

Promińska, Elżbieta

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa w 1992 r. : Sprawozdanie z działalności Wydziałów : Wydział V nauk lekarskich : Referaty i streszczenia : Ludzkie choroby wygasłe i wygasające

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 55, 97-111

1992

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

LUZKIE CHOROBY WYGASŁE I WYGASAJĄCE

Informacje dotyczące chorób przeszłości czerpiemy ze źródeł pisanych, analizy dzieł sztuki (malarstwo, rzeźba), a przede wszystkim z badań zachowanych szczątków ludzi - mumii i szkieletów. Wśród dziesiątków tysięcy przebadanych szkieletów ludzkich nie znaleziono żadnego stanu patologicznego, który nie istniałby współcześnie. Nie natrafiono więc na ślad żadnej choroby wygasłej. Również studia nad mumiami nie dały w tym zakresie rezultatów. Być może wynika to z braku dostatecznie subtelnych metod badawczych, lub też choroby widoczne na kościach są podobnie trwałe jak sam kośćec. Problem chorób obserwowanych na mumiach jest mniej znaczący ze względu na szczupłość dostępnego materiału.

Informacje dotyczące schorzeń z dawnych tekstów medycznych są bardzo trudne do interpretacji. Wybitny znawca historii medycyny M. Grmek (1983) podkreśla, że choroba w ogóle i wszystkie choroby w szczególności są koncepcjami, które nie wynikają jako takie bezpośrednio z naszego doświadczenia. Są to modele wyjaśniające rzeczywistość, a nie elementy ją tworzące. Historia medycyny i badania porównawcze w różnych cywilizacjach wskazują, że konceptualizacja chorób nie następuje w sposób konieczny według modelu, który my obecnie przyjmujemy jako obowiązujący. Zależy ona zarówno od poziomu wiedzy danego społeczeństwa jak i od występowania stanów patologicznych w danym momencie historycznym i w określonym miejscu geograficznym. Np. doktryna medyczna hipokratesowska stanowiąca logiczną konsekwencję szkoły filozoficznej jońskiej jest wiernym odzwierciedleniem charakterystyki patologicznej i klinicznej mieszkańców rejonu śródziemnomorskiego. Patologia humoralna - to wynik filozofii jońskiej, zaś doktryna dni krytycznych, stanowiąc próbę wprowadzenia charakterystyki liczbowej do wyjaśnienia natury jest też logicznym następstwem obserwacji chorych, z których większość cierpiała na malarię (a więc obserwacja regularności związanych

z cyklem życia pasożyta) i na pneumonię, która dawała kryzys po tygodniu gorączki.

Diagnostyka retrospektywna jest zawsze trudna i hipotetyczna. M. Grmek (1983) proponuje przyjąć jako zadowalającą taką diagnostykę retrospektywną, która opiera się na wszystkich wymienionych symptomach, wyjaśnia zasady i nie stwarza sprzeczności między żadnym z elementów, tj. powinna być w zgodzie z warunkami epidemiologicznymi znanymi z analizy historyczno-medycznej. Większość dawnych opisów klinicznych jest niewystarczająca według naszych obecnych pojęć i pozwala na przylepianie im wielu etykietek.

Trzeba jednak zauważyć, że współczesna diagnostyka, która oparta na analizie symptomów przechodzi do zmian zasadniczych i etiologii, również wiąże się z popełnianiem wielu błędów. Np. P. Guicheney (1977) pisze, że procent błędów diagnostycznych stwierdzanych na sekcji waha się obecnie od 10 do 40%, a trzeba dodać, że odnosi się to do diagnoz stawianych w dobrze wyposażonych szpitalach.

Typowym przykładem dawnej choroby trudnej do identyfikacji jest tzw. zaraza ateńska. W 431 r. p.n.e. wybuchła wojna peloponezka. Nie wiadomo jak skończyłaby się ta walka między dwoma najważniejszymi siłami hellenistycznymi: Atenami i Spartą gdyby nie zaraza, która w 430 r. wybuchła w Atenach.

Tukidydes uważał, że była ona czynnikiem decydującym w tej wojnie. Pozostawił on dokładny opis epidemii. Pisze, że nowa choroba atakowała tylko najbardziej ludne miasta. Twierdzi, że epidemia zaczęła się w Etiopii, przeszła następnie do Egiptu i Libii, a dalej objęła Ateny. Po raz pierwszy pojawiła się w Pireusie, a następnie z portu przedostała się do miasta. Tukidydes opisuje gwałtowny wybuch choroby z wysoką gorączką, ogromnym pragnieniem, język i gardło były silnie czerwone, skóra również czerwona z wysypką w formie krost przechodzących w owrzodzenia. Ostra faza epidemii trwała około roku i spowodowała śmierć około 1/3 części całej populacji.

Trudno ocenić jakiego rodzaju chorobą była ta epidemia. Większość autorów rozpoznaje w tym przypadku płonicę. Trudno jednak wykluczyć

epidemię grypy, odry, a prawdopodobnie mamy tu do czynienia z całym zespołem chorób. O wątpliwościach dotyczących tej sprawy niech świadczy fakt, że bibliografia zarazy ateńskiej obejmuje przeszło 100 pozycji.

Jeszcze bardziej wyraźnym przykładem trudności interpretacji jest tzw. kaszel peryncji opisany w księdze VI *Epidemii* Hipokratesa. Jest to opis dokładny, bogaty w szczegóły. Były to schorzenia zaczynające się w okresie przesilenia zimowego. Kaszel u niektórych pacjentów łączył się z bólem gardła i anginą, u niektórych występował paraliż, u innych - zwłaszcza u dzieci - ślepotą nocną. Często następowała potem peripneumonia. Choroba dawała recydywy. Ci, którzy pracowali ręcznie mieli paraliż tylko ramion, ci którzy jeździli konno lub wiele chodzili, mieli paraliż kończyn dolnych. Opis ten pochodzi - zdaniem Grmka (1983) - z początku V w. p.n.e. (ok. 470 r. p.n.e.) i są dane, że jego autorem jest sam wielki Hipokrates, odwiedzający prawdopodobnie Perynt.

Badacz i tłumacz dzieł Hipokratesa E. Littré (1846) w omówieniu kaszlu perynckiego pisze, że jest to zespół chorobowy nie występujący później, a więc, że mamy tu do czynienia z chorobą wygasłą. W czasach Littré nie znano jeszcze paraliżu błoniczego, toteż późniejsi badacze skłonni są uważać kaszel peryncki za epidemię błonicy. Przeciw temu rozpoznaniu przemawia jednak obecność ślepoty nocnej. W intoksykacji błoniczej mogą wystąpić zaburzenia w obrębie mięśni ocznych, co jednak nie powoduje ślepoty nocnej. Różnicować można byłoby tu błonicę z zakażeniem neutropowym. Próbowano też identyfikować kaszel peryncki z grupą, *encephalitis epidemica*, a nawet ostrym poliomyelitem. Wydaje się jednak, że kaszel peryncki, podobnie jak zarazę ateńską można uważać za zbiór kilku chorób, w tym również chorób zakaźnych występujących w stanach niedoboru witamin.

Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej, gdy sięgamy do dawniejszej historii. Np. choroby starożytnej Mezopotamii znamy z tabliczek glinianych, odkrywanych w wielu miastach dawnej Babilonii i Asyrii. Z punktu widzenia medycyny interesujące są tzw. teksty medyczne zawierające wskazówki terapeutyczne i tabliczki nazwane „Objawy”. Pewne dane

o znaczeniu medycznym znajdują się też w tekstach o znakach towarzyszącym narodzinom.

Zrozumienie ich pozostawia jednak wiele do życzenia, zarówno ze względu na trudności lingwistyczne jak i odmienne pojęcie choroby u starożytnych Babilończyków. W tekstach tych zwraca uwagę przede wszystkim duża częstość chorób z niedoboru, np. niedoboru witamin. Ponadto czytamy o takich chorobach jak „paraliż”, „biegunka”, czy np. „choroba oka”. Określenia te niewiele mówią o rodzaju schorzenia.

Podobnie przedstawiają się opisy chorób w starożytnym Egipcie, Chinach czy Indiach. Być może istniały tam choroby, które później wygasły, jednak bardzo trudno tu o prawidłową interpretację posiadanych obecnie danych.

Trzeba też wspomnieć o chorobach, które nie wygasły na świecie, lecz cofnęły się z pewnych terenów. Do takich schorzeń należy trąd, malaria, dżuma, a nawet cholera.

Różne choroby pojawiały się i zniknęły z pewnych okolic lub części świata z nieznaną wciąż jeszcze przyczyną. Wiele chorób w pewnych okresach przebiegało bardzo ciężko, zaś w innych - bardzo lekko. Np. trąd niesłychanie rozpowszechniony w Europie we wczesnym średniowieczu, stawał się coraz rzadszy w XV-XVI w. i zniknął niemal zupełnie w siedemnastym stuleciu, choć istnieje dotąd w Afryce i Azji. Czarna śmierć czyli dżuma - plaga, która nawiedziła Azję i Europę w XIV w. Choroba ta panuje epidemicznie w niektórych rejonach Azji wśród ludzi i zwierząt z rzędu gryzoni. W XIV w. wymarło na dżumę około 1/3 a nawet 1/2 ówczesnej ludności Europy. Epidemia wyszła z Azji, prawdopodobnie z Mandżurii przeszła do Chin, a następnie do Indii. Później przenosiła się drogami handlowymi na Bliski Wschód do Syrii, Egiptu, Mezopotamii i Armenii. Następnie objęła miasta włoskie, a dalej Francję, Anglię i inne kraje. Dżuma szalała w Europie aż do XIX w. Potem epidemie dżumy zniknęły z Europy, choć gatunek szczura, przenoszący tę chorobę na człowieka stał się wprawdzie rzadszy, ale wcale nie wyginął.

Malaria, która prawdopodobnie wywodzi się z tropikalnych lasów Afryki, stopniowo ogarniała Dolinę Nilu i Mezopotamię, a następnie

dostała się do północnych wybrzeży Morza Śródziemnego. Hipokrates doskonale znał malarię, zarówno trzeciaczkę jak i czwartaczkę. Niewątpliwie choroba ta panowała też w tym czasie w Italii jednak większa epidemia malarii znana jest dopiero z 79 r. n.e. Malaria występowała w całej niemal Europie do bardzo niedawnego czasu. Np. w Polsce zlikwidowanie rodzimej malarii nastąpiło w 1968 r. Obecnie spotyka się tę chorobę przywożoną z krajów tropikalnych.

Kiła - zabójcza w XV, stała się już w XVI wieku chorobą przewlekłą i nie zawsze zabijającą.

Na przełomie XVIII i XIX w. dobrze znana od czasów starożytnych, ale niezbyt częsta gruźlica raptem niesłychanie rozpowszechniła się w Europie i przeszła w groźną pandemię, która nie wiadomo dlaczego stopniowo zaczęła wygasać, i to na długo przed odkryciem skutecznych leków przeciwprątkowych.

Schorzeniem uchodzącym za wygasłe jest też *encephalitis lethargica* - choroba wirusowa występująca w formie epidemii w XVII, XVIII i XIX w. w Anglii i Niemczech, opisana przez von Economo i od jego nazwiska biorąca swą nazwę.

Encephalitis lethargica von Economo pojawiła się w Europie w formie dość ciężkiej epidemii jeszcze w czasie I Wojny Światowej. Małe epidemie były odnotowywane w szeregu krajów w latach dwudziestych. Ostatnie opisy epidemii tej choroby pochodzą z USA (St. Louis) z 1933 r. i 1937 r. i z Japonii. Wydaje się, że choroba ta później wygasła.

Ciekawym przykładem chorób okresowo wygasłych jest poliomyelitis. Choroba ta istniała już w starożytnym Egipcie, zmiany typowe dla niej wykryto w mumii pochodzącej z roku 3700 p.n.e. badanej przez Michella, a także przedstawione są one na płaskorzeźbie przechowywanej w Glyptotek w Kopenhadze, na której kapłan z XVIII Dynastii (ok. 1500 p.n.e.) wykazuje zmiany typowe dla poliomyelitis. Nasze badania mumii faraona Siptaha z XVIII Dynastii wykazały, że mógł on cierpieć na poliomyelitis, choć trudno obserwowane zmiany zróżnicować ze stopą szpotawą.

Jednak pod koniec XVIII w. i na początku XIX w. lekarze europejscy sądzili, że mają do czynienia z chorobą zupełnie nową. Jej objawy zostały

opisane przez Heine'go (1840) i Medina (1887), który obserwował epidemię tej choroby w Sztokholmie.

Na przełomie XV i XVI w. nawiedziła Europę kilkakrotnie epidemia dziwnej, nieznaney przedtem ani potem choroby zwanej poty angielskie (*sudor anglicus*). Schorzenie to miało przebieg bardzo gwałtowny. U ludzi w pełni zdrowia występowała nagle wysoka gorączka, czasem z dreszczami, bóle głowy, bóle stawów, bicie serca, niesmak w ustach, *factor ex ore*. Wkrótce potem występowały na całym ciele zlewne poty, ogromnie obfite o charakterystycznym, niemiłym zapachu. Równocześnie chorzy odczuwali senność i ze snu już się na ogół nie budzili. Śmiertelność w tej chorobie była ogromna, sięgająca 95-100%. Choroba trwała bardzo krótko, od kilku (nawet 2-3) godzin do kilku dni. Zapadali na nią tylko dorośli, natomiast dzieci i osoby starsze nie chorowały.

Pierwsza epidemia wybuchła w Anglii w 1486 r., szerząc straszne spustoszenie, wygasła w ciągu 5 tygodni. Następna w 1507 r. szerzyła się także w Anglii, przede wszystkim w Londynie. Trzecia epidemia wybuchła w 1518 r., przebiegając jeszcze gwałtowniej niż obie poprzednie. Objęła ona całą Anglię, bez Szkocji i Irlandii, a we Francji tylko Calais. Po raz czwarty epidemia tej dziwnej choroby wybuchła w 1529 r. Zaczęła się tak jak i poprzednie w Londynie, potem objęła Anglię, znowu bez Szkocji i Irlandii, a następnie rozwijała się w Niemczech, Prusach, w Polsce, na Litwie i w Rosji.

Ostatnia epidemia potów angielskich wybuchła w 1551 r., była ona słabsza niż poprzednie i dotyczyła tylko Anglii. O istocie tej choroby nie wiemy nic pewnego. Trudno ocenić czy jest to choroba zakaźna czy też nie. Jej niezrozumiały związek z Anglią może wynikać z jakiegoś rodzaju zatrucia powietrza, wody, gleby, czy jakiegoś rodzaju pożywienia. Przeczyłoby temu szerzenie się epidemii z 1529 r. na inne kraje.

Opisy potów angielskich są często bałamutne, pewny jest tylko nagły wybuch choroby, gwałtowny przebieg, wielka śmiertelność. Przebycie choroby nie dawało odporności, rekonwalescenci zapadali na nią bowiem drugi i trzeci raz.

Trudno powiedzieć, czy jest to choroba, która wystąpiła nagle i całkowicie wygasła, czy może istniała dawniej lecz w XV-XVI w. nabrała cech ostrej epidemii, która następnie minęła. Mogła to być jakaś choroba tropikalna, np. denga, bardziej prawdopodobne jest jednak przypuszczenie, że była to bardzo ostro przebiegająca grypa lub inna choroba wirusowa.

Szereg chorób znika wraz ze wzrostem higieny. Należą tu także schorzenia jak świerzb, dur wysypkowy i inne przenoszone przez pchły i wszy. Dur wysypkowy znikł już z epidemiologicznych map poszczególnych krajów i kontynentów w związku z likwidacją wszawicy. Do dziś jednak występuje w niektórych rejonach Afryki, Ameryki Południowej i Azji.

Zmiany obyczajów i rozwój cywilizacji prowadzi też do wygaśnięcia pewnych chorób. Należy tu np. nosaczna.

Występowanie drobnoustrojów również ulega zmianie, np. w Polsce przed kilkadziesiąt laty zaczęła znikać *Shigella shigae* a dominowanie objęła *Shigella flexneri*, a ostatnio obserwuje się wzrost udziału *Shigella sonnei* w ogólnej liczbie zachorowań na czerwonkę.

W rozwoju i wygasaniu wielkich epidemii odgrywał zawsze wielką rolę głód często towarzyszący ludzkości w jej dziejach. Stany niedoborów witamin były bardzo pospolite. Ślady krzywicy i szkorbutu obserwujemy na kościach ludzkich z najdawniejszych okresów historii naszego gatunku. Głód nie jest niestety zjawiskiem wygasłym na kuli ziemskiej, lecz ograniczony jest do niektórych obszarów Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej.

Zupełnie wyjątkowym zjawiskiem jest wygaśnięcie ospy - groźnej choroby wirusowej towarzyszącej człowiekowi od tysiącleci. Nastąpiło to w wyniku intencjonalnej działalności człowieka i jest największym osiągnięciem Światowej Organizacji Zdrowia, stanowiąc wynik międzynarodowej współpracy w zakresie ochrony zdrowia.

Pierwszy plan zwalczania ospy w świecie powstał w 1958 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia. W 1964 r. został powołany Komitet Ekspertów ŚOZ do spraw ospy. Zaczęto od badań z zakresu epidemiologii i diagnostyki oraz szczepień przeciw ospie. Opracowany wówczas program zakładał likwidację ospy w świecie przez zaszczepienie 100% populacji na terenach endemicznych oraz nadzór przeciwepidemiczny w krajach

wolnych od ospy. Do prowadzenia szczepień przeciw ospie zostały też zobowiązane wszystkie kraje wolne od ospy.

W wyniku tych działań w 1979 r. po raz pierwszy nie zarejestrowano w świecie ani jednego zachorowania na ospę prawdziwą. W grudniu 1979 r. Światowa Komisja stwierdziła uroczyście, że ospa prawdziwa została wykorzeniona na całym świecie. Mimo jednak tak optymistycznego stwierdzenia Komisja zaleciła kontynuowanie nadzoru epidemiologicznego i szczegółowe badania wszystkich podejrzanych o ospę. Wirusy ospy przechowywane są nadal pod specjalnym nadzorem w laboratoriach sześciu krajów (w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych A.P., w Chinach, Republice Południowej Afryki, Wielkiej Brytanii i Holandii).

Pewnym problemem jest rezerwuar ospy małpiej. Od 1970 r. tj. od rozpoznania pierwszego zachorowania człowieka na ospę małpią w Zairze wykryto już kilkadziesiąt przypadków ospy małpiej u ludzi.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła też akcję wykorzenienia malarii na świecie, jak narazie bez rezultatu.

W wyniku szczepień ochronnych zanika szereg chorób zakaźnych takich jak np. błonica, krztusiec, poliomyelitis, tężec. Inne choroby zakaźne wygasają lub ich przebieg zmienia się z ciężkiego na lekki. Dotyczy to np. płonicy, choroby reumatycznej.

Nikt nie ma wątpliwości, że nerwice i psychozy nie należą do chorób wygasłych. Jednak obraz kliniczny niektórych chorób z tej wielkiej grupy uległ tak dużej zmianie, że nie można ich tu pominąć.

Przede wszystkim dotyczy to psychoz średniowiecza. Wybitny polski historyk medycyny Władysław Szumowski podkreśla, że życie średniowieczne było całe nastawione na stany afektywne. Dopatrywanie się wszędzie zjawisk nadprzyrodzonych, ciągła obawa przed diabłem i nie tylko przed nim, przeżycia mistyczne, nieodróżnianie zjawy od rzeczywistości na tle ciężkich warunków życiowych prowadziło do stanów neuro- i psychopatycznych.

Histeria jest chorobą dziś spotykaną dość często. Występuje ona u osób wykazujących psychopatyczne cechy osobowości tj. głównie cechy histeroidii, ale może też wystąpić u osób nie przejawiających tych cech po

silnych urazach psychicznych. W szczególności bardzo rzadko spotyka się obecnie duże napady histeryczne z całym bogactwem ich formy. Schorzenie to zostało bliżej poznane dopiero w XIX w., zwłaszcza wielkie zasługi położył tu uczony francuski Charcot.

W średniowieczu jednak histeria była bardzo pospolita, a często też spotykało się masowe historie. Za taką można było uznać epidemię niepoohamowanego tańca, tzw. tanecznictwa. Pierwsze wzmianki o tej psychozie pochodzą z XI w. W 1278 r. wybuchł taniec ok. 200 osób na moście w Utrechcie. W 1375 r. powstała w Niemczech i rozwijała się dalej jakby sekta taneczników. W Kolonii i Metz tańczyło po 500-1000 osób. W 1418 r. opisano w Strasburgu taniec niepoohamowany setek osób. Jednak w XV-XVI w. tanecznictwo staje się rzadkością.

Wśród innych zdumiewających psychoz masowych można wymienić epidemię szekania, która wybuchła we Francji w 1609 r.

Za patologię trzeba też uznać pochody biczowników, które w wiekach średnich wystąpiły dwukrotnie: w roku 1260/61 i w 1349 r. Zaczęły się one we Włoszech, a następnie jak epidemie ogarniały inne kraje.

Specjalny problem stanowią masowe opętania w klasztorach, wynikające ze specyficznych warunków życia i wielkiej podatności na sugestie ludzi o pewnym podłożu histerycznym.

Do zjawisk z zakresu patologii trzeba chyba zaliczyć stałą walkę z diabłem i czarownicami. Wojna świata chrześcijańskiego z czarownicami zaczyna się w XIII i XIV w., dochodzi do szczytu w XVI i XVII w. i przychodzi dopiero w wieku XVIII.

Czarownice istniały od bardzo wczesnych etapów rozwoju ludzkości, zajmowały się lecznictwem, lecz również i tak czarodziejскими działaniami jak wywoływanie miłości u osoby pożądaney, a także sprowadzenie choroby lub śmierci na wroga. Dopiero jednak w XIII w. czarodziejstwo uznano za herezję. W tym też czasie powstały pierwsze trybunały Świętej Inkwizycji. Zaczęło się masowe palenie czarownic, oparte na zeznaniach histeryczek, czy po prostu osobistych wrogów. Wystarczyło też przyznanie się do winy złożone w trakcie tortur. Poza powszechną wiarą w istnienie czarownic, ich złowrogą moc i kontakty z diabłem, w rozwoju masowych prześladowań

odgrywają rolę bulle papieskie skierowane przeciw czarownicom. Jedną z najważniejszych z nich była bulla papieża Innocentego VI z 1484 r., w której papież poleca tępić czarowników i czarownice, gdyż uprawiają oni rozpustę z diabłami i wyrządzają ludziom różne krzywdy. Szumowski pisze o epidemii palenia kobiet, np. w Genewie w jednym tylko 1515 r. spalono 500 osób. W diecezji Como w pierwszej ćwierci XVI w. każdego roku ok. 1000 kobiet stawało przed sądem, a około 100 palono na stosie. W Nancy sędzia Bodin chwalił się w 1596 r., że w ciągu 16 lat swej ciężkiej pracy sam jeden posłał na stos 800 czarownic. Zdarzały się też wyroki przeciw czarownikom, lecz stanowiły one znikomą część procesów o czary.

Jest to fenomen z zakresu patologii społecznej nie medycyny. Wiąże się jednak z rozbudzeniem patologicznych stanów afektywnych z jednej strony i z jakąś patologią stosunku do kobiet w czasach bardzo silnych zakazów obejmujących sferę życia erotycznego.

Wśród chorób wymieniano też dawniej kołtun, który wg naszych dzisiejszych pojęć chorobą nie jest. Uważano, że kołtun jest wyrazem schorzenia ogólnego, a nawet, że jest środkiem leczenia różnych cierpień. W XVI-XVIII w. kołtun był rozpowszechniony w całej Europie, a jego łacińska nazwa (*plica polonica*) świadczy, że w Polsce musiał występować szczególnie często.

Do chorób wygasłych można też zaliczyć pewne rodzaje zatruc, zwłaszcza intencjonalnych, np. arsenikiem. Zatrucia te przestały stanowić poważny problem od czasu rozwoju metod wykrywania trucizny w ciele ofiary i rozwoju kryminalistyki jako nauki.

Wiele zatruc toksynami roślinnymi wynikało z niewłaściwego zrozumienia przepisów farmaceutycznych znajdujących w starych księgach lekarskich. Często też rośliny lecznicze rosnące np. w Mezopotamii czy Egipcie miały działanie trujące, gdy hodowano ich odpowiedniki w Europie. Rozwój farmakoterapii spowodował, że zatrucia jatrogenne substancjami pochodzenia roślinnego i innymi można uznać za wygasłe.

Do chorób praktycznie wygasłych należy też tzw. choroba św. Antoniego, czyli zatrucie sporyzmem (*ergotismus*). Występowało ono nagminnie w wiekach średnich i w epoce nowożytnej. W wiekach XVI i XVII

kilkakrotnie panowały epidemie tej choroby. Gdy sporysz silnie zanieczy-
szczał mąkę żytnią, ludzie ginęli masowo. Z zatruciem sporyszem lekarze
stykali się jeszcze do niedawna. Wynikało to z przeświadczenia o aborto-
gennym działaniu sporyszu. Stąd częsty u kobiet ergotismus. Legalizacja
zabiegów przerywania ciąży i wprowadzenie skutecznych metod antykon-
cepcji zlikwidowały i tę chorobę. Tak więc ostateczne wygaśnięcie zatrucia
sporyszem zawdzięczamy tak - zdawałoby się - odległym od toksykologii
działaniom.

Równie peryferyjną, co marginalną chorobą wygasła jest kuru - choroba
ludożerców w dżunglach Nowej Gwinei, która wygasła wraz z wykorze-
nieniem na tej wyspie kanibalizmu.

Szereg chorób ma szanse wygaśnięcia podobnie jak ergotismus czy
kuru, gdy poznane zostaną ich przyczyny. Do takich chorób należy zapewne
parkinsonizm. Schorzenie to wraz z demencją w rodzaju choroby Alzhei-
mera było szczególnie częste wśród mieszkańców Guam i Rota należących
do Mikronezji. W ostatnich jednak latach częstość tego typu zmian zaczęła
gwałtownie spadać. Szczegółowe badania wykazały, że choroba ta wiąże
się ze wzrostem spożycia w czasie wojny, a więc kilkadziesiąt lat temu,
owoców palmy *Cycas circinalis* - tradycyjnego pokarmu i środka leczni-
czego mieszkańców Guam. Być może odgrywają tu rolę i inne toksyny
roślinne, obecne np. w kassawie. Po wojnie import ryżu, mąki i innych
środków spożywczych zmniejszył spożycie Cycad i stąd spadek częstości
parkinsonizmu. Tego typu „powolne toksyny” działające po kilkudziesięciu
latach mogą być przyczyną także i innych schorzeń degeneracyjnych,
w szczególności układu nerwowego. Na myśl tę naprowadziły badaczy
systematyczne studia nad lathyryzmem - spowodowanym neurotoksycznym
działaniem nasion rośliny *Lathyrus salivus*, *Lathyrus clymenum* i innych
zawierających kwas α -amino- β -oxalylaminopropionowy.

Wpływ toksyn pochodzenia roślinnego na człowieka i ich opóźnione
działanie zostało udowodnione w badaniach klinicznych i laboratoryjnych.

Wygasająca obecnie choroba, panująca do niedawna na wyspach Pacy-
fiku zmieniła głęboko nasze poglądy na odległy wpływ toksyn na organizm
ludzki.

Dane uzyskane z badań na wyspie Guam spowodowały falę poszukiwań czynników środowiskowych powodujących choroby neurologiczne, w szczególności zaś chorobę Parkinsona. Badania epidemiologiczne prowadzone w różnych populacjach wykazały, że częstość występowania tej choroby jest większa w rejonach wiejskich niż w miejskich, co usiłuje się wiązać z jakimiś substancjami obecnymi w wodzie. Picie tej wody w dzieciństwie i młodości ma sprzyjać zachorowaniu na chorobę Parkinsona w wieku starszym. Przebadano zawartość soli szeregu metali w wodzie, herbicydów i pestycydów, ale wciąż jeszcze nie znaleziono czynnika decydującego. Wydaje się być to jednak kwestią czasu i dalszych badań.

Jako ciekawostkę można tu przypomnieć fakt, że wśród reguł pitagorejskich istniał zakaz jedzenia bobu (*Vicia faba*), co może wiązać się z wiedzą dotyczącą roślinnych substancji toksycznych nawet takich, które działają w szczególnych okolicznościach. Po jedzeniu bobu może bowiem wystąpić niedokrwistość, ale jedynie u ludzi, którzy posiadają gen recesywny odpowiedzialny za zmniejszenie aktywności dehydrogenazy glukozy-6-fosforowej.

Urazy i złamania stanowią obecnie bardzo poważny problem. Należą do głównych przyczyn zgonów. Zmienił się natomiast ich rodzaj i przebieg. Badania częstości złamań w różnych epokach i rejonach (np. analizę taką wykonał Angel (1974) dla Wschodniego Śródziemnomorza czy Wood-Jones (1910) dla Nubii) wykazały, że choć zawsze częstość tych zmian była duża, to zmienia się rodzaj uszkodzeń różnych części szkieletu.

W dawnych czasach niewątpliwie wiele urazów było spowodowanych przez wypadki, jednak główną ich przyczyną była agresja międzyludzka. Np. Wood-Jones, badając serię ok. 6 tys. szkieletów z Nubii stwierdził u ok. 3% ślady urazów z tego 31%, były to złamania kości lewego przedramienia, głównie kości łokciowej dokonanej w wyniku osłonięcia ręką głowy i klatki piersiowej przed ciosem. Częste są też urazy czaszki, świadczące o ich intencjonalnym pochodzeniu. Częstość złamań przedramienia jest w materiałach paleopatologicznych przeszło dwa razy większa od obserwowanej współcześnie. Ten rodzaj złamań jest obecnie wielką

rzadkością, gdyż zmieniły się formy walki między ludźmi, przede wszystkim wyprodukowano znacznie bardziej wyrafinowane rodzaje broni.

Badania Angela, dotyczące rejonu Grecji wykazały odwrotną zależność między poziomem kultury i częstością złamań, który to trend ma odwrotny kierunek we współczesnych populacjach przemysłowych.

Gojenie się ran było do niedawna związane praktycznie zawsze z zakażeniem. I ta choroba wygasa dzięki wprowadzeniu zasad aseptyki i antyseptyki.

Ogólnie można stwierdzić, że choroby wygasają albo w związku z zamierzoną działalnością człowieka (np. ospa, zakażenia przyranne, krztusiec, zatrucia sporyszem) lub w wyniku zmiany warunków życia (niedobory pokarmowe, dur wysypkowy a nawet pewne formy hysterii). Szereg chorób zmieniło swój przebieg. Dotyczy to np. płonicy, gruźlicy i innych. Może to wynikać z osiągnięcia pewnej równowagi między człowiekiem a drobnoustrojami lub ze świadomych działań ludzi (szczepienia, leczenie). Widzimy więc, że choroby wygasają przede wszystkim wskutek bezpośredniego lub pośredniego (poprzez zmianę trybu życia) działania człowieka.

Mimo tego, że tytuł tego artykułu mówi o chorobach wygasłych, spróbuję prześledzić kilka przykładów chorób istniejących dzisiaj a nie odnotowywanych w pismach lekarskich okresu starożytnego. Grmek pisze, że dotyczy to przede wszystkim chorób dziecięcych w tym np. anomalii wrodzonych. Jednak - zdaniem tego autora - wiąże się to z niewielką uwagą poświęcaną przez lekarzy dzieciom i wielką umieralnością okołoporodową przyjmowaną jako zjawisko naturalne.

Istnieją jednak choroby, które mają symptomatologię tak typową iż trudno uwierzyć, że mogły po prostu umknąć uwadze lekarzy. Do takich schorzeń należy hemofilia. W literaturze antycznej grecko-rzymskiej Grmek nie dopatrywał się żadnych aluzji nawet do wypadków krwotoków, mogących nasuwać podejrzenie hemofilii. Ta cisza trwa jeszcze w pismach medycznych średniowiecznych bizantyńskich i łacińskich. Natomiast autorzy żydowscy i arabscy dają szereg opisów hemofilii. Talmudyści nie tylko zauważyli dziedziczny charakter tej choroby, lecz również jej przenoszenie poprzez płeć żeńską. Ciekawe, że w pismach lekarskich XIX w. sygnalizuje

się nieobecność lub wielką rzadkość hemofilii rodzinnej u autochtonicznych mieszkańców Grecji, Italii i Turcji przy dość znacznej częstości tej choroby u Żydów i potomków populacji barbarzyńców z północy. Na podstawie tych przesłanek Rotschild (1882) wyciąga wniosek, że hemofilia nie istniała u starożytnych Greków i Rzymian. Jest to niezrozumiałe, gdyż mutacja powodująca hemofilię może pojawiać się wszędzie. Grmek zastanawia się też, czy obrzezanie praktykowane u Żydów i Arabów przyczyniło się do wczesnego wykrywania hemofilii w tych grupach etnicznych.

Obecnie najbardziej znaną i niebezpieczną z „nowych” chorób jest AIDS, który obserwujemy zaledwie od kilku lat. Brak odporności związany z atakiem wirusa prowadzi do rozwoju groźnych powikłań na tle dość banalnych zakażeń, a także bardzo złośliwego nowotworu mięsaka Kaposiego. Czy jednak możemy mieć pewność, że AIDS nie istniało przedtem?

Być może wiele przypadków gwałtownie przebiegających chorób bakteryjnych czy nowotworowych wynikało z zaatakowania systemu odpornościowego człowieka wirusem podobnym do tego, który dziś stał się przyczyną szerzenia się epidemii AIDS?

Oprócz AIDS obserwuje się i inne nowe choroby o tle zakaźnym takie jak „choroba legionistów”, gorączka marburska, czy krwotoczna gorączka boliwijska, chociaż człowiek jest w większości z nich tylko przypadkowym ogniwem krążenia zarazka, zastępującym sporadycznie gospodarza zwierzęcego.

Do nowych chorób można zaliczyć też chorobę popromienną, jak również szereg zatruć ostrych bądź przewlekłych związanych z rozwojem współczesnej technologii.

Rodzi się pytanie czy możemy spodziewać się w przyszłości wygasania pewnych schorzeń i narodzin chorób nowych?

Jest szansa na wygaśnięcie całego zespołu schorzeń zwanych „chorobami brudnych rąk”. Inżynieria genetyczna może doprowadzić do likwidacji niektórych schorzeń uwarunkowanych genetycznie (np. hemofilii). Odkrycie czynników sprawczych i ich eliminacja może przyczynić się do wygaśnięcia bardzo różnorodnych schorzeń, np. neurologicznych.

Musimy też liczyć się z rozwojem nowych rodzajów chorób. W wyniku mutacji mogą powstać chorobotwórcze szczepy bakterii, a zwłaszcza wirusów. Nieznane i nieoczekiwane mogą być wyniki ekspansji człowieka na nowe tereny w kosmosie i nowe pokłady naszej rzeczywistości, takie jak np. odkrycia nowych broni, rodzajów energii, czy nowych zastosowań znanych obecnie substancji. Są to jednak tylko możliwości.

Obserwacje prowadzone obecnie wskazują, że choroby zmieniają swoje oblicza, lecz czy można powiedzieć, że któraś z nich całkowicie wygasa, a inna jest zupełnie nowa? Sądzę, że nie ma co do tego pewności. Choroby człowieka wydają się zmieniać samoistnie lub wraz z ludzkością, jej sposobem życia i aktywności, jednak trzymają się uparcie człowieka te same schorzenia, tak jak towarzyszą mu w całej jego historii te same nieszczęścia i te same radości.

Wydział VI nauk technicznych

Przewodniczący: Maciej Grabski

Sekretarz: Maciej Szafarczyk

Sekcja nauk rolniczych

Przewodniczący: Adolf Horubała

Sekretarz: Stanisław Moskal

a) działalność naukowa

W roku 1992 zorganizowano 8 zebrań naukowych na których wygłoszono referaty.

- 10 marca (Sekcja nauk rolniczych) Maria Joanna Radomska: Współczesne kierunki genetyki zwierząt i ich zastosowanie w hodowli.

- 7 kwietnia (Sekcja nauk rolniczych) Maria Rakowska: Perspektywy hodowli jakościowej rolniczych roślin uprawnych.