.

History of the implementation of pharmaceutical care in Portugal

Pharmaceutical care constitutes a recent pharmaceutical professional practice which is done with the purpose of improving the use of medicines and reducing the negative results which are associated to these medicines. In this manner it is relevant to supply medicines in a personalised manner, as well as a follow-up of the medication supplied to the patient. This set of activities is usually designated as follow-up or pharmacotherapeutic monitoring.

This practice is associated, as well, to some other services, as pharmaceutical indication, pharmacovigilance, and education for health, etc. Thus, all the activities can give a significant contribution to the rational use of medication and are also articulated, necessarily, with this type of practice as they benefit from a better use of medicines.

Pharmaceutical care was established around 2000 in Portugal, through a group of pharmacists which had a strong scientific connection to the Group of Research in Pharmaceutical Care of the University of Granada, in Spain. The Spanish influence was felt more intensely in Portugal than the influence of the United States of America, pioneer country of the genesis of Pharmaceutical Care. Portugal has certainly been influenced by some measures applied in Spain. Remember that in 1998, a group of pharmacists reunited in the city of Granada to establish a uniform set of criteria and concepts. From that meeting the so called Consensus of Granada on Problems Related to Medication (PRM) was founded, which resulted in a publication in 1999. Three years later, in 2002, the Second Consensus of Granada on Problems Related with Medication was established; this process determined some criteria which helped clarify some existent doubts. The Third Consensus of Granada appeared in 2007, having resulted in a new concept, RNM: Negative Results associated to Medication. PRMs started, in this manner, to be considered elements of the process while RNMs started to be considered as their causes.

Pioneer Portuguese pharmacists in Pharmaceutical Care, seeing the advantage that pharmaceutical care could bring to their customers through the work done by

pharmacists, made an effort to offer various training workshops in Portugal. The goal was to try to introduce this new area in Portugal.

They started their work with a reduced number of pharmacists interested in the area. Then they affiliated with the Universidade Lusófona, in Lisbon, a private University, creating the first *Curso de Especialização Pós-Graduada em Cuidados farmacêuticos-seguimento fármaco terapêutico* (Post-Graduate Specialisation Course on Follow-up pharmaceutical care of therapeutic medicines). This course allowed the access of a wider number of pharmacists and had a significant adherence.

This group from the Universidade Lusófona has organised activities in divulging Pharmaceutical Care. The organization of *Encontros de Casos Práticos de Seguimento Farmacoterapêutico* should be highlighted, the support of projects along with the pharmaceutical industry and, more recently, the role performed by the Portuguese Society of Pharmaceutical Care.

The National Association of Pharmacies, realising the importance of pharmaceutical care, also created, various qualification trainings in this area, although in this case the programmes of Pharmaceutical Care were focused on certain specific pathologies as diabetes, hypertension and asthma.

Currently there are various institutions dedicated to the teaching of pharmaceutical care in Portugal, namely through Post-Graduations and Masters. However, the Universidade Lusófona, the National Association of Pharmacies and more recently, the Portuguese Society of Pharmaceutical Care are some of the most directly interacting with pharmacies. More recently the Order of Pharmacists has been advising Portuguese pharmacists on training courses in Pharmaceutical Care for Portuguese pharmacists. At the level of pre-graduate university training, the Faculties of Pharmacy in Portugal started to invest in this area, meeting the needs of the professional community.

In Portugal, various pharmaceutical journals frequently publish articles on the subject. Pharmaceutical care has widely been the focus in professional journals as *Mundo Farmacêutico*, *Boletim Informativo da Associação Portuguesa de Farmácia Hospitalar* and *Farmácia Observatório*. Also in periodicals of a more scientific nature as *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias* we find some studies related to pharmaceutical care.

Associations of the pharmaceutical class in Portugal

In Portugal there are various associations which develop their activity in the pharmaceutical sector. There are institutions some which have been in place for many decades and others whose history is more recent. Their creation and organisation articulates with various political and social moments of the country.

There is an institution which confers the labour evidence booklet and regulates the practice of the profession – the Order of Pharmacists.

There is an institution of the State dependent on the Ministry of Health, INFARMED, which administers in Portugal all that regards pharmacy and medicines.

There are other sectorial institutions of pharmacy constituted by pharmacists or employers which are aimed at defending the interests of those pharmaceutical sectors.

The origin of INFARMED remounts to 1940 with the creation for the first time in Portugal of an institution aimed to regulate a large sector of pharmacy and medicine – the Regulatory Committee of Chemical Products and Pharmaceuticals – CRPQF, this institution appears in full force during the Estado Novo, and in the sequence of a set of normalising measures established by the State. Its competences were administrating different areas related to medical products, chemicals and fertilisers. Among the various competences the orientation and discipline of import and commerce of these products in the country and, , the guarantee of the supply of these products in the country should be mentioned. Tutelage institution of prices, guaranteeing the quality of products and inspecting the sector were the functions of this institution. The creation of *CRPQF* was based on the awareness of a certain disorganisation in the industrial and commercial activities, mainly in medicines and medical products.

Many of these normalising measures were related to the institutions and commerce of products, of the medicines rather than the quality. It should be highlighted that the implementation of the Decree nº 41448, of December 18th of 1957 was relevant in accentuating the tutelage measures on medicines. In effect, this Decree created the Technical Commission of New Medicines and functioned along with the General-Directorate of Health, with the purpose of studying and giving an opinion on the authorizations of launching medicines on the market. This way, the role of the State in supervising the control of new medicines became clear. When this Committee came into force, the number of medicines in Portugal was drastically reduced within the space of about a decade. Through the Decree n.º 35/72, of January 31st, the Regulation of the National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge was approved, affiliating the mentioned Committee to that Institute. It was dependent on the Department of Approval of Medicines, Vaccines, Serums and Other Biological Products.

In 1984, the General Direction of Pharmaceutical Issues – DGAF was created. This institutions purpose was the supervision of all aspects regarding pharmacy and medicines in Portugal. The referred committee for evaluating new medicines continued its work now dependent on DGAF, as a specialised technical commission of consulting nature, in articulation with the Direction of Services of Pharmacy and Medicines, its competence was to conduct activities leading to the market authorization of new medicines.

With the adherence of Portugal to the European Community it became necessary to adapt the internal laws to communitarian directives. The modernisation of the institutions of tutelage related to medicine and the promulgation of laws according to communitarian directives was not observed. In 1993 was a new Organic Law of the Ministry of Health was promulgated, creating the National Institute of Pharmacy and Medicine – INFARMED in 1993. This institution was aimed at supervising all aspects regarding pharmacy and medicine, from research to its commercialisation.

Recently, in 2006, INFARMED became the National Authority of Medicine and Health Products, IP. It maintained the initials INFARMED. It is a public institute under the tutelage of the Ministry of Health and follows the policy of health established by this Ministry. INFARMED´s purpose is regulating and administrating all the sectors regarding medicine, medical equipment, cosmetics and body hygiene

products. INFARMED contributes to the existence of an adequate policy for medicines in Portugal, authorising the entrance of new medicines in Portugal, suspending medication, opening a competition for the attribution of new pharmacies, closing pharmacies and pharmaceutical industries, regulating, evaluating, authorising, supervising, controlling distribution, commercialisation, use of medicines and medical and cosmetic equipment, etc.

The Order of Pharmacists was founded in 1972, by the Decree-Law n.º 334/72, of August 23rd. It is a public association which defends the interests of all Portuguese pharmacists who practice their activity in Portugal. The genesis of the Order of Pharmacists goes back to 1835, year in which the Sociedade Farmacêutica Lusitana was founded, forerunner institution of the Order of Pharmacists. In 1935 the *Sindicato Nacional dos Farmacêuticos* (National Union of Pharmacists) was founded, it was the institution which succeeded the Sociedade Farmacêutica Lusitana. Its foundation was due to a decision made by the Government which profoundly altered the creation of associations in Portugal and led to the merge of various associations by governmental imposition. This associative policy articulates with the established policy of Estado Novo and has to be analyzed, correctly, in a political and social-economic context. One of the consequences of the new political order of the country operated after the revolution of 1926 was the cooperative organisation of the pharmacy. The launch of the labour evidence booklet and its regulation in 1939 were equally relevant. Since the thirties, Portuguese pharmacists aspired to have an Order of Pharmacists. However, it only came to be in 1972. The Order of Pharmacists came to succeed in the rights and patrimonial obligations of the National Union of Pharmacists which was extinct, precisely in 1972. The Order of Pharmacists has a National Direction; it has its headquarters in Lisbon and is constituted by the Regional Sections of Lisbon, Coimbra and Porto, and the Regional Delegations of the Azores and Madeira. The Order of Pharmacists has the purpose of regulating the practice of the pharmaceutical profession and the dignity of the profession, defending the interests of the pharmaceutical profession and collaborating with the government in the definition of health policies. In this manner, the Order of Pharmacists practices its functions in the social, scientific, cultural, deontological, professional and economic domain of the pharmaceutical activity. The CIM – This organism was created in 1984 with the purpose of giving pharmacists updated information on medication allowing them to improve its use, making it more objective and secure.

There are also various sectorial associations which defend the interests of pharmacy in Portugal. It is the case of the National Association of Pharmacies – ANF. It was founded in 1975. In its origin is the fact that after the revolution of the 25th of April of 1974 there was the need to give a public voice and defend the interests of the pharmaceutical sector of community pharmacies in a period in which the relations between the State and the pharmacies were not harmonious, mainly in the economic sector. ANF has currently, approx. 97% of the Portuguese pharmacies. Its objectives are the defence of interests of Portuguese pharmacies and their owners. Before that association existed in Portugal the Grémio Nacional das Farmácias was founded in 1938, the institution which in some way preceded ANF in its functions. ANF constitutes today

an institution of great economic and negotiable power among Portuguese pharmacies the State and other sectors of public and associative life.

Another association with significant negotiable and economic power is APIFARMA – Portuguese Association of the Pharmaceutical Industry. It is an institution of defence of the interests of the companies which in Portugal produce, import and export medicines for human use, veterinarian medicines, serums, vaccines, medical products and diagnostics auxiliary products. It was founded in 1975, precisely one year after the Revolution of April 25th, in a period in which Portugal was living an accentuated political and social agitation. Before APIFARMA the Grémio das Indústrias e Especialidades Farmacêuticas was in place in Portugal, created in 1939, precisely in an accentuated period of normalisation of pharmacy and medicines, which marks some of the first years of the Estado Novo. APIFARMA and ANF occupied partially the space left open with the extinction of *Grémio Nacional dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas* and *Grémio dos Armazenistas de Drogas e Produtos Químicos e Farmacêuticos do Norte* and *Grémio dos Armazenistas de Drogas e Produtos Químicos e Farmacêuticos do Sul*. These were sectorial institutions of pharmaceutical activity, founded in the end of the thirties and their foundation can only be understood in the context of the political regime of the time.

Besides these two institutions, which present greater public notoriety at the level of the pharmaceutical sector – ANF and APIFARMA – mainly economic and pharmaceutical, there are other associations of the pharmaceutical sector related to community pharmacy, the pharmaceutical industry and hospital pharmacy. Among the most relevant is, for example, the Association of Pharmacies of Portugal – AFP (founded in 1990). The Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos, whose origin goes back to 1931 with the foundation of the Associação Comercial de Droguistas do Sul de Portugal. The Associação dos Profissionais de Registos e Regulamentação Farmacêutica – APREFAR, was founded in 1992. The Portuguese Association of Hospital Pharmacies. The Portuguese Association of Generic Medicines – APOGEN.

Bibliography and sources:

Aceves Pastrana, Patricia (Ed.), Tradiciones e intercambios cientificos: materia médica, farmacia y medicina, México: UAM/RIHECQB, 2000.

Aguiar, A. Hipólito, 'A distribuição grossista e o farmacêutico', Aguiar, A. Hipólito (Ed.) – Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 160-174.

Bandeira, Romero, 'Drogas versus medicamentos. Uma nótula histórica', Medicina na Beira Interior, Da Pré-História ao Século XX – Cadernos de Cultura 1999, 13:60-61.

Basso, Paula, A farmácia e o medicamento. Uma história concisa, Lisboa: CTT Correios, 2004.

Borralho, Eugénio; Coutinho, J. Barroso, A situação económica das farmácias do continente, Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 1974.

Brojo, A.Pinho de, 'Pharmaceutical education', in: Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 10-19

Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos. Medicamentos especializados e produtos químicos medicinais, 2 vols. Lisboa: 1956.

Congresso Nacional dos Farmacêuticos'96 / 3º Congresso Mundial dos Farmacêuticos de Língua Portuguesa. 22, 23 e 24 de Novembro de 1996, Lisboa: 1998.

Congresso (I) Nacional da Indústria Farmacêutica, 2 vols. Lisboa: 1968.

Cunha, Guilherme de Barros e, Questões farmacêuticas, Coimbra: Tipografia da Gráfica de Coimbra, 1934.

Dias, J.P. Sousa, A farmácia em Portugal. Uma introdução à sua história. 1338-1938, Lisboa: Associação Nacional das Farmácias/ Inapa, 1994.

Duarte, António Groen, 'A Comissão Técnica dos Novos Medicamentos e o seu papel pioneiro no processo de autorização de medicamentos em Portugal', in: António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 55-63.

Em defesa da farmácia, Lisboa: Grémio Nacional das Farmácias, 1968/1969.

Esteva de Sagrera, Juan, Historia de la farmacia. Los medicamentos, la riqueza y en bienestar, Barcelona: Masson, 2005.

Farmacopeia Portuguesa, Edição oficial, Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1935.

Farmacopeia Portuguesa IV, Edição oficial, Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1946.

Farmacopeia Portuguesa IV. Suplemento. Edição oficial, Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1961.

Ferreira, Luís Santos; Matos, João Carlos Leal de, 'Disciplina corporativa e condicionamento industrial: o Estado Novo e a indústria farmacêutica', in António GroenDuarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 41-45.

Guimarães, João José Lobato, Medicina e indústria farmacêutica, Sep. De O Médico, 1968.

Henriques, Carlos Laranjeira, 'Pharmaceutical industry', in: Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 20-37.

Higby, Gregory; Stroud, Elaine (eds), The inside story of medicines, Madison: AIHP, 1997.

Isabel, Odete, 'Hospital pharmacy', in: Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 62-69.

Ivo, Rui Santos, 'A evolução da regulação do medicamento: das primeiras normas do século XX ao actual Estatuto do Medicamento', in António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 65-70.

Jornadas (V) Farmacêuticas Portuguesas. Conferencias. Temas oficiais. Colóquios. Comunicações, Coimbra: 1966.

Jornadas INFARMED. Medicamento. As politicas nacionais face à internacionalização. Janeiro 1997, Lisboa: INFARMED, 1997.

Larisch, Gastão, Faculdade de Farmácia de Coimbra. Entrevistas sobre o seu restabelecimento, Coimbra: Separata de Diário de Coimbra, 1960.

Martins, Armando Alcobia, 'A farmácia hospitalar do futuro', A. Hipólito Aguiar (ed.), Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 144-155.

Martins, Luís Paixão, 1975-2000. 25 anos ANF, Lisboa: ANF, 2000.

Morais, Maria Ângela; Ribeiro, Sérgio; Glória, Joaquim, A investigação no desenvolvimento; Da racionalidade e da organização; Um 'exercício' sobre o mercado farmacêutico. Trabalhos apresentados no I Congresso Nacional da Indústria Farmacêutica, Lisboa: 1968.

Morais, José Augusto Guimarães, 'A evolução das Comissões Técnicas a nível nacional e internacional', in: António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 125-130.

Pacheco, Alexandra,'A farmácia e o farmacêutico comunitário do futuro', A. Hipólito Aguiar (ed.) – Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 175-184.

Pita, João Rui, História da farmácia, 3ª ed. Coimbra: MinervaCoimbra, 2007.

Pita, João Rui, 'A Faculdade de Farmácia de Coimbra em 1921', in: A. Pinho Brojo; Maria de Lourdes Rebelo, João Rui Pita (eds.), Farmácia, Ciência e Universidade. A fundação da Faculdade de Farmácia de Coimbra em 1921, Coimbra: Minerva, 47-63.

Pita, João Rui, 'Ciências médico-farmacêuticas e normalização social', in: M.M. Tavares Ribeiro (eds.), Portugal — Brasil. Uma visão interdisciplinar do Século XX Coimbra: Quarteto, 2003, 405-436.

Pita, João Rui, 'Dos manipulados à indústria dos medicamentos: ciência e profissão farmacêutica em Portugal (1836-1921)', in: História ecológico-institucional do corpo. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006, 29-50.

Pita, João Rui, 'História da profissão farmacêutica em Portugal. Alguns problemas e reflexões', António Hipólito Aguiar (ed.) – Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 20-40.

Pita, João Rui, 'Para uma história da publicidade farmacêutica em Portugal', in: António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 31-39.

Pita, João Rui, 'Sanitary normalization in Portugal: pharmacies, pharmacopoeias, medicines and pharmaceutical practices (19th-20th Centuries)', in Laurinda Abreu (Ed.) – European Health and Social Welfare Policies, Brno: Compostela Group of Universities/PhoenixTN, European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies/Brno University of Technology-Vutium Press, 2004, 434-453.

Pita, João Rui; Pereira, Ana Leonor, 'A Europa científica e a farmácia portuguesa na época contemporânea'. Estudos do Século XX , 2002, 2:231-265.

Pita, João Rui; Pereira, Ana Leonor, 'Saberes e micropoderes às portas do séc. XX. Na rota da identidade farmacêutica: o caso coimbrão', in João Rui Pita; Ana Leonor Pereira (ed.), Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições e instituições, Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006, 169-174.

Proposta de lei sobre a propriedade de farmácia. Declarações de S. Exª o Ministro da Saúde á "Revista Portuguesa de Farmácia", em 25 de Novembro de 1962, Lisboa: Separata da Revista Portuguesa de Farmácia, 12, 433, 1962.

Puerto Sarmiento, F.J., El mito de Panacea. Compendio de historia de la terapéutica y de la farmácia, Madrid: Doce Calles, 1997.

Rebelo, Paulo Barradas, 'A indústria farmacêutica. Uma actividade com futuro na Europa?', in A. Hipólito Aguiar (ed.) – Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 128-138.

Reis, Carlos, 'A comprovação dos medicamentos na estratégia da qualidade', in António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 81-88.

Relatório da Comissão Reorganizadora da Indústria dos Produtos Farmacêuticos, Lisboa, GNIEF, 1967.

Rodriguez Nozal, Raúl; Gonzalez Bueno, António (eds.), El medicamento de fabricación industrial en la España contemporânea, Madrid: CERSA, 2008.

Rosas, Susana, 'Clinical analysis', in: Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 70-76.

Segundo Congresso Luso-Espanhol de Farmácia Resumos das Comunicações, Porto: 1952.

Sério, Hernâni; Norte, João, 'Na organização regulamentar e administrativa dos medicamentos e produtos de saúde', in: A. Hipólito Aguiar (ed.), Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão, Lisboa: AJE-Sociedade Editorial, 2005, 213-217.

Silva, José Aranda da, 'Public administration in the field of pharmaceutics and medicines', in Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 6-9.

Silva, José Aranda da, 'Da Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos ao INFARMED', in António Groen Duarte (ed.), Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro, Lisboa: Infarmed, 2008, 17-21.

Silveira, João, 'Community pharmacy', in Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 48-61

Situação (A) económica das farmácias na metrópole, Lisboa: Grémio Nacional das Farmácias, 1967.

Subsídios para o lançamento das bases dos Serviço Nacional de Saúde, Lisboa: Secretaria de Estado da Saúde, 1974.

Teodoro, Luís Ferrão, 'Wholesalers', in: Pharmacy in Portugal, Lisboa: FIP94, 1994, 38-47.

Terceiras Jornadas Farmacêuticas Portuguesas. Resumos das Comunicações, Lisboa: Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, 1964.

Pharmaceutical and medical journals:

"Acção (A) Farmacêutica"
"Anais da Faculdade de Farmácia do Porto"
"Boletim da Escola de Farmácia da Universidade de Coimbra"
"Boletim da Escola Superior de Farmácia"

"Boletim da Faculdade de Farmácia"
"Boletim da Faculdade de Farmácia de Coimbra"
"Boletim do Grémio Nacional das Farmácias"
"Coimbra Médica"
"Eco Farmacêutico"
"Farmácia Distribuição"
"Farmácia Portuguesa"
"Interfarma"
"Jornal dos Farmacêuticos"
"Jornal do Médico"
"Jornal do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos"
"Medicina (A) Contemporânea"
"Médico(O)"
"Monitor (O) da Farmácia"
"Notícias Farmacêuticas"
"Notícias Médicas"
"Revista da Ordem dos Farmacêuticos"
"Revista Portuguesa de Farmácia"
"Tempo Medicina"

Sites:

www.farmaciasportugal.com
www.infarmed.pt
www.infarmed.pt
www.ordemdosfarmaceuticos.pt
www.grupolusofona.pt(SPCFar)
www.ordemdosfarmaceuticos.pt
www.associacaonacionaldasfarmacias.pt
www.infarmed.pt
www.infarmed.pt
www.ordemdosfarmaceuticos.pt
www.portaldasfarmacias.com

Szpital Żydowski w Przemyślu (1595–1944)

The Jewish Hospital in the Town of Przemyśl (1595-1944)

Zenon Andrzejewski

Przemyśl

Streszczenie: Artykuł przedstawia historię szpitala żydowskiego, istniejącego w latach 1595-1944 w Przemyślu. Pierwotnie był to przytułek dla ubogich, zamknięty w 1772 r. Następne wzmianki o tym szpitalu pochodzą z 1842 r. i dotyczą pomocy finansowej udzielanej mu przez Żydowską Gminę Wyznaniową. W 1872 r. szpital został zreorganizowany, a w 1904 r. rozbudowany. Pracowali w nim lekarze polscy i żydowscy. Podczas I wojny światowej w jego budynkach były zlokalizowane różne szpitale wojskowe i epidemiczne. W okresie międzywojennym szpital nadal służył ludności żydowskiej. Po wyzwoleniu Przemyśla spod okupacji niemieckiej przestał istnieć.

Abstract: The article presents the history of the Jewish Hospital existed in 1595-1944 in the town of Przemyśl in Poland. It was established as a shelter for the poor Jews and was closed in 1772. In 1842 the hospital was supported by a newly established Jewish community and reorganized in 1870. There was a place to work for Polish and Jewish doctors. In 1904 the Jewish Hospital was reorganized and extended. During the First World War in its buildings some military and epidemic hospitals were organized. It was open for Jewish community in the interwar period. After the Second World War the hospital was liquidated.

Słowa kluczowe: historia medycyny, szpitale żydowskie, historia Przemyśla

Key words: history of medicine, Jewish hospitals, history of the town of Przemyśl

Przemyśl należał do tych nielicznych miast w Polsce, w których Żydzi mieli swój własny szpital. Pierwsza wzmianka o jego powstaniu pochodzi z r. 1595, kiedy to magistrat przemyski odstąpił Żydom grunt na wale (70 łokci długi, 11 szeroki), celem wybudowania szpitala i domów dla kantora i szkolnika[1].

Istnienie tego szpitala potwierdza zapis w aktach miejskich, stwierdzający, że w r. 1628 pospólstwo przemyskie wszczęło awanturę na ulicy żydowskiej, podczas której obrabowano m.in. szpital żydowski[2]. Szpital ten miał charakter przytułku dla ubogich. Na temat jego działalności nie mamy jednak żadnych przekazów źródłowych, z powodu spalenia się w r. 1745 archiwum synagogalnego. Wiemy tylko,

[1] M. Schorr, *Żydzi w Przemyślu do końca XVIII w.*, (reprint), Jerozolima 1991, s. 15.

[2] Z. Felczyński, *500 lat szpitalnictwa w Przemyślu 1461-1964*, Przemyśl 1965, s. 34-35.

Ryc. 1. Dr Aleksander Steinhardt – dyrektor Szpitala Żydowskiego w Przemyślu (zdjęcie ze zbiorów syna Alfreda Steinhardta)

że na mocy kontraktu zawartego 4 kwietnia 1675 r. między cechem cyrulickim a cyrulikami żydowskimi, leczeniem w szpitalu zajmował się cyrulik Abraham Jakubowicz[3]. W r. 1772 szpital żydowski został zamknięty przez władze austriackie. Czy na jego miejscu powstał jakiś inny przytułek – nie wiemy.

Z nowo powstałym szpitalem żydowskim spotykamy się dopiero w r. 1842. Został on założony przez Żydowską Gminę Wyznaniową (ŻGW) 10 lipca 1842 r., z dobrowolnych składek członków gminy. Szpital posiadał w obligacjach, jako kapitał zakładowy, nieruchomość i kwotę 4364 złotych reńskich oraz 16 centów. Procenty od tego kapitału i dochód z łaźni żydowskiej stanowiły stałe dochody szpitala. Nadzór nad nim sprawowała gmina wyznaniowa, zaś zarząd składał się z zarządcy, kontrolera i lekarza. Szpital mieścił się w dzielnicy żydowskiej miasta i w swej strukturze nie odbiegał początkowo od szpitali – przytułków tego typu, powstających w XVIII w., w których chorzy znajdowali pomoc i opiekę. Nie było w owym czasie podziału chorych i pacjenci z różnymi schorzeniami leżeli obok siebie na jednej sali. Stan ten z latami ulegał poprawie.

W r. 1870 nastąpiła reorganizacja szpitala – został przeniesiony do budynku Gminy Żydowskiej, położonego przy ul. Bocznej Jagiellońskiej, w dzielnicy bardzo gęsto zaludnionej. Budynek był jednopiętrowy. Na parterze mieściła się kancelaria zarządu, kuchnia i magazyny, a także 2 sale dla chorych, zaś na piętrze 4 dalsze sale oraz izolatka dla osoby chorej psychicznie. Obok budynku szpitalnego, do którego przylegało obszerne podwórze, znajdowała się kostnica. Przywożono do niej również zmarłych Żydów z okolicznych wsi i stąd wyprowadzano zwłoki na kirkut. Z tego powodu wokół szpitala gromadziły się często tłumy lamentujących i płaczących ludzi, odprowadzających swoich bliskich i dalszych krewnych na miejsce wiecznego spoczynku.

---

[3] M. Schorr, op. cit., s. 194 i nast.

Ryc. 2. Brama wjazdowa do Szpitala Żydowskiego w Przemyślu

Szpital, zarządzany nadal przez ŻGW, nie otrzymywał żadnych dotacji, a na jego fundusz składały się opłaty od ustawiania nagrobków na cmentarzu, jak również dary przekazywane przez bogate mieszczaństwo żydowskie. Ponadto budżet szpitala zasilano dobrowolnymi datkami zbieranymi w czasie kwest po mieście (tzw. szewijis geld) i wsiach, zaś po domach umieszczano specjalne puszki, do których wrzucano ofiary na potrzeby szpitalne.

Przyjęcie do szpitala było uzależnione od decyzji lekarza i przewodniczącego sekcji szpitalnej, który badał stan majątkowy chorego. Przyjmowano bowiem tylko ubogich, którym sytuacja materialna nie pozwalała na leczenie domowe. Zapłatę za pobyt i leczenie w szpitalu pobierano wyjątkowo od obcych lub nieco zamożniejszych – taksa wynosiła 15 guldenów miesięcznie. Lekarze pełnili swe funkcje bezpłatnie. W pamięci Żydów przemyskich dobrze zapisał się dr Michał Szyszkowski, Polak, katolik, który przez dwadzieścia lat służył swoją wiedzą i doświadczeniem chorym szpitala żydowskiego. „(...) Dr Szyszkowski był to niezwykle dobry człowiek i nigdy nie odmawiał swej pomocy lekarskiej i ludzkiej. Nieraz zdarzało się, że po północy, w najgorszą pogodę, spieszył do szpitala, do chorego. Podobnie jak jego poprzednik, nie pobierał doktor Szyszkowski żadnego wynagrodzenia. Gdy pewnego razu zaniosłem mu 300 guldenów, przyznanych mu przez gminę jako remunerację, dr Szyszkowski nie przyjął tych pieniędzy, przeznaczając je na rzecz szpitala (...)" – wspominał po latach sanitariusz szpitala, Mojżesz Glanzman[4].

[4] *Księga jubileuszowa Szpitala Żydowskiego w Przemyślu 1924-1934*, Przemyśl 1935, s. 23.

Ryc. 3. Pawilon główny

Ryc. 4. Nowe skrzydło głównego pawilonu

Szybki rozwój Przemyśla w drugiej połowie XIX w. i wzrost liczby ludności żydowskiej spowodowały, że szpital stał się za mały. Ponadto stan, w jakim się znajdował budynek szpitalny, nie odpowiadał nawet elementarnym wymogom sanitarnym, a jego położenie, w najbardziej zaludnionej dzielnicy miasta, groziło w każdej chwili wybuchem epidemii. Również władze wojskowe, w związku z rozbudową twierdzy i powiększaniem się garnizonu, domagały się, by usunięto ze śródmieścia szpital żydowski. Stąd Namiestnictwo Galicyjskie we Lwowie dwukrotnie zarządzało zamknięcie szpitala i tylko dzięki interwencjom ŻGW udawało się chwilowo odsunąć jego likwidację.

Równocześnie gmina szukała intensywnie jakiegoś bogatego fundatora, który mógłby sfinansować kupno gruntu i budowę nowego szpitala. Z pomocą przyszedł zamożny przemyski przemysłowiec Eliasz Hirth. Z jego upoważnienia, w r. 1904, wiceprezes ŻGW Mojżesz Scheinbach nabył realność Thomasa przy ul. Glinianej 11 (przemianowanej później na Szaszkiewicza), składającą się z ogrodu i dwóch domów mieszkalnych (dwupiętrowego i parterowego), które zaadaptowano na cele szpitala dla ubogich. Fundator przekazał na tę transakcję 72000 koron, a ponadto pokrył koszt murowanego ogrodzenia cmentarza żydowskiego w wysokości 10000 koron, istniejącego w sąsiedztwie szpitala. E. Hirth zastrzegł sobie i dla swoich spadkobierców prawo zasiadania w kahalnej komisji szpitalnej. Z innych poważniejszych darowizn na rzecz szpitala należy jeszcze wymienić legat Lei Schwarzowej w kwocie 20000 koron.

Otwarcie szpitala nastąpiło w lecie 1904 r. z udziałem przedstawicieli ówczesnych władz miejskich i państwowych: burmistrza dra F. Dolińskiego, starosty J. Lanikiewicza oraz rabina G. Schmelkesa i prezesa ŻGW, dra Glanza. Prymariuszem (ordynatorem) i kierownikiem szpitala został mianowany dr Hugon Ehrlich, któremu pomagać miał dr Natan Kutna. Do nadzoru nad służbą szpitalną sprowadzono z Wrocławia wykwalifikowaną pielęgniarkę Idę Silberstein. Za zgodą władz sanitarnych utworzono przy szpitalu laboratorium chemiczno-bakteriologiczne. Szpital miał 30 łóżek. W głównym budynku na parterze znajdowały się ambulatoria i magazyny, zaś na I piętrze sale dla chorych i sala operacyjna. W pawilonie parterowym umieszczony został oddział chorób zakaźnych, a w budynku gospodarczym mieściła się kuchnia,

Ryc. 5. Personel medyczny Szpitala Żydowskiego w Przemyślu.
Pierwszy rząd od lewej: dr Türkel, dr Schmorak, dr Steinhardt, dr Hass, dr Halpern-Weissberg, dr Schattner; drugi rząd od lewej: dr Bauer, dr Segal, dr Loebel, dr Diamant; z tyłu: pielęgniarki i Mojżesz Glanzman (sanitariusz)

pralnia i magazyny. Z końcem r. 1912, w związku z powołaniem dra H. Ehrlicha na stanowisko prymariusza krajowego szpitala powszechnego, kierownikiem szpitala żydowskiego został dr Bernard Blech. Dalszemu rozwojowi szpitala przeszkodził wybuch I wojny światowej i spowodowane tym ograniczenia. Zarząd ŻGW, nie mogąc utrzymać szpitala z powodu braku funduszy i lekarzy powołanych do służby wojskowej w armii austriackiej, przekazał placówkę do dyspozycji Czerwonego Krzyża. Komendantem szpitala, przekształconego teraz na wojskowy, został dr F. Ślęk. Wkrótce do szpitala zaczęli napływać z frontu ranni żołnierze austriaccy. Przed poddaniem twierdzy przemyskiej Rosjanom, chorych przeniesiono do budynku Gimnazjum przy ul. Słowackiego 21, a całe wyposażenie szpitala przewieziono do domu Freudenheima, w którym znajdował się austriacki szpital wojskowy. Budynek szpitala żydowskiego pozostał pusty[5]. Po zajęciu Przemyśla przez Rosjan w byłym szpitalu

[5] Z. Felczyński podaje, że po odbiciu twierdzy przemyskiej przez Austriaków, wycofujące się wojska rosyjskie zabrały całe wyposażenie szpitala żydowskiego. Zob. tenże, op. cit., s. 120. Podobnie pisze dr J. Scheinbach: „(...) Przed ustąpieniem z Przemyśla Moskale zabrali całe urządzenie szpitalne i wywieźli, pozostawiwszy gołe ściany (...)". Zob. Księga jubileuszowa..., s. 20. Natomiast długoletni sanitariusz szpitala żydowskiego, Mojżesz Glanzman, wspomina, że przed poddaniem twierdzy przemyskiej Rosjanom całe urządzenie (wyposażenie) szpitala żydowskiego przeniesiono do szpitala urządzonego przez Austriaków w domu Freudenheima i że przez cały czas pobytu wojsk rosyjskich w Przemyślu szpital żydowski stał zupełnie pusty. Zob. *Księga jubileuszowa*..., s. 26.

Ryc. 6. Lekarze Szpitala Żydowskiego w Przemyślu (ok. 1933 r.).
Pierwszy rząd od lewej: dr M. Gans, dr M. Türkel, dr A. Steinhardt, dr Z. Diamand; drugi rząd od lewej: dr I. Wilczer; u samej góry pośrodku dr M. Schattner; z prawej strony u góry dr Maria Mieses-Reif (zdjęcie ze zbiorów Alfreda Steinhardta)

żydowskim zakwaterowało się wojsko; z kolei po odbiciu twierdzy przez Austriaków budynki szpitalne zajęli Niemcy, którzy spalili całe archiwum szpitala: wszystkie księgi (około 100 woluminów), zapiski szpitalne i dokumenty od założenia placówki do XX w. Straty były niepowetowane. Po odejściu wojsk niemieckich szpital żydowski ponownie objęli Austriacy, urządzając w nim szkołę dla inwalidów wojennych, a pod koniec wojny powstał tu szpital epidemiczny Czerwonego Krzyża dla ludności cywilnej. Stan taki trwał do 1923 r.

Żydowska Gmina Wyznaniowa myślała o odbudowie szpitala, nie mając na razie wystarczających funduszy na realizację tego celu. Budynki szpitalne w okresie I wojny światowej uległy doszczętnej dewastacji i wymagały kapitalnego remontu. W pawilonie głównym pozrywane były podłogi, zniszczone piece nie nadawały się do użytku, szyby w oknach były powybijane, zaś woda deszczowa, przeciekająca przez dziurawy dach pozbawiony rynien, powodowała postępujące gnicie budynku. Konieczny był także zakup nowego wyposażenia szpitalnego. Problemem odbudowy szpitala zainteresowano organizację Jointu (American-Jewish Joint Distribution Committee – Amerykańsko-Żydowski Połączony Komitet Pomocy).

Na czele komitetu odbudowy szpitala stanął zasłużony dla przemyskiego szpitalnictwa lekarz – dr Aleksander Steinhardt, energiczny organizator, mianowany mężem zaufania Jointu. Utworzona w r. 1922, przy ŻGW, Komisja Szpitalna zajęła się gromadzeniem funduszy. Milion trzysta tysięcy marek subwencji Jointu i milion pięćset tysięcy kredytu ŻGW stanowiły bazę finansową, która, łącznie z innymi dochodami, pozwoliła na odbudowę szpitala już nowoczesnego, z oddziałem ginekologiczno-położniczym, jednym z pierwszych w szpitalach żydowskich w kraju (we Lwowie i Krakowie takie oddziały powstały znacznie później).

Ponowne otwarcie wyremontowanego szpitala i oddanie go do użytku nastąpiło 13 stycznia 1924 r. Dyrektorem placówki został dr A. Steinhardt, który opracował statut szpitala i bezpośrednio nim kierował. Właścicielem pozostawała ŻGW, sprawująca też nadzór. Stronę finansową szpitala zabezpieczały stałe subwencje ŻGW, na które składały się wpływy z opłat ślubnych, pogrzebowych, nagrobkowych, opłaty za leczenie i utrzymanie chorych, tudzież zapisy, ofiary i darowizny oraz jednorazowa subwencja Rady Miasta Przemyśla. Szpitalowi udzielały także pomocy instytucje filantropijno-społeczne, z których najstarsze było stowarzyszenie „Bikur Cholim", istniejące w Przemyślu od r. 1870. Dużej pomocy udzielało również, założone w 1924 r., „Towarzystwo Przyjaciół Szpitala", które dzięki zapobiegliwości i energii swego prezesa, prof. Gabriela Teicha, stale przekazywało poważniejsze kwoty pieniężne lub zakupywało dla szpitala sprzęt specjalistyczny.

Placówka, której dr Steinhardt nadał kierunek kliniczny (praktyczno-naukowy), strukturalnie dzieliła się na 3 oddziały: wewnętrzny (prym. dr A. Steinhardt), ginekologiczno-położniczy (prym. dr Z. Diamand), chirurgiczny (prym. dr M. Türkel) i posiadała 6 specjalistycznych ambulatoriów: chorób wewnętrznych i dzieci (kierownicy dr A. Steinhardt i dr I. Wilczer), ginekologiczno-położnicze (kierownicy dr Z. Diamand, dr M. Aberdam, dr A. Reif), chorób chirurgicznych (kier. dr M. Türkel), chorób ocznych (kierownicy dr M. Mieses-Reifowa i dr E. Eisner), chorób otolaryngologicznych (kier. dr M. Gans) i chorób skórno-wenerycznych (kierownicy dr S. Turnheim i dr E. Brand).

Czynna była też pracownia chemiczno-bakteriologiczna (kier. dr M. Schattner). Usługi z zakresu rentgenologii świadczył dr A. Rinde, rentgenolog zatrudniony na podstawie kontraktu.

Służba szpitalna składała się 6 sióstr-pielęgniarek, położnej, sanitariusza, 6 osób służby pomocniczej na oddziałach (salowych), 4 osób zatrudnionych w kuchni i przy porządkach oraz 3 praktykantek. Szpital miał 13 sal chorych, 8 separatek, 76 łóżek, 6 sal operacyjnych i 2 sale przygotowawcze.

W latach 1924-1934 hospitalizowano 7689 chorych, a 37768 osób leczyło się ambulatoryjnie. Pracownia chemiczno-bakteriologiczna wykonała 13598 badań. Odebrano 1884 porody. W latach 1930-1931 do pawilonu głównego dobudowano kosztem 8319 zł nowe dwupiętrowe skrzydło. Rozbudowę szpitala zamierzano nadal kontynuować.

W roku 1934 szpital żydowski dysponował liczbą 100 łóżek. W tymże roku pracowało w nim 13 lekarzy, 8 pielęgniarek, 1 położna, 3 pracowników administracyjnych i 9 osób służby gospodarczej. Do personelu lekarskiego należeli także dwaj sekundariusze, przyjmowani w drodze konkursu na okres jednego roku lub dwu lat. Funkcję dyrektora szpitala pełnił nadal dr A. Steinhardt. Szpital służył nie tylko ludności wyznania mojżeszowego. Corocznie 20% osób hospitalizowanych i 40% pacjentów leczonych ambulatoryjnie stanowili chrześcijanie.

Ryc. 7. Reprodukcja pieczątki Szpitala Żydowskiego w powiększeniu.
Napis na niej brzmi: „Przemysler Isr: Spital". Językiem urzędowym był wówczas niemiecki

19 maja 1938 r. położono kamień węgielny pod nowy budynek szpitala, do którego planowano przenieść wszystkie ambulatoria[6]. Realizację tego przedsięwzięcia uniemożliwił wybuch II wojny światowej.

6 „Nowy Głos Przemyski" z 29.05.1938 r., nr 22, s. 2.

Po zajęciu prawobrzeżnego Przemyśla przez wojska sowieckie, władze wojskowe przyłączyły do szpitala żydowskiego budynki ukraińskiej bursy przy ul. Basztowej, powiększając go do 300 łóżek. Stan ten trwał od 29.09.1939 r. do 22.06.1941 r. Z chwilą napaści Niemców na Związek Sowiecki i zajęciu przez nich całego Przemyśla, szpital żydowski, aż do wyzwolenia miasta 27 lipca 1944 r., pozostawał pod zarządem wojskowym i był filią szpitala zasańskiego, powiększony o oddział zakaźny i skórny.

Różnie potoczyły się wojenne losy personelu lekarskiego szpitala żydowskiego. Okupację przeżyli: dyrektor szpitala dr Aleksander Steinhardt, dr Maria Mieses-Reif, dr Marek Türkel, dr Edward Brand i dr Samuel Turnheim. Dr Steinhardt, po wielu dramatycznych przejściach, trafił do obozu repatriacyjnego w Bergen-Belsen, gdzie zmarł na atak serca 27 września 1947 r.[7] Dr Mieses-Reif, okulistka, po wojnie wyjechała do Izraela. Dr Türkel, ordynator oddziału chirurgicznego, wybitny specjalista w swojej dziedzinie i znana postać w kręgach przemyskiej inteligencji, po ucieczce z getta ukrywał się przez dwa lata z żoną i dwojgiem dzieci w ziemiance wykopanej pod kuchnią zagrody należącej do jego dawnej służącej. Gdy miasto zostało wyzwolone, dr Türkel jeszcze przez jakiś czas pracował w Szpitalu Powszechnym na Zasaniu, po czym wyemigrował z Polski i osiedlił się w Ekwadorze[8].

Dr Brand, długoletni naczelny lekarz miejski i prymariusz Szpitala Powszechnego, zmarł w Przemyślu w 1956 r. i został pochowany na Cmentarzu Żydowskim. Z kolei Dr Turnheim, kierownik miejskiej przychodni skórno-wenerycznej i rentgenolog zmarł w Przemyślu w 1957 r. i spoczął również na miejscowym kirkucie. O losach pozostałych lekarzy szpitala żydowskiego brak wiadomości. Prawdopodobnie zginęli w obozie zagłady w Bełżcu.

Po wymordowaniu przez nazistów żydowskich mieszkańców Przemyśla szpital żydowski po wojnie przestał istnieć, a budynki poszpitalne zostały zaadaptowane na internaty dla szkoły położnych i pielęgniarek.

Do czasów dzisiejszych przetrwał dwupiętrowy budynek głównego pawilonu szpitala (przy obecnej ul. Rakoczego 11) i parterowy pawilon chirurgiczny (ul. Rakoczego 11 „B"). Obydwa zostały zaadaptowane na lokale mieszkalne. Nie zachował się natomiast piętrowy budynek gospodarczy z kuchnią szpitalną, pralnią, magazynami, laboratorium i prosektorium, który popadł w ruinę i niemal całkowicie został rozebrany.

Fotografie pochodzą:

ryc. 1 i 6 – ze zbiorów rodzinnych p. Alfreda Steinhardta, zamieszkałego w Ramat Hasharon w Izraelu;

ryc. 2 – ze zbiorów ikonograficznych Muzeum Narodowego Ziemi Przemyskiej;

ryc. 3-4 – z Księgi Jubileuszowej Szpitala Żydowskiego w Przemyślu;

---

[7] Szczegółowe curriculum vitae dr. Aleksandra Steinhardta przedstawił dr T. Pudłocki w artykule *Aleksander Steinhardt – przede wszystkim lekarz*, opublikowanym w miesięczniku „Nasz Przemyśl" nr 1/2009, s. 42.

[8] F. Mantel, *Wachlarz wspomnień*, Paryż 1980, s. 212.

ryc. 5 – z publikacji Przemyśl Memorial Book, red. dr Arie Menczer, Tel-Aviv 1964;
ryc. 7 – jak nr 3-4.

Bibliografia:

1. *Księga Jubileuszowa Szpitala Żydowskiego w Przemyślu 1924-1934*, Przemyśl 1935.
2. Felczyński Z., *500-lat szpitalnictwa w Przemyślu 1461-1964*, Przemyśl 1965.
3. Mantel F., *Wachlarz wspomnień*, Paryż 1980.
4. „Nasz Przemyśl", 2009, nr 1.
5. „Nowy Głos Przemyski" 1938 nr 22.
6. Schorr M., *Żydzi w Przemyślu do końca XVIII w.*, (reprint), Jerozolima 1991.

Z dziejów Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu i jego właścicielek

History of the Saint Elizabeth Sisters' Hospital in Poznań and its owners

Anita Magowska, Halina Bogusz[1]

Poznań

Streszczenie: Artykuł przedstawia działalność istniejącego w latach 1909-1949 Szpitala Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety w Poznaniu. Podstawą źródłową są materiały pochodzące ze zbiorów poznańskich elżbietanek i Archiwum Państwowego w Poznaniu. Przedstawiono historię szpitala, za szczególnym uwzględnieniem dwóch wojen światowych, jego organizację, personel medyczny i pacjentów. Elżbietanki przybyły do Poznania w 1871 r. i początkowo pełniły posługę pielęgniarską w domach chorych. W 1909 r. otworzyły tutaj szpital, który był zorganizowany według najlepszych wzorów zachodnioeuropejskich. Jego dyrektorem był dr Leon Mieczkowski, były asystent znakomitych polskich chirurgów Ludwika Rydygiera i Jana Mikulicza, a po jego śmierci Jan Schlingmann. Po II wojnie światowej szpital został znacjonalizowany. Dopiero w 2012 r. władze państwowe zwróciły siostrom budynek.

Abstract: The article focuses on the Saint Elizabeth Sisters' Hospital in the town of Poznan, Poland, which existed between 1909 and 1949. Primary sources are Sisters' records kept at their province home in Poznań and the State Archive in this town. This study presents the history of hospital, including two world wars, its organization, medical staff, and patients. Saint Elizabeth Sisters arrived to Poznań in 1871 and started their nursing home ministry soon. In 1909 the Sisters opened a new hospital which was organized according to the best Western European patterns. Dr. Leon Mieczkowski, a surgeon and ex-assistant of clinics run by Ludwik Rydygier and Jan Mikulicz, took the position of its director and was followed by Jan Schlingmann. After the World War Second the hospital was nationalized and returned to the Sisters just in 2012.

Słowa kluczowe: historia szpitali, historia pielęgniarstwa, elżbietanki

Keywords: history of hospitals, history of nursing, St Elizabeth Sisters

Najmniej rozpoznanymi kartami historii medycyny poznańskiej pozostają dzieje Szpitala Zgromadzenia Sióstr Szarych św. Elżbiety (od 1968 r. noszącego nazwę Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety), czyli Zakładu Dobroczynnego św. Elżbiety pod

[1] Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

wezwaniem Matki Boskiej Nieustającej Pomocy[2]. Otwarta w 1909 r. lecznica, powszechnie znana jako Sanatorium św. Elżbiety, służyła poznaniakom do 1949 r., w którym została przejęta przez władze Poznania i przekształcona w Szpital Miejski nr 2. Rok później Szpital ten uzyskał nowe lokalizacje, a była siedziba Sanatorium św. Elżbiety została przejęta wraz z wyposażeniem przez Wojewódzki Urząd Bezpieczeństwa Publicznego. Po jego likwidacji w 1954 r., właścicielem szpitala stało się na ponad 20 lat Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. W 1976 r. gmach przy ul. Łąkowej 1/2 przyznano poznańskiej Akademii Medycznej, a elżbietanki odzyskały swoją nieruchomość dopiero w 2012 r.

Niespokojne dzieje Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu trudno jest dokładnie odtworzyć, bo większość dotyczących go dokumentów archiwalnych zaginęła. Warto jednak podjąć próbę zebrania chociaż najważniejszych faktów z historii tej wielce zasłużonej dla Poznania placówki opieki zdrowotnej, przez wiele lat integralnie powiązanej z poznańską medycyną akademicką.

Powstanie poznańskiej lecznicy elżbietanek

Pierwsze trzy elżbietanki przybyły do Poznania 15 lipca 1871 r., miesiąc po zaakceptowaniu statutów ich zgromadzenia przez Papieża Piusa IX (ostateczne zatwierdzenie konstytucji zgromadzenia nastąpiło dopiero w 1924 r.). Zaproszone przez ks. Karla Kesslera i Arcybiskupa Mieczysława Ledóchowskiego[3], początkowo budziły nieufność ludności polskiej, obawiającej się, że przybyłe z Wrocławia siostry staną się nowym narzędziem germanizacji. Wkrótce jednak okazało się, że wszelkie obawy były nieuzasadnione. Przełożona generalna zgromadzenia, matka Maria Merkert (1813-1872), skierowała bowiem do Poznania zakonnice pochodzenia polskiego, które troskliwie i fachowo pielęgnując chorych w ich mieszkaniach szybko zyskały powszechny szacunek i sympatię.

Siostry najpierw zamieszkały w klasztorze urszulanek przy ul. Młyńskiej, a potem w wynajętym domku przy ul. Za Bramką. Dla rozwoju zgromadzenia potrzebna była własna siedziba, dlatego matka przełożona Kazimiera Hein nabyła w listopadzie 1883 r. plac przy ul, Łąkowej, przeznaczając go na budowę domu mieszkalnego dla sióstr. Dwa lata później wzniesiony według projektu architekta Franza Negendanka gmach oddano do użytku. W 1908 r. nowa matka przełożona – Jolanda Ostrowska, podjęła decyzję o dobudowaniu do klasztoru szpitala, w którym chorzy znaleźliby godne warunki powrotu do zdrowia, a siostry mogły w pełni realizować zakonny charyzmat. Plan ten życzliwie poparli poznańscy lekarze, dotkliwie odczuwający niedobór łóżek szpitalnych w mieście[4].

---

[2] Istnienie tej lecznicy całkowicie pominął np. Józef Jankowiak, autor artykułu *Szpitalnictwo w Poznaniu wczoraj i dziś*, zamieszczonego na łamach „Szpitalnictwa Polskiego" 1969 nr 2 s. 119-125.

[3] D. Urbanek, *Kalendarium Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety*, w: *Nasza przeszłość. Studia z dziejów Kościoła i kultury katolickiej w Polsce*, red. Alfons Scheltz, Kraków 1981, s. 12.

[4] P. Gantkowski, *Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce (Rzut oka na przeszłość, stan obecny i przyszłość szpitalnictwa wielkopolskiego)*, „Nowiny Lekarskie" 1928, z. 22, s. 788-789.

Projekt szpitala wykonał architekt Kazimierz Ruciński, który wieńcząc dach kilku strzelistymi szczytami, nadał budynkowi charakterystyczną sylwetkę[5]. Mimo nieustannych trudności finansowych siostrom udało się doprowadzić budowę do końca, w czym niemałą rolę odegrały zdolności organizacyjne matki Ostrowskiej i ofiarność Wielkopolan chętnie włączających się w kwesty na ten cel. Kiedy elżbietankom brakowało pieniędzy, a zdarzało się to często, murarze i inni rzemieślnicy pracowali bezinteresownie, a siostry wspomagały ich, nosząc na plecach cegły i zaprawę[6].

Nadzór lekarski nad organizacją i wyposażeniem szpitala matka Jolanda Ostrowska powierzyła Leonowi Mieczkowskiemu (1871-1931), wszechstronnie wykształconemu chirurgowi, który studiował medycynę na różnych uniwersytetach niemieckich, w 1896 r. zyskując w Heidelbergu dyplom lekarski. Po studiach został on asystentem kliniki chorób kobiecych Uniwersytetu w Heidelbergu[7], by wkrótce w Strassburgu specjalizować się w zakresie patologii i bakteriologii. Następnie od 1897 r. doskonalił umiejętności chirurga, najpierw jako asystent Ludwika Rydygiera we Lwowie, a potem Jana Mikulicza we Wrocławiu. W 1901 r. zamieszkał w Poznaniu, gdzie uruchomił prywatną klinikę chirurgiczną.

Aby dobrze wywiązać się z zadania powierzonego przez elżbietanki, Mieczkowski odwiedził najlepsze szpitale europejskie, m.in. w Londynie, Bolonii, Berlinie, Hamburgu i Genewie. Takie podróże odbyła też matka przełożona, co zapewniło placówce szereg innowacyjnych, zachodnioeuropejskich rozwiązań, takich jak: wybrukowanie dębową kostką ulicy obok szpitala, co zapewniało chorym ciszę, centralne ogrzewanie z własną kotłownią, oświetlenie gazowe, radiofonia, centrala telefoniczna, dobrze wyposażony dział fizykoterapii, winda do przewozu pacjentów, pralnia mechaniczna, własna piekarnia, sale chorych z oknami na południe i podłogami pokrytymi linoleum oraz wyciągi kuchenne zapewniające szybki transport posiłków na oddziały[8].

Sanatorium św. Elżbiety zostało otwarte 1 października 1909 r.[9] Początkowo oddano do użytku 24 sale jedno- lub dwuosobowe I i II klasy, przeznaczone dla zamożniejszych chorych. Rok później wykończono boczne skrzydło, w którym znajdowały się wieloosobowe sale III klasy dla biedniejszych pacjentów. W szpitalu znajdowało się wtedy około 100 łóżek, z których połowa znajdowała się na oddziale chirurgicznym, a pozostałe, w równych ilościach, na oddziałach internistycznym i ginekologicznym. Ordynatorem oddziału chirurgicznego został Leon Mieczkowski, który nie tylko zorganizował nowoczesne sale operacyjne, ale także dostarczył do nich swo-

---

[5] O projekcie architektonicznym szpitala autorstwa nie Kazimierza Rucińskiego, ale Stanisława Mieczkowskiego wspominał Stanisław Leitgeber w artykule *Szpital Elżbietanek*, zamieszczonym na łamach „Głosu Wielkopolskiego" (wycinek w zbiorach Zgromadzenia św. Elżbiety w Poznaniu).

[6] E. Podolska, *Opieka Sióstr św. Elżbiety nad chorymi. Zakłady opieki zdrowotnej zamkniętej*, w: *Nasza przeszłość. Studia z dziejów Kościoła i kultury katolickiej w Polsce*, red. Alfons Scheltz, Kraków 1981, s. 215. – Była to druga lecznica elżbietanek, pierwszą założyły w Lesznie.

[7] *Czy wiesz kto to jest. Uzupełnienie i sprostowania*, pod red. Stanisława Łozy, Warszawa 1983, reprint, s. 198.

[8] *A. Bandurski, Leon Mieczkowski na tle swej działalności lekarskiej i naukowej*, „Archiwum Historii Medycyny" 1970, s. 31-72, s. 36-37; tenże, *Mieczkowski Leon*, w: *Polski Słownik Biograficzny*, t. XX, Wrocław 1975, s. 730-731.

[9] D. Urbanek, *op. cit.*, s. 14.

je instrumentarium. Obok aseptycznej sali operacyjnej urządził jedną z pierwszych w Poznaniu pracowni rentgenowskich, a także pracownię analiz lekarskich i salę prosektoryjną[10]. Oddział wewnętrzny prowadził dr Franciszek Zakrzewski (1861-1921), oddział ginekologiczny – Władysław Suwalski (1885-1952). Ponadto w szpitalu istniało ambulatorium laryngologiczne (tzw. stacja), prowadzone przez doktora Grabowskiego[11]. W 1911 r. siostry Donwina Domagalska i Ludwika Opartowska zaczęły się uczyć aptekarstwa i przygotowywać do prowadzenia apteki, którą uruchomiły rok później[12].

Stopniowo punkt ciężkości posługi pielęgniarskiej elżbietanek przesuwał się z opieki domowej na szpitalną. Każdego dnia do klasztornej furty pukali także ludzie cierpiący dotkliwą biedę i krępujący się z tego powodu żebrać. Siostry ratowały ich prowiantem i odzieżą[13]. Np. w 1910 r. wydały 4.698 obiadów i pomogły materialnie 200 biednym[14]. W 1913 r. poznański klasztor elżbietanek odłączył się od niemieckiego domu generalnego i przyjął charakter siedziby nowo utworzonej prowincji gnieźnieńsko-poznańskiej, co po latach okazało się nieocenione dla jego uwłaszczenia[15].

Podczas I wojny światowej Niemcy zamienili Sanatorium św. Elżbiety w szpital wojskowy (Festungslazarett Nr. 15), a jego komendanturę powierzyli Leonowi Mieczkowskiemu. Wojskowy charakter lecznicy zachowany został podczas powstania wielkopolskiego, kiedy wraz z Mieczkowskim pomocy rannym udzielał Władysław Magowski (1890-1961), wtedy student medycyny na Uniwersytecie w Heidelbergu[16]. Część sióstr została oddelegowana do niemieckiego lazaretu polowego w Potulicach.

Podczas wojny polsko-bolszewickiej elżbietanki udzieliły pomocy 490 rannym żołnierzom, przywiezionym do Poznania pociągami sanitarnymi[17]. Jeszcze wiosną 1921 r. w Sanatorium św. Elżbiety przebywało 98 rannych żołnierzy, przy których siostry, jak wykazały w swoich statystykach, czuwały przez 4.124 dni i 365 nocy[18]. Warto przypomnieć także inną działalność humanitarną elżbietanek podczas I wojny światowej, a mianowicie kuchnię, która rocznie wydawała do 20.000 posiłków dla ludzi ubogich[19].

---

[10] J. Samecki, *Zarys historii Szpitala Sióstr Elżbietanek w Poznaniu*, w: *Z dziejów szpitali poznańskich*, Poznań 1983, s. 44.

[11] Zbiory Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety w Poznaniu (dalej: ZZSE), M. Zofia Nawrocik, *Szpital Sióstr Elżbietanek*, maszynopis, s. 1.

[12] ZZSE, Notatki do kroniki domowej od roku 1908, rękopis niepaginowany.

[13] Archiwum Państwowe w Poznaniu (dalej: APP), Akta Miasta Poznania (dalej: AMP), sygn. 4038, s. 1.

[14] ZZSE, Notatki do kroniki domowej od roku 1908, rękopis niepaginowany.

[15] P. Gantkowski, *Organizacja szpitalnictwa…*, s. 789.

[16] E. Podolska, *op. cit.*, s. 223.

[17] J. Schweter, *Geschichte der Kongregation der Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth, Band II: Die einzelnen Niederlassungen nach den Ordensprovinzen*, Breslau 1937, s. 495.

[18] APP, AMP, sygn. 4277, Sprawozdanie Sanatorium SS. Elżbietanek za 1921 r., s. 9.

[19] T. Zipzer, *Ambulatoryjna pielęgnacja chorych i pomoc ubogim Sióstr św. Elżbiety w Polsce w latach 1914-1978*, w: *Nasza przeszłość. Studia z dziejów Kościoła i kultury katolickiej w Polsce*, red. Alfons Scheltz, Kraków 1981, s. 291, 298-299.

Szpital elżbietanek w międzywojennym Poznaniu

W II Rzeczypospolitej elżbietanki były jednym z 53 żeńskich zgromadzeń zakonnych specjalizujących się w pielęgnowaniu chorych, a ich poznańskie Sanatorium było jednym z 248 szpitali prowadzonych przez zgromadzenia zakonne. Sektor kościelny stanowił w międzywojennej Polsce aż jedną trzecią całego systemu lecznictwa zamkniętego, podlegając tym samym regulacjom prawnym co pozostałe 501 szpitali państwowych, komunalnych i innych, jednak mając odmienną specyfikę[20]. W okresie międzywojennym Sanatorium św. Elżbiety było jedną z najmniejszych lecznic poznańskich, dla porównania, Szpital Przemienienia Pańskiego i Szpital Diakonisek liczyły wtedy po 250 łóżek[21].

Do Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu przyjmowano wszystkich zgłaszających się chorych, zarówno pacjentów prywatnych, jak kierowanych przez różne instytucje społeczne, np. urząd ds. bezrobotnych[22]. Wśród chorych przeważali najubożsi mieszkańcy Poznania, kierowani do sal klasy III, za których płaciła Kasa Chorych[23] lub, jeżeli nie byli ubezpieczeni, miejski wydział dobroczynności. Opieka medyczna nad nimi była zgodna z charyzmatem Zgromadzenia, ale trudna do realizacji podczas kryzysów gospodarczych, do jakich doszło w międzywojennej Polsce dwukrotnie, na początku lat dwudziestych i pod koniec tej dekady.

Prowadzenia szpitala nie ułatwiło rozporządzenie Prezydenta RP z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, które wprowadziło podział szpitali na dwie grupy: państwowe i samorządowe (mające prawo do ulg podatkowych) oraz należące do osób prywatnych, zgromadzeń zakonnych i różnych spółek (im z kolei przywilejów fiskalnych nie przyznano)[24]. Poznańskie Sanatorium św. Elżbiety zaliczono do drugiej grupy i zobowiązano do płacenia podatku obrotowego od opłat wnoszonych przez pacjentów. Gwałtowny wzrost bezrobocia w tym czasie sprawił, że pomocy medycznej i materialnej szukało u sióstr coraz więcej ludzi biednych. Wprawdzie do pokrycia kosztów leczenia osób posiadających świadectwo ubóstwa był zobowiązany samorząd miejski, jednak maksymalnie zwlekał z refundowaniem wydatków szpitalnych, co dla elżbietanek było bardzo uciążliwe. Niekiedy siostry uciekały się do podstępu, prosząc magistrat, aby pieniędzmi, które od dawna był im dłużny, opłacił równie zadawnione szpitalne rachunki za prąd i usługi komunalne[25].

Mimo trudności finansowych, w 1930 r. elżbietanki zdecydowały się na rozbudowę szpitala. Wschodnie skrzydło szpitala zostało powiększone według projektu architekta Jerzego Tuszowskiego. Z nowymi problemami elżbietanki musiały zmierzyć się w kwietniu 1931 r., kiedy samorządy terytorialne zostały zwolnione

---

[20] Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej: AAN), Akta Urzędu ds. Wyznań (dalej: UW), sygn. 133/15, s. 1.

[21] APP, AMP, sygn. 4277, s. 102.

[22] J. Samecki, *op. cit.*, s. 46.

[23] E. Podolska, *op. cit.*, s. 25.

[24] E. Podolska, *op. cit.*, s. 211.

[25] APP, AMP, sygn. 4038, s. 2-5.

z obowiązku ponoszenia połowy kosztów szpitalnych, gdyż w całości pokryć je miały Kasy Chorych[26]. Szpitale wprowadziły wtedy własne cenniki opłat za pobyt i leczenie. W Poznaniu najtańsze świadczenia zdrowotne zapewniał Szpital Miejski, gdzie za pobyt w I, II i III klasie pacjenci płacili relatywnie: 13 zł, 10,50 zł i 5 zł, a także Szpital św. Józefa, w którym pacjentami były dzieci i dlatego stosowne opłaty wynosiły tylko 10 zł, 6 zł i 3 zł. Lecznica elżbietanek była względnie droga, bo trzeba było wnieść opłaty w wysokości 17 zł, 10 zł lub 5 zł, podczas gdy, dla porównania, prowadzony przez szarytki Szpital *Przemienienia Pańskiego* wymagał 17 zł, 9 zł albo 4 zł[27].

W 1932 r. poznański magistrat narzucił wszystkim szpitalom nowe stawki leczenia. Elżbietankom przyznano stawkę 7,00 zł za jednodniowy pobyt pacjenta na oddziale chorób wewnętrznych oraz zwrot kosztów leków, 8,50 zł za dzień pobytu pacjenta na oddziale chirurgicznym, a za leczenie dzieci – 6,80 zł dziennie[28]. Wydawało się, że to mało, ale dwa lata później refundacja kosztów leczenia zmniejszyła się jeszcze bardziej. Magistrat narzucił wszystkim szpitalom stawkę zryczałtowaną w wysokości zaledwie 5,50 zł za dzień leczenia na którymkolwiek oddziale. Mimo protestów ówczesnej prowincjałki elżbietanek, matki Stanisławy Dunkowskiej, oraz zarządców innych szpitali poznańskich, w tym dr. Wiktora Degi reprezentującego Zakład Ortopedyczny im. Gąsiorowskich, w następnym roku stawka za dzień leczenia została obniżona do zaledwie 4,50 zł[29].

W okresie międzywojennym elżbietanki zasłużyły się dla jeszcze jednego poznańskiego szpitala. W 1931 r. zarząd Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu utworzył w byłej drukarni przy ul. Raczyńskiego 13/14 tzw. Szpital Obserwacyjny. W obszernych halach fabrycznych umieszczono 120 łóżek, na których chorzy mieli przebywać nie dłużej niż trzy dni, podczas których lekarze stawiali diagnozę i kierowali ich na odpowiednie oddziały poznańskich szpitali. Placówką kierował dr Stanisław Wawrzyniak, któremu pomagało czterech lekarzy i dziewięć elżbietanek zatrudnionych przy pielęgnacji chorych oraz w administracji lecznicy. Wkrótce wyodrębniono dwa oddziały: wewnętrzny oraz gruźliczy, a liczba sióstr zwiększyła się do 12. Skalę działalności Szpitala Obserwacyjnego ilustrują dane z 1935 r., kiedy przyjęto 1.069 chorych. Elżbietanki wykonały dla nich 27.821 „pielęgnowań dziennych" i 400 nocnych czuwań. Ponadto w okresie międzywojennym siostry pracowały w ufundowanym przez Anielę i Bolesława Twardowskich domu opieki dla inteligencji przy ul. Św. Marcin 6 oraz w przytułku przy ul. Zagórze[30]. Po zajęciu Poznania Niemcy zlikwidowali Szpital Obserwacyjny i zawłaszczyli Sanatorium św. Elżbiety[31].

---

[26] E. Podolska, *op. cit.*, s. 211.

[27] APP, AMP, sygn. 3993, s. 173, 187.

[28] *Ibidem*, s. 31. – Jeszcze niższe stawki przyznano szarytkom, zaledwie 6 zł za dzień pobytu pacjenta w szpitalu.

[29] *Ibidem*, s. 83, 160, 176, 189.

[30] J. Schweter, *op. cit.*, s. 500-501.

[31] E. Podolska, *op. cit.*, s. 210.

Personel Sanatorium św. Elżbiety do 1939 r.

Wszystkie szpitale Zgromadzenia Sióstr Szarych św. Elżbiety były prowadzone według tych samych zasad: ster rządów pozostawał w ręku przełożonej prowincji, a cały personel dzielił się na: administracyjny, szpitalny i pomocniczy. Na czele administracji stała matka przełożona, która odpowiadała za cały personel, utrzymanie porządku i gospodarstwo szpitala. Ona też, w porozumieniu z dyrektorem, przyjmowała do pracy i zwalniała z niej oraz ustalała listę dyżurów. Poza nią, administrację tworzyli: intendent, zarządczyni, magazynierka, kucharka, pracownicy biura i goniec. Na czele personelu fachowego stał dyrektor – lekarz naczelny, któremu podlegali: inni lekarze, pielęgniarki, siostry instrumentariuszki, siostry oddziałowe poszczególnych klas, siostry laborantki, fizjoterapeutki i techniczni. Z kolei personel pomocniczy składał się z: kierującej nim tzw. siostry gospodarczej, pracownic pralni, krawcowej, magazynierki bielizny szpitalnej, kierowniczki i personelu piekarni. Część personelu mieszkała na najwyższej kondygnacji szpitala, co było dogodne w przypadku nagłych zdarzeń. Personel pomocniczy pracował w godz. 7.30 do 13.30 oraz od godz. 16.00 do 19.00.

Przełożona kierowała siostry do poszczególnych grup personelu, uwzględniając w miarę możności życzenia lekarzy. Do ciężkich prac fizycznych zatrudniano mężczyzn według państwowych stawek wynagrodzenia. Pracującym w szpitalu elżbietankom przysługiwało wyżywienie takie jak dla chorych przebywających w salach III klasy oraz niewielkie wynagrodzenie, najpierw 400-1000 marek miesięcznie, a po reformie monetarnej Władysława Grabskiego 30-80 zł. Dla porównania, świeckie salowe zarabiały w szpitalu 20 zł miesięcznie i otrzymywały całodzienne wyżywienie. Siostrom potrącano z wynagrodzenia składki ubezpieczeniowe i na Fundusz Pracy, a od 1938 r. za światło i opał[32].

Konieczność zapewnienia szpitalowi fachowych kadr pielęgniarskich przyczyniła się do uruchomienia w listopadzie 1920 r. przyszpitalnej szkoły pielęgniarskiej. Jej kierownikiem został Leon Mieczkowski, a główną instruktorką, wyżej wspomniana, siostra Donwina Domagalska. Przez dwa lata uczono siostry teorii i praktyki pielęgniarstwa, po czym zdawały egzaminy przed komisją państwową, uzyskując uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki w Polsce. W październiku 1936 r. szkoła została przekształcona w Katolicki Instytut Wychowawczy, nadal kształcący pielęgniarki, a kierowany przez Zofię Łazarewicz. Główną instruktorką Instytutu była siostra Letycja Henke[33]. Do 1946 r. w przyszpitalnej szkole wykształcono 512 pielęgniarek[34].

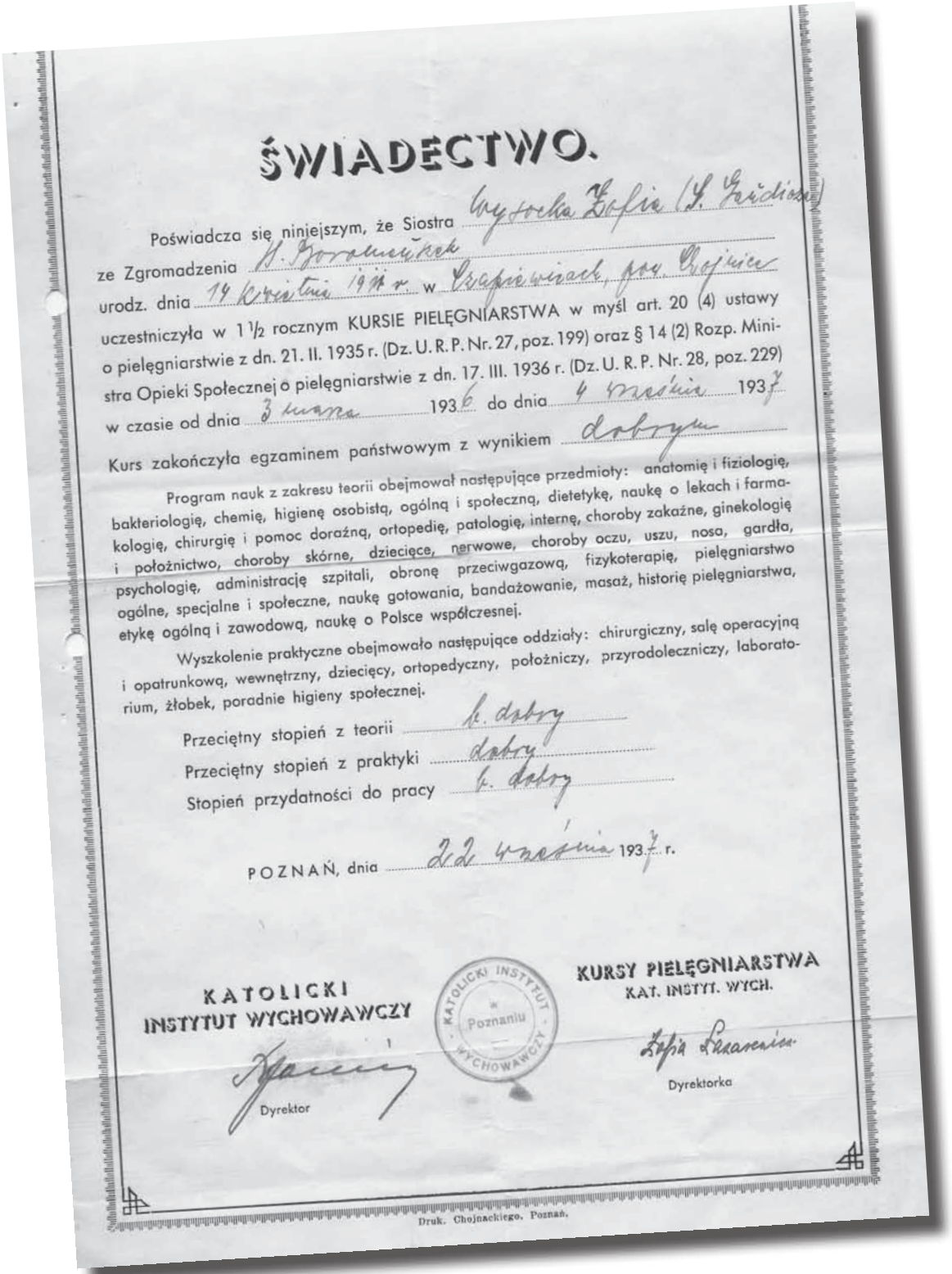
Ze szpitalem elżbietanek byli związani liczni lekarze poznańscy, ponieważ każdy przyjęty pacjent mógł korzystać z opieki swego dotychczasowego lekarza. Istniał też, rzecz jasna, stały zespół lekarski Sanatorium św. Elżbiety. Pierwszym lekarzem naczelnym i ordynatorem oddziału chirurgicznego był Leon Mieczkowski. Codziennie odwiedzał wraz z asystentami chorych, przy czym w dni robocze

---

32 E. Podolska, *op. cit.*, s. 228.

33 J. Samecki, *op. cit.*, s. 46.

34 Z. Nawrocik, *op. cit.*, s. 2.



ŚWIADECTWO.

Poświadcza się niniejszym, że Siostra Wysocka Zofia (S. Gaudiosa)
ze Zgromadzenia S. Boromeuszek
urodz. dnia 14 kwietnia 1911 r. w Czapiewicach, pow. Chojnice
uczestniczyła w 1½ rocznym KURSIE PIELĘGNIARSTWA w myśl art. 20 (4) ustawy o pielęgniarstwie z dn. 21. II. 1935 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27, poz. 199) oraz § 14 (2) Rozp. Ministra Opieki Społecznej o pielęgniarstwie z dn. 17. III. 1936 r. (Dz. U. R. P. Nr. 28, poz. 229)
w czasie od dnia 3 marca 1936 do dnia 4 września 1937

Kurs zakończyła egzaminem państwowym z wynikiem dobrym

Program nauk z zakresu teorii obejmował następujące przedmioty: anatomię i fiziologię, bakteriologię, chemię, higienę osobistą, ogólną i społeczną, dietetykę, naukę o lekach i farmakologię, chirurgię i pomoc doraźną, ortopedię, patologię, internę, choroby zakaźne, ginekologię i położnictwo, choroby skórne, dziecięce, nerwowe, choroby oczu, uszu, nosa, gardła, psychologię, administrację szpitali, obronę przeciwgazową, fizykoterapię, pielęgniarstwo ogólne, specjalne i społeczne, naukę gotowania, bandażowanie, masaż, historię pielęgniarstwa, etykę ogólną i zawodową, naukę o Polsce współczesnej.

Wyszkolenie praktyczne obejmowało następujące oddziały: chirurgiczny, salę operacyjną i opatrunkową, wewnętrzny, dziecięcy, ortopedyczny, położniczy, przyrodoleczniczy, laboratorium, żłobek, poradnie higieny społecznej.

Przeciętny stopień z teorii b. dobry
Przeciętny stopień z praktyki dobry
Stopień przydatności do pracy b. dobry

POZNAŃ, dnia 22 września 1937 r.

KATOLICKI INSTYTUT WYCHOWAWCZY
Dyrektor

KATOLICKI INSTYTUT WYCHOWAWCZY w Poznaniu

KURSY PIELĘGNIARSTWA
KAT. INSTYT. WYCH.
Zofia Łazarewicz
Dyrektorka

Druk. Chojnackiego, Poznań.

Ryc. 1. Świadectwo ukończenia kursów pielęgniarskich w Katolickim Instytucie Wychowawczym w Poznaniu, podpisane przez jego dyrektorkę Zofię Łazarewicz

dwukrotnie, a w świąteczne – raz. Starał się jednakowo traktować pacjentów płacących mu jako ordynatorowi honorarium, czyli przebywających w salach I i II klasy, oraz tych, których operował bez dodatkowego wynagrodzenia. Sławę utalentowanego chirurga zyskał po udanym rozdzieleniu operacyjnym niemowlęcia zrośniętego z niezdolnym do życia potworkiem i usunięciu guza móżdżku – wtedy pionierskim – dojściem przeznosowym[35]. Albin Bandurski (1905-1994), zapamiętał go następująco: „Średniego wzrostu, pochylony, bardzo szczupły, na twarzy zoranej zmarszczkami pojawiał się czasem bolesny skurcz. Była to twarz, którą niełatwo się zapomina. Mówił raczej mało, ale wyrażał się w sposób zwięzły i ścisły, był bardzo koleżeński, a ci którzy go pamiętają z tego okresu, zanim z powodu cierpienia fizycznego i zmartwień stał się zgorzkniały, twierdzą, że był towarzyski i nie pozbawiony dowcipu"[36].

Leon Mieczkowski wykształcił w Szpitalu Elżbietanek kilku wybitnych chirurgów. Jednym z nich był Aleksander Dubiski (1886-1939), w latach 1912-1914 pierwszy asystent oddziału chirurgicznego Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu, a od 1921 r. dyrektor i ordynator oddziału chirurgicznego szpitala powiatowego w Ostrowie Wielkopolskim[37]. Od 1921 do 1923 r. stałym asystentem Mieczkowskiego był Zygmunt Wałczyński (1893-1980), po latach dyrektor i chirurg szpitala powiatowego w Środzie Wielkopolskiej. Po nim stanowisko to obejmował Stanisław Nowicki, później chirurg w szpitalu powiatowym w Szamotułach. Następnie do 1 września 1928 r. pracował u Mieczkowskiego Ksawery Rowiński (1904-1983), z czasem profesor radiologii Akademii Medycznej w Warszawie i kierownik Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Nauk. Od września 1928 r. do 1931 r. pracowali tutaj także: Władysław Witkowski (1899-1970), który następnie został ordynatorem oddziału chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu, Zygmunt Bartkowiak, potem kierownik uniwersyteckiej Kliniki Urologicznej w Poznaniu, a także Marian Klinge (do 1930 r.). Na oddziale chirurgicznym dokształcali się także wolontariusze, którymi byli studenci ostatnich lat medycyny i chirurdzy ze szpitali prowincjonalnych[38].

Pogarszający się stan zdrowia Leona Mieczkowskiego spowodował, że w 1930 r. zmniejszono liczbę łóżek oddziału chirurgicznego do 35 i oddziału ginekologicznego do 15, a zwiększono liczbę łóżek oddziału wewnętrznego do 40. Ponadto wyodrębniono dziesięciołóżkowy oddział oczny, którego ordynatorem został, wspomniany już, Władysław Magowski[39], wcześniej asystent Kliniki Ocznej Uniwersytetu Poznańskiego. Równocześnie pracował on jako lekarz Kasy Chorych i wykładał w przyszpitalnej szkole pielęgniarek[40].

---

[35] A. Bandurski, *Mieczkowski Leon…* – Leon Mieczkowski pochodził z rodziny ziemiańskiej, był synem Józefa Mieczkowskiego, właściciela Ciborza i Niedźwiedzia pod Chełmnem.

[36] A. Bandurski, *Leon Mieczkowski na tle…*, s. 69.

[37] A. Sukiennicki, *Aleksander Franciszek Dubiski (1886-1939), lekarz i powstaniec wielkopolski*, „Acta Medicorum Polonorum" 2011, s. 13.

[38] A. Bandurski, *Leon Mieczkowski na tle…*, s. 68-69.

[39] APP, AMP, sygn. 4277, s. 343.

[40] A. Magowska, *Władysława Magowskiego (1890-1961) zapiski z dwóch wojen*, „Acta Medicorum Polonorum" 2011, nr 1, s. 95-98.

Po tragicznej śmierci Leona Mieczkowskiego w 1931 r. stanowisko dyrektora szpitala objął dotychczasowy adiunkt Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego, Jan Schlingmann (1888-?), który w 1920 r., razem z prof. Antonim Tomaszem Juraszem, przyjechał do Poznania z Frankfurtu nad Menem i z czasem przyjął obywatelstwo polskie. Schlingmann zwiększył liczbę łóżek na oddziale chirurgicznym do 50, kosztem oddziału internistycznego. Jego asystentem był od 1933r. Albin Bandurski[41]. W okresie międzywojennym oddział chorób wewnętrznych doglądali Stanisław Panieński (1887-1941) i Stanisław Tuszewski (1885-?), który przez pewien czas praktykował u jednego z najwybitniejszych ftyzjatrów tamtego czasu, prof. Felixa Klemperera w Berlinie. Oddział ginekologiczny nadal prowadził Władysław Suwalski. W szpitalu pomagali też inni lekarze, Antoni Nowicki i Jan Warchocki (1896-?)[42]. Poza Nowickim, wszyscy wymienieni powyżej lekarze byli aktywnymi członkami Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu i prowadzili prywatną praktykę[43].

Pacjenci Sanatorium św. Elżbiety

Siostry podkreślały walory Sanatorium św. Elżbiety już w pierwszym prospekcie reklamowym z 1910 r.: „Zakład znajduje się w cichej okolicy miasta, dokąd nie dochodzi gwar wielkomiejskiego ruchu, zbudowany w pięknym ogrodzie, zewsząd okolony słońcem i czystem powietrzem. Pokoje i sale chorych posiadają obszerne balkony, z których roztacza się wspaniały widok na ogród, przeznaczony dla pacjentów. Niedaleko zaś wznosi się potężna budowa starożytnego kościoła Bożego Ciała, a dalej gubi się wzrok na nieprzejrzanych równinach wybrzeża Warty, ku Żegrzu, Miasteczku, jako też ku Dolinie św. Jana i Kobylopolu. Wszystkie pokoje i sale z obszernymi korytarzami są jasne, słoneczne, z elektrycznym oświetleniem i centralnym ogrzewaniem, wygodne wedle przepisów sanitarnych. Sale operacyjne wielkie, zaopatrzone we wszelkie zapotrzebowania dzisiejszej sztuki lekarskiej, również rozmaite kąpiele, a mianowicie elektryczne z galwanicznym prądem, zmiennym, faradycznym, świetlane, masaż wibracyjny, kąpiele węglikowe, natryski, jako też aparat rentgenowski najnowszego systemu”[44].

Poza szerokim wachlarzem metod fizykoterapii, w której specjalizowały się elżbietanki, chorzy mieli zapewnione także odpowiednie do ich stanu zdrowia diety, w tym m.in. Karela, Sippiego, Jarockiego, węglowodanową i owocową. Jadłospis planowano raz na 10 dni. Kuchnia dostarczała potrawy sporządzone dla poszczególnych pacjentów według indywidualnych zaleceń na ogrzanych talerzach przy pomocy wind, skąd szybko roznoszono je do łóżek. Osoby jedzące wolno otrzymywały ciepłe posiłki na specjalnych talerzach-termosach, napełnionych gorącą wodą[45].

---

41 APP, AMP, sygn. 4277, s. 351.

42 APP, AMP, sygn. 4277, s. 34, 146.

43 *Poczet członków Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk 1857-2007*, pod red. Alicji Pihan-Kijasowej, Poznań 2008, passim.

44 ZZSE, Sanatoryum, prospekt reklamowy z 1910 r.

45 E. Podolska, *op. cit.*, s. 237.

Jedną z pierwszych pacjentek szpitala elżbietanek, wtedy jeszcze w stadium organizacji, była matka przełożona Jolanda Ostrowska, którą w marcu 1909 r. zoperował z powodu guza piersi Leon Mieczkowski[46]. U elżbietanek leczyła się inteligencja, od zamożnej do zubożałej, miejska biedota, a także dostojnicy kościelni oraz państwowi[47], np. w 1930 r. pacjentem poznańskiej lecznicy był Prymas August Hlond. Szczególny charakter miał pobyt w lecznicy elżbietanek, pochodzącego z rodziny irlandzkich osadników biskupa Rygi Edwarda O'Rourke, który prześladowany przez Niemców, w 1937 r. schronił się w gmachu przy ul. Łąkowej i opuścił go dopiero we wrześniu 1939 r. po zajęciu Poznania przez wojska hitlerowskie[48].

Sanatorium zawsze przyjmowało wszystkich potrzebujących, bez względu na wyznanie religijne. Poza katolikami leczono tutaj również ewangelików, kalwinów, prawosławnych i Żydów, co ilustruje tabela 1.

Tab. 1. Pacjenci pielęgnowani przez elżbietanki w mieszkaniach i w Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu w wybranych latach, wg wyznania

Wyznanie	**1909**	**1910**	**1911**	**1912**	**1913**	**1914**	**1915**	**1917**	**1918**	**1919**	**1920**	**1928**
katolicy	1026	1080	967	1011	924	850	588	510	1085	859	930	1.710
ewangelicy	49	31	42	29	26	33	78	75	8	3	9	17
prawosławni	–	–	2	3	4	1	–	–	–	–	–	–
żydzi	5	10	10	5	4	3	8	4	2	5	4	1
inne	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–

Źródło: Zbiory Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety w Poznaniu, Sprawozdania z czynności pielęgnowania chorych za lata 1909-1928.

Siostry wykonywały przy chorych „pielęgnowania dzienne" i „pielęgnowania nocne". Np. w 1921 r. w szpitalu przebywało 98 żołnierzy i 460 innych pacjentów, przy których siostry wykonały w sumie 8.019 „pielęgnowań dziennych" i 5.285 „pielęgnowań nocnych". Podczas pobytu w lecznicy wyzdrowiało 357 osób, uzyskało poprawę stanu zdrowia 36, pozostało nieuleczonych 13, zmarło 15, a pozostało na następny rok 39 pacjentów[49]. W okresie międzywojennym statystyczny pacjent przebywał w Sanatorium św. Elżbiety 23 dni[50]. Szczegółowe dane statystyczne dotyczące wyników leczenia w poznańskim Szpitalu Elżbietanek przedstawia tabela 2.

---

46 ZZSE, Kronika domowa od roku 1908, rękopis niepaginowany.

47 E. Podolska, *op. cit.*, s. 233.

48 E. Schaefer, *Zgromadzenie Sióstr świętej Elżbiety*, Lublin 1996, s. 224.

49 APP, AMP, sygn. 4277, s. 9.

50 *Ibidem*, s. 60.

Tab. 2. Realizacja opieki pielęgniarskiej i efekty leczenia pacjentów pielęgnowanych przez poznańskie elżbietanki w wybranych latach

chorzy	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1917	1918	1919	1920	1928
wyzdrowiało	–	–	783	753	730	715	532	422	935	651	716	1.381
doznało ulgi	–	–	108	130	111	68	41	72	46	103	92	178
pozostało nieuleczonych	–	–	31	21	16	15	11	5	6	15	12	27
umarło	–	–	46	48	47	47	52	57	64	67	69	81
pozostało w leczeniu	–	–	54	97	54	42	38	33	44	31	54	61
chorzy w domach prywatnych	1080	823	447	465	307	286	226	252	741	504	572	563
chorzy w szpitalu	55	298	575	584	651	601	448	337	354	363	371	1.165
razem chorych	1131	1121	1022	1049	958	887	674	589	1095	867	943	1.728

Źródło: Zbiory Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety w Poznaniu, Sprawozdania z czynności pielęgnowania chorych za lata 1909-1928.

Należy podkreślić, że przez cały okres istnienia Sanatorium św. Elżbiety siostry pielęgnowały chorych w szpitalu, nie rezygnując z posługi pielęgniarskiej w mieszkaniach chorych, a licznych ubogich wspomagały w miarę możności datkami, bielizną i odzieżą oraz żywnością[51].

Szpital Elżbietanek podczas okupacji hitlerowskiej

W pierwszych miesiącach okupacji hitlerowskiej siostry na polecenie przełożonych opuściły dom prowincjalny, jednak w ciągu kilku następnych tygodni sukcesywnie wracały, by pomagać chorym, rannym i osobom zmuszonym do ukrywania się. Do tych ostatnich należeli: kompozytor Feliks Nowowiejski oraz księżna Ogińska.

W październiku 1939 r. siostry zostały internowane we własnym domu. Niemcy zajęli ich wszystkie nieruchomości, a liczbę łóżek szpitalnych zwiększyli do 400. Polscy lekarze zostali zwolnieni z pracy, a siostry pozostały na swoich stanowiskach do przybycia niemieckich pielęgniarek świeckich. Odtąd wykonywały w szpitalu tylko prace fizyczne, bądź były kierowane do robót przymusowych.

Na początku kwietnia 1941 r. gestapo aresztowało matkę przełożoną szpitala – Zofię Nawrocik i na dwa tygodnie uwięziło w forcie Radziwiłła na Ostrowie Tumskim. Miesiąc później zażądało spisu elżbietanek zamieszkałych przy ul. Łąkowej, który stał się podstawą dalszych represji. 7 czerwca 1941 r. gestapo aresztowało

[51] S. Stach, *Opieka ambulatoryjna nad chorymi*, w: *Nasza przeszłość. Studia z dziejów Kościoła i kultury katolickiej w Polsce*, red. Alfons Scheltz, Kraków 1981, s. 249-283, na s. 250-276.

matkę prowincjałkę Stanisławę Dankowską i powtórnie matkę przełożoną Zofię Nawrocik. Obie zostały umieszczone na plebanii przy ul. Głównej, skąd po kilku dniach wywieziono je do obozu pracy przymusowej w Bojanowie. Pod koniec czerwca 1941 r. Niemcy aresztowali i wywieźli do obozu w Bojanowie jeszcze 85 elżbietanek[52], a kiedy trzy zamieszkałe przy ul. Łąkowej siostry uciekły w obawie przed wywiezieniem na roboty, gestapowcy aresztowali i osadzili na rok w więzieniu przy Placu Wolności trzy inne, a mianowicie: Florencję Pokładek, Karolę Kubaszewską i Bogdanę Stasik. Przez cały okres okupacji w domu prowincjalnym zamieszkiwało około 50 sióstr, które Niemcy zmusili do noszenia stroju świeckiego i zatrzymali jako służące.

W 1943 r. Niemcy zmienili nazwę szpitala na „Bertha Spitzer Krankenhaus" i zaostrzyli terror wobec sióstr. Jak wspominała matka Zofia Nawrocik: „Niemka z N.S.D.A.P., zarządzająca domem, dokuczała siostrom na każdym kroku. W czasie nabożeństw niedzielnych kazała siostrom dźwigać ciężkie wiadra z piaskiem z ulicy na IV-te piętro. Dozorowała siostry nie tylko podczas pracy, ale i przy posiłkach, a nawet w czasie spoczynku. Niektóre siostry z byle powodu posyłała na jakiś czas do obozu koncentracyjnego. 8-go września 1942 roku zdemolowano kaplicę szpitalną rąbiąc figury, ołtarze, ławki i ambonę. Wyżej wymieniona „Oberon", tańcząc i depcąc w zakrystii po bieliźnie kaplicznej i innych przedmiotach służących do kultu religijnego, poleciła drewnem z ołtarzy, ławek itp. opalać wyłącznie jej pokoje. Część paramentów została wywieziona, a z reszty szyto sukienki dla lalek, poduszki na kanapy, a z bielizny kościelnej wyprawki dla niemieckich niemowląt"[53].

Niemcy opuścili dom i szpital elżbietanek dopiero 22 stycznia 1945 r., wywożąc kilkunastu ciężarówkami zrabowane wyposażenie szpitalne, meble i dywany. Już 3 lutego opustoszały budynek zajęło wojsko radzieckie, ale miesiąc później szpital przejęło wojsko polskie. Po kilku dniach ustąpiło ono jednak miejsca żołnierzom radzieckim, którzy przebywali w gmachu przy ul. Łąkowej do 19 listopada 1945 r. Dopiero wtedy siostry mogły przejąć i posprzątać oraz, przy wydatnej pomocy UNRRA, na nowo wyposażyć swój szpital[54].

Powojenne losy szpitala elżbietanek

W styczniu 1946 r. Sanatorium św. Elżbiety przyjmowało chorych na sześciu oddziałach, liczących w sumie 220 łóżek. Były to oddziały: chirurgiczny (90 łóżek), wewnętrzny (45 łóżek), laryngologiczny (50 łóżek), oczny (15 łóżek), oraz ginekologiczny i dziecięcy (po 10 łóżek każdy)[55].

---

[52] E. Schaefer, *op. cit.*, s. 224.

[53] Z. Nawrocik, *op. cit.*, s. 3-4. – Zapewne chodziło nie o obóz koncentracyjny, ale obóz pracy w Bojanowie.

[54] E. Schaefer, *op. cit.*, s. 224-225.

[55] Z. Nawrocik, *op. cit.*, s. 4-5.

Ryc. 2. Dr Józef Granatowicz z personelem medycznym poznańskiego Szpitala Elżbietanek (około 1948 r.)

Lekarzem naczelnym i ordynatorem oddziału chirurgicznego został Józef Władysław Granatowicz, były asystent prof. Antoniego T. Jurasza i współpracownik Jana Schlingmanna w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Granatowiczowi pomagał Kazimierz Hołoga, z czasem dyrektor szpitala w Nowym Tomyślu[56] i Mroczkowski[57]. Tak jak przed wojną, oddział okulistyczny szpitala elżbietanek prowadził Magowski[58], natomiast ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych był Włodzimierz Jerzy Graffstein (zm. 1962 r.)[59]. Ordynatorem oddziału otolaryngologicznego był Piotr Kozaryn, oddziałem chorób dziecięcych kierował Stabrowski, a ginekologicznym – Suwalski. Ponadto konsultacji udzielali m.in.: Frąckowiak, Łukomski i Aleksander Schreiber (1901-1956).

10 października 1949 r., wkrótce po powrocie do dawnej świetności, szpital elżbietanek został przejęty przez Zarząd Miejski (potem Prezydium Miejskiej Rady Narodowej w Poznaniu) w bezpłatne użytkowanie[60]. Poza szpitalem zabrano elżbie-

---

[56] H. Bogusz, *Kazimierz Hołoga (1913-1958) – wielkopolski chirurg*, „Acta Medicorum Polonorum" 2011 s. 19-21, na s. 20.

[57] B. Kraszewska, *Siostry Elżbietanki – służebniczki chorych*, „Ilustrowany Kurier Polski" 1947, nr 87, s. 3.

[58] S. Stępak, *Władysław Magowski (1890-1961)*, w: *Szkice do portretów przedstawicieli medycyny poznańskiej 1945-1985*, red. J. Hasik, R. Meissner, Poznań 1991, s. 230-231.

[59] E. Graffstein-Malkiewicz, *Włodzimierz Ignacy Graffstein*, „Kronika Miasta Poznania" 2001 nr 1 s. 272.

[60] Podstawą prawną był dekret o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 28 października 1948 r.

tankom wszystkie inne nieruchomości, a więc dom prowincjonalny, nowicjat, domy czynszowe przy ul. Łąkowej 4a i 4b oraz duży ogród. Dzięki obronie podjętej energicznie przez siostry, z Warszawy przyjechała specjalna komisja Ministerstwa Administracji Publicznej, która dokonała rozgraniczenia mienia klasztornego i szpitalnego, a następnie zwróciła Zgromadzeniu część nieprawnie zabranych nieruchomości. Wszystkich lekarzy zwolniono z pracy w Szpitalu Miejskim nr 2, ale pozostawiono 54 siostry pielęgniarki. Kiedy w październiku 1950 r. Szpital Miejski przeniesiono do byłego klasztoru przy ul. Engla, w budynku Sanatorium św. Elżbiety uruchomiono szpital Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa[61]. Jeszcze w 1953 r. pracowało w nim 25 elżbietanek, jednak do 1962 r. wszystkie siostry zostały zwolnione. W całym kraju eliminowano zakonnice i zakonników z systemu opieki zdrowotnej, co w poufnych dokumentach uzasadniano ich wpływem religijnym na chorych, co w PRL było równoznaczne ze „szczególną nielojalnością wobec władz państwowych"[62].

Wyrzucone z pracy i eksmitowane z mieszkań usytuowanych na terenie szpitali oraz placówek opiekuńczych elżbietanki w większości znalazły schronienie w parafiach. Tam zakładały małe wspólnoty, starając się utrzymać ze świadczeń pielęgniarskich udzielanych w mieszkaniach pacjentów lub pomocy w prowadzeniu parafii. Niekiedy podejmowały próby znalezienia zatrudnienia, zgodnego ze swymi kwalifikacjami i zakonnym charyzmatem[63].

W 1968 r. elżbietanki podjęły pracę w Państwowym Zakładzie dla Przewlekle Chorych przy ul. Grobla 26 w Poznaniu. W 1976 r., po przeniesieniu szpitala MSW do nowej siedziby, profesorowie Cezary Ramlau i Szczęsny Simm zorganizowali w budynku przy ul. Łąkowej Ośrodek Onkologii, wkrótce przekształcony w Klinikę Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu. Klinika posiadała trzy oddziały szpitalne: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej oraz chemioterapii onkologicznej z radioterapią[64]. W latach siedemdziesiątych XX w. elżbietanki pozostawały jednym z najliczniejszych zgromadzeń zakonnych w Poznaniu[65]. Jeszcze w 1982 r. w domu prowincjalnym przy ul. Łąkowej mieszkało 71 sióstr, ale odtąd ich liczba stale zmniejszała się[66].

Elżbietankom zezwolono na pracę w szpitalnictwie dopiero po zapoczątkowanej w 1989 r. transformacji politycznej Polski. I tak, w 1991 r. dwie siostry pielęgniarki podjęły pracę w Klinice Onkologii na oddziałach chirurgii i chemioterapii. Trzy lata później kolejna siostra rozpoczęła pracę na oddziale ginekologicznym[67]. W 2011 r. zapadła decyzja o oddaniu elżbietankom gmachu ich byłego szpitala, co nastąpiło w następnym

---

[61] ZZSE, Dom Prowincjonalny i nowicjat, maszynopis z 1964 r.

[62] AAN, UW, sygn. 133/330, s. 19.

[63] AAN, UW, sygn. 133/489, s. 26-30.

[64] C. Ramlau, J. Brębborowicz, *Historia Kliniki Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu mieszczącej się w budynku Zgromadzenia Sióstr Elżbietanek przy Łąkowej 1 /2*, w: *20-lecie Kliniki Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu. Konferencja naukowa. Streszczenia referatów i plakatów*, Poznań 18-19 października 1996 r., s. 3-4.

[65] AAN, UW, sygn. 133/12, s. 65,91, 134.

[66] AAN, UW, sygn. 134/64, Sprawozdanie z działalności Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety w Poznaniu w latach 1982-1987, bez paginy.

[67] ZZSE, Dom Prowincjonalny, maszynopis z 2000 r.

roku. Jakie będą dalsze losy tego pięknego, lecz wymagającego remontu kapitalnego, budynku? Społeczne zapotrzebowanie na posługę pielęgniarską i opiekuńczą elżbietanek nie maleje…

Dr Zofia Garlicka (1874-1942) – lekarz ginekolog, przewodnicząca Zrzeszenia Lekarek Polskich, więźniarka Pawiaka i Auschwitz-Birkenau

Dr. Zofia Garlicka (1874-1942) – a gynaecologist, the President of the Medical Women's Association, a prisoner of the Pawiak Prison and the Auschwitz-Birkenau

Maria Ciesielska[1]

Warszawa

Streszczenie: Zofia Garlicka urodziła się 19 czerwca 1874 r. w Niżnym Nowogrodzie. Ukończyła studia medyczne na Uniwersytecie w Zurychu uzyskując tytuł doktora nauk medycznych. Specjalizowała się w ginekologii i położnictwie w Krakowie. Działała w licznych organizacjach społecznych, zabiegając o poprawę losu pracujących kobiet ciężarnych i położnic. Była jedną z założycielek i przewodniczącą Stowarzyszenia Lekarek Polskich. W okresie okupacji hitlerowskiej w Polsce działała w strukturach Armii Krajowej, za co została aresztowana i uwięziona na „Pawiaku". W październiku 1942 r. została przewieziona do KL Auschwitz-Birkenau, gdzie wkrótce zmarła w wyniku zachorowania na tyfus plamisty.

Abstract: Zofia Garlicka was born on June 19th, 1874 in the town of Nizhny Novgorod. She graduated from medicine at the University of Zurich with a doctorate in medicine. She specialized in gynecology and obstetrics in Krakow. She worked in a number of community organizations striving to improve situation of working pregnant women. She was a co-founder and the president of the Medical Women's Association in Poland. During the Nazi occupation of Poland she joined the Home Army. She was arrested and imprisoned in the Pawiak Prison. In October 1942 she was taken to the Auschwitz-Birkenau, where she died because of typhus soon.

Słowa kluczowe: historia medycyny, Pawiak, niemieckie obozy koncentracyjne, Auschwitz-Birkenau, Zrzeszenie Lekarek Polskich, Zofia Garlicka

Key words: history of medicine, the Pawiak Prison, German concentration camps, Auschwitz-Birkenau, Medical Women's Association, Zofia Garlicka

Tu grobu mieć nie będziesz, przyjacielu,
Popiołów garść rozwieje polny wiatr,
Nieważne to – wszak jesteś jeden z wielu,
Wielu tysięcy, co zapomniał o nich świat.

(T. Borowski, Birkenau)

[1] Adres do korespondencji: Maria Ciesielska, Kobyłka 05-230 ul. Gen. T. Kościuszki 39.

Do tej pory głównym źródłem wiedzy na temat życia i pracy dr Zofii Garlickiej pozostaje artykuł wspomnieniowy napisany w 1973 r. przez jej córkę Jadwigę Putowską. Jest on źródłem faktów, a także skarbnicą wiadomości dotyczących życia prywatnego, upodobań oraz cech charakteru dr Garlickiej. Również inni autorzy opisują ją w swoich książkach, najpełniej jej zięć, Stanisław Jankowski, „Agaton", w publikacji „Z fałszywym ausweisem w prawdziwej Warszawie. Wspomnienia 1939-1946". Szczegółowy biogram dr Garlickiej opracował Jan Bohdan Gliński w „Słowniku biograficznym lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej". Została ona także bohaterką opowiadania Marii Dąbrowskiej „W piękny letni poranek", w którym w epicki sposób przedstawione są ostatnie dni przed aresztowaniem oraz samo aresztowanie dr Garlickiej. Jednakże ostatni okres jej życia jest zwykle ujęty w stereotypowe sformułowanie „trafiła do KL Auschwitz, gdzie otrzymała numer obozowy 22521. Zmarła na tyfus 18.11.1942 w wieku 68 lat". Niektóre źródła podają, że została pochowana na Cmentarzu Powązkowskim w grobie rodzinnym, obok swojego męża. Większość z faktów trudno dziś jednoznacznie ustalić, ale daty i wydarzenia niewiarygodne powinny zostać wyjaśnione[2].

Artykuł ten powstał, aby opisać nie tylko bogate życie dr Zofii Garlickiej, ale przede wszystkim przybliżyć okoliczności jej aresztowania, gehennę pobytu w więzieniu na Pawiaku, a potem w KL Auschwitz-Birkenau, jak również wyjaśnić, że prochy tej wspaniałej kobiety nie znalazły miejsca pochówku na żadnym cmentarzu.

* * *

Zofia Garlicka urodziła się 19 czerwca 1874 r. w Niżnym Nowogrodzie nad Wołgą, jako córka obywateli kresowych, zesłańców za udział w powstaniu styczniowym, Feliksa Wojtkiewicza i Teofili z domu Bogórskiej. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości w gimnazjum w Niżnym Nowogrodzie wyjechała w 1895 r. do Genewy, gdzie rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu. W 1898 r. przeprowadziła się do Zurychu, gdzie w 1899 r. uzyskała dyplom doktora medycyny przedstawiając rozprawę p.t.: „Uber die Knorpelhaltigen Auswüchse am Halse" („O wyroślach chrzęstnych szyi"). W czasie studiów angażowała się w działania młodzieży polskiej studiującej w Szwajcarii i działała w sekcji zuryskiej Związku Zagranicznego Socjalistów Polskich. Wśród kolegów ceniona była za prawość charakteru i takt. W 1900 r. powróciła do Rosji i nostryfikowała dyplom lekarski w Kazaniu. W tym samym roku wyszła za mąż za poznanego w Zurychu inżyniera chemika Stanisława Garlickiego. Pracując w Ząbkowicach prowadził on równocześnie konspiracyjną działalność polityczną w Polskiej Partii Socjalistycznej, będąc działaczem okręgowym w Zagłębiu Dąbrowskim i Częstochowie.

Ślub odbył się w 1900 r. w Niżnym Nowogrodzie. Po nostryfikacji dyplomu w październiku 1901 r., Zofia Garlicka rozpoczęła specjalizację w zakresie ginekologii i położnictwa w klinice prof. H. Jordana w Krakowie, mieszczącej się w dworku Bro-

[2] Jedną z dat absolutnie niemożliwych jest data śmierci 11. 12. 1940 r., podana przez Bolesława Olszewicza w: *Lista strat kultury polskiej 1. IX. 1939-1. III. 1946*, S. Arct, Uniwersytet Michigan, 1947.

dowicza przy ul. Kopernika 7. Od 1903 r. pracowała w szpitalu fabrycznym w Rakowie-Częstochowie oraz praktykowała w Zawierciu. W 1905 r. Stanisław Garlicki został aresztowany przez władze carskie za działalność w PPS. W wyniku amnestii opuścił więzienie lubelskie po czterech miesiącach. Po VIII Zjeździe PPS w lutym 1906 r. zarówno on, jak i jego żona, odsunęli się od czynnej działalności politycznej. Wkrótce Stanisław Garlicki wyjechał za granicę, aby studiować matematykę. Przebywał kolejno w Berlinie, Zurychu i Paryżu, studiując filozofię, historię, nauki przyrodnicze, a przede wszystkim matematykę. Było to możliwe dzięki wsparciu finansowemu żony.

Aby poprawić warunku materialne, dr Garlicka przeniosła się w 1907 r. z Częstochowy do Łodzi i objęła posadę lekarki w fabryce włókienniczej Scheiblera, gdzie pracowała przez kolejne dwa lata. Zbiegło się to w czasie z powrotem do kraju jej męża, który rozpoczął pracę nauczyciela matematyki w prywatnych szkołach średnich w Łodzi, prowadząc równocześnie samodzielne badania naukowe oraz publikując w czasopiśmie „Wektor".

Dr Garlicka rozpoczętą w Częstochowie działalność społeczną kontynuowała w Łodzi. Od 1908 r. zbierała w fabrykach tkackich i przędzalniczych Scheiblera i Grohmana materiał statystyczny do swojej pracy „Potrzeba opieki nad matką pracującą i jej dzieckiem". Zaniepokojona była olbrzymią śmiertelnością niemowląt, których matki były robotnicami fabrycznymi. Zabiegała szczególnie o właściwą opiekę nad dzieckiem poprzez stworzenie systemu opieki nad niemowlętami, których matki musiały pracować poza domem. Była członkinią tamtejszego Koła Lekarskiego oraz instytucji Kropla Mleka. Zorganizowała przytułek położniczy Towarzystwa Dobroczynności. Nauczała w szkole położniczej, była ordynatorem w szpitalu rosyjskim oraz prowadziła własną praktykę lekarską.

W roku akademickim 1915/1916 Stanisław Garlicki został powołany na wykładowcę geometrii wykreślnej w nowo powstałej Politechnice Warszawskiej. Przyjazd do Warszawy skłonił go na krótko do powrotu do działalności politycznej. Był jednym z założycieli Ligi Państwowości Polskiej, a w 1918 r. wchodził w skład Rady Stanu Królestwa Polskiego. W 1919 r. został zatrudniony na stanowisku profesora Politechniki Warszawskiej, a po złożeniu pracy habilitacyjnej został mianowany profesorem nadzwyczajnym geometrii wykreślnej na Wydziale Mechanicznym. Piastował też później funkcję dziekana tego wydziału, będąc jednocześnie członkiem Senatu Akademickiego.

Dr Garlicka dołączyła do męża wraz z córkami Jadwigą, Wandą i Zofią w 1918 r. Zamieszkali początkowo przy ul. Żórawiej 16, a w 1929 r. przenieśli się na ul. Topolową 8 (dziś Al. Niepodległości 216). To mieszkanie szczególnie jej odpowiadało. „Miała tu swój ulubiony balkon, wychodzący na ogród. O ile pozwalała pogoda, odpoczywała tam na leżaku i przyjmowała przyjacielskie odwiedziny. Pisywała tu chętnie swoje artykuły i inne prace o treści zawodowej i społecznej"[3]. Gabinet dr Garlickiej stał się szybko miejscem zebrań różnych stowarzyszeń społecznych.

---

[3] J. Putowska, *Wspomnienie o dr Zofii Garlickiej*, „Archiwum Historii Medycyny", 1973, s. 197.

Początkowo Garlicka była ordynatorem w szpitalu ginekologicznym Kasy Chorych, zaś od 1930 r. została ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu Ujazdowskim (wówczas Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego). Pełniła ponadto funkcję lekarza szkolnego w Gimnazjum i Liceum im. N. Żmichowskiej, ordynowała także w Lecznicy dla Niezamożnych Chorych prowadzonej przez Siostry Elżbietanki na ul. Topiel oraz pracowała w II Miejskim Ośrodku Zdrowia przy ulicy Górnośląskiej 26.

Była orędowniczką powstania Kasy Chorych, widząc w tej instytucji możliwość równego dostępu do pomocy lekarskiej. Urzędowy Spis Lekarzy z r. 1931 podał, że Zofia Garlicka pełniła funkcję urzędowego lekarza ginekologa położnika[4]. Współpracowała z Polskim Komitetem do Zwalczania Raka, z inicjatywy którego w r. 1929 odbył się Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy. Wygłosiła wtedy odczyt „O zwalczaniu raka." Była członkiem Rady Nadzorczej Instytutu Radowego, którego działalność dotowało okresowo Towarzystwo Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie[5].

Od 1925 r. pełniła funkcję przewodniczącej Zrzeszenia Lekarek Polskich, była też jedną z inicjatorek tej organizacji[6]. Zrzeszenie Lekarek Polskich należało do Międzynarodowego Stowarzyszenia Lekarek (Medical Womens Internationale Association – MWIA), które zostało utworzone w 1919 r. aby zachęcać lekarki z różnych państw do współpracy i wzajemnego zrozumienia bez względu na rasę, wyznanie czy poglądy polityczne. Stowarzyszenie działało równocześnie na rzecz równouprawnienia lekarzy kobiet i mężczyzn[7]. Na IV Kongres MWIA w Edynburgu w r. 1937 dr Garlicka nie pojechała wskutek choroby. Zastąpiła ją sekretarz Zrzeszenia, dr Natalia Zand, wygłaszając referat „Zdrowie i higiena psychiczna uczniów w Polsce". Na tym kongresie dr Zofia Garlicka została wybrana przez Zgromadzenie Ogólne na wiceprzewodniczącą MWIA na trzyletnią kadencję[8].

Działała także w ramach Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet w Sekcji Opieki nad Matką i Niemowlęciem. Publikowała w czasopismach medycznych oraz popularnych, a także występowała publicznie, m.in. i w audycjach radiowych. Współpracowała również z redakcją „Ginekologii Polskiej". W swych wystąpie-

---

4 *Urzędowy Spis Lekarzy*, Warszawa 1931 s. 58. – Podobnie w USL z r. 1939 z tym, że na stronie 59.

5 W r. 1932 w skład tego Towarzystwa m.in. wchodzili: prof. Ludwik Paszkiewicz (prezes), dr Bronisława Dłuska siostra Marii Skłodowskiej-Curie (skarbnik), dr Józef Skłodowski (brat Marii), prof. Kazimierz Białaczewicz, prof. Adam Czyżewicz, doc. Alicja Dorabialska, prof. Świętosławski, doc. Adolf Wojciechowski, prof. Franciszek Czubalski oraz dr Zofia Garlicka. Źródło: http://www.sior.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=294:historia-walki-z-rakiem-2&catid=1:najnowsze ostatni dostęp 31 lipca 2013 r.

6 We wrześniu 1925 r. powstało w Warszawie Zrzeszenie Lekarek Polskich (Association Polonaise de Femmes Medecins), z inspiracji dr Balbiny Biszofswerderowej, dr Justyny Budzyńskiej-Tylickiej, dr Zofii Garlickiej i dr Natalii Zand. Źródło: Bruziewicz-Mikłaszewska Barbara, *Żeby ślad pozostał i pamięć*, „Gazeta Lekarska" 1999 nr 4, s. 16.

7 Medical Women's International Association MWIA (Miedzynarodowe Stowarzyszenie Lekarek) powstało w 1919 r. w Nowym Jorku z połączenia AMWA-American Medical Women's Association i YWCA-Young Women's Christian Association.

8 B. Bruziewicz-Mikłaszewska, *op.cit.*, s. 16.

niach podnosiła wysoką godność macierzyństwa i rolę kobiety w życiu rodzinnym.

W 1939 r. brała udział w szkoleniu służb sanitarnych. Panice przeciwstawiała się prezentując spokojną i odważną postawę. Wybuch wojny zastał ją nad Bugiem u córki Wandy, gdzie spędzała czas opiekując się wnukami. W tym czasie mężowie córek, Jadwigi – Stefan Putowski i Zofii - Stanisław Jankowski, zostali wcieleni do jednostek wojskowych[9].

W okresie okupacji dr Garlicka pracowała w zakładzie leczniczym przy ul. Lwowskiej 13, którego była współwłaścicielką oraz prowadziła praktykę prywatną[10]. Wspierała swoje córki oraz pomagała im w wychowywaniu wnucząt. Jej mieszkanie stało się schronieniem dla kurierów, „cichociemnych" i uciekinierów z obozów. Jako członek ZWZ-AK była przydzielona do komórki „Dorsze", opiekującej się zbiegłymi z niewoli Anglikami[11]. W jej domu znajdowała spokój do pracy twórczej Maria Dąbrowska.

Jadwiga Putowska podkreślała, że córki dowiadywały się o wielu podejmowanych przez matkę działaniach wiele lat później: *Dyskrecja matki była doskonała. O jej działalności dowiadywaliśmy się głównie po wojnie. Ileż to razy zdarzało się usłyszeć lub przeczytać w literaturze wspomnieniowej, że ten i ów otrzymał z rąk doktor Garlickiej papiery aryjskie, że w jej mieszkaniu była skrzynka Sztabu Generalnego AK, odbywały się zebrania robocze Podziemnej Szkoły Teatralnej i inne tego typu imprezy. Matka nie zdradzała się nam nigdy słowem, gestem, aluzją. Dyscyplina zawodu czy szkoła dawnego socjała?*[12].

Wiosną 1941 r. dr Garlicka przechowywała u siebie w domu oficera angielskiego, jeńca zbiegłego z Fortu VII w Poznaniu, a także wyprowadzoną z getta dr Natalię Zandową. Sytuacja skomplikowała się, gdy Christopher Silverwood Cope zachorował na tyfus plamisty. Stan jego był bardzo ciężki i tylko dzięki ofiarnej pielęgnacji oraz staraniom lekarskim dr. Stanisława Wszelakiego, lekarza ze Szpitala Ujazdowskiego, udało się uratować mu życie.

11 sierpnia po południu Christopher Silverwood Cope „Kit" i jego kolega John Arison Crawford przyjechali na ulicę Topolową, aby pożegnać się przed planowanym „przerzutem" za granicę. Do dziś nie wiadomo, co naprowadziło tego dnia gestapo na mieszkanie przy Topolowej. *Zanim jeszcze gestapowcy zadzwonili do drzwi mieszkania, doktor Garlicka i Zosia wiedziały, że za chwilę wszyscy zostaną aresztowani: one obydwie, mieszkająca u nich doktor Zandowa i przebywający w tym dniu na Topolowej Kit. Zawczasu ustaliły z dozorcą panem Kaczyńskim prymitywny system alarmowy, którym miał je uprzedzić w przypadku katastrofy. 11 sierpnia 1942 roku o godzinie piątej po południu usłyszały umówiony sygnał. Dozorca kaszlał, jak mógł najgłośniej. Niedługo czekały. Dokładnie tyle,*

---

[9] Stefan Putowski wrócił do Warszawy po zakończeniu Kampanii Wrześniowej, Stanisław Jankowski przedostał się na Zachód. Jako „cichociemny" ps. Agaton powrócił do Warszawy 4.03.1942 roku. Źródło: J. Putowska, *op. cit.*, 191-211.

[10] W dniu 10 września 1940 r. dr Zofia Garlicka wypełniła ankietę Izby Lekarskiej tzw,. Fragebogen. Zob.: Dział Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej, sygn. WB.L/2185.

[11] S. Bayer, *Służba Zdrowia Warszawy*, Warszawa 1985, s. 266.

[12] J. Putowska, *op.cit.*, s. 204.

ile potrzebował Kaczyński, żeby wolno, możliwie jak najwolniej otworzyć Niemcom drzwi od ulicy, zamykane na klucz, i żeby weszli na drugie piętro.[13]

Świadkiem aresztowania była kilkunastoletnia wówczas Olga Krzyżanowska[14], która pamięta, że z balkonu mieszkania dr Garlickiej spadały do ogrodu papiery, które zbierała i zanosiła do domu. Aby ukryć choć część kompromitujących materiałów, wyniosła wraz z babcią zebrane dokumenty poza mieszkanie. Tego dnia poza dr Garlicką, jej córką Zofią oraz Anglikami, aresztowano także ukrywaną w mieszkaniu, zbiegłą z getta dr Natalię Zandową, którą Gestapo rozstrzelało prawdopodobnie następnego dnia. Jej śmierć niezwykle mocno zraniła dr Garlicką, ponieważ czuła się odpowiedzialna za aresztowanie przyjaciółki.

Wszystkie aresztowane osoby: Zofia Garlicka, jej córka Zofia Jankowska, dr Natalia Zand oraz zbiegli jeńcy, Anglik, por. Christopher Silverwood-Cop – „Kit" i Szkot, por. John Crawford, zawieziono do siedziby Gestapo w al. Szucha. Umieszczono ich w celach nazywanych „tramwajami", w których oczekujący na „badania" więźniowie siedzieli jeden za drugim, zwróceni twarzami do ściany. W trakcie przesłuchania dr Garlicka nie wyjawiła nic pomimo to, że była bita. Tego samego dnia wieczorem w trakcie transportu do więzienia na Pawiaku, dr Garlicka zażyła truciznę. W bardzo ciężkim stanie trafiła do szpitala więziennego, gdzie została odratowana przez pracujących tam lekarzy-więźniów.[15] Była im za to później wdzięczna.

Na Pawiaku została otoczona troskliwą opieką współwięźniarek, strażniczek oraz personelu sanitarnego. Jak tylko poczuła się lepiej, pomagała chętnie w pracy w szpitalu na oddziale kobiecym, tak zwanej Serbii. Jedna z więźniarek wspominała po wojnie: *Od 15 sierpnia byłam w szpitalu więziennym, gdyż spodziewałam się rozwiązania.* […] *Wtedy kiedy u mnie miał nastąpić poród, Pani dr* [Garlicka] *czuła się już troszkę lepiej. Ona mnie zbadała i określiła mniej więcej dzień porodu. Dnia 18 sierpnia o godzinie 18.20 podczas apelu wieczornego urodziłam córkę*[16].

Dzięki konspiracji więziennej udało się nawiązać kontakt grypsowy z Anglikami. Jeden z nich, Kit, napisał: *W Anglii nie ma ani jednego człowieka, który zrobiłby dla kogokolwiek to, co wyście zrobiły dla mnie!* lecz na próbę uzgodnienia zeznań Kit odpowiedział

---

[13] S. Jankowski, *Z fałszywym ausweisem w prawdziwej Warszawie. Wspomnienia 1939-1946*, natomiast R. Domańska w: *Pawiak. Więzienie Gestapo. Kronika 1939-1944*, Warszawa, 1978, s. 245 podaje powołując się na dokumenty z Archiwum Głównej Komisji Badania Zbrodni Hitlerowskich w Polsce, k. 61, sygn. II 707/2) – datę aresztowania 12.08.1942 .

[14] Olga Teresa Krzyżanowska (ur. 10 września 1929 r. w Warszawie) – polska polityk, działaczka społeczna, lekarka, posłanka na Sejm X, I, II i III kadencji, wicemarszałek Sejmu X i II kadencji, senator V kadencji. Relacja z wystąpienia w trakcie uroczystej sesji poświęconej pamięci dr Zofii Garlickiej w 70 rocznicę jej śmierci, zorganizowanej przez Stowarzyszenie Twórców Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie w dniu 19 listopada 2012 r.

[15] W latach 1939-1944 na oddziałach męskim i żeńskim Pawiaka funkcjonowały szpitale więzienne. Przez cały okres w obu placówkach przebywało ok. 6700 mężczyzn i ok. 1900 kobiet. Udzielono w nich blisko 76 000 porad ambulatoryjnych oraz nie mniej niż 40 000 porad dentystycznych, wykonano 299 000 zabiegów i operacji oraz odebrano ponad 50 porodów. Źródło: R. Domańska, *Pawiak był etapem*. Warszawa, 1987.

[16] Fragment wspomnień Aliny Fajge *Urodziłam na Pawiaku*, w: *Pawiak był etapem. Wspomnienia z lat 1939-1944*, oprac. Regina Domańska, Warszawa 1987, s. 207.

przez komórkę więzienną, że *oficer niemiecki dał mu słowo, że nie wykorzysta jego zeznań, i że on, oficer angielski, nie może kłamać.*[17]

Dr Garlicka przebywała w oddziale kobiecym więzienia na Pawiaku do 12 października 1942 r. Jedna z byłych więźniarek dr Sabina Dembowska, aresztowana także w sierpniu 1942 r., wspominała ich spotkanie na Pawiaku następująco: *W pralni spotkałam miłą znajomą, dr Zofię Garlicką, która została aresztowana razem z córką na miesiąc przed moim uwięzieniem. Pani Zofia była zrezygnowana. Trzymała się psychicznie bardzo dzielnie. Niepokoiła się tylko o córkę. Obydwie były bardzo obciążone. Ukrywały u siebie w domu pewnego Anglika oraz niejaką panią Zandową, Żydówkę, mądrą i dobrą kobietę, która uciekłszy z getta zatrzymała się u Garlickiej. W czasie rewizji gestapo wykryło w domu pani doktor dużo „bibuły". Wszystkie trzy już dzisiaj nie żyją. Zandową wykończono zaraz, a Garlickie wysłano do Oświęcimia, gdzie zmarły na tyfus plamisty.* […] *Wkrótce pani doktor zapadła na serce. Przewieziono ją do szpitala*."

Być może choroba serca była powodem przeniesienia dr Garlickiej do szpitala więziennego. Jednakże wydaje się wysoce prawdopodobne, że została ona tam przeniesiona, aby móc otoczyć ją lepszą opieką. Jeżeli tylko istniała taka możliwość, lekarki-więźniarki pracujące w kolumnach sanitarnych czy ambulatorium starały się przenosić do szpitala osoby starsze, wyczerpane przesłuchaniami lub zagrożone wywózką do obozu. Wyposażenie szpitala, choć bardzo skromne, dawało przywilej leżenia w łóżku pod własnym kocem. Niestety, kobiecych łóżek szpitalnych było zaledwie 33.

Równocześnie rodzina czyniła starania, aby wydostać matkę i siostrę z Pawiaka. Słyszało się tu i ówdzie o Polakach lub Volksdeutschach, którzy byli odpowiednio ustosunkowani i za opłatą pomagali wykupić kogoś z więzienia. Jednakże sytuacja dr Garlickiej była bardzo poważna, a sprawa rozpatrywana przez wydział do spraw kontaktu z obcym wywiadem. Mówiono wówczas, że *sprawa jest ciężka, i nic nie da się zrobić.*

Od sierpnia 1942 do transportów męskich kierowanych do KL Auschwitz dołączano grupy kobiet. Nocą, z 12 na 13 października 1942 r., sformowano pierwszy wyłącznie kobiecy transport do Oświęcimia liczący 50 więźniarek.[18] Obóz koncentracyjny Auschwitz-Birkenau przeżyło zaledwie 16 z nich. Pociąg dotarł na stację w Oświęcimiu w nocy 13 października, jednakże został zarejestrowany dzień później. Rejestracja nowoprzybyłych polegała na: wypełnieniu przez więźniarkę funkcyjną specjalnej karty więźnia, nadaniu numeru obozowego oraz przydzieleniu odpowiedniej kategorii więźniarskiej. Po kąpieli w tzw. „Saunie" – łaźni obozowej, wydawano odzież i obuwie więźniarskie. Do lipca 1943 r. każdy przybyły do obozu więzień był fotografowany w trzech pozach. Zachowało się obozowe zdjęcie

---

[17] Na podstawie wspomnień Stanisława Jankowskiego „Agatona" pt. „Z fałszywym ausweisem w prawdziwej Warszawie", Warszawa 1984, s. 361.

[18] Leon Wanat w książce *Za murami Pawiaka* podaje datę 13.10.1942 r. Irena Jankowska, aresztowana w Ostrowi Mazowieckiej, była jedną z więźniarek wywiezionych tym transportem (numer obozowy w KL Auschwitz 22524). W nagranym dla Archiwum Państwowego Muzeum Auschwitz-Birkenau wywiadzie oraz w rozmowie prywatnej z autorką podkreślała, że transport formowano już 12.10.1942 r. oraz, że przybył on na stację kolejową w Oświęcimiu nocą a więźniarki do obozu szły ze stacji pieszo.

Zdjęcie obozowe dr Zofii Garlickiej (numer obozowy w KL Auschwitz 22521)

dr Garlickiej, zrobione zaraz po przyjęciu w stan więźniów i przydzieleniu numeru obozowego 22521. Widać na nim niemłodą kobietę w okularach, z ostrzyżoną głową oraz zużytym ubraniu.

Dziś wiadomo, że obóz kobiecy w Birkenau utworzono w związku ze stale wzrastającą liczbą więźniarek przebywających w wydzielonej części obozu męskiego. Przepełnienie oddziału kobiecego było powodem przeniesienia więźniarek do nowopowstałego obozu w Birkenau. Przenosiny 13 tysięcy kobiet zakończono 11 sierpnia 1942 r., a więc w dniu aresztowania dr Garlickiej.

Obóz kobiecy zajmował początkowo odcinek B I a (B – Birkenau, I – pierwszy, a – bo podzielony na części a i b). W baraku numer 3, do którego trafiły nowoprzybyłe więźniarki, znajdowało się sześćdziesiąt trzypoziomowych murowanych przegród mieszczących łącznie od 700 do 1000 więźniarek. *W głębi ciemnych nor, jak w piętrowych klatkach, przy mętnym świetle tu i ówdzie płonących świeczek nagie, wychudłe postacie, zgięte w pałąk, sine od zimna, pochylone nad kupką brudnych łachów, z wtuloną w ramiona ogoloną głową, co chwila łapiące chudymi palcami insekty i zabijające je ostrożnie na brzegu koi — to obraz baraku z 1942 roku*.[19]

Blokową baraku 3, czyli więźniarką funkcyjną pełniącą nadzór nad stanem liczbowym oraz porządkiem w baraku, była wyjątkowo okrutna Stenia Starostka[20]. Z zawodu księgowa, aresztowana – jak utrzymywała w obozie – za działalnością konspiracyjną, została skazana przez hitlerowski sąd na karę śmierci, zamienioną później na dożywotnie więzienie. Od kwietnia 1942 r. przebywała w KL Auschwitz-Birkenau, a od

[19] S. Szmaglewska, *Dymy nad Birkenau*, Kraków, 1946, s. 16.

[20] Stanisława Starostka (ur. 1 maja 1917 w Tarnowie, zm.?) – polska zbrodniarka wojenna, jako więźniarka KL Auschwitz-Birkenau (numer obozowy 6865) pełniła funkcję blokowej a od lutego 1945 roku funkcje Starszej obozu kobiecego (Lagerälteste) w Bergen-Belsen. Źródło: http://tajchert.w.interia.pl/personel_obozu_bergen.htm ostatni dostęp 31.07.2013

sierpnia tego roku była więźniarką funkcyjną. Znana była jako kapo Stenia. Od niej zależało niemal wszystko, włącznie z podziałem żywności oraz przydziałem miejsc do spania. Słynęła z brutalności także w stosunku do więźniarek polskich.

Przyjęte do obozu więźniarki kierowano do pracy w tak zwanych komandach. Komanda dzieliły się na zewnętrzne (Aussenkomanda) oraz komanda pracujące na terenie obozu. Z jedynego listu wysłanego z obozu przez Zofię Jankowską można wyczytać: „Bin gesund" (Jestem zdrowa) oraz nie dość dokładnie wymazane przez cenzurę słowa: „Mutter schalt Kartoffeln. Ich arbeite draussen." (Matka obiera ziemniaki. Ja pracuję na zewnątrz)[21]. Według świadectwa Seweryny Szmaglewskiej w późniejszym okresie do pracy w kartoflarni trafiła też Zofia. Komanda pracujące „pod dachem" były w stosunkowo lepszej sytuacji. Podczas jesiennej słoty, więźniarki mokły „jedynie" w czasie porannych i wieczornych apeli.

Seweryna Szmaglewska, która pracowała wówczas z dr Garlicką w jednym komandzie, wspominała po wojnie: *Ktoś przybiega do kartoflarni. Nerwowe rozmowy prowadzone są szeptem i nagle duża kobieta przewiązana szmatą zamiast fartucha, z palcami zgrabiałymi, oblepionymi brudem wstaje. Nie potrafi chodzić w drewniakach uciekających z nóg, ruchy staja się pokraczne, plecy zgarbione bardziej niż zwykle. Podąża za wzywającą ja kobietą* […] *W pustym baraku wszystko się wyjaśnia. Pomiędzy pryczami, skulona w ataku bólu, wije się młoda dziewczyna.* […] *Szybko, sprawnie bada chorą, każda sekunda jest cenna, czynność następuje błyskawicznie po czynności, wieloletnie doświadczenie kieruje dłonią i myślą dr Zofii Garlickiej. Oto znowu na krótki czas odzyskała prawo do swej dawnej pracy i wiedzy, stała się sobą, jest potrzebna chorej.* […] *Spokojnie, rzeczowo, do końca daje zdenerwowanej blokowej wskazówki, powtarza jeszcze raz i tłumaczy dokładnie*[22].

Radość wspólnego przebywania nie trwała jednak długo. W kilka dni później załogę kartoflarni zdziesiątkowała wysoka gorączka. Zachorowała także Zofia. Dr Garlicka zdecydowała się przenieść wraz z nią na blok rewirowy. Chorowała już wcześniej na dur plamisty i nie obawiała się zarażenia.

W obozie koncentracyjnym KL Auschwitz-Birkenau, dur wysypkowy [23] pojawił się wraz z przybyciem pierwszego transportu więźniów z więzienia na Zamku Lubelskim. Pomimo izolacji chorych choroba rozprzestrzeniła się w obozie i była w nim obecna do końca jego istnienia. Wyjątkowo szybkiemu szerzeniu się epidemii w obozie kobiecym sprzyjały tragiczne warunki sanitarne. Zwłaszcza w pierwszych miesiącach istnienia obozu kobiecego, w 1942 r., w barakach odcinka BIa panował niewyobrażalny brud spowodowany brakiem dostępu do wody. Stały dostęp do wody miały jedynie więźniarki pracujące w łaźni („Saunie") lub kuchni. Dla pozostałych przeznaczona była woda ze studni zlokalizowanej koło budynku kuchni. Tłok, jaki panował wokół, powodował, że więźniarki wpadały do studni, niektóre topiąc się w niej. Myto

---

[21] J. Putowska, *op. cit.*, s. 206.

[22] S. Szmaglewska, *Sylwetki lekarzy więźniów Oświęcimia*, w: *Okupacja i medycyna. Drugi wybór artykułów z Przeglądu lekarskiego – Oświęcim z lat 1961-1973*, Warszawa,1975, s. 207-208.

[23] Dur plamisty zwany też durem wysypkowym, a w literaturze obozowej tyfusem plamistym, wywoływany jest przez riketsje (Rickettsia prowazekii). Do zakażenia dochodzi w wyniku ukąszenia przez owada lub wtarcia jego odchodów w skórę. Postać choroby opisywana w literaturze obozowej to dur epidemiczny, przenoszony przez wesz odzieżową.

się w rowach i kałużach, a zimą topiono śnieg. Poświęcano na ten cel także wieczorną porcję „ziółek" do picia. Aby wyprać bieliznę należało zdobyć nieco wody z „sauny", której strzegła bezwzględna kapo Muskeler. Nawet jeżeli bieliznę udało się wyprać, nie było można jej nigdzie rozwiesić do wysuszenia, bowiem natychmiast zostałaby „zorganizowana" przez inną więźniarkę. Obozowe latryny, w początkowym okresie zwykłe doły kloaczne z umieszczonymi nad nimi żerdziami do przytrzymywania się, znajdowały się poza blokami. Dojście do nich wymagało czasu i siły bowiem teren otaczający baraki był grząski i błotnisty. Ponieważ coraz więcej więźniarek chorowało na biegunkę głodową, a dostęp do dołów kloacznych był utrudniony, zdarzało się, że chora przykucała gdziekolwiek, brudząc okolice bloków. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się tyfusu było olbrzymie przepełnienie baraków.

Z uwagi na pojawiające się zachorowania także u członków obozowej załogi SS oraz ich rodzin, władze sanitarne wprowadziły radykalne metody zwalczania epidemii. Pierwszą z nich były masowe selekcje chorych „do gazu", drugą tzw. „generalne odwszenia". Jesienią 1943 r., naczelny lekarz tzw. obozu familijnego dla Cyganów, Josef Mengele zaproponował nowa metodę walki z tyfusem. W tym celu skierował 600 żydowskich kobiet do komory gazowej, a opróżniony przez nie blok został poddany dezynfekcji. Pomiędzy oczyszczonym a sąsiednim barakiem, Mengele polecił ustawić kadzie z płynem, w którym zanurzały się kolejno wszystkie kobiety z sąsiadującego bloku, po czym przechodziły do uprzednio już wyczyszczonego baraku. Po zakończeniu dezynfekcji, kadzie przenoszono pomiędzy dalsze baraki. Pomimo prowadzenia akcji dezynfekcyjnych zachorowalność i śmiertelność spowodowana tyfusem była olbrzymia. Aby uniknąć zarażenia chore izolowano w „szpitalu" obozowym nazywanym przez więźniarki rewirem.

Jesienią 1942 r. rewir zajmował pięć drewnianych baraków odcinka B Ia. Drewniane baraki były przerobionymi stajniami końskimi, pozbawionymi okien, z gliniastym klepiskiem zamiast podłogi, bez dostępu do kanalizacji i wody. W środku znajdowały się trójpoziomowe prycze przeznaczone dla 400 więźniarek. Zwykle było ich 800 a nawet 1200 w każdym baraku. Na wrotach wisiały metalowe tabliczki z napisem „Pferdestall" i z zarządzeniami dotyczącymi wypadków zachorowania koni na pryszczycę[24]. Tabliczki takie zachowały się w wielu barakach do ostatniego dnia istnienia obozu.

Przyjęcie do „szpitala" następowało w ambulatorium (blok nr 28), za zgodą lekarza SS lub lekarki naczelnej. Badanie ograniczało się do powierzchownych oględzin. Tłum wynędzniałych szkieletów, brudnych i wychudzonych, z wypisanymi ołówkiem chemicznym numerami na piersiach, defilował przed biurkiem lekarza SS . Warunkiem przyjęcia była wysoka temperatura. Do rewiru przyjmowano bez odzieży, a ciężko chore więźniarki leżały nieraz kilka dni nago, zanim przyjaciółkom z obozu udało się „zorganizować" dla nich jakąś koszulę.

Warunki, w jakich przebywały więźniarki przyjęte do „szpitala", urągały godności ludzkiej. Prycze z siennikami wypełnionymi trocinami i pełnymi robactwa ustawione

[24] Pferdestall w języku niemieckim oznacza barak typu stajennego przeznaczony do przetrzymywania koni.

były tak gęsto, że z trudem można było się dostać do chorych, zwłaszcza leżących na górze. Na każdej pryczy leżało po kilka więźniarek, często wraz ze zwłokami zmarłych towarzyszek. Bielizny nie wydawano. Do przykrycia służyły chorym zanieczyszczone, cuchnące koce, ze śladami po poprzednich chorych. Jeden koc przypadał na dwie, a nawet trzy kobiety, leżące na jednej pryczy, bez względu na rodzaj choroby „Szpital" pozbawiony był wody, chorych nie myto. W barakach nie było latryn. Chore zdolne do chodzenia załatwiały swoje potrzeby naturalne do kubłów, które potem wynoszono. Niektóre obłożnie chore używały do tego celu misek służących im do jedzenia bądź załatwiały się bezpośrednio pod siebie . Nieprzytomne załatwiały swoje potrzeby pod siebie, zanieczyszczając prycze leżących poniżej. Panował zaduch i smród.

Racje żywieniowe były ograniczone do połowy porcji. Gorączkujące chore dręczyło niewyobrażalne pragnienie. Zdarzało się, że piły brudną wodę pozostałą po umyciu podłogi lub własny mocz. Ilość przydzielanych do rewiru lekarstw (Bolus alba[25] i tabletki przeciwbólowe) była daleko niewystarczająca. Personel „szpitala" stanowiły kryminalne więźniarki niemieckie, które nie interesowały się chorymi, były wulgarne i kradły chorym żywność. Przed barakami leżały stosy zwłok. Jeżeli blokowe nie zapisały dostatecznie szybko numeru zmarłej chorej, zdarzało się, że szczury wygryzały całe fragmenty skóry zmarłym, czyniąc ich identyfikację niemożliwą.

Niewielka poprawa sytuacji zdrowotnej więźniarek nastąpiła w październiku 1942 roku, kiedy władze obozowe skierowały z obozu macierzystego w KL Auschwitz do obozu kobiecego w Birkenau, grupę więźniów – lekarzy i sanitariuszy po przebytym tyfusie plamistym. Nie dysponując lekami ani narzędziami usiłowali poprawić stan sanitarny oddzielając na początku więźniarki zmarłe od żywych oraz organizując pierwsze bloki „specjalistyczne". Dalsza poprawa warunków nastąpiła wiosną 1943 r., kiedy obozowe władze sanitarne zezwoliły na leczenie duru plamistego, a do pracy w obozowym „szpitalu" dopuszczono lekarki-więźniarki (Häftlingsärztin). Gdyby dr Garlicka dotrwała do wiosny 1943 r., byłaby zapewne jedną z obozowych lekarek. Do tego czasu wszelkie próby udzielania pomocy chorym przez kobiety będące lekarzami były surowo karane. Pomimo grożącej kary, przebywające w obozie lekarki starały się nieść pomoc i otuchę chorym. Równocześnie z dr Garlicką w obozie przebywały dr Stefania Kościuszko i dr Janina Węgierska[26].

Blok 24, drewniany barak, w którym dr Garlicka dniem i nocą pielęgnowała chorujące na tyfus więźniarki, dziś już nie istnieje. Był świadkiem, jak dobra dr Garlicka łagodziła przejawy brutalności wśród współwięźniarek, mówiąc, ze przyjmowanie obyczajów wroga jest jego zwycięstwem. Kiedy sama zaczęła gorączkować była pewna, że ma grypę. Z objawami tyfusu zmagała się trzy tygodnie[27]. Zmarła prawdopodobnie

---

[25] Bolus alba – glinka biała (kaolinowa) była stosowana m. in. w leczeniu biegunek oraz sączących ran.

[26] Stefania Kościuszko zmarła w obozie 11 stycznia 1943 r. z powodu wyniszczenia. Janina Węgierska przeżyła wojnę. Źródło: M. Ciesielska, *Działalność szpitala obozowego dla kobiet w KL Auschwitz-Birkenau (1942-1945)*, Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2012.

[27] W warunkach obozowych zachorowania oraz zgony obserwowano także wśród więźniów uprzednio szczepionych szczepionką Weigla oraz osób, które przebyły w przeszłości dur plamisty.

13 listopada 1942 r. w Birkenau w kilka dni po śmierci swojej córki Zofii. Ciała zmarłych w obozie więźniów palono w krematorium, a niedopalone kości rozdrabniano specjalnymi drewnianymi tłuczkami, a następnie wraz z popiołami zatapiano w Sole i w Wiśle, w okolicznych stawach rybnych, rozsypywano w charakterze nawozu na okolicznych polach, lub zasypywano nimi zagłębienia terenowe i bagna[28].

Oficjalne zawiadomienia o śmierci matki i siostry dotarły do Jadwigi Putowskiej dopiero w kwietniu 1943 r.[29]. Wiadomość o ich śmierci obiegła okupowaną Warszawę. Na nabożeństwie w kościele Sióstr Wizytek tego dnia udekorowanym biało-czerwonymi kwiatami był także ukrywający się wówczas w Warszawie Stanisław Jankowski.[30] Oficerowie angielscy przeżyli wojnę w Oflagu.

Spis prac dr med. Zofii Garlickiej udostępniony przez Dział Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej (w niezmienionym brzmieniu)

1. *Ciężary wychowania przyszłości narodu muszą ponosić wszyscy*, „Życie Młodych", 1938 nr 3-4, s. 91-91.
2. *O projektowanej przysiędze w Sądach Izb Lekarskic*h *(z powodu odezwy Koła Lekarzy im. K. Marcinkowskiego w Warszawie)*, „Lek. Pol." 1926 nr 10, s. 2-3.
3. *O walce z rakiem macicy*, „Przegl. Lek." 1911 nr 22, s. 350-352.
4. *Opieka nad macierzyństwem*, „Opieka nad Dzieckiem", 1923 nr 3.
5. *Potrzeba opieki nad matka pracującą i jej dzieckiem*, „Lek. Pol." 1926 nr 4, s. 13-16.
6. *Projekt organizacji Koła pań dla walki z rakiem*, Warszawa 1929. Odb. z „Nowotworów" nr 80 s. 4.
7. Przemówienie p. dr Garlickiej na poświęceniu Domu Matki i Dziecka w dn. 7 czerwca 1930 r., „Opieka nad Dzieckiem" 1930. nr 7, s. 338-340.
8. *Przeszkolenie w wychowywaniu niemowląt w programie szkoły żeńskiej*, „Opieka nad Dzieckiem" 1926 nr 2, s. 58-61.
9. *Ś.p. z Laskowskich Paulina Sterling-Okuniewska* [Wspomnienie pośmiertne], „Nowotwory" 1932 nr 1-2, s. 62-63.
10. *W odpowiedzi na odezwę Koła Lekarzy im. Marcinkowskiego w sprawie projektowanej przysięgi w Sądach Izb Lekarskich*, „Lek. Pol." 1926 nr12, s. 11-12.
11. *W sprawie pielęgniarek*, „Med. i Kron. Lek." 1917 nr 1, s. 134-135.
12. *Wskazania społeczne przerwania ciąży*, „Gin. Pol." 1927 nr 10-12, s. 1161-1177.
13. *Wskazania społeczne przerwania ciąży*, w: *Przerywanie ciąży z punktu widzenia lekarskiego, prawnego, społecznego i eugenicznego*, Warszawa. 1928, s. 57-73.
14. *Żłobki dzienne dla niemowląt matek pracujących*, „Lek. Pol." 1926 nr 5, s. 2-4.

---

[28] A. Strzelecki, *Utylizacja zwłok ofiar, w: Auschwitz 1940-1945. Węzłowe zagadnienia z dziejów obozu. Więźniowie i praca*, tom 2, red. Wacław Długoborski i Franciszek Piper, Wydawnictwo Państwowego Muzeum Oświęcim-Brzezinka, Kraków 1995, s. 304.

[29] Oficjalne zawiadomienie o śmierci w obozie KL Auschwitz-Birkenau podaje datę śmierci Zofii Garlickiej 18 listopada 1942 r., Zofii Jankowskiej 13 grudnia 1942 r. Do obowiązków lekarzy SS należało podpisywanie olbrzymiej ilości aktów zgonu z fałszywymi przyczynami i datami śmierci więźniów. Wobec ogromu pracy, zaświadczenia podpisywano na ogół z kilku lub kilkutygodniowa zwłoką.

[30] W Archiwum Państwowym Miasta Stołecznego Warszawy, sygn. I Zg 1792/49/655/7, znajduje się dokument wydany przez Sąd Grodzki w Warszawie w 1949 r., uznający dr Zofię Garlicką za zaginioną w latach 1939-1945.

15. Odpowiedź Koła Marcinkowskiego [na krytykę odezwy Koła Lekarzy im. Marcinkowskiego w sprawie projektowanej przysięgi w Sądach Izb Lekarskich napis. przez Z. Garlicką], „Lek. Pol." 1926 nr 12, s. 8-11.

Bibliografia:

1. Bayer S., *Służba Zdrowia Warszawy*, Warszawa 1985.
2. Bruziewicz-Mikłaszewska B., „Żeby ślad pozostał i pamięć", „Gazeta Lekarska" 1999 (4).
3. Czuperska-Śliwicka A., *Cztery lata ostrego dyżuru*, Warszawa 1965.
4. Dąbrowska M., *W piękny, letni poranek*, w: *Opowiadania*, Warszawa 1967.
5. Dembowska S., *Na każde wezwanie*, Warszawa 1982.
6. Domańska R., *Pawiak był etapem*, Warszawa 1987.
7. Domańska R., *Pawiak. Więzienie Gestapo. Kronika 1939-1944*. Warszawa 1978.
8. Fajge A. , *Urodziłam na Pawiaku*, w: *Pawiak był etapem. Wspomnienia z lat 1939-1944*, Warszawa 1987.
9. Gadomski B., *Stanisław Garlicki (1875-1935)*, w: *Sylwetki profesorów Politechniki Warszawskiej*, Prac. Hist. BGPW – Nr 37.
10. Gliński J. B., *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, t. 2, Warszawa 1999.
11. Jankowski S., *Agaton, Z fałszywym ausweisem w prawdziwej Warszawie. Wspomnienia 1939-1946*, Warszawa 1984.
12. Komenda J., *Lager Brzezinka*, Warszawa 1986.
13. Męczkowska T., Putowska J. , Wrzosek A., *Garlicka Zofia*, w: *Polski Słownik Biograficzny*, tom VII. 1948/58.
14. Putowska J. , *Wspomnienie o dr Zofii Garlickiej*, w: „Archiwum Historii Medycyny" 1973; 36: 191-211.
15. *Słownik uczestniczek walki o niepodległość Polski 1939-1945*, Warszawa 1988.
16. Strzelecki A., *Utylizacja zwłok ofiar*, w: *Auschwitz 1940-1945. Węzłowe zagadnienia z dziejów obozu. Więźniowie i praca*, tom 2, Wydawnictwo Państwowego Muzeum Oświęcim-Brzezinka, Kraków 1995.
17. Szmaglewska S., *Dymy nad Birkenau*, Kraków 1946.
18. Szmaglewska S., *Sylwetki lekarzy więźniów Oświęcimia*, w: *Okupacja i medycyna. Drugi wybór artykułów z Przeglądu lekarskiego – Oświęcim z lat 1961-1973*, Warszawa 1975.
19. Wanat L., *Za murami Pawiaka*, Warszawa 1985.

Hieronim i Adam Szantruczek – zasłużeni dla międzyrzeckiego lecznictwa

Hieronim and Adam Szantruczek – the distinguished for health care in the town of Międzyrzecz

Piotr Ernst

Gorzów Wielkopolski

Streszczenie: Doktor Hieronim Szantruczek (1887-1965) ukończył studia lekarskie w Krakowie. W czasie pierwszej wojny światowej uczestniczył w walkach II Brygady Legionów Polskich. Po wojnie był dyrektorem szpitali m.in. w Lwowie, Nowym Targu, Rzeszowie. Po zakończeniu drugiej wojny światowej przeniósł się do Międzyrzecza, gdzie organizował szpital, którym kierował do przejścia na emeryturę tzn. do końca marca 1961 roku. Doktor Adam Szantruczek (1927-1995) ukończył, podobnie jak ojciec, studia w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od 1 stycznia 1962 r. do 31 stycznia 1970 r. kierował międzyrzeckim szpitalem. Zarówno doktor Hieronim Szantruczek, jak i jego syn Adam zapisali się we wdzięcznej pamięci mieszkańców Międzyrzecza, nie tylko jako znakomici chirurdzy, ale też jako wybitni działacze społeczno-polityczni.

Summary: Dr. Hieronim Szantruczek (1887-1965) was a graduate in medicine from Krakow. During the First World War he took part in the battles of the Second Brigade of the Polish Legions. After the war he was the director of hospitals, inter alia, in Lviv, Nowy Targ, Rzeszow. After the Second World War he moved to the town of Międzyrzecz, where he organized the hospital. He was its director to the end of March 1961 when he went into retirement. Dr. Adam Szantruczek (1927-1995), graduated from medicine, like his father, in Krakow. From 1 January 1962 to 31 January 1970, he was the director of the municipal hospital in Międzyrzecz. Both Dr. Hieronim Szantruczek and his son Adam signed up in grateful memory of inhabitants of the town of Międzyrzecz, not only as an excellent surgeons, but also as a prominent political and social activists.

Słowa kluczowe: historia medycyny, biografie lekarzy, XX wiek, Międzyrzecz

Key words: history of medicine, doctor's biography, twentieth century, Międzyrzecz

Duże zasługi dla rozwoju lecznictwa na ziemi międzyrzeckiej położył doktor Hieronim Szantruczek, a także jego syn Adam, również lekarz. Rodzina Szantruczków pochodzi z Czech. W pierwszej połowie XIX w. niejaki Hieronim Szantruczek (syn Jana i Frantiski de domo Prohaska) założył browar w Zawadzie[1]. Przedsięwzięcie

[1] T. Szantruczek, *Podmojsce Soplicowo nad Wiarem*. Saga Rodzinna 2009, s. 20.

zakończyło się spektakularnym sukcesem finansowym, a uzyskiwane z prowadzonej działalności profity były bardzo obiecujące. Cechy charakteru oraz uzyskana pozycja materialna, przyczyniły się do awansu towarzyskiego browarnika. Akceptacja i uznanie w oczach miejscowego ziemiaństwa umożliwiły właścicielowi browaru poślubienie wysoko urodzonej Anny Woycickiej. Niestety, znakomita passa w biznesie nie trwała długo. Mało udane inwestycje, a także upodobanie do wystawnego życia, stały się przyczyną finansowej katastrofy[2].

Syn Hieronima i Anny – Franciszek, przyjął posadę urzędnika kolejowego i ożenił się z Teresą Erlich. Małżeństwo doczekało się trójki dzieci: córki Jadwigi i syna Mariana, którzy zostali pedagogami, oraz syna Hieronima[3]. Hieronim Romuald Szantruczek urodził się 23 grudnia 1887 r. w Zawadzie koło Dębicy. W r. 1899 rozpoczął naukę w gimnazjum w Jarosławiu, a po jego ukończeniu kontynuował edukację w Krakowie, gdzie zdał egzamin dojrzałości. Następnie podjął studia na Uniwersytecie Jagiellońskim, które ukończył w r. 1913 z wynikiem celującym, uzyskując dyplom lekarza. W czasie studiów aktywnie uczestniczył w życiu społeczności akademickiej, będąc m.in. członkiem Związku Akademickiego[4]. Pracę zawodową rozpoczął specjalistyczną praktyką w zakresie chirurgii. Jego mentorami byli wybitni profesorowie: Kazimierz Kostanecki, Bronisław Kader i Maksymilian Rutkowski. Niestety, wybuch wojny w 1914 r. uniemożliwił ukończenie rozpoczętego stażu.

W czasie działań wojennych dr Szantruczek uczestniczył w walkach II Brygady Legionów Polskich, kierował oddziałem chirurgicznym Szpitala Legionowego w Kamieńsku, a zdobyte wówczas doświadczenie zostało uznane za wystarczające do zaliczenia praktyki chirurgicznej. Udział w działaniach zbrojnych dr Szantruczek przypłacił obrażeniami: z raną nogi trafił do majątku Pindelskiach w Podmojscach nad rzeką Wiar[5]. Tam poznał Janinę, córkę miejscowego dziedzica. W dniu 15 czerwca 1918 r., w pobliskich Niżankowicach, obiecująca znajomość zakończyła się zawarciem związku małżeńskiego, który „miał okazać się jedynym udanym w podmojskiej rodzinie…"[6]. Po zakończeniu wojny, dr Hieronim Szantruczek przeniósł się do Lwowa, gdzie w klinice kierowanej przez prof. Tadeusza Ostrowskiego, kontynuował praktykę chirurgiczną kolejno jako asystent, sekundariusz, a w końcu prymariusz[7]. Postawa i zaangażowanie dra Szantruczka zyskały bardzo wysoką ocenę w oczach jego przełożonego, co okazało się świetną rekomendacją do objęcia samodzielnego stanowiska. W r. 1925 doktor przyjął posadę dyrektora szpitala w Brodach, gdzie do kręgu najbliższych jego znajomych należeli generał Władysław Anders, hrabia Tyszkiewicz i starosta Kaczkowski.

---

[2] *Ibidem*, s. 20.

[3] *Ibidem*, s. 20.

[4] http://jbc.bj.uj.edu.pl/dlibra/plain-content?id=196938, Nowa Reforma Numer Poranny, Kraków, niedziela 21 listopada 1909 r., s. 2., dostęp 22 grudnia 2013 r., godz. 21.08.

[5] Ibidem, s. 21; Archiwum Międzyrzeckiego Szpitala, Spółka z o.o. (dalej AMSz), Akta osobowe Hieronima Szantruczka 1946-1961, sygn. B 50, Ankieta osobowa, niepaginowana.

[6] T. Szantruczek, *op. cit.*, s. 4.

[7] *Ibidem*, s. 18; T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek (1887-1965) Lekarz – Patriota – Człowiek*, „Powiatowa" – lipiec 2011, s. 8.

W 1936 r. dr Hieronim Szantruczek przeprowadził się do Nowego Targu, gdzie również pełnił funkcję dyrektora szpitala[8]. Po przyjeździe na miejsce okazało się, że zadanie jakie przed nim postawiono było niezwykle trudne, gdyż stan techniczny obiektu był katastrofalny i praktycznie istniała konieczność budowy nowego szpitala[9]. Ostry klimat, niedogodności związane ze słabym ogrzaniem zajmowanego przez rodzinę Szantruczków mieszkania, ciężkie warunki pracy, które nie były rekompensowane nawet przez rozciągającą się przed oknami „wspaniałą panoramę Tatr", spowodowały podjęcie przez rodzinę decyzji o wyjeździe z Nowego Targu[10].

Jeszcze przed opuszczeniem miasta miało miejsce wydarzenie, które wprowadziło w stan konsternacji doktora Szantruczka, człowieka zacnego i niezwykłej prawości. Do gabinetu przybyła rodzina, szukając pomocy dla schorowanego seniora rodu. Badanie wykazało konieczność zabiegu chirurgicznego. Po konsultacji rodzinnej padło pytanie o koszt operacji. Podana kwota spowodowała, że padło kolejne pytanie: „a ile by to kosztowało, co by z niej nie wyszedł"?[11]

Na początku 1939 r. dr Hieronim Szantruczek został dyrektorem Szpitala Powszechnego w Rzeszowie, a także ordynatorem oddziału chirurgii. Szpital, który objął wymagał gruntownej przebudowy. Jednakże w obliczu zbliżającej się wojny, w sierpniu 1939 r. dr Szantruczek otrzymał przydział mobilizacyjny i powierzono mu prowadzenie szpitala polowego Armii Kraków[12]. We wrześniu 1939 r. rodzina Szantruczków przedostała się ze Lwowa zajętego przez Armię Czerwoną, do majątku w Podmojscach, który w międzyczasie został rozgrabiony i zamieniony na ukraińską szkołę. Po opuszczeniu majątku rodzina jesienią trafiła znów do Lwowa, gdzie spotkała się z drem Hieronimem Szantruczkiem, który po rozwiązaniu jednostki pieszo przedostał się do miasta[13].

W związku z pogłoskami na temat porozumienia radziecko-niemieckiego i, co za tym szło, możliwością wyjazdu do Generalnego Gubernatorstwa na podstawie przepustki, rodzina Szantruczków (w tym prawie stuletni teść) zdecydowała się stanąć przed specjalną, decydującą o możliwości powrotu, niemiecką komisją w Przemyślu. Jednak spotkała się tam z propozycją podpisania Volkslisty. Jako ludzie odważni, prawdziwi patrioci, narażając życie całej rodziny, Janina i Jan Szantruczkowie zgodnie odrzucili złożoną ofertę. W powrocie do Rzeszowa pomocy udzielił im oficer niemiecki. Niestety, lokal, który zajmowali wcześniej, zastali zdewastowany, dlatego też zamieszkali w suterenie willi poprzedniego dyrektora rzeszowskiego szpitala – doktora Romana Hinze, a nieco później w swym własnym trzypokojowym mieszkaniu[14], przy ul. Sobieskiego 19. Jeszcze później, od marca 1941 r. zajmowali lokal przy ul. Breite-

---

[8] AMSz, Akta osobowe Hieronima Szantruczka …, Karta osobowa, bez paginy.

[9] T. Santruczek, *Podmojsce Soplicowo…*, s. 22.

[10] *Ibidem*, s. 22.

[11] *Ibidem*, s. 23, A. Zielonka, *Na międzyrzeckich tropach Eskulapa*, Międzyrzecz 2009, s. 18.

[12] AMSz, Akta osobowe Hieronima Szantruczka …, Karta osobowa; Życiorys, bez strony; T. Szantruczek, *Podmojsce Soplicowo…*, s. 23.

[13] T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek…*, s. 8.

[14] T. Szantruczek , *Podmojsce Soplicowo…*, s. 26.

strasse 30, należący wcześniej do dra Emanuela Herza[15]. W 1943 r. jesienią rodzina została osiedlona w nowym mieszkaniu na poddaszu. W trakcie pobytu w Rzeszowie Szantruczkowie byli świadkami dramatycznych wydarzeń związanych z niszczeniem przez Niemców zabytkowych bożnic i kirkutu, na którym miał powstać obóz dla ludności żydowskiej z Rzeszowa i okolicy[16].

Dr Hieronim Szantruczek został kierownikiem oddziału ginekologicznego w rzeszowskim szpitalu. W dniu 2 sierpnia 1944 r. Rzeszów został zajęty przez Rosjan. W związku z nową socjalistyczną rzeczywistością, przyniesioną na radzieckich bagnetach, władze nie zaakceptowały dra Szantruczka, oficera legionowego, związanego w czasie wojny z Armią Krajową na stanowisku dyrektora rzeszowskiego szpitala i ogłosiły konkurs na dyrektora placówki. Trudne przeżycia wynikające z zaistniałej sytuacji w istotny sposób przyczyniły się do pogorszenia zdrowia dra Szantruczka, a w konsekwencji spowodowały konieczność hospitalizacji w szpitalu krakowskim[17].

Doświadczenia, będące udziałem rodziny, ułatwiły podjęcie decyzji o wyjeździe. Doktor Hieronim Szantruczek z żoną Janiną, synami Adamem i Tadeuszem przeniósł się do Międzyrzecza, miasta położonego na tzw. Ziemiach Odzyskanych. Zadanie, jakie na niego czekało, było niezwykle trudne i odpowiedzialne, a polegać miało na jak najszybszym otwarciu placówki leczniczej, na czym bardzo zależało miejscowym władzom. Wpływ na decyzję o wyborze Międzyrzecza jako miejsca osiedlenia miały m.in. opisy okolic zawarte w listach znajomego leśnika Stanisława Dowhana[18].

Dnia 20 września 1946 r. Hieronim Szantruczek został dyrektorem międzyrzeckiego szpitala, w którym równocześnie pełnił rolę ordynatora oddziału chirurgicznego[19]. Mimo wcześniejszych zapewnień władz o możliwości otrzymania mieszkania, rodzina Szantruczków zmuszona był zamieszkać w prowizorycznych pomieszczeniach szpitalnych[20]. Stan techniczny i wyposażenie szpitala miały wiele mankamentów, jednakże operatywność i zaangażowanie nowego dyrektora sprawiły, że sytuacja zaczęła się stopniowo poprawiać. Dzięki osobistej wyprawie do Warszawy, doktorowi Szantruczkowi udało się otrzymać przydział na aparat rentgenowski z UNRRY i co się z tym wiąże, w placówce można było rozpocząć diagnostykę radiologiczną[21]. Pomyślnie zakończyły się też starania o uruchomienie laboratorium[22]. Szpital rozwijał się bardzo dynamicznie pod nowym kierownictwem. Szczególnie prężnie działał oddział chirurgiczny, a na utworzonym bloku operacyjnym przeprowadzano pierwsze

---

15 *Ibidem*, s. 27.

16 *Ibidem*, s. 27, 29.

17 A. Zielonka, *Na międzyrzeckich…*, s. 20.

18 T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek …*, s. 9.

19 W. Dramowicz, *Dzieje Międzyrzeckiego Szpitala*, Międzyrzecz 2009, s. 40.

20 AMSz, Akta osobowe Hieronima Szantruczka…, Pismo Dyrektora Szpitala Hieronima Szantruczka do Wydziału Powiatowego z dnia 6 sierpnia 1947 r., bez paginy.

21 T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek…*, s. 9.

22 W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 40.

operacje[23]. Dr Szantruczek, na podstawie ministerialnych przepisów posiadał prawo nadawania stopni specjalizacyjnych w zakresie chirurgii[24].

W 1946 r. udało się uruchomić oddział zakaźny, który później przeniesiono do szpitala w Obrzycach[25]. Pod koniec 1946 r. międzyrzecki szpital liczył 60 łóżek. Sytuacja kadrowa była bardzo trudna. W placówce zatrudniony był jeden lekarz, 4 pielęgniarzy, 6 sanitariuszy, robotnik sanitarny, 8 pracowników gospodarczych i 3 pracowników administracyjnych[26].

Dyrektor Szantruczek kierował międzyrzeckim szpitalem do przejścia na emeryturę tzn. do końca marca 1961 roku, aczkolwiek w kolejnych latach nadal służył swym doświadczeniem, przyjmując pacjentów w poradniach chirurgicznych lecznictwa otwartego[27]. Okazał się nie tylko ofiarnym, oddanym bez reszty pacjentom lekarzem, ale też wybitnym społecznikiem. Angażował się w pracę na rzecz środowiska lokalnego. Był między innymi powiązany z Klubem Inteligencji, a także z klubem piłkarskim Orzeł Międzyrzecz, a w 1947 r. został współzałożycielem Zrzeszenia Myśliwych Miasta i Powiatu Międzyrzecz[28].

W 1962 r., w uznaniu dla zasług, został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski[29]. Doktor Hieronim Szantruczek zmarł 26 grudnia 1965 roku, a jego pogrzeb, jak pisał jego syn Tadeusz, był „wielką powszechną manifestacją. Liturgię kościelną dopełnił wzruszający, piękny śpiew tenora Paulosa Raptisa"[30]. Doktor Szantruczek zapisał się we wdzięcznej pamięci mieszkańców miasta, co szczególnie trafnie ujął w swoich wspomnieniach dyrektor szpitala w Międzyrzeczu w latach 1973-1990, dr Aleksander Zielonka, który scharakteryzował swego poprzednika jako: „wybitnego organizatora szpitali, znakomitego chirurga, doskonałego lekarza, człowieka godnego najwyższego szacunku"[31].

Następcą doktora Hieronima Szantruczka na stanowisku dyrektora międzyrzeckiej placówki zostali kolejno, od kwietnia 1961 r. doktor Waldemar Piątkowski[32], a od 1 stycznia 1962 r. syn doktora Hieronima Szantruczka, Adam[33]. Adam Szantruczek urodził się we Lwowie 4 października 1927 r.[34] W czasie wojny uczestniczył w tajnych

---

23 T. Szantruczek, *op.cit*., s. 9.

24 *Ibidem*, s. 9.

25 W. Dramowicz, *op.cit*., s. 138.

26 Tamże, s. 40.

27 T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek* …, s. 9.

28 http://www.braclowiecka.net.pl/65_lat_kl_quotrogaczquot_w_miedzyrzeczu,strona-druk-3857.html, wejście dnia 05 grudnia 2013 r., godz. 19.40.

29 W. Dramowicz, *op. cit*., s. 40; Nekrolog, Gazeta Gorzowska z 27 grudnia 1965 r.

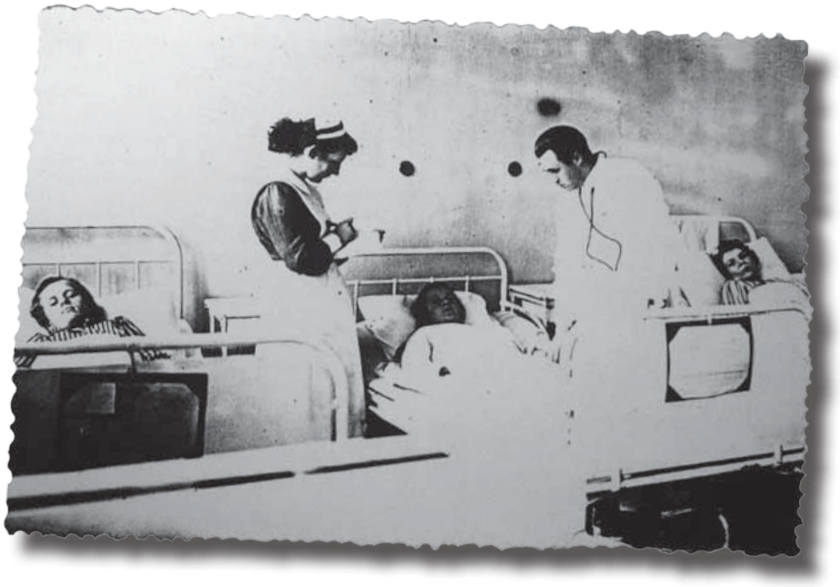
30 T. Szantruczek, *Hieronim Szantruczek…*, s. 9.

31 A. Zielonka, *op. cit*., s. 16.

32 Z. Woźniewski, *Polski Almanach Medyczny na rok 1956*, Warszawa 1957, s. 260 – W. Piątkowski, ur. 27 marca 1928 w Starosielcach, dyplom uzyskał 23 października 1952 r. na Akademii Medycznej w Gdańsku; W. Dramowicz, *op. cit*., s. 47.

33 AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka 1954-1986, sygn. B 50, Pismo Prezydium Powiatowej Rady Narodowej do Egzekutywy Komitetu Powiatowego PZPR w Międzyrzeczu, bez paginy.

34 AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Kwestionariusz Osobowy, bez strony; Z. Woźniewski, Polski Almanach Medyczny na rok 1956, Warszawa 1957, s. 332.



Dr Adam Szantruczek podczas wizyty (zbiory autora)

kompletach, aczkolwiek oficjalnie był uczniem szkoły ogrodniczej w jednej z podrzeszowskich miejscowości. Uchroniło go to przed wywozem na „roboty" do Niemiec[35]. Po złożeniu państwowego egzaminu maturalnego Adam zamierzał studiować leśnictwo na Uniwersytecie Jagiellońskim, ale zorganizowana przez kolegów wizyta w prosektorium przyczyniła się do zmiany wcześniejszych planów[36]. W 1952 r. Adam Szantruczek ukończył, podobnie jak wcześniej ojciec, studia w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Jeszcze w trakcie studiów, chcąc w przyszłości specjalizować się w neurochirurgii, podjął pracę w Klinice Neurochirurgii pod kierunkiem profesora Adama Kunickiego[37].

Plany pokrzyżowało powołanie do służby wojskowej. Dzięki staraniom rodziny młody chirurg powrócił do Międzyrzecza i w randze kapitana został lekarzem w jednostce wojskowej JW 1042[38]. Od 1954 r. podjął pracę w międzyrzeckim szpitalu powiatowym, gdzie dyrektorem był jego ojciec[39]. Tam też uzyskał specjalizację I i II stopnia

---

[35] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Życiorys, bez strony; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin z przydziału dr Adam Szantruczek (1927- 1995)* – urodził się 4 października 1927 r. we Lwowie, „Powiatowa", wrzesień 2011, s. 14.

[36] T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin…*, s. 14.

[37] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Życiorys, bez strony; T. Szantruczek, *Podmojsce Soplicowo…*, s. 55; Z. Woźniewski , *op. cit.*, Warszawa 1957, s. 176; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin…*, s. 14; W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 47; A. Zielonka, *op. cit.*, s. 28.

[38] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Życiorys.

[39] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Kwestionariusz Osobowy, bez strony; T. Szantruczek, *Podmojsce Soplicowo…*, s. 55; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin…*, s. 14; W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 48; A. Zielonka, *op. cit.*, s. 28.

w chirurgii, odpowiednio w 1955 i 1959 r.[40]. Jak znakomitym chirurgiem był dr Adam Szantruczek, najlepiej świadczy fakt, że z powodzeniem przeprowadził skomplikowaną, nie tylko na warunki międzyrzeckiej lecznicy, operację trepanacji czaszki u uczestnika kolonii[41].

Dr Adam Szantruczek w latach 1956-1959 sprawował funkcję kierownika Powiatowej Przychodni Obwodowej, a w r. 1959 podjął pracę jako chirurg w Przychodni Chirurgicznej. W kwietniu 1961 r. został ordynatorem oddziału chirurgicznego[42], a następnie, jak wcześniej wspomniano, dyrektorem międzyrzeckiej placówki. Funkcję tę sprawował do dnia 31 stycznia 1970 r., kiedy to został oficjalnie odwołany[43]. Kwestia odwołania doktora Adama Szantruczka ze stanowiska dyrektora międzyrzeckiej placówki jest niezwykle ciekawa i złożona. Z akt wynika bowiem, że na stanowisko dyrektora z dniem 1 listopada 1969 r. został powołany doktor Stanisław Litarowicz[44]. Fakt ten znalazł również potwierdzenie w pracy A. Zielonki[45]. Sam doktor Szantruczek w kwestionariuszu osobowym podał r. 1969 jako datę zakończenia kierowania placówką[46]. Od 1973 r., po powstaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej, był kierownikiem działu metodycznego, a po 3 latach kierownikiem działu opieki zdrowotnej specjalistycznej[47]. W 1987 r. dr Adam Szantruczek przeszedł na emeryturę, pracując jednocześnie na niepełnym etacie w konsultacyjnej poradni chirurgicznej[48].

Dr Adam Szantruczek prowadził – podobnie jak ojciec – ożywioną działalność społeczno-polityczną. Był m.in. przewodniczącym obrad na III Walnym Sejmiku Lubuskiego Towarzystwa Kultury, który odbył się 11 stycznia 1964 r. w Zielonej Górze[49]. Ponadto, pełnił funkcję kierownika sekcji piłki nożnej klubu Orzeł Międzyrzecz (później był jego Prezesem Honorowym), trzykrotnie radnym Powiatowej Rady Narodo-

---

[40] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Opinia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Międzyrzeczu z 27 października 1961 r., Życiorys, Odpisy dokumentów, bez strony; W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 48; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin*…, s. 14.

[41] Informację uzyskałem od Pani Wiesławy Kozielewskiej, kierowniczki działu kadr i płac Międzyrzeckiego Szpitala, Spółki z o.o.

[42] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Opinia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Międzyrzeczu z 27 października 1961 r., bez paginy.

[43] W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 48; A. Zielonka, *op. cit.*, s. 28; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin*…, s. 15.

[44] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Opinia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej z 16 października 1969 r., Tamże; Pismo Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Międzyrzeczu z 28 października 1969 r., Tamże; Z. Woźniewski, Polski Almanach Medyczny na rok 1956, Warszawa 1957, s. 192 – Stanisław Litarowicz ur. 14 września 1929 r. w Krakowie, dyplom uzyskał 27 listopada 1953 r. na Akademii Medycznej w Krakowie, specjalista ginekolog – położnik.

[45] A. Zielonka, *op. cit.*, s. 38.

[46] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Kwestionariusz Osobowy, bez paginy.

[47] W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 48; T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin*…, s. 15; AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Opinia, bez paginy.

[48] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Pismo Zespołu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Sulęcinie z 20 kwietnia 1988 r., bez paginy.

[49] I. Korniluk, *„Kalendarz Lubuski" – informator Lubuskiego Towarzystwa Kultury*, w: A. Toczewski (red.), *Studia Zielonogórskie*, Zielona Góra 2012, s 190, dostępny w wersji elektronicznej PDF, wejście dnia 22 grudnia 2013 r., godz. 21.31.

wej[50], prezesem Klubu Inteligencji, przewodniczącym Rady Zakładowej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, działaczem Polskiego Czerwonego Krzyża, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a także Towarzystwa Chirurgów Polskich[51]. W uznaniu dla jego zasług, w dniu 2 października 2010 r. międzyrzecki stadion został nazwany imieniem doktora Adama Szantruczka[52].

Adam Szantruczek był wielokrotnie odznaczany, między innymi: Medalem XXX-lecia Polski Ludowej, odznaką „Za Zasługi w Rozwoju Województwa Zielonogórskiego", Odznaką Tysiąclecia Państwa Polskiego, Srebrną Odznaką PCK, Odznaką Zasłużony dla Ziemi Międzyrzeckiej[53], Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką Zasłużony Pracownik Służby Zdrowia, Zasłużony Działacz Kultury, Złotą Odznaką Związków Zawodowych[54].

W 1959 r. uległ wypadkowi samochodowemu, doznając rozległych obrażeń, które przyczyniły się do pogarszania się stanu zdrowia i spowodowały konieczność leczenia, a także długotrwałej rehabilitacji[55]. Zmarł dnia 25 listopada 1995 r. podczas pobytu w sanatorium w Świeradowie. Pozostawił dwoje dzieci ze związku z nauczycielką Jadwigą Stanek: córkę Hannę, i syna Janusza[56], który w 1980 r. wyjechał do USA i przebywa tam do dziś.

We wspomnieniach doktora Aleksandra Zielonki, byłego dyrektora Szpitala Powiatowego w Międzyrzeczu, dr Adam Szantruczek jawi się jako „człowiek znakomitej kindersztuby, jak przystało na rodowitego inteligenta, osobę świetnie wykształconą (...) niekłamany lider lekarskiego i nie tylko, środowiska Międzyrzecza"[57]. Z całą pewnością, dr Adam Szantruczek był godnym kontynuatorem wspaniałych tradycji swojego ojca i mistrza, Hieronima.

---

[50] W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 48.

[51] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, I Opinia i II Opinia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Międzyrzeczu, bez paginy.

[52] http://arenysportowe.eu/s/pl/stadion-adama-szantruczka-miedzyrzecz/, wejście dnia 7 grudnia 2013 r., godz. 13.52.

[53] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Kwestionariusz Osobowy, bez paginy.

[54] AMSz, Akta osobowe Adama Szantruczka…, Opinia z 14 czerwca 1978, bez paginy.

[55] T. Szantruczek, *Podmojsce Soplicowo…*, s. 55, T. Szantruczek, *Międzyrzeczanin…*, s. 15.

[56] Janusz Szantruczek jest moim kolegą klasowym. Razem uczęszczaliśmy do II Liceum Ogólnokształcącego w Poznaniu im. Heleny Modrzejewskiej, a od 1993 r. dodatkowo im. Generałowej Zamoyskiej – przyp. autora.

[57] A. Zielonka, *op. cit.*, s. 16.

Człowiek w przestrzeni – historia propriocepcji

Man in Space: the History of Priopriоception

Marta Jokiel[1], Leszek Romanowski[1]

Poznań

Streszczenie: Propriocepcja jest jedną z podstawowych składowych motorycznej części układu nerwowego człowieka. Do jej głównych zadań należy przede wszystkim odbieranie bodźców ze środowiska zewnętrznego i kontrolowanie odpowiedzi motorycznej w postaci wzbudzenia ruchu lub napięcia odpowiednich struktur tkankowych. Jej sprawne funkcjonowanie stanowi fundament prawidłowo funkcjonującego organizmu. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat istota propriocepcji została doceniona przez szerokie grono naukowców, lekarzy specjalistów oraz fizjoterapeutów, którzy zgodnie podkreślają, iż jest ona kluczowym elementem zakończenia procesu rehabilitacji oraz pełnego powrotu do zdrowia pacjentów. Historia tego ciekawego zjawiska sięga połowy XVI wieku, jednakże swój prawdziwy rozkwit osiągnęła na przełomie XIX i XX wieku dzięki pracy Sir Charlesa Scotta Sherringtona.

Abstract: Proprioception is one of the basic components of the motor unit of human nervous system. It is mainly responsible for the external stimulus perception and motor response control in the form of movement or tissue contraction. It's efficient function is the base of proper function of human organism. In last few years the issue of proprioception was appreciated by many scientists, specialists and physical therapists which declare that it is one of the most important elements in the ending of the rehabilitation process and patients full recovery. History of this interesting phenomenon is reaching the middle of the XVI century but the full achievement is dated in XIX century thanks to works of Sir Charles Scott Sherrington.

Słowa kluczowe: priopriocepcja, historia ortopedii, historia medycyny, Charles Scott Sherrington

Key words: prioprioception, history of orthopedics, history of medicine, Charles Scott Sherrington

Wstęp

Od kilkunastu lat tematyka propriocepcji, czyli czucia głębokiego, cieszy się coraz większą popularnością nie tylko wśród środowisk neurofizjologicznych i ortopedycznych, ale również wśród osób związanych z medycyną sportową oraz fizjoterapią. Co roku powstają tysiące prac badających składowe, zależności oraz reakcje wpływające na funkcjonowanie tego niezwykłego układu, bez którego żaden człowiek nie byłby w stanie egzystować w środowisku zewnętrznym. W podstawowym ujęciu

[1] Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

propriocepcja jest zmysłem pozwalającym nam na odczuwanie położenia każdego elementu naszego ciała w przestrzeni. Najprościej można ją przedstawić jako zdolność adaptacji naszego organizmu do zmieniających się warunków środowiska zewnętrznego. Przykładowo, gdy idąc ulicą natrafiamy na nierówność w podłożu w postaci niewielkiego wgłębienia lub nachylenia powierzchni, nasz organizm automatycznie analizuje sygnały dochodzące z podeszwy stopy i dostosowuje ułożenie naszego ciała tak, aby jak najlepiej przystosować się do nowych warunków. W przypadku wgłębienia będzie to aktywizacja mięśni goleni i wspięcie na palce, aby wydostać się z nierówności, w przypadku nachylenia podłoża będzie to pochylenie ciała do przodu i zwiększenia napięcia mięśni pośladkowych tak, aby nie zmieniać prędkości marszu. Wszystkie te elementy nasz organizm analizuje automatycznie, w większości przypadków bez udziału naszego wzroku.

Podstawowo propriocepcję podzielić można na propriocepcję świadomą i nieświadomą. Elementy wchodzące w skład świadomej części to czucie pozycji stawu (JPS – joint position sense), czyli czucie czynnego ruchu, kinestezja, czyli czucie ruchu biernego oraz czucie rozciągania i nacisku. Na część nieświadomą składają się elementy odpowiedzialne za czucie postawy naszego ciała i jego ułożenia w przestrzeni oraz składowe wpływające na stabilizację stawu. Z roku na rok dzięki nowoczesnym technologiom oraz zaawansowanym metodom badania tkanek, nerwów, mięśni, więzadeł i ścięgien ta rozbudowana i niezwykle skomplikowana część naszego układu nerwowego staje się coraz bardziej zrozumiała. Jednakże, żadne z badań przeprowadzonych w XXI w. nie byłoby możliwe, gdyby nie działalność naukowa „ojca" współczesnej wiedzy o propriocepcji, Sir Charlesa Scotta Sherringtona. Niniejsza praca przedstawia historię odkrycia czucia głębokiego oraz krótką biografię osoby, bez której ponad 27.000 prac okazałoby się nieistotnych naukowo.

Odkrycie czucia pozycji

Czucie pozycji oraz ruchu w przestrzeni przez nasze ciało zostało po raz pierwszy opisane w 1557 r. przez włoskiego lekarza i filozofa Juliusza Caesara Scaligera, który w jednym ze swoich największych dzieł „Exotericarum exercitationum" opisał to zjawisko jako „czucie ruchu". Scaliger, człowiek renesansu, zagorzale bronił arystotelesowskiego podejścia do nauki, filozofii oraz sztuki. W swoich pracach opierał się na realistycznym i empirycznym podejściu do przyrody oraz ciała człowieka, które „reagowało na zmiany wszystkiego co go otacza (…)". Jego prace miały wpływ na pojmowanie świata przez takich

Ryc. 1. Juliusz Caesar Scaliger
Źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/Julius_Caesar_Scaliger.jpg [10.01.2014 19:55]

filozofów przyrody jak: Francis Bacon, Gottfried Wilhelm Leibniz i Johannes Kepler [Abbot, Alison 2006; www.britannica.com].

Wprowadzenie terminu „czucie ruchu" zaspokoiło potrzeby poznawcze lekarzy i filozofów na niemalże kolejne 300 lat i dopiero w 1826 r. Charles Bell podjął zagadnienie „czucia mięśniowego". Był on szkockim chirurgiem, anatomem oraz zapalonym filozofem, który starał się wyjaśnić zagadnienia związane z funkcjonowaniem układu nerwowego człowieka. Swoje szczegółowe przemyślenia oraz wyniki wieloletnich badań naukowych nad zwierzętami zawarł w pracy zatytułowanej „An Idea of a New Anatomy of the Brain", która ukazała się w r. 1811. Praca ta okazała się swoistym kamieniem milowym dla neurologii. Bell zawarł w niej nie tylko obserwacje, ale również wypływające z nich wnioski, na podstawie których wyróżnił dwa rodzaje nerwów istniejących w każdym żywym organizmie. Nie od razu nazwał je nerwami czuciowymi i ruchowymi, jednakże w swoich późniejszych pracach coraz częściej używał tych wyrażeń. Kontynuując badania nad układem nerwowym człowieka, Bell w 1826 r. opisał podstawowy mechanizm sprzężenia zwrotnego pomiędzy środowiskiem wewnętrznym a mięśniem. Zgodnie z jego obserwacjami i założeniami informacje za pomocą nerwów trafiają do mózgu, jako centralnego ośrodka, a następnie za pomocą tych samych nerwów mózg przesyła informację do mięśni [Burke 2007, Collins 2005].

Pojęcie kinestezji

W 1880 r. Henry Charlton Bastian zaproponował zmianę terminu „czucie mięśniowe" na „kinestezję". Bastian opierał się na własnych badaniach oraz na podstawowych informacjach, które wyjaśniały, iż informacja aferentna, idąca z zewnątrz do mózgu, pochodzi z różnorodnych struktur, w skład których wchodzą ścięgna, stawy oraz skóra. Swoje przemyślenia oraz twierdzenia zawarł w książce wydanej w 1880 r. i zatytułowanej „The Brain is an Organ of Mind". Jako zwolennik teorii abiogenezy Bastian utrzymywał, iż był świadkiem spontanicznego utworzenia się żywego organizmu z martwej materii w polu widzenia mikroskopu [Courville 1953].

Ryc. 2 Alfred Goldscheider
Źródło: commons.wikimedia.org/wiki/File:Alfred_Goldscheider.jpg [10.01.2014 19:59]

W 1889 r. niemiecki neurolog Johannes Karl Eugen Alfred Goldscheider zaproponował, aby kinestezję podzielić na trzy zasadnicze typy: mięśniowy, ścięgnisty oraz stawowy. Skupił się głównie na badaniu układu somatosensorycznego, celem zlokalizowania receptorów odpowiedzialnych za odczuwanie ciepła i zimna. W trakcie swoich badań odkrył również receptory skórne

odpowiedzialne za odczuwanie dotyku i bólu. Te badania stały się później podstawą do stworzenia pełnego podziału czucia oraz wyróżnienia czucia głębokiego i powierzchniowego. W historii badania propriocepcji istnieje „maleńki" polski akcent, gdyż Alfred Goldscheider urodził się w Sommerfeld, czyli w Lubsku w województwie lubuskim [Howes 2009].

Era neuronu

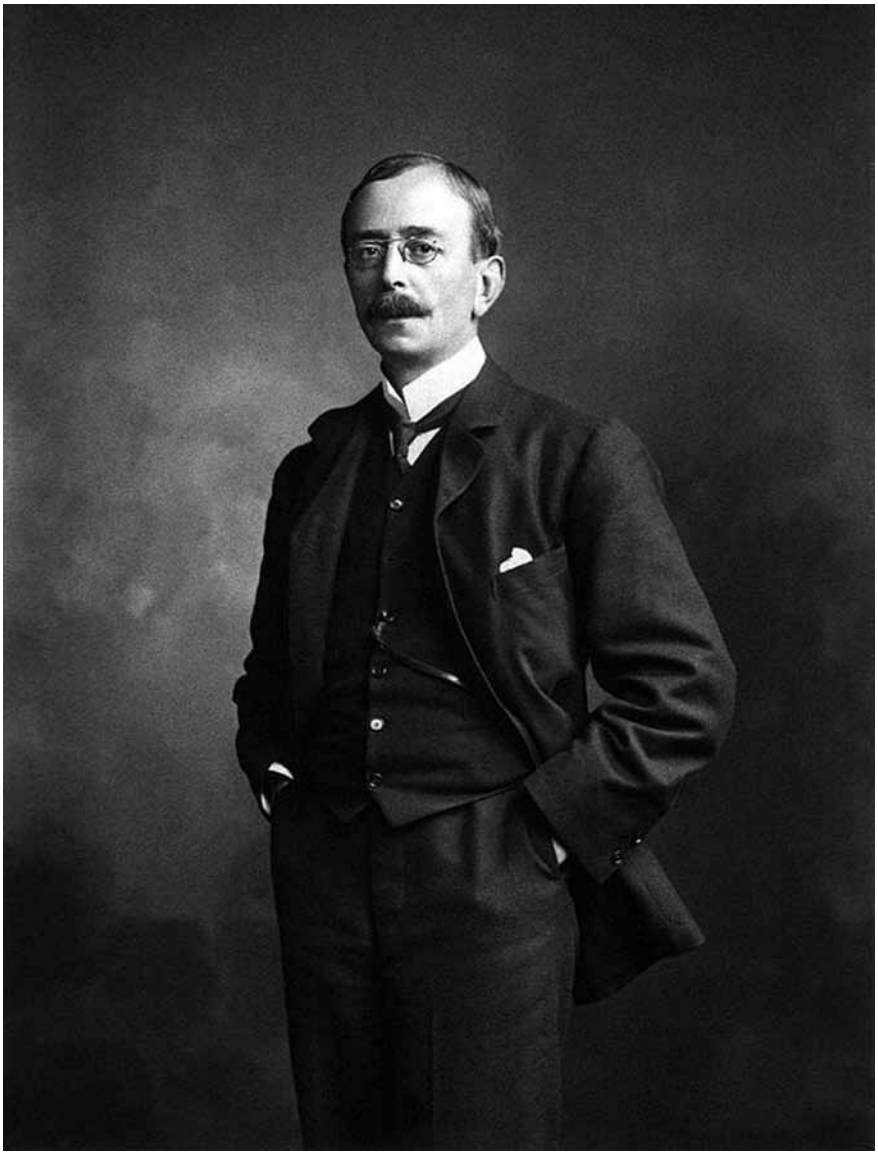
W XX w. dokonał się postęp wszystkich dziedzin nauki. Kamieniem milowym w rozwoju neurologii okazało się przyznanie w 1906 r. Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny dwóm znaczącym neuroanatomom, Camillo Golgiemu oraz Santiago Ramonowi y Cajal. Ich praca zapoczątkowała okres „ery neuronu", w której uznano za podstawę funkcjonowania ludzkiego organizmu pojedynczą komórkę nerwową tworzącą wraz z innymi niezliczone sieci składające się na nasz układ nerwowy. Odkrycie przez Golgiego pojedynczych komórek (nazywanych dzisiaj narządami Golgiego) które zlokalizowane są głównie w obrębie ścięgien, dostarczających informacji o rozciąganiu ścięgna w ekstremalnym zakresie ruchu, skłoniły neurologów do poszukiwania innych dróg czucia niż tylko czucie powierzchowne.

Swoje przemyślenia na temat budowy i struktury ludzkiego układu nerwowego Santiago Ramon y Cajal zawarł w dziele „New ideas on the fine anatomy of the nerve centres". Dzięki odpowiedniej metodzie barwienia komórek nerwowych za pomocą azotanu srebra udało mu się wyodrębnić z preparatów tkankowych komórki nerwowe oraz szczegółowo obserwować ich kształt i sposób połączenia z innymi komórkami. Odkrycie Golgiego i Cajala uznano za epokowe, ponieważ wcześniej twierdzono, iż mózg jest jednolitą masą o specyficznym kształcie i nie składa się z większej ilości komórek [Jones 2001, Lephart 2000].

Ojciec propriocepcji

Postęp w zakresie neurologii dokonujący się na przełomie XIX i XX w. zainspirował angielskiego neurofizjologa Sir Charlesa Scotta Sherringtona do wyjaśnienia, w jaki sposób nasz organizm przyjmuje i odbiera wiele informacji z różnorodnych obszarów.

Sir Charles Edgar Adrian Sherrington urodził się 27 listopada 1857 r. w Londynie, jako syn Anny Brookes i Jamesa Nortona Sherringtona, wiejskiego lekarza, który zginął w bardzo młodym wieku. Jego matka wyszła ponownie za mąż za lekarza Caleba Rosa, którego szerokie zainteresowania kulturalne oraz humanistyczne ukształtowały zainteresowania młodego Sherringtona nauką, filozofią oraz sztuką. W 1875 r. za namową ojczyma rozpoczął on szkolenie medyczne w szpitalu Św. Tomasza w Londynie. W 1879 r. zdał pierwszy egzamin i rozpoczął naukęw wybitnej w tamtych czasach Royal College of Surgeons w Londynie. W tym samym roku przeniósł się na Uniwersytet Cambridge, gdzie rozpoczął studia pod czujnym okiem Sir Michaela Fostera,



Ryc. 3. Sir Charles Scott Sherrington
Źródło: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Charles_Scott_Sherrington1.jpg [11.01.2014 20:28]

nazywanego „ojcem" brytyjskiej fizjologii. W latach 1881-1885 współpracował ściśle ze światowej sławy fizjologami, Johnem Newportem Langleleyem i Walterem Gaskellem, którzy zachęcili go do skupienia się nad zagadnieniami neurofizjologii.

W 1881 r. Sherrington wziął udział w medycznym kongresie organizowanym w Londynie, podczas którego jego mentor, Sir Michael Foster, omawiał eksperymentalne badania Sir Charlesa Bella nad funkcjonowaniem układu nerwowego. Kontro-

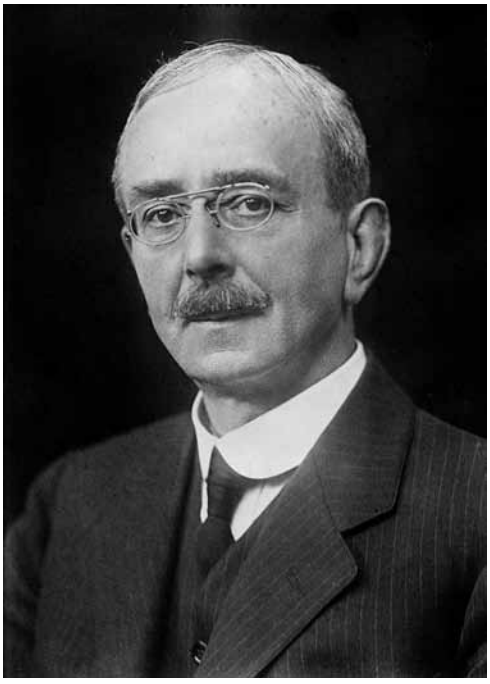
wersje wzbudziło wystąpienie Davida Ferriera i Fredricha Leopolda Goltza, którzy referowali eksperyment polegający na usunięciu części kory mózgowej u psów i małp, co bardzo zainteresowało Sherringtona. W 1884 r. opublikował on wraz Langleyem pracę, w której dowiódł, iż usunięcie części kory mózgowej wpływa na funkcjonowanie organizmu. Prowadzili wspólne badania do 1887 r., zajmując się głównie zmianami w funkcjonowaniu i budowie układu mózgowego psów pozbawionych kory mózgowej. W tym okresie Sherrington rozpoczął współpracę z Committee of the Assassination for Research in Medicine. W 1886 r. udał się Hiszpanii, aby oceniać przełom oraz skutki epidemii cholery. Poznał wtedy osobiście Santiago Ramona y Cajala i zdołał przekonać go do wygłoszenia serii wykładów w Anglii. Podczas swoich badań nad cholerą Sherrington poznał i pracował u wybitnych patologów XX w., Rudolfa Virchowa oraz Roberta Kocha. Dzięki tej współpracy zdobył niezwykle cenne doświadczenie w zakresie fizjologii, morfologii oraz histologii. W 1885 r. otrzymał tytuł doktorski na Uniwersytecie Cambridge i opublikował własną pracę zawierającą długofalową obserwację funkcjonowania psów pozbawionych kory mózgowej. W 1887 r. Sherrington został wykładowcą na Wydziale Fizjologii w Szkole Medycznej Św. Tomasza w Londynie, gdzie mógł kontynuować badania nad drogami rdzeniowymi.

27 sierpnia 1891 r. Sherrington poślubił Ether Wright, a sześć lat później na świat przyszło jedyne dziecko pary – Carr E, R. Sherrington. W 1895 r. Sherrington otrzymał etat profesorski na Wydziale Fizjologii Uniwersytetu w Liverpool, a w latach 1913-1935 otrzymał etat dziekański na Wydziale Fizjologii na Uniwersytecie w Oxfordzie [Mazzarello 1999, Norrsell 1999].

Działalność naukowa

Największym dziełem Sherringtona była wydana w 1906 r. monografia „The Integrative Action of the Nervous System", która stanowiła zbiór 10 wykładów przedstawionych podczas jego stypendium naukowego na Uniwersytecie Yale w Stanach Zjednoczonych. Pierwszy z wykładów wyjaśniał zjawisko koordynacji i przekazu prostego odruchu nerwowego. Sherrington uznał, iż neurony są oddzielnymi komórkami które kontaktują się ze sobą i przekazują sobie wzajemnie informacje. Podczas wykładu przedstawił działanie łuku odruchowego składającego się z receptora, przewodnika oraz efektora. Prosty odruch, w jego rozumieniu, to czyste pojęcie pozwalające patrzeć na układ nerwowy jako na spójną całość, w której żadna część nie może istnieć bez pozostałych. Koordynacja jest dla niego ewidentnym przykładem współdziałania odruchów nerwowych.

Wykład drugi dotyczył różnic pomiędzy odruchami powstałymi wskutek drażnienia receptorów zewnętrznych, a odruchami powstałymi podczas drażnienia receptorów wewnątrz naszego organizmu. Aby lepiej zrozumieć przebieg drogi odruchu nerwowego, Sherrington zaproponował graficzny diagram dzielący się na trzy podstawowe części: aferentny neuron odpowiadający za przyjmowanie informacji, długą drogę propriosynaptyczną oraz ostateczną wspólną drogę zakończoną motoneuronem.



Ryc. 4. Sir Charles Sherrington
Źródło: http://www.old-print.com/mas_assets/full2/M2061922/M2061922953.jpg [11.01.2014 20:45]

W wykładzie trzecim Sherrington podjął się wytłumaczenia zjawiska hamowania zwrotnego, które uważał za swoje największe odkrycie. Zasada hamowania zwrotnego polega według niego na zaobserwowaniu zjawiska, w którym drażnienie mięśni agonistów powoduje odruchowe hamowanie działania mięśni antagonistów działających w tym samym stawie. Centrum hamowania stanowi w tym wypadku rdzeń kręgowy, a nie jak uważały środowiska naukowe, wolne zakończenia nerwowe. W kolejnych wykładach Sherrington przedstawiał różnice pomiędzy drogami aferentnymi rozpoczynającymi się w różnych miejscach, które końcowo docierają do rdzenia kręgowego i zamieniane są na odpowiedź zawiadywaną przez motoneurony. Następnie prowadził dyskusję dotyczącą odruchów i zasad, które wpływają na rozłożenie odruchów dróg rdzeniowych. Według jego teorii, główne znaczenie ma tutaj lokalizacja aferentnych i eferentnych łuków odruchowych w rdzeniu kręgowym. W wykładzie szóstym Sherrington przechodził od teorii powstania odruchu do koordynacji przez następujące po sobie odpowiedzi motoneuronów. Według niego, każde podrażnienie receptora powoduje powstanie odpowiedzi w motoneuronie. Koordynacja jest wynikiem naprzemiennego powstawania po sobie odpowiednich odruchów. Podsumowując swoją pracę, Sherrington podkreślał, iż podstawowym podziałem zmysłów i receptorów układu nerwowego człowieka jest podział na eksteroreceptory, interoreceptory i proprioreceptory. Eksteroreceptory opisał jako receptory odpowiadające za

odbieranie wrażeń ze środowiska zewnętrznego (oczy, uszy, usta, skóra), a interoreceptory jako receptory zlokalizowane w tkankach narządów wewnętrznych ludzkiego organizmu, które odbierają wrażenia z wnętrza naszego organizmu. Proprioreceptory to, według Sherringtona, wyspecjalizowane komórki zlokalizowane w ścięgnach, więzadłach, skórze, mięśniach, odpowiedzialne za odbieranie wrażeń będących „czystą formą świadomości ruchu i zajmowania przestrzeni(…)", leżących poza naszym wzrokiem i świadomością. Ich istnienie Sherrington uznał za „sekretny szósty zmysł ciała ludzkiego". Teoria ta zmieniła neurologię, zmuszając naukowców do odejścia od tradycyjnego podejścia opierającego się na pięciu ludzkich zmysłach [Norsell 1999, Robinson 1934, Sherington 1907, www.nobelprize.com]. Podsumowując swoje lata pracy nad propriocepcją, Sherrington zauważył, iż podrażnienie proprioreceptorów następuje w wyniku kilku specyficznych zdarzeń związanych ze zmianami w środowisku zewnętrznym, na które reagują odpowiednie jednostki motoryczne.

Sherrington jako człowiek

Podczas I wojny światowej Sherrington pracował 13 godzin dziennie w fabryce uzbrojenia w Birmingham. Był osobą niezwykle uzdolnioną, wykazującą wszechstronne zainteresowania. Zajmował się historią medycyny, biografiami naukowców, poezją, był również znany jako kolekcjoner książek oraz niestrudzony sportowiec. Do jego licznych publikacji należał również tomik własnej poezji, zatytułowany „The Assaying of Brabantius and other Verse". Przechodząc na emeryturę wydał książkę „Man on his Nature", poświęconą życiu i poglądom XVI-wiecznego francuskiego lekarza Jeana Fernela, którego Sherrington był wielkim zwolennikiem [11,13]. Oto fragmenty tej książki: "…może to zabrzmieć paradoksalnie, ale im bardziej precyzyjniej i dokładniej przeprowadzamy doświadczenie, tym mniej rozumieją z niego studenci," „Człowiek myśli o sobie samym dowoli, ponieważ jest świadomy własnych pragnień i własnej woli oraz jest nieświadomy przyczyn, które uniemożliwiają osiągnięcie tych pragnień." W 1941 r. Sherrington nabawił się niezwykle bolesnego artretyzmu, które towarzyszyło mu aż do śmierci 4 marca 1952 w Eastbourne w księstwie Sussex.

Za osiągnięcia naukowe w 1922 r. Sherrington otrzymał z rąk królowej odznaczenie „Knight Grant Cross of British Empire", a dwa lata później przyznano mu „Order of Merit". W 1932 r. został laureatem Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny wspólnie z Edgarem Douglasem Adrianem za odkrycia dotyczące funkcjonowania neuronów. Przyznano mu członkostwo honorowe ponad 40 różnych akademii oraz otrzymał tytuły honorowe z 22 uczelni [9,10].

Zakończenie

Opierając się na wynikach badań Sherringtona, wielu naukowców w XX w. skupiło się na problematyce czucia głębokiego. W ciągu kilkudziesięciu lat powstały tysiące publikacji potwierdzających hipotezy tego wielkiego naukowca. W 2000 r. amerykań-

scy biomechanicy, Freddie H Fu i Scott M Lephart, opublikowali szczegółowy zbiór prac i doniesień naukowych, będący podsumowaniem niemalże 100 lat badań nad propriocepcją ciała ludzkiego. Znalazły się w nim prace przedstawiające, przykładowo, iż drażnienie więzadła krzyżowego przedniego wywołuje automatyczny skurcz mięśnia czworogłowego uda w odpowiedzi monosynaptycznej, co stanowiło jeden z dowodów potwierdzających istnienie tego niezwykłego układu. Pomimo istnienia tak dużej liczby prac naukowych w dziedzinie propriocepcji, nadal pozostaje wiele kwestii wymagających zbadania i ocenienia, dlatego problematyka ta wciąż cieszy się niezwykłą popularnością. Jednakże każda z tych prac kontynuuje poglądy jednej szczególnej osoby, której niezwykła wiedza i naukowe zacięcie pozwoliły zmienić postrzeganie naszego układu nerwowego – Sir Charlesa Sherringtona [Sherrington 1906].

Piśmiennictwo:

1. Abbot A., Allison G., *In Search of the Sixth Sense*, "Nature" 2006, 442: 125-127.
2. Burke RE, *Sir Charles Sherrington's The integrative action of the nervous system: a centenary appreciation*, "Brain" 2007, 887-894.
3. Collins DF et al., *Cutaneous receptors contribute to kinesthesia at the index finger, elbow, and knee*, "Journal of Neurophysiology" 2005, 94: 1699-706.
4. Courville CB.: *Santiago Ramon y Cajal (1852–1934)*, in: *The Founders of Neurology. One Hundred and Thirty-Three Biographical Sketches*. Prepared for the Fourth International Neurological Congress in Paris by Eighty-Four Authors, Springfield, 1953, 74-77.
5. Howes D., *The Search for a Sixth Sense: The Cases for Vestibular, Muscle, and Temperature Senses*, Oxford; New York 2009, 55-86.
6. Jones DH., *Bell's phenomenon should not be regarded as pathognomonic sign*. "BMJ" 2001, 20; 323 (7318).
7. Lephart SM. et al., *Introduction to the Sensorimotor System*, in: Lephart SM, Fu FH (eds.) *Proprioception and Neuromuscular Control in Joint Stability. Human Kinetics*, Champaign IL, USA 2000, xvii – xxiv.
8. Mazzarello P., *Camillo Golgi's scientific biography*, "Journal of History of Neurosciences" 1999, 8: 121-31.
9. Norrsell U. et al., *Cutaneous sensory spots and the "law of specific nerve energies": history and development of ideas*, "Brain Research Bulletin" 1999, 48: 457-465.
10. Robinson V., *Bell's Law, within the description of Bell's Palsy, including a brief discussion about Charles Bell, 1774-1842*, in: *The Modern Home Physician, A New Encyclopedia of Medical Knowledge*. New York 1934, 92.
11. Sherrington CS., *On the proprioceptive system, especially in its reflex aspect*, „Brain" 1907, 29: 467-85.
12. Sherrington CS., *The Integrative Action of the Nervous System*, New Haven, CT: 1906.
13. http://www.britannica.com/EBchecked/topic/526403/Julius-Caesar-Scaliger [02.01.2014; 22:13].
14. http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1932/sherrington-bio.html [07.01.2014; 14:13].
15. http://www.nobelprize.org/nobel_organizations/nobelfoundation/publications/lectures/index.html [07.01.2014; 15:10].

Rys historyczny teorii umysłu w chorobie afektywnej dwubiegunowej

A brief history of the theory of mind in bipolar disorder

Anna Bodnar[1]

Poznań

Streszczenie: Niniejszy artykuł ma na celu omówienie historii choroby afektywnej dwubiegunowej w kontekście badań nad teorią umysłu. Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) charakteryzuje się występowaniem stanów psychopatologicznych – manii i depresji, które są sobie przeciwstawne. ChAD jest zaburzeniem znacznie wykraczającym poza aspekt medyczny. W ostatnich latach szerokie spektrum jej objawów, przynależących do epizodu depresji oraz będących przejawem manii, stało się przedmiotem zainteresowania psychologii. Szczególny obszar badań w ostatniej dekadzie dotyczy związku pomiędzy ChAD a teorią umysłu, określą inaczej jako mentalizacja. W pracy przedstawiono genezę i rozwój badań nad ChAD. Omówiono, jak ChAD z przedmiotu zainteresowania medycyny stała się obiektem badań psychologii, która koncentruje się na objawach i ich leczeniu oraz analizuje, w jaki sposób objawy zaburzeń psychicznych dezorganizują życie społeczne. Druga część artykułu koncentruje się na przedstawieniu historii powstania teorii umysłu. Ponadto omówiono drogę prowadzącą od badań nad autyzmem i schizofrenią do analizy deficytów teorii umysłu w ChAD.

Abstract: This article focuses on the history of research on bipolar disorder and the theory of mind. Bipolar disorder characterizes shifts in mood and behavior known as mania and depression which are antagonistic. Bipolar disorder is of medical and social significance. The symptoms vary widely in their pattern and are investigated at the present time. The important research problem became relationship between bipolar disorder and the theory of mind. The article presents the origin and development of research on bipolar disorder, especially psychological research on its consequences for social life. The second part of article presents the history of the theory of mind and its use in research on patients suffering from autism, schizophrenia and bipolar disorder.

Słowa kluczowe: historia psychiatrii, choroba afektywna dwubiegunowa, poznanie społeczne, teoria umysłu

Key words: history of psychiatry, bipolar disorder, social cognition, theory of mind

Omówienie pojęć choroba afektywna dwubiegunowa i teoria umysłu

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) to jedno z częściej występujących współcześnie zaburzeń psychicznych. Według danych uzyskanych w wielu krajach,

[1] Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

rozpowszechnienie populacyjne ChAD w ciągu życia wynosi 1%. Chorobę tę charakteryzuje wczesny wiek zachorowania oraz przewlekły przebieg. Mimo że od kilkuset lat powstają kolejne koncepcje ChAD, nadal brak jest jednoznacznych i pewnych teorii dotyczących etiologii i patogenezy tej choroby (Kiejna 2012). Objawy zaburzeń psychicznych, w tym ChAD, opisane są w klasyfikacjach medycznych: ICD-10 oraz DSM-IV (Cierpiałkowska, Zalewska 2008). DSM-IV czyli „Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych" („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") został wprowadzony przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz zaakceptowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 1994 r. Pierwsza wersja tej klasyfikacji, pod nazwą DSM, ukazała się w 1952 r. Obecnie używana, czwarta edycja, jest jej modyfikacją. Podjęto w niej próbę odejścia od nurtu dualistycznego, polegającego na stosowaniu zarówno symptomatologicznego, jak i etiologicznego kryterium wyodrębniania kategorii zaburzeń, oraz niedopuszczenia do negatywnych skutków wynikających z kulturowej jednostronności występującej w poprzednich wersjach. Wymienione modyfikacje spowodowały przemianę najnowszej wersji w klasyfikację, która skupia się głównie na symptomach (Hohenshil 1994, Wciórka 2002). W ramach DSM-IV dokonano próby zdefiniowania terminu „zaburzenie psychiczne". Rozumie się je tu jako: „pojawiający się u jednostki syndrom lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znaczenia kliniczne, związany w chwili występowania z odczuwanym cierpieniem, upośledzeniem lub z istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa, albo też z poważnym ograniczeniem swobody działania" (American Psychiatric Association 1994).

Omówiona powyżej kategoryzacja obowiązuje w Ameryce, natomiast w krajach europejskich dominuje stosowanie klasyfikacji ICD-10, czyli Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems), która została stworzona przez Światową Organizację Zdrowia, a w Polsce stosowana jest od 1996 r. Termin 'zaburzenie' zdefiniowany jest tu jako „zespół klinicznie obserwowalnych objawów wiążących się z cierpieniem i zaburzeniem funkcjonowania osoby oraz zaburzeniami w odgrywaniu ról społecznych" (ICD 1998). Klasyfikacja ICD-10 ma charakter ateoretyczny i opisowy, co oznacza, że klasy zaburzeń wyodrębnione są na podstawie naturalnego współwystępowania symptomów (Cierpiałkowska, Zalewska 2008).

Według obu klasyfikacji, ChAD charakteryzuje się występowaniem przeciwstawnych stanów psychopatologicznych – manii i depresji. Mania polega na zmianach nastroju pod postacią ekstremalnych emocji oraz zwiększonej aktywności psychicznej i motorycznej, co dezorganizuje funkcjonowanie w wielu aspektach życia społecznego. Depresja z kolei, odzwierciedla się w poczuciu cierpienia psychicznego i fizycznego. Przejawia się to postrzeganiem świata w odcieniach szarości, unikaniem relacji z ludźmi i nieumiejętnością podejmowania decyzji (Rybakowski 2009).

Według DSM-IV można wyróżnić dwa typy ChAD. W celu zdiagnozowania ChAD typu I, oprócz epizodu depresyjnego (kryteria diagnostyczne to: obniżony nastrój, utrata zainteresowań, anhedonia, niepokój, lęk, obniżenie napędu psychoruchowego, spowolnienie toku myślenia, zaburzenia pamięci, niska samoocena, możliwe uroje-

nia grzeszności i winy), należy wykazać wystąpienie przynajmniej jednego epizodu manii o minimum tygodniowym czasie trwania (Cierpialkowska 2007). Klasyfikacja zakłada, że w manii mogą pojawić się objawy psychotyczne, urojenia wielkościowe, euforia, brak zahamowań i kontroli podczas wykonywania aktywności, nadmierne pobudzenie, rozdrażnienie, przewrażliwienie, skrajnie zawyżona samoocena, przyspieszony tok myślenia i zaburzenia rytmu biologicznego. Objawy te powodują, że konieczna jest hospitalizacja. Z kolei w przebiegu ChAD typu II zamiast manii diagnozuje się hipomanię, która charakteryzuje się niższym nasileniem psychopatologii: podwyższonym samopoczuciem i wzmożonym napędem, co sprawia, że nie wymaga ona hospitalizacji (Goodwin, Ghaemi 2000).

Klasyfikacja ICD-10 zamiast nazwy ChAD używa określenia „zaburzenia afektywne dwubiegunowe". Aby je zdiagnozować konieczne jest wystąpienie epizodu manii, hipomanii lub mieszanego (Kiejna 2012). Według kryteriów ICD-10 przebieg choroby powinien charakteryzować się co najmniej dwoma nawracającymi zaburzeniami nastroju i aktywności (hipomania lub mania), po czym następuje obniżenie nastroju, spadek energii i zmniejszenie aktywności, czyli depresja. Możliwa jest także odwrotna kolejność wystąpienia epizodów. Czas trwania pełnoobjawowej manii to minimalnie 2 tygodnie, maksymalnie – 5 miesięcy. Średni czas trwania depresji wynosi rok (ICD 1998).

Drugim z konstruktów będących tematem niniejszej pracy jest teoria umysłu. Jest to jeden z aspektów poznania społecznego. Pojęcie „poznanie społeczne" pojawiło się w psychologii w latach 1960-tych, jako element psychologii poznawczej. W tym nurcie psychologii zakłada się, iż informacje są reprezentowane w mózgu jako poznawcze elementy takie jak: schematy, atrybucje, stereotypy, a także bada się, w jaki sposób są one przetwarzane. Poznanie społeczne w swej pierwotnej definicji to sposób, w jaki ludzie myślą o sobie i świecie społecznym, a także jak selekcjonują, interpretują, zapamiętują i wykorzystują informacje społeczne w wydawaniu sądów i podczas podejmowania decyzji (Aronson 1997).

Według nowszych koncepcji poznanie społeczne jest zbiorem procesów, pozwalającym ludziom funkcjonować w społeczeństwie, co odzwierciedla się w umiejętności tworzenia adekwatnych i satysfakcjonujących relacji (Frith, Frith 2007). Najważniejszą rolą poznania społecznego jest przewidywanie zamiarów innych osób, ich zachowania w danej sytuacji oraz odczuwanych przez nich emocji (Frith, Frith 2006).

Jedną z kluczowych funkcji kognitywnych, będących elementem poznania społecznego jest teoria umysłu (TU). Termin ten określa funkcje poznawcze, pełniące ważną rolę podczas interakcji z ludźmi – są to umiejętności pozwalające na tworzenie w umyśle reprezentacji stanów umysłowych własnych oraz drugiego człowieka (Frith, Frith 2006). W ciągu ostatnich dwudziestu lat wykazano, że TU składa się z kilku aspektów (Bora 2009). Według H. Tager-Flusberga i K. Sullivana można wyróżnić dwa podtypy TU: poznawczy, czyli wnioskowanie (na podstawie zachowań) o myślach i intencjach innych ludzi, oraz emocjonalny – wnioskowanie o przeżywanych emocjach na podstawie twarzy i ciała (Tager-Flusberg, Sullivan 2000).

Choroba afektywna dwubiegunowa w ujęciu historycznym

Ewolucja człowieka to pogląd, który może dostarczyć wiedzy na temat źródeł ChAD. Fizyczne i psychiczne cechy człowieka zaczęły kształtować się około 100 000 lat temu. Dobór naturalny w znacznym stopniu wpływał na przetrwanie cech pożądanych w zbieracko – łowieckim trybie życia człowieka z tamtego okresu historycznego. Wzmacniane były te cechy, których nasilenie zwiększało prawdopodobieństwo przeżycia i reprodukcji. Okazuje się, że wiele z nich miało znaczenie dla rozwoju ChAD – niektóre symptomy współcześnie pojmowanej manii i depresji okazały się adaptacyjne. W niektórych sytuacjach ważna dla przetrwania własnego i swojego potomstwa była postawa dążenia do kontaktów z innymi (co określić można jako charakterystyczny aspekt manii), w innych z kolei, bardziej pożądane było unikanie relacji (charakterystyczne dla depresji). W ten sposób dobór naturalny doprowadził do zachowania w populacji genów przyczyniających się do rozwoju ChAD (Rybakowski 2009).

Opis cech zbliżonych do symptomów współcześnie pojmowanej manii i depresji znajdujemy już w starożytności. Hipokrates w V w. p.n.e. wprowadził pojęcie „melancholia", które dzisiaj rozumieć można jako synonim depresji. Nazwa ta pochodzi od czarnej żółci, co w języku greckim brzmi „melaena chole". Nadmiar tej substancji w organizmie miał według Hipokratesa prowadzić do rozwoju melancholii. Była to pierwsza koncepcja lokująca przyczyny choroby w zmianach biochemicznych mózgu (Rybakowski 2009). Hipokrates napisał także dzieło pt. „O świętej chorobie", czym dał początek naukowej psychiatrii. Stwierdził, że to nie kara boża, ale czynniki fizjologiczne i środowiskowe są przyczyną zaburzeń psychicznych. Wykazał, że emocje, myślenie, spostrzeganie, procesy wolicjonalne i zachowania są powiązane z mózgiem, a ich zaburzenia powodują proces chorobowy (Marneros, Angst 2000). Odkrycia Hipokratesa zostały poprzedzone przez spostrzeżenia Alkmenona z Krotony, który dokonał pierwszej sekcji ludzkiego organizmu około 500-450 lat p.n.e. Twierdził on, że mózg jest siedliskiem życia psychicznego. Był to moment przełomowy w historii psychiatrii. W tym okresie pojawiło się też określenie manii w szerokim rozumieniu, nie tylko jako zaburzenie (Rybakowski 2009). Słowo „mania" pochodzi od praindoeuropejskiego słowa „men" co oznaczało myślenie, pobudzenie psychiczne. W języku starogreckim natomiast, mania to szaleństwo, tendencja do popadania we wściekłość, ale też boska inspiracja. Dopiero Aretajos z Kapadocji (30-90 n.e.) opisał manię w sposób, w jaki ujmujemy ją współcześnie, czyli jako stan przejawiający się wzmożonym nastrojem, myśleniem wielkościowym oraz zwiększoną aktywnością psychoruchową. Arestajos podkreślał, że mania i melancholia są przejawami jednej choroby (Marneros, Angst 2000). Dalsze odkrycia ważne dla rozwoju współczesnej wiedzy o ChAD zostały dokonane przez Arystotelesa (384-322 p.n.e.), który poszerzył koncepcję czarnej żółci – wskazał, że nadmiar zimnej żółci może wywoływać lęk, zahamowanie, złe samopoczucie. Z kolei zbyt dużo gorącej żółci prowadzi do wzmożonej emocjonalności i twórczości. Zaznaczył też, że oba stany mogą występować u tej samej osoby (Arystoteles 1990).

W czasach nowożytnych, teoria dotycząca czarnej żółci była nadal utrzymywana, między innymi przez Awicennę (980 - 1037), który uznawał humoralną teorię choroby,

potwierdził możliwość występowania stanu manii i depresji u tej samej osoby, wskazał na okresowość przebiegu choroby związaną z porami roku, a także wprowadzał metody leczenia nie tylko farmakologicznego, ale też psychologicznego. Podkreślał, że kluczowe jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii. Był to pierwszy moment w historii, kiedy zaczęto poszukiwać psychologicznych metod leczenia ChAD (Nasierowski 2007). Kolejne lata przyniosły nowe odkrycia w obrębie melancholii. Kolejny badacz, Timoty Bright w 1586 roku napisał dzieło, w którym dokonał podziału na dwa aspekty melancholii: pierwszy, w którym dominuje wyczerpanie umysłu oraz drugi, polegający na zaburzeniu płynów ustrojowych, co powoduje, że konieczne jest leczenie biologiczne. Ten sposób myślenia odzwierciedla podział wprowadzony 300 lat później przez Paula Juliusa Mobiusa, który opisał depresję endo i egzogenną. W XVII w. po raz pierwszy potwierdzono naukowo, że oba stany (mania i depresja) są elementami jednej choroby. Za to odkrycie odpowiedzialny był Theofile Bonet, anatomopatolog z Genewy. W tym czasie zaczęto używać nazwy depresja zamiast pojęcia melancholia. Słowo to pochodzi od łacińskiego „deprimere", co oznacza „uciskać w dół". Po raz pierwszy określenia tego użył lekarz z Edynburga, Robert Whytt (1714-1766), w pracy pod tytułem „Obserwacje na temat natury, przyczyn i sposobów leczenia zaburzeń nerwowych, hipochondrycznych i histerycznych" (Whytt 1975). Kolejne odkrycia przypadły na rok 1621, kiedy Robert Burton opublikował „Anatomię Melancholii", w której opisał współwystępujące z melancholią lęk i smutek, a także wskazał na czynniki genetyczne, wydarzenia życiowe, oddziaływania astrologiczne i demonologiczne oraz samotność jako możliwe przyczyny tej choroby. Burton także podkreślał konieczność wprowadzenia psychicznych oddziaływań terapeutycznych (Burton 2001).

ChAD jako jednostka kliniczna jest wytworem współczesnej psychiatrii, której rozwój rozpoczął się na przełomie XIX i XX wieku. Najważniejszy wpływ na jej opis mieli Zygmunt Freud (1856-1939) i Emil Kraepelin (1856-1926). Freud stworzył podstawy psychoterapii, zbadał też psychikę ludzką w sposób dynamiczny. W 1917 r. Freud opisał melancholię i mechanizmy ją powodujące – wskazał, iż mania może pełnić funkcję obrony przed depresją (Freud 1917). Emil Kraepelin z kolei, w 1899 r. wyodrębnił dwie główne grupy zaburzeń psychicznych: dementia praecox, czyli otępienie wczesne oraz zaburzenia maniakalno-depresyjne, czyli ChAD (Kraepelin 1899). Powyższy podział przyjął za kryterium dominujące objawy oraz przebieg choroby – przewlekły, który wiąże się ze stopniowym pogarszaniem funkcjonowania lub okresowy, nieprowadzący do deficytów. Do tej drugiej grupy zaliczono ChAD. Nazwa pierwszej grupy, dementia praecox, została kilkanaście lat później zamieniona przez Eugena Bleulera na „schizofrenia" (Rybakowski 2009).

Kiedy objawy ChAD zostały szczegółowo opisane, zaczęto poszukiwać metod leczenia. Lata czterdzieste to czas intensywnego rozwoju farmakoterapii. Jednym z badaczy zajmujących się tą tematyką był John Cade, który w 1949 r. odkrył, iż sole litu wpływają pozytywnie na zmniejszanie objawów maniakalnych. W latach pięćdziesiątych wprowadzono leki neuroleptyczne przeznaczone do leczenia manii, oraz przeciwdepresyjne, używane w terapii depresji. Podczas stosowania farmakoterapii odkryto jednak, że leki neuroleptyczne wywoływały w niektórych przypadkach

epizod depresji, natomiast leki przeciwdepresyjne – manii. Problem ten rozwiązano w następnej dekadzie, kiedy wykazano, że długotrwałe stosowanie soli litu zapobiega nawrotom manii i depresji, czyli ma działanie normotymiczne. Od lat siedemdziesiątych do dziewięćdziesiątych nastąpił ponowny rozwój leków normotymicznych, wprowadzono także nowe odmiany leków (Rybakowski 2009).

Równolegle z rozwojem farmakoterapii pojawiały się koncepcje neurobiologiczne ChAD. Ich największy rozwój przypadł na lata sześćdziesiąte, kiedy to powstała hipoteza katecholaminowa, autorstwa Schildkrauta (1934-2006). Zakładała ona, że nadmiar przekaźników katecholaminowych (noradrenaliny i dopaminy) przyczynia się do rozwoju manii, a ich niedobór – depresji (Schildkraut 1965).

Od lat dziewięćdziesiątych XX w. zaczęła rozwijać się psychoterapia w ChAD. Duża rolę odgrywała psychoedukacja, interwencje rodzinne oraz terapia ukierunkowana na normalizację rytmów społecznych (Frank i wsp. 2005). Aktualnie dominującą pozycję w terapii ChAD na nowo zajęła psychoedukacja. Coraz częściej jest ona powiązana z teorią umysłu, której deficyt wykazano u pacjentów. Celem psychoedukacji (np. programu barcelońskiego Edwarda Viety) jest zwiększenie współpracy pacjenta w procesie farmakoterapii, nauka radzenia sobie z objawami i ich wczesne rozpoznawanie. Ważne jest, by oddziaływania psychoedukacyjne łączone były z treningami społecznymi, które wspólnie zwiększają szanse powrotu pacjenta do zdrowia (Vieta 2005).

Teoria umysłu – od rozwoju pojęcia do badań w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Teoria umysłu (TU) to pojęcie wprowadzone w 1978 r. przez Premack'a i Woodruff'a, którzy odkryli je podczas badań nad szympansami. Opisali oni TU jako zdolność do wyjaśniania obserwowanych zachowań innych za pomocą odnoszenia się do ich stanów mentalnych. Termin ten jest jednoznaczny z terminem mentalizacja, używanym przez wielu innych badaczy (Premack, Woodruff 1987). Aby zbadać, czy szympansy posiadają teorię umysłu, (a zatem czy potrafią przypisywać stany mentalne sobie oraz innym osobnikom), pokazywano dorosłym szympansom serię nagrań video, na których ludzie – aktorzy, zmagali się z różnymi problemami. Niektóre z nich były mało skomplikowane, na przykład niedostępność pożywienia, inne złożone, takie jak: trudność z uwolnieniem się z zamkniętej klatki, odczuwanie dreszczy z powodu niedziałającej grzałki lub niemożność skorzystania z fonografu, który był niepodłączony. Podczas oglądania każdego z filmów szympansowi prezentowano kilka fotografii, z których tylko jedna wskazywała rozwiązanie problemu. Ponieważ szympansy na większość pytań udzielały poprawnych odpowiedzi, wysnuto wniosek, iż rozpoznają one nagrania jako reprezentacje problemów, rozumieją intencje aktorów oraz potrafią wybrać adekwatne rozwiązanie. Oznacza to, że posiadają zdolność wczuwania się w stan innej osoby, co określono mianem teorii umysłu (Premack, Woodroff 1987).

Jednym z czołowych badaczy problematyki związanej z TU jest Simon Baron – Cohen, który w latach 1980-tych opracował własną koncepcję. Wyróżnił on następujące

etapy rozwoju TU takie jak: wytworzenie się detektora intencjonalności, następnie detektora kierunku patrzenia, mechanizmu uwspólniania uwagi oraz, na końcu, teorii mechanizmów umysłowych, czyli właściwej TU. Funkcją tego mechanizmu jest: identyfikacja stanów mentalnych innych osób, ustalenie związku między zachowaniami a myślami oraz wytworzenie w swoim umyśle reprezentacji myśli zauważonych u innej osoby. Mechanizm ten ma charakter czysto poznawczy (Dziarnowska 2007). Prócz niego, postuluje się też istnienie drugiego aspektu, który umożliwia identyfikację stanów emocjonalnych innych osób, pozwala na ustalenie relacji między obserwowanymi zachowaniami a stanami emocjonalnymi innych, wytworzenie w swoim umyśle reprezentacji stanów emocjonalnych innych ludzi. Wiener (2009) zaproponował, by konstrukt odkryty przez Barona-Cohena nazywać umysłem epistemicznym, natomiast w drugim przypadku (związanym z rozpoznawaniem emocji) – używać terminu umysł empatyczny.

Odkrycie Premacka i Woodroffa zainspirowało badaczy zajmujących się tematyką autyzmu. Charakterystyczne dla tej choroby jest zaburzenie tzw. uspołecznienia czyli nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi osobami (np. niezdolność do zabawy z innymi), a także deficyty złożonej komunikacji (Kendal 2004). W 1985 r. Baron-Cohen wykazał, że u podłoża zaburzeń społecznych w tej chorobie leży deficyt w zakresie TU (zwłaszcza jej poznawczego aspektu). Zaburzenie TU powoduje, że dzieci z autyzmem nie umieją rozpoznawać własnych stanów mentalnych ani wnioskować o stanie umysłu drugiego człowieka. W autyzmie nie działa poprawnie mechanizm biorący udział w tworzeniu reprezentacji zdarzeń nieobserwowanych bezpośrednio, czyli zdarzeń psychicznych. Wynikiem tej dysfunkcji jest: nieumiejętność przyjmowania ról (zabawy w udawania), brak współdzielenia zainteresowań, nierozumienie intencji, kłamstw i przenośni (Baron-Cohen 1989; za: Dziarnowska 2003). Kolejne badania Barona-Cohena wykazały, że dwa aspekty wchodzące w skład TU, czyli detektor kierunku patrzenia oraz detektor intencjonalności są niezaburzone. Nieprawidłowości działania zauważyć można w aspekcie jakim jest mechanizm uwspólniania uwagi, co przejawia się w nieobecności u dzieci z autyzmem zachowań takich jak: śledzenie spojrzenia innych osób oraz protodeklaratywne wskazywanie (czyli wskazywanie innym osobom bodźców w otoczeniu przy pomocy gestów). Osoby chore na autyzm potrafią skoncentrować się na obiekcie, tym samym prowokując inną osobę do wykonania określonego zachowania. Jednocześnie nie potrafią dokonać tego w celu podzielania z drugim człowiekiem zainteresowania określonym bodźcem (Baron-Cohen, Wheelwright 2004).

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań dotyczących zaburzeń TU w schizofrenii. Jedno z pierwszych badań zostało przeprowadzone przez Corcoran w 1995 r. Wykazało ono deficyty TU w stanie ostrym schizofrenii, nie zauważono ich w remisji. Podobne wyniki uzyskał: Frith i Corcoran (1996 za: Bora 2009), Langdon (1997 za: Bora 2009), Doody (1998 za: Bora 2009), Drury (za: Bora 2009, 1998), Murphy, który powiązał deficyty TU z zaburzeniami funkcji poznawczych (1998 za: Bora 2009) oraz Sarfati (2000 za: Bora 2009). Kolejne badania przeprowadzone przez Kelemana w 2005 roku oraz Borę w 2006 r. wykazały, że deficyt TU występuje nie tylko w stanie ostrym, ale też w remisji schizofrenii. Iranii (2006 za: Bora 2009) wykazał w swoich badaniach

poszerzenie zaburzenia TU w schizofrenii – zauważył deficyt TU nie tylko u pacjentów, ale też u ich bliskich krewnych. Badania wykonane w 2008 r. przez Borę pokazały, że deficyt TU może wiązać się z zaburzeniami empatii (Bora 2009). Najnowsze badania potwierdzają, iż w przypadku schizofrenii mamy do czynienia z istotnym deficytem TU (Gavilán i García-Albea 2011, Wiener 2011). Podobnie jak w autyzmie, także w obrębie badań nad schizofrenią powstały koncepcje tłumaczące wystąpienie schizofrenii deficytem TU. Autorem takiego podejścia jest Chrostopher Frith, który wiele objawów schizofrenii tłumaczy zaburzeniami TU, a dokładniej systemu kognitywnego, odpowiadającego za monitorowanie i rozpoznawanie swoich intencji oraz atrybucję myśli, intencji i przekonań innych osób. Badacz ten upatruje podstaw omamów i urojeń w zaburzeniu reprezentacji myśli, przekonań i intencji innych, natomiast objawy negatywne, takie jak abulię czyli brak woli, tłumaczy wczesnymi uszkodzeniami systemu kognitywnego powodującymi całkowitą niezdolność do reprezentowania intencjonalnych zachowań (Frith, za: Corcoran 2001).

Badania autyzmu i schizofrenii przez długi czas dominowały w obrębie badań TU w zaburzeniach psychicznych. Zaczęto jednak zastanawiać się, czy podział Kraepelina dotyczący schizofrenii i ChAD ma odzwierciedlenie także w przypadku TU. Jako że nadal nie ma jasnej i tłumaczącej objawy ChAD teorii, oczekuje się, że TU może stać się konstruktem, który przyczyni się do wyjaśnień genezy choroby, podobnie jak miało to miejsce w przypadku schizofrenii (Donohoe i wsp. 2012). Pierwsze badania TU w chorobach afektywnych zostały przeprowadzone przez Doody'ego (Doody i wsp. 1998). Nie wskazały one jednoznacznie zaburzeń TU. W badaniu nie wyodrębniono jednak grupy osób z ChAD i depresją – badani ci tworzyli jedną grupę eksperymentalną. W kolejnym projekcie badawczym, przeprowadzonym przez Kerr, została już wyodrębniona osobna grupa pacjentów z ChAD. Badania potwierdziły występowanie deficytów TU u pacjentów z ChAD w fazie manii i depresji. Nie zauważono jednak zaburzeń TU u osób w remisji (Kerr 2003). Następnie, rezultaty uzyskane przez Kerr próbował potwierdzić Inoue (Inoue i wsp. 2004). Wykrył on, prócz zaburzeń w fazie ostrej, także znaczny deficyt TU u pacjentów z ChAD będących w remisji. Kolejną próbę potwierdzenia powyższej prawidłowości podjął E. Bora (2005). Wyniki badań wskazały na istnienie deficytów TU u osób w remisji. Ponadto, odkryto zależność pomiędzy deficytem funkcji kognitywnych takich jak: szybkość psychomotoryczna, fluencja słowna, utrzymywanie uwagi, a zaburzeniami TU. Bora wykazał, że zdolność do mentalizacji jest zaburzona u osób z ChAD nie tylko podczas ostrych faz manii i depresji, ale też w remisji, czyli wyrównanym nastroju. Następne, bardziej zaawansowane badanie pacjentów z ChAD, przeprowadziła Ch. Montag (Montag 2010). Użyła ona testu MASC – „Movie for the Assessment of Social Cognition", mierzącego oba podtypy TU jednocześnie – poznawczy i afektywny. MASC to test audiowizualny, dzięki czemu wyniki uzyskane przez pacjentów w znacznym stopniu odzwierciedlają ich rzeczywiste funkcjonowanie społeczne. W badaniu wykazano, że osoby z ChAD posiadają deficyty TU zawłaszcza w aspekcie poznawczym, nie zauważono znacznych różnic pomiędzy pacjentami a osobami zdrowymi w przypadku komponentu afektywnego TU. Ostatnie doniesienia potwierdzają występowanie deficytu TU zarówno w fazie manii, depresji, jak i w stanie remisji (Wolf i wsp. 2010; Wiener i wsp. 2011).

Podsumowanie

Mimo, iż ChAD jest jednostką kliniczną znaną od dawna, nadal nie istnieje jedna spójna koncepcja wyjaśniająca jej mechanizm i genezę. Od kiedy ChAD stała się przedmiotem zainteresowania psychologii, zaczęto zwracać uwagę na deficyty poznania społecznego, zwłaszcza teorii umysłu, które występują nie tylko u pacjentów w ostrym stanie chorobowym, ale też w remisji. Do tej pory przeprowadzono niewiele badań w tym obszarze, jednak wstępne wyniki potwierdzają intuicję o deficytach. Ważne jest, by przeprowadzić badania TU wśród pacjentów z ChAD, w celu dokładniejszej analizy natury tych dysfunkcji. Jest to niezbędne, by projektować odpowiednie i skuteczne programy rehabilitacyjne, pomagające powrócić pacjentom do sprawnego funkcjonowania społecznego.

Bibliografia:

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Waszyngton 1994.
2. Aronson E., *Psychologia społeczna – serce i umysł*, Poznań 1997.
3. Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 4, Warszawa 1990.
4. Baron-Cohen S., Wheelwright S., *The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Aspergera Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences*, "J Autism Dev Disord" 2004, 34: 163-175.
5. Beer J., Ochsner K., *Social cognition: A multi level analysis*, "Brain Res." 2006, 1079: 98-105.
6. Bora E. et al., *Evidence for theory of mind deficits in ethylic patients with bipolar disorder*, "Act Psychiatric Scandinavia" 2005, 112: 110-116.
7. Bora E., *Theory of Mind in Schizophrenia Spectrum Disorder*, "Turk J Psych" 2009, 20: 269-281.
8. Burton R., *The Anatomy of Melancholy. What it is: With all the Kinds, Causes, Symptoms and Several Cures of it*, New York 2001.
9. Cierpiałkowska L., *Zaburzenia afektywne*, w: *Psychopatologia*, red. Cierpiałkowska L. Poznań 2007, s. 240-272.
10. Cierpiałkowska L., Zalewska M., *Psychopatologia*, w: *Psychologia*. Podręcznik akademicki, t. II, Strelau J., Doliński D., Gdańsk 2008, s. 545-580.
11. Corcoran R., *Theory of Mind and Schizophrenia*, w: *Social Cognition and Schizophrenia*, red. Corrigan P., Penn D., Waszyngton 2001.
12. Donohoe G. et al., *Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits*. "Bipolar Disord" 2012; 14(7): 743-748.
13. Doody G.A. et al., *Theory of mind and psychoses*. "Psychological Medicine" 1998; 28: 397-405.
14. Dziarnowska W., *Typy identyfikatorów umysłów*, w: *Studia z kognitywistyki i filozofii umysłu 1. Subiektywność a świadomość*, red. Dziarnowska W., Klawiter A. Poznań 2003; 203- 218.
15. Dziarnowska W., *Mózg i jego umysły. Studia z kognitywistyki i filozofii umysłu*. Poznań 2007.
16. Frank E. et al., *Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder*, "Arch Gen Psychiatry" 2005; 62: 996-1004.
17. Freud S., *Trauer and Melancholie*, Frankfurt, 1917.
18. Frith Ch., Frith U., *How we predict what other people are going to do*, "Brain Res". 2006; 1079: 36-46.
19. Frith Ch., Frith U., *Social Cognition in Humans*, "Curr Biol" 2007; 17: 724-732.

20. Gavilán J. M., García-Albea J. E., *Theory of mind and language comprehension in schizophrenia: poor mindreading affects figurative language comprehension beyond intelligence deficits*, "J Neurolinguist" 2011; 24: 54-69.
21. Goodwin F. K., Ghaemi S. N., *An intorduction to and history of affective disorders*, w: *New Oxford textbook of psychiatry*, red. Gelder M., Lopez – Ibor J., Andreasen N., New York 2000; 677-682.
22. Hohenshil T. D., DSM-IV: *What's new in DSM-IV*, "J Couns Dev" 1994; 73: 105-107.
23. ICD. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków – Warszawa 1998.
24. Inoue Y. et al, *Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder*, "J Affect Disord" 2004; 82(3): 403-409.
25. Kendall P., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańsk 2004.
26. Kerr N. et al., *Theory of mind deficits in bipolar affective disorder*, "J Affect Disord." 2003; 73(3): 253-259.
27. Kiejna A., *Epidemiologia zaburzenia dwubiegunowego u osób dorosłych*, w: *Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne*, red. Dudek D., Siwek A., Rybakowski J., Poznań 2012; 11-17.
28. Kraepelin E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studierende und Artzte*. 6 Auflage. Lepizig 1899.
29. Marneros A., Angst J., *Bipolar disorders: roots and evolution*, w: *Bipolar Disorders. 100 Years after Manic Depressive Insanity*, red. Marneros A., Angst J., Dordrecht 2000; 1-35.
30. Montag C. et al, *Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients*, "J Affect Disord" 2010;123(1-3): 264-269.
31. Nasierowski T., *Historia zaburzeń nastroju*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2007; 7: 75-86.
32. Premack D., Woodruff G., *Does the chimpanzee have a theory of mind?* "Beh and Brain Sciences" 1978; 1: 515-526.
33. Rybakowski J., *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Poznań 2009.
34. Schildkraut J. J., *The catecholamine hypothesis of affective disorders: A Review of The supporting evidence*, "Am J Psychiatry" 1965; 122: 509-522.
35. Tager-Flusberg H., Sullivan K., *A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome*, "Cognition" 2000; 76: 59-89.
36. Vieta E., *Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation*, "J Clin Psychiatry" 2005; 1: 24-29.
37. Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, w: *Psychiatria* t. II, red. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wrocław 2002; 321-434.
38. Whytt R., *Observations on the Nature, Causes, and Cure of Those Disorders Which have been Commonly Called Nervous, Hypochondriac, or Histeric to which are Prefixed Some Remarks on Sympathy of the Nerves*, Londyn 1975.
39. Wiener D., *Antycypacja a procesy emocjonalne. Kongitywistyczne ujęcie systemów emocjonalnych*, Poznań 2009.
40. Wiener D. et al., *Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia" 2011; 6: 85-92.
41. Wolf F., Brüne M., Assion H. J., *Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder*, "Bipolar Disord" 2010; 12(6): 657-666.

Historia badań genetycznych nad stożkiem rogówki (keratoconus)

History of genetic research on keratoconus

Karolina Kulińska[1]

Poznań

Streszczenie: Stożek rogówki (Keratoconus, KC) – obustronna niezapalna choroba oczu charakteryzująca się ścieńczeniem, zniekształceniem i uwypukleniem przedniej części rogówki, co prowadzi do pogorszenia ostrości widzenia, astygmatyzmu, w najcięższych przypadkach – do utraty wzroku. KC to choroba o złożonej etiologii, z silnym udziałem czynników genetycznych. Badania mające na celu scharakteryzowanie podłoża genetycznego stożka rogówki trwają już ponad 100 lat. Jak do tej pory naukowcom nie udało się zidentyfikować markerów genetycznych choroby – przydatnych we wczesnej diagnostyce i leczeniu. Niniejsza praca ukazuje historyczny aspekt badań genetycznych nad stożkiem rogówki.

Summary: Keratoconus (KC) is a bilateral non-inflammatory eye disease characterized by thinning, distortion and protrusion of anterior cornea that leads to deterioration of visual acuity, astigmatism, and in the most extreme cases – loss of vision. KC is a complex condition with strong evidence of genetic factors associated with the disease. Genetic aetiology of keratoconus has been investigated for more than 100 years. So far, scientists have failed to identify genetic markers of keratoconus – useful in the early diagnosis and treatment. This article focuses on the history of genetic research on keratoconus.

Słowa kluczowe: historia okulistyki, genetyka, markery genetyczne, stożek rogówki

Key words: history of ophtalmology, genetics, genetic markers, keratoconus

Wprowadzenie

Choroby oczu mają często złożoną etiologię ze znaczącym udziałem czynników genetycznych [Bechara 1996]. Znalezienie markerów genetycznych oraz określenie modelu dziedziczenia ma kluczowe znaczenie dla wczesnej diagnostyki i doboru

[1] Zakład Anestezjologii Doświadczalnej, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

optymalnego leczenia [Bechara 1996]. Stożek rogówki (keratoconus, KC, OMIM 14830) jest chorobą stosunkowo rzadką, jednak jego leczenie jest długotrwałe i często kończy się operacyjnie. Przyczyny zachorowania na KC obejmują czynniki genetyczne oraz wpływ środowiska. Zainteresowanie genetycznym podłożem choroby rozpoczęło się około sto lat temu. Wraz z rozwojem technik biologii molekularnej oraz uzyskaniem w 2003 r. informacji na temat sekwencji ludzkiego genomu stało się możliwe szczegółowe określenie genotypu mogącego predysponować do zachorowania na KC. Niniejsza praca ukazuje historyczny aspekt badań nad dziedzicznością stożka rogówki oraz próbuje wskazać najnowsze techniki biologii molekularnej, zastosowane w celu identyfikacji genetycznego podłoża choroby.

Opis choroby i etiologia

Stożek rogówki (keratoconus, z gr. *kerato* – rogówka, *conus* – stożek) jest niezapalną chorobą rogówki charakteryzującą się obustronnym, asymetrycznym uwypukleniem i pogrubieniem przedniej części rogówki przy jednoczesnym ścieńczeniu jej brzegów [Bisceglia 2009, Burdon 2013]. Efektem tych zmian jest pogorszenie ostrości widzenia, astygmatyzm, w najcięższych przypadkach – utrata wzroku [Brancati 2004, Burdon 2008]. Choroba ma progresywny charakter, jest jedną z najczęstszych dystrofii rogówki oraz najczęstszą przyczyną transplantacji rogówki [Burdon 2013, Czugala 2012, Dash 2010]. W równym stopniu dotyka kobiety i mężczyzn [Brancati 2004]. Ilość odnotowanych przypadków zachorowań w ciągu roku waha się pomiędzy 1,3-25 na 100,000 w zależności od pochodzenia etnicznego [Brancati 2004, Burdon 2008]. Stożek rogówki występuje częściej u Azjatów niż u reprezentantów rasy kaukaskiej [Brancati 2004]. Choroba ta często współistnieje z innymi chorobami i z zespołami genetycznymi: z zespołem Downa, Turnera, Bardeta-Biedla, Ehlersa-Danlosa, zespołem paznokieć-rzepka, nerwiakowłókniakowatością, *Xeroderma Pigmentosa*, wrodzoną ślepotą Lebera, retinopatią barwnikową, kolagenozą [Falls, Allen 1969].

Stożek rogówki jest chorobą wieloczynnikową, o złożonej etiologii. Do zachorowania na keratoconus predysponują zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe: noszenie gazoszczelnych soczewek kontaktowych, nawykowe tarcie oczu, alergie [Brancati 2004]. Przypadki rodzinnego keratoconus stanowią 6-8% zachorowań [Brancati 2004]. W większości przypadków rodzinnego stożka rogówki obowiązuje autosomalny dominujący model dziedziczenia z ograniczoną penetracją [Fullerton 2000].

Za podłożem genetycznym rozwoju stożka rogówki przemawiają następujące czynniki: współistnienie z zespołami genetycznymi, wysoka zgodność fenotypu wśród bliźniąt monozygotycznych w porównaniu z bliźniętami dwuzygotycznymi oraz występowanie rodzinnych przypadków choroby [Brancati 2004, Burdon 2008]. Pomimo dowodów na istnienie genetycznych przyczyn stożka rogówki, jak do tej pory nie udało się znaleźć markerów genetycznych, przydatnych w diagnostyce i leczeniu tego schorzenia [Brancati 2004].

Historia badań nad stożkiem rogówki. Poszukiwanie genetycznego podłoża choroby

Stożek rogówki został po raz pierwszy opisany i scharakteryzowany jako odrębna jednostka chorobowa w r. 1854 przez brytyjskiego lekarza Johna Nottinghama [Gajecka 2009]. Jednakże już 150 lat wcześniej, w 1736 r., angielski lekarz, chirurg i pionier okulistyki – Benedykt Dudell, w załączniku do jednej ze swoich naukowych rozpraw opisał przypadek 14-letniego chłopca z „uwydatnioną rogówką w obu oczach, przypominającą wyraźnie widoczny tępy stożek" [Gajecka 2009]. 30 lat później kolejny brytyjski okulista, chirurg John Taylor (1703-1772), na podstawie własnych obserwacji dokonał pierwszej precyzyjnej charakterystyki stożka rogówki, który nazwał „ochlodes". Określił keratoconus jako chorobę, w której „rogówka choć utrzymuje swoją przejrzystość, ulega uwypukleniu w postać stożka ze ściętym, tępym wierzchołkiem, którego podstawa obejmuje cały obwód rogówki" [Gajecka 2009]. W 1801 r. Scarpa opisał przypadek 36-letniej kobiety, u której występowało pogorszenie widzenia, natomiast rogówka, choć zachowywała swoją przejrzystość, miała postać stożka, którego „czubek z taką siłą odbijał przypadkowe światło, że wyglądał jak świecący punkt" [Gajecka 2009]. W 1817 r. opisano po raz pierwszy zakończone sukcesem dwa przypadki chirurgicznego usunięcia stożka rogówki [Gajecka 2009]. W 1830 r. MacKenzie jako przyczynę zachorowania na keratoconus podał: „zaburzenia w prawidłowym funkcjonowaniu naczyń krwionośnych odżywiających samą rogówkę"[Gajecka 2009].

Historia badań nad dziedzicznością stożka sięga lat dwudziestych ubiegłego wieku. Pierwsze obserwacje dotyczące genetycznego podłoża choroby dotyczyły rodzinnego stożka rogówki [Gasset, Houde 1977, Gasset, Hinson Grias 1978]. Na początku XX w. Stihli, Hoeve, Woltz opisali przypadki keratoconus w 2-3 pokoleniach jednej rodziny. W opinii Woltz stożek rogówki rozwijał się wskutek występowania rodzinnych predyspozycji. [Gasset, Houde 1977]. W 1925 r. Clausen jako przyczynę genetycznego keratoconus wskazał czynnik recesywny lub kilka czynników występujących na różnych chromosomach [Gasset, Hinson, Grias 1978]. Zachęcano do wstrzymywania się od reprodukcji te osoby, u których podejrzewano postać genetyczną stożka (choroba pojawiła się w wywiadzie rodzinnym) [Gasset, Hinson, Grias 1978].

W celu wyjaśnienia mechanizmu dziedziczności KC, w 1977 r. Gasset podjął próbę znalezienia korelacji pomiędzy jednogenowym, mendlowskim dziedziczeniem gorzkiego smaku wywołanego przez fenylotiomocznik (PTC), a stożkiem rogówki. W grupie 50 chorych na KC, którym podano PTC nie znaleziono różnic w odczuwaniu smaku gorzkiego w porównaniu z populacją zdrowych ochotników [Grzybowski, McGhee 2013]. Rok później, Gasset i inni zbadali grupy krwi u 69 chorych, jednak nie znaleziono przewagi żadnej z grup krwi w porównaniu z 1465 zdrowymi ochotnikami [Guan 2012]. W tym samym czasie Hallermann, Wilson przeanalizowali 304 kliniczne przypadki KC. U osób, u których choroba mogła mieć charakter dziedziczny (stożek pojawił się w wywiadzie rodzinnym w kilku pokoleniach wstecz) zaobserwowano współistnienie KC z syndromami genetycznymi oraz występowanie różnych odmian choroby: od łagodnych po ekstremalne [Hallermann, Wilson 1977]. Postawiono

hipotezę o wieloczynnikowym modelu dziedziczenia KC [Hallermann, Wilson 1977]. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku przeprowadzono badania bliźniąt monozygotycznych (MZ), u których występował keratoconus [Heon 2002].

Kohortowe badania porównawcze bliźniąt monozygotycznych oraz dwuzygotycznych dają możliwość oceny udziału czynników genetycznych oraz środowiskowych w rozwoju choroby.

W badaniach nad keratoconus wykazano niższy poziom zgodności fenotypu zmienionego u bliźniąt dwuzygotycznych w porównaniu z monozygotycznym.[Brancati 2004, Burdon 2008, Hughes 2003]. Ponadto u bliźniąt monozygotycznych choroba rozpoczynała się wcześniej i miała cięższy przebieg [Burdon 2008]. Badania nad bliźniętami potwierdziły silny udział czynnika genetycznego w rozwoju stożka rogówki.

Rodzinna postać stożka rogówki w 90% jest dziedziczona w modelu autosomalnym dominującym ze zredukowaną penetracją [Brancati 2004, Hutchings 2005, Ihalainen 1986, Jeyabalan 2013]. W r. 2000 Wang i Rabinowitz przeprowadzili analizę segregacyjną u 95 rodzin, w których stwierdzono występowanie keratoconus. Okazało się, że czynnik genetyczny odgrywał główną rolę w rozwoju KC. Zaproponowali autosomalny recesywny model dziedziczenia [Karolak, Kulińska, Nowak 2011].

W latach dziewięćdziesiątych oraz na początku XXI w. rozpoczęto poszukiwania genu – markera odpowiedzialnego za rozwój choroby [Dash 2010]. Z zastosowaniem metod genotypowania oraz analizy sprzężeń naukowcy zlokalizowali sześć *loci* na różnych chromosomach, które miały związek z chorobą [Dash 2010]: 16q22.3-q23.1 (KTCN2; MIM 608932), 3p14-q13 (KTCN3; MIM 608586), 2p24 (KTCN4; MIM 609271), 5q14.3-q21.1, 15q23-q24 oraz 20q12 [Fullerton 2000, Kulińska 2009, Lin 2012, Macklin 1927, Nielsen 2003, Nowak 2011, Rabinowitz 1992, Stabuc-Silih 2010]. W 2008 r. polscy naukowcy (Gajęcka i in.) z Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu scharakteryzowali nowe *locus* – 13q32 – sprzężone z KC w populacji rodzin z Ekwadoru [Tang 2005]. W obrębie każdego *locus* (o długości czasem kilku milionów par zasad) poszukiwano zmian w sekwencji pojedynczych genów. W tym celu, z zastosowaniem standardowej metody sekwencjonowania DNA Sangera, u osób chorych na KC oraz zdrowych członków ich rodzin określano sekwencję genów mogących warunkować rozwój choroby [Dash 2010]. Następnie próbowano określić częstość zmian sekwencji DNA u chorych w porównaniu ze zdrowymi członkami ich rodzin. Tylko zmiana sekwencji DNA występująca u osób chorych, natomiast nieobecna u zdrowych członków rodziny mogła być uznana za zmianę wywołującą chorobę. W 2002 roku wskazano na gen VSX1 (Visual system homeobox gene 1) zlokalizowany w *locus* 20q12, mogący być przyczyną KC [Török, Redway 1927]. Jednak badania prowadzone w innych ośrodkach na chorych z różnych grup etnicznych nie potwierdziły tych doniesień [Tuft 2012, Tyynismaa, Sistonen, Tuupanen 2002]. Z kolei w 2008 r. wskazywano na gen SOD1 (Superoxide Dismutase 1) jako kandydata w etiologii KC [Udar, Atilano, Brown 2006]. Podobnie jak w przypadku VSX1 – badania na większej grupie chorych nie potwierdziły związku SOD1 (21q22.11) z rozwojem stożka rogówki [Tang 2005]. Kolejne geny – kandydaci, w których zidentyfikowano polimorfizmy zmieniające sekwencję białka lub mutacje genetyczne segregujące z fenotypem zmienionym choro-

bowo to: DOCK 9 (locus 13q32) oraz TGFβ [Vazarini, Basu 2013, Verma, Das, Srinivasan 2013]. Jednak udział jak i rola w/w genów w etiologii stożka jest niepoznana i wymaga dalszych wyjaśnień.

W 2003 r. dzięki zastosowaniu techniki mikromacierzy (Gene-Chip) firmy Affymetrix, możliwe stało się porównanie profilu ekspresji 5600 genów w rogówce zdrowej i chorobowo zmienionej. U 11 osób z keratoconus 47 genów ulegało zwiększonej ekspresji, zaś 9 wykazywało ekspresję obniżoną w porównaniu ze zdrową tkanką. Wyniki badań mikromacierzy zwalidowano przy użyciu metody Real – Time PCR; w przypadku niektórych genów obserwowano również wzrost produkcji białka (keratyna 6 i 13, met. immunohistochemiczna) [Wang 2000].

Poszukiwania pojedynczego genu-markera stożka rogówki nie przyniosły zamierzonego rezultatu. W żadnym z genów kandydatów nie znaleziono mutacji mogących być bezpośrednią przyczyną zachorowania na KC [Dash 2010, 37]. W 2009 r. po raz kolejny postawiono hipotezę o wielogenowym dziedziczeniu stożka rogówki. Z powodu braku danych na temat mutacji mogących być przyczyną choroby zaproponowano inny mechanizm dziedziczenia KC. Prawdopodobnie, fenotyp zmieniony rozwija się na skutek nagromadzenia polimorfizmów pojedynczego nukleotydu (SNP) lub dłuższych odcinków DNA w genach w obrębie *loci* sprzężonych z chorobą [Dash 2010]. Trudności w znalezieniu markerów genetycznych choroby wiążą się również z faktem silnego wpływu czynników środowiskowych na rozwój choroby [Dash 2010]. Jak wspomniano, keratoconus to choroba o złożonej etiologii, w której oprócz czynników genetycznych bardzo duże znaczenie mają czynniki środowiskowe. Pomimo ujawnienia mutacji w niektórych genach, nie udało się potwierdzić związku z keratoconus na większej grupie chorych, co wskazuje na genetyczną niejednorodność stożka [Bechara 1996, Brancati 2004]. Różne mutacje w obrębie jednego *locus* mogą powodować rozwój choroby, jak również różne zmiany w obrębie wielu *loci* mogą dawać fenotyp zmieniony [Brancati 2004]. Model dziedziczenia autosomalny dominujący ze zredukowaną penetracją zakłada występowanie genotypu zmienionego, przy jednoczesnym braku rozwoju fenotypu zmienionego [Brancati 2004]. Efekt ten jest spowodowany oddziaływaniem dodatkowych czynników środowiskowych lub genetycznych [Brancati 2004]. Zdarza się, że rozwój choroby następuje wyłącznie w wyniku oddziaływania czynników środowiskowych, a osoba chora nie ma żadnych predyspozycji genetycznych [Brancati 2004]. Na podstawie aktualnie dostępnych danych sugeruje się, że keratoconus jest chorobą wywoływaną przez zmiany w wielu różnych regionach chromosomów, przy jednoczesnym współudziale czynników środowiskowych.

W latach 2010-2013 , dzięki rozwojowi technik: Genome-Wide Association Study (GWAS) oraz Next Generation Sequencing (NGS) możliwe stało się poszukiwanie polimorfizmów oraz mutacji w całym genomie (whole genome sequencing) osób chorych na keratoconus, bez wskazywania na konkretne *loci* chromosomowe sprzężone z KC. Znalezienie asocjacji pomiędzy zmianą w sekwencji DNA, a fenotypem chorobowym daje możliwość profilaktyki, wczesnej diagnozy oraz doboru właściwego leczenia. Kolejnym krokiem są badania funkcjonalne w tym: sekwencjonowanie egzomu (wyłącznie fragmentów kodujących genów) oraz transkryptomu rogówki osób chorych. Dzięki badaniom funkcjonalnym możliwe jest poznanie mechanizmu

rozwoju choroby, poznanie białek uczestniczących w patogenezie keratoconus, a także oznaczenie komórkowych szlaków sygnalizacyjnych kluczowych dla progresji KC.

Podsumowanie

Jak do tej pory znalezienie przyczyn genetycznych rozwoju stożka rogówki, pomimo zastosowania najnowocześniejszych technik sekwencjonowania genomu, nie przyniosło zamierzonych efektów. Stożek rogówki jest chorobą złożoną, o wieloczynnikowej etiologii i wielogenowym, niemendlowskim modelu dziedziczenia. Nie udaje się znaleźć jednego, uniwersalnego markera genetycznego keratoconus przydatnego w diagnostyce choroby. Współczesna medycyna, idąca w kierunku spersonalizowanego leczenia, zakłada indywidualistyczne podejście do chorego. Dzięki najnowszym technikom sekwencjonowania genomu, możliwe jest określenie genotypu u każdego chorego – przydatne w diagnostyce oraz podjęciu najoptymalniejszego leczenia. Nieodzowne wydaje się, obok badań genetycznych, włączenie badań funkcjonalnych bazujących na najnowszych osiągnięciach transkryptomiki i proteomiki w celu lepszego poznania molekularnych mechanizmów choroby. Dzięki kompleksowemu podejściu, w przyszłości będzie możliwa wczesna diagnostyka oraz niechirurgiczne leczenie stożka rogówki.

Bibliografia:

1. Bechara S. J. et al., *Keratoconus in two pairs of identical twins*, "Cornea" 1996; 15(1): 90-93.
2. Bisceglia L. et al., *Linkage analysis in keratoconus: replication of locus 5q21.2 and identification of other suggestive loci*, "Invest Ophthalmol Vis Sci" 2009; 50: 1081-1086.
3. Burdon K. P., Vincent A. L., *Insights into keratoconus from a genetic perspective*, "Clin Exp Optom" 2013; 96: 146-154.
4. Brancati F., Valente E. M., Sarkozy A., et al., *A locus for autosomal dominant keratoconus maps to human chromosome 3p14 – q13*, "J Med Genet" 2004; 41: 188-192.
5. Burdon K. P. et al., *Apparent autosomal dominant keratoconus in a large Australian pedigree accounted for by digenic inheritance of two novel loci*, "Hum Genet" 2008; 124: 379-386.
6. Czugala M. et al., *Novel mutation and three other sequence variants segregating with phenotype at keratoconus 13q32 susceptibility locus*, "Europ J Hum Genet" 2012; 20: 389-397.
7. Dash D. P. et al., *Mutational screening of VSX1 in keratoconus patients from the European population*, "Eye" (Lond) 2010; 24(6): 1085-1092.
8. Falls A. F., Allen A. W., *Dominantly inherited keratoconus*, "J Genet Hum" 1969; 17(3): 317-324.
9. Fullerton J. et al., *Identity-bydescent approach to gene localisation in eight individuals affected by keratoconus from north-west Tasmania*, Australia, "Hum Genet" 2000; 110: 462-470.
10. Gajecka M. et al., *Localization of a gene for keratoconus to a 5.6-Mb interval on 13q32*, "Invest Ophthalmol Vis Sci" 2009; 50: 1531-1539.
11. Gasset A. R., Houde W. L., *Pharmacogenetics in keratoconus*, "Ann Ophthalmol" 1977; 9 (1): 57-58.
12. Gasset A. R., Hinson W. A., Grias J. L., *Genetics in keratoconus A, B, O blood groups*, "Ann Ophthalmol" 1978; 10 (5): 601-602.

13. Grzybowski A., McGhee C. N., *The early history of keratoconus prior to Nottingham's landmark 1854 treatise on conical cornea: a review*, "Clin Exp Opt" 2013; 96(2): 140-145.
14. Guan T. et al., *The point mutation and polymorphism in keratoconus candidate gene TGFB I in Chinese population*, "Gene" 2012; 1: 137-139.
15. Hallermann W., Wilson E. J., *Genetic aspects of keratoconus*, "Klin Monbl Augenheilkd" 1977; 170 (6): 906-908.
16. Heon E. et al., *VSX1: a gene for posterior polymorphous dystrophy andkeratoconus*, "Hum Mol Genet" 2002; 11: 1029-1036.
17. Hughes A. E. et al., *Familial keratoconus with cataract: linkage to the long arm of chromosome 15 and exclusion of candidate genes*, "Invest Ophthalmol Vis Sci" 2003; 44: 5063-5066.
18. Hutchings H. et al., I*dentification of a new locus for isolated familial keratoconus at 2p24*, "J Med Genet" 2005; 42: 88-94.
19. Ihalainen A., *Clinical and epidemiological features of keratoconus genetic and external factors in the pathogenesis of the disease*, "Acta Ophthalmol Suppl" 1986; 178: 1-64.
20. Jeyabalan N. et al., *Genetic and genomic perspective to understand the molecular pathogenesis of keratoconus*, "Indian J Ophthalmol" 2013; 61 (8): 384-388.
21. Karolak J. A., Kulinska K., Nowak D. M. et al., *Sequence variants in COL4A1 and COL4A2 genes in Ecuadorian families with keratoconus*, "Mol Vis" 2011; 17: 827-843.
22. Kulińska K. et al., *W poszukiwaniu genu warunkującego stożek rogówki*, „Okulistyka" 2009; 2: 57-60.
23. Lin X. et al., *A genome-wide association study identifies a potential novel gene locus for keratoconus, one of the commonest causes for corneal transplantation in developed countries*, "Hum Mol Genet" 2012; 21(2): 421-429.
24. Macklin M. T., *Hereditary abnormalities of the eye. IV. Inheritable diseases affecting the conjunctiva*, "Can Med Assoc J" 1927; 17(6): 697-702.
25. Nielsen K. et al., *Identification of differentially expressed genes in keratoconus epithelium analyzed on microarrays*, "Invest Ophthalmol Vis Sci" 2003; 44(6): 2466-76.
26. Nowak D., Gajęcka M., *The genetics of keratoconus*, "Middle East Afr J Ophthalmol" 2011; 18(1): 2-6.
27. Rabinowitz Y.S. et al., *Molecular genetic analysis in autosomal dominant keratoconus*, "Cornea" 1992; 11(4): 302-308.
28. Stabuc-Silih M. et al., *Genetics and clinical characteristics of keratoconus*, "Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat" 2010; 19(2): 3-10.
29. Tang Y. G. et al., *Genomewide linkage scan in a multigeneration Caucasian pedigree identifies a novel locus for keratoconus on chromosome 5q14.3-q21.1*, "Genet Med" 2005; 7: 397-405.
30. Török E., Redway D., *A preliminary Report of Three Cases of Keratoconus*, "Trans Am Ophthalmol Soc" 1927; 25: 123-142.
31. Tuft S. et al., *Keratoconus in 18 pairs of twins*, "Acta Ophthalmol" 2012; 90: 482-486.
32. Tyynismaa H., Sistonen P., Tuupanen S., *A locus for autosomal dominant keratoconus: linkage to 16q22.3--q23.1 in Finnish families*, "Invest Ophthalmol Vis Sci". 2002; 43(10): 3160-3164.
33. Udar N., Atilano S. R., Brown D. J. et al., *SOD1: a candidate gene for keratoconus*, "Invest Ophthalmol Vis Sci" 2006; 47: 3345-3351.
34. Vazirani J., Basu S., *Keratoconus: current perspectives*, "Clin Ophthalmol" 2013; 7: 2019-2030.
35. Verma A., Das M., Srinivasan M., *Investigation of VSX1 sequence variants in South Indian patients with sporadic cases of keratoconus*, "BMC Res Notes" 2013; 6: 103.
36. Wang Y. et al., *Genetic epidemiological study of keratoconus: evidence for major gene determination*, "Am J Med Genet" 2000; 93(5): 403-409.
37. Wheeler J. et al., *The Genetics of Keratoconus: A Review*, "Reprod Syst Sex Disord" 2012; Suppl 6: 1-19.

ŹRÓDŁA I MATERIAŁY

Acta Medicorum Polonorum – R. 4/2014

Józef Apolinary Rolle (1830-1894) – między psychiatrią a humanistyką

Józef Apolinary Rolle (1830-1894) – between psychiatry and history

Anita Magowska[1], Kacper Nijakowski[2], Zuzanna Kozłowska[2], Zuzanna Lewandowska[2], Zofia Orzechowska[2], Agnieszka Wysocka[2]

Poznań

Streszczenie: Artykuł przedstawia życie i dorobek naukowy zapomnianego polskiego psychiatry, Józefa Apolinarego Rolle (1830-1894). Był on jednym z pierwszych polskich lekarzy, którzy specjalizowali się w psychiatrii w Niemczech i we Francji. Przez większość życia kierował zakładem dla chorych umysłowo w Kamieńcu Podolskim. Zmodernizował opiekę nad chorymi, m.in. wprowadzając terapię zajęciową. Poza pracami naukowymi z zakresu psychiatrii Rolle publikował artykuły historyczne oparte na dokumentach pochodzących z archiwów domowych i kolekcji rodzinnych. Jego prace historyczne cieszyły się popularnością i zainspirowały Henryka Sienkiewicza do napisania „Trylogii". Materiałem do niniejszego studium były artykuły Józefa Rolle i skierowane do niego listy z lat 1868-1896, przechowywane w Bibliotece Jagiellońskiej w Krakowie.

Abstract: The article presents a forgotten Polish psychiatrist Józef Apolinary Rolle (1830-1894), his life and achievements. He was one of the first Polish physicians trained in psychiatry in Germany and France. Almost all life he run the ward for mentally ill patients in the town of Kamieniec Podolski, then in Russian Poland. He modernized therapy of mental disease and introduce occupational therapy. Despite works on psychiatry, he published historical articles based on documents taken from some private archives and family collections, missed at the present time. His historical works were popular and inspired Henryk Sienkiewicz to write "Trilogy". This study is based on articles by Rolle and the collection of letters sent to him in 1868-1896 and kept in the Jagiellonian Library in Cracow.

Słowa kluczowe: historia psychiatrii, Józef Rolle, kultura polska w dziewiętnastym wieku, historia nauki

Key words: history of psychiatry, Józef Rolle, Polish culture in the nineteenth century, history of science

Krótka biografia Józefa Rolle

W klasycznej monografii dziejów psychiatrii polskiej, napisanej pół wieku temu przez Tadeusza Bilikiewicza i Jana Gallusa[3], brakuje jakiejkolwiek wzmianki o Józefie

---

[1] Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

[2] Studenckie Koło Naukowe Historii i Filozofii Medycyny przy Katedrze i Zakładzie Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

[3] Tadeusz Bilikiewicz, Jan Gallus, *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962, s. 128.

Apolinarym Rolle (1828-1894), chociaż przez wiele lat prowadził on rządowy szpital dla obłąkanych w Kamieńcu Podolskim[4]. Bilikiewicz i Gallus powoływali się w swej pracy na artykuł Adolfa Rothe (1832-1903)[5], według którego pierwszy w zaborze rosyjskim szpital psychiatryczny powstał dopiero w 1893 r. w Tworkach. Informacja Rothe jest dziwna, bo w latach 1862-1867 pracował on w Kamieńcu Podolskim i znał Rolle, a nawet prawdopodobnie uczył się od niego podstaw psychiatrii. Nasuwa się więc pytanie, czy Rolle zaistniał w jakikolwiek sposób w dziejach polskiej psychiatrii?

Józef Apolinary Rolle (w literaturze znany jako Józef Antoni Rolle lub Dr Antoni J., bo tak się zwykle podpisywał) był uczonym typowym dla ziem polskich okresu zaborów, który utrzymywał się z posady rządowej, a w wolnym czasie zajmował się zbieractwem różnych zabytkowych przedmiotów i odwiedzał archiwa oraz biblioteki. W oparciu o tak uzyskane noty przygotowywał artykuły historyczne, które skromnie nazywał „gawędami" i „powiastkami", świadomy ich braków metodologicznych. Jego dziad był francuskim instruktorem wojskowym, który osiedlił się w Polsce. Józef początkowo uczył się w domu, a potem w gimnazjach w Winnicy, Niemirowie (tam w 1848 r. napisał na tablicy „Vive la liberté!", za co został wychłostany, a następnie wydalony), Białej Cerkwi i Kijowie, gdzie zdał maturę. W 1850 r. rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie w Kijowie, przez Polaków uważanym za sukcesora tradycji Uniwersytetu Wileńskiego. Z chorymi psychicznie zetknął się po raz pierwszy na trzecim roku studiów, kiedy za niedopięty mundur i brak czapki podczas majówki został skazany, wraz z grupą kolegów, na rok praktyki cyrulickiej w szpitalu psychiatrycznym[6]. Chociaż w kijowskim przytułku dla chorych psychicznie przepracował tylko trzy miesiące, doświadczenie to ukształtowało jego dalsze losy zawodowe. Było tam 150 pacjentów płci obojga, głównie szaleńców uważanych przez otoczenie za niebezpiecznych. Służbę przy nich pełnili cyrulicy, którzy mieli prawo uspokajania chorych za pomocą chłosty, izolacji, kaftana bezpieczeństwa i kajdanek. Przy takich interwencjach niekiedy dochodziło do połamania pacjentom żeber. Śmiertelność wynosiła 50%[7].

W 1855 r. Józef Rolle otrzymał dyplom lekarza eximia cum laude, po czym objął posadę lekarza domowego marszałka gubernialnego Jana Sulatyckiego w Jaryszowie. Pragnąc specjalizować się w psychiatrii, trzy lata później wyjechał na praktykę do zakładu psychiatrycznego w Sonnenstein koło Drezna, gdzie dokonał szeregu ciekawych obserwacji. I tak, jeden z pacjentów okazał się polskim szlachcicem z Litwy, którego rodzina umieściła tutaj w 1811 r., nie ujawniając jego nazwiska, ale przez lata pokrywając koszty pobytu. Pacjent nie odpowiadał na zadawane po polsku pytania, ale „dość było podszepnąć mu pierwszy wyraz pacierza, aby go natychmiast wyrecytował od początku do końca, z wymową nam właściwą"[8]. Poza tabliczką mnożenia nic więcej w języku polskim nie można było od niego wyciągnąć[9]. Potem Rolle

---

[4] Józef Rolle, *O dziedziczności obłąkania*, „Przegląd Lekarski" 1888, s. 608.

[5] Adolf Rothe, *Rys dziejów psychiatrii w Polsce*, Warszawa 1893.

[6] Stefan Kieniewicz, *Rolle Józef Apolinary*, w: *PSB*, t. 31, Wrocław 1988-1989, s. 564-567.

[7] Józef Rolle, *O dziedziczności obłąkania*, „Przegląd Lekarski" 1888, s. 594-595.

[8] J. Rolle, *O dziedziczności obłąkania…*, s. 595.

[9] *Ibidem*.

udał się do Paryża, gdzie zwiedzał kliniki i wysłuchiwał wykładów z psychiatrii oraz dermatologii, a w styczniu 1861 r. zamieszkał w Kamieńcu Podolskim i objął posadę lekarza w szpitalu dla obłąkanych guberni podolskiej[10]. Tam zmodernizował opiekę nad powierzonymi mu chorymi na wzór francuski, m.in. rezygnując z ich krępowania i polewania zimną wodą oraz wprowadzając terapię zajęciową[11].

Wkrótce wraz z kolegą z lat studiów w Kijowie, Adrianem Baranieckim (1828-1891) i kamienieckim lekarzem gimnazjalnym Aleksandrem Kremerem (1813-1880) założył Towarzystwo Lekarzy Podolskich, które wydawało czasopismo „Rozmaitości Lekarskie" (ukazujące się w Petersburgu, bo tam łatwiej było uzyskać zezwolenie cenzury rosyjskiej) i utworzyło Muzeum Botaniczne i Mineralogiczne[12]. Przyczynił się także do powstania Towarzystwa Dobroczynności i lecznicy dla ubogich w Kamieńcu Podolskim. Ponadto w miejscowym prawosławnym Seminarium Duchownym wykładał po rosyjsku higienę. Był cenionym lekarzem, który prowadził szeroką praktykę prywatną, przyciągającą nie tylko miejską biedotę, ale i zamożnych pacjentów różnych wyznań oraz grup narodowościowych, która w rezultacie przynosiła mu znaczące dochody. Wraz z żoną, Idalią z Zaszczyńskich, pięcioma synami i dwiema córkami zamieszkiwał w dworku, w którym zgromadził duży księgozbiór, złożony z kilkunastu tysięcy tomów, pozwalający na systematyczne opracowywanie historii Podola i Kresów Wschodnich[13].

Począwszy od 1856 r. opublikował wiele prac w czasopismach wydawanych w Kamieńcu Podolskim, Kijowie, Krakowie, Lwowie, Moskwie, Petersburgu, Warszawie i innych miastach. Był współpracownikiem m.in.: „Biblioteki Warszawskiej", „Biesiady Literackiej", „Czasu", „Iz Medicinskogo Westnika", „Kłosów", „Kraju", „Kwartalnika Historycznego", „Niwy", „Przeglądu Lekarskiego", „Przeglądu Polskiego", „Świata" i „Wieku". Dotychczas rozpoznane 75 publikacji Józefa Rolle to zaledwie część dorobku, ponieważ publikował także w regionalnych periodykach polskich i w języku rosyjskim[14]. Powszechnie szanowany za olbrzymią wiedzę, dorobek naukowy w zakresie medycyny i historii oraz bezinteresowną aktywność społeczną, Józef Rolle został uhonorowany członkostwem Komisji Historycznej Akademii Umiejętności, Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Towarzystwa Historyczno-Literackiego w Paryżu i kilku towarzystw lekarskich. Ponadto obdarzono go członkostwem honorowym Towarzystwa Lekarzy Podolskich i Komitetu Statystycznego Podolskiego[15].

---

[10] Wg S. Kieniewicza (por.: przypis 3), że Józef A. Rolle pracował na oddziale chorych umysłowo szpitala miejskiego, jednak on sam napisał w artykule *O dziedziczności obłąkania* zamieszczonym w 1888 r. na łamach „Przeglądu Lekarskiego", że był to „rządowy szpital dla obłąkanych, rodzaj infirmerii".

[11] S. Kieniewicz, *Rolle Józef…*

[12] Jerzy Michalski, *Warunki rozwoju nauki polskiej*, [w:] *Historia nauki polskiej*, t. III: 1795-1862, Wrocław 1977, s. 232. – Po powstaniu styczniowym, w którym brali żywy udział, Baraniecki i Kremer przenieśli się do Krakowa, gdzie rozwinęli szeroką działalność lekarską i społeczną.

[13] S. Kieniewicz, *Rolle Józef…*

[14] Stanisław Konopka, *Polska bibliografia lekarska dziewiętnastego wieku (1801-1900)*, t. IX, Warszawa 1980, s. 102-108.

[15] S. Kieniewicz, *Rolle Józef…*

Pionierskie prace psychiatryczne Józefa Rolle

Jedna z pierwszych prac Józefa Rolle została ogłoszona w 1857 r. w warszawskim „Tygodniku Lekarskim". Przedstawiała objawy i leczenie pasożytniczej choroby skóry, parcha, a opierała się na wydanym cztery lata wcześniej w Paryżu podręczniku „Récherches sur la nature et le traitement des teignes" i własnych spostrzeżeniach z praktyki w Jaryszewie[16]. Kilka jego innych poglądowych artykułów zostało poświęconych zastosowaniu jodu w leczeniu: wymiotów ciężarnych, syfilisu, gruźlicy, żylaków, raka, biegunek, choroby Brighta, gośćca, dny moczanowej, zakażeń, odleżyn i wielu innych dolegliwości. Zdaniem Rolle, lekarze angielscy, niemieccy, włoscy i francuscy nadużywali jodu jako panaceum[17]. Z kolei artykuły o objawach i leczeniu rzeżączki (w tym za pomocą szczepionki), były oparte na wykładach von Hübbeneta przeznaczonych dla studentów medycyny w Kijowie oraz na piśmiennictwie francuskim[18]. Inne ciekawe artykuły miały postać listów nadsyłanych z Paryża. Dzielił się w nich wrażeniami z paryskich szpitali, w tym ze słynnego Hôtel Dieu, który krytykował za nadużywanie emetyku i upustów krwi[19].

W dorobku Józefa Rolle w zakresie psychiatrii najważniejszą pozycją było dzieło „Choroby umysłowe. Notatki z podróży odbytej w 1858 roku", wydane w dwóch częściach w Petersburgu w latach 1863 i 1864. Przedstawił tu początki psychiatrii europejskiej, geografię chorób umysłowych (np. północnoamerykańscy Indianie chorób psychicznych w ogóle nie znali), a także ich klasyfikację i metody terapii[20]. Rolle podkreślał, że główne nurty psychiatrii wyznaczyli lekarze francuscy, niemieccy i angielscy, co potwierdzał fakt założenia niemal w tym samym czasie pierwszych czasopism psychiatrycznych we Francji (1843 r.: „Annales medico-psychologiques: Journal de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du systême nerveux" pod redakcją Julesa Baillarger'a), w Niemczech (1844 r.: „Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin" pod redakcją Heinricha Damerowa, Carla Flemminga i Christiana Rollera) i Anglii (1845 r.: „The Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology")[21]. Nurt francuski kształtowały poglądy ucznia Pinela, Guillame Ferrus'a (1781-1861), długoletniego lekarza podparyskiego szpitala Bicêtre, który jako zwolennik „leczenia moralnego" oddzielił chorych od więźniów kryminalnych, osobiście wypytywał chorych i potem analizował ich przypadki, a także wprowadził terapię zajęciową w warsztatach i ogrodzie22. Z kolei Karl Ideler (1795-1860), kierujący berlińskim szpitalem Charité, drugim potężnym europejskim centrum rozwoju psychiatrii, był zwolennikiem karcenia (die Züchtigung) i torturowania obłąkanych

---

[16] Józef Rolle, *Notatki praktyczne. Parch (Tinea favosa)*, „Tygodnik Lekarski" 1857, s. 169-171.

[17] Józef Rolle, *Notatki praktyczne. Jod i tegoczesne jego zastosowanie w medycynie*, „Tygodnik Lekarski" 1857, s. 177-180; 1860 s. 67-70.

[18] Józef Rolle, *Kilka uwag o lekowaniu rzeżączki*, „Tygodnik Lekarski" 1857, s. 17-19.

[19] Por.: Józef Rolle, *Listy z Paryża*, „Tygodnik Lekarski" 1860, s. 266-268.

[20] Józef Rolle, C*horoby umysłowe. Notatki z podróży odbytej w 1858 roku*, cz. I, Petersburg 1863, s. 3.

[21] J. Rolle, *op. cit.*, s. 3-11.

[22] T. Bilikiewicz, J. Gallus, *op. cit.*, s. 74.

Józef Rolle (źródło: Wikipedia)

moksami, przyżeganiem, zimnymi natryskami i wcieraniem maści z emetykiem, czyli wodorowinianem potasu, w ciemię głowy[23].

Rolle zamieścił w swoim dziele pierwsze statystyki chorób psychicznych w Europie, jakie opracowywano już w pierwszej połowie XIX w. Wynikało z nich, że np. we Francji liczba chorych umysłowo szybciej rosła w miastach niż na wsi i co dziesięć lat podwajała się, a ponad połowa chorych umysłowo była niezdolna do samodzielnego życia i zmuszona do przebywania w różnych przytułkach[24]. Przytoczone przez Rolle wczesne klasyfikacje chorób umysłowych wskazywały na odrębny rozwój psychiatrii w różnych państwach europejskich. I tak, w połowie XIX w. w Niemczech i we Francji znane były: monomania, zaduma, szaleństwo (mania), ogłupienie (dementia), obłąkanie epileptyczne i idiotyzm; podczas gdy w Portugalii wyróżniano: szalonych, śpiewających, gestykulujących, epileptyków, nieczystych, spokojnych, idiotów, w łóżku stale zostających i rekonwalescentów[25]. Z kolei ludność guberni podolskiej wyróżniała: „prydurkowatych", czyli niespełna rozumu, którzy zwykle byli zawodowymi żebrakami, i „nawiżenych", czyli szalonych, niekiedy z własnej inicjatywy szukających schronienia w szpitalu, a ponadto: dziwaków, oryginałów, maniaków, hipochondryków i histeryczki. Pacjentami szpitala kierowanego przez Józefa Rollego zostawali przeważnie wieśniacy i żydzi, którzy chętniej niż chrześcijanie umieszczali swoich krewnych w zakładzie psychiatrycznym[26].

---

[23] J. Rolle, *Choroby umysłowe…*, cz. I, s. 5-11.

[24] J. Rolle, *op. cit.*, cz. I, s. 23.

[25] J. Rolle, *op. cit.*, cz. I, s. 20, 64; J. Rolle, *Choroby umysłowe. Notatki z podróży odbytej w 1858 r.* Cz. II, Petersburg 1864, s. 5.

[26] J. Rolle, *O dziedziczności obłąkania…*, cz. I, s. 596.

Duże zainteresowanie współczesnych lekarzy wzbudziła jego praca „O dziedziczności obłąkania", opublikowana na łamach krakowskiego „Przeglądu Lekarskiego". Zawarł w niej doświadczenia trzydziestu lat leczenia chorych umysłowo w Kamieńcu Podolskim, gdzie leczył średnio 75,7 osób rocznie[27], gdy w mieście tak dużym jak Petersburg zakład dla umysłowo chorych przyjmował około 100 osób rocznie[28]. Rolle był pewien, że skłonności do chorób umysłowych dziedziczy się po przodkach. Do takich wniosków doszedł po przeanalizowaniu tablic genealogicznych zawierających dane 1564 przedstawicieli szlachty, kobiet i mężczyzn. Wśród nich odkrył: 142 przypadki nerwic, 45 upośledzenia umysłowego i 89 różnych psychopatologii. W sumie 18% elity społecznej cierpiało na choroby umysłowe, spowodowane nadużywaniem alkoholu i zawieraniem małżeństw przez osoby spokrewnione. Ponadto w badanej populacji odkrył m.in.: 38 przypadków udaru mózgowego, 18 zeza, 12 padaczki, 9 głuchoty, 6 jąkania, 7 wrodzonego wodogłowia i 21 samobójstw[29]. Jedna czwarta potomstwa dziedziczyła choroby po matce, a jedna szósta po ojcu. Zdaniem Rolle, czynnikami sprzyjającymi chorobom psychicznym były także: zamieszkiwanie w mieście, rozpusta, siedzący tryb życia, utrata majątku, śmierć bliskiej osoby, przestrach i lenistwo. Zauważył, że choroby umysłowe najczęściej ujawniały się latem, a udary mózgu występowały częściej u mężczyzn niż kobiet. Rolle przedstawiał doświadczenia francuskich psychiatrów w zakresie terapii chorób umysłowych, w tym leczenia haszyszem[30].

Prac lekarskich napisał znacznie więcej. M.in. wraz z Aleksandrem Kremerem opublikował w 1864 r. wyróżnione przez redakcję „Tygodnika Lekarskiego" *Materiały do topografii i statystyki lekarskiej Podola*[31]. Po powstaniu styczniowym, w którym uczestniczył, zwrócił się jednak wyłącznie w stronę historii[32].

Historyk z Bożej łaski, społecznik z potrzeby serca

Młodzieńcza przyjaźń z archiwistą Franciszkiem Kowalskim z Tulczyna, który udostępnił mu archiwum Potockich, pozwoliła Józefowi Rolle odkryć atrakcyjność kwerend źródłowych. Z czasem sam zaczął kolekcjonować stare dokumenty i na ich podstawie pisać artykuły. Zdarzało się, że przedstawiciele ziemiaństwa sami zapraszali do rodowych archiwów, aby zapoznał się ze starymi aktami[33]. Nigdy nie dokonywał uogólnień, nie określał swego stanowiska wobec przedstawianych sytuacji i osób. Jego teksty były mozaiką szczegółów ukazujących bogactwo ludzkich charakterów i takie właśnie podobały się czytelnikom. Należał do nich Henryk Sienkiewicz,

---

[27] J. Rolle, *O dziedziczności obłąkania…*, cz. I, s. 609.

[28] J. Rolle, *Choroby umysłowe…*, cz. II, s. 30.

[29] J. Rolle, *O dziedziczności obłąkania…*, cz. I, s. 609.

[30] J. Rolle, *Choroby umysłowe…*, cz. II, s. 16-32.

[31] Aleksander Kremer, *Józef Rolle, Materiały do topografii i statystyki lekarskiej Podola*, „Tygodnik Lekarski" 1864 s. 305 i in.

[32] S. Kieniewicz, *Rolle…*, s. 566.

[33] Biblioteka Jagiellońska, Dział Rękopisów, sygn. 7829 IV, s. 78-79.

czerpiący z prac Rollego wiedzę o „kresowych oryginałach" dla potrzeb „Trylogii" i innych utworów literackich[34].

Wśród prac historycznych Józefa Rollego nieocenioną wartość mają „Materiały do dziejów Polski w pismach rosyjskich (1700-1862)", ogłoszone w serii „Rozpraw AU", a w 1879 r. nagrodzone przez Towarzystwo Historyczno-Literackie w Paryżu. Jest to rozbudowany katalog około 2500, obecnie niedostępnych, publikacji w języku rosyjskim w układzie chronologiczno-rzeczowym, opatrzonych komentarzami i niekiedy polemiką[35]. Inne publikacje ukazywały przede wszystkim bogactwo tradycji kulturalnych Podola. Rolle okazywał się mistrzem w omijaniu zapisów cenzury rosyjskiej. Chętnie posiłkował się anegdotami i pisał lekkim stylem, dlatego jego prace historyczne zwykle uzyskiwały aprobatę carskich kontrolerów, stając się towarem poszukiwanym przez redaktorów polskich czasopism kulturalnych.

Udziału Józefa Rolle w międzyzaborowym życiu umysłowym dowodzą listy z lat 1868-1896, kierowane do niego przez lekarzy, redaktorów, polityków, prawników, duchownych i innych przedstawicieli inteligencji z trzech zaborów, przechowywane w Dziale Rękopisów Biblioteki Jagiellońskiej[36]. Rolle korespondował z wieloma osobami i prowadził dom otwarty dla przybyszów z różnych stron. Do jego gości należał Karol Benni (1843-1916), znany warszawski otiatra i społecznik, który podczas pobytu w USA odkrył spisany po angielsku testament Kościuszki, a po powrocie na ziemie ojczyste został dyrektorem medycznym Towarzystwa Asekuracji Życia „New York" na południową i wschodnią Rosję[37]. Serdeczne kontakty utrzymywał z Rolle czeski psychiatra Karel Chodounsky[38]. Dr Konrad Dobrski (1849-1915), współzałożyciel Kasy im. Mianowskiego i redaktor czasopism „Zdrowie" oraz „Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego", zamawiał u niego artykuły[39]. Prof. neurologii Stanisław Domański (1844-1916), zięć Aleksandra Kremera i redaktor „Przeglądu Lekarskiego", także prosił Rolle o prace[40].

Większość zachowanych listów to prośby o teksty lub o zgodę na przedruk artykułów. I tak, Jan Amborski (1838-1905), lektor języka francuskiego na Uniwersytecie Lwowskim, współpracownik Macierzy Polskiej i redaktor popularnych czasopism ludowych, w tym lwowskiej „Niedzieli", prosił o możliwość przedrukowania kilku gawęd w książeczkach dla ludu[41]. O teksty do założonego, redagowanego i wydawanego przez siebie w Warszawie „Przeglądu Pedagogicznego" zabiegał Eugeniusz Babiński (1833-1901)[42]. Do publikowania na łamach „Kalendarza Petersburskiego ilustrowanego 'Gwiazda' ", wydawnictwa o wysokim poziomie, które podobno cenił sam Henryk Sienkiewicz, zapraszał Henryk Gliński (1853-1905), literat, księgarz[43].

---

34 S. Kieniewicz, *Rolle…*, s. 565-566.

35 *Ibidem*.

36 Biblioteka Jagiellońska (BJ), Dział Rękopisów, sygn. 7829 IV.

37 *Ludwik Zembrzuski, Benni Karol*, w: *PSB*, t. I, Kraków 1935, s. 436-437.

38 BJ…, s. 48.

39 BJ…, s. 66; *Ludwik Zembrzuski, Dobrski Konrad*, w: *PSB*, t. V, Kraków 1939-1946, s. 261-262.

40 BJ…, s. 74-75; *Leon Wachholz, Domański Stanisław*, w: *PSB*, t. V, Kraków 1939-1946, s. 302.

41 BJ…, s. 1; *Antoni Knot, Amborski Jan*, w: *PSB*, t. I, Kraków 1935, s. 84.

42 BJ…, s. 5; *Zygmunt Przyrembel, Babiński Eugenjusz*, w: *PSB*, t. I, Kraków 1935, s. 195.

43 Mieczysław Rulikowski, *Gliński Henryk*, w: *PSB*, t. VIII, Wrocław 1959-1960, s. 61.

Ludwik Masłowski (1847-1928), działacz emigracji postyczniowej i publicysta, który w 1885 r. powołał własnymi siłami do istnienia antyliberalny dziennik „Przegląd Polityczny, Społeczny i Literacki", zapraszał do zamieszczania w nim artykułów[44]. O teksty prosili też: Franciszek Olszewski (1859-1918), adwokat i redaktor „Kuriera Warszawskiego"[45]; Władysław Maliszewski, redaktor „Biesiady Literackiej", przypominając o złożonej obietnicy napisania o „Zatargu wołyńskim"[46]. O jakikolwiek tekst upraszał Walery Przyborowski (1845-1913), literat i dziennikarz, założyciel warszawskiego dziennika „Chwila", ugodowego wobec caratu i dlatego bojkotowanego przez Polaków[47].

Z korespondencji wynika, że Józef Rolle publikował prace historyczne także w języku rosyjskim m.in. w „Ruskim Archiwum" wydawanym w Moskwie[48], a ponadto utrzymywał dobre stosunki z Rosjanami, czego dowodziła prośba Wasilija Matwiejewicza Glinki, gubernatora Podola, o ocenę naukową przygotowywanego przez niego spisu zabytków archeologicznych[49]. Bolesław Maurycy Wolff zwrócił się z prośbą o przygotowanie opisu Podola do wydawanego w Petersburgu dzieła „Живописная Россія"[50].

W listach warto zwrócić uwagę na wątki medyczne. Nadawcy listów zwracali się do doktora Rollego jako autorytet nie tylko dla środowiska lekarskiego w przeróżnych sprawach. Można znaleźć prośby o lekarstwo[51], polecanie osób na pewne stanowiska, np. lekarza dentystę Biernackiego do pracy w Kamieńcu[52]. Prof. Stanisław Domański prosił o pomoc w zdobyciu subskrybentów „Przeglądu Lekarskiego" na Podolu, ale też o uwagi krytyczne dotyczące tego czasopisma[53]. Prof. Bronisław Radziszewski szukał pomocy dla Bonifacego Stillera, który sprzedawał produkty swego morsztyńskiego zakładu zdrojowo-kąpielowego, a z części zysków wspierał wdowy i sieroty z rodzin lekarskich[54]. Z listu Alexandra Michałowskiego (1851-1938), urodzonego w Kamieńcu Podolskim warszawskiego pianisty, wynikało, że istniała już specjalizacja lekarzy w stomatologii, polecał on lekarza-dentystę Biernackiego, zamierzającego osiedlić się w Kamieńcu[55]. Znany lwowski lekarz i społecznik Ferdynand Obtułowicz (1851-1912), w odpowiedzi na list Józefa Rolle, dziękował za jego życzliwość[56]. Lekarz, numizmatyk i założyciel własnym sumptem „Gazety Radomskiej", Teofil Rewoliński (1821-1899), prosił o wyznaczenie honorarium za opowiadanie „Fatyma", zarazem

---

44 BJ…, s. 212; Marian Tyrowicz, *Masłowski Ludwik*, w: *PSB*, t. XX, Wrocław 1975, s. 127-129.

45 BJ…, s. 239; Władysław Sobociński, *Olszewski Franciszek*, w: *PSB*, t. XXIV, Wrocław 1979, s. 19-21.

46 BJ…, s. 202.

47 BJ…, s. 260-261; Stefan Kieniewicz, *Przyborowski Walery*, w: *PSB*, t. XXIX, Wrocław 1986, s. 81-82.

48 BJ…, s. 14.

49 BJ…, s. 92.

50 BJ…, s. 323.

51 BJ…, s. 17.

52 BJ…, s. 221-223.

53 BJ…, s. 74.

54 BJ…, s. 269.

55 BJ…, s. 223; Zofia Lissa, *Michałowski Aleksander*, w: *PSB*, t. XX, Wrocław 1975, s. 644-645.

56 BJ…, s. 225; Teresa Ostrowska, *Obtułowicz Ferdynand*, w: *PSB*, t. XXIII, Wrocław 1978, s. 472.

podkreślając, że do edycji czasopisma dopłaca z własnej kieszeni[57]. Ciekawy jest list doktora Eugeniusza Maryańskiego z miejscowości Jarmolińce na Podolu, który był współpracownikiem „Słownika Geograficznego Królestwa Polskiego", dzieła tworzonego przez historyków-amatorów. Na prośbę Rolle opisał on obraz włoskiego artysty znajdujący się w cerkwi w Jarmolińcach, a także wskazał, że w miejscowym kościele znajduje się cenny obraz Jusepe de Ribery „Złożenie do grobu", który kiedyś należał do rodziny Talleyrandów, a w XIX w. został ofiarowany jako dar ślubny Alexandrze Ostrowskiej[58]. Jak widać, w omawianej korespondencji znajduje się szereg informacji ważnych dla polskiej kultury.

Niektórzy respondenci pisali po prostu o swoich codziennych problemach. Donoszono też o stanie zdrowia swoim[59] bądź wspólnych znajomych ujawniając szczegóły dolegliwości (np. zapalenie pęcherza moczowego skutkiem hypertrophia prostatae[60]); depresja literata Juliana Kędrzyckiego[61]. Ponadto ciekawy jest list zawierający informację o środowisku lekarzy krakowskich przygotowujących mieszkania dla swoich kolegów przybywających z różnych stron na pogrzeb Adama Mickiewicza na Wawelu w 1890 r.[62]. Z kolei Antoni Rehman (1840-1917), botanik, podróżnik i z czasem profesor geografii na Uniwersytecie Lwowskim, w 1868 r. narzekał na życie towarzyskie w Krakowie[63]. O trudnościach z cenzurą, utrudniającą publikację w „Niwie" listów Józefa Ignacego Kraszewskiego, donosił w 1887 r. Stanisław Ostrowski, redaktor tego dwutygodnika[64].

Część listów dostarcza wiedzy o zbiorach zgromadzonych przez Józefa Rolle. Np. ks. Jan Badeni (1858-1899), jezuita, poliglota i współpracownik „Przeglądu Powszechnego", pracujący nad biografią zmarłego w Kamieńcu jezuity Stanisława Chołoniewskiego (który przed wstąpieniem do Towarzystwa Jezusowego był masonem, a nawrócił się pod wpływem Zachariasza Wernera) prosił o udostępnienie potrzebnych źródeł rękopiśmiennych, a mianowicie listów Wernera, jakie Rolle zgromadził w swoim domu[65]. O listy Wernera prosił go także Ludomił German (1851-1920), energiczny krakowski polityk, literat i pedagog[66]. Za to ks. Tadeusz Chromecki (1836-1901), pijar i znany kaznodzieja, który pożyczył od Rolle manuskrypt, zaproponował, że go nie zwróci i przekaże Collegium Pijarskiemu w Krakowie[67]. Rolle był znany z życzliwości. Np. w 1893 r. dr Marian Jakowski (1857-1921), bakteriolog i internista warszawski, dziękował mu za przekazanie książek dla biblioteki tutejszego

---

[57] BJ…, s. 275; Jan W. Chojna, *Rewoliński Teofil*, w: *PSB*, t. XXXI, Wrocław 1988-1989, s. 177-178.

[58] BJ…, s. 210. – Chodzi o małżonkę Alexandra Ostrowskiego (1810-1896), właściciela dóbr ziemskich.

[59] BJ…, s. 52. – O swoim zdrowiu pisał z Witebska Marceli Popiel, biskup unicki, który wcześniej, podczas pobytu w Kamieńcu, był pacjentem dra Rolle.

[60] BJ…, s. 74-75.

[61] BJ…, s. 56-57.

[62] BJ…, s. 182.

[63] BJ…, s. 273; Zdzisław Kosiek, *Rehman Antoni*, w: *PSB*, t. XXXI, Wrocław 1988-1989, s. 2-4.

[64] BJ…, s. 244.

[65] BJ…, s. 8; Adam Bar, *Chołoniewski Stanisław*, w: *PSB*, t. III, Kraków 1937, s. 409-410; Jan Poplatek, *Badeni Jan*, w: *PSB*, t.I, Kraków 1935, s. 205.

[66] BJ…, s. 86-88; Wiktor Hahn, *German Ludomił*, w: *PSB*, t. VII, Kraków 1948-1958, s. 396-397.

[67] BJ…, s. 57; Sokulski Justyn, *Chromecki Tadeusz*, w: *PSB*, t. III, Kraków 1937, s. 447-448.

Towarzystwa Lekarskiego[68], a Kajetan Kraszewski (1827-1896), najmłodszy brat Józefa Ignacego – pisarza, dziękował za przesłany autograf[69]. Profesor prawa na Uniwersytecie Jagiellońskim i prezydent Krakowa Feliks Szlachtowski (1820-1896) dziękował za pomoc okazaną syndykowi gminy miasta Krakowa, doktorowi Hajdukiewiczowi w sprawie spadku po Karolu Kruzerze, właścicielu dóbr ziemskich na Podolu[70].

Niektórzy prosili kamienieckiego historyka-amatora o odszukanie dokumentów w miejscowych archiwach. Pochodzącemu z Podola Piotrowi Chmielowskiemu (1848-1904), krytykowi literackiemu, historykowi literatury polskiej i głęboko patriotycznemu wychowawcy młodzieży, zależało na wydostaniu aktu ślubu rodziców z archiwum w Kamieńcu lub Żytomierzu[71]. O kwerendy w archiwum Katedry w Kamieńcu prosił Aleksander Kraushar (1842-1931), warszawski prawnik i historyk[72], a ks. Bernard hrabia Łubieński, redemptorysta z Mościsk w Galicji, prosił o odpisy autografów konfratra Klemensa Hofbauera, którego proces kanonizacyjny przeprowadzano właśnie w Rzymie[73].

Niekiedy sam Rolle potrzebował czegoś od adresatów. Dra Henryka Dobrzyckiego (1843-1914), lekarza-społecznika, pioniera lecznictwa sanatoryjnego i ftyzjatrę poprosił o zatrudnienie znajomej jako bufetowej w stacji leśnej leczniczo-kumysowej dla chorych na gruźlicę w Sławucie[74]. Od Aleksandra Jelskiego (1834-1916), ziemianina, założyciela Biblioteki i Muzeum Starożytności koło Mińska Litewskiego, a także uczonego-amatora, oczekiwał pomocy przy pozyskaniu wiadomości o Tatarach zamieszkałych na Kresach Wschodnich. Zapewne w jednej z prac swoich wykorzystał jego informacje, że: „Zatem w tej części kraju, na którą się składały dawne województwa: Wileńskie, Mińskie, Nowogrodzkie, […], Smoleńskie, Witebskie, […] i Żmudź żyje dziś Tatarów płci obojga około 13.000. (…) W Guberni Wileńskiej jest podobno kilku zamożnych ziemian. Ciekawą i pożądaną może będzie dla Was wiadomość o niektórych nazwiskach tatarsko-szlacheckich stron naszych, ich cząstka wszakże rzuca światło, jak się te nazwy kształtowały. Oto spis alfabetyczny przeze mnie dokonany: Alejewiczowie, Aleksandrowiczowie, Adamowiczowie, Azulewiczowie, Achmatowiczowie, Bielakowie, Baranowscy, Biesiutkowie, Bohdanowiczowie, […], Chasiumiewiczowie, Jakubowscy, Jasińscy, Konopaccy, Koryccy, Kirkorawie, Miśkiewiczowie, Murziczowie, Makułowiczowie, Połtarzyccy, Rajeccy, Razunowiczowie, Radeccy, Rafałowiczowie, Smolscy, Szagidawiczowie, Sulejmanowiczowie, Szurikiewiczowie, Siulkowie, Sobolewscy, Szmajkiewiczowie, Tatarzyccy, Woronowiczowie, Wilczyńscy, Zianowiczowie. Dużo też jest miejscowości w kraju przypominających Tatarów, jak:

---

[68] BJ…, s. 113; Zbigniew Filar, *Jakowski Stefan Marian*, w: *PSB*, t. X, Wrocław 1962-1964, s. 337-338.

[69] BJ…, s. 163.

[70] BJ…, s. 300-301; Przemysław Marcin Żukowski, *Szlachtowski Feliks*, w: *PSB*, t. XLVIII, Warszawa – Kraków 2012-2013, s. 338-340..

[71] BJ…, s. 43-44.

[72] BJ…, s. 166; Jerzy Maternicki, *Kraushar Aleksander*, w: *PSB*, t. XV, Wrocław 1970, s. 241-244.

[73] BJ…, s. 196; Czesław Lechicki, *Łubieński Bernard*, w: *PSB*, t. XVIII, Wrocław 1973, s. 473-474.

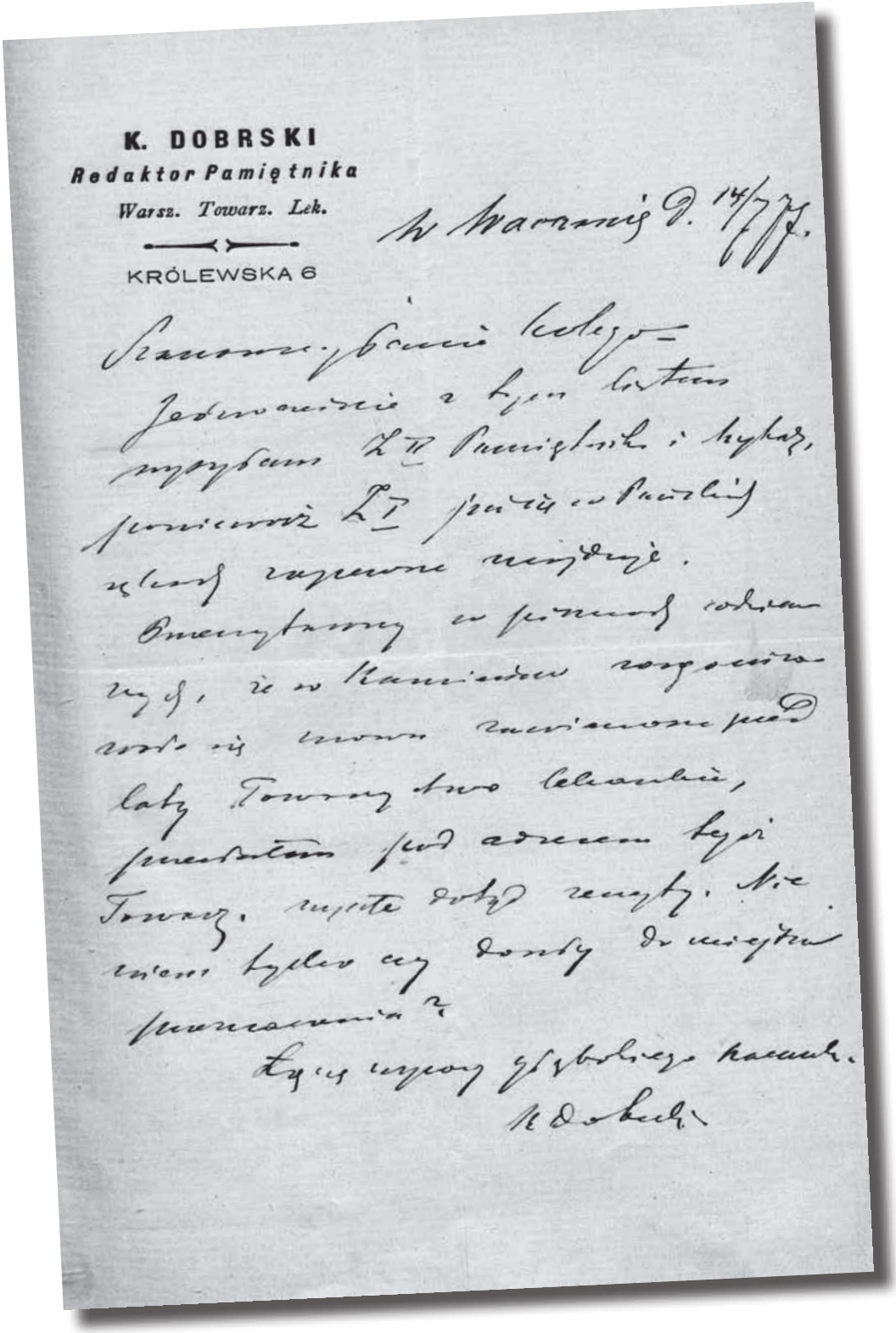
[74] BJ…, s. 70; Ludwik Zembrzuski, *Dobrzycki Henryk*, w: *PSB*, t. V, Kraków 1939-1946, s. 270-271.

Tatary, Tatarsko-[…], Tatarska Droga […], Tatarszczyzna, Tatarka, Tatarowicze, Tatarzyszcze itd. W Mińsku Litewskim jest taka dzielnica, zwana „Tatarski Koniec”[75].

Na podkreślenie zasługują serdeczne kontakty Józefa Rolle z ludźmi różnych narodowości i wyznań zamieszkałych w zaborze austriackim i rosyjskim (listów z zaboru pruskiego w kolekcji nie rozpoznano). Cały zbiór dostarcza wiedzy o dynamice życia umysłowego dziewiętnastowiecznej inteligencji polskiej. Znamienne, że wielu lekarzy poza praktyką zawodową zajmowało się archeologią, literaturą, sztuką, historią i dziennikarstwem, a w ich korespondencji odnaleźć można ślady nieistniejących już archiwów prywatnych znajdujących się kiedyś na wschodzie Rzeczypospolitej.

Biorąc pod uwagę publikacje lekarskie i zakres działalności zawodowej Józefa Rolle, pomijanie go w historii polskiej psychiatrii jest nieuzasadnione. Faktem jednak jest, że był on przedstawicielem ery przedkraepelinowskiej, kiedy dopiero kształtowały się podstawowe dla psychiatrii pojęcia i właściwe metody terapii.

[75] BJ…, s. 117-125.



K. DOBRSKI
Redaktor Pamiętnika
Warsz. Towarz. Lek.
KRÓLEWSKA 6

W Warszawie d. 14/7 77.

Szanowny Panie Kolego —

Jednocześnie z tym listem wysyłam Z II Pamiętnika i Wykaz, ponieważ Z I już się w Pańskich rękach zapewne znajduje.

Przeczytawszy w pismach codziennych, że w Kamieńcu zorganizowało się znowu zawieszone przed laty Towarzystwo lekarskie, przesłałem pod adresem tegoż Towarz. wszystkie dotąd zeszyty. Nie wiem tylko czy doszły do miejsca przeznaczenia?

Łączę wyrazy głębokiego szacunku.

K. Dobrski

List Konrada Dobrskiego do Józefa Rolle

Acta Medicorum Polonorum – R. 4/2014

Listy do dra Józefa A.Rolle (1830-1894) ze zbiorów Biblioteki Jagiellońskiej[1]
(wybór)

Letters to Dr. Józef A. Rolle (1830-1894) from the collection of Jagiellonian Library
(selection)

List prof. Stanisława Domańskiego, redaktora „Przeglądu Lekarskiego"[2]

Kraków, 1 listopada 1878 r.

Szanowny Kolego!

W imieniu właściciela i wydawcy, którym jest Towarzystwo Lekarskie tutejsze, winienem Sz. Koledze podziękować najuprzejmiej i najserdeczniej za nadesłaną dla „Przeglądu Lekarskiego" korespondencję, która najprawdopodobniej do prawdy ukaże się u nas z dnia 9 bm. i r. Prosząc i nadal o naszym piśmie pamiętać, udaję się zarazem do Sz. Kolegi z uprzejmą prośbą, żeby raczył jednać naszemu pismu abonentów osobliwie tak w Petersburgu jak i na Podolu, gdzie dotychczas niewielu ich mamy. W tym celu albo prosiłbym o nadesłanie nam adresów lekarzy bądź podolskich, bądź petersburskich, którym by warto posłać po nrze „Przeglądu Lek." na okaz albo o łaskawe pozwolenie nadesłania Sz. Koledze kilkunastu egzemplarzy, jakiego nru celem rozdania między znajomych kolegów lekarzy. W każdym razie zrobiłby nam Sz. Kolega jak największą przysługę, gdyż Towarzystwo Lekarskie Krakowskie nie prowadząc wydawnictwa dla żadnych zysków, pragnie jedynie mieć organ, którym by nie potrzeba wstydzić się przed obcymi.

Obecnie mogę donieść Sz. Koledze, iż liczba abonentów „Przeglądu" ciągle się zwiększa i mamy niepłonną nadzieję, że z wyrobieniem wraz szerszego grona współpracowników uda nam się z „Przeglądu" utworzyć poważny organ lekarski. Ponieważ atoli Redakcya mimo najlepszych chęci błądzić może, byłoby mi nader przyjemnie, gdyby Sz. Kolega jako Członek naszego Towarzystwa raczył mi wyjawić swoje

---

[1] Biblioteka Jagiellońska w Krakowie, Dział Rękopisów, sygn. 7829 IV.

[2] BJ…, s. 75. – Czasopismo „Przegląd Lekarski" ukazywało się od 1862 r., a od 1866 r. było organem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

zdanie otwarcie w teraźniejszym „Przeglądzie", a mianowicie wykazał jego braki, gdyż tym tylko sposobem można je będzie usunąć. Do Redakcyi nie należę, ale jako prezes Towarzystwa mam głos ważny, który będzie znaczyć w potrzebie.

Przy tej sposobności pozwolę sobie donieść Sz. Koledze niemiłą wiadomość, że kol. Kramer dosyć mocno chory na zapalenie pęcherza moczowego skutkiem hypertrophii prostatae.

„Przegląd Lekarski" poleciłem regularnie Sz. Koledze wysyłać pocztą a z honoraryum przypadającym za jego pracę postąpimy sobie zupełnie według Jego życzenia.

Na tem kończąc, żegnam i polecając „Przegląd Lekarski" łaskawym względom Sz. Kolegi zostaję Jego życzliwym kolegą i sługą

Domański

List Kajetana Kraszewskiego z Romanowa z 24 lipca 1880 r., poczta przez Białą Wisznicę, Gubernia Siedlecka[3]

Wielmożny Panie Dobrodzieju!

Otrzymawszy za pośrednictwem krewnego mego Antoniego Kr: z Sopówki, łaskawie nadesłany, a co więcej umyślnie napisany, autograf Pana Dobrodzieja do biblioteki i zbiorów naszych w Romanowie, spieszę w moim i syna mego Bogusława, który autografy zbiera, imieniu przesłać najserdeczniejsze podziękowania, a jako najszczerszy wielbiciel Pański, ośmielam się zaprzeczyć prawa do tej skromności, jaką Pan Dobrodziej wyraziłeś w swoim piśmie, temu bardziej że i sąd nawet najbezstronniejszy, imie Pańskie stawić musi w literaturze naszej obok nieśmiertelnego Szajnochy[4].

Chwytam przeto tę sposobność, ażeby choć listownie zbliżyć się do Autora nieporównanych opowiadań; miałem nadzieję poznać Pana Dobr. osobiście zeszłej jesieni w Krakowie czasu jubileuszu brata Jozefa, ale gdy ta mię zawiodła, więc choć listownie się przedstawiam, a może Bóg pozwoli uczynić to kiedyś osobiście; u mnie też jest nieco szpargałów, bo je zbieram i grzebać dość w nich lubię. Wyczytawszy w ostatnich trzech opowiadaniach Pańskich wzmianki o Rożyńskich Kniaziach, o których że wszędzie głucho, co i Pan Dobr, zauważyłeś, gdy mnie się udało coś niecoś o nich w starych dokumentach wyszperać, więc, czem chata bohata przesyłam to Panu Dobr.

[3] BJ…, s. 163. – Kajetan Kraszewski był bratem Józefa Ignacego Kraszewskiego, właścicielem Romanowa.

[4] Chodzi o Karola Szajnochę (1818-1868), pisarza i historyka.

w nadziei że się może na co przyda przy czem łączę wyrazy najprawdziwszego szacunku i poważania

jako najszczerzej życzliwy

sługa
Kajetan Kraszewski

proszę obrócić

Nadmieniam że gdyby Pan Dobrodziej jechał np. do Warszawy na Brześć Litt: to za Terespolem od pierwszej stacji zwanej Chotyłów jest tylko trzy godziny jazdy do naszego starego Romanowa, konie na zawołanie czekać mogą, a najżyczliwszy sługa Pański z radością powitałby Go na swoim progu. W tych dniach właśnie spodziewam się przybycia zacnego Pługa[5] i Odyńca[6] patryarchy, którzy od warszawskiego skwara uciekają do mnie.

Złapałem dziś literacką plotkę, która jest wyborną, więc się nią dzielę.

Świętochowski[7], znany pozytywista a bezwyznaniowiec, redaktor Nowin, chcąc Panu Bogu widać dokuczyć, umyślił pisać Bóg przez małe b. Otóż poczciwy nasz Nestor poetów, Odyniec puścił na niego w obieg czterowiersz następny.

Doktor filozofii, uczony jak słyszę,
Co imię Pana Boga przez b małe pisze.
Przyznajcie czytelnicy, że ma prawo wszelkie
Ażeby tytuł jego pisać… przez d wielkie.

List Ludomiła Germana z Krakowa z 15 stycznia 1881 r.[8]

Wielmożny Panie!

Względy literackie niech usprawiedliwią śmiałość nieznajomego Panu zapewne korespondenta, iż wprost się do Niego z zapytaniem i prośbą udaje. Ośmiela mnie chyba kolegowanie w „Przeglądzie Polskim", którego współpracownikiem jestem od niedawna.

---

[5] Adam Pług (1823-1903) – poeta i publicysta.

[6] Antoni Odyniec (1804-1885) – przyjaciel Adama Mickiewicza, poeta i tłumacz.

[7] Aleksander Świętochowski (1849-1938) – pisarz, publicysta, redaktor dziennika „Nowiny", znany z poglądów lewicowych i antyklerykalnych.

[8] BJ…, s. 87.

W najnowszym numerze Gazety Lwowskiej w fejletonie „Hofmann w Warszawie”[9] wyczytałem mianowicie, iż w posiadaniu Wielmożnego Pana ma się znajdować korespondencya Zacharyasza Wernera, znanego niemieckiego pisarza. Zajmując się z zawodu literaturą niemiecką a pracując obecnie nad seryą literackich portretów owych niemieckich pisarzy, którzy w jakąkolwiek weszli styczność z naszym krajem, czy naszą literaturą, skwapliwie pospieszam z uprzejmą prośbą o łaskawe powiadomienie, czy doniesienie „Gazety” prawdziwe i czy korespondencya owa może mieć jakieś literackie znaczenie. Jeżeliby tak było, a Wielmożny Pan nie zamierzałbyś sam ogłosić ją, czy w jaki inny sposób zużytkować, dodaję prośbę, byś raczył uprzejmie dozwolić mi z niej korzystać i w całości czy częściowo opracować.

W każdym razie o łaskawe wyjaśnienie kwestyi rzeczonej korespondencyi usilnie proszę, a łącząc wyrazy głębokiego poważania dla zasług i prac Wielmożnego Pana kreślę się

Jego mniejszym sługą

Ludomił German
prof. szkoły wyż. realnej

List ks. Tadeusza Chromeckiego (bez daty, prawdopodobnie po 1882 r.)[10]

Wielmożny Panie Doktorze Dobrodzieju!

Biorąc rękopisy ś.p. ks. Wojszwiłły, które mi Pan Dobrodziej przysłać raczył w przeszłym roku, zobowiązałem się oddać je za rok tj. d. 1 września roku bieżącego. Jakoż na ten termin byłem zupełnie gotów do ich oddania, gdyż porobiłem wypisy obszerne tak, że mógłbym z nich przygotować coś do druku. Rękopisów jednak nie odesłałem, gdyż nie miałem pewnej osoby, która by podjęła się je przewieźć do Kamieńca, a nie uważam za stosowne przesyłać je pocztą. Spoczywają więc u mnie i gotowem je za pierwszą pewną sposobnością z podziękowaniem odesłać.

Książę T. Lubomirski, współwydawca encyklopedii wychowawczej, będąc u mnie oglądał te rękopisy i podobała mu się bardzo historia prowincjałów litewskich i chce ją swoim nakładem wydrukować dedykując X. Krasińskiemu biskupowi

[9] Chodzi o słynnego przedstawiciela niemieckiej literatury romantycznej E. T. A. Hofmanna (1776-1822), który ożenił się z Polką, a w 1804 r. przebywał w Warszawie. W tym samym czasie przebywał tam Zachariasz Werner, który w 1814 r. przyjął święcenia kapłańskie i z czasem objął katedrę w Kamieńcu Podolskim.

[10] BJ…, s. 52-53.

wileńskiemu[11]. Mam więc zaszczyt zapytać się, czy Pan Dobrodziej nie ma nic przeciwko temu? Będę oczekiwał łaskawej odpowiedzi w tym względzie.

Mam jeszcze jedną prośbę do Pana Dobrodzieja, do której jednak z wszelką nieśmiałością przystępuję i nawet bym się na nią nie odważył, gdyby mię do niej tenże książę L. nie ośmielił.

Kollegium Krakowskie jest jedynym pozostałem na ziemi polskiej kollegium Pijarskiem. Rękopisy o Pijarach Litewskich byłyby ozdobą naszej biblioteki, gdyby je P. Dobrodziej chciał nam darować lub wreszcie wymienić na jaką inną książkę, która by Panu Dobrodziejowi była potrzebną, a którą byśmy może w Krakowie wyszukali. Byłby P. Dobrodziej istotnie dobrodziejem naszej biblioteki, gdyż o Pijarach oprócz dwóch broszur X. Moryńskiego o kollegium Lubieszowskiem i Międzyrzeckiem nie mamy nic dotąd. Znając zamiłowanie Pańskie do zbierania rękopisów, wiem, że w drażliwą stronę uderzam; jednakże kupić nie kupić, potargować wolno, więc i ja targuję, a wyrok Pański przychylny czy odmowny przyjmę z poddaniem się woli Jego.

Oczekując łaskawej odpowiedzi zostaję z głębokim szacunkiem

Sługa w Chrystusie,

x. Tadeusz Chromecki Pijar

List Henryka Gilńskiego z Petersburga z 4 stycznia 1884 r.[12]

Adres: Księgarnia J. Ungra, plac Kazański, No 7.

Szanowny i Dobry Panie!

Wszystko zrobię wedle woli i rozkazów Szanownego Pana. Ręczyć nie mogę, ale prawie pewien jestem, że otrzymam tu na opowiadanie aprobatę cenzury. Proszę więc Szanownego Pana o łaskawe przesłanie mi korekty poprawionej, którą przepiszę starannie i oddam do cenzury. Rękopis mam u siebie. Gdyby go Pan życzył posiadać – zwrócić uwagę. Tytuł będzie, jakim go Szanowny Pan mieć chce. Dzięki serdeczne za życzenia, które mi są tem droższemi, że pochodzą od takiego jak Szanowny

[11] Chodzi o biskupa Adama Stanisława Krasińskiego (1810-1891), pijara, który za odmowę poparcia władz carskich podczas powstania styczniowego został zesłany do miasta Wiatka, gdzie przebywał w latach 1863-1882, a później wobec zakazu powrotu do Wilna zamieszkał w Krakowie.

[12] BJ…, s. 96.

Pan człowieka. Niech Pan sobie wyobrazi z iloma to trudnościami na każdym kroku walczyć trzeba: 'Gwiazdy' dotąd nie mam!! Cenzura raczyła ją ostatecznie dopiero „28 Декабря" puścić!! Czekam jak na zbawienie, a jak tylko otrzymam wnet prześlę ją Szanownemu Panu. Ciekawym zdania Pańskiego, a gdyby rok przyszły był szczęśliwszym dla mnie i coś z pióra Szanownego Pana się dla mnie wypisało, oj! jakie by to było dobre!!

Życzenia ślę, są szczere i prawdziwe, wyrazy szacunku łączę

Oddany zawsze
HGliński

List Walerego Przyborowskiego z Redakcji „Chwili" z Warszawy z 27 sierpnia 1885 r.[13]

Szanowny Panie.

Doszły już zapewne Pana wieści, że w Warszawie pod moją redakcyą ma wychodzić nowe pismo codzienne p.t. „Chwila". Jako w istocie rzeczy porywam się na to dźwiganie ciężkiego zaprawdę krzyża w naszych warunkach. Załączający się przy niniejszem prospekt objaśni Szanownego Pana w grubszych zarysach z programem „Chwili". Numer próbny, który wydam w pierwszych dniach września da Szanownemu Panu zupełną i wyraźną odpowiedź na wszelkie wątpliwości dotyczące tego programu. Chcemy przede wszystkim wystąpić przeciw programowi t.z.w. pracy organicznej, który przez dwadzieścia lat tumanił oczy narodowi, który go ubezwłasnowolnił zupełnie, który się dziś zużył i wyczerpał, który obniżył poziom patriotycznych i obywatelskich uczuć w narodzie, który na koniec stał się dojną krową dla wszystkich karierowiczów i aferzystów, Żydów i Niemców. Nie będę się tu zresztą rozpisywał o naszym, t.j. „Chwili", programie. Numer próbny powtarzam, który Szanownemu Panu zaraz po przyjęciu przyślę, objaśni Pana zupełnie.

W tej chwili idzie mi o to, bym mógł dla „Chwili" zyskać sobie Pańskie pióro. Pragnąłbym, gorąco bym pragnął, by Szanowny Pan pisywał z Kamieńca do nowego dziennika korespondencje o tym wszystkim, co w dawnej kresowej twierdzy się dzieje, co porabia tamtejsza ludność polska, jak żyje, o czym marzy i do czego aspiruje. Dziennik będzie miał charakter przede wszystkim polski i demokratyczny; potrzeb-

[13] BJ…, s. 260-261.

ne są więc nam wieści o wszystkim, co Polaka obchodzić może. Bez zaprzeczenia posiada Szanowny Pan stosunki na Podolu; może nam wskazać korespondentów z różnych okolic słonecznej ziemi podolskiej, nadesłać ich adresa, a my się z nimi skontaktujemy.

Chciałem wreszcie prosić Was, Szanowny Panie, byście baczną zwracali uwagę, jeśli to jest możliwe, na rzeczy polskie drukujące się po różnych miesięcznikach rosyjskich i dawali nam o nich sprawozdanie. Honorarium za wiersz w „Chwili" (nieraz krótki, bo dziennik mieć będzie sześć szpalt przy formacie wszystkich większych gazet warszawskich) płacić będziemy po 3 kop. na początku. Później, jak gazeta dobrze pójdzie, gotowi jesteśmy znacznie podnieść to honorarium.

Upraszam o szybką i łaskawą odpowiedź, tymczasem, choć nieznajomy, przesyłam wyrazy serdecznego pozdrowienia

Sługa
Walery Przyborowski

List dra med. Teofila Rewolińskiego z Radomia z 6 (18 starego stylu) listopada 1886 r.[14]

Szanowny i Zacny Kolego,

W dzisiejszym Nrze 90. „Gazety" zamieszczono dokończenie Waszego opowiadania „Fatyma". Wszystkie numera, w których praca ta Wasza mieści się, przesłałem Wam, a teraz dziękując najserdeczniej za pozwolenie drukowania mi tej pracy proszę najuprzejmiej o oznaczenie honorarium, abym się Wam mógł jak najprędzej uiścić z należności.

Proszę przy tem mieć wzgląd na moją biedną gazetkę, którą wydając robię prawdziwe z siebie poświęcenie, gdyż nie tylko żadnej z niej zysku nie mam, ale z własnej kieszeni dopłacam, i jeszcze wiele prócz tego kłopotów i przykrości znosić muszę.

Mam nadzieję, że i na przyszłość raczycie mnie zaszczycać swojemu względami, i gazetkę moją od czasu do czasu zasilać utworami swego pióra –

Z najgłębszym szacunkiem i poważaniem

Dr med. Rewoliński

[14] BJ…, s. 276.

List dra Józefa Kallenbacha, bibliotekarza Akademii Umiejętności w Krakowie z 2 lipca 1887 r.[15]

Czcigodny Panie Doktorze Dobrodzieju!

Serdecznie dzięki za list i uwagi dotyczące mojej pracy. Widząc, jak Drogiego Doktora zainteresowała, uważam za stosowne kilka objaśnień przesłać. Co do drukowania tekstu, to muszę zauważyć, że rewizja moja już z tego względu, że w „Pamiętniku" Akademii drukowana, nie jest przeznaczona dla ogółu, ale li tylko dla sfer naukowych i że zupełnie inaczej drukowałbym tekst dla szerokich warstw. W wydaniu zaś naukowem chodziło o możliwie wierne oddanie tekstu autografu, a więc poprawki wszelkie i przekreślenia muszą iść tak jak w rękopisie, a nie wolno ich spychać do „suteren", bo podając tekst oczyszczony zatarłoby się właśnie ową pracę duchową i walkę, o której uwydatnienie głównie chodziło. Co innego w wydaniu popularnym; propaguję myśl takiego wydania kosztem Akademii i skoro tylko uda się zebrać najgłówniejsze rękopisy Adama16 rozpoczniemy pracę.

Nie rozumiem, dlaczego oznaczenie r. 1860 ma być niedokładne, skoro, jak Drogi Doktor sam stwierdza, fragmenty wyszły w t. III r. 1860. O barwie papieru i o wodnych znakach nie można było pisać – papier prosty, gruby bez wodnych znaków, zwykła studencka bibuła szara. Facsimile byłoby bardzo pożądane i starałem się o nie usilnie – ale cóż poradzić ze starym, skąpym Majerem![17] a własnych funduszów na to nie miałem. Byłoby się może po jakich kilku miesiącach wykołatało fundusik, ale z biedy – a chodziło mi o to, aby jak najrychlej rzecz wydać i sprawę ważną wydania krytycznego tekstu poruszyć. Jakoż zainteresowali się ludzie bardzo. K. Przeździecki sprowadził mi zaraz „Grażynę" z mojej Biblioteki w Warszawie, piękny rękopis Adama, „Pan Tadeusz" jest u hr. Tarnowskiego. Słowem powoli gromadzi się materiał, a byle zdrowie służyło, wzniesiemy niebawem viribus unitis pomnik trwały Adamowi w wydaniu uczciwem pism Jego. Może nie tak długo będzie czekał na takie wydanie, jak na ów pomnik ze spiżu, który ani rusz nie może się wydobyć ze sfory komitetów i projektów, i krzyków…

Żal mi bardzo, że tegoroczny nawał pracy nie pozwoli choć na chwilę zajrzeć do kochanego Kamieńca, odwiedzić swoich, pogawędzić z Czcigodnym Doktorem o niejednem. Ale, cóż radzić, obowiązki przykuwają do miejsca, osowiałem też nie mało, szczęście, że dni szybko lecą i na smutki nie ma czasu. Za nowiny kamienieckie serdecznie będę zobowiązany i przypominam łaskawą obietnicę.

---

[15] BJ…, s. 132-133. – Józef Kallenbach (1861-1929) urodził się w Kamieńcu Podolskim i jako młody człowiek często gościł w dworku Józefa Rolle, od którego przejął zamiłowanie do historii i literatury polskiej. Za: Józef Spytkowski, Kallenbach Józef Henryk, w: PSB, t. XI, Wrocław 1964-1965, s. 491-493.

[16] Chodzi o Adama Mickiewicza, którego twórczości był Kallenbach wybitnym znawcą.

[17] Chodzi o Józefa Majera (1808-1899), lekarza, antropologa, wtedy prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie.

Studyum o IV. części Dziadów oddałem Uniwersytetowi jako pracę habilitacyjną na docenta[18]. Być może, że jeszcze przed wakacyami zawezwą mnie do wykładu próbnego – więc i strach, i pracy nie mało…

Ściskam dłoń Czcigodnego Doktora Dobr., Pana Michała i [Karola] całuję i ich pamięci polecam, przywiązany sługa

Kallenbach

P.S. A co tam słychać z geografią Powiatu Kamienieckiego? Majer obiecał mi drukować to osobno w warunkach, jakie Doktor podał (200 egzemplarzy autorowi), proszę przysyłać w jesieni przez synów.

List Teofili hrabiny Działyńskiej, z domu Komorowskiej, z Trojanowa z 8 października 1887 r.[19]

Szanowny Panie Dobrodzieju!

Od znajomych Pana Dobrodzieja, jako też i z odezwy Jego w publicznych pismach, dowiedziałam się, że Pan Dobrodziej poszukujesz starych akt. Po śmierci śp. brata mego Kazimierza Komorowskiego, jako też i po dawnych właścicielach Trojanowa, Woroniczach i Działyńskich, jestem w posiadaniu bardzo dużo akt z 15-16 wieku aż do naszych czasów, może Pan Dobrodziej zechce one przepatrzeć, w takim razie prosiłabym o zawiadomienie mnie, listownie lub telegrammą, o dniu przybycia, abym mogła sama Go powitać w mojem domu i wysłać konie do stacji Berdyczów.

Raczy Szanowny Pan Dobrodziej przyjąć zapewnienie wielkiego szacunku

TDziałyńska

[18] Rozprawa habilitacyjna Kallenbacha pt. *Dziadów część czwarta. Studium porównawcze* została wydana w Krakowie w 1888 r.

[19] BJ…, s. 78.

List Ludwika Finkla ze Lwowa z 1 września 1888 r.[20]

Czcigodny Panie,

W Okopach św. Trójcy[21] znajdują się ruiny kościółka, który obecnie kilku ludzi dobrej woli, między nimi ks. arcyb. Feliński[22], pragną odbudować. Ponieważ zaś rzecz ma się dokonać w części składką publiczną, więc udali się do mnie z prośbą o napisanie krótkiej historyi Okop, aby na nie zwrócić powszechną uwagę. W tej pracy oczywiście znalazłem największą pomoc w dziełach Czcigodnego Pana, znakomitego znawcy historyi zameczków kresowych. W ustępie o Okopach Św. Trójcy, który jest mi podstawą dalszych badań, nie znajduję jednak nic o kościółku, kiedy powstał, kto fundował itd.; o te zaś daty szczególnie w tym razie mi chodzi, chociaż i wszystko inne odnoszące się do historyi Okop miałoby dla mnie niemało interesu.

Korzystając więc z niedawnej sposobności, która mi pozwoliła osobiście poznać Czcigodnego Pana i pomnąc tego, co mi Czcigodny Pan o Swoich wypisach z akt kamienieckich mówił, pozwalam sobie udać się do Niego z prośbą, czy niewiadome Mu są jeszcze jakieś szczegóły odnoszące się do historyi Okop a specjalnie do kościoła Św. Trójcy. Polecając Mu zaś gorąco prośbę tę kreślę się z wyrazami prawdziwego szacunku

Jego powolnym sługą
Ludwik Finkel

List dra Ferdynanda Obtułowicza z 23 Maja 1889 r.[23]

Wielmożny Panie Kolego!

Słowa uznania, jakie już kilkakrotnie od W-go Pana Kolegi, nader dla mnie łaskawego, otrzymałem, stanowią dla mnie najwyższą nagrodę za prace literackie na polu

---

[20] BJ…, s. 83. – Ludwik Finkel (1858-1930) był wtedy wykładowcą historii nowożytnej Polski i powszechnej oraz historii literatury polskiej w Wyższej Szkole Rolniczej w Dublanach.

[21] Okopy (lub Okop) św. Trójcy to twierdza wzniesiona w 1692 r. u ujścia Zbruczu do Dniestru, która miała trzymać w szachu Turków stacjonujących w odległym o 20 km Chocimiu i w zajętych przez nich Kamieńcu Podolskim. Twierdza została zniszczona w 1915 r.

[22] Zygmunt Szczęsny Feliński (1822-1895) był profesorem Akademii Duchownej w Petersburgu, słynął z działalności patriotycznej i charytatywnej. Przyjaciel ks. Łubieńskiego, korespondenta Józefa Rolle. W 2009 r. kanonizowany.

[23] BJ…, s. 225.

Aleksander Jelski z Zamościa koło Mińska Litewskiego z córką Aleksandrą Glogerową

naszego piśmiennictwa lekarskiego i są również dla mnie zachętą do dalszej pracy w naszym żmudnym zawodzie.

Że prac moich na polu epidemiologii inni koledzy nie znają lub je przeoczają, pochodzi to zapewne stąd, że w nawale moich zajęć urzędowych i prywatnych nie miałem zwykle czasu do tłumaczenia ich na języki obce, zwłaszcza na język niemiecki, a nasza komisya sprawozdawcza do „Archiwum" Virchowa i Hirscha wiele prac pomija milczeniem z powodu niedbalstwa. Np. w roku obecnym komisya ta istniejąca dotąd przy „Przeglądzie Lekarskim" zupełnie istnieć przestała, tak że ja żadnych referatów z Redakcyi naszego „Przeglądu" do tłumaczenia dla tegoż „Archiwum" nie otrzymałem i ograniczyłem się jedynie do streszczenia własnych rozpraw drukowanych w r. z.[eszłym] w „Przeglądzie" i przesłanie ich na ręce prof. Virchowa w Berlinie.

Rozprawę moją o epidemiach tyfusu plamistego przetłumaczyłem na niemiecki i drukowałem w […], a odbitkę tejże rozprawki ośmielam się przesłać W-mu Panu Koledze w upominku. Tak samo przetłumaczyłem na niemiecki wykład miany w sekcyi chirurgicznej o resekcyi (…) jelita i przesłałem już do kilku niemieckich czasopism lekarskich. Rodacy nasi przeto nie będą już mieli wymówki i za pośrednictwem niemieckich gazet lekarskich zapoznają się z pracami innych kolegów.

Bardzo jestem zadowolony z obrotu sprawy szczepienia ospy za pomocą krowianki w naszym Kraju; już w roku obecnym będzie większa część dzieci zaszczepiona

krowianką, a od roku przyszłego począwszy zostanie sprawa ta w Sejmie przeprowadzona i wszystkie dzieci będą szczepione krowianką, jak zatem przemawiałem w mej ostatniej rozprawce drukowanej w „Przeglądzie Lekarskim" w ub. roku. Sprawę tę poruszałem i przez posłów naszych, skutkiem czego usiłowania te, tak moje jak i Ministra Zdrowia, zostały uwieńczone skutkiem przychylnym.

Przepraszam bardzo że tak późno przesyłam najszczersze podziękowania za tyle względów i łaskawości, ale chciałem dołączyć już dowód dalszej jeszcze pracy w obcym języku.

Z prawdziwem poważaniem
Wdzięczny i życzliwy

Obtułowicz

List Włodzimierza księcia Czetwertyńskiego z Milanowa z 11 (23 starego stylu) listopada 1889 r.[24]

Szanowny Panie.

Parę dni temu odebrałem list Jego, dopytujący o szczegóły dotyczące śp. Juliana Kędrzyckiego. Niewiele o nich sam wiem, lecz czem chata bogata tem rada, więc zaczynam. Pierwszą z Nim znajomość zrobiłem w Usolu na Syberyi, gdyż w czasie pobytu mego w Uniwersytecie Kijowskim od r. 1856, już go w Kijowie nie było, pozostały po Nim tylko tradycje, o których od starszych kolegów słyszałem. Był on w tym czasie nauczycielem w domu Marszałka Mazarakiego w powiecie Lityńskim, gdzie zajmował się wychowaniem synów Jego Wacława i Augusta. O pobycie tym żadnych drobniejszych szczegółów nie posiadam, lecz takowych Wacław Mazaraki mógłby z łatwością udzielić. Z Kijowa, gdzie w roku 1860 lub 1861 został nauczycielem pol-

[24] BJ…, s. 56-59. – Julian Kędrzycki (1827-1889) był urodzonym na Podolu nauczycielem, poetą i uczestnikiem powstania styczniowego. Jego ojciec cierpiał na depresję i popełnił samobójstwo, dlatego Józef Rolle – przekonany o dziedziczeniu psychopatii – interesował się losem Juliana. Kędrzycki został zesłany na ciężką katorgę do warzelni soli w Usolu na Syberii. Mieszkał tam razem z autorem listu. Za: Stanisław Sierotwiński: *Kędrzycki Julian*, w: *PSB*, t. XII, Wrocław 1966-1967, s. 358-359.

skiego języka, dostał się do ciężkich robót do Usola na Syberyi. Tam go zastałem, zamieszkaliśmy razem i było Nam wcale znośnie. Utrzymanie Jego stanowiły lekcje dawane dzieciom zesłańców i miejscowych urzędników lub bogatszych mościów. Po moim powrocie do kraju, wkrótce tak jak inni został zwolniony z robót i przeniósł się na mieszkanie do Irkucka. Tam zdolności swe pedagogiczne mógł rozwinąć na szeroką skalę. Cały prawie dzień schodził Mu na lekcjach i jak sam mi pisał, takowe dawały Mu około 150 r. miesięcznie. Gdy pozwolono wszystkim zesłanym przenieść się do Rossyi Europejskiej, pozostał w Irkucku trochę z powodu możności łatwiejszego zarobkowania, a więcej jeszcze dla apatyi, która Go do stanowczego kroku niezdolnym czyniła. W czasie prowadziłem z Nim ożywioną korespondencję. Trwała ona przez cały przeciąg czasu pobytu Jego w Irkucku, lecz ze znacznemi przerwami. Gdy przychodziła zima, wpadał w jakiś rodzaj odrętwienia umysłowego i w tym czasie zwykle żadnej wiadomości od Niego nie odbierałem. Za to z cieplejszymi promieniami słońca, krew silniejszem tętnem krążyć poczynała i wtedy odbierałem list po liście.

W ostatnich latach panowania Aleksandra II, rozpocząłem starania o powrót Jego do kraju. Ówczesny Naczelnik Korpusu Żandarmskiego nader życzliwie prośbę moją przyjął, lecz wkrótce odebrałem odpowiedź, że bez przejścia przez Europejskie Gubernie nie może być do kraju wróconym. Zacząłem nań nalegać, aby prędzej z Irkucka wyjeżdżał. Półtora roku nic mi nie odpowiadał, na koniec zawiadomił, że z powodu długów wyjechać nie może. Sumka była dość znaczną, jednak dzięki ofiarności dawnych przyjaciół i kolegów wkrótce się zebrała i opuściwszy Irkuck oparł się w Spasku, powiatowem mieście Tambowskiej Guberni, gdzie Mu zamieszkać kazano. Hr. Szuwałow żądał, aby zaraz po przybyciu podał prośbę, żądając przeniesienia do Warszawy z powodu nadwątlonego zdrowia i niezdrowego miejscowego klimatu, obiecując bezzwłocznie zadość jej uczynić. Takiej prośby nigdy uzyskać od Juliana nie mogłem. Przestał do mnie pisać i dopiero po trzech latach się odezwał, błagając o wyzwolenie. W tym czasie miejsce Hr. Szuwałowa zajął Hr. Loris-Melikow. Ten ostatni także najmniejszych trudności nie czynił i pozwolenie na wyjazd już było wysłanem, gdy w jednej z ówczesnych spraw nihilitowskich okazało się, że spiskujący zjeżdżali się w Lipecku, mieście Tambowskiej Guberni, nie bardzo od Spasska oddalonem. To było powodem, iż rozkazano telegrafem pozwolenie na wyjazd do czasu wstrzymać i dopiero w 1882 r., będąc w Petersburgu z ówczesnym Generał Gubernatorem Warszawskim Albedyńskim, który mnie swoimi wpływami poparł, udało mi się ostateczne pozwolenie na przyjazd do Warszawy uzyskać. Znowu jednak, niestety, okazały się znaczne długi i znowu trzeba było uciekać się do ofiarności dawnych kolegów, aby powrót umożliwić.

W jesieni 1882 r. sprowadziłem Go ostatecznie do Milanowa. Całą zimę spędził w swem zwykłem apatycznem usposobieniu: słówka z Niego wyciągnąć nie było można. W ogóle znalazłem w Nim niesłychaną odmianę. Był to już inny człowiek, zupełnie do dawnego usolskiego kolegi niepodobny. Gdy przyszła wiosna, nastąpił stan gorączkowej ruchliwości, który nas wszystkich przeraził. Zdawał się on być zwiastunem zupełnego rozstroju umysłowego. Wspólny nasz kijowski i usolski kolega,

Dr Wacław Lasocki, zabrał Go do Warszawy, gdzie konsylium lekarskie zaleciło Mu kurację hydropatyczną w Nałęczowie. W tym czasie trafiały Mu się różne posady i zajęcia, niektóre nawet nader korzystne. Wszystkie odmawiał, mówiąc, że póki ma przyjaciół, którzy o Nim myślą, pracować na swe utrzymanie nie myśli. Sposób, w jaki to postanowienie tłumaczył, był nader oryginalnym: mówił, że pierwsi rodzice nasi za grzech pierworodny skazani zostali na pożywanie chleba w pocie czoła, otóż, że praca jest karą za grzech, a że żadne prawa Boskie ani ludzkie nie każą kary szukać, że ledwie nakazują ją cierpliwie znosić, zatem on szukać jej wcale nie czuje się obowiązanym.

Wtedy to pisał do Szanownego Pana, że zaprzedaje też pod Słonim. Pani Jundziłłowa proponowała Mu mieszkanie i kilkaset r. wynagrodzenia, prawdę powiedziawszy za nic. Była to osoba już nader wiekowa. Jedyny syn Jej znajdował się w domu obłąkanych w Wiedniu i chciała mieć w domu mężczyznę, który by mógł syna tego od czasu do czasu odwiedzać, a Ją w niektórych sprawach zastąpić. Przytem chętnie chciała udzielić spokojne schronienie zmęczonemu długiem wygnaniem Sybirakowi. Projekt ten jednak z powodu niechęci Juliana nigdy do skutku nie przyszedł. Po odbyciu kuracji w Nałęczowie, ugrzązł w nim i dopiero po opłaceniu zaciągniętych w nim długów można Go było wyprawić na Podole, gdzie chciał dawnych przyjaciół i krewnych odwiedzić. Przez jakie pół roku jeździł z miejsca na miejsce, ostatecznie zaś osiadł u stryjecznego brata Postempskiego, gdzie postanowił synowców do szkół przygotowywać. Długo to nie trwało, w liście swoim do mnie wkrótce doniósł, że bratowa Jego jako rodowita Warszawianka nie jest w stanie pojąć Jego podolskiej natury i że w skutek tego wyjeżdża do Antopola (niegdyś majątku Czetwertyńskich), gdzie Mu Pani Jaroszyńska proponuje urządzenie miejscowej biblioteki.

Następny list otrzymałem już z Odessy. Donosił mi w nim, że dawni koledzy wyrobili Mu miejsce bibliotekarza w bibliotece miejskiej i że to zajęcie Mu zapewni spokojny kawałek chleba do śmierci. Tymczasem w grudniu zeszłego roku zjawił się niespodzianie w Milanowie, jak mówił, dla przepędzania Świąt z Nami. Gdy w końcu stycznia wybraliśmy się do Włoch, został w Warszawie, chcąc jak mówił odetchnąć trochę swojskim powietrzem. Potem zaś wracać miał do Odessy do swego zajęcia. Wróciwszy z podróży, dowiedziałem się, że o powrocie tym wcale nie myślał i że dawni koledzy, chcąc Mu wynaleźć jaki sposób do życia, gdy takowego w Warszawie wynaleźć nie było można, skomunikowali się z Petersburgiem. Tam, jak zapewniano, z łatwością można było znaleźć przyzwoite utrzymanie z dawania lekcji polskiej historyi i polskiej literatury. Zaopatrzono Go więc w listy polecające i pieniądze i wyprawiono do Petersburga. Od tego czasu nie dał znaku życia i zupełnie nie wiedzieliśmy, co się z nim dzieje, aż dopiero przedostatni nr „Kraju" zawiadomił nas o Jego śmierci. Spuścizna Jego literacka nie może być wielka. Głównie pisywał wierszyki ulotne, mniej lub więcej udatne. Ja sam mam ich niemało, a u każdego z znajomych i przyjaciół znajdą się także. Strasznie długo się rozpisałem. Przepraszam za bazgraninę i przesyłając zapewnienie prawdziwego mego poważania, pozostaję sługą.

Włodzimierz Czetwertyński

List Eugeniusza Maryańskiego z Jarmoliniec z 10 (22 starego stylu) października 1889 r.[25]

Kochany Kolego!

Wybaczcie, że dotąd nie odpowiedziałem na Wasz list – ale w tym czasie tyle miałem kłopotów z dziatwą, wyjazdów do Lwowa, że dopiero teraz jestem nieco spokojniejszy. Najprzód serdecznie Wam dziękuję za wspomnienie o Kruzerze w „Wieku". Nie można było lepiej poczciwego dziwaka odmalować. Dziś byłem w cerkwi, aby wypełnić polecenie Wasze. Obraz, o który pytacie, przedstawia Matkę Bożą z Dziecięciem na ręku otoczoną wokoło aniołami. Długości ma 3 arszyny – szerokości 2. Ma być włoskiem malowidłem, ale przez kogo malowany, niewiadomo, żadnych napisów na obrazie nie ma. Nie ma najmniejszej pewności, że to dar P. Adama Orłowskiego. Był on dosyć obojętny w rzeczach religijnych – przez jego to upór zabrano jeden z piękniejszych kościołów na Podolu. Prawdopodobnie dar to jeszcze […] lub […], Orłowscy tylko kończyli – choć nigdy on nie był ukończony. Malowidło rzeczywiście prześliczne. W dzisiejszym kościele jarmolinieckim jest obraz „Złożenie do grobu" – ma być oryginalny Ribery. Wysokości ma do 2 arszyn, szerokości 1 ¾ arszyna, wisi nad drzwiami prowadzącymi do zakrystyi. Był on właśnością Taylerandów, dany przy błogosławieństwie P. Alexandrowej Orłowskiej. Ona zapisała go tutejszemu Kościołowi , choć słyszałem, że rodzina o niego dopominała się. P. Konstanty Przeździecki przyznał, że to tylko prześliczna kopia, a że nie jest oryginał.

O zbiorach P. Alexandra nie piszę – bo są znane – a w okolicy dowiadywać się będę.

Chalecki, o którego pytacie, był za moich czasów asystentem przy Klinice Szpitalnej i dobrze go pamiętam.

Ściskam dłoń Waszą najżyczliwiej i uszanowania od mej rodziny dołączam.

Kolega i Kuzyn Maryański

[25] BJ…, s. 210.

August Kwaśnicki

List dra med. Augusta Kwaśniewskiego z Krakowa z 19 (6 starego stylu) czerwca 1890 r.[26]

ul. Basztowa 4

Wielmożny Panie i Kolego,

Zjazd na uroczystość pogrzebu Mickiewicza przybiera takie rozmiary, że mogłoby się wydarzyć niepodobieństwo umieszczenia wszystkich, przybywających do Krakowa. W celu zapobieżenia podobnej ewentualności dla lekarzy, koledzy krakowscy postarali się o kilkanaście mieszkań, które gościnnie proponują lekarzom, przybywającym na uroczystość, a niemogącym mieć mieszkania na innej drodze.

Upraszam więc Szanownego Pana Kolegę o zawiadomienie mnię, możebnie prędko, gdybyś sam, lub też który z lekarzy mu znanych właśnie znalazł się w tem położeniu, że potrzebowałby mieszkania na zbliżającą się (30go b. m.) uroczystość.

Z wysokim szacunkiem

August Kwaśnicki

[26] BJ…, s. 182.

List Józefa Wolffa, syna Roberta księgarza warszawskiego i redaktora „Tygodnika Ilustrowanego" z Warszawy z 21 stycznia 1893. r.[27]

Czcigodny Panie!

Wzięci w kluby przez niezależne od nas siły, nie możemy tak, jakbyśmy chcieli, w pewnych kierunkach redagować „Tygodnika". Brak nam na pierwszem miejscu rzeczy historycznych, a za pracami Szanownego Pana stęskniliśmy się nie tylko jako redaktorzy i wydawcy „Tygodnika", lecz zarazem i jako skrzętni czytelnicy Jego utworów. To też jakkolwiek stosunki się nie zmieniły, śmiem kołatać do znanej mi uczynności Szanownego Pana i ufny w Pana dobre chęci narzucam się z prośbą o jaki choćby drobiazg dla „Tygodnika". Nie chcę marzyć ze względów cenzuralnych o jakiejkolwiek ściśle historycznej, wyczerpującej pracy, ale mniemam, że szkice… anegdoty …, miałyby … uzyskanie aprobaty, ku czemu wszelkich starań dołożę.

Łaskawej odpowiedzi Czcigodnego Pana wyczekuję z niecierpliwością, a zarazem śmiem polecić się Jego dobrej pamięci i załączyć od Ojca serdeczne pozdrowienie, od syna zaś wyrazy najgłębszego poważania

Józef Wolff

[27] BJ…, s. 323.

Lekarze i personel pomocniczy Szpitala Śląskiego w Cieszynie w zbiorze fotografii Karola Skałki

Doctors and an auxiliary staff of the Silesia Hospital in Cieszyn in the collection of photographs by Karol Skałka

Joanna Lusek*

Streszczenie: Artykuł przedstawia Karola Skałkę i jego zbiór archiwalnych fotografii. Karol Skałka urodził się 14 sierpnia 1928 r. w Cieszynie. W latach 1947-1952 studiował chemię we Wrocławiu. W lutym 1950 r. został asystentem Zakładu Chemii Wydziału Stomatologii, a trzy miesiące później asystentem Zakładu Chemii Fizjologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dyplom magistra chemii uzyskał w czerwcu 1952 r. i podjął wtedy pracę w laboratorium Szpitala Śląskiego w Cieszynie. W latach 1958-1996 kierował pracownią fotograficzną w tym szpitalu i gromadził fotograficzną dokumentację medyczną. Jego zdjęcia zostały wykorzystane w wielu pracach naukowych. Fotografia była jego pasją. Interesował się architekturą Szpitala Śląskiego (poprzednio: Evangelischen Allgemeines Krankenhaus der Gemeinde in Teschen, Schlesisches Krankenhaus) i ludźmi z nim związanymi. Jego kolekcja fotografii składa się ze 191 obiektów przedstawiających: archiwalne plany szpitala, jego budynki, pokoje pacjentów i personel medyczny. Zbiór obejmuje okres od 1889, kiedy szpital powstał, do lat 1990-tych.

Abstract: This article presents Karol Skałka and his collection of photos. Karol Skałka was born in 14th August 1928 in the town of Cieszyn. In 1947-1952 he studied chemistry in Wroclaw. Since February 1950 he became an assistant at the Department of Chemistry of the Faculty of Dentistry and three months later he change this job to take the same position at the Department of Physiological Chemistry of the Faculty of Medicine of the Medical Academy in Wrocław. He received Master's degree in Chemistry in June 1952 and started to work in a laboratory of the Silesian Hospital in Cieszyn. In 1958–1996 he managed a photographic studio at the hospital and collected photographic medical records. His works were used in many scientific studies. His passion as an art of photography. He was interested in architecture of the Silesian Hospital in Cieszyn (formerly: Evangelischen Allgemeines Krankenhaus der Gemeinde in Teschen, Schlesisches Krankenhaus) and his supporters and employees. His collection consists with 191 images presenting: archival plans of the hospital, hospital buildings, , chambers for patients, and the hospital staff. The collection covers the period from 1889, when the hospital was established, to the 1990s.

Słowa kluczowe: historia fotografii, Karol Skałka, Szpital Śląski w Cieszynie

Key words: history of photography, Karol Skałka, Silesian Hospital in Cieszyn

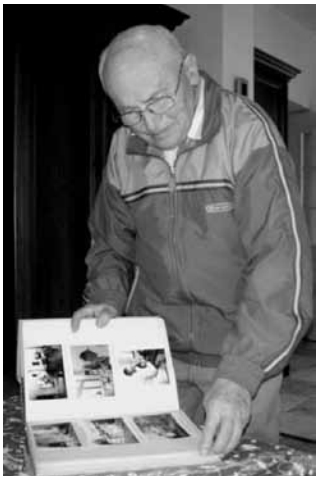
Karol Skałka – autor zbioru fotografii

Karol Skałka urodził się 14 sierpnia 1928 r. w Cieszynie. Jego ojciec, Paweł Skałka, był z zawodu czeladnikiem krawieckim, natomiast matka, Adela z domu Ladky, nie

* Kierownik Działu Kresów i Kultur Pogranicza, Muzeum Górnośląskie w Bytomiu, ul. Wojciecha Korfantego 34, 41-902 Bytom, j.lusek@muzeum.bytom.pl

pracowała zawodowo, poświęcając się opiece nad dziećmi i domem. Karol Skałka dorastał w Cieszynie. W latach 1947-1952 studiował chemię na Wydziale Matematyczno-Fizyczno-Chemicznym Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu (od stycznia 1950 r. Akademii Medycznej we Wrocławiu). W trakcie studiów, w lutym 1950 r., podjął pracę w charakterze asystenta Zakładu Chemii Fizjologicznej na Wydziale Stomatologii, od maja 1950 r. usytuowanym w strukturze Wydziału Lekarskiego. W czerwcu 1952 r. otrzymał dyplom magistra chemii tej uczelni. Praca dyplomowa pt. „Badanie homogenności kryształów białka miogenu A" została napisana pod kierunkiem prof. Tadeusza Baranowskiego. Po ukończeniu studiów Skałka nadal pracował w Zakładzie Chemii Fizjologicznej, prowadząc również zajęcia dydaktyczne dla studentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu. Jesienią 1952 r. został oddelegowany do Centralnego Instytutu Chemii (Ústřední Ústav Chemie, UUCH) w Pradze, celem zapoznania się z nowymi metodami w zakresie chromatografii oraz nawiązania współpracy międzynarodowej w zakresie badań klinicznych nad hormonem adrenokortykotropowego (kortykotropina, ACTH).

Ryc. 1. Karol Skałka w pracowni chemicznej (1966 r.)
Fot. ze zbiorów Karola Skałki



Ryc. 2. Karol Skałka – autor albumu „Szpital Śląski w fotografii (1893-1990)".
Fot. Joanna Lusek

W kolejnych latach Skałka uczestniczył w licznych kursach dokształcających, organizowanych m.in. przez Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej w Warszawie (kurs ochrony przed promieniowaniem dla inspektorów ochrony radiologicznej III st., 1972 r.), Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie (kurs stosowania metod analitycznych w badaniach materiału biologicznego w przypadkach zatruć ostrych, 1973 r.), Wojewódzką Stację Krwiodawstwa w Katowicach (kurs zakończony egzaminem w zakresie oznaczania

grup krwi, czynnika Rh i prób krzyżowych, 1973 r.), Wojewódzki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Bielsku-Białej (kurs BHP, 1980 r.). W latach 1962-1991 brał udział w szkoleniach dla pracowników laboratoryjnych okręgu ostrawskiego w Czechosłowacji oraz występował jako prelegent w zebraniach Czechosłowackiego Towarzystwa Biologicznego (Československé Biologicke Spolecnosti), pod patronatem Czechosłowackiej Akademii Nauk.

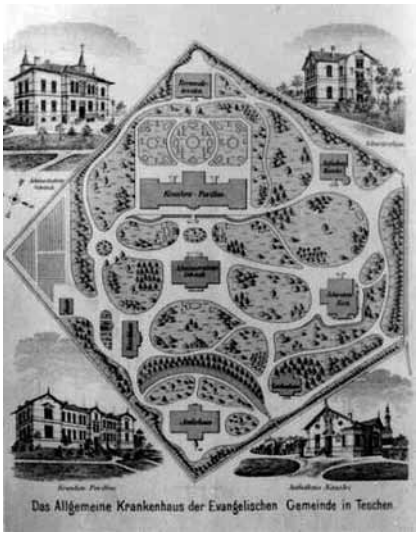
1 października 1953 r., po uzyskaniu akceptacji Ministra Zdrowia, rozpoczął pracę w laboratorium Szpitala Śląskiego w Cieszynie. W tej dekadzie dokonał się znaczący postęp w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, umożliwiając coraz skuteczniejszą terapię. Skałka podejmował w szpitalu nowatorskie działania, m.in. poprzez stosowanie ilościowych metod oznaczania parametrów krwi i moczu oraz szerokiego spektrum badań serologicznych w oparciu o założenia nowoczesnej enzymologii. W 1978 r. objął stanowisko kierownika centralnej pracowni diagnostyki laboratoryjnej tego szpitala. W kolejnych latach doprowadził do utworzenia pracowni izotopowej, w której przepracował później 10 lat na stanowisku inspektora ochrony przed promieniowaniem jonizującym. W 1984 r. zdobył pod kierunkiem dr n. med. Teresy Giermakowskiej-Kowalik specjalizację I stopnia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. W latach 1965-1978, a następnie od 1984 r. pełnił obowiązki społecznego inspektora pracy Szpitala Śląskiego. W latach 1958-1996 prowadził pracownię fotograficzną i dokumentował przypadki chorobowe. Wykonane przez niego zdjęcia wykorzystywano w wielu pracach naukowych. Skałka przeszedł na emeryturę w 1991 r. Kontynuował pracę w pracowni toksykologii przemysłowej Przychodni Rejonowej nr 2 w Cieszynie.

Charakterystyka zbioru fotografii

Pasją Karola Skałki, powiązaną poniekąd z pracą zawodową, stało się dokumentowanie historii Szpitala Śląskiego w Cieszynie, jego architektury, związanych z nim pracowników i pacjentów. Na gromadzoną przez lata kolekcję składają się fotografie archiwalne oraz zdjęcia jego autorstwa. Jak sam mówi: „Mając sentyment do przeszłości, zbierałem stare zdjęcia i w pewnym momencie zauważyłem, że z moich zbiorów mógłby powstać album". Zbiór ma charakter chronologiczno-przedmiotowy i obejmuje 191 fotografii. Wszystkie opatrzono komentarzem, datą powstania fotografii, ewentualnie imieniem i nazwiskiem autora. W doskonały sposób album prezentuje historię cieszyńskiego szpitala, od momentu jego powstania do lat osiemdziesiątych XX w. oraz związanych z nim ludzi. Na kolekcję składa się sześć planów szpitala i fotografie przedstawiające szpitalną zabudowę, łącznie 69 fotografii, w tym 9 prezentujących kompleks i 60 prezentujących jego wnętrza. Przeważają fotografie z lat powojennych. Na 74 fotografiach przedstawieni są pracownicy szpitala: dyrektorzy, ordynatorzy oddziałów, personel lekarski i pielęgniarski. Są również fotografie pacjentów, darczyńców, w tym Gabrieli hrabiny Thun-Hohenstein, oraz inicjatorów budowy i rozbudowy szpitala.

Najstarsze fotografie w kolekcji związane są z pierwszym okresem funkcjonowania Szpitala Śląskiego. Zamysł utworzenia szpitala pojawił się na początku lat

Ryc. 3. Plan sytuacyjny szpitala (1893).
Rep. za: Das Allgemeine Krankenhaus der Evangelischen Gemeinde In Teschen. Bericht der Curatoriums über die Gründung dieser Anstalt und deren Entwicklung im ersten Halbjahre ihres Bestandes, Teschen 1893



Ryc. 4. Budynek dla rekonwalescentów oraz chorych z niedowładem kończyn górnych i dolnych

Ryc. 5. Budynek prosektury i oddział chorób zakaźnych (1894 r.)

Ryc. 6. Główny pawilon dla chorych im. Cesarza Franciszka Józefa (po lewej stronie) oraz budynek administracji Szpitala Śląskiego (po prawej stronie).
Pocztówka (1896 r.)

Ryc. 7. Mozaika na ścianie kaplicy Szpitala Śląskiego.
Fot. Janina Ciupek

osiemdziesiątych XIX wieku. Śląsk Cieszyński znajdował się wówczas w granicach Monarchii Austro-Węgierskiej. Rozwój miasta, warunkowany lokalną rywalizacją narodowościową i wyznaniową, sprzyjał podejmowaniu odważnych decyzji. Inicjatorem i zwolennikiem budowy szpitala w Cieszynie był ówczesny superintendent kościoła ewangelicko-augsburskiego na ziemiach morawsko-śląskich – pastor dr Theodor Haase. Pastor odznaczył się jako społecznik, założyciel szkół ewangelickich oraz stowarzyszeń charytatywnych, jak również polityk – poseł do Sejmu Śląskiego oraz Rady Państwa w Wiedniu. W 1912 r. nieopodal bramy szpitala odsłonięto pomnik Hassego, zaprojektowany przez Jana Raszkę, a sfinansowany z dotacji Sejmu Śląskiego. Na pomnik składał się cokół z popiersiem Haasego oraz trzy płaskorzeźby, które przedstawiały Theodora Haasego na tle kościoła wspomagającego potrzebujących, zabieg wykonywany przez personel Szpitala Śląskiego pod kierunkiem dyrektora Hermanna Hinterstoissera oraz pielęgniarkę ratującą matkę i dziecko.

Szpital gminy ewangelickiej miał być alternatywą wobec funkcjonującego w mieście katolickiego szpitala św. Elżbiety. Komitet budowy nowego zakładu leczniczego został powołany w 1886 r. Środki pochodziły z datków indywidualnych oraz organizacji i stowarzyszeń, jak również subwencji Sejmu Krajowego. Pozwoliły one na

Ryc. 8. Pielęgniarki z diakonatu ewangelickiego w Bielsku (1907 r.).
Fot. autorstwa [bd] Mückenbrünna

Ryc. 9. Pielęgniarki w strojach wyjściowych

zakup 2-hektarowej parceli przy Górnym Przedmieściu (obecnie ul. Bielska). Autorem koncepcji architektonicznej był Alois Jedek, który zaprojektował kompleks pawilonów w stylu historycznej architektury Śląska Austriackiego (ryc. 3-6). Najważniejszą inwestycję, pawilon dla chorych z salą operacyjną, ukończono w 1890 r. Jego otwarcia dokonał cesarz Franciszek Józef, którego imieniem nazwano pawilon (ryc. 6). Wkrótce oddano do użytku kolejne budynki: pawilon dla rekonwalescentów (ryc. 4), chorób zakaźnych, prosektorium i kostnicę (ryc. 5), dom dla sióstr diakonii ewangelickiej opiekującej się chorymi, pralnię, lodownię i chlewy.

Kolejne fotografie prezentują pracowników cieszyńskiej placówki, którzy dzięki wysokim kwalifikacjom i ofiarności przyczynili się do jej popularności. Poświęcenie Szpitala Powszechnego Gminy Ewangelickiej w Cieszynie nastąpiło 14 czerwca 1892 r. Stanowisko dyrektora zakładu oddano w ręce dra Hermanna Hinterstoissera (ryc. 10 i 11) – ordynatora oddziałów chirurgicznego i ginekologicznego, ucznia dr. Theodora Billrotha i dra Rudolfa Chroboka. Dzięki wzorowemu zarządzaniu szpitalem, stał się on placówką modelową na Śląsku Cieszyńskim. Szpital zatrudniał wówczas wybitnych specjalistów, Konrada Fridmanna, syna cieszyńskiego rabina, oraz Stefana Rogoyskiego z Krakowa. Opiekę pielęgniarską nad chorymi sprawowały siostry diakonii ewangelickiej, absolwentki kursów w Weimarze, Jenie i Bielsku (ryc. 8 i 9). Na przełomie XIX i XX w. szpital dysponował już dwiema salami operacyjnymi, aparatem do inhalacji, aparaturą do wytwarzania gorącego powietrza, aparatem rentgenowskim, urządzeniami do cystoskopii, mikroskopem i mikrotomem do przygotowywania preparatów histopatologicznych. Podczas operacji stosowano narkozę oraz znieczulenie miejscowe. Lekarze i personel korzystali z gumowych rękawiczek i maseczek.

W 1900 r., gdy liczba pacjentów przekroczyła 1,7 tys. osób, podjęto decyzję o dalszej rozbudowie kompleksu. W tym celu zakupiono tereny przylegające do szpitala

Ryc. 10. Dyrektor Szpitala Śląskiego – dr Hermann Hintersoisser (drugi z lewej, rząd siedzący) wraz z żoną i trzema córkami, operator-rentgenolog Józef Stynglz żoną oraz pielęgniarka. W tle zabudowania Szpitala Śląskiego (okres I wojny światowej)

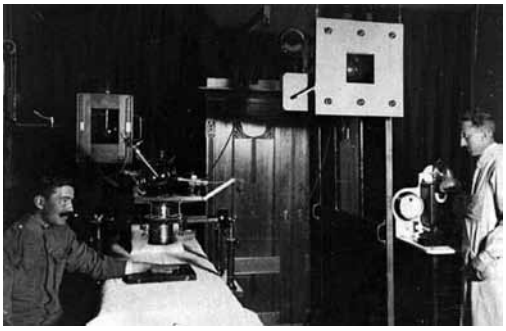
Ryc. 11. Zabieg wykonywany przez zespół lekarzy i pielęgniarek w Szpitalu Śląskim. Płaskorzeźba z cokołu pomnika pastora dra Theodora Haasego autorstwa Jana Raszki (1912 r.)

i rozpoczęto budowę nowych pawilonów dla oddziału chorób wewnętrznych i zakaźnych, rozbudowano także znacznie dom dla sióstr diakonii ewangelickiej, izbę przyjęć i istniejący oddział chorób zakaźnych. Z uwagi na trudną sytuację finansową w 1903 r. zakład przekazano pod zarząd Rządowi Krajowemu w Opawie; odtąd używano nazwy: Szpital Śląski w Cieszynie. Leczyli się w nim chorzy nie tylko z terenów Śląska Cieszyńskiego, ale również z Galicji, Moraw, Czech, Niemiec i Węgier. W 1910 r. szpital

Ryc. 12. Grupa pielęgniarek Szpitala Śląskiego w Cieszynie. Wyjazd do lazaretu polowego w Przemyślu (1914 r.)

Ryc. 13. Gabriela hrabina Thun-Hohenstein (1911 r.)

Ryc. 14. Personel Szpitala Śląskiego w Cieszynie (okres I wojny światowej). W środku rentgenolog Józef Styngl



Ryc. 15. Wykonywanie prześwietlenia przez Józefa Styngla (okres I wojny światowej)

Ryc. 16. Dr Jan Kubisz w otoczeniu pacjentów i personelu (lata 20. XX w.)

Ryc. 17. Pawilon III Szpitala Śląskiego. Sala dla dzieci (lata 20. XX w.)

Ryc. 18. Pawilon IV Szpitala Śląskiego dla pacjentów z chorobami układu oddechowego na tle kompleksu Szpitala Śląskiego w Cieszynie (1931 r.).
Fot. autorstwa [bd] Feitzingera

Ryc. 19. Sala chorych. W głębi dr Tadeusz Kossowski wraz z pielęgniarką – diakonisą (lata 1930-te)

zelektryfikowano i dokonano uroczystego otwarcia pawilonu dziecięcego (ryc. 17), utworzonego z inicjatywy i przy wsparciu finansowym Gabrieli hrabiny Thun-Hohenstein (ryc. 13). W latach I wojny światowej Szpital Śląski funkcjonował jako lazaret rezerwy. Pracowało w nim wówczas ośmiu lekarzy: dyrektor – dr H. Hinterstoisser, Karl Schmidt (chirurg, ginekolog), Franz Groer (chirurg), Arnold Krasser (okulista), Józef Styngl (rentgenolog, ryc. 14 i 15), Paweł Fink, Alojzy Roschik i Ernst Widmann. Lekarze i personel pomocniczy opiekowali się wówczas także rannymi oraz chorymi wojskowymi. Z tego okresu zachowało się ciekawe zdjęcie wykonane tuż przed wybuchem wojny, a przedstawiające grupę pielęgniarek Szpitala Śląskiego przed wyjazdem do lazaretu polowego w Przemyślu (ryc. 12).

Po zakończeniu I wojny światowej nastał okres wielkich zmian dla Szpitala Śląskiego. Naznaczony był przede wszystkim zmianą przynależności państwowej oraz zmianami personalnymi, co prezentują fotografie zgromadzone przez Skałkę. W kwietniu 1919 r. Rząd Krajowy Śląska Cieszyńskiego podjął uchwałę o przejęciu szpitala przez polskie władze administracyjne, natomiast w czerwcu 1922 r. został on przejęty przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach. Na stanowisku dyrektora pozostał dr H. Hinterstoisser. Oprócz niego w szpitalu pracowali również: dr K. Schmidt (chirurg), F. Groer, A. Krasser (okulista), E. Widmann, Viktor Gröger, Emil Neymand oraz Georg Tyrna. W 1922 r. grono specjalistów powiększyli Jan Kubisz (specjalista chorób zakaźnych, późniejszy dyrektor cieszyńskiego szpitala i osobisty lekarz prezydenta Ignacego Mościckiego i Marii Rodziewiczówny, ryc. 16) oraz dr Otton Socha, w 1924 r. Paweł Rykała (radiolog), Jan Zielina (anatomopatolog), a w 1929 r. Jan Zigmund (chirurg). Wówczas też uruchomiono przyszpitalne prosektorium, którego kierownictwo powierzono Richardowi Penecke (ryc. 17), anatomopatologowi współpracującemu z ośrodkami w Bielsku, Rybniku i Lublińcu. W szpitalu pracował również personel pomocniczy, 28 wykwalifikowanych pielęgniarek – sióstr z Ewangelickiego Diakonatu w Bielsku (ryc. 15). Szpital cieszył się popularnością. W latach dwudziestych XX w. leczono w nim średnio 3-3,5 tys. chorych rocznie, w tym około 25% spoza województwa śląskiego, co generowało dodatkowe koszta. W 1929 r. rozbudowano pawilony:

Ryc. 20. Lekarze Szpitala Śląskiego (1931 r.).
Siedzą od lewej: Franciszek Groer, laborantka Blanka Siersch, Richard Penecke, Karl Schmidt, Arnold Krasser, Maria Kossowska, dyrektor – Jan Kubisz. Stoją od lewej: drugi Paweł Rykała, trzeci Kania, siódmy Otton Socha, ósmy Wechsler

Ryc. 21. Personel Szpitala Śląskiego (1932 r.).
Siedzą od lewej: Jan Zigmund, przełożona pielęgniarek [bd], Karl Schmidt, Midlasiewicz. Siostry, stoją od lewej: Marianna, Matylda, Alojz [bd], Mira, Sonja, Luizja, Gusti i Käthe

rentgenologiczny, dla chorych na gruźlicę, dla oddziału okulistycznego oraz chirurgiczny (ryc. 18).

1 listopada 1930 r. funkcja dyrektora szpitala została powierzona dr Janowi Kubiszowi. W latach trzydziestych nastąpiła dalsza systematyczna rotacja kadry lekarskiej (ryc. 20-25). W Szpitalu Śląskim rozpoczęli pracę: Henryk Bernacik (chirurg, ginekolog), Janina Bincer (bakteriolog) i Wiktor Bincer (internista, redaktor ukazującej się od 1936 r. „Gazety Lekarskiej Śląska Polskiego"), Władysław Bruk, Gerard Burzyk, Edmund Dalski (internista), Albin Garbień (ginekolog), Löwi Anna, Hupert Kania, K. Kołaczek, Maria Kossowska i Tadeusz Kossowski (pediatra), Alfons Mackowski (chirurg, późniejszy dyrektor szpitala), Midlasiewicz, Roman Misiaczek (pulmonolog), Alfred Nowak, Blanka Siersch (laborantka), J. Wajda, Wechsler i J. Zielina. Perso-

Ryc. 22. Personel lekarski i sanitarny Szpitala Śląskiego w Cieszynie (1936 r.).
Lekarze, siedzą od lewej: drugi Karol Dostal, dalej Albin Garbień i Tadeusz Kossowski

Ryc. 23. Zespół lekarzy Szpitala Śląskiego w Cieszynie (1933 r.).
Siedzą od lewej: K. Kołoczek, J. Zigmund, dyrektor Jan Kubisz, J. Wajda, Tadeusz Kossowski. Stoją: czwarty od lewej Władysław Bruk

Ryc. 24. Lekarze, personel pomocniczy i pacjenci Szpitala Śląskiego w Cieszynie (1937 r.). Siedzą od lewej: piąty Roman Misiaczek, szósta Löwi Anna Hupert, siódma siostra Agnieszka Kołder

Ryc. 25. Szkolenie położnych (VI 1937 r.). Siedzą od lewej: Maria Żurek, Edmund Dalski, Albin Garbień, Irena Jurczyk i położna Morżoł

nel pomocniczy stanowiły diakonisy z Polskiego Diakonatu Ewangelickiego w Dzięgielowie. W szpitalu organizowano kursy dokształcające dla lekarzy poszczególnych specjalności oraz kursy pielęgniarskie (ryc. 25-26). Przy szpitalu pracownicy utworzyli drużynę piłki nożnej (ryc. 27). Kontynuowano rozbudowę placówki. Powstały oddziały zakaźny i cystoskopii, pracownia rentgenowska i fizykoterapii (1931 r.). Oddział chirurgiczny i ginekologiczny przekształcono w oddział wewnętrzny i ambulatorium, a w kolejnym pawilonie powstał oddział położniczy (1933 r.), zreorganizowano prosektorium, które wyposażono w sprzęt do badań chemicznych, bakteriologicznych, histopatologicznych i hematologicznych, powiększono je o salę sekcyjną i muzeum preparatów anatomiczno-patologicznych (ryc. 19 i 28). Wybudowano ponadto oczyszczalnię ścieków oraz niezależną od miejskiej sieć kanalizacyjną. W 1937 r. ukończono budowę nowoczesnej sali operacyjnej. Posiadała bezcieniowe oświetlenie stołu operacyjnego. Średnia liczba pacjentów wynosiła około 6 tys. rocznie. W drugiej połowie lat trzydziestych personel lekarski i pomocniczy przygotowywał się do służby sanitarnej na wypadek wybuchu konfliktu zbrojnego. Plany przewidywały, że

Ryc. 26. Absolwentki kursu pielęgniarstwa przed Szpitalem Śląskim (1937 r.)

Ryc. 27. Lekarska drużyna piłki nożnej Szpitala Śląskiego (1938 r.)
Fot. autorstwa Antoniego Małego

Ryc. 28. Wnętrze części diagnostycznej budynku prosektorium. Richard Penecke (1938 r.)

Ryc. 29. Wizytacja naczelnego lekarza III Rzeszy w randze ministra zdrowia Rzeszy, a zarazem sekretarza stanu do spraw zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych – dra Leonardo Contiego w Szpitalu Śląskim. Na zdjęciu podczas rozmowy z Richardem Penecke (1941 r.)

wszystkie instytucje państwowe w Cieszynie poddadzą się bez walki. Podjęto przygotowania do ewakuacji.

Z lat II wojny światowej w albumie Karola Skałki znajdują się zaledwie dwie fotografie. W przededniu wojny szpital ewakuowano. Chorzy zostali przewiezieni pociągami do klasztoru ojców Salezjanów w Oświęcimiu, a operacją kierował J. Zielina w randze porucznika. Oddział chorób wewnętrznych przeniesiono do kompleksu szpitalnego w Czeskim Cieszynie [wówczas Cieszyna Zachodniego]. Do opustoszałych na krótko pomieszczeń szpitalnych zaczęto przewozić rannych uczestników walk pod Skoczowem, żołnierzy niemieckich i polskich jeńców wojennych. 3 września 1939 r. szpital został przejęty przez władze niemieckie. Doraźnie pomocy udzielali emerytowani chirurdzy: K. Schmidt, A. Krasser, F. Groer, niemiecki lekarz wojskowy – Doppler, jak również felczer Laukner. W kolejnych dniach wróciło kilkoro lekarzy, którzy ewakuowali chorych do Oświęcimia, m.in.: H. Bernacik, P. Rykała, A. Garbień, A. Nowak. Do grona dołączyli: Florian Smykowski (laryngolog), Jerzy Brzeżek, Adalbert Unger (internista) Jan Rupp oraz lekarka Studemann (internistka). Tymczasowo dyrektorem mianowano K. Schmidta. Po jego śmierci w 1940 r. funkcję objęli kolejno dr Ressler (ryc. 29) i dr Zielke, który pełnił ją do końca wojny. Dwaj cieszyńscy lekarze, A. Garbień oraz Zdzisław Nosek (pediatra), zostali osadzeni w obozie koncentracyjnym, a po zwolnieniu pracowali na terenie Generalnego Gubernatorstwa. Przy chorych posługiwały diakonisy ze Śląskiego Diakonatu w Bielsku. W 1942 r. dołączyły do nich siostry z diakonatu w Zellendorf. Chorych i rannych odwiedzała regularnie przewodnicząca Czerwonego Krzyża w Cieszynie, wspomniana już Gabriela hrabina Thun-Hohenstein. Przebywający na leczeniu otrzymywali produkty żywnościowe oraz tytoń. Lekarze niejednokrotnie z narażeniem życia prowadzili działalność konspiracyjną; P. Rykała fałszował dokumentację, uniemożliwiając powołanie do Wehrmachtu. H. Bernacik pracował wśród partyzantów, wykonywał zabiegi poza szpitalem. Pod koniec II wojny światowej większość specjalistycznego sprzętu została przez

Ryc. 30. Zespół operacyjny Szpitala Śląskiego (1951 r.)

Ryc. 31. Pracownia rentgenowska. Na zdjęciu: Paweł Rykała i Adam Stano wraz z personelem (1955 r.)

Niemców wywieziona, m.in. urządzenia do naświetlania radem, przenośne aparaty rentgenowskie, mikroskopy, mikrotomy i narzędzia lekarskie.

Powojenne rozliczenia z okresem okupacji dotknęły ludzi związanych z placówką przez długie lata. Skonfiskowano majątek Gabrieli hrabiny Thun-Hehenstein, a R. Penecke opuścił grono pracowników ze względu na swe niemieckie korzenie. Po wojnie sprzed szpitala usunięto pomnik jego inicjatora, dra Theodora Haasego. Znalazł on miejsce w siedzibie parafii ewangelickiej, a od 2012 r. znajduje się w hallu głównym pawilonu diagnostyczno-zabiegowego. Na jego cokole ustawiono 15 maja 1987 r. pomnik pielęgniarki, autorstwa Jana Hermy.

Okres powojenny jest najlepiej udokumentowanym w albumie Karola Skałki, obejmuje 87 fotografii z okresu 1950-1980. (ryc. 30-41). Po zakończeniu wojny w szpitalu pozostali czterej lekarze: H. Bernacik, P. Rykała, F. Smykowski i A. Nowak. W 1945 r. hospitalizowanych było średnio 80-150 pacjentów, z tendencją wzrostową, bo rok później było ich już 400. W maju 1945 r. powrócił dyrektor Jan Kubisz, który zmarł

Ryc. 32. Pracownia biochemiczna Szpitala Śląskiego. Na zdjęciu: kierownik – Karol Skałka oraz laboranci – Karol Czyż, Jadwiga Caputa i Marta Garbusińska (1965 r.)

Ryc. 33. Gabinet dentystyczny. Na zdjęciu Garbieniowa oraz zespół asystencki (1962 r.)

Ryc. 34. Laborantki Łucja Nawrat i Romana Wacławek przy Spekolu i analizatorze gazów (1965 r.)

Ryc. 35. Zespół wokalny pielęgniarek Szpitala Śląskiego – „Aspirynki", działający w latach 1964-1971

w marcu 1948 r. W czasie wojny mieszkał w Warszawie i pracował w firmie farmaceutycznej Klawe. Brał również udział w Powstaniu Warszawskim, tworząc szpital dla rannych powstańców. W jego mieszkaniu, przy ul. Baduina 3 działał punkt sanitarny. W 1947 r. do Cieszyna wrócił dr A. Mackowski, który objął stanowisko dyrektora po śmierci Kubisza. W czasie wojny pracował w Peel Hospital-Clovenfords. W 1946 r. objął kierownictwo szpitala w brytyjskiej strefie w Wermelskirchen w Niemczech. Po wojnie w Cieszynie rozpoczął pracę prof. Kazimierz Opoczyński, były rektor Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie oraz Henryk Podworski (okulista). Uruchomiono wówczas trzy oddziały: chirurgiczny, którym kierował J. Kubisz, potem A. Mackowski, ginekologiczno-położniczy z dr A. Garbieniem oraz chorób wewnętrznych z W. Bincerem. W 1951 r. utworzono oddział pediatrii z Z. Noskiem, w 1952 r. oddział chorób zakaźnych z Emilem Błahutem (późniejszym wicedyrektorem ds. lecznictwa otwartego), a w 1953 r. oddział dermatologiczny z Karolem Dostalem. W 1959 r. dokonano podziału oddziału położniczo-ginekologicznego i wyodrębniono oddział dla

Ryc. 36. Personel oddziału pediatrii z ordynatorem – Zdzisławem Noskiem (1962 r.)

Ryc. 37. Personel oddziału chirurgii z dyrektorem Szpitala Śląskiego w Cieszynie – dr doc. Alfonsem Mackowskim.
Fot. autorstwa Karola Holeksy

Ryc. 38. Pracownia Izotopowa. Na zdjęciu lekarze: Trenner i Łobodziec (1965 r.)

Ryc. 39. Pracownicy apteki Szpitala Śląskiego (1961 r.)

noworodków z Wiktorią Krzanowską, a w 1960 r. oddział chirurgiczny, z którego wydzielono oddział chirurgii urazowej i ortopedycznej, którego kierownictwo powierzono Pawłowi Wacławikowi. W 1961 r. zorganizowano oddział neurologiczny. Utworzono również drugi oddział chirurgiczny z Mieczysławem Andrzejewskim. Funkcjonowały ponadto pracownie: radiologiczna z Pawłem Rykałą, anatomopatologiczna z prof. K. Opoczyńskim i J. Zieliną, analityczna z Jadwigą Bincerową i Wiktorem Pochabą. Ponadto również apteka szpitalna z Ryszardem Słupikiem, a od 1950 r. z dr Karolem Chobotem. W 1963 r. uruchomiono Poradnię Onkologiczną. Punktem krwiodawstwa kierował Paweł Rakowski. Opiekę nad chorymi sprawowały siostry

Ryc. 40. Laborantka Barbara Popek przy aparacie Astrupa (1975 r.)

Ryc. 41. Pracownia hematologiczna Szpitala Śląskiego (1988 r.). Na zdjęciu: Jolanta Panic oraz Alicja Połom. Fot. autorstwa H. Tomaszczyka

Ryc. 42. Makieta Szpitala Śląskiego. Lata 80. XX w.

Ryc. 43. Centralny Pawilon Łóżkowy (1990 r.).
Fot. autorstwa Józefa Matysiaka

z diakonii ewangelickiej, m.in. siostry z Dzięgielowa, pod kierunkiem sióstr przełożonych, kolejno s. Danuty (Wanda Gerke), Anny Szczeponiec i Agnieszki (Amalia Kołder). Szpital z placówki wojewódzkiej przekształcono w 1950 r. w powiatową.

W latach 70. liczba personelu lekarskiego i pomocniczego znacznie się zwiększyła. W 1948 r. pracowało tu 15 lekarzy i 70 pielęgniarek, a w 1972 r. ponad 50 lekarzy i około 110 pielęgniarek. Z tego okresu pochodzą zdjęcia zbiorowe, prezentujące osoby zatrudnione w poszczególnych oddziałach i pracowniach. Wówczas też Szpital Śląski został zintegrowany z innymi zakładami opieki zdrowotnej i społecznej w regionie, co przyczyniło się w zdecydowany sposób do rozwoju placówki. W 1972 r. zmarł długoletni dyrektor, doc. A. Mackowski. Jego miejsce zajął Janusz Karbowniczek. Od 1 listopada 1977 r. szpitalem kierował Marek Cywiński. W 1979 r. stanowisko wicedyrektora ds. lecznictwa objął Tadeusz Brachaczek, kierujący Zakładem Patomorfologii, który w wolnych chwilach poświęcał czas na badania dziejów szpitalnictwa na Śląsku Cieszyńskim. Przygotował obszerną monografię szpitala „Szpital Śląski w Cieszynie 1888-1988", opublikowaną w Cieszynie w 1988 r.

Zbiór fotografii Karola Skałki doprowadzony jest do lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Ostatnie fotografie przedstawiają makietę rozbudowy cieszyńskiego szpitala (ryc. 42). Zaplanowane w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych prace sfinalizowano dopiero w 2011 r. W 1990 r. ukończono tzw. centralny pawilon łóżkowy z około 400 nowymi miejscami dla pacjentów (ryc. 43). W 1993 r. z inicjatywy ówczesnego dyrektora, Macieja Krzanowskiego utworzono oddział psychiatryczny z Marią Dzierżek. W 1997 r. uruchomiono szpitalną stację dializ, kierowaną przez Piotra Firczyka. W tej samej dekadzie ponadto otwarto oddział terapii jodem, powstało również szereg nowych poradni specjalistycznych, m.in. diabetologiczna, nefrologiczna i proktologiczna oraz pracownie, m.in. endoskopowa i nieinwazyjnych badań układu krążenia. W 2000 r. powstał pododdział psychiatryczny dzienny. W 2001 r. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Obecnie obejmuje 26 oddziałów i 22 poradnie specjalistyczne.

Piśmiennictwo

Archiwum Szpitala Śląskiego w Cieszynie, sygn. 7379, akta osobowe Karola Skałki.

Błahut-Kowalczyk A., *Doktor Jan Kubisz – lekarz ubogich. W 60. rocznicę śmierci dyrektora Szpitala Śląskiego w Cieszynie*, w: *Górny Śląsk. Dokumentowanie dziejów lecznictwa ze szczególnym uwzględnieniem ziem dawnych księstw cieszyńskiego i opawskiego*, red. J. M. Dyrda, Katowice, 2007, s. 50-67.

Błahut-Zaleska D., *Rys historyczny rozwoju Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala Śląskiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2003, nr 83, s. 3-4.

Cieszyńskie szpitale, „Kalendarz Cieszyński" 2000, s. 57-61.

Dokumentowanie dziejów…, s. 15-31.

Dyrda J. M., Doležal H., *Dr Hermann Hinterstoisser – lekarz, organizator, pierwszy dyrektor Szpitala Śląskiego w Cieszynie (w 75. rocznicę śmierci)*, *Górny Śląsk. Dokumentowanie dziejów…*, s. 32-49.

eadem, *Dzieje Szpitala Śląskiego – część 2*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2012, nr 121, s. 6-7.

eadem, *Dzieje Szpitala Śląskiego – część 3*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2013, nr 122, s. 12-13.

eadem, *Znaczenie Szpitala Śląskiego w Cieszynie dla lecznictwa w regionie*, w: *Górny Śląsk*.

French I., *Dzieje Szpitala Śląskiego – część 1*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2012, nr 120, s. 7-8.

Karnas B., *Dzieje Szpitala Śląskiego – część 4*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2012, nr 123, s. 14-15.

Lusek J., *Hermann Joseph Hinterstoisser (1861-1932) – dyrektor Szpitala Śląskiego w Cieszynie*, „Acta Medicorum Polonorum" 2013, t. 3, s. 3-11.

Panic J., *Karol Skałka*. Protokół dostępu: www.dokument.sum.edu.pl. Data dostępu: 30 VII 2012 r.

Skałka K., *Szpital Śląski w fotografii (1893-1990)*, maszynopis w posiadaniu Autorki.

Korespondencja Autorki z Karolem Skałką z lat 2011-2013.

Skałka K., *Zarys historii laboratorium Szpitala Śląskiego*, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 2010, nr 113, s. 9-10.

Słownik Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, red. A. Puzio, Katowice 1993, t. 1.

Szpital Śląski w Cieszynie 1888-1988, red. T. Brachaczek, Cieszyn 1988.

Szpitale cieszyńskie. Część 3. Szpital Śląski, „Wiadomości z Ulicy Bielskiej 4" 1998, nr 45, s. 5-6, 19.

Acta Medicorum Polonorum – R. 4/2014

Wojna i medycyna w zbiorach i badaniach naukowych Fundacji Generał Elżbiety Zawackiej

War and medicine in the holdings and studies of the Generał Elżbieta Zawacka Foundation

Anna Mikulska[1]

Toruń

Streszczenie: Artykuł przedstawia życie gen. prof. dr hab. Elżbiety Zawackiej (1925-2009) oraz historię i cele założonej przez nią Fundacji Generał Elżbiety Zawackiej w Toruniu. Scharakteryzowano zbiory Fundacji. Przedstawiono charakterystykę tych zbiorów, a szczegółowo opisano zbiory archiwalne dotyczące Wojskowej Służby Kobiet podczas II wojny światowej.

Abstract: The article presents General Professor Elżbieta Zawacka's (1925-2009) life, especially during the Second World War, and the history and goals of the Generał Elżbieta Zawacka Foundation in Toruń. The holdings of this Foundation are characterized, especially the sources concerning the Women' Military Service during the Second World War.

Słowa kluczowe: II wojna światowa, Elżbieta Zawacka, kobiety w medycznej służbie wojskowej

Key words: Second World War, Elżbieta Zawacka, women in medical military service

Wprowadzenie

Twórczyni toruńskiego Archiwum Armii Krajowej i Wojskowej Służby Kobiet, prof. Elżbieta Zawacka bardzo lubiła i ceniła pomnik sanitariuszki znajdujący się w Kołobrzegu. Pomnik przedstawia klęczącą dziewczynę w wojskowym mundurze, opatrującą rannego żołnierza. Wzniesiony został dla uczczenia i upamiętnienia ofiary życia wszystkich polskich sanitariuszek, poległych w czasie II wojny światowej. Wzorcem postaci sanitariuszki była Ewelina Nowak, która poległa w walkach o Kołobrzeg. Zachowało się nieco więcej informacji o tej młodej dziewczynie, która oddała swe życie ratując rannych żołnierzy polskich. Urodziła się 30 lipca 1925 r. we wsi Mirosławka w powiecie łuckim. Okupację radziecką, a później niemiecką, przeżyła w rodzinnej wsi pracując w gospodarstwie rodziców. W 1944 r. została powołana do Wojska

[1] Fundacja „Archiwum i Muzeum Pomorskie AK i Wojskowej Służby Kobiet" w Toruniu.

Gen. prof. Elżbieta Zawacka (ok. 2000 r.)

Polskiego i odbyła szkolenie w kompanii łączności 14. Pułku Piechoty. Po ukończeniu kursu pielęgniarskiego została sanitariuszką w tymże pułku. W marcu 1945 r. dotarła pod Kołobrzeg. Dnia 13 marca, jak zwykle, niosła pomoc rannym żołnierzom opatrując ich i ściągając z pola walki. Kiedy czołgała się do jednego z nich, ugodziła ją śmiertelnie kula niemieckiego strzelca wyborowego.

Ewelina Nowak była jedną z tysięcy kobiet, które oddały życie walcząc o wyzwolenie Polski spod niemieckiego najeźdźcy. Może niewiele osób słyszało o sanitariuszce E. Nowak. Może też nie wszyscy słyszeli o toruniance – Elżbiecie Zawackiej, która ukończyła wojnę w stopniu majora. To właśnie ona po wojnie postanowiła zbierać wszelkie materiały źródłowe związane z udziałem kobiet w II wojnie światowej. Uważała, że kobietom się to należy, bo ich udział był tak samo duży jak mężczyzn a całkowicie niedoceniony. Stąd właśnie zrodził się pomysł stworzenia fundacji, miejsca, w którym znalazłyby się dokumenty obrazujące wkład kobiet w walkę o wolność kraju.

Elżbieta Zawacka – założycielka toruńskiej Fundacji „Archiwum i Muzeum Pomorskie AK i Wojskowej Służby Kobiet"

Elżbieta Zawacka urodziła się w Toruniu 19 marca 1909 r., gdzie też zmarła 10 stycznia 2009 r. Żyła długo, bo blisko sto lat. Swoim bogatym życiorysem mogłaby obdzielić niejednego człowieka. Była żołnierzem Komendy Głównej (KG) Związku Walki Zbrojnej – AK, kurierką w czasie II wojny światowej, emisariuszką Komendanta Głównego Armii Krajowej (AK) do Naczelnego Wodza w Londynie, jedyną kobietą cichociemną spośród 316 skoczków zrzuconych do Polski w czasie wojny, brała udział w Powstaniu Warszawskim, była więziona w okresie stalinowskim, uczyła w szkołach i pracowała społecznie. Całe swoje długie życie poświęciła Polsce. Brzmi to podniośle, ale jest prawdą.

Jej życie obejmowało trzy sfery działania. Była pedagogiem, żołnierzem i historykiem. W każdej z tych dziedzin odnosiła ogromne sukcesy: otrzymała tytuł profesora nauk humanistycznych (1996 r.), została awansowana na stopień gen. brygady w stanie spoczynku (2006 r.), została Kustoszem Pamięci Narodowej, tworząc Fundację „Archiwum Pomorskie AK" w Toruniu (1990 r.). Elżbieta Zawacka pochodziła z rodziny wielodzietnej. Po ukończeniu szkół w Toruniu, podjęła studia matematyki w Poznaniu. Pracując w szkołach, jednocześnie działała jako instruktorka Przysposobienia Wojskowego Kobiet, organizacji szkolącej młode dziewczyny na wypadek wojny. Już w październiku 1939 r. wyjechała do Warszawy, gdzie od razu włączyła się do pracy konspiracyjnej i 2 listopada tego roku złożyła przysięgę organizacyjną przed szefem Wydziału Łączności Konspiracyjnej – Janiną Karaś, ps. „Bronka". Ona sama nosiła kilka pseudonimów m. in. „Zelma", „Zo", pod którym była znana najbardziej. Została przydzielona do pracy w Wydziale Łączności Zagranicznej KG AK. Zawacka organizowała trasy kurierskie w całej Europie, przewoziła z Berlina walizki z pieniędzmi potrzebnymi do funkcjonowania Polskiego Państwa Podziemnego, dostarczała ważnych zaszyfrowanych informacji itp. Najważniejszym jej zadaniem była misja do Sztabu Naczelnego Wodza w Londynie w 1943 r. Podczas kilkumie-

sięcznego pobytu w stolicy Anglii spotkała się z najważniejszymi przedstawicielami polskich władz emigracyjnych, od prezydenta Władysława Raczkiewicza i gen. Władysława Sikorskiego, po gen. Kazimierza Sosnkowskiego, czy gen. Józefa Hallera. Do kraju powróciła skokiem spadochronowym z 9 na 10 września 1943 r., (przypomnijmy, iż była jedyną kobietą pośród 316 cichociemnych) i od razu ponownie włączyła się do pracy kurierskiej. Służbę dla Polski zakończyła w stopniu majora. Za wyjątkowe zasługi dla kraju została odznaczona dwukrotnie Orderem Wojennym Virtuti Militari i czterokrotnie Krzyżem Walecznych.

Po wojnie wróciła do pracy nauczycielskiej oraz podjęła studia doktoranckie. Jednak w 1951r. została aresztowana i przebywała z dziesięcioletnim wyrokiem w więzieniach do 24 lutego 1955 r. Po wyjściu z więzienia znów pracowała w szkołach średnich, a po obronie pracy doktorskiej i habilitacji, dotyczącej kształcenia dorosłych, na Uniwersytecie Gdańskim i Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. W rodzinnym Toruniu podjęła pracę w Instytucie Pedagogiki na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika. Po trzech latach pracy na toruńskiej uczelni, na skutek szykan, gdy zlikwidowano kierowany przez nią Zakład Andragogiki, odeszła z pracy na uniwersytecie. W latach osiemdziesiątych była związana ze środowiskiem „Solidarności", działała również w środowisku kombatantów AK. Była współinicjatorką powstania Światowego Związku Żołnierzy AK. W latach dziewięćdziesiątych została doceniona i uhonorowana: w grudniu 1995 r. decyzją Prezydenta RP Lecha Wałęsy została odznaczona Orderem Orła Białego. Z kolei w 2006 r. była awansowana do st. generała brygady WP. Prof. Elżbieta Zawacka została wyróżniona tytułem honorowego obywatela Torunia.

Historia i cele Fundacji

Obok pracy zawodowej Elżbieta Zawacka, wraz z grupą kombatantek, zajmowała się gromadzeniem materiałów źródłowych dotyczących trzech zagadnień: dziejów wojennej służby kobiet, konspiracji pomorskiej lat 1939-1945 oraz dziejów Wydziału Łączności Zagranicznej KG AK („Zagroda"). W pełni poświęciła się tej pasji po przejściu na emeryturę w 1978 r. Z tych prac zrodził się pomysł stworzenia archiwum, które zajmowałoby się – poza dalszym gromadzeniem – także opracowywaniem i udostępnianiem zebranych materiałów oraz popieraniem badań nad tymi trzema problemami. Dzięki uporowi i konsekwencji Zawacka – wspólnie z prof. Stanisławem Salmonowiczem i Grzegorzem Górskim – w styczniu 1990 r. założyła Fundację „Archiwum i Muzeum Pomorskie AK", która do dziś realizuje podjęte przez nią cele. Archiwum gromadzi materiały źródłowe, dokumenty, zdjęcia i muzealia.

Zbiory

W Fundacji gromadzi się materiały w trzech działach, których podstawę stanowiły zbiory przekazane przez Zawacką. Są to: Archiwum Pomorskie, dział w którym akta podzielono na 5 grup (Akta Okręgu Pomorskiego ZWZ-AK, Akta Tajnej Organizacji

Wojskowej „Gryf Pomorski", Teczki osobowe żołnierzy konspiracji pomorskiej – 2500 teczek kobiet i mężczyzn, Spuścizny i kolekcje, Teczki problemowe – materiały wtórne dot. konspiracji pomorskiej), Archiwum Wojennej Służby Kobiet (Materiały PWK, Teczki osobowe – 4500 teczek, Teczki problemowe – materiały wtórne dotyczące wojennej służby kobiet) i Archiwum Wydziału Łączności Zagranicznej ZWZ-AK „Zagroda" (depesze, teczki osobowe 232 żołnierzy „Zagrody' oraz nieopublikowane opracowania na temat łączności zagranicznej KG AK).

W zbiorach Fundacji wyodrębniono również dokumentację nieaktową. Są to fotografie (zbiór przedstawiający dział. Org. PWK; zbiór „konspiratorów pomorskich; zbiór „kobiet polskich w czasie II wojny światowej) i mikroformy (taśmy magnetofonowe, filmy, dyskietki, płyty CD i DVD). Odrębna grupa materiałów to muzealia w liczbie 450 eksponatów, m. in.: mundury, odznaczenia, przedmioty pamiątkowe dotyczące konspiracji, w dużej części to pamiątki po Elżbiecie Zawackiej.

Zbiory Fundacji pochodzą niemal wyłącznie z darów. Przez lata powiększały się i ciągle napływają dary, choć teraz w nieco mniejszym stopniu z powodu ubywania kombatantów. Dary to efekt szerokiej współpracy, prowadzonej przez wiele lat przez gen. Zawacką i fundację z żołnierzami AK, ich rodzinami oraz osobami zajmującymi się historią II wojny światowej zawodowo lub amatorsko. Zbiory Fundacji są wykorzystywane w różny sposób: do badań naukowych (prace licencjackie, magisterskie i doktorskie), celów popularnonaukowych i oświatowych oraz na wystawy.

Fundacja Generał Elżbiety Zawackiej podejmuje różnorodne działania. Działalność oświatowa to: lekcje historii (prelekcje z pokazem mulimedialnym i przymierzaniem mundurów) w ramach projektu: „Prawdziwe historie", wykłady w ramach Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki, spotkania z okazji rocznic historycznych oraz poświęcone wybranym konspiratorom, przygotowywanie uroczystości patriotycznych we współpracy ze szkołami (rekonstrukcje historyczne), współorganizowanie konkursów historycznych, np.: „Oni tworzyli naszą historię". Działalność popularyzatorska to: sesje popularnonaukowe, wystawy, monodram o życiu Zawackiej wykonywany przez aktorkę toruńskiego teatru – T. Stępień-Nowicką. Upamiętnianie to inicjowanie budowy obelisków, wmurowywanie tablic poświęconych osobom i organizacjom zasłużonym działalnością konspiracyjną w czasie II wojny światowej, wnioskowanie o nazywanie ulic i placów imionami osób zasłużonych w działalności konspiracyjnej, wspieranie inicjatyw na rzecz przyznawania szkołom imion wybitnych Polaków-żołnierzy. Działalność wydawnicza to: „Słownik Biograficzny Konspiracji Pomorskiej", opracowania monograficzne, materiały pokonferencyjne, publikacje dotyczące wojennej służby kobiet pod wspólnym tytułem „Służba Polek na frontach II wojny światowej", biuletyn fundacji etc.

W skład rady programowej wchodzą ludzie nauki z UMK, Gdańska, Łodzi i Warszawy. Działalność jest możliwa dzięki pracy społecznej. Aktywnie współpracujemy ze środowiskiem akademickim, głównie z Instytutem Historii i Archiwistyki UMK. Jesteśmy znani nie tylko w środowisku toruńskim i na Pomorzu, ale i w innych miastach Polski, a także za granicą. Fundacja cieszy się poparciem władz państwowych i samorządowych. Naszą działalność wspiera Rada Ochrony Pamięci Walk i Męczeństwa oraz Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych w Warszawie. Środki

na działalność statutową Fundacja uzyskuje z dotacji i z prywatnych darów, w tym z 1% odpisu od podatku. Szczegółowe informacje o działalności Fundacji znajdują się na stronie: www. zawacka.pl.

Fundacja jest koordynatorem projektów badawczych pracowników naukowych podejmujących badania z zakresu dziejów II wojny światowej Obecnie bierzemy udział w badaniach archeologiczno-antropologicznych we Włodzimierzu Wołyńskim na Ukrainie. Uczestniczą w nim archeolodzy toruńscy, poznańscy, warszawscy i z Ukrainy. Prowadzącą projekt jest dr Dominika Siemińska, która pracuje pod kierunkiem prof. Andrzeja Koli z UMK. Projekt finansowany jest przez Radę Ochrony Pamięci Walk i Męczeństwa. Z kolei prof. Jan Sziling kieruje projektem „Archiwum i Muzeum AK oraz WSPolek on-line". Polega on na digitalizacji zbiorów, która ma nastąpić w ciągu 5 lat. Zbiory aktowe, fotografie i muzealia zostaną udostępnione do badań i działań edukacyjnych. Projekt zaczęliśmy realizować w tym roku przy wsparciu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Elżbieta Zawacka uważała, że wkład kobiet w walkę niepodległościową jest ogromny i niezależny od rodzaju armii i miejsc, w których walczyły. Dlatego w naszej fundacji znajdują się relacje kobiet z AK, Polskich Sił Zbrojnych (PSZ) i Ludowego Wojska Polskiego z zachodnich i wschodnich frontów II wojny. W AK służyły w czasie wojny tysiące kobiet, około 8 tysięcy w wojsku polskim na Wschodzie, około 6 tysięcy tzw. „pestek" w PSZ na Zachodzie oraz bliżej jeszcze nieznana liczba w wojskowych organizacjach konspiracyjnych poza AK. Służba zdrowia była w czasie wojny zdominowana przez kobiety. W kwietniu 1938 r. udało się przyjąć w Sejmie ustawę „O powszechnym obowiązku wojskowym", przewidującą na wypadek wojny także obowiązek służby wojskowej kobiet. Z chwilą wybuchu wojny we wrześniu 1939 r., pielęgniarki z Korpusu Sióstr PCK pracowały w szpitalach wojennych, do których powołał je rozkaz mobilizacyjny. Przebieg wojny w 1939 r., jej totalny i błyskawiczny przebieg, postawiły przed służbą zdrowia nowe, nieznane w dotychczasowych wojnach, zadania, wynikające z bombardowania przez lotnictwo niemieckie miast i osiedli. Następstwem tego były ogromne straty wśród ludności cywilnej. Wojna skorygowała zatem liczbę etatów w służbie zdrowia. Wszędzie tam, gdzie napływ rannych był bardzo duży, ochotniczo do pomocy zgłaszały się dziewczęta i kobiety. Były to przede wszystkim harcerki oraz uczennice przeszkolone w Hufcach Przysposobienia Wojskowego oraz siostry PCK, które nie były moblizowane. Kobiety w znaczny sposób zasiliły etatową służbę zdrowia, współuczestniczyły w tworzeniu improwizowanych szpitali, często dobrowolnie pomagały opatrywać rannych żołnierzy.

W myśl rozkazów Hitlera, okupant od samego początku wojny nie uszanował międzynarodowych znaków Czerwonego Krzyża, które miały chronić rannych i ich opiekunów. Kiedy Niemcy zagarnęli Polskę, każdy ranny był w ich mniemaniu bandytą, któremu groziła kara śmierci. Zagrożona więc była służba lekarska i narażeni ludzie, którzy dawali rannym schronienie we własnych domach. Poświęćmy chwilę osobie Sabiny Dembowskiej, zasłużonej lekarki, która już w czasie I wojny światowej kierowała szpitalem wojennym, w 1920 r. była chirurgiem w lazarecie wojskowym, a we wrześniu 1939 r., po mobilizacji wielu lekarzy kierowała szpitalem PCK przy ul. Smolnej w niewyobrażalnie trudnych warunkach (bombardowanie, ewakuacja). Z kolei

Maria Nowak w pierwszych dniach kampanii wrześniowej uczestniczyła w ewakuacji z Poznania 7. Okręgowego Szpitala Wojskowego. Szła w stronę Warszawy, cały czas udzielając pomocy rannym żołnierzom i cywilnym uciekinierom. W stolicy brała udział w obronie Dworca Wileńskiego. Wyróżniła się odwagą i poświęceniem przy wynoszeniu rannych z dworca. Podczas jednego z nalotów została przysypana gruzem. Odkopano ją nieprzytomną, z podejrzeniem uszkodzenia kręgosłupa. Po wiedzę o dalszych jej losach odsyłam do „Słownika biograficznego kobiet odznaczonych Orderem VM", pod redakcją E. Zawackiej.

Po zajęciu ziem polskich przez Niemców pierwszym ośrodkiem formowania wojsk polskich na obczyźnie była Francja. Tamtejsza wojskowa służba zdrowia od pierwszych dni istnienia miała w swym składzie kobiety. Zgłaszały się do niej zarówno ochotniczki z wojskowego zaciągu na terenie Francji, jak i kobiety, które ewakuowały się z kraju. Po klęsce Francji część kobiet ewakuowała się wraz z wojskiem do Wielkiej Brytanii, gdzie kontynuowała dalszą służbę. Około 180 sanitariuszek było zatrudnionych w dwóch polskich szpitalach wojennych w Szkocji oraz w Szpitalu im. Paderewskiego w Edynburgu.

W 1940 r. nastąpiły trzy wielkie wywózki obywateli polskich, mieszkających do 17 września na kresach polskich włączonych do ZSRR (ok. półtora miliona osób). Wywieziona ludność została skierowana głównie do pracy przymusowej, do łagrów i więzień. W 1941 r. została podpisana umowa między rządem Sikorskiego i ambasadorem ZSRR w Londynie I. Majskim o utworzeniu Armii Polskiej w ZSRR. Na wieść o jej powstaniu tysiące obywateli polskich z najdalszych zakątków Rosji Sowieckiej docierały do ośrodków wojskowych w Buzułuku, Tatiszczewie i Tockoje. W pierwszym miesiącu, a więc do połowy października 1941 r., napłynęło do nich ok. 40 tys. osób. Wraz z tworzeniem PSZ w ZSRR ich dowódca – gen. W. Anders zdecydował o utworzeniu Pomocniczej Służby Kobiet (PSK). Istniejąca tam od 10 grudnia 1941 r. PSK (tzw. „Pestki") liczyła ogółem, według stanu na 15 marca 1942 r., 1742 kobiety. Znakomita większość z nich pracowała właśnie w jednostkach służby zdrowia.

Pierwszą taką jednostką, liczącą kilkadziesiąt kobiet, była kompania sanitarna zorganizowana w Buzułuku. Całością spraw PSK w służbie zdrowia kierowała inspektorka ppłk Jadwiga Żylińska. Inspektorką główną PSK na terenie Związku Sowieckiego gen. Anders wyznaczył Władysławę Piechowską (do końca marca 1942 r., tj. do chwili pierwszej ewakuacji polskiego wojska do Persji). Lekarki, siostry i sanitariuszki pracowały w lokalnych izbach chorych i w przychodniach lekarskich. Ponadto lekarki i siostry wyjeżdżały na punkty sanitarno-odżywcze organizowane dla ludności cywinej, powstające na węzłowych stacjach kolejowych. Gromadziła się tam ludność polska w oczekiwaniu na transporty wojska. Budynki szpitalne w Tockoje, a właściwie baraki, zostały zbudowane z desek i dykty. Nie posiadały ogrzewania, światła i wody. Lód znajdowano w sterylizatorach ze strzykawkami i w butelkach z lekarstwami. Na szczególne podkreślenie zasługuje pełna poświęcenia praca całego personelu medycznego w walce z epidemiami tyfusu i czerwonki, jakie szerzyły się wiosną 1942 r. w wojsku i wśród ludności cywilnej.

W tym roku Armia Polska dowodzona przez gen. Andersa ewakuowała się do Iranu. Blisko roczny pobyt WP na terenie ZSRR ograniczał się właściwie do walki

o życie ludzkie. Tragiczne warunki klimatyczne i ogólnego bytowania były zabójcze dla Polaków przybyłych do wojska z więzień, łagrów i zesłania, z nadwyrężonym już zdrowiem. Szkolenie sanitarne zapoczątkowane w Rosji, gdzie wyedukowano ok. 400 ochotniczek, kontynuowano na Bliskim Wschodzie. Na sześciotygodniowych kursach sanitarnych przeszkolono dalszych 430, a na trzytygodniowym kursie higieny tropikalnej dalszych 30 ochotniczek. Po odbytym przeszkoleniu ochotniczki objęły etatowe stanowiska w zorganizowanych na irackiej pustyni czterech szpitalach wojennych i dwóch sanitarnych ośrodkach ewakuacyjnych.

Warunki pracy personelu w szpitalach w Iraku były niesłychanie ciężkie. Walczono z epidemią tyfusu, malarii i szkarlatyny. Inspektorka Służby Zdrowia, Jadwiga Żylińska, wspomina pracę sanitariuszek na pustyni irackiej: CUDZYSŁÓW Trzymane w lodzie termometry pękały, narzędzia rozgrzewały się tak, że trudno było utrzymać je w ręku. Przy pisaniu należało ciągle wycierać twarz i ręce, by nie zamazać cennych wykazów. Niejednokrotnie zemdloną siostrę czy sanitariuszkę wynoszono lecz po zastrzyku, w ciągu jednej czy dwóch godzin wracała do pracy, bo nie miał jej kto zastąpić". Meldunek szefa Służby Zdrowia z 12 maja 1943 r. podawał stany ewidencyjne ochotniczek zatrudnionych w Służbie Zdrowia następująco: 4 szpitale wojenne, 2 sanitarne ośrodki ewakuacyjne i korpus sióstr PCK – 349 osób, lekarki, farmaceutki, administracja – 402 osoby. Razem – 751 osób. Dane takie podaje Edward Car w książce pt.: „Kobiety w szeregach PSZ na Zachodzie 1940-1948".

Fundacja posiada ciekawe dokumenty dotyczące Karoli Uniechowskiej lekarki, siostry rysownika Antoniego Uniechowskiego. Była ochotniczką w Pomocniczej Służbie Kobiet, pielęgniarką w wojskowych szpitalach (od ZSRR poprzez Irak, Palestynę, Egipt do Włoch), siostrą operacyjną w 3. Sanitarnym Ośrodku Ewakuacyjnym w Venafro pod Monte Cassino. Karola została aresztowana przez NKWD i osadzona w więzieniu w Łucku. Następnie wywieziono ją do Kazachstanu. Dowiedziała się o tworzeniu Armii Polskiej na terenie ZSRR, postanowiła więc udać się w poszukiwaniu punktów zaciągu ochotniczego. 1 kwietnia 1942 r. dotarła do Kirgistanu, gdzie rozpoczęła pracę w szpitalu wojskowym 5. Kresowej Dywizji Piechoty. Została wolontariuszką Pomocniczej Służby Kobiet. Następnie oddział ten wyruszył na szlak ewakuacyjny z Krasnowodzka do Iranu. Służyła w Szpitalu Wojennym nr 2 i wraz z jego personelem przebyła drogę od Iraku poprzez Palestynę, Egipt do Włoch. Komendantem szpitala był Edward Tippelt. Rozpoczęła służbę siostry przełożonej w Monte Casino. Została odznaczona Medalem Wojska (przez dowództwo 2. Korpusu), Srebrnym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Pamiątkowym Monte Cassino. Władze włoskie nadały jej Gwiazdę za Wojnę 1939-1945 i Gwiazdę Italii. Po zakończeniu wojny Karola Uniechowska kontynuowała naukę na Uniwersytecie w Rzymie - potwierdzający ten fakt dokument posiadamy w zbiorach toruńskich.

Wiosną 1944 r. nastąpiła reorganizacja w służbie zdrowia. W ramach PSK wydzielono Wojskowy Korpus Sióstr Służby Zdrowia oraz zorganizowano oddzielny sióstr PCK. Od wiosny 1944 r. 2 Korpus został przesunięty do Włoch i główny wysiłek służby zdrowia został skierowany na udzielanie pomocy rannym żołnierzom. Szczególnie trudny był okres bitwy o Monte Cassino. Szpitale i ośrodki sanitarne pracowały od 16 do 20 godzin na dobę, a dyżury nocne były pełnione przez 7 nocy pod rząd. Przeciętna

liczba rannych wynosiła dziennie od 80-130 osób. Tam właśnie po raz pierwszy Polacy byli leczeni penicyliną. Ogółem, w całym okresie walk 2. Korpusu we Włoszech służba zdrowia udzieliła pomocy ok. 9 tys. rannym i chorym żołnierzom. Wspomnijmy jeszcze, że prof. Bożena Urbanek, zajmująca się problematyką historii medycyny, jest autorką ciekawego opracowania o „Wojskowym Korpusie Sióstr Służby Zdrowia", który opublikowała nasza Fundacja.

Na terenie ZSRR pozostała jednak nadal duża liczba obywateli polskich. W maju 1943 r. utworzono polską jednostkę wojskową – 1 Dywizję Piechoty imienia T. Kościuszki. Miejscem jej formowania były Sielce nad Oką. Do wojska zaczęły napływać kobiety, w związku z czym gen. Z. Berling wydał rozkaz o utworzeniu 1 Batalionu Kobiecego im. Emilii Plater. Kobiety miały te same prawa i obowiązki co inni żołnierze. Po łączności najliczniejsza grupa kobiet znalazła się w służbie zdrowia. Kierowały działalnością medyczno-sanitarną w pułkach dywizyjnych i armijnych batalionach, były sanitariuszkami w pododdziałach bojowych, stanowiły większość personelu medycznego szpitali polowych. Najtrudniejszą była służba na polu walki, pod ogniem nieprzyjacielskiego ostrzału. Na całym szlaku bojowym LWP pozostały mogiły bohaterskich kobiet-żołnierzy sanitariuszek. I w ten sposób wracamy do postaci Eweliny Nowak, od której zaczęłam niniejsze opracowanie.

Wspominając działalność medyczną kobiet poświęćmy kilka słów Marii Czaczyk. Pochodziła z wielodzietnej rodziny, jednak na skutek wojny została sama – ojciec został aresztowany przez NKWD, matka przymuszona do pracy w kołchozie, a rodzeństwo znalazło się w domach dziecka. Przeszła gehennę w obozach pracy na Uralu. Z Armią Czerwoną, przyuczona jako sanitariuszka, przeszła szlak bojowy do Drezna, gdzie została ranna. Z kolei Maria Nowatkis, pielęgniarka w Szpitalu Wojskowym w Łodzi, została ranna pod Stalingradem, następnie przeszła cały szlak bojowy aż do Berlina. Kobiety pracowały często ponad siły, w warunkach zagrożenia życia i zdrowia w batalionach medyczno-sanitarnych, szpitalach polowych, w wojskowych pociągach sanitarnych.

Odmienne możliwości działania miała służba zdrowia na terenie okupowanych ziem polskich. Tutaj zakres zadań musiał być dostosowany do aktualnych potrzeb i istniejących warunków. W „Biuletynie Informacyjnym AK 1944-1987. Po 43 latach" odnotowano: „służba sanitarna kobiet, obok opieki nad więźniami, była jedną z najważniejszych zadań konspiracji akowskiej". Osoby tam działające dały swym postępowaniem wzory prawdziwego człowieczeństwa, poświęcenia i bohaterstwa. Prof. Bożena Urbanek z Zakładu Historii Nauki PAN, zaznacza że aktualny stan badań umożliwia jedynie zasygnalizowanie problemów. W artykule nt. „Służby sanitarnej kobiet w AK", opublikowanym przez Fundację Generał Elżbiety Zawackiej w tomie drugim „Służby Polek na frontach II wojny światowej", autorka stwierdza, że kobiecą służbę sanitarną zaczęto tworzyć już w pierwszych dniach okupacji. Inicjatywa spoczywała m. in. w ręku przedwojennej Komendy Pogotowia Harcerek oraz PWK. Równocześnie siostry PCK, pielęgniarki, uczennice szkół pielęgniarskich Warszawy, Krakowa, Poznania włączały się do pracy w podziemnych organizacjach najczęściej drogą rodzinnych powiązań. Najpełniej rozbudowana była struktura Działu Sanitarnego WSK Okręgu Warszawa. Na jego czele stała Referentka Sanitarna Maria Kann

„Halina"(do XI 1942 r.) potem Maria Jasiukowicz. Na podstawie wspomnień i pamiętników uczestników walki podziemnej stwierdzić można, że przez cały okres okupacji prowadzono szkolenia sanitariuszek. Teoretyczny kurs obejmował 36 godzin nauki anatomii, fizjologii, zasad pielęgnacji chorych oraz rannych, po których obowiązywało odbycie 2-tygodniowej praktyki szpitalnej. W szpitalach praktykantki oficjalnie nazywano tzw. „pomocą do zwijania bandaży". Praktyka zazwyczaj kończyła się egzaminem. Jak stwierdza prof. Urbanek: „Służba sanitarna WSK AK wypełniała zadania bliższe, które wypływały z bieżących potrzeb konspiracji. Zabezpieczała akcje zbrojne, była zapleczem medycznym oddziałów partyzanckich. W szpitalach kobiety opiekowały się tam przebywającymi żołnierzami podziemia. Uczestniczyły w przedłużaniu leczenia chorych zagrożonych zagładą, np. w więzieniach na warszawskiej Serbii i Pawiaku".

Drugą grupą działalności było podejmowanie zadań były zadań dalsze, wiążących się z akcją przygotowawczą do planowanego powstania. Przygotowywano miejsca leczenia i pobytu rannych, gromadzono lekarstwa, narzędzia, materiał opatrunkowy. Nie sposób pominąć także zasług lekarek toruńskich. Anna Paszkowska była organizatorką i kierowniczką służby zdrowia Okręgu Pomorskiego AK. Od 1938 r. pracowała w szpitalu miejskim w Toruniu. Aresztowana, od 1942 r. była w Stutthofie, gdzie zorganizowała pomoc chorym współwięźniarkom. Dr Zdzisław Jezierski z Zakładu Historii Nauk i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi poświęcił jej ciekawe opracowanie, opublikowane przez naszą Fundację. Zofia Kordylewska, również toruńska lekarka, tak opisała swą pracę: „lekarze wyjechali i w chwili wkroczenia Niemców byłam jedynym lekarzem, który przez 2 tygodnie nie wychodził ze szpitala (nie wiedziałam co dzieje się z rodziną). Rannych przybywało a warunki pracy mieliśmy bardzo ciężkie, ponieważ główny gmach szpitala był zniszczony". W czasie swojej konspiracyjnej działalności Zofia Kordylewska współpracowała z dr Anną Paszkowską i dr Wandą Błeńską, znaną poznaniakom, jak i torunianom, która część swego życia spędziła przecież w Toruniu i w okresie wojny pracowała w Zakładzie Higieny. Należała do konspiracji przyjmując pseudonim „Szarotka". Niosła pomoc medyczną żołnierzom „Gryfa Pomorskiego" oraz AK. Wanda Błeńska w marcu 2012 r. odwiedziła Toruń i naszą Fundację w 103 rocznicę urodzin Elżbiety Zawackiej. Te dwie kobiety wiele łączy, chociaż nigdy się nie spotkały.

Niezwykle trudne były warunki pracy w oddziałach partyzanckich. Przypomnijmy, że nie używało się oficjalnego określenia „służba zdrowia" w ówczesnej sytuacji partyzanckiej. Mówiło się po prostu o lekarzach i sanitariuszkach. Musieli oni sprostać swoim zadaniom w prowizorycznych szpitalach polowych, jak i w czasie bitew. Trzeba było nieraz pod gradem kul udzielać pomocy, znosić rannych z pola walki, zapewnić leżącym na noszach lub wozach konnych spokój i należyte warunki do czasu, aż znajdą się na stole operacyjnym. Lidia Lwow, żyjąca sanitariuszka z 5 Wileńskiej Brygady AK słynnego majora Zymunta Szyndzielarza „Łupaszki", tak wspomina tamte czasy: „A my, sanitariuszki, miałyśmy po prostu pełne ręce roboty. Nikt nie rozmawiał o śmierci, o strachu. Walczyliśmy w słusznej sprawie. I tyle". Na wspomnienie zasługuje również Kazimiera Błaszczak, od grudnia 1939 r. w konspiracji w ZWZ, łączniczka i kurierka do specjalnych poruczeń na teren Nowogródczyzny. Przewoziła

broń, była przeszkolona w służbie sanitarnej, a w latach 1943-1944 pracowała jako pielęgniarka w szpitalu powiatowym we Włodawie. Jako sanitariuszka jeździła do oddziałów partyzanckich i szkoliła dziewczęta do służby sanitarnej.

Pełniąc obowiązki sanitariuszki uczestniczyła w licznych akcjach bojowych, najczęściej w terenie. Ona sama tak wspomina swoją służbę: „Tabor szpitalny przemykał się cicho leśnymi drogami aż tu nagle słychać narastający szum czołgów. I naraz strzały, potworny huk pocisków. Wskakuję na pierwszy wóz, który jest bez sanitariuszki i okazuje się, że byłam tam bardzo potrzebna. Jeden nieprzytomny z przebitym płucem i drugi znajomy kolega z Kowla z przestrzeloną szczęką, która wisi i mocno krwawi. Każdy wstrząs sprawia mu okropny ból. Ranny z przestrzelonym płucem kurczowo trzymał się i szarpał tego drugiego. Musiałam ich rozdzielić. Jednemu podwiązałam brodę, drugiego próbowałam uspokoić. Ale ten kilkunastoletni chłopak wciąż płakał, skarżył się na ból i tulił się jak do matki. Musiałam więc udawać i pocieszać. Chory wyraźnie się uspokoił i przytulony ucichł. Dopiero po kilku chwilach spostrzegłam, że skonał. A wszystko to działo się przy akompaniamencie wystrzałów i potwornego huku pocisków. Była to pierwsza śmierć, z którą zetknęłam się tak blisko".

Inną ciekawą postacią była Anna Lubowicka – odznaczona Orderem Virtuti Militari za przewiezienie 3 tys. zrzutowych dolarów do Komendy Okręgu AK w Kielcach oraz za wywiezienie ze szpitala w Jędrzejowie czterech rannych, będących pod nadzorem Gestapo.

Osobnym zadaniem służby medycznej była pomoc więźniom. Swoją działalnością odznaczyła się tutaj Anna Czuperska – będąca w konspiracji od grudnia 1939 r. Współpracowała z mjr. Józefem Ratajczakiem ps. „Karolczak". Jej mieszkanie przy ul. Nowogrodzkiej 31/19, było głównym punktem kontaktowym Komendy Okręgu Pomorskiego SZP-ZWZ. Została aresztowana przez Gestapo wraz z mężem Henrykiem i majorem Ratajczakiem w nocy z 23 na 24 listopada 1940 r. Przeszła ciężkie śledztwo przy al. Szucha. Jako więzień została lekarzem na oddziale kobiecym, tzw. „Serbii". Współorganizowała kobiecą komórkę wywiadu więziennego („998") Oddziału II KG ZWZ-AK i była jego kierowniczką w szpitalu kobiecym Pawiaka. Doręczała grypsy, ucząc się ich na pamięć, umożliwiając ustalanie wersji zeznań aresztowanych oraz ostrzeganie osób zagrożonych aresztowaniem. Przekazywała wywiadowi AK informacje o „ruchu" więźniów na Pawiaku, aresztowanych, wywożonych do obozów koncentracyjnych lub rozstrzeliwanych. Podczas rozmów z Heleną Danielewicz, przedstawicielką „Patronatu" – organizacji opiekującej się więźniami, odbywającymi się w obecności Niemców, posługiwała się łaciną przekazując zakonspirowane informacje. Dr Czuperska zasłużyła się także interwencjami u władz niemieckich, podejmowanymi na rzecz więźniów wyznaczonych do wywiezienia do obozów koncentracyjnych. Interwencje te niosły z sobą stałe zagrożenie śmiercią.

Jeszcze inną formą pomocy medycznej był Zielony Krzyż – służba zdrowia Batalionów Chłopskich (BCh), który został utworzony w ramach organizacji Ludowy Związek Kobiet. Na jego czele stała Hanna Chorążyna. Szefem Wydziału Sanitarnego KG BCh został prof. dr Henryk Gnoiński, wykładowca na tajnych kompletach medycznych w Warszawie. W terenie działało ogółem 33 lekarzy, w tym 8 kobiet, oraz kilkadziesiąt zawodowych pielęgniarek. Czołową bohaterką Zielonego Krzyża była

sanitariuszka Genowefa Kołodziej, która poległa z bronią w ręku 2 lutego 1943 r. w bitwie pod Różą na Zamojszczyźnie.

Na temat działalności służby sanitarnej w okresie Powstania Warszawskiego powstało wiele prac. Zbiory, jakimi może pochwalić się Muzeum Powstania Warszawskiego są nieporównywalne do żadnych innych w kraju. Od pierwszego dnia powstania część pielęgniarek musiała podjąć również inne funkcje. Były jednocześnie łączniczkami, obsługiwały radiostacje, najczęściej jednak pracowały w powstańczych szpitalach i punktach opatrunkowych. Spędzały dzień i noc w kałużach krwi, przy jękach rannych i huku pocisków. Szczególnie trudne były losy Szpitala Wolskiego, gdzie bestialsko wymordowano chorych, rannych i lekarzy: prof. Jan Zeylanda, Józefa Grzybowskiego i Józefa Piaseckiego. Tragiczny był los Ewy Matuszewskiej, córki ministra skarbu i posła RP, która była sanitariuszką kampanii wrześniowej i w Powstaniu Warszawskim w oddziale „Parasol". Zginęła 26 września 1944 r., zastrzelona przez Niemców wraz z pacjentami. Lekarkę Wandę Łążyńską wspominał ks. Jan Zieja, który współpracował z nią w dniach Powstania. Postrzegał ją jako osobę zawsze pogodną i niezmordowaną w usługiwaniu rannym. Zginęła w czasie pełnienia służby. Jej imię nosi biblioteka w Klinice Pediatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie. O Stanisławie Kwaskowskiej, dwukrotnie odznaczonej Krzyżem Walecznych uczestniczce Powstania Warszawskiego, przypomniały niedawno media w okolicach 1 listopada 2013 r., gdy okazało się, że jej grób na Powązkach jest zaniedbany i zorganizowano w Warszawie akcję zbierania pieniędzy na jego renowację. Przypomnijmy także Janinę Załęską, która organizowała szpitaliki powstańcze i punkty opatrunkowe na Mokotowie. To jej właśnie zadedykowana jest popularna piosenka pt.: „Sanitariuszka Małgorzatka" do słów powstańca Mirosława Jezierskiego.

Warto dodać za prof. Urbanek, że najwięcej zgromadzonych faktów z zakresu organizacji i działalności służby sanitarnej WSK dotyczy Okręgu Warszawa AK, gdzie stan osobowy mógł przekroczyć ok. 5 tysięcy kobiet. Stosunkowo dobrze jest także zachowana dokumentacja Obszaru Lwów. Dane liczbowe, osobowe z innych Okręgów AK są na razie niedostępne, bądź rozproszone w kraju lub za granicą. Trudności przy badaniach stwarza konspiracyjny kamuflaż w nazewnictwie szkoleń i innych działań. Nie udało się dotrzeć do źródeł indywidualnych czy instytucjonalnych. Okres powojenny nie sprzyjał ujawnianiu danych dotyczących przeżyć okupacyjnych. Mijający czas, choroby, podeszły wiek oraz skromność kobiet ograniczyły możność ustalenia wielu faktów. Prof. Urbanek uważa jednak, że: „można stwierdzić, iż służba sanitarna WSK była najpoważniejszą liczbowo, a i także (…) najlepiej zorganizowaną". Istniała łączność, przekazywano materiały i pomoce szkoleniowe. Konieczność opisywania zasług medycznej służby zdrowia z okresu II wojny podkreślały same uczestniczki. Na przykład Irena Bruzda, wywieziona w 1940 . w głąb Rosji, pracowała w hucie na Uralu. Nie zdołała na czas dotrzeć do armii Andersa, natomiast we wrześniu 1943 r. przyjechała do Sielc, gdzie przyjęto ją do szpitala polowego, z którym przebyła szlak bojowy od Smoleńska do Warszawy. W relacji przysłanej do fundacji dzieli się refleksją: „O ruchomych szpitalach polowych i odpowiedzialnej pracy personelu kobiecego mało się dziś mówi i pisze. Według mnie należałoby napisać o odwadze, samozaparciu tych, którzy na pierwszej linii frontu byli zawsze gotowi nieść pomoc i podtrzymać

na duchu chorych i rannych żołnierzy". Podobnie jak kombatantka Irena Bruzda, również zachęcam państwa do podjęcia w swych pracach tematu historii polskiej służby medycznej.

Na podstawie naszych toruńskich zbiorów źródłowych i ikonograficznych prowadzili badania między innymi: prof. Bożena Urbanek z PAN, dr Zdzisław Jezierski z UM w Łodzi, płk dypl. Wacław Jurgielewicz, członek rady naukowej Wojskowego Instytutu Historii i prof. Witold Wojdyło z UMK w Toruniu. Ważnym opracowaniem jest „Słownik biograficzny kobiet odznaczonych Orderem Wojennym Virtuti Militari", pod redakcją Elżbiety Zawackiej, w którym znajduje się 319 biogramów kobiet, w tym około 60 działających w wojennej służbie zdrowia. O kilku z nich wspomniałam powyżej. Zachęcam do podjęcia badań oraz do odwiedzenia naszej toruńskiej Fundacji.

Bibliografia

Bakuniak E., Rotbart H., *Sanitariuszki w 27 Wołyńskiej Dywizji Piechoty Armii Krajowej (WDP AK)*, w: *Służba Polek na frontach II wojny światowej*, cz..4, Toruń 2000.

Biuletyn Informacyjny AK 1944-1987. *Po 43 latach*. Wyd. specjalne, Chicago, Warszawa 1987.

Fundacja Generał Elżbiety Zawackiej, t. 1611/WSK ,t. 1855/WSK.

Jezierski Z., *Anna Dydyńska-Paszkowska organizatorka i kierowniczka służby zdrowia Okręgu Pomorskiego Armii Krajowej*, w: Służba Polek na frontach…, cz. 9, Toruń 2006.

Jurgielewicz W., *Uwagi nad historią służby kobiet w Ludowym Wojsku Polskim*, w: *Służba Polek na frontach…*, cz. 4, Toruń 2000.

Pomocnicza Służba Kobiet w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie 1939-1945. Praca zbiorowa, 1995.

Słownik biograficzny kobiet odznaczonych Orderem Wojennym Virtuti Militari, pod red. E. Zawackiej, Toruń 2004.

Urbanek B., *Służba sanitarna kobiet w Armii Krajowej*, w: *Służba Polek na frontach…*, cz. 2, Toruń 1996.

Urbanek B., *Wojskowy Korpus Sióstr Służby Zdrowia 1941-944*, w: *Służba Polek na frontach…*, cz. 4, Toruń 2000.

Wojdyło W., *Udział kobiet w służbie sanitarnej Batalionów Chłopskich w okresie okupacji hitlerowskiej 1939-1945*, w: *Służba Polek na frontach…*, cz. 2, Toruń 1996.

Zawacka E., *Szkice z dziejów Wojskowej Służby Kobiet*, Toruń 2001.

Acta Medicorum Polonorum – R. 4/2014

Szkic z historii aptekarstwa w Grodzisku Wielkopolskim do 1939 roku

Sketch of the history of pharmacies in the town of Grodzisk Wielkopolski before 1939

Grzegorz Kubacki[1]

Kórnik

Streszczenie: Arykuł opisuje historię aptekarzy i aptek w Grodzisku Wielkopolskim do 1939 r. Pierwsze wzmianki dotyczące aptekarzy w tym mieście pochodzą z 1637 r. i dotyczą Stephanusa pharmacopola. Szczególną uwagę poświęcono zwłaszcza czasom Powstania Wielkopolskiego oraz okresowi międzywojennemu, kiedy w mieście rywalizowali ze sobą o pacjentów aptekarze Roman Napierała i Władysław Ziętak.

Abstract: This article presents the history of pharmacists and their pharmacies in the town of Grodzisk Wielkopolski in Poland before 1939. The oldest archival record about pharamacists in this town originated from 1637 and concerns with an apothecary Stephanus. The article focuses on the Greater Poland Uprising and the nterwar period, when pharmacists Roman Napierała and Władysław Ziętak competed for patients.

Słowa kluczowe: historia farmacji, apteki w Grodzisku Wielkopolskim

Key words: history of pharmacy, pharmacies in the town of Grodzisk Wielkopolski

Historia miasta Grodziska sięga 1303 r. Pierwsze apteki na ziemiach polskich pojawiają się jeszcze wcześniej, bo w połowie XIII w. (w 1248 rok powstała pierwsza apteka w Świdnicy). Stulecie to było czasem licznych wojen oraz zarazy która nawiedziła Wielkopolskę i dotarła także do Grodziska. Morowe powietrze jest częścią legendy o założeniu miasta, historii niezwykle pysznej wody grodziskiej i grodziskiego piwa, a także licznych cudów Sługi Bożego Bernarda z Wąbrzeźna. Wraz z tymi wydarzeniami na kartach grodziskiej historii pojawiła się również postać pierwszego tutejszego aptekarza. Steffan, bo o nim mowa, jest wspominany w opisach zarazy w Grodzisku zawartych w „Graetzer Pestbericht aus des 17 Jahrhundert"[2]. Wpis z 1637 r. zdradza

[1] Biblioteka Kórnicka PAN.

[2] H. Ehrenberg, *Ein Gratzer Pestbericht aus dem 17. Jahrhundert s. 224-229* w: *Zeitschrift der Historischen Gesellschaft für die Provinz Posen*, t. II, Poznań 1886.

nam, że oprócz pełnienia funkcji aptekarza miejskiego, był on także rajcą miejskim. Podczas epidemii, wraz z drugim rajcą miejskim, odwiedzał chorych, by nieść im ulgę w cierpieniu, nie zważając na ich majętność. Zabiegał również, aby ciała zmarłych w trakcie epidemii grzebano błyskawicznie, nie czekając na tych, do których obowiązków to należało, a więc tzw. oprawców miejskich. Takie postępowanie wywarło wpływ na zahamowanie dalszych zachorowań, a więc i epidemii. Z tego samego źródła dowiadujemy się również, że połowę swojego majątku rozdzielił on pomiędzy biedotę miejską. Również w księgach chrztów z tego okresu, są częste wzmianki dotyczące „Stephanusa pharmacopola", Stefana aptekarza, gdyż był on wielokrotnie wybierany na ojca chrzestnego i sponsora. Jeden z takich wpisów pochodzi z 11 marca 1627 r.[3].

Kolejny zachowany ślad działalności aptekarzy w Grodzisku powstał ponad półtora wieku później. Pruska indaganda, a więc ankieta rozesłana przez urzędników pruskich w latach 1793-1794, już po przejściu ziem wielkopolskich pod zarząd pruski na skutek drugiego rozbioru państwa polskiego, wskazuje, że w Grodzisku działał jeden aptekarz[4]. Był to Zygmunt Boguchwał Brummer. Niestety nie posiadamy informacji, w którym roku oraz z jakiego przywileju korzystając założył on swoją aptekę. Wkrótce potem pojawiają się w mieście dwie kolejne officinae sanitatis. Najkrócej w Grodzisku działał Gotfryd Prager, który założył aptekę po 1796 r., przed 1803 r. już nie funkcjonującą. W spisie aptek istniejących w departamencie poznańskim, z dnia 11 czerwca 1803 r., przy jego nazwisku odnajdujemy dopisek „Treibt nich mehr sein Metier", czyli, że nie zajmuje się on już swoim procederem[5].

Oprócz tzw. starej apteki, czyli apteki Brummera, oraz działającej krótko apteki Pragera, funkcjonowała w Grodzisku od 1796 r. kolejna apteka – Mateusza Sonntaga. Posiadała ona specjalny przywilej, nadany mu przez króla pruskiego Fryderyka Wilhelma II Hohenzollerna w Warszawie w dniu 27 kwietnia 1796 r. Po śmierci właściciela jego aptekę skasowano w 1815 r. Wówczas właściciel starszej apteki, nabytej po Zygmuncie Brummerze, niejaki Sproegel, odkupił przywilej skasowanej apteki i wcielił go do własnej apteki, nabytej w 1804 r. Od tego czasu istniała w Grodzisku tylko jedna apteka, za to z dwoma przywilejami. W 1810 r. apteka spłonęła w pożarze. Po śmierci w 1816 r. Sproegela administratorem apteki został kolejny członek rodziny Brummerów. Następny właściciel grodziskiej apteki to Fryderyk Knechtel (1818 r.), który zakupił ją na publicznym przetargu za kwotę 4.500 talarów, a według innych relacji, za 5.412 talarów. Po śmierci właściciela w 1839 r. zarządzło nią dwóch kolejnych administratorach apteki; 31 sierpnia 1839 r. był to Leopold Ernst, a 15 października tego roku E. Benjamin Rothe. 18 kwietnia 1841 r. od wdowy po Fryderyku Knechtelu kupił aptekę Otton Friedrich Kliche. Władał nią dwa lata, by 26 maja 1843 r. odsprzedać ją za kwotę 19.500 talarów I. H. A. Mannigel'owi. Kolejna zmiana właściciela miała miejsce po dziewięciu latach, gdy 12 czerwca

---

[3] *Ibidem*, s. 228.

[4] J. Wąsicki, *Opisy miast polskich z lat 1793-1794*, Poznań 1962, s. 88.

[5] L. Kostrzeński L., *Materjały do historii aptek wielkopolskich*. Tom II. *Apteki prowincjonalne*. Warszawa 1936, s. 57.

1852 r. kupił ją Edmund Niche. W 1854 r. apteka ta zmieniła lokalizację w obrębie miasta Grodzisk. Gdy w zaborze rosyjskim dogorywało powoli powstanie styczniowe, pod koniec lutego 1864 r., aptekę wraz z przywilejami kupił Emil Rupprecht za sumę 115.000 marek. Trzynaście lat poźniej apteka została odkupiona za kwotę 120.000 marek przez Polaka Brunona Jasińskiego. Po jego śmierci administratorami zostali Haisler, Kubicki oraz Antoni Obst. R. 1890 to kolejna zmiana właściciela apteki; trafiła ona w ręce Józefa Jasińskiego, z czasem właściciela Apteki „Pod Lwem" w Poznaniu. Całość transakcji kupna opiewała na kwotę 146.000 marek, na co składały się opłata za samą aptekę w wysokości 139.430 marek oraz dopłata za drugi przywilej – 6.570 marek[6]. W albumie Jaworskiego opisującym handel i przemysł polski w państwie pruskim z 1896 r. znajduje się wpis głoszący, że aptekę w Grodzisku prowadzi właśnie J. Jasiński[7], który dodatkowo trudni się produkcją wód mineralnych. W 1896 r. kupił aptekę Zacheusz Ritter, a w 1902 r. Władysław Ziętak za sumę 250.000 marek niemieckich.

Do 1905 r. w Grodzisku istniała jedna polska apteka, należąca do Władysława Ziętaka, ale sytuacja zmieniła się w 1906 r., kiedy minęło 91 lat od śmierci Sonntaga, który otrzymał przywilej personalny. Prawo do dalszego korzystania z tego przywileju wygasło już dawno, nic więc nie stało na przeszkodzie przed otwarciem w Grodzisku drugiej apteki. Wykorzystał to aptekarz August Ewert, który otrzymał od naczelnego prezesa izby aptekarskiej koncesję personalną na założenie drugiej apteki. Została ona otwarta 24 listopada 1906 r. Był to okres wzmożonej germanizacji, nie powinno więc dziwić nadanie drugiej koncesji niemieckiemu farmaceucie. Z oczywistych względów o nowopowstałej niemieckiej konkurencji w Grodzisku nie wspomina wydana w 1908 r. *Księga Kupiectwa i Przemysłu Polskiego...* odnotowująca tylko aptekę Ziętakową[8]. Niemiecki farmaceuta Ewert zrzekł się koncesji już w 1911 r. z powodu zatargów, jakie powstały między nim a niemieckim lekarzem, doktorem Kolbe. Po Ewercie, który wyprowadził się do Królewca (obecnie Kaliningrad) i tam otworzył kolejną aptekę, w 1911 r., a więc jeszcze za czasów administracji pruskiej, koncesję otrzymał aptekarz H. Richter z Plauen. Prowadził on swój interes w Grodzisku przez kolejne dziesięć lat. Już po uwolnieniu się z kajdan zaborców, w 1921 albo 1922 r. otrzymał koncesję od polskich władz administracyjnych aptekarz Roman Napierała, który otworzył swoją aptekę przy ul. Bukowskiej 59. W tym momencie funkcjonowały w Grodzisku dwie, już całkowicie polskie, apteki – stara i nowa. Stara to oczywiście, sięgająca tradycjami początków XX w., apteka Władysława Ziętaka, mieszcząca się przy ul. Szerokiej 13, która w 1925 r. posiadała nawet swój własny służbowy numer telefonu. Drugą była apteka Romana Napierały, tzw. nowa. W okresie międzywojennym nie można było się jeszcze do niej dodzwonić. Te potoczne określenia, nadane obu officinae sanitatis przez mieszkańców miasta, znalazły odzwierciedlenie również

---

[6] L. Kostrzeński, *op. cit.*, s. 57-58.

[7] J. Jaworski, *Książka adresowa handlu i przemysłu polskiego w obrębie niemieckiego państwa obejmująca adresy fabrykantów, kupców i samodzielnych rzemieślników jako też lekarzy, adwokatów i inżynierów Polaków… Rocznik I, 1896-1897*. Berlin 1896, s. 41.

[8] *Księga Kupiectwa i Przemysłu Polskiego w W. Ks. Poznańskiem 1908*, Poznań 1908, s. 163.

w księgach adresowych, gdzie apteka „Ziętakowa" określana była jako stara, a Napierały jako nowa[9].

Gdy w listopadzie 1918 r. zakończone zostały walki na frontach I wojny światowej, w Wielkopolsce trwały przygotowania do stawienia zbrojnego oporu pruskiemu okupantowi. Powstały liczne organizacje konspiracyjne. Jedną z takich była Polska Organizacja Wojskowa Zaboru Pruskiego, w której 16 listopada 1918 r. kierownikiem sekcji został pracownik apteki „Ziętakowej" w Grodzisku, aptekarz Karwowski[10]. Na przełomie listopada i grudnia 1918 r. przez Grodzisk powracały z frontu rosyjskiego oddziały pruskiego 84. Oddziału Sanitarnego. Przyszli powstańcy przeczuwając, że na dniach może dojść do zbrojnego starcia z Prusakami, przejęli wozy i konie, natomiast sprzęt medyczny i leki zostały sprzedane właśnie Władysławowi Ziętakowi[11]. W oddziałach powstańczych zorganizowanych w Grodzisku przez Józefa Skrzydlewskiego walczył jako ochotnik prowizor aptekarski Włodzimierz Bogusławski,[12] określany przez mieszkańców miasta jako poważniejszy i zaufany obywatel. W trakcie wyprawy pod Jaromierz, będąc członkiem patrolu wysłanego przez dowódcę grupy, Antoniego Janusa, w celu zbadania obecności wojsk niemieckich w miejscowości Wioska (Blenke), zginął od niemieckich kul 10 stycznia 1919 r.

Władysław Ziętak zmarł w 1929 r., a sukcesję po nim przejęli Anna Napieralska-Machajska (dyplom uzyskała w 1904 r.) i Stefan Napieralski (dyplomowany w 1896 r.), którzy prowadzili ją aż do wybuchu drugiej wojny światowej. Drugi z żyjących na początku XX w. grodziskich aptekarzy, Roman Napierała, urodził się w 1876 r., a studia farmaceutyczne ukończył w Berlinie w 1908 r. W centralnych spisach aptekarzy z lat dwudziestych i trzydziestych, nie figuruje on jako magister farmacji, lecz jako aptekarz aprobowany[13]. Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego jasno precyzowała, kto miał prawo prowadzić aptekę. Niezbędne było polskie obywatelstwo oraz dyplom doktora lub magistra farmacji wydany albo uznany przez jeden z uniwersytetów w Polsce. Rozporządzenie dopuszczało do zawodu również osoby z tytułami prowizorów, uzyskanymi na dawnych zaborczych carskich uniwersytetach rosyjskich, oraz osoby posiadające aprobatę, czyli dopuszczenie do wykonywania zawodu aptekarskiego, wydane przez właściwe władze na obszarze Rzeszy Niemieckiej przed dniem 27 grudnia 1918 r.[14]. Taki tytuł posiadał właśnie grodziski aptekarz Roman Napierała. W okresie międzywojennym był on między innymi, dwukrotnym radnym[15], aktywnym działaczem Stronnictwa Naro-

---

[9] *Księga adresowa przemysłu, handlu i rzemiosła zachodniej polski,* Poznań bdw., s. 251-252; *Księga adresowa Polski (wraz z W.M. Gdańsk) dla handlu, przemysłu, rzemiosł i rolnictwa 1926/1927*, Warszawa bdw., s. 607.

[10] BK 11055, K. Skrzydlewski, *U progu wolność*, s. 85.

[11] BK 11055, K. Skrzydlewski, *U progu wolność*, s. 91.

[12] Ł. Jastrząb, *Lista strat Powstania Wielkopolskiego od 27 grudnia 1918 roku do 8 marca 1920*, Koszalin, 2009, s. 75 .

[13] *Urzędowy spis: lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczerów, pielęgniarek, położnych, uprawnionych i samodzielnych techników dentystycznych oraz wykazy: aptek, szpitali, ubezpieczalni społecznych,ośrodków zdrowia, przychodni samodzielnych oraz centrali i filii Państwowej Szkoły Higieny*, bmw. 1939, t. VIII Apteki., s. 56.

[14] Ustawa z dnia 25. III. 1938 roku o wykonywaniu zawodu aptekarskiego (D.U.R.P. Nr 23, poz. 202).

[15] J. B. Gliński, *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, Wrocław 1997, s. 281.

dowego[16], oraz członkiem Towarzystwa Gimnastycznego Sokół w Grodzisku Wielkopolskim, gdzie jego dane wraz z zaznaczeniem, że jest aptekarzem pojawiają się na spisach członków tego towarzystwa z lat 1926 i 1938[17]. Podczas drugiej wojny światowej właściciel Apteki im. Królowej Jadwigi, bo taką nazwę ona nosiła, poniósł śmierć z ręki niemieckich oprawców w obozie koncentracyjnym w Buchenwaldzie pod Weimarem[18]. Bezpośrednią sukcesorką i następczynią dawnej tradycji aptekarskiej jest Nowa Apteka im. Królowej Jadwigi, prowadzona przez Jadwigę Napierałę, krewną Romana.

W okresie międzywojennym w dawnym powiecie grodziskim na 35.675 mieszkańców funkcjonowały cztery apteki, a więc średnio jedna apteka na 8.919 mieszkańców. Oprócz nich, były też apteki w pobliskich Buku i Opalenicy. Obecnie w samym Grodzisku liczbę aptek liczymy już na palcach obu dłoni.

---

16 B. Polak, *Grodzisk Wielkopolski. Zarys dziejów*, Grodzisk Wielkopolski 1990, s. 128.

17 MZG 1462 *Księga członków Towarzystwa Gimnastycznego Sokół w Grodzisku*, rękopis niepaginowany.

18 P. Berger, *Ulice i patroni Grodziska Wlkp.*, Grodzisk Wielkopolski 1997, s. 52.

RECENZJE I NOTY

Owoc i ofiara. O książce Jerzego Szczepańskiego: *Działalność społeczna rodziny Gałęzowskich na emigracji polskiej we Francji na przełomie XIX i XX wieku*[1]

Omawianie książki humanistycznej, podobnie jak literatury pięknej, skoro wiązać się ma z jej oceną, często jest rzeczą niewdzięczną. Rzadko bowiem można tak wyważyć jej dobre i złe strony, by dały jakąś rzetelną średnią, pod którą autor recenzji, krytyki czy omówienia mógłby się podpisać z całkowicie czystym sumieniem. Częściej bywa tak, że mamy do czynienia z przedmiotem ambiwalentnym, w niektórych swych aspektach dobrym, a w innych – słabszym. Żadna średnia ocena nie odda wtedy całościowego wrażenia, ponieważ właściwie go nie ma. Podobnie jest w tym przypadku. Książka Jerzego Szczepańskiego (dalej zwanego zamiennie także „Autorem") o Gałęzowskich w Paryżu ma dobre i bardzo dobre strony, ale ma też strony słabe, złe i bardzo złe.

Zacznijmy od drobiazgu, wchodząc *ad medias res*.

Sprawa niejasna, a nawet tajemnicza. W pewnym momencie, omawiając działalność założonego w r. 1865 Stowarzyszenia Byłych Uczniów Szkoły Polskiej, Autor pisze (na s. 144), że w „1912 r. Stowarzyszenie dysponowało kapitałem 28 271 franków, noszącym nazwę «Kasy Pomocy Naukowej», powierzonym mu przez byłe Towarzystwo Naukowej Pomocy, z którego odsetki miały płynąć na stypendia dla uczących się i studentów, zwłaszcza z rodzin emigranckich". Pomijam niezręczność zdania względnego z użyciem zaimka „którego", bo składniową dwuznaczność całego wypowiedzenia ratuje tu semantyczny kontekst (odsetki pochodzić mogą najprędzej od kapitału, a nie od byłego Towarzystwa). Są tu inne niejasności. Skąd wzięły się te pieniądze? Kto je przekazał, skoro powierzające je rzekomo Towarzystwo już nie istniało? Zastanawiająca jest też sama nazwa tego Towarzystwa: dotychczas słyszało się tylko o paryskim „Stowarzyszeniu Pomocy Naukowej" (zamiennie zwanym też „Stowarzyszeniem Naukowej Pomocy", czynnym w latach 1832-1854)[2], wśród którego założycieli jest też Karol Marcinkowski[3], albo o „Towarzystwie Pomocy Naukowej", prawdopodobnie tym właśnie, o którym mowa, które działało w Paryżu (z inicjatywy Agatona Gillera) od r. 1868[4]. Dlaczego Autor zmienia składnię nazwy tej instytucji?

Być może dlatego, że cytowane zdanie, zgodnie z uczciwym odesłaniem do przypisu bibliograficznego, treść swoją czerpie nie z jakiegoś bezpośredniego źródła, ale z opracowania – z szeroko wykorzystywanej przez Autora książki M. Gmurczyk-Wrońskiej Polacy we Francji…. Autorka owa pisze o tej sprawie omawiając właśnie paryskie Stowarzyszenie Pomocy Naukowej i działania Instytucji „Czci i Chleba", która – według niej – długo miała kontakty z istniejącym w Poznaniu (od r. 1841) Towarzystwem Pomocy Naukowej (po śmierci Marcinkowskiego, który zakładał je czerpiąc z paryskiego wzorca, Towarzystwo nazwano jego imieniem). Tę ostatnią

---

[1] Wydawnictwo DiG, Warszawa 2013. Publikacja powstała w ramach grantu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (232 strony).

[2] Patrz: S. Kalembka, *Wielka Emigracja* (…), Warszawa 1971, s. 296.

[3] Patrz: W. Jakóbczyk, *Doktór Marcin* (…), Poznań 1946, s. 58.

[4] M. Gmurczyk-Wrońska, P*olacy we Francji w latach 1871-1914* (…), Warszawa 1996, s. 213 et passim.

instytucję naukowo najpełniej badał i opisywał – począwszy od lat 50 XX wieku – Witold Jakóbczyk, który jawnie, świadomie i celowo zmienił jej nazwę, tak to uzasadniając: „Stosuję nazwę Towarzystwo Naukowej Pomocy (a nie Towarzystwo Pomocy Naukowej) i używam skrótu TNP, aby uniknąć powtórzenia nazwy skrótowej Towarzystwa Przyjaciół Nauk"[5]. Niestety, taka zmieniona nazwa dość powszechnie przyjęła się później w popularnonaukowym piśmiennictwie i – jak widać – zaraziła również nazwy innych, podobnych instytucji.

Jednak nie to jest dla mnie najważniejsze w tej sprawie. Gmurczyk-Wrońska podaje przedmiotową informację jedynie w kontekście niepewności co do daty końca istnienia Stowarzyszenia Pomocy Naukowej, słusznie wnioskując, że w 1912 r. już musiało ono nie istnieć – a tymczasem Szczepański niepewności tej w ogóle nie zauważa; poniekąd też nie musi, bo losy tej instytucji leżą poza zakresem omawianej książki. Dziwi jednak fakt, że Autor nie sprawdza w ogóle przytaczanej informacji, niewątpliwie mając do dyspozycji wielki materiał źródłowy Biblioteki Polskiej w Paryżu. Jasne, na ogół można mieć zaufanie do cytowanej autorki. Nie wydaje się to jednak tak pewne akurat w tym wypadku. Ta właśnie informacja jest bowiem – czego Autor nie zauważa właśnie dlatego, że rezygnuje z jej sprawdzenia, a szkoda – bądź niewiarygodna, bądź podana z tzw. drukarskim błędem co do jej źródła. Gmurczyk-Wrońska mianowicie podaje w przypisie, jako źródło, Kurier Paryski nr 47 z roku… 1883. Konia z rzędem temu, kto mógłby z tego źródła dowiedzieć się czegoś wiarygodnego o tym, kto komu ile pieniędzy dał w roku 1912.

To oczywiście drugorzędny drobiazg, i tylko jego skomplikowany charakter, a nie doniosłość, wymagał, dla objaśnienia, aż tak długiej dygresji. Zarazem drobiazg ów pokazuje, na czym polega ambiwalencja ocen – może i wartości – omawianej książki. Po pierwsze, nie może się ona (czyli, mówiąc bez metonimii, jej autor) zdecydować, czy jest tak zwaną dzisiaj modnie narracją, czyli wywodem jakiejś tezy (następstwa), do której dobiera się źródłowe informacje jako argumenty (racje), czy też jest skrupulatną prezentacją jakoś uporządkowanych źródłowych informacji na określony temat (wtedy tytuł mógłby być np. „Źródła i materiały do dziejów działalności społecznej rodziny…" itd.). Dawniej, w pierwszym typie historiograficznych tekstów, zauważano tendencję do metodologicznego nomotetyzmu, a w drugim – do idiografizmu. Po drugie, przyjmując, że (w jakiejś mierze) mamy do czynienia z tekstem drugiego typu, „skrupulatnego prezentowania informacji według źródeł", ambiwalencja polega na tym, że mimo wielu informacji, wystarczy czasem chwila nieuwagi przy ich redagowaniu (w „kontekście uzasadnienia"), albo przy ich zbieraniu, i już pryska złudzenie owej „skrupulatności".

A teraz od początku. Praca Jerzego Szczepańskiego, jako kompromisowa między pierwszym („narracyjnym" i nomotetycznym z grubsza) typem a drugim („skrupu-

[5] W. Jakóbczyk, *Towarzystwo Naukowej Pomocy w Wielkopolsce 1841-1939*, Poznań 1985, przypis na s. 5. Nota bene jednym ze stypendystów tytułowego Towarzystwa był (do 1900 r.) Edward Pożerski, wspomniany przez Szczepańskiego (na s. 155, jako Pożarski) „gospodarz lokalu" Towarzystwa Polskiego Literacko-Artystycznego, założonego przy głównym udziale rodziny Gałęzowskich i Lipkowskich; należała mu się jakaś notka biograficzna (której w książce Szczepańskiego brak), był to bowiem ceniony mikrobiolog, uczeń Instytutu Pasteura, dietetyk – uznany współtwórca „wielkiej" kuchni francuskiej.

latnym" i idiograficznym), nie tylko nie zadowoli w pełni zwolenników żadnego z owych typów, jak każdy kompromis, ale także, paradoksalnie, spodoba się wielu pozostałym odbiorcom. Jest w niej bowiem jakaś doza opowiadania pewnej historii, niemalże rodzinnej sagi, jest cała masa interesujących faktów, zdecydowanych portretów autentycznych postaci; udaje się jej także zasugerować pozytywny, ale bez przesady – wyważony – wszechstronny, także etyczny obraz głównych postaci, szczególnie najważniejszej z nich, Seweryna Gałęzowskiego. Jest to przy tym zarazem książka próbująca maksymalnej obiektywności, a także naukowej sprawdzalności, głównie przez bogaty materiał przykładowy, obficie cytowane i podawane źródła, szczególnie korespondencji opisywanych postaci, oraz wyciągów z dokumentów instytucji, z którymi się one wiązały[6]. Wystarczy zauważyć, że przytoczenia owe stanowią prawie 1/3 (ok. 32%; licząc zresztą tylko te, które wyróżniono mniejszą czcionką) objętości książki, a wraz z aneksami – ok. 57%. Wynika z tego wprawdzie, że „odautorskiego" tekstu jest w niej zaledwie ok. 43%, do czego przyczyniają się również ilustracje, a także różne zabiegi edytorskie, takie, jak bardzo ułatwiające lekturę liczne „światła" oddzielające rozdziały, podrozdziały i ich części, gęste akapity itp.; trudno jednak uważać to za jakiś szczególny mankament. To tylko cecha takiego typu współczesnej naukowej-humanistycznej książki: książki trzeciego typu, który próbuje kompromisowo zadowolić wszystkich, a zwłaszcza głównego swego mecenasa i fundatora – stosowne ministerstwo.

Jak pisze jej Autor we Wstępie, praca ta „nie jest klasyczną biografią" – a jednak udało się Autorowi to i owo poprawić i sporo uzupełnić w istniejącej dotychczas wiedzy o życiu paru omawianych osobistości. „Nie jest też historią rodziny, nawet jeśli to była rodzina tak wybitna, jak Gałęzowscy" i spowinowaceni z nimi Lipkowscy – a jednak udało się Autorowi pokazać, dzięki prywatnym listom, nie tylko blaski, ale też i cienie wielu jej członków; myślę tu szczególnie o – jakże swojskiej – powszechnej w listach rodziny z Kraju litanii narzekań na polską biedę i próśb o wsparcie do „bogatego zagranicznego krewnego", a także o sygnałach osobistych i politycznych animozji, do zapiekłości włącznie, „wielkiego" Seweryna (np. słowa o J. Dąbrowskim – w liście? – nie wiadomo, do kogo – przytaczanym na s. 116). Ma być ta książka, dalej według Wstępu, „próbą dokumentacji pracy społecznej jednej rodziny na emigracji we Francji na przełomie XIX i XX w. – Gałęzowskich" – a w rezultacie dokumentuje też działania wielu innych osób. Skupienie się na osobie Seweryna Gałęzowskiego, przy niewielkiej tylko porcji informacji o pozostałych członkach rodziny, zaangażowanych również w prace społeczne, „organiczne", na i dla emigracji, nie jest nieproporcjonalne, wydaje się słuszne i naturalne. Ktokolwiek choć trochę interesował się polskimi pamiątkami i instytucjami w Paryżu, musiał odczuwać niedosyt wiedzy o wyniesionym na cokół opiekunie Szkoły Polskiej, osobie widocznie sławnej kiedyś i zasłużonej, a słabo dziś znanej szerszemu ogółowi. Zatem możemy być wdzięczni Autorowi za poruszenie przedmiotowego tematu.

---

[6] I tak, na przykład, z tej jednej książki możemy dowiedzieć się, że wprawdzie finansowe przedsięwzięcia Seweryna G. początkowo udawały się, ale były nietrwałe i bankrutowały (np. „dzięki niemu" kupiony budynek Szkoły trzeba było po 20 latach sprzedać).

Omawiana praca przedstawia najpierw szerokie tło historyczne polskiej emigracji do Francji od połowy XIX wieku, emigracji „drugiej fali", która musiała jakoś ułożyć się m. in. z zastaną tzw. Wielką Emigracją, po Powstaniu Listopadowym (rozdział 1).

Drugi rozdział przedstawia pochodzenie i dawne dzieje rodu Gałęzowskich, następnie biografię głównego bohatera, Seweryna, wreszcie (bardziej skrótowo) biografie jego bratanków: Ksawerego (sławnego okulisty) i Józefa (czynnego we władzach Powstania Styczniowego). To w tym rozdziale znajdziemy trochę zmian i uzupełnień w stosunku do PSB.

Trzeci rozdział poświęcony jest działalności Seweryna Gałęzowskiego, w rozbiciu na aktywność polityczną, społeczną (Bank Emigracji Polskiej i działania indywidualne), kontakty z krajem i fundację stypendialną. Autor pisze, *nota bene*, o jednej fundacji związanej z PAU, samego Seweryna, którego wiele lat potem uczyniono jej patronem (Seweryn uczynił był jej patronami Śniadeckich), w czym poprawia S. Kalembkę, mówiącego o dwóch takich funduszach[7] (ale poprawia chyba nieświadomie, gdyż nie daje wzmianki o tej pracy Kalembki w swej książce).

Kolejny rozdział – najobszerniejszy – dotyczy Szkoły Polskiej na Batignolles. I tu od razu muszę zwrócić uwagę na dziwny sposób porządkowania i przedstawiania treści przez Autora, który zresztą zdaje się być tego sposobu świadom, kiedy pisze (we Wstępie, na s. 13), że „proporcje i akcenty chronologiczne oraz merytoryczne pracy nie są zrównoważone". Zobaczmy: podrozdział 1 to „Szkoła Polska w okresie prezesury Seweryna Gałęzowskiego"; podrozdział 2 – „Rada Szkoły"; trzeci – „Biblioteka" [chodzi o bibliotekę tejże szkoły]; czwarty – „Szkoła pod kierunkiem Ksawerego i Józefa Gałęzowskich". Widać, że porządkująca zasada chronologiczna miesza się tu z aspektową, a w konsekwencji mnóstwo informacji musi się powtarzać. Przecież Rada Szkoły (i Biblioteka też) istniała i za prezesury Seweryna, i pod kierunkiem Ksawerego (tylko nominalnym zresztą) i Józefa Gałęzowskich. Co więcej, widać przy tej okazji, że wszystko, co dotyczy Szkoły (a więc należy do tego, czwartego rozdziału), dotyczyło zarazem działalności już to (i głównie) Seweryna, już to jego bratanków (zwłaszcza Józefa), a zatem należy także do rozdziału poprzedniego – o działalności Seweryna – i jeszcze poprzedniego, gdyż działalność ta wypełniała sporą część jego – ich – życia; większość zresztą tego, co o ich życiu wiadomo, to właśnie ich działalność! Trochę tylko brakuje tu dziejów medycznych i naukowych sukcesów Ksawerego – ale to już temat na inną książkę.

W każdym razie w tym rozdziale nagle zdajemy sobie sprawę, niestety, z pewnej strategii pisarskiej Autora, która jest wadą Jego książki, a o której czuję się zmuszony jeszcze parę cierpkich słów napisać nieco dalej. Wracajmy jednak do zalet.

Z ciekawością i wdzięcznością dla Autora przeczytałem np. informację (s. 131, 132) o zamiarze – niezrealizowanym, niestety – przekazania księgozbioru Szkoły Batiniolskiej Poznańskiemu Towarzystwu Przyjaciół Nauk. W końcu trafił do Kórnika, a potem częścią do Wilna, częścią do Warszawy (gdzie przepadł w czasach II wojny światowej).

---

[7] I o 500, a nie o 5 000 franków dla stypendysty. Patrz: *Polska-Francja. Dziesięć wieków związków politycznych, kulturalnych i gospodarczych*; wstęp i redakcja naukowa – A. Tomczak, Warszawa 1983, s. 308, 309.

Jest jeszcze rozdział piąty, obok drugiego najciekawszy chyba: „Sukcesja Gałęzowskich: Ksawery, Józef i Amelia, Lipkowscy". Rozdział ten nie tylko uświadamia czytelników co do społecznikowskiej tradycji rodzinnej tytułowych bohaterów i ich udziału w szeregu inicjatyw emigracyjnych, ale też daje sporo informacji o tychże inicjatywach, nie zawsze dobrze znanych: Stowarzyszenie byłych Uczniów Szkoły Polskiej, Skarb Polski, Muzeum w Rapperswilu, Instytucja „Czci i Chleba" (o tej organizacji pisze Autor – i chyba wie – stosunkowo najmniej), Towarzystwo Kobiet Polskich, Towarzystwo Polskie Literacko-Artystyczne.

Czas teraz na garść szczegółowych uwag o zupełnych drobiazgach, o „dostrzeżonych błędach w druku" (tak nazywano kiedyś *Errata* – teraz już nikt porządnej korekty chyba nie robi) i innych dyskusyjnych punktach, po kolei. Spróbuję oddzielić sprawy czysto językowej szaty od *meritum*, ale nie zawsze jest to możliwe. Wszak język wyraża myśli.

Na s. 15 Autor zaznacza, że wśród korespondentów Seweryna Gałęzowskiego „zwraca uwagę znaczna liczba kobiet, księży i lekarzy, co świadczy o tym, jak dużą rolę im przypisywał." Powinno się takie wnioski czymś mierzyć, choćby porównać te liczby u różnych autorów rozmaitych korespondencji. Poza tym powodów pisania listów do kogoś może być wiele, nie tylko przypisywanie temu komuś „dużej roli" (roli w czym, zresztą?); może po prostu były to odpowiedzi na cudze listy? A zatem może to kobiety, księża i lekarze przypisywali „dużą rolę" naszemu bohaterowi? Innymi słowy, brak tu zachowania kanonów wnioskowania indukcyjnego.

Na wielu stronach rozdziału drugiego razi nadużywanie nazwy Ukraina. Autorowi chodzi niewątpliwie o „dzisiejszą Ukrainę", tereny należące obecnie do państwa ukraińskiego. W czasach opisywanych w jego książce takiego państwa jeszcze nie było i nazwy tej używano rzadko. Nie było w każdym razie żadnej tradycji wyraźnej granicy między Wołyniem – obecnie leżącym po stronie ukraińskiej – a tym po polskiej. Nieco istotniejsza była granica między Królestwem („Kongresówką") a Rosją – ale w ramach jednego cesarstwa. Dużo ważniejsza była granica między cesarstwami, czyli – dla Polaków – zaborami.

Niezrozumiały jest genealogiczny wywód Autora (s. 29/30), sugerujący, że skoro „Józef […] pozostawił synów: Antoniego, Franciszka i Wincentego Ignacego" a „[…] Ignacy ożenił się z Teofilą Nowosielską; z małżeństwa tego miał urodzić się Ksawery, według Uruskiego dziedzic wsi Husynne, wylegitymowany w Królestwie w 1843 r.", to zapewne „ojciec naszego bohatera Seweryna ożenił się dwukrotnie, a zatem jego [Seweryna? Ojca?] ukochany brat Franciszek był jego przyrodnim bratem". Brakuje tu zarówno jakichś przesłanek, jak i jakiegokolwiek wynikania.

Na s. 55/56 kilka akapitów poświęca Autor kontaktom Seweryna Gałęzowskiego z Norwidem, i pomocy, udzielonej poecie przez tegoż dobroczyńcę. Szkoda, że nie uwzględniono w pracy *Kalendarza życia i twórczości Cypriana Norwida* Zofii Trojanowiczowej i Zofii Dambek (Poznań 2007), gdzie znajdziemy kilkadziesiąt wzmianek o wzajemnych kontaktach obu panów i dowody dużo większej szczodrobliwości doktora wobec poety, niż to wynika z omawianej książki Autora.

Dyskusyjne jest (na s. 62) stwierdzenie, jakoby Ksawery „dystansował się od nierozważnych zrywów i przelewania krwi polskiej". Dyskusyjne nie dlatego, iżby miało

być „ogólnie" nieprawdziwe, ale dlatego, że brzmi fałszywie w kontekście tuż potem następującej informacji, z którą jest po prostu sprzeczne: „Zajmował się finansowaniem i ekspedycją ochotników i broni do kraju".

Na stronach 78-80 Autor przedstawia Bank Emigracji Polskiej i „zdolnego finansistę", Seweryna, jako jego *spiritus movens*; ale rola naszego bohatera w tym banku, a zwłaszcza w bankructwie tego banku jakoś została wyjaśniona – na czym polegała, czym się właściwie zajmował, jakie miał pomysły – nie wiadomo.

Na s. 87 w przypisie 87 wymienia się w cudzysłowie ofiarodawców ze Lwowa, ale nie podano źródła tej informacji.

Do kwestii zagmatwania chronologii nie będę wracał (opis dziejów Szkoły Polskiej bardzo na tym cierpi: między stroną 94 a 97 skoki chronologii są zawiłe – jak skoczka – konika – w szachach). Ale dziwnie wygląda stwierdzenie (s. 95; może to jest kwestia szaty językowej?), że „W 1843 r. sytuacja materialna Szkoły uległa zdecydowanej poprawie", jeśli wcześniej nie było mowy o żadnym złym stanie tej sytuacji. Poprawie z czego? Co więcej, dwie strony dalej podobne stwierdzenie: „Poprawiała się sytuacja materialna Szkoły" – tak, jakby w tzw. międzyczasie nastąpiło znów jakieś pogorszenie, o którym nic nie wspomniano.

Niewiele dowiadujemy się też o „sprawie Klimaszewskiego" (s. 98-101), bibliotekarza – tyle tylko, że był jakiś tajemniczy konflikt. To bardzo ciekawy wątek – dobrze, że Autor go porusza, szkoda, że nie udało Mu się go rozwikłać. Domyślamy się też tylko, że skoro na s. 97 „Szkoła […] za 200 000 franków nabyła zajmowaną przez siebie nieruchomość", a „Dodatkowo w 1859 r. w wyniku starań Seweryna Gałęzowskiego dokupiono niezabudowaną działkę obok Szkoły wartości 230 000 franków", po czym na s. 99, że „dzięki jego staraniom […] Szkoła nabyła nieruchomość […] za 200 000 franków", to znaczy, że obie te nieruchomości nabyto „dzięki Gałęzowskiemu".

Inną nierozwikłaną sprawą jest (na s. 109) następująca tajemnicza informacja: „W 1855 r. do Szkoły zwrócił się Komitet Genewski z propozycją przyjęcia bezpłatnie dwóch uczniów w zamian za «dotychczasowe użytkowanie z funduszów powyższego pomnika, kilka tysięcy franków w gotowiźnie wynoszących». W odpowiedzi prezes Gałęzowski 10 VII tego roku zgodził się na przyjęcie uczniów, ale zaproponował, aby fundusz dalej pozostawał w dyspozycji Komitetu". Nie tylko nie wyjaśnia się, czym był Komitet Genewski (zapewne organizacja mieszkających tam emigrantów – z przypisu dowiadujemy się o jej późniejszej nazwie: Dozór Polski w Genewie), ale też ani słowa „powyżej" czy „poniżej" o jakimkolwiek pomniku ani funduszu, żadnego wyjaśnienia, dlaczego Komitet mówił o „dotychczasowym użytkowaniu pomnika", a prezes o „pozostawaniu funduszu dalej" – kiedy i gdzie, kto i co użytkował – nic nie wiadomo. Ot, taka wyrwana z kontekstu informacja; może pozbawiona jakiegoś dalszego ciągu na skutek nieuważnie przeprowadzonej operacji „wytnij, przeciągnij, wklej"?

Kolejna informacja wydaje się bądź wewnętrznie sprzeczna, bądź też uzupełniona nadinterpretacją Autora. Na s. 110 mianowicie czytamy, że „Eustachy Januszkiewicz sformułował stanowisko, jakie winna zająć Szkoła i jej współpracownicy [wobec powstania 1863 r.]. Z treści i formy tej deklaracji jednoznacznie wynikało, że jej autorem był prezes Gałęzowski" – po czym następuje obszerne przytoczenie tekstu z notatek do księgi protokołów posiedzeń Rady Szkoły Polskiej. Autorstwo „deklaracji" z tego

tekstu nie objawia się; widać tylko, że notatki tej nie sporządził sam Januszkiewicz, gdyż jest w niej wymieniony w III osobie. Zapewne więc Szczepański trafnie odgaduje autorstwo Gałęzowskiego (nie wiemy wprawdzie, po jakich śladach), jednak jest to tylko autorstwo owej notatki, a nie samej „treści deklaracji": z jej tekstu wynika, że relacjonuje ona tylko to, co „sformułował" Januszkiewicz i to jest ważne, a nie to, kto sporządził notatkę.

Inna sprzeczność. Na s. 111 zaczyna się podrozdział zatytułowany „Kryzys" (chodzi o kryzys Szkoły), obfitujący w liczby i daty (mniej więcej od maja 1863 r. do sierpnia 1870 r.), niezbyt uporządkowane, przytaczane najwidoczniej dosłownie tak, jak wyglądały w źródłowych materiałach. Pokazują one jednak wcale nie kryzysowy obraz Szkoły. Na przykład liczba uczniów. W r. 1853/1854, według informacji ze s. 106, do Szkoły „uczęszczało 250 uczniów", a kilkanaście lat później, w dobie „kryzysu" (r. 1866/1867) aż 300 (s. 112). Rok później – o 9 uczniów więcej. W tym podrozdziale nie ma dalszych danych o liczbie uczniów, zatem można stwierdzić, że ich przytaczanie zupełnie nie pasuje do tytułu podrozdziału – lub odwrotnie. „Kryzys" dotyczy tylko finansów. Co do zatrudnianego personelu, akurat Autor sprzeczność zauważa i komentuje (np. na s. 113, pisząc: „A więc liczba zatrudnionych pomimo kryzysu finansowego uległa zwiększeniu".). Podobnie „przedwcześnie" (bo zna dalszy ciąg historii…) pisze Autor już na s. 134 (a potem na s. 137) o „kurczącej się Szkole" – dodając, że „(w 1884 r. uczęszczało do niej 80 uczniów)"; tymczasem na s. 119 podaje, że dziesięć lat wcześniej, w r. 1874/1875, było w niej 47 uczniów, a rok potem – 60. W stosunku zatem do tych lat Szkoła wcale nie kurczyła się jeszcze – wręcz przeciwnie.

I wreszcie język pracy: niby zwykły, chwilami nawet zbyt potoczny, ani specjalnie zły, ani specjalnie dobry czy piękny. Jednak brakuje w nim kilku rzeczy – jakiejś swobody, naturalności: czasem sprawia wrażenie świetnie opanowanego języka obcego, a sam tekst – wrażenie rezultatu niemiłej, wymuszonej i ciężkiej pracy, wykonywanej niechętnie, w pocie czoła, w dużym pośpiechu i zmęczeniu. Przede wszystkim jednak brakuje solidnej i życzliwej (Autorowi) korekty.

Już sam tytuł budzi wątpliwości. Dlaczego „na emigracji polskiej"? Wyrażenie „emigracja polska" może mieć najwyżej dwa, bliskie sobie, znaczenia. Rzadziej oznacza „zjawisko emigrowania Polaków", czyli „emigrację Polaków"; ale przede wszystkim, najczęściej, jest rzeczownikiem zbiorowym oznaczającym po prostu „Polaków na emigracji". „Działalność na emigracji polskiej" brzmi trochę tak, jak „operacja na żywym organizmie". Powinno się albo skreślić „polskiej", albo (jeśli taka była intencja Autora, lub innego autora tytułu) dodać po słowie „na" słowo „rzecz", albo wreszcie zamiast „na" dać: „wśród". Albo jeszcze inaczej.

Zbyt potocznie brzmi np. zwrot „Paradoksalnie, ale [..]" (proponowałbym skreślić „ale") na s. 12; podobnie skrótowe sformułowanie „rozwinąć [zamiast „omówić", albo „przedstawić", itp.] konsekwencje" na s. 21: „Konsekwencje schyłku przywództwa Czartoryskich […] rozwinął Wiesław Śladkowski"; nie najlepiej użyto zwrotu „grupa akcesji" (na s. 14/15: „Akta znajdujące się w Bibliotece Polskiej w Paryżu należą do grupy akcesji i wymagają jeszcze uporządkowania."), który w żargonie tylko niektórych środowisk bibliotekarskich (nie wszystkich) oznacza „nabytki nieopracowane". Nieuważnie wymienia się (na s. 23), niepotrzebnie używając najpierw hiperonimu

w liczbie mnogiej („literaci i krytycy"), a potem i tak szczegółowych epitetów dla każdego pisarza z osobna, zawodowe grupy członków Komitetu Francusko-Polskiego: „[…] literaci i krytycy Jean Richepin i znawca polskiej poezji Gabriel Sarrazin, pisarz i polityk Maurice Barrès oraz wielu dziennikarzy i publicystów". Tak, jakby „literatami i krytykami" był tylko Jean Richepin. Lepiej byłoby dać „literat i krytyk".

Redakcja powinna też była zrobić coś z niegramatycznym I zdaniem przypisu 15 na s. 31 („W miasteczku były filia parafii Pleszczyn (i kaplica?) parafialna." Z kolei brak przecinka lub myślnika, albo zmodyfikowania składni, czyni niezręcznie wieloznacznym zdanie ze s. 39: „Tego samego styczniowego dnia 1849 r. wysłał do niego list drugi brat Franciszek" (1. *Brat Franciszek wysłał do niego dwa listy jednego dnia; 2. *Miał dwóch braci Franciszków, którzy tego samego dnia wysłali doń po jednym liście; 3. Jednego dnia dwaj bracia, w tym Franciszek, wysłali do niego po jednym liście.).

W pracy występuje także sporo pleonazmów. Podwójnie pleonastyczne jest sformułowanie na s. 42: „Poza pieniędzmi na koszty utrzymania stryj finansował ponadto inne nadzwyczajne wydatki bratanków […]": nie mówi się „finansować pieniądze", ani „poza x ponadto y". Proponowałbym, na przykład: „Stryj nie tylko dawał pieniądze na koszty utrzymania, ale finansował też inne …" itd. Podobny pleonazm jest na s. 97/98, gdzie „może dziwić wysoka wartość ceny działki". Inny pleonazm – na s. 141: „Problemem było pytanie, jak kontynuować.." – zamiast, np. „Pytanie było: jak kontynuować…", albo „Problemem było kontynuowanie…"

Zwykłej korekty wymagało niepotrzebne użycie jednocześnie zaimka i jego „imienia" na s. 47: „Do jego najbliższych przyjaciół Seweryna Gałęzowskiego należał …". Niepolskie jest na s. 53 wyrażenie „opłacić za coś" („opłacił 230 franków za miejsce wiecznego odpoczynku" – powiedziałoby się raczej „spoczynku") – zamiast „zapłacił za" albo „opłacił miejsce".

Prawie wszędzie źle zaznacza się wtrącenia zdaniowe, jak na s. 60: „Spadkobiercami Seweryna, zarówno w sensie dosłownym, jak i szerszym – społecznej aktywności zostali bratankowie, synowie brata Franciszka – Ksawery i Józef" (po usunięciu części wtrąconej zdanie powinno nadal być gramatyczne i sensowne, a tu – nie byłoby). Podobnie na s. 63 („Syn Ksawerego – Jean objął […]") i w wielu innych miejscach.

Na s. 62 szwankuje styl („Ksawery, choć nie z takim zaangażowaniem jak jego stryj, angażował się […]"); a na s. 69 nie dokończono zdania, zaczynającego się od „Według źródeł policji […]", a kończącego się – bez orzeczenia – na „towiańczyków". Na s. 70/71 jest: „Jedna z licznych pogłosek przywieziona z Paryża do Warszawy …", a powinno być: „Jedna z licznych pogłosek przywiezionych z Paryża do Warszawy…" (bo nie chodzi o jedną tylko pogłoskę przywiezioną i całą masę innych, miejscowych); na s. 74 u dołu, jest „5 maja 1863 r., a więc w okresie rozwijającej się partyzantki, polskiej Rząd […]", a powinno być: „5 maja 1863 r., a więc w okresie rozwijającej się partyzantki, polski Rząd […]"; w II akapicie na s. 84, po słowach „licznej korespondencji", należy dodać słowo: „poprzez". Na s. 109 nie po polsku wygląda „Bywalec towarzyski salonów paryskich Andrzej…" – „towarzyski" należy albo skreślić, albo przydać jako określenie Andrzeja („towarzyski Andrzej") – nie istnieje kolokacja „bywalec towarzyski"; chyba, że miało być: „Bywalec towarzyskich salonów paryskich…". Ułomnie wygląda, na skutek użycia przymiotnika „innym", zdanie otwierające podrozdział na

s. 111: „Wybuch powstania skierował uwagę oraz środki finansowe emigracji i kraju w zupełnie innym kierunku" – nie wiadomo: innym niż jaki? Poprzednie zdania o żadnym specjalnym kierunku nic nie mówią.

Zagmatwanie składni zdania, które wymagało tylko drobnej korekty, zapewne w wyniku przeróbek („wytnij-wklej") na s. 112 doprowadza do karkołomnego sensu: „Na posiedzeniu Rady z 20 XI 1864 r. [dlaczego „z"?] prezes za pośrednictwem księcia Napoleona poinformował o petycji do cesarza, w której zwracał się o podniesienie subwencji […]". Wynika z tego, że książę Napoleon znalazł się na posiedzeniu Rady Szkoły z poleceniem od Gałęzowskiego, by powiedzieć Radzie o petycji, którą Gałęzowski wystosował był do cesarza; w dodatku książę polecenie wykonał.

Na s. 117 Gałęzowski próbuje raz jeszcze „udać się do pomocy kraju" – zamiast „udać się po pomoc do kraju", „zwrócić się o pomoc do kraju", „uciec się do pomocy kraju", itp. Na s. 139 czytamy: „Do posady inspektora pełnionej dotąd bezpłatnie…" – chociaż po polsku pełni się funkcję, obowiązki, a posadę można tylko mieć – a także objąć, przyjąć, otrzymać, dostać, zmienić, stracić. Na s. 153 dość niezręcznie brzmi też sformułowanie „Oprócz swego brata Józefa był głównym organizatorem […]". To tak, jakby był nie tylko głównym organizatorem, ale także swoim własnym bratem Józefem (niewłaściwe tzw. logiczne rozczłonkowanie zdania) – oczywiście, przesadzam, kontekst i znajomość realiów wyklucza taką interpretację. Ale dużo lepiej byłoby dać: „Obok swego brata Józefa, był głównym organizatorem…".

Na koniec jedno jeszcze „zdziwienie": zupełna nonszalancja w pisowni francuskich znaków diakrytycznych. Nazwa szpitala Salpêtrière być może straci (w związku z reformą ortografii) znak „ê" na rzecz „e" – ale różnice między „é" i „è" nadal są ważne. Mniejsza zresztą o nazwę szpitala. Dużo bardziej dziwi uparte pisanie sławnego adresu Szkoły w Batignolles, nazwy ulicy, która stała się później metonimicznym synonimem nazwy Szkoły – Lamandé – jako Lamande. To tak, jakby pisać Gałezowsk, zamiast Gałęzowski.

Jest jeszcze ładnie podsumowujące Zakończenie, są także obszerne, pożyteczne aneksy źródłowe, spis ilustracji (niestety, w większość niedatowanych), przydatny indeks nazwisk oraz kontrowersyjne: noty biograficzne i bibliografia.

To oczywiście subiektywne wrażenie, ale „Noty biograficzne" uważam za element w takich pracach zarazem bardzo trudny do wykonania, jak i zbędny. Większość z nich to skróty podobnych not wziętych skądinąd, najczęściej z PSB; owszem, niekiedy uzupełnionych o jakieś szczegóły dotyczące działalności ich bohaterów w opisywanych w omawianej książce instytucjach, ale te informacje właśnie są w tej pracy w innym miejscu, w tekście głównym. Owszem, dotyczy to również osób mniej znanych, które miały niekiedy jednak ciekawe życiorysy, jak Karol Sienkiewicz (którego noty jednak Autor nie zamieścił)[8], nierzadko heroiczne, jak choćby Agaton Giller (którego noty

[8] Na s. 120 Szczepański przedstawia Karola Sienkiewicza, członka Rady Szkoły Polskiej, jako „autora Skarbca historii polskiej". Faktycznie był Sienkiewicz pomysłodawcą i redaktorem (autorem tylko siedmiu czy ośmiu szkiców i wstępu) tego wielkiego, zbiorowego dzieła zawierającego liczne studia, szkice i kopie dokumentów; najbardziej znanym tytułem do „nieśmiertelności" Sienkiewicza jest jednak przecież genialny (i błyskawicznie wykonany) przekład Warszawianki Casimira Delavigne (lepszy od oryginału), o czym Autor nie wspomina.

też nie ma). Zawsze będzie dyskusyjne, dlaczego niektóre noty są, a innych nie ma, a w samych notach – dlaczego o czymś się pisze, a o czymś innym nie; nie zadowoli się wszystkich odbiorców. Z drugiej strony, na przykład, wydaje się niepotrzebne przypominanie czytelnikowi, i to tak wytrawnemu, że sięgnął po aż tak wysoce specjalistyczną książkę, iż „Kraszewski Józef Ignacy" to „pisarz", „Lenartowicz Teofil" to „poeta i rzeźbiarz", a „Paderewska Helena" to „żona słynnego pianisty". Zresztą podobne obiekcje można mieć też do szczegółów indeksu osób: dobrze, że jest w nim umieszczony „Napoleon III, Karol Ludwik Napoleon Bonaparte, cesarz"; mało przydatne jest umieszczenie nieobecnego i nieistotnego dla opisywanych wydarzeń „Napoleona Bonaparte, cesarza"; brakuje za to mniej znanego, za to bardzo w owych wydarzeniach zaangażowanego „Plon-Plon" – księcia Napoleona, o którym sporo się w tekście książki mówi.

Noty te – podobnie jak wymuszający powtórzenia treści rozdziałów książki wieloaspektowy, chaotyczny wręcz owych treści układ, o którym wspomniałem – wpisują się w ową strategię pisarską, która zaczyna wyglądać po prostu jak sztuczne „rozciąganie tekstu" – niepotrzebne, jak może tylko dla formalnego usatysfakcjonowania hojnego mecenasa, który zapewne wymagał „owocu badania" w postaci publikacji o określonych rozmiarach. To jest ten „trzeci typ książek", niestety.

Podobne wrażenie robi na mnie Bibliografia – tym razem chodzi jednak właśnie o „zrobienie wrażenia" (tylko odwrotnego do mojego), a nie tylko o przedłużenie, „rociągnięcie tekstu". Ma to być chyba wrażenie obfitości wykorzystanych przy pisaniu pracy tytułów innych prac. Aż dziw, że wytrawny badacz, w całkiem interesującej książce, uważa za stosowne uciekać się do takich studenckich sposobów. Na przykład Polski Słownik Biograficzny, mimo swego tytułu (dawniej nazywany po prostu PSB), nie został tu umieszczony w wyodrębnionym (po co?) dziale bibliografii „Słowniki"; jego poszczególne hasła traktowane są jako odrębne „artykuły" swoich autorów, w dziełach zbiorowych, a więc jako oddzielne, kolejne „pozycje bibliograficzne". Nie mówiąc już o dyskretnym „przemycaniu" do Bibliografii dzieł, z których w ogóle się nie korzystało. Pierwsze z brzegu, na chybił-trafił, znów w niepotrzebnie wyodrębnionym dziale „Pamiętniki, wspomnienia, listy": „Duchińska Seweryna, *Wspomnienia z 29-cio letniego pożycia z mężem moim 1864-1893*, Paryż 1893" – nigdzie pośrednio ani bezpośrednio w pracy nie przytaczane. „Trzeci typ" książek.

W każdej bibliografii każdy recenzent zawsze znajduje jednak nie tyle jakieś nadmiary, co jakieś braki. Nie będę wyjątkiem – ale co do paru tytułów, jak wspomniana *Polska-Francja. Dziesięć wieków związków politycznych, kulturalnych i gospodarczych*; wstęp i redakcja naukowa – A. Tomczak, Warszawa 1983, albo A. Witkowskiej *Cześć i skandale*, Gdańsk 1997, nie będę się upierał, choć są to kolejne pozycje dostarczające informacji o Instytucji „Czci i Chleba", na których brak Autor zupełnie niesłusznie się uskarża na s. 150 („Organizację tę historycy emigracji dostrzegli stosunkowo niedawno"), w przypisie po raz kolejny skwapliwie i pochwalnie wymieniając pracę M. Gmurczyk-Wrońskiej (zapewne poczuwając się do naukowego długu), a zapominając o Kalembce. Mam żal o inny brak – zasadniczy i ogólny brak jakichkolwiek źródeł francuskojęzycznych, jeśli nie liczyć rodzimych, przełożonych z polskiego, artykułów w rocznikach PAN lub dokumentów Szkoły Batiniolskiej. Przede wszystkim brak

francuskich czasopism, których tytułów wspomniana Gmurczyk-Wrońska wymienia w swej bibliografii długi szereg – a można by do nich dodać jeszcze parę, jak choćby „Revue des deux Mondes", czy „Illustration".

W „poetykę" współczesnej książki „trzeciego typu" wpisują się też niektóre przypisy bibliograficzne w głównym tekście. Oczywiście, nie miałem ani czasu, ani ochoty sprawdzać wszystkich, muszę zatem dopuścić, że po prostu miałem pecha przy akurat tych, które przypadkiem sprawdziłem, bo powoływane dzieła trochę znałem. Na przykład na s. 12 czytamy: „Jaskrawym tego przykładem był epizod związany z udziałem Polaków w walkach między rządem wersalskim a Komuną Paryską w 1871 r." – i tu, w środku zdania, odsyłacz nr 14 kieruje nas do przypisu: „Por. J. Wyrozumski, *Kraj a emigracja. Problemy stare i nowe*, [w:] *Rola dawnej i nowej emigracji w warunkach Unii Europejskiej*, Kraków 2006, s. 12." Sprawdziłem. Ani na 12, ani na żadnej innej stronie tego tekstu, ani innych tekstów w tym zbiorowym opracowaniu, nie ma mowy o żadnym epizodzie z udziałem Polaków w 1871 r. w Paryżu. Podobna sytuacja powtarza się (znów chodzi o Komunę Paryską, to jakieś fatum!) na s. 76, gdzie, na końcu zdania: „Tę niekorzystną dla sprawy polskiej ewolucję oficjalnej opinii pogłębił udział Polaków w Komunie Paryskiej" odsyłacz do przypisu 44 kieruje nas do dzieła pt. *Historia dyplomacji polskiej*, s. 616. Sprawdziłem. Nic tam nie ma na zapowiadany temat. To jest o czymś zupełnie innym.

No i, oczywiście, mnóstwo odsyłaczy do paru własnych prac Autora (czyli modnych „autocytatów", zalecanych zapewne przez biurokratów pseudonauki chyba ze względu na jakieś punkty), odesłań nie zawsze uzasadnionych. Jeśli, na przykład (jak na s. 26), czytelnik chciałby dowiedzieć się z przypisu, skąd Autor ma informację o tym, że w „Zakładzie św. Kazimierza, zarządzanym przez 16 sióstr szarytek [*nota bene* chyba „prowadzonym" – jak na „Zarząd", to liczba zbyt wielka, a ranga i możliwości zbyt małe]", „przebywało do I wojny co najmniej 300 weteranów, wśród nich tak zasłużeni emigranci, jak: Aleksander Chodźko, Cyprian K. Norwid, Tomasz Olizarowski, generał Józef Wysocki, Jan Nepomucen Janowski, Józef Zaliwski i wielu innych", to dowie się, że Autor ma tę informację… od siebie samego (przypis 40: „J. Szczepański, *Weterani…*, s. 16 i n.")[9]. Podobnie na stronach 79, 81, 111, 182, 185, 190, 199. Zrozummy się dobrze: to odesłanie bibliograficzne samo w sobie nie jest dla mnie niczym nagannym – ale nie może właśnie być samo. To jest podanie tylko materiału pośredniczącego, a nie źródła informacji. Żeby dotrzeć do takowego, czytelnik musi teraz przejrzeć kolejną książkę Autora, w tym wypadku – książkę o weteranach w owym Zakładzie. Osobiście wolałbym zajrzeć najpierw np. do pracy księdza Aleksandra Syskiego, *Zakład św. Kazimierza w Paryżu. Szkic historyczny* (Łuck 1936). O tej książce Szczepański jednak nie wspomina.

Kluczem do takiej „poetyki" – szkodliwej dla tej dobrej pracy, która mogłaby być świetna – prawdziwą łyżką dziegciu w beczce miodu (poprzednio przywoływane przykłady to zaledwie malutkie łyżeczki), jest uwaga Jerzego Szczepańskiego ze Wstępu (na s. 10): „Do osiągnięć tego zaniedbanego nurtu historiografii polskiej

[9] No i, rzecz jasna, żaden z wymienionych emigrantów na długo przed I wojną światową nigdzie już nie przebywał.

trzeba zaliczyć w ostatnich latach prace Małgorzaty Gmurczyk-Wrońskiej i Jerzego Szczepańskiego”[10].

W mojej opinii, omawiana książka jest zatem nie tylko po części owocem i beneficjentką hojności ministerialnego mecenasa, ale także po trochu ofiarą jego biurokratycznej bezduszności. Co więcej, do tej ostatniej zdaje się całkiem dobrze przystosowywać. Jak powiedziała o jakimś modnym twórcy pewna francuska arystokratka: „il est peut-être grand dans son genre, mais son genre n’est pas grand”.

Stanisław Jakóbczyk

[10] Anegdotę na podobny temat opowiadali złośliwcy o pewnym poznańskim profesorze, który petycję do władz miasta o przydział mieszkania zaczął podobno tymi słowy: „Jestem wybitnym polskim uczonym…”.

Wanda Półtawska, *Jeden Pokój. Rozmowy na podstawie filmu Pawła Zastrzeńskiego „Jeden pokój”*, oprac. dialogów Ewa Ablewicz-Rzeczkowska. Częstochowa 2011, ISBN 9788374249508.

W 2011 r. nakładem Wydawnictwa Święty Paweł ukazała się książka *Jeden pokój*, będąca zapisem jedenastu rozmów Wandy Półtawskiej prowadzonych w 2009 r. na planie filmu o tym samym tytule. Wśród rozmówców lekarki znaleźli się zarówno jej przyjaciele, jak i młode osoby szukające wsparcia duchowego, w tym członkowie ekipy filmowej. Ostatnia z rozmów – dwunasta – to zapis dialogu dwóch filozofów, mistrza i ucznia: Andrzeja Półtawskiego i Roberta Piłata.

Półtawska, będąc przyjaciółką Jana Pawła II i orędowniczką jego dzieła (m.in. jako członek Papieskiej Akademii *Pro Vita*), wychodzi w każdej z zapisanych rozmów z bazowego założenia, że „wszystkie problemy ludzkie rozwiązuje *genealogia divina*” (s. 8). Osią myślenia staje się tu personalizm chrześcijański w ujęciu Karola Wojtyły. W konsekwencji w każdej z wypowiedzi – także minionych, odtwarzanych w przytaczanych anegdotach (np. s. 62) – Półtawska daje świadectwo wiary i obranej drogi *formowania sumienia* (s. 30).

Obok takich zagadnień, jak odpowiedzialność za kraj i społeczeństwo, przyczyny kryzysu gospodarczego oraz moralnego we współczesnym świecie, nadmierna feminizacja niektórych zawodów, patologie szkolnictwa, rola poezji w rozwoju człowieka itd., Półtawska i jej rozmówcy podejmują interesujący dla przedstawicieli nauk medycznych temat nowoczesnej *ars medici*. Nie jest to jednak wizja pełna optymizmu. Z kart książki przebija głęboki sceptycyzm „psychiatry, zajmującego się *dusznymi pro-*

blemami" (s. 91). Wskazując na takie zjawiska, jak np. przedmiotowe traktowanie pacjenta, brak lekarskiej odpowiedzialności za podejmowane decyzje, wieloetatowość, schematyzm myślenia i postępowania, redukcjonizm biologiczny, schizofreniczność postaw wobec kwestii śmierci i życia itd. (s. 59, 63), Półtawska *a contrario* próbuje określić habitus lekarza chrześcijanina. W rezultacie głównym postulatem staje się „realizacja etyki lekarskiej po linii Kościoła rzymsko-katolickiego" (s. 65, 68).

Parafrazując Maxa Webera, Półtawska wskazuje, że „medycyna jest powołaniem, a nie posadą" (s. 62). Powołanie to można, jej zdaniem, wypełniać jedynie wtedy, gdy ma się „właściwy stosunek do wartości życia" (s. 19), rozumie się i akceptuje swoją rolę w „Planie [Bożym]" (co wymaga przyjęcia założenia o sprzężeniu celowości z przyczynowością w świecie) (s. 109, 184), „świadomie realizuje się [nieraz pozostające w konflikcie] role społeczne" (s. 24, 61), uznaje się cnotę posłuszeństwa i dyscypliny (s. 40) itp., a więc wtedy, gdy – po pierwsze – zrozumie się i przyjmie, że „człowiek jest dla siebie zadaniem" (s. 162) oraz – po drugie – odnajdzie się jądro czy „oś, dookoła której można by się integrować" (s. 161). Dzięki temu człowiek zyskuje „ład wewnętrzny, bo poczucie ładu jest odnalezieniem [przezeń] właściwego miejsca" w świecie (s. 16).

W kontekście powyższych stwierdzeń trzeba wyraźnie zaznaczyć, że filozoficzne fundamenty myśli Wandy Półtawskiej zostają objaśnione dopiero w rozmowie Andrzeja Półtawskiego z jego uczniem i zarazem przyjacielem Robertem Piłatem. Półtawski rozwija i omawia tam milczące założenia, leżące u podstaw wypowiedzi żony. Krytykując nowożytność i naukę nowożytną, w tym m.in. polemizując z socjobiologią, determinizmem biologicznym, mechanistycznym ewolucjonizmem, strukturalizmem itd., filozof wskazuje, że właściwą drogą myślenia i działania są fenomenologia, personalizm i esencjonalizm (s. 182-183), gdyż tylko one „otwierają perspektywę prowadzącą [zarówno] do człowieka" (rozumianego przez Półtawskich jako byt integralny, tj. istota cielesno-duchowa) (s. 182), jak i doświadczenia transcendencji. „Wystarczy tylko **uznać**, że jest takie doświadczenie, nawet bez dokładnych wyjaśnień – wtedy łatwiej nam myśleć o wszystkim" (s. 188, podkr. K.P.-F.) – mówi Półtawski. Uznanie zasad personalizmu chrześcijańskiego będzie albo skokiem wiary (s. 26), albo naturalnym wyborem, aktem ratunkowym koniecznym (do przetrwania) w świecie, w którym *wszystko, co stałe, rozpływa się w powietrzu*. „Doświadczenia rzeczywistości [w której istnieje pierwiastek duchowy], nie da się rozpisać na sądy [...] są [bowiem takie] źródłowe doświadczenia, które są apodyktyczne", mają charakter kategoryczny, bezwzględny – stwierdził Półtawski.

Drogą do realizacja powołania lekarza – chrześcijanina staje się zatem „radykalizm wiary" (s. 26). W. Półtawska rozwija w swoich wypowiedziach m.in. chrześcijańską wizję choroby, pojmowanej nie jako przeciwność losu, tylko przejaw działania Opatrzności Bożej. „Choroba nigdy nie jest złem, jest bólem i trudnością, ale nie jest złem w sensie moralnym. Choroba jest zawsze niewinna. Natomiast choroba [...] powoduje refleksję. I dlatego choroba jest w gruncie rzeczy potrzebna człowiekowi, żeby zrozumiał swoją krótką bytowość w tym świecie" i doświadczył transcendencji (s. 13-14). Wielokrotnie, m.in. w rozmowach o wyzwaniach geriatrii, powraca także problem zapoznanej dziś *ars bene moriendi* (np. s. 39, 68, 95-96, 173). Stąd też zadaniem lekarza

chrześcijańskiego, zwłaszcza przedstawiciela medycyny paliatywnej, jest „zadbać nie tylko o ciało, ale [i] o duszę" pacjenta (s. 69, 100). W kolejnych rozmowach przejawia się jednak „pesymistyczne widzenie, jeśli chodzi o medycynę, i tu jestem usprawiedliwiona – jak stwierdzi Półtawska – Medycyna zdegradowała się i zagraża świętości rodziny" (s. 106). Dlaczego? Jak zauważy jeden z jej rozmówców, „medycyna chce ratować, przedłużać życie, a z drugiej strony niszczy to życie u podstaw" (s. 107). Z jednej strony opieka hospicyjna, z drugiej strony – uporczywa terapia i udane próby zalegalizowania eutanazji; z jednej strony naprotechnologia i neonatologia, z drugiej zaś – *in vitro* i aborcja. Oto dwie twarze współczesnej medycyny, która stoi rozdarta pomiędzy „cywilizacją życia i cywilizacją śmierci". Podczas rozmów Półtawska stara się wytłumaczyć mechanizm intensyfikacji procesów negatywnych. I tak, z jednej strony mamy, jej zdaniem, do czynienia z konformizmem moralnym przedstawicieli zawodu (s. 63 i n.), z drugiej zaś strony – zachodzą niepokojące zmiany prawno-polityczne, przebudowujące kulturę Zachodu (s. 61, 63). Stąd też „lekarzom trzeba dziś pokazać wzorzec świętego lekarza" (s. 60), stwierdza Półtawska wskazując na Jerome'a Lejeune i Jana Miodońskiego. Lekarzy chrześcijan trzeba także nakłonić, zgodnie z jej stanowiskiem, do działania zbiorowego w celu obrony ich światopoglądu: „lekarze powinni starać się mieć znaczenie i wpływ na decyzje ustawodawcze, lekarze powinni zabrać głos", a nie w ciszy akceptować kolejne zmiany legislacyjne. „Lekarze mają [bowiem] ogromną odpowiedzialność nie tylko za pacjenta, ale za cały naród, za opinię, za cywilizację. Współczesna medycyna jest nieludzka i chcę Was przestraszyć odpowiedzialnością, ale trzymajcie się Bożej ręki" (s. 69).

Mimo radykalizmu programu, jaki zaprezentowano na kartach książki, której lektura jest ciekawym doświadczeniem, Półtawska ma pełną świadomość, że postawa człowieka to każdorazowo „problem przyjętej etyki" (s. 46). Z poglądami Półtawskiej można zatem się nie zgadzać, można z nimi polemizować, albo je zaakceptować, bądź uznać za własne. Jednak z całą pewnością nie można przejść obok nich obojętnie. Jak powie A. Półtawski, polemizując z poglądami Richard Rorty'ego, każdy „ma prawo mówić, ale nie mogę mu przyznać racji". W ponowoczesnym pluralistycznym świecie, aby zyskać integralność, trzeba (z)rozumieć wyznawane poglądy – i trzeba przyjąć odpowiedzialność za swoją postawę.

(K.P-F.)

Zbigniew Kledecki, *Fragmenty życia*. Drukarnia Kalgraf Kalisz 2013, s. 101, ilustr., ISBN 978-83-935267

Zbigniew Kledecki czerpie wspomnienia ze swego bogatego życia. Ma za sobą duże doświadczenie wojskowe i wojenne: obronę Warszawy, niemiecka niewolę i przymu-

sową pracę dla Rzeszy, udział w walkach II Armii Ludowego Wojska Polskiego i prace w szpitalu garnizonowym. Był pracownikiem naukowym klinik internistycznych w Poznaniu i Szczecinie, a po osiedleniu się w Kaliszu przez wiele lat ordynatorem oddziałów chorób wewnętrznych i kardiologii. Jest autorem licznych publikacji naukowych. Działał w towarzystwach lekarskich, przez 33 lata był prezesem Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego i redaktorem naczelnym jego Zeszytów Naukowych. Jako członek Stronnictwa Demokratycznego pełnił różne funkcje w jego władzach, radach miejskich i wojewódzkich, był posłem i wiceprzewodniczącym Komisji Zdrowia i Kultury Fizycznej Sejmu.

Książka zawiera 30 chronologicznie ułożonych „fragmentów życia" autora. Uwzględniają one zmienne tło czasów od przedwojnia poprzez wojnę do lat powojennych z ich różnymi etapami zmian społeczno-politycznych. Zwracają uwagę szczerość opowieści i ich literackie ujęcia, niewolne od obrazów smutnych i epizodów humorystycznych. Książka pozwala prześledzić zmiany środowiska rodzinnego autora od domu rodzicielskiego zacząwszy do domku rekreacyjnego w Szałem. To samo dotyczy wykształcenia od szkół i studiów do wieloletniej działalności medycznej zakończonej specjalistyczną ordynaturą oraz osiągnięciami w towarzystwach, wydawnictwach i samorządzie lekarskim, w radach narodowych i w Sejmie. Przewija się też wątek wojenno-wojskowy od obrony Warszawy, służby czołgisty do emerytury w stopniu podpułkownika. W wielu fragmentach pojawiają się współpracownicy oraz osobistości polskiej medycyny i polityki. Wspomnienia nie pomijają pozazawodowych pasji – wędkarstwa i chyba bardziej owocnej filatelistyki.

Końcowe Addenda zawierają spisy orderów, medali, wyróżnień i honorowych tytułów oraz publikacji: klinicznych (30), historycznych (19 oraz 59 artykułów, 147 biogramów, 35 wspomnień pośmiertnych) i filatelistycznych (10).

Wspomnienia są udokumentowane bardzo licznymi ilustracjami (ponad 50), głównie czarno-białymi, niekiedy jedno- lub częściej wielobarwnymi. Przedstawiają one przeważnie autora samego lub z grupą osób oraz dokumenty.

Na uwagę zasługuje korzystna strona edytorska – kredowy papier, czytelny druk, dobra reprodukcja zdjęć oraz estetyczna kilkukolorowa, półsztywna, laminowana, kartonowa okładka.

Książka Zbigniewa Kledeckiego przypomina nam starszym losy kraju, polskiej medycyny i samego autora, a młodszych czytelników zapozna z niedawnymi zdarzeniami kraju i służby zdrowia. Książkę polecam wszystkim, a szczególnie pracownikom zawodów medycznych i społecznych.

(Henryk Gaertner, Kraków)

***Zasłużeni dla medycyny. Distinguished in their services to medicine*, red. Janusz H. Skalski, Ryszard W. Gryglewski. Termedia Poznań 2009, ss. 336, il., ISBN 978-83-89825-39-1**

Dzieło wydane przez zasłużoną oficynę medyczną nie straciło nic na swej aktualności i znaczeniu mimo upływu trzech lat. Podtytuł „Europejczycy związani z polską ziemią" (Europeans from the Polish soil) stanowi uzupełnienie tytułu głównego. Natomiast dwujęzyczność treści udostępnia książkę zarówno polskim, jak i anglojęzycznym czytelnikom.

Sześciu autorów, w tym, co należy podkreślić z uznaniem, wybitnych czterech kardiologów-kardiochirurgów i dwu historyków medycyny zamieściło w książce biogramy 48 uczonych. Czterech autorów to krakowianie, dwaj pozostali pochodzą z Wrocławia. Autorami 38 biogramów są pojedynczy autorzy: J. H. Skalski (12), R. W. Gryglewski (13) i mgr Stanisław Zwolski (11), a dwu – prof. Wojciech Kustrzycki. Współautorami są: J. H. Skalski (10x), prof. Krzysztof Wronecki (8x) i dr Marcin Gładki (2x). Należy tu też podkreślić znaczące role, redaktorską i autorską, J. H. Skalskiego, świetnego kardiochirurga, historyka medycyny i bibliofila, R. Gryglewskiego i S. Zwolskiego, zasłużonych pracowników naukowych Katedry Historii Medycyny UJ w Krakowie.

Kolejność biogramów wynika z chronologii dat urodzin poszczególnych osób. Każdy biogram jest zaopatrzony wizerunek, życiorys i charakterystykę działalności danej osoby, a kończy się podaniem jej najważniejszych dzieł. W samym tekście występują ciekawe ryciny i schematy. Oczywiście różnie przedstawiają się liczby przypominanych wybitnych uczonych w zależności od biegu stuleci i postępów medycyny. Tylko 10 uczonych pochodzi z okresu XII-XVIII stuleci, a aż 38 z XIX wieku (w tym 22 z jego drugiej połowy). Ponad 30 żyło w wieku XX. Trzech z nich miałem zaszczyt poznać: Ludwika Hirszfelda, Odona Bujwida i Rudolfa Weigla, przyjaciela mej rodziny, któremu zawdzięczam życie, uratowany przezeń z zakopiańskiej katowni Gestapo.

Wśród biogramów spotykamy nazwiska postaci znanych powszechnie, jak Mikołaj Kopernik oraz dobrze lub mimo swych zasług mało znanych medykom. Większość przypominanych to Polacy, inni to cudzoziemcy spolonizowani lub czasowo osiadli w granicach naszych dawnych lub obecnych ziem. Książka podkreśla odpowiednio wkład polskich i europejskich uczonych działających na tych terenach.

Powstanie i wydanie dzieła zawdzięczamy poparciu i pomocy byłej minister zdrowia dr Ewy Kopacz i zmarłego prof. Zbigniewa Religi oraz Europejskiemu Towarzystwu Chirurgii Serca i Naczyń z okazji 58 kongresu w Warszawie w 2009 roku. Książka budzi uznanie przez swą wspaniałą stronę edytorską: świetną dyspozycję biogramów w dwujęzycznym ujęciu, kremowym wytwornym papierem, w pełni czytelną czcionką oraz piękną w swym projekcie, stonowaną, twardą i odporną okładką.

Treść książki kwalifikuje ją do gorącego polecenia jako lekturę dla przyszłych i obecnych pracowników medycyny i pokrewnych jej dziedzin, jak również dla innych interesujących się wiedzą i nauka czytelników.

(Henryk Gaertner, Kraków)

Antoni Sukiennicki, *Ostrowskie szpitale wojskowe XX wieku*. Seria: *Historie Ostrowskie*, red. W. Grabowski, Ostrów Wielkopolski 2014. ISBN 978-83-61530-56-5

W niewielkiej monografii dziejów szpitali wojskowych w Ostrowie Wielkopolskim autorstwa doktora Antoniego Sukiennickiego, chirurga i historyka medycyny związanego z tym miastem prawie całe życie zawodowe, zamknięte są liczne wojenne dramaty, ale akcent został położony na materiał ikonograficzny. Wydana z okazji jubileuszu 300-lecia ponownej lokacji miasta książka zawiera bowiem szereg dokumentalnych fotografii przypominających czasy, kiedy Ostrów Wielkopolski miał duże znaczenie wojskowe, bo znajdował sie zaledwie 23 km od granicy z Rosją. Na początku XX w. Niemcy utworzyli tu lazaret, położony obok dworca i dlatego łatwo przyjmujący rannych żołnierzy z linii frontu. Historyczne zawirowania sprawiały, że lazaret służył żołnierzom różnych narodowości i uczestniczących w różnych wojnach. Zmieniały się nazwy szpitala i kadry oficerów sanitarnych, ale – przynajmniej w pewnym stopniu – nie zmieniał się personel pielęgniarski. Rannym polskim żołnierzom wziętym do niewoli w kampanii wrześniowej 1939 r. służyły te same siostry pogotowia sanitarnego (absolwentki i uczennice miejscowego gimnazjum i liceum), co podczas wojny polsko-bolszewickiej. Autor starał się odtworzyć wyposażenie i kadry szpitali, na co jednak dostępne w Ostrowie Wielkopolskim źródła, uzupełniane wspomnieniami świadków wydarzeń, nie zawsze pozwalały. Zasługą dra A. Sukiennickiego jest utrwalenie mało znanych epizodów z dziejów miasta. Historia ostrowskich szpitali wojskowych była skazana na całkowite zapomnienie wobec zrównania w 2008 r. zabytkowych budynków lazaretu z ziemią.

(AM)

KRONIKA

Wielkie nieznane Polki – „nieodrobione lekcje"

Ewa Podogrocka

Łódź

Jestem słuchaczką Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. Heleny Kretz w Łodzi – jednego z najstarszych tego typu uniwersytetów w Polsce (w tym roku mija 35 lat od jego założenia). Nasz Uniwersytet ma już ustaloną wysoką markę. Jest to świetna placówka edukacyjna dla seniorów, dająca też ogromne możliwości uczestniczenia w różnych przedsięwzięciach, warsztatach, wolontariacie i projektach. Od 2004 r. (przystąpienie Polski do Unii Europejskiej) aktywnie działamy w projektach finansowanych w ramach programów: „Sokrates – Grundtvig" (do 2007 r.) oraz „Uczenie się przez całe życie – Grundtvig"(od 2007). Sądzę, że spośród wszystkich Uniwersytetów Trzeciego Wieku w kraju mamy największy udział we współpracy międzynarodowej w ramach projektów partnerskich. Zaangażowanie i rzetelność, z jaką realizujemy projekty otwierają nam drogę do nowych wyzwań. Mamy możliwość realizacji własnych pomysłów, jak również jesteśmy zapraszani do projektów opracowanych przez seniorów innych krajów Unii Europejskiej.

Przykładem jest nasz projekt „Unlearned Lessons – Women on the rise" („Nieodrobione lekcje – Kobiety w natarciu")– realizowany w ramach programu „Uczenie się przez całe życie – Grundtvig" (2012-2014).

Koordynatorem projektu jest ViLE e.V Ulm Niemcy (Virtuelles und reales Lern- und Kompetenz-Netzwerk älterer Erwachsener), a jego uczestnicy rekrutują się z Niemiec, Austrii, Hiszpanii i Polski. Na pierwszym spotkaniu w Ulm grupy partnerskie ustaliły ogólne kryteria wyboru bohaterek oraz ramy czasowe, w których one żyły. W naszej grupie obowiązywała zasada, że każdy uczestnik projektu dokonywał indywidualnie poszukiwań bohaterki, potem zaś musiał przekonać pozostałe osoby o trafności swojego wyboru.

Moją pierwszą bohaterką była Anna Tomaszewicz –Dobrska. Zainspirował mnie artykuł w „Kurierze Mławskim" (miasto, w którym urodziła się Anna Tomaszewiczówna; jedna z ulic w tym mieście nosi jej imię). Autor ze smutkiem stwierdzał, że niewiele osób w Mławie ma świadomość, kim była ta osoba. Przeglądając dostępne materiały, zachwyciłam się tą postacią i ogromnie ją polubiłam. Jakaż odważna musiała być młodziutka, 17-letnia dziewczyna, która w 1871 r. wyjeżdżała sama do Zurychu,

aby studiować medycynę. To był pierwszy europejski uniwersytet, w którym od 1867 r. mogły studiować kobiety.

Anna Tomaszewicz była wyjątkową studentką. Już na trzecim roku studiów uczestniczyła w pracach naukowo-badawczych. Na piątym roku w dowód uznania otrzymała stanowisko asystentki u prof. Edwarda Hitziga, niemieckiego neurologa i psychiatry, w Zakładzie dla Umysłowo Chorych w Zurychu. Asystenturę nieomal przypłaciła życiem, ponieważ wśród chorych panowała endemia duru. W r. 1877 Anna Tomaszewicz, pracując pod okiem znanego fizjologa – prof. Ludimara Hermana, przedłożyła pracę badawczą „Beiträge zur Physiologie der Ohrlabirynts" i na tej podstawie uzyskała stopień doktora medycyny.

Kariera międzynarodowa stała przed nią otworem. Mimo to zdecydowała się wrócić do ukochanej Warszawy. Powrót był ciężką próbą, a droga, jaką musiała przebyć, mogłaby służyć za podstawę ciekawego filmu.

Starała się o przyjęcie do Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Mimo doskonałej opinii fachowców, konserwatywna opozycja w tajnym głosowaniu odrzuciła jej kandydaturę. Argumenty jej przeciwników o „zbłąkanych owieczkach rodu niewieściego", szczytnej roli kobiety jako matki itd. pewnie dziś śmieszą, ale wtedy zaważyły na życiu absolwentki uczelni w Zurychu.

Zdesperowana Anna Tomaszewicz wyjechała do Petersburga, aby przystąpić do państwowego egzaminu. Sprawa wydawała się z góry przegrana. W Rosji w 1876 r. został wydany ukaz carski zabraniający studiowania w Zurychu. Jednak niezwykły traf sprawił, że „przymknięto oko" na dyplom zurychski i dopuszczono Annę do egzaminu państwowego. W Petersburgu poszukiwano lekarki, władającej biegle niemieckim, francuskim i angielskim, dla haremu sułtana (sprawa była zatem prestiżowa). Dwuletni pobyt w Petersburgu był dla Anny Tomaszewicz ciężkim okresem. Trudna sytuacja materialna i ostry klimat nadszarpnęły jej zdrowie – ujawniły się początki choroby płuc. Potwierdzony dyplom zagwarantował jej wykonywanie praktyki lekarskiej w zakresie chorób kobiecych i pediatrii w granicach Królestwa Polskiego i Rosji.

Ujął mnie upór tej pięknej kobiety, która z ogromną determinacją walczyła o swoje miejsce w świecie lekarskim.

Ale to nie koniec trudności na jakie napotykała opisywana bohaterka. Warszawa nie przyjęła jej z otwartymi rekami. W piśmie „Kłos" ukazała się powieść „Pod skrzydłami Almae Matris" Stanisława Krupskiego (o ironio, studenta medycyny w Genewie), paszkwil pokazujący w sposób dwuznaczny życie studentki medycyny; dziwnym trafem bohaterka Zofia była zewnętrznie podobna do Anny. W tej atmosferze rozpoczęła praktykę lekarską po trudach nostryfikacji w Petersburgu.

Ponownie przypadek pomógł tej niezwykłej kobiecie. W 1882 r. w Warszawie wybuchła groźna endemia zakażenia połogowego. W celu ratowania wielu istnień ludzkich powstało kilka przytułków położniczych. Przytułek nr 2 (przy ul. Prostej) został powierzony Annie, kierowała nim nieprzerwanie przez 29 lat (1882-1911). Z czasem stał się wzorowym zakładem położniczym. W okresie jej działalności śmiertelność zmalała poniżej 1%, co było ewenementem w skali światowej. Stała się jednym z najlepszych lekarzy z zakresu ginekologii i położnictwa. Pieniędzmi zdobytymi w boga-

tych domach pokrywała potrzeby leczenia biednych. Początkowo objęła dydaktyką własny personel oraz kandydatki na położne. W 1905 r. jej placówka prawnie uzyskała status Szkoły Położniczej. Ponad 340 położnych i 23 lekarzy położników (m.in. Józef Jaworski, późniejszy docent położnictwa na UJ) wyszło spod jej ręki. Niestety, ta wielce zasłużona dla Warszawy pierwsza polska lekarka, wielka społecznica i działaczka kulturalna, nie doczekała się w Warszawie swojej ulicy czy skweru, mimo, że temu miastu poświęciła całe swoje dorosłe życie.

Badając biografię Anny zastanawiam się, dlaczego ta niezwykła kobieta, która tak wiele osiągnęła i tak wiele zrobiła dla przyszłych pokoleń, nie zapisała się wielkimi zgłoskami w naszej historii.

Drugą niezwykłą kobietą była Bronisława Dłuska. Przypadkowo natrafiłam w internecie na fotografię z uroczystości otwarcia części szpitalnej Instytutu Radowego w 1932. Na zdjęciu obok Marii Curie-Skłodowskiej i prezydenta Ignacego Mościckiego stała dr Bronisława Dłuska. Z opisu wywnioskowałam, że była pierwszym dyrektorem Instytutu. To nadzwyczajna postać i jej zasługi i dokonania są bardzo niesprawiedliwie pomijane. Zastanawiające jest, dlaczego nie znalazła właściwego miejsca na kartach historii.

Zbierając materiały na jej temat, musiałam sięgać do książek poświęconych jej wielkiej siostrze – Marii Skłodowskiej-Curie. Powoli zaczęła się wyłaniać niezwykła postać. Smutne jest to, że nawet nie znamy dokładnej daty jej urodzin (jedynie rok). Wyobrażałam sobie małą dziewczynkę, patrzącą na powolną śmierć chorej na gruźlicę matki, do której nigdy nie mogła się przytulić. Załamanie ojca po śmierci ukochanej żony sprawiło, że trzynastoletnia Bronisława zmuszona była „matkować" niewiele młodszemu rodzeństwu. Te problemy nie przeszkadzały jej ukończyć w 1882 r. gimnazjum ze złotym medalem. Poza obowiązkami domowymi, uczęszczała pilnie na tzw. Uniwersytet Latający (piękna karta w dziejach ówczesnej Polski) oraz uczyła czytać biedne dziewczęta. Jednocześnie, dorabiając korepetycjami zbierała pieniądze na wymarzone studia medyczne na Sorbonie. W wieku 19 lat wyjechała na studia medyczne do Paryża, które ukończyła w 1890 r. z bardzo dobrym wynikiem jako lekarz ginekolog i położnik .

Pod jej naciskiem młodsza siostra Maria w 1891 r. przyjechała do Paryża i rozpoczęła studia na Sorbonie. Bardzo wzruszająca jest miłość obu sióstr, ale to Bronisława była zawsze podporą Marii. Stała przy jej boku po śmierci Piotra Curie w 1906 r., w 1911 r. otoczyła opieką ciężko chorą siostrę. Towarzyszyła jej przy odbieraniu drugiej nagrody Nobla, potem zaś pielęgnowała umierającą na chorobę popromienną Marię, chociaż życie traktowało ją okrutnie : w roku 1903 umarł na zapalenie opon mózgowych jej sześcioletni synek, w 1922 r. popełniła samobójstwo córka Helena (ur. w 1892 r., znana taterniczka, okaleczona po tragicznym wypadku w górach).

Zasługi Bronisławy są ogromne : wystarczy wspomnieć o pierwszym sanatorium przeciwgruźliczym w Zakopanem, prewentorium przeciwgruźliczym dla dzieci „Helenów" w Aninie pod Warszawą. To z jej inicjatywy Maria Skłodowska-Curie zdecydowała się na założenie w Warszawie Instytutu Radowego (drugiego po Paryżu), który miał być zarazem ośrodkiem badawczym i ośrodkiem leczenia nowotworów. Dla

biednej Polski była to ogromna inwestycja. Maria pozyskiwała fundusze za granicą (m.in. w Ameryce), Bronisława zorganizowała w kraju m.in. Komitet Daru Narodowego dla Marii Skłodowskiej-Curie, który gromadził środki finansowe – symboliczne cegiełki z wizerunkiem noblistki. Uzyskała od rządu plac w Warszawie pod budowę Instytutu (kamień węgielny w 1925 r.). Pod okiem Bronisławy odbywała się budowa oraz przygotowanie przyszłej kadry. Podobnie jak moja poprzednia bohaterka, również Bronisława Dłuska nie znalazła właściwego miejsca na kartach historii i jej Warszawa też nie upamiętniła.

Kiedy rozpoczynaliśmy nasz projekt, nikt z nas nie sądził, że temat nas tak wciągnie i zafascynuje. Szukanie i odkrywanie śladów silnych i niezwykłych kobiet w historii Polski XIX i XX wieku stało się naszą pasją. Z przyjemnością odrabiamy „nieodrobione lekcje" i znajdujemy ciekawe informacje o życiu kobiet, o których nie uczono nas w szkołach ani na uniwersytecie, a które dzięki swojemu intelektowi, pracy i samozaparciu odegrały ważną rolę w życiu naszego społeczeństwa oraz w życiu innych kobiet. W sumie opracowałyśmy biogramy 25 kobiet z XIX i XX w. W Alicante w Hiszpanii prezentowaliśmy sylwetki 4 kobiet działających w XIX wieku: Lucynę Ćwierczakiewiczową, Narcyzę Żmichowską, Helenę Modrzejewską i Annę Tomaszewicz-Dobrską. W Wiedniu prezentowałyśmy dorobek 4 kobiet działających w XX wieku: Bronisławę Dłuską, Marię Kwaśniewską-Maleszewską, Irenę Krzywicką i Halinę Szwarc. Teraz czeka nas etap kończący projekt, na którym dokonamy porównań, ocenimy podobieństwa i różnice w zakresie praw i sytuacji kobiet w poszczególnych krajach. Zadanie jest dla nas dodatkowym wyzwaniem ze względu na fakt, iż odbędzie się w Łodzi, gdzie będziemy występować w roli gospodarzy.

Nagroda im. Prof. Tadeusza Brzezińskiego

Kapituła Nagrody imienia Prof. Tadeusza Brzezińskiego niniejszym informuje, że laureatami Nagrody za najlepszą pracę doktorską z historii medycyny, przyznawanej w ramach konkursu ogłaszanego przez Polsko-Niemieckie Towarzystwo Historii Medycyny, zostali w r. 2013 *ex aequo* dr Jerzy Janiuk, autor interdyscyplinarnej i erudycyjnej dysertacji „Obraz gruźlicy na przełomie XIX i XX wieku w literaturze pięknej okresu Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego (1890-1939)", (promotor: prof. dr hab. Bożena Urbanek, Instytut Historii Nauki PAN, 2010 r.) oraz dr Katarzyna Pękacka-Falkowska, autorka nacechowanej innowacyjnym podejściem badaw-

czym dysertacji „Epidemie chorób zakaźnych w nowożytnym Toruniu. Wielka zaraza w trakcie III wojny północnej jako fakt totalny", (promotor: prof. dr hab. Krzysztof Mikulski, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, 2012 r.).

Dr Jerzy Janiuk jest doświadczonym chirurgiem, absolwentem gdańskiej Akademii Medycznej w 1981 r. Początkowo pracował w szpitalu w Wąbrzeźnie, potem w Grudziądzu, a obecnie prowadzi własną działalność medyczną. Jak mówi o sobie, zainteresowanie literaturą piękną wyniósł z domu rodzinnego, a ciekawiło go zwłaszcza odkrywanie zależności pomiędzy stanem zdrowotnym twórcy a ostatecznym kształtem dzieła literackiego, co ostatecznie wykorzystał w rozprawie doktorskiej. Natomiast dr Katarzyna Pękacka-Falkowska jest absolwentką dwóch fakultetów, historii i socjologii, na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Akademii Artes Liberales w Warszawie. Prowadzi szeroką działalność naukowo-badawczą, także w Niemczech, a obecnie pracuje na stanowisku adiunkta w Katedrze i Zakładzie Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Ponadto przyznano wyróżnienia honorowe: dr. Jackowi Halaszowi, za dysertację „Etyka i filozofia Tadeusza Kielanowskiego" (promotor: prof. dr hab. Zbigniew Machaliński, Gdański Uniwersytet Medyczny, 2011 r.); dr Aleksandrze Paradowskiej, za dysertacje „*Przeciw chorobie*. Teoria i praktyka architektury szpitalnej Wielkopolski 1919-1939" (promotor: prof. dr hab. Tadeusz Żuchowski, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2013 r.) oraz dr Ewie Szmaj, za dysertację „Pielęgnacja ciała (metody i środki) w polskich poradnikach dla kobiet z lat 1922-1929" (promotor: prof. dr hab. Bożena Urbanek, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2011 r.).

W imieniu Kapituły: prof. dr hab. Antoni Jonecko (Rzeszów), prof. dr hab. Walentyna Korpalska (Bydgoszcz), dr hab. Anita Magowska (Poznań)

Stowarzyszenie Twórców Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie

Informacje o działalności Stowarzyszenia Twórców Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie (prezesem jest dr Krzysztof Królikowski):

L u t y : uroczystość 100-lecia Szpitala Karola i Marii, pod patronatem honorowym JM Rektora WUM prof. med. Marka Krawczyka (z udziałem: mgra Tadeusza

Świątka, prof. n. med. Zofii Rajtar Leontiew, prof. n. med. Danuty Chmielewskiej-Szewczyk, mgr Wisławy Skłodowskiej, dr med. Marii Ciesielskiej, gościem specjalnym była aktorka Zofia Kucówna);

Kwiecień: wspomnienie o prof. Wojciechu Wiechno – Sprawiedliwym wśród Narodów Świata;

Maj: Wspomnienie o prof. Edwardzie Rużyłło (prowadzenie: Zofia Kucówna);

Czerwiec: Wspomnienie o dr Łążyńskim pt. „Sto lat bez mała" czyli rzecz o lekarzach Polakach z Kijowa (prowadzenie: dr Krzysztof Królikowski);

Lipiec: Spotkanie z udziałem Haliny Holtorp pt. „Wspomnienie o Wilhelmie Borkowskim";

Wrzesień: „70 rocznica śmierci i 130 rocznica urodzin płk. prof. Edwarda Lotha", współorganizator: Katedra Anatomii Prawidłowej WUM (prelegenci: prof. B. Ciszek, dr n. med. Ewa Skrzypek, dr n. med. Maria Ciesielska ks. dr W. Nast), patronaty: Muzeum Więzienia Pawiak, Muzeum Historii Żydów Polskich, Muzeum Powstania Warszawskiego; uroczyste odsłonięcie kamienia pamięci płk. prof. E. Lotha;

Październik: pokaz filmu „Pawiak w relacjach świadków";

Listopad: pokaz filmu „Chcieliśmy żyć – medycyna i powstanie", Fundacja Filmowa AK, gość specjalny Pani Marszałek dr Olga Krzyżanowska;

Grudzień: spotkanie świąteczne z udziałem ks. dra W. Nasta

Aktualne informacje o spotkaniach znajdują się na stronie:

www.szpitalujazdowski.pl

Zasady publikowania
w
Acta Medicorum Polonorum

- Redakcja przyjmuje do druku artykuły wcześniej niepublikowane.
- Przysłane artykuły są recenzowane wg zasad podanych na stronie internetowej Acta Medicorum Polonorum:

  www.actamedicorum.ump.edu.pl
- Tekst artykułu powinien być przekazany do Redakcji w wersji elektronicznej na adres:

  actamedicorumpolonorum@gmail.com

  lub nagrany na CD-ROM i przesłany na adres:

  Redakcja „Acta Medicorum Polonorum"
  Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych
  Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
  Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
  ul. Przybyszewskiego 37A
  60-356 Poznań

- Cechy formalne tekstu: rozmiar czcionki 12, bez wyróżnień (np. podkreśleń), Times New Roman, podwójna interlinia, tekst wyjustowany, objętość artykułów do 36.000 znaków, objętość wspomnień i dzienników do 48.000 znaków.
- Do tekstu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim (do 150 słów).
- Układ pierwszej strony: Tytuł artykułu, imię i nazwisko autora, nazwa instytucji lub miasto.
- Przypisy:
  Stosujemy przypisy dolne.
  – Opis bibliograficzny książki: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł książki (bez kursywy), miejsce i rok wydania, strona.
  – Opis bibliograficzny czasopisma: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł artykułu, tytuł czasopisma (w cudzysłowiu) lub skrót tytułu, tom/rocznik, rok wydania, numer lub zeszyt, strony.
  – Opis bibliograficzny serii wydawniczej: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł pracy (bez kursywy), miejsce i rok wydania, nazwa serii i numer tomu, strony.
  – Opis bibliograficzny pracy zbiorowej: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł pracy (bez kursywy), [w:], tytuł opracowania zbiorowego (bez kursywy), inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania, strona.
- Do artykułu należy dołączyć oświadczenie, że dotychczas nie był publikowany i nie został przesłany do żadnego innego czasopisma.
- Redakcja respektuje zasady etyki publikacji zalecane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Acta
Medicorum Polonorum
R. 4/2014

SPIS TREŚCI

Artykuły

Dominik Kubicki: Dylemat zawężanej specjalizacji dyscyplin nauki: na ile dogłębnie historyk medycyny (europejskiej) powinien sięgać do stanu wiedzy z zakresu dziejów Zachodu i jego kultury cywilizacyjne 5

Joao Rui Pita, Ana Leonor Pereira, Victoria Bell: Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession 29

Zenon Andrzejewski: Szpital Żydowski w Przemyślu (1595-1944) 53

Anita Magowska, Halina Bogusz: Z dziejów Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu i jego właścicielek 63

Maria Ciesielska: Dr Zofia Garlicka (1874-1942) – lekarz ginekolog, przewodnicząca Zrzeszenia Lekarek Polskich, więźniarka Pawiaka i obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau (1874-1942) 79

Piotr Ernst: Hieronim (1887-1965) i Adam Szantruczek (1927-1995) – zasłużeni dla międzyrzeckiego lecznictwa 92

Marta Jokiel, Leszek Romanowski: Człowiek w przestrzeni – historia propriocepcji 100

Anna Bodnar: Rys historyczny teorii umysłu w chorobie afektywnej dwubiegunowej 109

Karolina Kulińska: Historia badań genetycznych nad stożkiem rogówki (keratoconus) 119

Źródła i materiały

Anita Magowska, Kacper Nijakowski, Zuzanna Kozłowska, Zuzanna Lewandowska, Zofia Orzechowska, Agnieszka Wysocka: Józef Apolinary Rolle (1829-1894) – między psychiatrią a humanistyką 127

Listy do Józefa A. Rolle (wybór) 139

Joanna Lusek: Lekarze i personel pomocniczy Szpitala Śląskiego w Cieszynie w zbiorze fotografii Karola Skałki 156

Anna Mikulska: Wojna i medycyna w oparciu o zbiory i badania naukowe Fundacji Generał Elżbiety Zawackiej 172

Grzegorz Kubacki: Szkic z historii aptekarstwa w Grodzisku Wielkopolskim do 1939 roku 185

Recenzje i noty 191

Kronika 209

WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

ISSN 2083-0343