

Jan Zenkner
Towarzystwo Przyjaciół
Stargardu

Stargardia
Tom II, 2002

Rzecz o zdrowiu – ku stargardzkich serc pokrzepieniu

Utyskiwania na służbę zdrowia w Polsce są raczej powszechne. Niezadowolenie wywołują różne zjawiska związane z tą dziedziną. Narzeka się na trudny dostęp do wyższej klasy świadczeń medycznych, na stan powszechnego szpitalnictwa, na niewspółmierne do dochodów koszty leków i leczenia itd., itd...

Historia – nauczycielka życia, gdy się w nią lepiej wsłuchać może pomóc każdemu z nas w zdobyciu dystansu do niektórych zjawisk. Niezadowolenie, być może, złagodzi refleksja. Świadomość powtarzalności pewnych zjawisk, a szczególnie konstatacja stałego-mimo zgrzytów- rozwoju ochrony zdrowia nie uleczy nas co prawda, ale wpłynąć może na poprawę samopoczucia, co w sferze tej jest przecież ważne.

Spróbujmy więc prostego zabiegu. Cofnijmy się teraz w czasie, stosunkowo nie tak daleko i przyjrzyjmy się ówczesnym problemom zdrowotnym społeczeństwa, ich skali i specyfice.

Na początek zapraszam do osiemnastowiecznego Stargardu. Mamy rok 1709. Rok kolejnej, strasznej epidemii dżumy szalejącej niemal w całej północnej Europie. Pomiędzy końcem stycznia a 31 grudnia tego roku w samej tylko gminie należącej do kościoła Mariackiego zmarło 540 osób. Ówczesny Stargard liczył około 5,5 tys. mieszkańców. Z dostępnych materiałów z lat 1659-1669 wynika, że średnia umieralność w gminie mariackiej wahała się pomiędzy 36 a 76 osobami. W tym samym roku w Gdańsku liczącym 50-60 tys. mieszkańców zmarły 24.933 osoby, w Krakowie w latach 1707-1710- 21.600 ludzi, w Warszawie 30 tys., w Rydze zaś - 60 tys. co stanowiło wtedy 60% ogółu zaludnienia tego miasta.

„Wielka postać historii” - dżuma, regularnie dziesiątkowała od średniowiecza do XVIII wieku populację Europejczyków. Dzielnie sekundowały jej w tym żniwie ospa, czerwonka, gorączka angielska czyli leptospiroza, cholera, suchoty, syfilis, trąd, „ogień św. Antoniego”, czyli zatrucie sporyszem - ergotyzm, endemicznie - malaria...

Spektakularnym przykładem wpływu epidemii na poważne wydarzenia historyczne są dzieje wojen krzyżowych. Zarazy podczas pierwszej (1096 r.) i drugiej (1147 r.) krucjaty były o wiele bardziej skuteczne od Saracenów. Czwarta, po wybuchu dżumy nie osiągnęła Jerozolimy, a szósta, jeszcze z morza, zawróciła szalejąca czerwonka. Podobny los spotkał ostatnią wyprawę pod wodzą Ludwika IX. Przez skorbut zaś spaliła na panewce - siódma.

Warto tu też przypomnieć, że stworzenie bariery „zarazie morowej” w 1771 r.,

stanowiło pretekst dla wkroczenia na terytoria Rzeczypospolitej wojsk pruskich i austriackich, co dało początek I rozbiorowi. Z pierwszych sześćdziesięciu lat XVII wieku, 17 - to lata epidemii, w tym 8 lat dżumy. Wg A. Karpińskiego, na Pomorzu zanotowano w I poł. XVII w. 28% lat z epidemiami, a w I poł. XVIII w. - 8%, gdy np. w Wielkopolsce - odpowiednio - 62% i 22%. Dżuma atakowała latem, czarną królową zimy była ospa - dzieciobójczyni. Zabierała ona bowiem regularnie co 10. dziecko. Na chorobę tę umierało rokrocznie 30 tys. Francuzów i 70 tys. Niemców. W samym tylko 1804 r., na terenie Niemiec zachorowało na ospę 600 tys. ludzi. Dla porównania - ludność całego Pomorza liczyła wtedy około 500 tys. osób. Kobieta nieoszczędzona dziobami - bliźniami, uchodziła za piękność.

W XVIII wieku pisano: „Ospa napada na człowieka wcześniej czy później, a jej potęga przekracza wszystkie znane środki. Żaden klimat, wiek, żadna płeć nie jest w stanie uchronić nas od tej choroby...”.

Statystyki śmierci, w bliskich nam jeszcze wiekach XVIII i XIX - przerażają. W ostatnim ćwierćwieczu XVIII wieku wskaźnik umieralności na Pomorzu wynosił 26,4‰ i był 4,9 raza większy od nam współczesnego, wskaźnik zaś zgonów na 10 tys. osób był 19,9 razy większy niż obecny. Małym pocieszeniem był dwukrotnie wyższy od obecnego wskaźnik urodzeń. Dalszy przykład, tym razem z 1831 r. Spośród 33.279 urodzonych w tym roku Pomorzan, stwierdzono 990 martwych porodów, 4521 dzieci nie dożyło pierwszego roku życia, a dalszych 2635 - piatego. Akt porodowy zaś i połóg były przyczyną 2,68% wszystkich zgonów ówczesnych Pomorzanek. Charakterystycznym jest, że gros przypadków śmierci następowało wtedy zimą i wczesną wiosną. Nie bez wpływu na to pozostawały odżywianie i warunki bytowania dziewiętnastowiecznych Pomorzan. Dane statystyczne dla pruskiego Pomorza oddają ówczesny stan rzeczy w kraju i Europie. Christoph Wilhelm Hufeland - nadworny lekarz króla Prus, profesor w Jenie i Berlinie, pionier europejskiej higieny społecznej przełomu XVIII i XIX wieku pisze: „na tysiąc urodzonych w tym samym czasie 24 zaraz po porodzie umiera, wyrzynanie zębów zabija ich 50, konwulsje i inne słabości dziecinne w przeciągu dwóch pierwszych lat 277, ospa [...] gubi ich 80 do 90, odra 10. Jeżeli są to białogłowy, 8 umiera w pogoju, suchoty, wyniszczenie i słabości piersiowe [...] zabijają 190. Inne gorączkowe febry 150, apoplexye 12, puchlina 41[...]. Słowem, wypadnie na to, że 9/10 przed czasem, albo z przypadku ubywa”. W tym czasie młodzieniec z zamożniejszego domu, szczęśliwie osiągnąwszy lat 15 dożywał średnio do 57 wiosny życia, dziewczyna zaś do 38.

Późniejsze dane nadal przyprawiają o gęsią skórę: np. w 1875 r. śmiertelność noworodków w Berlinie wynosiła ok. 30 %, w całych Niemczech 23,4%, a w Holandii 20,4%. W 1900r. odsetki te jeszcze wzrosły.

Nie bez gorzkiej ironii przypomnieć należy, że krakowska katedra pediatrii na UJ - będąc trzecią w świecie - powstała dopiero w 1864 r.

Przyrost naturalny w ówczesnych miastach był ujemny. Znacznie więcej w księgach miejskich odnotowywano zgonów niż chrztów. Doskonale ilustruje to podany przez J. Kizika przykład Gdańska. W XVIII w. zmarło w tym mieście 208.996 osób, zaś

liczba chrztów wyniosła 174.863. Gdyby nie stały dopływ ludności z zewnątrz, miasta w krótkim czasie stałyby się puste i martwe. Pomiędzy XVI a XVIII wiekiem bardzo charakterystycznym było zjawisko utrzymywania się stałego poziomu zaludnienia w ogromnej większości europejskich miast (pozostałe wyludniały się). Tu dobrym przykładem jest nasz Stargard, liczba jego mieszkańców w tym czasie wynosiła (uśredniwszy dane źródłowe) 5,5 - 6 tys. Notowane okresowo, znaczne redukcje liczby stargardzian (w miarę szybko wyrównywane), związane były z działaniami militarnymi i epidemiami w czasie wojny trzydziestoletniej oraz straszliwą dżumą z lat 1709 - 1711. Podaną jednak przez Wutstracka liczbę 6 tys. stargardzkich ofiar dżumy w latach 1624 - 1625 uznać należy chyba za przesadzoną.

Na eksplozję demograficzną w naszym mieście i Europie poczekać trzeba będzie do drugiej połowy XIX wieku.

Używane przez niektórych badaczy określenie „Nekropolis” dla miast omawianego okresu nie wydaje się przesadne. Cytowany wyżej Ch.W. Hufeland głosił: „Kto więc może niech unika mieszkania w wielkich miastach, są to otwarte groby dla ludzi nie tylko w fizycznym, ale i moralnym względzie [...]”.

Na zalecane wyżej unikanie pozwolić sobie mogli jedynie bardzo zamożni. Od XVII wieku powstawać zaczęły wiejskie rezydencje mieszczańskie. Stałe jednak w nich mieszkanie, z powodu konieczności baczenia na interes, nie mogło być praktykowane.

Studując plany i opisy ówczesnych miast nie trzeba zbyt wyobraźni, by uznać je za doskonałą wylęgarnię chorób zakaźnych i zaraźliwych. Bardzo gęsta zabudowa, brak wodociągów, sanitariatów, kanalizacji, błotniste - okolone cuchnącymi rynsztokami – ciasne ulice, wszechobecne gryzonie, latem roje much, woda dla gospodarstw pochodząca z podejrzanych publicznych studni, bądź rzeki... Uff – chyba wystarczy. Jako ciekawostkę podać można fakt, że na rolę studni publicznych w szerzeniu zaraz zwrócono uwagę dopiero w latach siedemdziesiątych XVIII w. (Londyn). Czyszczenie studni podczas morów zalecano – trzeba przyznać -wcześniej (m. in. w Stargardzie w 1705 r.). Opisy fetoru w ówczesnych miastach spotkać można w literaturze. Szczególnie często mowa w niej o Paryżu – pierwszej wówczas metropolii europejskiej – woń, która daleka była od współczesnego „soir”.

W świetle współczesnej epidemiologii obraz powyższy jawi się wzorcowym dla doskonałych warunków szerzenia się epidemii.

Wysoka umieralność i wynikająca z niej niepewność jutra, to zjawiska powszechne do trzeciej ćwierci XIX w. Świetnie to zjawisko ilustrują prace niemieckiego demografa A. E. Imhofa. Uczony ten, wykorzystując potężny aparat badawczy, śledził średnią długość życia ludzkiego na przestrzeni wieków (od XVII do XIX), a ściślej, chciał udowodnić tezę o jej stałym progresie. Wyniki badań zaskoczyły wszystkich, włącznie z samym Imhofem – do 1859 r. nie można stwierdzić najmniejszego postępu. Przykładowo, ryzyko zgonu dla przedziału wiekowego 15 – 25 lat wynoszące w 1740 r. 67 osób na 1000, do 1859 było niezmienne. Zważmy, że było to raptem 140 lat temu.

W miastach rokrocznie umierała co trzydziesta osoba, wskaźnik ten uznawano przez wieki za normę. Nagminnym zjawiskiem była śmierć czworga – sześciorga dzieci w jednej rodzinie (zarówno wśród biedoty, jak i na dworach). Znamionym przykładem jest tu rodzina Johanna Muellera, siedemnastowiecznego aptekarza ze Stargardu. Otóż ten światły i profesjonalnie ze zdrowiem obyty człowiek, pomiędzy 1660 a 1677 rokiem, pochował był pięcioro dzieci i dwie żony.

Zjawiska te nie mogły pozostawać bez echa w ludzkiej psychice. Powszedniość śmierci, liczne, wciąż oglądane pogrzeby, bezsilność wobec większości nękańcych społeczeństwo chorób, częste konflikty zbrojne, głód – musiały rodzić rezygnację, zobojętnienie, ale bywało również i bunt. Spotykane opisy obojętności znękanymi ciągłymi porodami i położami matek na śmierć piątego czy szóstego z kolei dziecka - nie dziwią. Nie dziwi również religijność, ba, często dewocja, ówczesnych ludzi, ich fobie i zabobony. Z drugiej strony nie dziwi też sybarytyzm i rozwiązłość innych. *Carpe diem* – chwytaj dzień, skoro jutro takie niepewne. Czy będzie mi dane przeżyć ten rok, mnie i mojej rodzinie? To uzasadnione pytanie padać musiało nader często.

Sztuka ówczesna jest świetnym odbiciem panujących w społeczeństwach nastrojów, choć również wpływ na nią miała panująca w danym regionie religia. Od mistycyzmu, uniesień religijnych, tańca śmierci i jej wszechobecnej symboliki, po bukoliczne sceny pasterskie, damskie obfitości Rubensa i zmysłowość Bouchera.

Brak poczucia bezpieczeństwa ludzi w tym czasie pogłębiał stan i możliwości współczesnej im medycyny. Środki, jakimi dysponowała ona w walce z epidemiami, chorobami dnia codziennego czy nagminnymi – szczególnie podczas wojen – urazami, nie mogły potencjalnych pacjentów napawać optymizmem. Procedury medyczne w tych czasach (choć zdarzały się i chlubne wyjątki) oparte były na odwiecznych, często u podstaw błędnych, dogmatach, bądź na wielopokoleniowej empirii. Generalizując, medycyna podówczas była przedziwną mieszaniną racjonalizmu z mniemaniami i zabobonami. O dogmatyzmie medycyny z tamtych lat świadczy najlepiej fakt, iż nauka wielkiego, ale żyjącego w II w. Galena, panowała nad umysłami przez ponad piętnaście wieków (jedynym konkurentem Galena był lekarz arabski z X/XI w. Awicenna – zw. „princeps medicorum” i jego Kanon). Dowiedziono co prawda, że zawarta w jego dziełach anatomia stopy ludzkiej jest - de facto - anatomią małpiej stopy, opis zaś mózgu jest opisem tego narządu u wołu. Dodatkowo, niderlandzki genialny anatom A. Vesaliusz udowodnił nauce Galena, sekcjonując zwłoki, dalszych minimum 200 poważnych błędów. Rzymianin mimo tego „królował”. „Widocznie ciało ludzkie musiało się zmienić od czasów Galena i to na niekorzyść [...]” tak powszechnie światek medyczny komentował napotkane różnice pomiędzy rzeczywistością, a nauką Mistrza.

Medycyna naukowa zaczynała wtedy dopiero raczkować, a teoretyczne uzasadnienia terapii - były bardziej niż dyskusyjne. Przypomnijmy sobie tylko, że fundamentalne dzieła L. Pasteura i R. Kocha z dziedziny bakteriologii (dżuma jest, wśród innych, chorobą bakteryjną) mają sto kilkadziesiąt lat, początek wirusologii (ospa jest wywoływana przez wirusy), to przełom XIX i XX w., pierwszy lek

chemiczny (prekursor aspiryny) zsyntetyzowano 130 lat temu, natomiast powszechne stosowanie antybiotyków, rozpoczęło się na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX w..

Po tych dywagacjach pora na kilka ilustrujących przykładów. Powróćmy więc znów do stołecznego dla Pomorza Tylnego - Stargardu, do roku 1710. Czarna śmierć – dżuma szalała od kilku lat w Polsce i wielu innych europejskich krajach. Od roku zbierała swe żniwo na Pomorzu. Ludzie chorowali i marli tysiącami.

Collegium Sanitatis (odpowiednik wydziału zdrowia) – wg ówczesnych norm europejskich – powołało w mieście komisariat do spraw dżumy i straż przeciwepidemiczną. Wydane przez *Collegium* zarządzenia, jak i pandemiczny charakter dżumy w tych latach, uniemożliwiają w praktyce stosowanie, polecanej w poradnikach i broszurach zasady: „cito, longe, tarde” tj. uciekać szybko, jak najdalej i nierychło wracać.

Kwestie merytoryczne rozstrzygał lekarz miejski, lekarz do spraw dżumy (powietrzny), oraz trzech podlegli mu chirurdzy. Kwarantanna, czyli izolacja chorych w lazaretach, była podstawą działań przeciwepidemicznych. O rozpoczęciu kwarantanny (klasyczna - hipokratejska liczyła 40-42 dni, pierwsza dżumowa, zastosowana w 1377 r. 30 dni – trentino) decydować miał lekarz. W praktyce jednak często decydowała o tym komisja złożona z dwóch urzędników – nielekarzy i ośmiu rzemieślników, wybieranych spośród mieszczan dla dodania powagi temu ciału. Stargardzianie bowiem niechętnie poddawali się zarządzeniom, zatajając często choroby przed inspektorami. Ci zaś z kolei, niejednokrotnie poddawali izolacji ludzi kontaktujących się z chorymi nie na dżumę, a „z grubego jądła” lub z „przestrachu”.

Szczególnie niepopularne wśród ludności z wyższych warstw były lazarety. Były one podówczas w rzeczywistości przytułkami dla sierot, ubogich oraz bezdomnych położnic. Na czas „morowego powietrza” część z nich zamieniano na izolatoria (w gminie mariackiej w Stargardzie w 1709 r. 25% ofiar dżumy zmarło w lazaretach) Gwoli sprawiedliwości, wspomnieć należy o działających gdzieś szpitalach o wyższym nieco poziomie: w tym o prowadzonych od średniowiecza przez zakony krzyżowe (duchacy, krzyżowcy z gwiazdą, bożogrobcy, joannici) oraz „specjalistycznych” – Pesthausy, Pockenhausy, psychiatryczne (m. in. Elbląg, Gdańsk) i leprozaria.

Przy okazji podkreślić należy, że w okresach „niepowietrznych” lazarety-przytułki były niekiedy jedyną „metodą na przeżycie” dla najniższych warstw biedoty.

Generalnie jednak szpitale ówczesne miały niewiele wspólnego z obecnymi. Funkcje lecznicze traktowano w nich zupełnie marginalnie, pomieszczenia były małe i ciasne, ilość miejsc - minimalna.

W Stargardzie przytułki – lazarety funkcjonowały wtedy od minimum czterech wieków (Świętego Ducha, św. Jerzego, św. Jobsta, dla ubogich w okolicy kościoła Świętego Ducha). Na fundację burmistrza Moviusa - zaczęła szpitala miejskiego, trzeba było czekać jeszcze kilkadziesiąt lat. Na sam zaś nowoczesny szpital – 170 lat.

Stan szpitalnictwa w Stargardzie nie był wcale wyjątkiem, był wtedy normą

europijską. Oto kilka przykładów. Wg stanu z 1791 r., w całej Rzeczypospolitej (prócz Warszawy) w 497 szpitalach było 5621 miejsc (nieco ponad 11 miejsc na jeden lazaret). Do końca XVIII w. w wiodącym berlińskim Charite, nie zmieniano pościeli, kładąc kolejnych chorych na sztywnych od krwi i ropy prześcieradłach. W tym samym szpitalu dopiero w poł. XIX w. zlikwidowano prycze, na których leżało po kilku chorych, cierpiących na różne schorzenia (dzieci wraz z dorosłymi, chorzy na ospę z zakażonymi bakterią czerwonki...). We wzorcowym (na 2 tys. łóżek) wiedeńskim Szpitalu Powszechnym na jednej sali leżało 92-96 chorych wenerycznie, a nad budynkami szpitalnymi górowała „wieża błazeńska”, czyli „dom furiatów”.

W szpitalach nagminnym było umiejscawianie sali operacyjnej w bezpośrednim sąsiedztwie „cuchnącej trupiarni” – kostnicy. Pomieszczenia miały małe okna, były wilgotne i nieprzewietrzane.

Jeszcze w drugiej połowie XIX w., ojciec nowoczesnej patologii, Rudolf Virchow (Pomorzanin ze Świdwina rodem), planując szpitale dla Berlina i innych miast niemieckich, za priorytet uznawał ich funkcje opiekuńcze, dalej dydaktyczne (dla medyków), lecznictwo stawiając na szarym końcu. Prawdziwy rozwój nowoczesnego szpitalnictwa (czterokrotne zwiększenie liczby łóżek, nocne dyżury, w chirurgii aseptyka i antyseptyka) to dopiero ostatnie ćwierćwiecze XIX w. Powszechna niewiara w skuteczność leczenia szpitalnego pokutowała jednak jeszcze bardzo długo. Zgodę na pójście do szpitala traktowano jako ostateczność. Stwierdzenie ojca „ja do szpitala dziecka nie oddam, lepiej niech w domu umrze[...]” pochodzi z połowy XX w.

Wróćmy znów do XVIII – wiecznego Stargardu z czasu dżumy. Objęci kwarantanną chorzy i podejrzani o zakażenie dorośli otrzymywali racje żywnościowe wartości ok. 3500 kalorii dziennie. Ciekawostką jest, że dzieci do czterech lat nie otrzymywały od miasta żadnego jedzenia. Straż przeciwepidemiczna bądź dopuszczała (wbrew zarządzeniom) do kontaktu zdrowych z chorymi, bądź na odwrót – strzelała bez ostrzeżenia.

Przyjmując ten opisywany w źródłach fakt, jako dowód ludzkiej niedoskonałości, należy podkreślić, że najnowsze zasady epidemiologii nadal uznają izolację za podstawę działania podczas wybuchu zarazy.

Walcząc z dżumą przedsięwzięto działania na szerszą skalę. W wielu ośrodkach podejmowano próby ochrony całego organizmu miejskiego przed zarazą: otwierano tylko część bram miejskich, a te otwarte, ściśle kontrolowano (przed pozostałymi przekopywano gościńce), organizowano tzw „wyganiaczy ubóstwa” – służby usuwające włóczęgów poza mury, budowano „okopy powietrzne” z fosami (np. w Warszawie w 1770 r. o długości 12 km, wg projektu St. Lubomirskiego).

Stolicę - Stargard i całe Tylne Pomorze uchronić miało od czarnej śmierci ściśle stosowanie się do wydanego w 1705 r. w naszym mieście ukazu króla Prus. Dokument ten m. in. przestrzegał przed żydowskimi handlarzami, czeladzią i motłochem, jako przynosicielami zarazy. Zakazywał wpuszczania w granice towarów z Polski, ze szczególnym uwzględnieniem pierza i wełny, a nawet nie zezwalał na korespondencję z miejscowościami podejrzanyymi o epidemię. Z chwilą zaś zbliżenia

się zarazy na odległość siedmiu mil od miasta należało dokonać tzw. „zrzucania mostów”. Ukaz zalecał również, pod rygorami, czyszczenie ulic i studni w miastach.

Za najskuteczniejszą ochronę uchodziły jednak wtedy blokady miast. Gęsto rozstawione posterunki konne i piesze wstrzymywać miały cały ruch z i do zablokowanego miasta. Wzorcem była tu kilkumiesięczna blokada Królewca w 1709 r., mimo której jednak zmarło tam wtedy 10 tys. osób.

W opisywanym czasie pochówki w Stargardzie i innych miastach odbywały się jeszcze w kościołach lub ich pobliżu, czyli wewnątrz obwarowań. Wyjątkiem był tu kirkut umiejscowiony w naszym mieście od XVII w. poza wałami. Na pierwsze cmentarze chrześcijańskie poza miastem poczekać trzeba będzie jeszcze kilkadziesiąt lat (przed Bramą Pyrzycką – 1739 r., przed Bramą Wałową – 1745 r.), na obituaria – trupiarnie cmentarne, do początków XIX w. (pierwsza w Weimarze w 1791 r.).

Jednak podczas masowych morów nocne zazwyczaj pochówki sprawowane były poza miastem. Ponadto bywało, że wyjątkowo gwałtowne zarazy wymuszały chowanie zmarłych w masowych mogiłach (Gdańsk 1709 r.). Nieboszczyków posypywano wapnem (wskazówka dla obecnych archeologów). Pogrzeby na „normalnych cmentarzach”, podczas epidemii były wyjątkiem. Decyzję o nich wydawała w Stargardzie komisja do spraw lazaretu i pogrzebów. Ostatniej posługi na cmentarzach morowych dokonywali „grabarze powietrzni”, odziani zazwyczaj w kapy z krzyżami. Przed ich nadejściem, zwłaszcza podczas pogrzebu, ostrzegano dzwonkiem (belmani) lub kołatką. Ludzie ci nie dokonywali posług na innych cmentarzach oraz używali osobnego sprzętu.

Co ówczesna medycyna mogła przeciwstawić dżumie i innym chorobom? Jak wyglądał wtedy stan lekarski? To temat rzeka. Posłużyć się tu można jedynie kilkoma ilustrującymi przykładami.

Medycyna osiemnastowieczna zwana była heroiczną. Na większość chorób stosowano wtedy środki przeczyszczające, napotne i powodujące wymioty. Królowały krwiouputy. Jeszcze w latach dwudziestych XIX w. paryski profesor medycyny F. Broussais na swym oddziale zużywał rocznie 10 tys. pijawek, stosując np. przy zwykłym katarze 7 krwiouпустów. Nie darmo mówiono, że on i jego uczniowie przelali więcej krwi od Napoleona, a ten kierunek leczenia nazwano wampiryzmem. Broussais nie był sam. Tylko w 1827 roku sprowadzono do Francji 23 miliony pijawek, dodajmy do tego jeszcze nie mniej głodne - rodzime...

Lekarze w XVII i XVIII w. byli w swej absolutnej większości odwrócenii od łóżka chorego, dbali szczególnie o ubiór, który miał im przydawać splendoru, celowali w mętnych, przetykanych laciną, metaforycznych wypowiedziach i krasomówstwie. Diagnozy stawiano często na podstawie jedynie oględzin moczu (urynoskopia) bez badania, a bywało i korespondencyjnie. Przykład z naszego podwórka – stargardzki lekarz do spraw dżumy przez 3 miesiące 1710 r. za wypisywanie recept bez badania, zainkasował pokaźną sumę 100 talarów. Jego reakcją na poczynione mu zarzuty był wyjazd ze Stargardu po odbyciu wymaganej kwarantanny.

Zawieszenie praktyki przez lekarza na czas epidemii było w tym czasie

powszechnym i niezbyt ganionym zwyczajem. Częstoymi również bywały i postawy odmienne. W Marsylii na przykład, podczas strasznej w skutkach epidemii dżumy w 1720 r. z 30 miejscowych lekarzy zmarło 25, ponadto 4 chirurgów i większość medyków z miejscowego uniwersytetu.

Piękną również kartę w walce z dżumą zapisał znany z zupełnie innej działalności Nostradamus.

Podjęmowane procedury lecznicze często miast poprawy przynosiły szkodę zdrowiu, a nawet powodowały śmierć pacjenta. Nic więc dziwnego, że część światłych klinicystów, trzymając się zasady „nihilizmu terapeutycznego”, wołało w ogóle nie stosować leczenia, aby nie szkodzić. Zawód lekarski nie cieszył się wtedy powszechnym mirem. Lekarzom zarzucano niedostępność, ignorancję i chciwość (liczne procesy sądowe z pacjentami – dłużnikami). Wysokie honoraria sprawiły, że wiek osiemnasty zwany jest „złotym wiekiem lekarzy”. Przez stulecia stan lekarski był krytykowany i ośmieszany. Stykamy się z tym m.in. u Boccaccio, Petrarki, Rabelais’go, malarza Boille’go. Molierowski zaś chór: „...bene, bene powiadare, bene, bene krew puszczare...” to chyba kwintesencja postrzegania ówczesnych medyków przez społeczeństwo. Dopiero od XIX w., tj. okresu gdy lekarze zaczęli zmieniać diametralnie swój stosunek do chorych, doktor występować zaczyna w literaturze jako postać pozytywna.

Jak próbowano leczyć dżumę?

Leczono ją, oczywiście, według panujących powszechnie zasad, a więc środkami napotnymi, wymiotnymi i neutralizującymi – jak wówczas mniemano – „truciznę” (wyzolowanie pałeczki dżumy – *Yersinia pestis* to dopiero prace Kitasamoto i Szwajcara Yersina z 1894 roku, próby szczepienia zaś podjęto w San Francisco w 1902 r.).

Wydawane w Stargardzie w latach zarazy popularnonaukowe broszury zalecały m. in. ze środków napotnych – proszek z arcydzięgla i omanu wielkiego, z przeczyszczających – liść senesu i sok z rabarbaru, z wymiotnych – „oczy rakowe” (grudki wapnia z raczych żołądków), z neutralizujących zaś „Alexipharmaca” – driakiew Andromaha (71 składników), sole rtęci, nalewkę z makowca (opium) oraz korę drzewa chinowego. Zropiałe węzły chłonne – dymienice (dżuma dymienicza – jedna z postaci choroby) opatrywali stargardzcy chirurdzy stosując maść z much hiszpańskich i białej kamfory.

Należy podkreślić, że wbrew zarządzeniu z 1705 r. szerzyło się w mieście pokątne leczenie, przypisywano mu więcej ofiar niż dżumie. Bez ordynacji lekarskiej „baby” i niektórzy aptekarze sprzedawali środki silnie działające, przy przedawkowaniu – śmiertelne. Jeżeli podobne praktyki miały miejsce w stolicy Pomorza – mieście, które jako jedno z nielicznych na Pomorzu posiadało trzy apteki (założone już w XV i XVI). i municypalną obsadę medyczną, (z pięknymi tradycjami – m.in. praktykował tu David Herlitz, eks-rektor Uniwersytetu w Greifswaldzie) powstaje pytanie dotyczące sytuacji w mniej znacznych miastach pomorskich. Dodatkowym wyróżnikiem naszego miasta jest fakt, że w niedalekiej przyszłości (1730 r.) stało się ono siedzibą wydziału

medycznego w Collegium Groeningianum.

Terapia dżumy „po stargardzku”, zgodna była z tendencjami europejskimi. Gdzie indziej w ordynacjach miejskich lekarzy i poradnikach znajdujemy jeszcze m. in.: rekomendację okładów z liści babki utartej z uryną na rozpaloną gorączką głowę, za Galenem - nie zezwalanie chorym na zaśnięcie w pierwszej fazie choroby, ponadto zalecenie wietrzenia pomieszczeń, na przemian z ich okadzaniem. Wśród preferowanych medykamentów, prócz wymienionej drakwii, królował do końca XVIII w. „ocet czterech złodziei” (m.in. piołun i goździki w occie). Bywały i kuriozalne metody terapii: „Na powietrze lekarstwo łatwe [...] weźmi kokosz żywą – w 1620 roku radzi Sebastian Śleszkowski – przyłóż ją miejscem oskubionym do miejsca zarażonego, podziierz chwilę [...] wszytek niemal jad w kokosz wnidzie od czego ją też wnet martwą ujrzysz...”. Powszechnie też stosowano „bezoardykę” – wódkę na specyficznej odmianie bydlęcych kamieni jelitowych (jak widać nie bez powodu sienkiewiczowski pan Zagłoba aż na Krym za bezoarem się wypuszczał).

Metody powyższe nie mogły przynieść większego skutku. Niewątpliwym dowodem tego jest ocena badaczy szacujących ofiary dżumy na około 20 milionów spośród 100 mln wszystkich mieszkańców Eurazji w badanym okresie. Na koniec należy podkreślić, że rolę pchły i szczura śniadego w roznoszeniu choroby, potwierdzono jednoznacznie dopiero w 1897 r. Dotychczasowe zaś niedocenywanie tych czynników (wektorów) w przenoszeniu dżumy pociągać musiało za sobą kolejne jej ofiary.

Krótkiego, ale osobnego omówienia warta jest również kwestia zachowawczego czy też wrogiego nastawienia ludzi do wielkich odkryć, stanowiących często przełom w medycynie. Opór ten dotyczył nie tylko tzw. szarych ludzi, ale jakże często również luminarzy - koryfeuszy medycyny. Opór ten kosztował, niestety, wiele istnień ludzkich. Doskonale ilustruje to zjawisko historia zwalczania ospy. Choroby, która w historii ludzkości odcisnęła ponure piętno, powodując w swej zjadliwej postaci do 30% zgonów, i jak już wspomniano, zabierając przez wieki regularnie co dziesiąte dziecko. Leczenie ospy było nieskuteczne. Jediną rozsądną metodą jej zwalczania były szczepienia. Wariolizacja (Variola – ospa), czyli naturalne szczepienie – wcieranie ludziom zdrowym strupów ospowych zawierających zjadliwy wirus – była w krajach Orientu znana od wieków. W kulturze zachodniej zastosowaną ja po raz pierwszy w Bostonie w 1721 r., a powszechnie, m.in. we Francji, po spowodowanej ospą śmierci Ludwika XV. Metoda ta znacznie ograniczała śmiertelność, była jednak źródłem wtórnych zakażeń i wybuchów kolejnych epidemii. Twórcą nowoczesnego szczepienia, będącego de facto początkiem końca strasznych zaraz w Europie, był skromny, ale wielki duchem lekarz angielski Edward Jenner. Zastosował on (po dwudziestoletnich badaniach) w 1796 r. szczepionkę na bazie chorego na ospę bydła (wakcynacja, *vacca* – krowa). Tak zwana ospa krowia u ludzi przebiega łagodnie, bez powikłań, wywołując jednocześnie pełną odporność przeciw zachorowaniom na ospę właściwą. Zupełny przełom!

Jednak z ust wielu lekarzy i uczonych posypały się szyderstwa. Mnożyły się

stowarzyszenia „przeciw”, na rozpowszechnianych ulotkach pokazywano zaszczerpionych ludzi z rogami i nosami w kształcie bydła. Papieżowi Leonowi XII przypisuje się stwierdzenie: „każdy, kto poddaje się takiemu szczepieniu nie jest synem bożym [...] ospa stanowi wyrok boski”. Jennera nazywano „idiotą o wyschłym mózgu”. Pewien niemiecki lekarz w swej pracy naukowej dowodził, iż szczepionka Jennerowska jest nonsensem i największym łajdactwem, jakie w ostatnich kilkudziesięciu latach popełniono. Dodając później, że na skutek szczepienia: „ulega degeneracji naród szwabski i brak jest rekruta”. Genialny pomysł Edwarda Jennera zwyciężył, ratując miliony ludzi poprzez masowe szczepienia. On sam, mimo późniejszego uznania i zaszczytów, pozostał w dalszym ciągu wiejskim praktykiem. Inny przykład to tragiczne, bez happy endu tym razem, losy Ignacego Semmelweisa – XIX wiecznego węgierskiego położnika, propagatora ... mycia rąk. Do momentu jego publikacji i dłuższy czas po niej, powszechną praktyką, nawet w czołowych klinikach, było m.in. poranne dokonywanie sekcji zwłok, a następnie badanie pacjentów, w tym położnic, bez uprzedniego mycia rąk. To, co obecnie jest niewyobrażalne, jeszcze 140 lat temu było normą. Pracę Semmelweisa, mówiące o jadach trupich, jako o przyczynie gorączki płożowej – odrzucono, a jego samego usunięto z wiedeńskiej kliniki. Wśród głośnych krytyków znalazł się wspomniany już koryfeusz patologii R. Virchow (ten sam Virchow krytykował później prace Ludwika Pasteura i Roberta Kocha). Ignacy Semmenweis, ojciec antyseptyki, nie znalazłszy zrozumienia również w klinikach rodzinnego Budapesztu, zmarł w zakładzie dla obłąkanych, cztery lata po ogłoszeniu swej przełomowej pracy.

Z powyższym przykładem koresponduje następny. Wspomniany już, żyjący w II wieku n.e. Galen głosił, iż każda rana musi ropieć. Tradycja „chwalebne ropienia” jako dogmat obowiązywała jeszcze do połowy XIX w. Skutecznie zniechęcała ona chirurgów do przestrzegania czystości (nie mówiąc o sterylności) przy wykonywaniu zabiegów, jak i również stosowania aseptycznych opatrunków.

Prócz zaraz i chorób wewnętrznych, ludzkość od zarania gnębiona była również chorobami, na które jedyną radą była interwencja chirurgiczna. Do chwili obecnej myśl o poddaniu się operacji napawa nas obawą. Należy sądzić, że naszych niedawnych jeszcze przodków podobna perspektywa przejmowała istną zgrozą. Zważmy, że historia narkozy ma zaledwie 160 lat (Horacy Wells – 1842 r. gaz rozweselający), a antyseptyki w chirurgii 135 lat (Joseph Lister – 1868 r.).

Twórca narkozy chloroformowej James Simpson w połowie XIX wieku pisał „człowiek leżący na salach operacyjnych, narażony jest na większe niebezpieczeństwo niż żołnierz pod Waterloo”. Historia chirurgii, będąc niezwykle spektakularną, jest w swej lwiej części historią cierpienia, bezradności i dogmatyzmu. Uznawany w swym czasie za boga chirurgii Wilhelm Depuytren (1777-1835) zwykł mawiać: „cóż znaczą wszystkie śmiałe i piękne operacje, skoro chorym nie wychodzą na zdrowie”. Faktycznie nie wychodziły, gdyż śmiertelność pooperacyjna w tym okresie szacowana była na 80-90%. Głównym zmartwieniem ówczesnych chirurgów było znalezienie sposobu na... uniknięcie operacji.

Na zahamowanie postępu w tej dziedzinie nie bez wpływu była bulla papieska z 1162 roku: „Eclesia abhoret a sanguinae” – Kościół wzdraga się przed krwią. Od tego czasu datuje się oddzielenie chirurgii od medycyny uniwersyteckiej (z wyjątkiem Włoch). Zawodem tym parać się poczęli: golibrodowie, łaźiebnicy i kaci. Powstawały rzemieślnicze cechy chirurgów. Powszechnie praktykowali wędrowni specjaliści (tu częste tradycje rodzinne) od jednego schorzenia: herniotomowie – od przepuklin, litotomowie – od kamieni ... Sytuacja ta trwała przez stulecia. Pewien przełom nastąpił dopiero we Francji w latach czterdziestych XVIII w., gdy zrównano tam studia w Akademii Chirurgicznej z uniwersyteckimi. W Prusach, a więc i w Stargardzie, zniesiono cechy chirurgów w 1810 roku, w Krakowie zaś dopiero w 1876 r. W Anglii wspólne dyplomy dla lekarzy i chirurgów wydawane są dopiero od 118 lat. Jeszcze w latach czterdziestych XVIII wieku z katedr uniwersytetów niemieckich padały stwierdzenia o bezużyteczności anatomii dla chirurgów. Na przepelnionych oddziałach chirurgicznych szpitali z przełomu XVIII i XIX wieku panował wszechobecny ekliwy odór gnijących tkanek, królowały - zgorzel, róża i gorączka płożowa. Ówczesny chirurg odziany był w stary, poplamiony surdut (im więcej śladów krwi i ropy tym lepiej, jako że były to znamiona bogatej praktyki), pod kłapami którego wpięte miał ligatury – przewiązki do naczyń krwionośnych. Ze względu na brak dobrych środków znieczulających, rozległe, długie zabiegi były wykluczone. Wyjęty z bólu pacjent, przytrzymywany przez krzepkich pomocników, musiał być zoperowany szybko. Dotrwał do naszych czasów ówczesny opis zabiegu (dość poważnego) amputacji przedramienia. Jeden z obserwatorów odwrócił się, aby szybko zażyć tabaki (sic! - na sali operacyjnej). Po ponownym obróceniu głowy, zobaczył wyluszczone w międzyczasie przedramię już na podłodze.

Normą również był brak zainteresowania ze strony chirurga dalszymi losami chorego po zabiegu.

Doskonałą ilustracją historii chirurgii są dzieje cesarskiego cięcia.

Jak pamiętamy w latach trzydziestych XIX w. ponad 2,5% wszystkich zmarłych Pomorzank umierało podczas porodu i położu. Należy domniemywać, iż pewien odsetek tej liczby stanowiły ofiary cesarskiego cięcia. Prześledźmy teraz, jakże znamienne historię tego zabiegu. W wiekach średnich, gdy poród nie mógł się odbyć naturalną drogą, „wycinanie dzieci” było obowiązkiem, którego zaniechanie groziło klątwą kościelną (*lex regia*). Dziecko należało za wszelką cenę ochrzcić. Oto wybrane wskazówki dla współczesnych operatorów: cięcie wykonuje się zawsze po lewej stronie, gdyż serce kobiety leży po prawej; otwarcie ust nawet zmarłej położnicy, gwarantuje wydobycie żywego noworodka jeszcze po dobie od jej śmierci, dziecko bowiem oddycha przez usta matki itd., itp.

Pierwszy i jedyny praktycznie przez blisko trzysta lat podręcznik, traktujący o cesarskim cięciu, wyszedł spod pióra przybocznego lekarza księcia Sabaudii – Francaisa Rousseta w 1581r. Osobnik ten nie wykonał nigdy tego zabiegu, mimo to jego nauka funkcjonowała jako dogmat przez stulecia. Według Rouseeta zbędne było tamowanie krwi podczas operacji, gdyż dziecko ją wcześniej wysysało, a jej

pozostałości zamieniały się w mleko matki. Przeciętej macicy nie należało zszywać ze względu na moc mięśni tego narządu itd., itp.

Nie trzeba zbyt wyobraźni i wiedzy medycznej, by być świadomym mąk pooperacyjnych matek, ginących na zapalenie otrzewnej. Nic więc dziwnego, że przez trzy stulecia zanotowano zaledwie jedno doniesienie (Delleury – 1778 r.) o udanym dla położnicy zabiegu. Początek kresowi tych okropności dał dopiero udany zabieg Eduardo Porro – profesora położnictwa w Pawii. Było to zaledwie 126 lat temu.

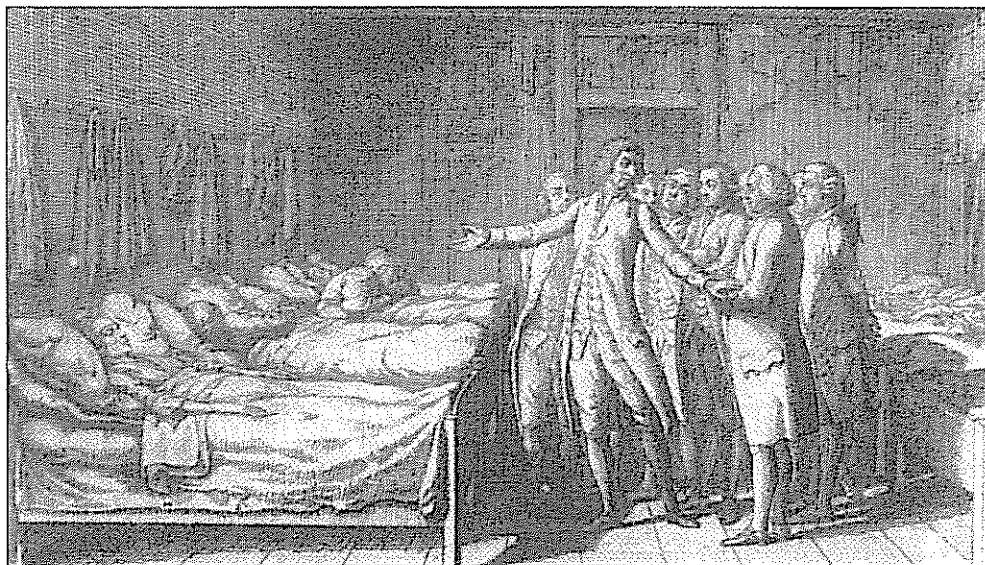
Na koniec wróćmy znów do Stargardu. Tym razem do czasów nam bliższych. Szpital - we współczesnym tego słowa rozumieniu - powstał w naszym mieście w 1879 r. (Movius Hospital). W 1885 roku nad szpitalem tym (na 50 łóżek) opiekę sprawowało zaledwie dwóch lekarzy: naczelny i jego asystent. W 1930 r. nad 150 chorymi - czuwało trzech lekarzy i jeden medyk. Mimo, że w latach czterdziestych XIX w. mury słynnego Królewskiego Gimnazjum Groeninga opuścił Robert F. Wilms (doskonale, powszechnie uznany później chirurg berlińskiego szpitala Bethanien), o szczególnych dokonaniach ówczesnej stargardzkiej medycyny w dostępnych źródłach - glucho.

Gwoli sprawiedliwości zaznaczyć jednak należy, że przedwojenny Stargard, licząc niespełna 40 tysięcy mieszkańców, posiadał siedem szpitali (jeden z nich mieścił się w budynku zajmowanym teraz przez policję) z łączną ilością 808 łóżek.

Zmęczeni, przygnieceni uciążliwościami dnia codziennego, jego wciąż nowymi wyzwaniem i tęsknimy za przeszłością. Wybielamy ją wtedy często, niemal do doskonałości. Przepelnieni nostalgią za „dawnymi, dobrymi czasami” bywamy bezkrytyczni. Faktyczne pozytywy lat minionych przesłaniają nam jakże liczne ówczesne niedogodności i nagminną bezradność ludzi wobec wielu zjawisk. Przykładowo, jeszcze 110 lat temu w mieszkaniu stargardzianina nie było światła elektrycznego, wody ani WC. Uruchomienie bowiem komunalnych urządzeń kanalizacyjno-wodociągowych nastąpiło w Stargardzie, w ostatnim dziesięcioleciu XIX w., a elektrownia ruszyła w 1899 r. Podkreślić jednak należy, że nasze miasto nie ma się czego wstydzić. W takich metropoliach jak Wrocław czy Gdańsk udogodnienia powyższe starsze są od naszych od czterdziestu do kilku lat zaledwie (elektrownie). Warszawa uzyskiwała je niemal równolegle ze Stargardem. W takich miastach zaś jak Lublin i Kielce wodociągi i kanalizację uruchomiono dopiero w okresie międzywojennym.

Stojąc w kolejce do lekarza w zgrzebnej przychodni tęsknimy częstokroć za doktorem – przyjacielem, co to spokojnie wysłuchał, mądrze doradził i był zawsze w ciężkich chwilach na miejscu. Tak, tego nam współcześnie brak. Zważmy však jednocześnie, jakim arsenałem medycznym dysponował najlepszy nawet lekarz 80 czy nawet 50 lat temu. Jego ludzkie, osobiste zaangażowanie, było często świadomym substytuowaniem rzeczywistej niemocy i bezradności.

Cóż, przy całym szacunku dla przeszłości, w tym szczególnie dla wkładu wielu jednostek w rozwój ludzkości, spróbujmy jednocześnie bardziej polubić terażniejszość. Polubić choćby za to, że zapalenie wyrostka robaczkowego nie jest już bezwzględny wyrokiem śmierci na człowieka, jak to w dawnych, dobrych czasach bywało.



Ilustr. 1. Szpital i przytułek nędzarzy z chorymi leżącymi obok siebie na zestawionych łóżkach. Obok grupa wytwornych gości, wg miedziorytu D. Chodowieckiego, 1783 r.



Ilustr. 2. Kościół Św. Ducha w Stargardzie wraz z zabudowaniami szpitala, wg akwareli F. E. Korczewskiego, 1860 r