

# Urbanek, Bożena

---

## Opieka nad chorym na tle teoretycznych koncepcji europejskiej i polskiej medycyny w I połowie XIX stulecia

---

Analecta 5/2(10), 127-139

---

1996

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



## **OPIEKA NAD CHORYM NA TLE TEORETYCZNYCH KONCEPCJI EUROPEJSKIEJ I POLSKIEJ MEDYCYNY W I POŁOWIE XIX STULECIA**

Kształtowanie się opieki nad chorym na ziemiach polskich w dziewiętnastym stuleciu nie było dotychczas przedmiotem badań historycznych; nie ma krytycznej analizy istniejącego ówczesnie mianownictwa, opisu stosowanej metodyki czy form opieki, w kontekście wpływu obowiązujących teorii medycznych. Niniejszy szkic jest próbą podjęcia wybranych fragmentów tej problematyki<sup>1</sup>.

### **Wpływ idei Oświecenia i Romantyzmu**

Od stuleci opieka nad chorym sprawowana była ze względów utylitarnych lecz także miała swe uzasadnienie światopoglądowe i wyznaniowe. Szczególną rolę wyznaczało jej chrześcijaństwo swą doktryną miłosierdzia – obowiązkiem niesienia bliźniemu dobra, przy czym wynikająca z tego dobroczynność pojmowana była jako ponoszenie osobistych nakładów i wyrzeczeń na rzecz osób potrzebujących pomocy, co miało niwelować problemy wynikające z nędzy, w tym również i choroby.

Racjonalistyczne idee Oświecenia wyzwalają krytykę indywidualnej dobroczynności nienadążającej w zaspakajaniu potrzeb i, wraz nią – instytucji kościelnych zajmujących się leczeniem. Zmieniają także poglądy jak sprawować opiekę nad chorym oraz wywołują dążenia do zeświecczenia opieki i otoczenia nią grup społecznych dotąd pomijanych. Coraz częściej na zachodzie Europy głoszone są hasła domagające się prawa do zdrowia dla każdego człowieka i finansowego udziału państwa w kosztach leczenia.

Przy czym opiekę sprawować miały osoby i instytucje utworzone poza strukturą kościelną. Np. taką próbę odłączenia opieki od kościoła w latach 30-tych dziewiętnastego stulecia, w Anglii, podjęła protestantka – Elżbieta Fry<sup>2</sup>. Zarazem działania zmierzające do profesjonalizacji opieki rozwijano już w tym czasie na terenie Niemiec, gdzie od 1832 r., przy berlińskim Szpitalu Szarite kształcono tzw. dozorczyńnie chorych<sup>3</sup>.

Prawa do zdrowia dla wszystkich i udziału w kosztach leczenia instytucji pozakościelnych domagali się również lekarze pracujący na ziemiach polskich.

Profesor Uniwersytetu Wileńskiego, August Becu – ojczym Juliusza Słowackiego, w rozprawie: *O doskonałości szpitalow*, w 1807 r. pisał: „Klasa ludzi najemnych, robotników, służących [...] słowem klasa przemysłowa najbliższe ma prawo do publicznego w szpitalach opatrzenia[...]”<sup>4</sup>. Dalej argumentował, iż „[...] szpitale odpowiadać powinny całej potrzebie ludności, wielkość zaś tej potrzeby odpowiadać ma troskliwość rządu lub obywateli, w opatrzaniu całej masy ubogiego i cierpiącego ludu”<sup>5</sup>.

Poglądy cytowane niosły postulat – zresztą konkretyzowany praktycznie – zmiany funkcji szpitalnictwa z opiekuńczej na leczniczą. Według A. Becu doskonałość szpitali miała polegać na szybkiej i skutecznej interwencji, by chorzy – jak pisze: „[...] najprędzej w nich do zdrowia przychodzili, a tym samym krócej w nich bawiąc, wcześniej drugim miejsca ustępowali”<sup>6</sup>.

Zadania opiekuńcze pozostawiano specjalnym zakładom przeznaczonym dla nieuleczalnie chorych osób, kalekich i starców, co również znalazło swój wyraz w pracy A. Becu, dając niejako zapowiedź opieki – dziś określanej mianem: terminalnej, nieograniczonej czasem pobytu podopiecznych w tych instytucjach<sup>7</sup>.

W tym też duchu, w 1820 r., lekarz a zarazem profesor Uniwersytetu Wileńskiego, Józef Frank, przedłożył Wileńskiemu Towarzystwu Dobroczynności projekt funkcjonalnej „naprawy” tamtejszych szpitali, aby mogły one objąć pomocą lekarską wszystkich potrzebujących, zapewniając ubogim – jak pisał w swym projekcie: „[...] sposób, ażeby się mogli leczyć nie stając się zawsze dla szpitalów ciężarem”<sup>8</sup>.

Jednocześnie w szpitalnictwie na ziemiach polskich starano się wprowadzać nowe rozwiązania organizacyjne i prawne, które miały torować drogę praktycznej realizacji poglądów o leczniczych zadaniach szpitala; powoływano tzw. komisje szpitalne czy izby powszechnej opieki<sup>9</sup>.

Romantyzm, który m.in. rozwijał wrażliwość na ludzkie słabości, biedy i dowartościowywał dotąd często tępną oraz wyszydzaną, skomplikowaną naturę ludzką, wpływał również na dalszy rozwój opieki nad chorym. Sprzyjało temu szczególnie programowe zainteresowanie zwolenników tego prądu ideowego sferą uczuć człowieka: przeżycia duchowe stają się równie ważne, jak w czasach oświeceniowych – cielesne. Pojawiła się nawet moda na psychopatologię. Zaadoptowane przez romantyków hasło oświeceniowe „Człowiek rodzi się wolny” – autorstwa J. Rousseau, przejmowane było także przez środowiska lekarskie, gdzie coraz pełniej rozumiano ważność dla chorego zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, godności osobistej, prawa decydowania o własnym losie.

W polskiej literaturze medycznej odnotowane są wzmianki o obowiązku uzyskiwania przez lekarza akceptacji na kurację: powiadamianiu pacjenta o jej przebiegu, a i czasem o rokowaniu.

Już w pierwszej dekadzie XIX stulecia – wyprzedzając niejako prądy romantyczne, Ignacy Fijałkowski w swej pracy: *Początki chirurgii...*, zwracał uwagę na konieczność fizycznego ale i psychicznego przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego<sup>10</sup>. Przeszło dziesięć lat później – w rękopisie wileńskich wykładów z chirurgii Seweryna Gałęzowskiego, odnotowany został ostry sprzeciw tegoż profesora na powszechnie stosowaną jeszcze wtedy praktykę krępowania chorych, szykowanych w ten sposób do zabiegu operacyjnego. S. Gałęzowski określił tę czynność mianem barbarzyństwa, które pogrąża chorego w stan przerażenia nie zaś uspokojenia, a i w konsekwencji pogorsza ogólny stan jego zdrowia. Formułował przy tym wyraźnie nakaz uzyskania od chorego zgody na przeprowadzenie zabiegu, a tym samym zapewnienie jego psychicznego współdziałania<sup>11</sup>.

Zdawano sobie coraz częściej sprawę, iż aktywny stosunek do procesu leczenia sprzyja wyzdrowieniu.

Taki pogląd np. w latach trzydziestych XIX stulecia wyrażał krakowski lekarz – Józef Jakubowski, w rozprawie: *O metodzie leczenia psychicznej...*, który dodatkowo uważał, że zaniechać trzeba kuracji pacjenta, którego zaufania pozyskać nie można. J. Jakubowski wskazywał, że chory psychicznie nie przestał być w swym cierpieniu człowiekiem, i w nim – argumentował: „odezwać się może uczucie bólesci i szczęścia”, dlatego nie można go pozbawiać „praw człowieczeństwa od natury nadanych”<sup>12</sup>. W duchu tym propaguje się indywidualizm w podejściu do chorego a i dopuszcza subiektywizm ocen.

Romantyzm odnawia kanon chrześcijańskiej miłości bliźniego, w tym altruizm, braterstwo – odczuwanie pewnej wspólnoty z cierpiącym<sup>13</sup>. Nadaje tym uczuciom nowej siły. Sprzyjał temu, widoczny w Europie ale także na ziemiach polskich, proces stopniowego odradzania się religijności społeczeństwa; powrót do kościoła katolickiego oraz wzrost zainteresowań działalnością społeczno-charytatywną<sup>14</sup>.

Krytykowana w czasach oświeceniowych idea dobroczynności nie upadła, a co więcej – rozwija się nadal, wychodząc w czasach romantycznych poza formułę indywidualnego niesienia bliźniemu dobra. Ubogacona zostaje dodatkowymi treściami; przykładem może być zaprezentowana przez prof. J. Franka koncepcja tzw. ekonomii dobroczynnej, sprowadzającej się do konieczności łączenia i godzenia potrzeb ubogich z interesem grup społecznych niezależnych finansowo, w imię zachowania równowagi społecznej i utrzymania tzw. całości<sup>15</sup>. W rozważaniach nad dobroczynnością przywoływano przy tym poglądy starożytnych stoików – o podobieństwie natury wszystkich ludzi, powtarzając ich utylitarną maksymę: o potrzebie czynienia dobra innym a przez to i sobie, z racji „jednakowego zmysłów braterstwa”, lecz już uzupełniając jej zasadność romantycznym „jednakowym czuciem duszy”<sup>16</sup>.

Być dobroczynnym to znaczyło – czuć, tak jak wszyscy ludzie: głód i pragnienie, przyjemność i doświadczenia losu; oraz mieć potrzebę – jak inni: ubrania, oddychania i snu<sup>17</sup>. Wprowadzano przy tym rozróżnienie co do samej motywacji

czynienia dobra – twierdzono: pomoc sobie – jest niezbędnością życiową, innym – rzeczą dobrowolną. Służyć zaś w imię celów dobroczynności winno się wszystkim ludziom, niezależnie od ich pochodzenia, narodowości czy wyznania. Jednocześnie wierzone w aktywną moc dobroczynności, głosząc, że dokonuje metamorfozy, zmieniając „niewdzięczników na wdzięczników”<sup>18</sup>.

Charakterystycznym dla tego okresu plastycznym wizerunkiem dobroczynności było macierzyństwo, personifikowane najczęściej postacią kobiety – matki, osłaniającej przed zagrożeniami ludzi bezbronnych; w różnym wieku i różnego stanu, nie bacząc na przemijający czas i niebezpieczeństwa<sup>19</sup>. Utożsamiano ją zaś z wieloma cnotami, takimi jak wspaniałomyślność, szczerłość, rzetelność, wdzięczność, łaskawość, czy szczodrość. Wykazywano, że „nie można mieć wyobrażenia znaczenia tych cnót dla ludzkości bez ich praktycznego, do konkretnych osób zastosowania”<sup>20</sup>.

Mottem licznych działań dobroczynnych w latach rozwijającego się polskiego Romantyzmu były szesnastowieczne, często ze społeczno-patriotycznym podtekstem, kazania księdza Piotra Skargi<sup>21</sup>.

W sytuacji nie istnienia polskiej państwowości, dobroczynność łączono z honorem narodowym – koniecznością zapobiegania upośledzeniu społecznemu i gospodarczemu narodu; wskazywano na te zadania na łamach „Rocznika Towarzystwa Dobroczynności Wolnego Miasta Krakowa i jego Okręgu”, w początkach XIX w.<sup>22</sup>

Nie przestał być też aktualny obowiązek czynnego służenia chorym, co nakazywały również warunki polskiej rzeczywistości – powstania narodowe, włączające kobiety w działalność społeczno-patriotyczną (w tym tzw. samarytanki), do opieki nad rannymi i chorymi<sup>23</sup>, a także stwarzające konkretne zapotrzebowania na publikacje, które miały przysposobić grupy dziewcząt-szlachcianek, nie przygotowanych merytorycznie do tych zadań.

Prócz wydawanych już w XVIII w. poradników, dykcjonarzy pielęgnowania zdrowia i ratowania chorych, a nawet urzędowych instrukcji, pojawiały się pierwsze podręczniki.

Początkowo były to tłumaczenia, głównie z języka niemieckiego, jak np. przeznaczony do nauczania pielęgniarstwa w Szpitalu Szarite – autorstwa C. E. Gedicke: *Przewodnik do pielęgnowania chorych...*, przetłumaczony i opracowany do użytkowania w polskich warunkach przez dr Ludwika Gąsiorowskiego<sup>24</sup>.

Przewodnik ukazał się w Poznaniu, w 1838 r, w rok po wydaniu berlińskim<sup>25</sup>. Wiadomo, iż spory zakup nakładu tego podręcznika poczyniła organizatorka szpitali powstańców 1831 r. i nauczycielka w latach 40-tych na tajnych kursach sanitarnych w Wielkopolsce, Emilia Szaniecka<sup>26</sup>.

Mniej znany, lecz również wykorzystywany był poradnik H. F. Paulizkiego, w tłumaczeniu W. Szacfaiera, pt. *Medycyna dla ludu wiejskiego...*, wydany w Wilnie, już w 1828 r.

Innym, niezwykle płodnym w tym względzie ale już polskim autorem, był wspomniany I. Fijałkowski – twórca popularnego: *Zbioru wszelkich potrzebnych wiadomości akuszerce*, (Warszawa 1842).

### Wpływy medyczne

Na obowiązujące ówczesnie romantyczne poglądy wywarł duży wpływ oświeceniowy naturalizm, głoszony na ziemiach polskich w pierwszym dziesięcioleciu m.in. przez Leopolda Lafontaine'a, wyrażający się: prostotą postępowania lekarskiego, dostosowanego do mocy i siły organizmu ludzkiego. Zadaniem lekarza było jedynie „przywrócenie naturze jej praw”, dodanie „siły organizmowi” w pokonywaniu nekającej go choroby<sup>27</sup>.

Naturalizm stał się swoistą inspiracją do rozwoju w Europie Zachodniej, ale i na ziemiach polskich – w Wilnie, kierunku higienicznego, zmierzającego m.in. do oceny sposobu życia człowieka w zdrowiu i w chorobie. Szczególnymi propagatorami tego kierunku byli tamtejsi profesorowie Johann Frank, jego syn Józef oraz wspomniany już A. Becu<sup>28</sup>.

Wiadomo, że w I poł. XIX stulecia nastąpiły znaczące osiągnięcia w anatomii patologicznej, które z kolei przyczyniły się do postępu w dziedzinie diagnostyki medycznej. Jednakże zdobycze te nie miały jeszcze wpływu na postęp samej terapii, a nawet w pewnym sensie ją dystanosowały. Co więcej, świadomość braku możliwości dostosowania racjonalnych metod i skutecznych środków do wskazań anatomo-patologicznych sprawiła, że pierwsza połowa XIX stulecia była okresem panowania – zwłaszcza w ośrodku naukowym wiedeńskich – nihilizmu terapeutycznego, tj. negacji skuteczności leczenia. W tej sytuacji dominowały działania wywodzące się jeszcze ze starożytności, w tym terapii Hipokratesa: ordynowanie – np. środków czyszczących powodujących wymioty; upustów krwi, itp. I. Fijałkowski polecał: „[...] tem więcej krwi wypuścić potrzeba im większy zbytek sił w organach nie zapalnych, im mocniejszym i zdrowszym był wprzód chory”<sup>29</sup>. Ponadto stosowano ścisłą dietę i hydroterapię, odwołując się do modnych w wielu ośrodkach naukowych naturalnych metod leczenia. Poszukiwano w nich i otaczającej przyrodzie oraz całym środowisku zewnętrznym uzdrowicielskiej mocy.

Na tym gruncie, a i dzięki nowym sposobom interpretacji schorzeń psychicznych, wzrastało zainteresowanie tzw. pielęgnowaniem.

Na ważność pielęgnowania zwracało uwagę wielu europejskich i polskich lekarzy, np. prof. Józef Dietl, tudzież inny krakowski lekarz, zarazem profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego – Józef Majer<sup>30</sup>, który wysuwał w tej kwestii argument, jego zdaniem zgodny z prawami fizjologii, o mieszczącej się w kategoriach instynktu przyrodzonej skłonności człowieka do udzielania pomocy słabszym, realizowanej np. przez sprawowanie opieki nad dzieckiem. Kładł jednocześnie znak równości pomiędzy funkcją pielęgnowania a działaniem opartym na instynkcie<sup>31</sup>. Zatem i znaczenie pielęgnowania w przebiegu leczenia coraz częściej ujmowano w ramach działań naturalnych, uzasadniając je rodowodem sięgającym

jeszcze prażródół człowieka, okresu kierowania się instynktem i intuicją. Przeświadczenie to utrzymało się w medycynie do końca XIX stulecia<sup>32</sup>.

### Mianownictwo

Po raz pierwszy terminy związane z pielęgnowaniem pojawiły się w formie słownikowej w *Nowym Dykcjonarzu*, A. Troca, wydanym w Lipsku w 1764 r., jako pojęcia: „Warten”, „Pflügen ein Kind einen Kranken”. Przy czym słownictwo niemieckie w tej publikacji ma swe odpowiedniki używane w języku francuskim i polskim. Dodać trzeba, że *Nowy Dykcjonarz* w polskiej literaturze cytowany był dopiero pod koniec XIX stulecia<sup>33</sup>.

W języku polskim – dla osób zajmujących się pielęgnowaniem, przyjęło się określenie: dozorca/dozorczyńi, jako prawdopodobne rozwinięcie tłumaczonego z niemieckiego słowa „Warten”. I to właśnie nazewnictwo, od przełomu lat dwudziestych i trzydziestych XIX stulecia, prawie do końca tego wieku było dość powszechnie używane w polskiej terminologii medycznej. Dziś już w tym znaczeniu nie występuje. Także bliżej nieznaną pozostaje dotąd droga tej recepcji.

Słowa: dozór, dozorca – jak się wydaje, po raz pierwszy pojawiły się w opisie petersburskiego Szpitala, zamieszczonym w wileńskim czasopiśmie „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej z Wiadomościami ku Wydoskonaleniu jej Służącemi”, w 1822 r.<sup>34</sup> W Galicji przybliżył je i spopularyzował wspomniany już J. Jakubowski<sup>35</sup>; w zaborze pruskim, a następnie w Królestwie Polskim – L. Gąsiorowski, tłumacz *Przewodnika... Gedicke*<sup>36</sup>.

W książce autorstwa Gedicke z pewnością po raz pierwszy sformułowano zakres uprawnień i wymagań stawianym dozorcóm chorych, wyznaczając im na miejsce pracy szpitale i domy chorych. Szczegółowo przy tym wyliczono niezbędne predyspozycje psychiczne, uznając następujące za najistotniejsze: miłość do ludzi oraz rzetelność w przekazywaniu informacji, czujność, umiejętność dochowania tajemnicy. Z pożądaných cech fizycznych za najważniejsze uznano pięć zdrowych zmysłów: wzrok, słuch, powonienie, smak oraz delikatne czucie rąk, co oczywiście wynikało z samej funkcji dozorowania, obserwacji chorego<sup>37</sup>. Ważność i przewaga zadań związanych z dozorowaniem – obserwacją pacjenta oraz wspomniany już „nihilistyczny” rodowód tej funkcji, zadecydowały – należy sądzić – o określeniu jej mianem dozorca/dozorczyńi nie tylko w polskiej medycynie, ale również i w języku francuskim, oraz niemieckim.

W latach czterdziestych XIX stulecia pojawiło się także w polskiej literaturze medycznej pojęcie czynności, określanej jako „pielęgnowanie”. Odnajdujemy je u I. Fijałkowskiego<sup>38</sup>. Nadto w polskim słownictwie stosowany był również francuski odpowiednik „infirmiarnia”, jednak głównie dla określenia miejsca opatrzenia chorych a znajdującego się przeważnie w domach starców, zgromadzeniach zakonnych; nazwa ta znana jest już od czasów Średniowiecza, jednak jej upowszechnienie zawdzięczać możemy bonifratrom i w dużej mierze francuskim

zakonnicom ss. miłosierdza (szarytkom), którzy zaczęli zakładać swoje domy zgromadzeń na naszych ziemiach od XVII w.<sup>39</sup>

Prawie przez sto lat pojęcia te są stosowane w naszej literaturze medycznej wymiennie, bądź w formie „mieć staranie koło kogoś”, „opiekować się kimś” – z łacińskiego: *curare*, lub „pielęgnować” – z niemieckiego: *pflügen*. Określały one w identycznym stopniu cel zadań spełnianych przy chorym<sup>40</sup>. Ich interpretacja znaczeniowa ujmowana była przez całe półwiecze XIX stulecia w duchu chrześcijańskim i ideologii romantycznej: „[...] całymi latami cierpieć dla nieszczęśliwego i wspólnie z nim, to zaiste czyn wzniosły i szlachetny, tym bardziej, że niewynagrodzony uznaniem. Poświęcający się dokonuje najcięższego z obowiązków, znajduje nagrodę tylko we własnym sumieniu” – pisał wiedeński chirurg Theodor Billroth<sup>41</sup>.

### Metodyka i formy

W latach 40-tych wspomniany I. Fijałkowski sformułował następującą opinię o pielęgnowaniu: „[...] ta nauka, tem zbawienniejsza być musi u nas gdzie dotąd nie było osób, jak w ościennych krajach Europy, poświęcających się wyłącznie posłudze chorych, którzy częstokroć jeżeli bliskiej rodzinie nie mieli pozbawieni byli pieczołowitości, jaka obok rady lekarskiej do przywrócenia zdrowia najwięcej przyczynić się może”<sup>42</sup>.

I. Fijałkowski, wyprzedzając w czasie poglądy wzmiankowanych już Dietla i Majera, podkreślił wagę pielęgnowania oraz znaczenie tej funkcji, tudzież nadał jej dodatkowo już cechy zawodu<sup>43</sup>. Upłynąć musiało jednak jeszcze pięćdziesiąt lat zanim na ziemiach polskich – obok sióstr zakonnych, zaczął pojawiać się przygotowany profesjonalnie i świecki personel.

Ówczesna publicystyka naukowa, ale i poradniki (a wśród nich cytowany już autorstwa Gedicke) oraz prace Fijałkowskiego, dostarczają dowodów na kształtowanie się w latach dwudziestych oraz trzydziestych metod i form opieki nad chorym.

Wiadomo, że w I poł. XIX wieku w medycynie europejskiej dokonywało się stopniowe grupowanie nauki medycznej w działy, będące zapowiedzią ich przyszłego wyodrębnienia jako specjalności.

Na naszych ziemiach obowiązywał jeszcze w tym czasie tradycyjny podział na: choroby wewnętrzne i zewnętrzne, w tym chirurgię, choroby psychiczne i nerwowe oraz akuszerię – położnictwo, a z nią pediatrię. Coraz częściej jednakże obok odrębnej wiedzy wymagało się też odmiennego podejścia do chorego. Pisał np. o chorych psychicznie i ich opiece, cytowany już wcześniej J. Jakubowski: „Do szczęśliwego [...] leczenia psychicznego nie dość jest być [...] najbieglejszym teoretykiem potrzeba prócz tego szczególnego usposobienia i przywiązania [...]” – i jak stwierdzał dalej, trzeba być „dobrym psychologiem”<sup>44</sup>. Również wymagania w stosunku do dozorców tej grupy chorych były duże i, według J. Jakubowskiego,



prócz znajomości swoich podopiecznych powinni oni być „przygotowani” do pełnienia tej służby<sup>45</sup>.

Sama zaś nazwa „dozorca chorych” oraz stawiane mu wymagania wyznaczały podstawową funkcję, jaką było: doglądanie a nawet obserwacja stanu pacjenta, a następnie – jak pisze Gedicke – „dokładne i sumienne zdanie sprawy z jej wyników”<sup>46</sup>.

W obserwacji chorego – czytamy w instrukcjach i przewodnikach, zresztą opracowywanych z dość dużą skrupulatnością i starannością – miano zwracać uwagę zarówno na objawy zewnętrzne (w tym na wygląd, rysy twarzy, sposób ułożenia pacjenta na pościeli) oraz wewnętrzne, co było czynnością jeszcze w ubiegłym stuleciu wyłącznie zarezerwowaną dla lekarzy.

Ważnym elementem opieki było dążenie do zmniejszenia cierpienia chorych przez zagwarantowanie im wygody – zagadnienie, które jeszcze w końcu XVIII w. nie było przedmiotem poważniejszych zainteresowań lekarzy. Służyć temu miały np. bielizna nie trąca ciała, zastosowanie w łóżku materacy najlepiej z włosia końskiego, eliminacja pierzastej pościeli, co miało też dodatkowo zapobiegać powstawaniu trudnych do kuracji odleżyn, podczas długotrwałego leżenia przy braku zmian pozycji ciała chorego i nieprzestrzeganiu higieny. Na ważność tych spraw zwracał uwagę w początku XIX stulecia A. E. Wolff, w dziele: *Rys sztuki leczenia...* (Warszawa 1816)<sup>47</sup>.

Dążono nawet do wprowadzenia technicznych usprawnień, jak np. pasów podtrzymujących chorych, które miały umożliwiać im samodzielne podnoszenie się. W 1833 r., na jednym z grudniowych posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, poinformowano o planie skonstruowania przez J. Milego tzw. łóżka mechanicznego, którego celem miało być zmniejszenie skutków uciskowych ciężaru ciała, a będących częstą przyczyną odleżyn, zwłaszcza u ciężko chorych<sup>48</sup>.

Przedmiotem szczególnej troski – co podkreślano we wszystkich ówczesnych poradnikach – było zaspokojenie potrzeb chorych umierających i konających. Nakazywano dozorcóm konieczność ratowania i sprawowania nad nimi opieki do ostatniej chwili ich życia. Opisywano przy tym objawy i oznaki śmierci, w tym tzw. pozornej, ściśle określając kompetencje dozorczy i lekarza w ich uchwyceniu<sup>49</sup>.

Do zadań dozorców należała również dbałość o czystość osobistą pacjentów i pomieszczeń, w których przebywali – zwanych wtedy: „warunkami życia zewnętrznego”<sup>50</sup>.

Za istotny uznawano stan powietrza w pomieszczeniach i częstą jego wymianę, w tym przez wentylację, wietrzenie, okadzanie. I. Fijałkowski w 1811 r. wyjaśniał konieczne powody wykonywania tych czynności: „[...] działanie (powietrza – przyp. BU) jest dwojakie: jedno, które z jego mieszaniny i własności chemicznej wypływa; drugie mechaniczne [...], które od masy jego i ruchu zawisło [...]” – Dalej zaś pisał: „[...] co do mieszaniny i własności swych ma być szkodliwe wtedy (kiedy – przyp. BU) będzie miało wiele kwasorodu lub saletrorodu, których ilość

dopóki w powietrzu była przyzwoita dopóty w organizmie przyzwoite pobudzenie sprawiła, teraz zaś gdy kwasorodu za wiele: nadto mocne pobudzenie; a gdy saletrorodu zbyt: za słabe pobudzenie nastąpi i w obwodzie zaraz niestosunek żywotności powstanie”<sup>51</sup>.

Oprócz szczegółowego przekazania w poradnikach sposobów wykonania poleceń poprawiających zawartość składu powietrza, poddawano krytycznej ocenie skuteczność zabiegu okadzania, dopuszczając go jedynie w przypadkach epidemii. Opisom w ówczesnych poradnikach podlegały również sposoby ułożenia chorego w łóżku, technika zmiany pościeli i bielizny zwłaszcza u ciężko chorego, itp. Dodać przy tym trzeba, iż w tym czasie kształtowały się konkretne wymagania dotyczące wyposażenia sal chorych w sprzęt i narzędzia pielęgnacji. Określano niezbędną liczbę, rodzaj, sposób materiałowego wykonania przyborów i pouczano o ich zastosowaniu. Na łamach prasy – przy okazji druku lekarskich sprawozdań z podróży zagranicznych, odnajdujemy dość szczegółowe informacje na ten temat.

I tak, w „Dziejach Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...”, w 1821 r., w zamieszczonym omówieniu wyposażenia moskiewskiego Szpitala Fundacji Dymitra Michałowicza Golicyna, wśród długiej listy bielizny i przyborów niezbędnych chorym znajdujemy następujące rzeczy: szlafrok, koszulę, kamizelkę płócienną, szlafmycę, ręcznik, chustkę do nosa, pończochy białe, dwie serwety, z których jedna służyła za obrus, a także wazę cynową z nakrywką, kubek do picia, mniejszy kubek do kwasu, garnuszek, szklanekę, solniczkę, łyżkę, nóż, widelec i stawiany przy łóżku dębowy stolik, z szufladą do chowania tych sprzętów<sup>52</sup>.

Ważnym elementem kuracji była – jak wiadomo, dietetyka: karmienie i pojenie chorych. Tutaj również przytaczano, zapewne wzorem różnorodnych poradników drukowanych ówczesnie, konkretne przepisy przygotowania żywności.

Mniejszą rolę – w porównaniu z czasami późniejszymi (II poł. XIX w.) – przywiązywano do udziału w zabiegach terapeutycznych, zwłaszcza podawania tzw. leków o działaniu wewnętrznym. Jednak i tutaj starano się pouczyć o stosowaniu pewnych zasad, jak np. przestrzegania ścisłego rygoru zaleceń lekarskich, w tym zachowania regularności, skrupulatności w wielkości aplikowanych dawek.

Ważna, według opisów poradników, była pomoc dozorców w stosowaniu leków o działaniu zewnętrznym, tj. dość często wtedy zalecanych przyszcadeł, nacierania, wizykatorii, i całej gamy sposobów związanych z hydroterapią. Konkretnie zalecenia dotyczyły również zabiegu puszczania krwi i stosowania pijawek oraz baniek. Nadto znajdujemy także informacje o sposobie tzw. sztucznego wyprowadzania moczu – drogą cewnikowania.

Prócz opisów przeprowadzania wymienionych zabiegów, niektórzy autorzy poradników wyliczali potrzebne do tego narzędzia medyczne i sprzęt pomocniczy. Wśród spisów odnajdujemy m.in. strzykawki do podawania leków do jam ciała, cewniki – zwane wtedy „moczociągami”, które były wykonane z rurki srebrnej lub z gumy, i inne<sup>53</sup>. Zwracano uwagę na szybkość i precyzję wykonywania zabiegu. Przestrzegano przed prerażaniem chorych samym wyglądem instrumentów le-

karskich. Nie omijano też tematów trudnych, w tym niebezpieczeństw, ewentualnych komplikacji wiążących się z wykonaniem zabiegów, np. cewnikowania<sup>54</sup>. Informowano też o takich – w pewnym sensie na wyrost – do których wykonania personel nielekarski nie był upoważniany, lecz często po to – jak pisał I. Fijałkowski o szczepieniu ospy i obowiązkach w tym względzie dozorców czy akuszerok: by przekazywali oni „[...] rodzicom dobrodziejstwo tej operacji u dzieci”<sup>55</sup>. Zwrócić tu trzeba uwagę, iż dla tego personelu była to zapowiedź nowych zadań o charakterze oświatowym.

Podsumowując stwierdzić można, że szczególnie rozwój opieki nad chorym następował w okresie oświeceniowego realizmu i humanitaryzmu a następnie Romantyzmu – szczególnie wrażliwego na ludzkie cierpienia i choroby. Sceptycyzm wobec obowiązujących metod terapeutycznych wyróżnił opiekę nad chorym. Dostrzeżono jej ważną rolę w kuracji, tj. w procesie zdrowienia, aczkolwiek nie wzbogacono jej jeszcze głębszą treścią naukową lecz usadowiono w obrębie koncepcji naturalizmu, w działaniach opartych na instynkcie oraz intuicji. Rozmowano jednak już wtedy, że opieka nad chorym oparta tylko na zasadach dobroczynności nie można spełnić wszystkich oczekiwań społecznych. Dlatego też pojawiły się dążenia do jej profesjonalizacji. Wyznaczano zakres uprawnień i wymagań stawianych nowej, tworzącej się grupie osób zajmujących się wyłącznie opieką, w przyszłości już zawodowej. Zapoczątkowane zostało kształtowanie się teoretycznego modelu opieki. Zmiany te zauważalne są na większą skalę, zwłaszcza na ziemiach polskich, dopiero w II połowie XIX stulecia.

## PRZYPISY

- <sup>1</sup> Artykuł jest rozszerzoną wersją referatu pod tym tytułem, *Recepcja myśli europejskiej XVIII /XIX w. w polskiej XIX-wiecznej medycynie*, wygłoszonego podczas sesji zorganizowanej przez Pracownię Historii Nauk Medycznych IHN PAN, w dniu 19 maja 1995 r.
- <sup>2</sup> B. Urbanek, *Inspiracje społeczno-medyczne w kształtowaniu systemu opieki nad chorym w Europie w XIX w.*, „Kwartalnik HNiT” 1993 nr 2 s. 147. F. Nightingale, *The Institution of Kaiserwerth on the Rhine...* London 1851 s. 11.
- <sup>3</sup> Tamże.
- <sup>4</sup> A. Becu, *O doskonałości szpitalow.* „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1820 s. 481. August Ludwik Becu (1771–1824) dr filozofii i medycyny, profesor patologii i higieny Uniwersytetu Wileńskiego. T. Ostrowska, *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX w.*, Wrocław 1973, s. 252.
- <sup>5</sup> A. Becu, dz. cyt.
- <sup>6</sup> Tamże s. 485.
- <sup>7</sup> Tamże s. 479.
- <sup>8</sup> *Projekt zakładu dobroczynności.* „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1820, s. 134.
- <sup>9</sup> Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala*, Wrocław 1981 s. 49–67. K.

- T. Hermann, *Wiadomości statystyczne o stanie izb powszechnej opieki w roku 1811 i 1812*. „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1824 s. 167.
- <sup>10</sup> I. Fijałkowski, *Początki chirurgii*, Wrocław 1811 s. 19. Ignacy Fijałkowski h. Ślepowron (1783–1855) położnik, profesor Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego, członek Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Warszawie. M. Manteufflowa, *Ignacy Fijałkowski*, PSB Kraków 1948–1958 t. VII s. 445.
- <sup>11</sup> Archiwum Uniwersytetu Wileńskiego – Biblioteka U. Wil. Oddział Rękopisów sygn. F 26 –3662 S. Gałęzowski *Chirurgia operacyjna*. k. 27. Seweryn Gałęzowski (1801–1878) profesor chirurgii Uniwersytetu Wileńskiego. H. Więckowska i W. Szumowski, *Seweryn Gałęzowski*. PSB Kraków 1948 t. VI/5 s. 251 – 255.
- <sup>12</sup> J. Jakubowski, *O metodzie leczenia psychicznej*. „Rozmaitości Naukowe” 1831 nr III s. 94. Józef Jakubowski (1796–1866) profesor akuszerii i chirurgii UJ. S. Koźmiński, *Słownik lekarzów*, Warszawa 1888 t. I s. 186.
- <sup>13</sup> B. Urbanek, *Problematyka leczenia „moralnego” psychicznie chorych w polskiej literaturze medycznej lat trzydziestych i czterdziestych XIX stulecia*. „Kwartalnik HNiT”, 1994, nr 3 – 4, s. 28, 35.
- <sup>14</sup> L. J. Rogier, G. de Bertier de Sauvigny, J. Hajjar, *Historia kościoła*. Warszawa 1987 t. 4 s. 260 – 261, 499.
- <sup>15</sup> J. Frank, *Pamiętniki*, Wilno 1913 t. II s. 16.
- <sup>16</sup> Wyimek z kazania na uroczystość T. D. „Rocznik VII. Towarzystwa Dobroczynności W. M. Krakowa” 1824 s. 5 – 6. W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*. Warszawa 1970 t. I s. 120 – 121. M. Straszewska, *Romantyzm*. Warszawa 1977 s. 46, 58 – 60, 62 – 63. H. Floryńska, *Modernizm i neoromantyzm* [w.] *Problemy polskiego romantyzmu*, Wrocław 1971 s. 308.
- <sup>17</sup> Wyimek z kazania... dz. cyt. s. 5.
- <sup>18</sup> Tamże s. 9.
- <sup>19</sup> Nad drzwiami wejściowymi domu Towarzystwa Dobroczynności Wolnego miasta Krakowa, w latach dwudziestych XIX w, znajdował się portal z wizerunkiem kobiety – jako symbol dobroczynności, osłaniającej przez pięć wieków ludzkość, gromadę niemowląt, dzieci, młodzieńców, dorosłych i starców; a także wryty był cytat z Pisma —w., „Ani mów, że nie ma Opatrzności”. *O Towarzystwie Dobroczynności Wolnego Miasta Krakowa*. „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1821 s. 609. Modnej ówczesnie formule – stawiającej znak równości między macierzyńskim poświęceniem a dobroczynnością, odpowiadała winieta na stronie tytułowej pierwszych roczników wileńskiego pisma „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...”, przedstawiająca pelikana karmiącego własną krwią pisklęta. Wydaje się że, kąśliwe porównania Wilnian osoby profesora chirurgii tamtejszego Uniwersytetu, późniejszego rektora tej uczelni, Wacława Pelikana (1790–1873), do ptaka, prawdopodobnie wymogły na wydawcach pisma zmianę winyeta na karmiącą wilczycę, czyli gołdo miasta. Por. B. Urbanek, *Pismo społeczno-medyczne...* dz. cyt. s. 40, 49. W. Kopański, *Słownik mitów i tradycji kultury*, Warszawa 1985 s. 847. Pelikan – symbol dobroczynności, np. zdobi i dzisiaj elewację budynku warszawskiego Caritasu, przy ul. Krakowskie Przedmieście.
- <sup>20</sup> Wyimek z kazania... dz. cyt. s. 7.
- <sup>21</sup> B. Urbanek, *Pismo społeczno-medyczne „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” w latach 1820–1824*. „Kwartalnik HNiT” 1995 nr 2 s. 40, 44.
- <sup>22</sup> „Rocznik II. Towarzystwa Dobroczynności W. M. Krakowa”. 1819 s. 9 – 11.
- <sup>23</sup> D. Wawrzyszowska-Wierciochowa, *W kręgu miłości i bohaterstwa*, Warszawa 1965 s. 5–17, 66–72.
- <sup>24</sup> Tamże s. 66.
- <sup>25</sup> B. Urbanek, *Inspiracje społeczno-medyczne*, dz. cyt. s. 147.
- <sup>26</sup> D. Wawrzyszowska-Wierciochowa, dz. cyt.
- <sup>27</sup> L. Lafontaine, „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów”, Warszawa 1801 s. 17–19. Leo-

- pold Lafontaine (1756–1812) nadworny lekarz króla Stanisława Augusta, następnie generalny protochirurg w armii Księstwa Warszawskiego. Uczestniczył w wyprawie napoleońskiej do Rosji. T. Ostrowska, *Leopold Lafontaine*. PSB Wrocław 1971 t XVI/1 s. 408–409.
- <sup>28</sup> B. Urbanek, *Pismo...* dz. cyt. s. 41, 48, 52–53, 55.
- <sup>29</sup> I. Fijałkowski, dz. cyt. s. 74.
- <sup>30</sup> J. Majer, *Obraz postępu nauki lekarskiej*, Kraków 1840 s. 48–49. Józef Majer (1808–1899) lekarz, przyrodnik, od 1848 r. profesor fizjologii w UJ. J. Hulewicz, *Józef Majer*, PSB Wrocław 1974 s. 161–164.
- <sup>31</sup> J. Majer, dz. cyt. s. 49.
- <sup>32</sup> W. Szumowski, *Dzieje filozofii medycyny, jej istota, nazwa i definicja*, Kraków 1947 s. 30–31.
- <sup>33</sup> M. Mendelsohn, *Pielęgnowanie chorych (Hypurgja). Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Łódź 1900 s. IV.
- <sup>34</sup> „Opieka (nad chorym – przyp. B.U) kobieca pod dozorem «wów miłosierdzia» [...]”. „Zostającym w letargu do każdej części ciała sznurki jedwabne przywiązane, przeprowadzone są do mieszkania dozorczy.” L. R. *Szpital Imperatorski dla ubogich w Petersburgu*. „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1822 s. 449, 451.
- <sup>35</sup> J. Jakubowski, *O metodzie leczenia psychicznej*. „Rozmaitości Naukowe” 1831 nr III s. 99–100, 151. Jednakże w wielu przypadkach obok nazwy dozorca stosuje Jakubowski też określenie „posługacz”. To ostatnie odnosi się do bezpośrednich opiekunów chorych, nad którymi w hierarchii szpitalnej stał dozorca, odpowiedzialny za poziom ich pracy. Tamże, s. 151–152.
- <sup>36</sup> C. E. Gedicke, *Przewodnik do pielęgnowania chorych...*, Poznań 1838 s. 2
- <sup>37</sup> Tamże s. 2–6.
- <sup>38</sup> I. Fijałkowski, *Zbiór wszelkich potrzebnych wiadomości akuszerce*, Warszawa 1842 s. 251.
- <sup>39</sup> E. Sieradzki, *Szpitala i domy, przytulki czyli gospody w Paryżu*. „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1821 s. 135–140. A. Malinowski, *Rys historyczny rozwoju instytucji dobroczynnych i szpitali w Polsce*, Warszawa 1887 s. 7–10. Z. Podgórska-Klawe, dz. cyt.
- <sup>40</sup> M. Mendelsohn, dz. cyt.
- <sup>41</sup> T. Billroth, *O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu*, Wiedeń 1881, s. 255.
- <sup>42</sup> I. Fijałkowski, *Zbiór wszelkich...* dz. cyt. s. 251.
- <sup>43</sup> Tamże. J. Majer, dz. cyt. B. Urbanek, *Inspiracje społeczno-medyczne...* dz. cyt. s. 151.
- <sup>44</sup> J. Jakubowski, dz. cyt. s. 92.
- <sup>45</sup> Tamże s. 92, 97.
- <sup>46</sup> C. E. Gedicke, dz. cyt. s. 6, 12.
- <sup>47</sup> A. E. Wolff, *Rys sztuki leczenia czyli terapia ogólna i szczegółowa*, Warszawa 1816, cz. 1 s. 265.
- <sup>48</sup> *Zdanie sprawy z prac i czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1833. Czytane na posiedzeniu ogólnym w dn. 3 XII 1833 przez sekretarza Towarzystwa dr Le Bruna*. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1837 s. 14.
- <sup>49</sup> I. Fijałkowski, *Zbiór wszelkich...* dz. cyt. s. 303–304.
- <sup>50</sup> I. Fijałkowski, *Początki chirurgii*, dz. cyt. s. 51.
- <sup>51</sup> I. Fijałkowski, *Zbiór wszelkich...*, dz. cyt. s. 252, 302–303,
- <sup>52</sup> *Szpital Golicyna...* „Dzieje Dobroczynności Krajowej i Zagranicznej...” 1821 s. 299.
- <sup>53</sup> I. Fijałkowski, *Zbiór wszelkich...*, dz. cyt. 287 – 288.
- <sup>54</sup> Tamże s. 288.
- <sup>55</sup> Tamże s. 294.

---

## **Patient Care Vis-à-Vis the Theoretical Conceptions of European and Polish Medicine in First Half of the 19th Century**

### **SUMMARY**

The article discusses the development of patient care in Polish lands in the first half 19th century seen in the context of the Enlightenment realism and the oncoming Romanticism. The nomenclature used at that time is analyzed, and the methods and forms of patient care are described. Mention is made of the special role of therapeutic nihilism, which, by making the so-called instinct and intuition its main tenets, appreciated the role of patient care in treatment. The author of the article makes use of little known medical publications: journals, textbooks, dictionaries, handbooks, as well as manuscripts.