Główna Biblioteka Lekarska
Centrum Naukowej Informacji Medycznej
Centralna Biblioteka Medycyny

ROK II Nr 4 2026

ISSN 3071-8775
eISSN 3071-8767

Służba Zdrowia Wojska Polskiego w przededniu i w kampanii wrześniowej 1939 roku



Historia
BIULETYN
Głównej
Biblioteki
Lekarskiej



GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA
im. Stanisława Konopki

GMACH GŁÓWNY			
00-791 Warszawa	ul. Chocimska 22	tel. 22 849-78-51 do 53	e-mail: sekretariat@gbl.waw.pl
DZIAŁ STAREJ KSIĄŻKI MEDYCZNEJ			
00-467 Warszawa	ul. Jazdów 1a	tel. 22 622-50-05	e-mail: sk-med@gbl.waw.pl
ODDZIAŁY GŁÓWNEJ BIBLIOTEKI LEKARSKIEJ			
Bydgoszcz	Al. Prof. S. Kaliskiego 7	tel. 502-403-533	e-mail: odzbyd@gbl.waw.pl
06-400 Ciechanów	ul. Wojska Polskiego 51	tel. 23 672 22 13	e-mail: odzciech@gbl.waw.pl
42-218 Częstochowa	ul. Gen. Kazimierza Pułaskiego 4/6	tel. 510-466-206	e-mail: odzczes@gbl.waw.pl
82-300 Elbląg	Aleja Grunwaldzka 137	tel. 885-805-807	e-mail: odzelb@gbl.waw.pl
80-305 Gdańsk	ul. Polanki 117 VII Szpital MW, bud. 106	tel. 58 355 03 22 tel. 573-955-927	e-mail: odzgda@gbl.waw.pl
66-400 Gorzów Wielkopolski	ul. Chopina 52 bud. 9	tel. 573-955-932	e-mail: odzgorz@gbl.waw.pl
62-800 Kalisz	ul. Kaszubska 13	tel. 62 500 0738	email: odzkalisz@gbl.waw.pl
40-087 Katowice	ul. Medyków 26	tel. 516-728-240	e-mail: odzkat@gbl.waw.pl
25-602 Kielce	ul. Artwińskiego 3C	tel. 510-466-196	e-mail: odzkiel@gbl.waw.pl
75-529 Koszalin	ul. Racławicka 15-17	tel. 531-280-724	e-mail: odzkosz@gbl.waw.pl
33-300 Nowy Sącz	Al. Wolności 40	tel. 780-672-356	e-mail: odznowys@gbl.waw.pl
45-716 Opole	ul. Spychalskiego 13	tel. 510-466-215	e-mail: odzopol@gbl.waw.pl
97-300 Piotrków Trybunalski	ul. Słowackiego 114/118, bud. B	tel. 510-466-189	e-mail: odzpiot@gbl.waw.pl
26-600 Radom	ul. Aleksandrowicza 5	tel. 510-466-191	e-mail: odzrad@gbl.waw.pl
35-222 Rzeszów	ul. Warzywna 1a	tel. 510-466-214	e-mail: odzrzesz@gbl.waw.pl
65-246 Zielona Góra	ul. Jedności 65	tel. 885-805-816	e-mail: odzzgor@gbl.waw.pl

GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA



BIULETYN
GŁÓWNEJ BIBLIOTEKI LEKARSKIEJ
HISTORIA

Rok II, 2026, Numer 4

ISSN 3071-8775
eISSN 3071-8767

Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki
Centrum Naukowej Informacji Medycznej

Rada Naukowa:

Dr hab. Aneta Bołdyrew, prof. UŁ
Uniwersytet Łódzki (Łódź, Polska)
Dr hab. Jacek Bonarek, prof. AP
Akademia Piotrkowska (Piotrków Trybunalski, Polska)
Prof., PhD Allan Brandt,
Harvard University (Cambrige, Massachusetts, USA)
Prof. dr hab. Michał Kopczyński,
Uniwersytet Warszawski (Warszawa, Polska)
Dr Karol Nawrocki,
Instytut Pamięci Narodowej (Warszawa, Polska)
Prof. dr hab. Beata Wojciechowska
Uniwersytet Jana Kochanowskiego (Kielce, Polska)

Zespół redakcyjny:

Feliks Orchowski – redaktor naczelny
Jacek Bonarek – redaktor naukowy
Rafał E. Stolarski – redaktor merytoryczny
Katarzyna Słojkowska – redaktor tematyczny
Ewa Szczodruch, Rafał E. Stolarski – redaktorzy językowi
Anita Kasprzycka – sekretarz redakcji
e-mail: biul.hist@gbl.waw.pl; tel.: +48 510 466 189
Justyna Berta, Ireneusz Gawliński, Natalia Kulka – redaktorzy techniczni

Adres Redakcji:

Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki
Dział Starej Książki Medycznej
ul. Jazdów 1A
00-467 Warszawa
tel. 22 622 50 05
e-mail: *biul.hist@gbl.waw.pl*
https://www.gbl.waw.pl/

Redakcja zastrzega sobie prawo zmiany tytułów oraz skracania i adiustacji tekstów.
Materiałów niezamówionych Redakcja nie zwraca.
Za jakość merytoryczną tekstów odpowiadają Autorzy.
Wersją pierwotną „Biuletynu GBL – Historia" jest wersja elektroniczna.

Wszelkie prawa zastrzeżone.
Żadna część tej pracy nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiejkolwiek formie i w jakikolwiek sposób, włącznie z fotokopiowaniem, nagrywaniem na nośniki elektroniczne lub przy użyciu innych mediów, bez zgody Wydawcy.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the author.

ISSN 3071-8775
ISSN (on-line) 3071-8767

Copyright © Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, Warszawa 2026

Fot. na okładce: Wrzesień 1939 roku, personel Szpitala Wojennego nr 601 ulokowanego w gmachu głównym Politechniki Lwowskiej przy ul. Leona Sapiehy 12 (dzisiaj ul. Stepana Bandery 12) we Lwowie; w centralnej części fotografii siedzi z założonymi rękami kpt. lek. rez. prof. Adam Gruca, naczelny chirurg Szpitala, który w mobilizacji przygotowany został na 400 łóżek i posiadał trzy oddziały chirurgiczne oraz jeden wewnętrzny
Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki, sygn. F-14795

Projekt graficzny okładki: Magdalena Świec-Szalbierz

W NUMERZE

GOŚĆ „BIULETYNU”

Okulistyczne spojrzenie w przeszłość czyli z oftalmoskopem i w… ostrogach!
Rozmowa z Krzysztofem Kopocińskim i Zbigniewem Kopocińskim – *braćmi bliźniakami, oficerami Wojska Polskiego, lekarzami okulistami* ze 105. Kresowego Szpitala Wojskowego w Żarach, badaczami dziejów wojskowej służby zdrowia i Kresów Wschodnich II Rzeczypospolitej / *An Ophthalmological Look into the Past: With an Ophthalmoscope and... Spurs!*
A Conversation with Krzysztof Kopociński and Zbigniew Kopociński – twin brothers, officers of the Polish Army, ophthalmologists from the 105th Kresy Military Hospital in Żary, researchers into the history of military health services and the Eastern Borderlands of the Second Polish Republic) 5

ARTYKUŁY I STUDIA

Błażej Cecota
Właściwości zdrowotne diety złożonej z owoców w traktacie medycyny prorockiej Dżalal ad-Dina as-Sujutiego / Health properties of a fruit-based diet in Jalal al-Din al-Suyuti's treatise on Prophetic medicine 47

Justyna Sowińska
Epidemia tyfusu w powojennym Opolu, 1945 r. Analiza w świetle akt Starostwa Powiatowego / Typhus epidemic in post-war Opole, 1945. Analysis in light of the District Office records 81

Kacper Sielski
Uprawa, wartości odżywcze i zdrowotne owoców jabłoni według wybranych autorów starożytnych / Cultivation, Nutritional Value, and Health Properties of Apple Fruits According to Selected Ancient Authors 111

Agnieszka Wielosik
Kakao i czekolada – wczoraj i dziś / Cocoa and Chocolate – Past and Present 125

Katarzyna Słojkowska
Lekarze Korpusu Ochrony Pogranicza – absolwenci Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie (2). Kpt. lek. Kazimierz Józef Szulc (1904–1992) / Doctors of the Border Protection Corps – Graduates of the Sanitary Training Centre in Warsaw (2). Captain (Medical Corps) Kazimierz Józef Szulc (1904–1992) 165

Anita Chodkowska
Dzieje warszawskich aptek (4). Jezuicka 17 i Trębacka 4 / The history of Warsaw pharmacies (4). 17 Jezuicka and 4 Trębacka 177

Maria J. Turos
Wolff i Staszic podają sobie ręce / Wolff and Staszic shake hands 201

MATERIAŁY

Ryszard Rybka
Służba Zdrowia Wojska Polskiego w przededniu i w kampanii wrześniowej 1939 roku. Relacja płk. lek. dr. Jana Kawińskiego – zastępcy szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych / The Polish Army Medical Service on the Eve of

and During the September 1939 Campaign. Account by Col. Dr. Jan Kawiński – Deputy Chief of the Health Department, Ministry of Military Affairs 223

OMÓWIENIA I RECENZJE

Katarzyna B. Fulbiszewska
Nie tyko front. Historia medycyny wojskowej do korekty! / Not just the front line. The history of military medicine needs revising! 267

BIBLIOTECZNA KRONIKA WYDARZEŃ

Wiceminister nauki w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej (24 marca 2026 r.) 273
Konferencja „By leczyć ciało ludzkie konieczna jest wiedza o całości zjawisk. Wyzwania zdrowotne, choroby i profilaktyka na przestrzeni dziejów” (16 kwietnia 2026 r.) 275
Noc Muzeów (16 maja 2026 r.) 283
XII Warszawska Konferencja Onkologiczna (27 maja 2026 r.) 289
Otwarcie zrekonstruowanego gabinetu prof. Stanisława Konopki oraz kolejne „Wolffiana” (18 czerwca 2026 r.) 293
Piknik naukowy „Pola Radości” (20 czerwca 2026 r.) 302
Pani Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej (8 lipca 2026 r.) 307
Wernisaż wystawy „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich” w Muzeum Niepodległości w Warszawie (15 lipca 2026 r.) 311
Spotkanie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny Głównej Biblioteki Lekarskiej 317

NASI AUTORZY 321

WARUNKI PUBLIKACJI W „BIULETYNIE GBL – HISTORIA”

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 1–42

Okulistyczne spojrzenie w przeszłość, czyli z oftalmoskopem i w… ostrogach!

Rozmowa z Krzysztofem Kopocińskim i Zbigniewem Kopocińskim – braćmi bliźniakami, oficerami Wojska Polskiego, lekarzami okulistami ze 105 Kresowego Szpitala Wojskowego w Żarach, badaczami dziejów wojskowej służby zdrowia i Kresów Wschodnich II Rzeczypospolitej

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Na co dzień jesteście Panowie lekarzami, absolwentami Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. prof. B. Szareckiego, od wielu lat okulistami w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach. Patrząc na Panów poczynania, odnosi się wrażenie, że historia, pamięć i poczucie ciągłości pokoleń wydają się odgrywać szczególną rolę w Waszym życiu. Skąd wzięła się ta pasja do historii oraz zainteresowanie wojskowością, które z czasem stały się ważną częścią zarówno Panów działalności naukowej, jak i życiowej drogi?

Zbigniew Kopociński:

Uważam, iż historia jest najważniejszą z nauk i bez niej żadna dziedzina życia nie może się obyć. Dzięki niej wyrastamy w jakiejś tradycji, mamy określone zasady i wzorce, a także wiedzę o różnych błędach popełnionych niegdyś przez naszych protoplastów, dlatego możemy skutecznie unikać takich pomyłek w teraźniejszości i przyszłości. Każde badanie ściśle naukowe, w tym medyczne, wymaga analizy wcześniejszych dokonań na danym polu innych badaczy. Możemy zawsze zakwestionować, czy podważyć istniejące do tej pory tezy bądź wnioski, jeśli z upływem czasu okazałyby się błędne, natomiast te prawidłowe należy twórczo rozwijać. Bez głębszej retrospekcji mogłoby się okazać, iż współczesne pokolenie badaczy usiłuje odkryć coś, co zostało już dawno wynale-



Krzysztof Kopociński i Zbigniew Kopociński, Ogólnopolski Kongres Historii Medycyny – Aula Leopoldyńska Uniwersytetu Wrocławskiego, 21 maja 2024 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

zione i opisane, byłoby to marnowaniem potencjału i czasu. Dla nas osobiście historia to największa pasja życia, która zawsze miała i ma wpływ na nasze losy.

Krzysztof Kopociński:

Korzenie rodzinne potrafią w wielu przypadkach determinować wybory życiowe kolejnych pokoleń. W naszym wypadku życiorysy dziadków, Michała – jednego ze zdobywców Monte Cassino w maju 1944 roku, oraz Edmunda – żołnierza Polskich Oddziałów Samoobrony na Wołyniu, sprawiły, iż od dziecka interesowaliśmy się wojskiem, mundurami, II wojną światową. Sprawiło to, iż już w szkole podstawowej postanowiliśmy, że chcemy zostać oficerami Wojska Polskiego, ukończyć Wyższą Szkołę Oficerską Wojsk Zmechanizowanych im. Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu i służyć w legendarnych „czerwonych beretach”.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Jak więc doszło do tego, że obok munduru przywdzieliście kitel lekarza?

Krzysztof Kopociński:

W 1985 roku zostaliśmy uczniami Ogólnokształcącego Liceum Wojskowego im. mjr. Piotra Wysockiego we Wrocławiu. Przez cztery lata poznaliśmy dokładnie blaski i cienie, trudy i znoje życia w koszarach, ale przede wszystkim pełną ofertę wszystkich szkół wojskowych. Byliśmy jednymi z najlepszych uczniów, dla których wrota elitarnych wojskowych akademii, w związku z osiągniętą bardzo wysoką średnią na świadectwie ukończenia liceum, były szeroko otwarte bez konieczności zdawania egzaminów, co miało wówczas ogromne znaczenie.

Zbigniew Kopociński:

Pomysł podjęcia studiów w łódzkim WAM-ie wyszedł od naszej Mamy, która dostrzegała nasz potencjał, mieliśmy też duże wsparcie wśród naszych nauczycieli. W ten sposób na sześć lat zostaliśmy podchorążymi elitarnej Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, z dumą nosiliśmy znak laski Eskulapa na kołnierzu munduru, czerwony krzyż na ramieniu, a na rękawach piękne podchorążackie galony.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Patrząc już z dużej perspektywy minionego czasu, czy nie żałujecie Panowie wówczas dokonanego wyboru?

Krzysztof Kopociński:

Od 41 lat niezmiennie związani jesteśmy z wojskiem, nawet na jeden dzień nie zerwaliśmy tych więzów, co samo w sobie stanowi odpowiedź. Przez te lata byliśmy uczniami,

podchorążymi, pełniliśmy czynną służbę w pododdziałach trzech dywizji, zmieniając garnizon kilkukrotnie, nawet o kilkaset kilometrów. Odbyliśmy szereg bardzo ciekawych szkoleń, skakaliśmy ze spadochronem, nurkowaliśmy, mamy za sobą kursy wspinaczkowe i narciarskie, spędziliśmy mnóstwo czasu na największych poligonach w Polsce. Ostatnim dużym wyzwaniem z tego zakresu było szkolenie na licencję pilota samolotowego, którą uzyskaliśmy. Każdą wolną chwilę od służby wykorzystywaliśmy na pobyt w 111 Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, gdzie specjalizowaliśmy się w okulistyce pod okiem płk. dr. n. med. Walentego Chudzickiego, jednego z najlepszych wówczas specjalistów chorób oczu w całym Wojsku Polskim.



Krzysztof Kopociński i Zbigniew Kopociński w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Zbigniew Kopociński:

Trzeba wspomnieć, że wiatry historii zaniosły nas także poza granice naszego kraju. Ja, idąc śladem dziadka z II Korpusu Polskiego, trafiłem z Polskim Kontygentem Wojskowym do Iraku, zaś mój brat był uczestnikiem sił stabilizacyjnych KFOR w Kosowie. Po ukończeniu specjalizacji, od wielu lat jesteśmy specjalistami chorób oczu w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach.



Krzysztof Kopociński podczas służby w Polskim Kontyngencie Wojskowym w Kosowie (PKW KFOR), Kosowska Mitrovica, 2000 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Zbigniew Kopociński podczas służby w Polskim Kontyngencie Wojskowym w Iraku, Camp Lima, Karbala 2003 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

W Panów działalności naukowej i historycznej wyraźnie widać połączenie dwóch wątków – wojskowej służby zdrowia oraz kresowego dziedzictwa rodzinnego. Co sprawia, że właśnie te obszary stały się dla Panów najważniejszym kierunkiem badań i pamięci historycznej?

Krzysztof Kopociński:

Mimo pewnych uciążliwości życia żołnierskiego, konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji medycznych, zawsze znajdowaliśmy czas na tę pasję. Kierunki naszych badań historycznych związane były z jednej strony z naszą profesją, czyli szeroko rozumianą wojskową służbą zdrowia, z drugiej z Kresami Wschodnimi II RP, skąd wywodzi się nasza rodzina. Pracę tę traktujemy jako rodzaj spłacania długu wobec poprzednich pokoleń, bo im zawdzięczamy obecną rzeczywistość. Nasi poprzednicy wywalczyli wolność ojczyźnie, ktoś przed nami tworzył i rozwijał szpitale, w których później pracowaliśmy, więc przypominanie dokonań tych wszystkich osób i instytucji jest dla nas bardzo ważne.

Zbigniew Kopociński:

Właśnie z tego „kresowego” powodu opisywaliśmy tamtejsze szpitale wojskowe (m.in. z Brześcia nad Bugiem, Grodna, Wilna, Równego, Lwowa, Bobrujska) i lekarzy tam pracujących. Udało się nam przywrócić zbiorowej pamięci choć cząstkę dokonań sanitariatu wojskowego, czyli tradycji, z której się wywodzimy.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Nie wszyscy mają świadomość, na czym w praktyce polega praca historyka medycyny. Czy mogliby Panowie przybliżyć czytelnikom, jak wygląda ona od kulis i z czym wiąże się na co dzień?

Krzysztof Kopociński:

Przypomina trochę pracę detektywa, gdzie bardzo małe fragmenty, często rozproszone po wielu miejscach, trzeba ułożyć w całość, aby uzyskać prawdziwy obraz badanego tematu. Tysiące godzin spędzonych w kurzu archiwalnych dokumentów w Polsce i za granicą, a następnie analiza dziesiątek tysięcy stron materiałów, pisanych często po rosyjsku, francusku i niemiecku (także gotykiem). Rozpoznawanie, na podstawie szczegółowej i czasochłonnej analizy, bardzo wielu detali oraz tożsamości osób ze zdjęć nieopisanych. Jest to bardzo wyczerpująca, pochłaniająca wiele czasu, ale ogromnie satysfakcjonująca praca. Po takim okresie przygotowań, samą już przyjemnością są wyjazdy na Kresy, na miejsce funkcjonowania danej opisywanej placówki, gdzie trzeba jeszcze wykonać badania terenowe pozostałości po danym szpitalu, a także zlustrować materiały archiwalne zachowane w miejscowych archiwach.

Zbigniew Kopociński:

Ten element zawsze związany jest z dużymi emocjami, bo chodzimy po tych samych ścieżkach, korytarzach, po których stąpali opisywani przez nas lekarze. Niekiedy są to tylko ruiny, a bywa, że funkcjonujący do dnia dzisiejszego szpital. Konfrontacja ze współczesnym obliczem tych instytucji budzi mieszane uczucia. Zawsze żal, że nie ma tam żadnej tablicy informacyjnej, iż mieścił się tam polski szpital wojskowy.

Krzysztof Kopociński:

Tym bardziej ważne jest opisanie dziejów tych placówek, bo w ten sposób nie zostaną zasypane pyłem niepamięci.

Zbigniew Kopociński:

Warto wspomnieć, iż bardzo cenne materiały udaje się pozyskać od rodzin opisywanych lekarzy. Znakomite oryginalne zdjęcia, dokumenty archiwalne (legitymacje, dyplomy,

odznaczenia, pieczątki), a czasem pożółkły rękopis zawierający wspomnienia danego doktora. Pozyskanie takich artefaktów zapierało nam niejednokrotnie dech w piersiach i wywoływało przyspieszone bicie serca.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Na przestrzeni blisko ćwierćwiecza Wasz dorobek obejmuje dziesięć publikacji książkowych. Czy wśród nich znajduje się taka, którą uznaliby Panowie za szczególnie ważną lub najbardziej znaczącą z perspektywy całej Państwa pracy naukowej?

Zbigniew Kopociński:

Każda z naszych książek ma charakter absolutnie pionierski, opisujemy szpitale, które wcześniej w historiografii nie zaistniały. Każda jest unikatowa i trudno mi wskazać tę jedną, która jest lepsza od pozostałych.

Krzysztof Kopociński:

Bez wątpienia ważna była dla nas trylogia wydana na 70-lecie 105 Szpitala Wojskowego w Żarach, czyli: „105 Szpital Wojskowy. Duma Ziemi Lubuskiej”, „Lekarze szpitala wojskowego w Żarach” i „Dzieje Wojskowej Komisji Lekarskiej w Żarach”. Cykl ten przedstawia powstanie i rozwój naszej placówki oraz jej kadrę medyczną w sposób maksymalnie pełny, nie znam szpitala wojskowego w kraju, który w tak detaliczny sposób miałby opisane własne dzieje.



Galeria dziesięciu książkowych monografii autorstwa Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich, czapka lekarza 1. Korpusu Polskiego, oftalmoskop, próbne oprawki okularowe, tablica do badania ostrości wzroku do bliży i rekonstrukcja powstańczej opaski

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Zbigniew Kopociński:

Dzięki tej pracy wykazaliśmy ogromny wkład Kresowian w powstanie i rozwój tego zakładu, co było podstawą naszego wniosku do Ministra Obrony Narodowej o nadanie zaszczytnej wyróżniającej nazwy „Kresowy” 105 Szpitalowi Wojskowemu z Przychodnią w Żarach, a miało to miejsce w roku 2014. Życzę każdemu przeżycia takiej radości, gdy po kilku latach ciężkiej pracy udaje się doprowadzić do tak znaczącej, trwałej i spektakularnej zmiany nomenklatury placówki. Dla nas, wywodzących się rodzinnie z okolic Lwowa, ma to szczególne znaczenie. Jest to jedyny w dziejach Polski przykład szpitala (zarówno cywilnej i wojskowej służby zdrowia), który swą nazwą oddaje cześć kresowym twórcom tej jednostki. Jesteśmy bardzo dumni, gdy wypisujemy receptę, a na pieczątce nagłówkowej jest napisane „105 Kresowy Szpital Wojskowy”, a ten zaszczytny wyróżnik to efekt naszej pracy.

Krzysztof Kopociński:

W roku 2016 napisaliśmy książkę „Sanatorium Rehabilitacyjne Leczenia Zeza w Sobótce”, w której przedstawiliśmy dzieje unikatowej na skalę kraju placówki z naszej „małej ojczyzny”. Dziś zupełnie zapomniana, bez śladu istnienia, a w latach świetności znana w całej Polsce. Jedyną pozostałością po tym zakładzie jest nasza monografia, w której w detalach przedstawiliśmy całość działalności od powstania po likwidację. Zwróciliśmy także uwagę na wkład lekarzy wojskowych w jego rozwój.

Zbigniew Kopociński:

Dzieje tego niezwykłego sanatorium to kolejny przykład, jak w naszym kraju łatwo dochodzi do likwidacji zasłużonego szpitala, a po kilkudziesięciu latach niemal nikt nie pamięta o jego istnieniu. Naszą pracą zainicjowaliśmy proces uhonorowania dyrektor tej placówki dr Haliny Licowej tytułem Honorowego Obywatela Sobótki, co jest dla nas powodem do dumy i satysfakcji.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Z tego, co się orientuję, równie ciekawa historia wiąże się z płk. Jerzym Rowińskim; proszę o tym opowiedzieć!

Krzysztof Kopociński:

Podczas pracy nad monografiami poświęconymi 105 Szpitalowi Wojskowemu dotarliśmy do rodziny naszego byłego lekarza. Okazało się, iż bezimienna postać znana nam jedynie na początku z fotografii znalezionej w szpitalu (której nikt z pracowników nie rozpoznawał) to przedwojenny lekarz, uczestnik kampanii wrześniowej, żołnierz Armii Krajowej walczący w Powstaniu Warszawskim, oficer 2. Armii WP, a później zastępca

komendanta Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Prawdziwą wisienką na torcie był fakt, iż w szufladzie biurka doktora zachował się maszynopis jego wspomnień. Obiecaliśmy sobie, że wrócimy do tej sprawy po zakończeniu prac nad trylogią żarskiej lecznicy.

Zbigniew Kopociński:

W roku 2017 opracowaliśmy naukowo i wydaliśmy wspaniałe wspomnienia Jerzego Rowińskiego pt. „Moja służba wojskowa", doskonały dokument ilustrujący oczami lekarza obraz międzywojnia, wojny i powojenny. Napisany ze swadą, poczuciem humoru i pewnym dystansem do rzeczywistości. Z pochodzenia dr Rowiński to także Kresowiak, zawsze kładziemy nacisk na to, aby nie zapominać o zasługach tego regionu dla Polski, o czym powszechnie często się nie pamięta. Dobrym przykładem jest tu postać gen. prof. Ludwika Rydygiera, światowej sławy chirurga, którego większość polskich lekarzy oczywiście kojarzy, ale już nieliczni wiedzą, że był obrońcą Lwowa, uczestnikiem wojny polsko-bolszewickiej 1920 roku i spoczął w mundurze generała Wojska Polskiego na Cmentarzu Obrońców Lwowa we Lwowie, a jego nagrobek uhonorowany był napisem „Obrońca Lwowa".



Okładka książki „Moja służba wojskowa"

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Krzysztof Kopociński:

Sami czytaliśmy te wspomnienia Jerzego Rowińskiego z wypiekami na twarzy, bo wydarzenia tam opisane, jak nauka w Szkole Podchorążych Sanitarnych, zajęcie Zaolzia przez Wojsko Polskie, walki w 1939 roku, czas okupacji, Powstanie Warszawskie, czy początki naszego szpitala lub naszej Wojskowej Akademii Medycznej, przedstawione są oczami uczestnika, a jednocześnie wnikliwego obserwatora tych zdarzeń. Gdy ofiarowaliśmy tę książkę kardiologowi – krewnemu jednego z bohaterów tam opisanych, czytał te wspomnienia jednym ciągiem przez całą noc, bo są tak wciągające.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Kontynuując tę tematykę, napisaliście Panowie monografię pt. „Szpital Wojskowy w Równem w latach 1919–1939”?

Krzysztof Kopociński:

Wydana w 2020 roku, opisywała pioniersko bardzo ciekawą historię szpitala wojskowego z Wołynia, od powstania, poprzez rozwój, aż do likwidacji w roku 1939. Wiele niezmiernie interesujących życiorysów lekarzy tworzących tę placówkę, nowatorskie rozwiązania w jej funkcjonowaniu zasługują na pokazanie. Współcześnie zlokalizowany jest tam szpital wojskowy armii ukraińskiej, rozmieszczenie poszczególnych działów placówki, ciągi komunikacyjne i budynki zachowały się w niezmienionej formie, co może być powodem do dumy i świadczyć, iż polski szpital w okresie dwudziestolecia międzywojennego wypracował wzór warty do naśladowania, co czynią także współcześni użytkownicy tego zakładu.

Zbigniew Kopociński:

Jednym z ciekawych epizodów opisanych na łamach tej monografii jest istnienie Wojskowego Domu Publicznego, jako dość kontrowersyjnej metody walki z szerzeniem się chorób wenerycznych w Wojsku Polskim (w detalach opisano zasady funkcjonowania tego przybytku, później rozwinęliśmy temat w jednym z artykułów naukowych). Bardzo niecodzienna, a wręcz unikatowa, jeśli chodzi o WP, inicjatywa wojskowych służb medycznych.

Krzysztof Kopociński:

Przypomnieliśmy także postać Ryszarda Ignacego Zieniawy, syna plut. Antoniego Zieniawy – podoficera Szpitala Garnizonowego w Równem. Po zakończeniu II wojny światowej Ryszard stał się prawdziwą legendą polskiego judo, wielokrotny mistrz Polski, a jako trener wychowawca wielu mistrzów olimpijskich. Antoni Zieniawa w czasach rówieńskich *incognito* występował w walkach zapaśniczych w Cyrku Staniewskich, więc

geny sportów walki przekazał małemu Rysiowi, co zaowocowało takimi wspaniałymi dla naszego kraju rezultatami. Ich źródłem, *notabene*, były także Kresy Wschodnie.

Dowiedzieliśmy się także o cennym depozycie zakopanym przez jednego z pracowników szpitala, może będzie okazja spróbować odszukać to miejsce, gdyż jest to niezmiernie interesująca historia, która mamy nadzieję, doczeka się kiedyś rozwiązania.

Zbigniew Kopociński:

Niestety nie znajdziemy współcześnie w Równem żadnej informacji, iż w budynkach tych funkcjonował wielce zasłużony dla zdrowotności całego regionu polski Szpital Wojskowy, a wielka szkoda.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia":

Wiadomo mi, że w Żarach bardzo kultywuje się pamięć o żołnierzach 2. Armii Wojska Polskiego walczących na Łużycach. Domyślam się, że z tych działań narodziła się kolejna inspiracja?

Krzysztof Kopociński:

Jeżdżąc corocznie na obchody rocznicy walk 2. Armii WP na Łużycach, dowiedzieliśmy się o wymordowaniu polskich rannych żołnierzy. Postanowiliśmy zbadać naukowo tę sprawę, czego efektem była nasza dwujęzyczna (polsko-niemiecka) monografia pt. „Horka – łużycka Golgota służby zdrowia 2. Armii Wojska Polskiego" wydana w 2021 r., w której przedstawiliśmy historię zagłady polskiej kolumny sanitarnej, której dokonali niemieccy zbrodniarze z Dywizji Grenadierów Pancernych „Brandenburg" z wielce prawdopodobnym udziałem ukraińskich kolaborantów ze 104. Brygady Grenadierów Pancernych „Wolna Ukraina".

Zbigniew Kopociński:

Mamy satysfakcję, że dzięki temu, iż książka została wydana także w języku niemieckim, dotarli do nas niemieccy dokumentaliści, którzy postanowili zrobić film o walkach na Łużycach. Został on zrealizowany w roku 2025 i zaprezentowany w niemieckiej stacji MDR, przedstawiał m.in. zbrodnię dokonaną na polskiej kolumnie sanitarnej, a opisaną w naszej książce. Cytowany był także opis sekcji zwłok katowanej ofiary. Występowaliśmy w tym filmie, wskazując na konieczność poszukiwania grobów poległych i pomordowanych polskich żołnierzy.

Krzysztof Kopociński:

Zarówno w naszej książce, jak i podczas obchodów pod Budziszynem, zwracamy uwagę, aby nie dzielić polskich żołnierzy na tych lepszych, walczących pod Monte Cassino czy

Arnhem, i tych gorszych, poległych na Łużycach. Słowa generała Stanisława Maczka: „Żołnierz polski bić się może o wolność wszystkich narodów – umiera tylko dla Polski”, powinny być dewizą dla wszystkich Polaków, a w szczególności dla niedouczonych domorosłych pseudohistoryków wyzywających żołnierzy 2. Armii Wojska Polskiego od komunistów zniewalających Polskę czy sowieckich pachołków. Taka niegodziwość nie powinna funkcjonować w przestrzeni publicznej.



Stanisław Góral, Zbigniew Kopociński, Katarzyna Bałut, Krzysztof Kopociński podczas uroczystości 74. rocznicy bitwy budziszyńskiej przy pomniku w Crostwitz, 2019 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Zbigniew Kopociński:

Jakaż szkoda, że zagładą polskiej kolumny sanitarnej nie zainteresowała się polska telewizja i nie stworzono filmu dokumentalnego o tej tragedii, która rozegrała się na kilka dni przed końcem wojny.



Okładka książki o zagładzie polskiej kolumny sanitarnej w Horce

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

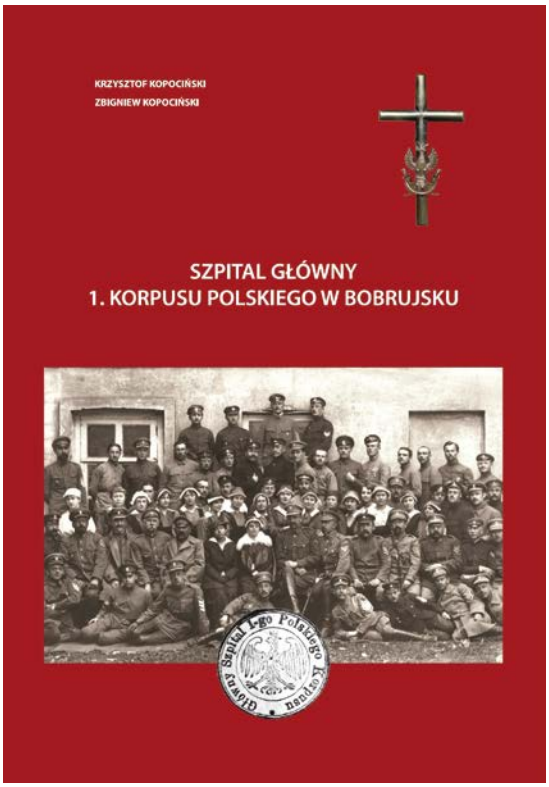
Kolejna Panów książka to ponownie powrót na Kresy – w dosłownym tego słowa znaczeniu, bo tym razem do Bobrujska…

Krzysztof Kopociński:

W roku 2023 wydaliśmy monografię pt. „Szpital Główny 1. Korpusu Polskiego w Bobrujsku”, opisującą działalność sanitariatu wojskowego korpusu utworzonego przez gen. Józefa Dowbor-Muśnickiego. Los nie był łaskawy dla tych żołnierzy, po I wojnie światowej sekowani przez rządy sanacyjne, po II wojnie światowej także zapomniani. Ogromny wkład dowborczyków w budowę polskiej armii, zwycięstwo w wojnie polsko-bolszewickiej i rozwój sił zbrojnych w dwudziestoleciu międzywojennym, teraz dopiero można obiektywnie przedstawić i docenić.

Zbigniew Kopociński:

Pracując nad każdą monografią, jako pierwsi odkrywamy niesamowite dzieje szpitala i wówczas mamy przekonanie, że także inne osoby, które będą o tym potem czytać, przeżyją podobne emocje. Na zdjęciach lekarzy 1. Korpusu Polskiego widać dokładnie ich



Okładka książki o Szpitalu Głównym 1. Korpusu Polskiego

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

piękne mundury, bardzo charakterystyczne, ale w dzisiejszej Polsce zupełnie nierozpoznawalne. Celowa polityka zwalczania pamięci o dokonaniach dowborczyków sprawiła, że mundury legionistów Piłsudskiego rozpoznaje prawie każdy, a niemal nikt nie zna mundurów żołnierzy gen. Józefa Dowbor-Muśnickiego…

Postanowiliśmy to zmienić, zleciliśmy wykonanie repliki mundurów (na podstawie zdobytej przez nas dokumentacji historycznej) znakomitej poznańskiej firmie i w ten sposób po raz pierwszy w Polsce na 16. Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy wystąpiliśmy w przepięknych mundurach lekarzy 1. Korpusu Polskiego. Spotkaliśmy się tam z ogromnym zainteresowaniem, każdy detal jak korpusówka medyczna, naramienne oznaczenie stopnia wojskowego, odznaka 1. KP czy odznaka lekarza wojskowego armii carskiej, skąd wywodziła się większość polskich lekarzy tej jednostki, musiał być tam szeroko przez nas omawiany. Buty oficerskie z ostrogami, a w nich carskie dziesięciokopiejki w charakterze kółek, budziły niekłamany podziw i uznanie dla tak drobiazgowego odwzorowania historii.



Krzysztof i Zbigniew Kopocińscy w mundurach lekarzy 1. Korpusu Polskiego podczas 16. Nadzwyczajnego Zjazdu Krajowego Lekarzy, Łódź, 2024 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Krzysztof Kopociński:

Mamy nadzieję, że choć w taki sposób po latach przywracamy należne miejsce w historii żołnierzom gen. Dowbor-Muśnickiego. W tym duchu doprowadziliśmy do wydania przez Wojskową Izbę Lekarską medalu pamiątkowego w 150. rocznicę urodzin gen. Broni-

sława Malewskiego, Szefa Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych, a wcześniej Naczelnego Lekarza 1. Korpusu Polskiego.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Ostatnie Panów dzieło to praca poświęcona okulistyce wojskowej. Przeczytałem w jednej z recenzji, że „to nie tylko studium historyczne, lecz także wyraźny głos w dyskusji o tym, jak opowiadać historię państwa i jego instytucji”.

Zbigniew Kopociński:

W grudniu 2025 r. wydaliśmy monografię pt. „Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym”[1]. Badaniami dziejów wojskowej służby zdrowia zajmujemy się ponad 20 lat, a wojskowymi okulistami jesteśmy jeszcze dłużej, toteż był to chyba najodpowiedniejszy moment, aby napisać pracę niejako *pro domo sua*.

Krzysztof Kopociński:

Przed nami, podobnie jak w przypadku innych naszych książek, nikt nie zajął się tą tematyką. Z tak szerokim i pełnym opracowaniem danej specjalności medycyny sanitariatu wojskowego nie spotkaliśmy się w historiografii. Przedstawiliśmy w sposób detaliczny zarys rozwoju okulistyki, cały etat okulistyczny Wojska Polskiego, wszystkich okulistów wojskowych, metody diagnostyczne i lecznicze, sposoby odbywania specjalizacji czy aktywność naukową.

Zbigniew Kopociński:

Ważnym aspektem jest także ukazanie wpływu okulistów wojskowych na okulistykę krajową, porównawcze zestawienie z ilością okulistów ogółem czy zapleczem łóżkowym poszczególnych szpitali. Ogromne wrażenie zrobiły na nas życiorysy wojskowych oftalmologów, wśród których było kilku generałów, wybitnych działaczy sportowych czy profesorów. Ilu współczesnych kibiców warszawskiej Legii ma świadomość, że wybitny polski okulista ppłk doc. Zygmunt Żołędziowski był zasłużonym działaczem i wiceprezesem klubu z Łazienkowskiej, a także prezesem całej Polskiej Ligi Piłki Nożnej?

Krzysztof Kopociński:

W kategorii sukcesu traktujemy rozwiązanie tajemnicy błędnego numerowania zjazdów Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (PTO), a także opisanie historii tworzenia tego wielce zasłużonego gremium. W książce podkreślamy także ogromny wkład okulistów wojskowych w rozwój medycyny lotniczej, na którym to polu dominacja mundurowej oftalmologii trwa do dnia dzisiejszego.

[1] Zob. omówienie tej monografii w tym numerze „Biuletynu GBL – Historia”: Katarzyna B. Fulbiszewska, *Nie tyko front. Historia medycyny wojskowej do korekty!*, s. 267–271.

Zbigniew Kopociński:

Warto zwrócić uwagę na unikalne fotografie zawarte w monografii, szczególnie cenna ze zjazdu Towarzystwa Okulistów Polskich w 1928 roku w Poznaniu, na której udało się nam ustalić wszystkich obecnych tam wojskowych lekarzy, jakże pięknie prezentujących się w mundurach.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia":

Na przestrzeni lat angażowali się Panowie w wiele działań związanych z popularyzacją historii wojskowej służby zdrowia oraz upamiętnianiem zasłużonych lekarzy. Jakie inicjatywy uważają Panowie za najważniejsze?

Zbigniew Kopociński:

Oczywiście, przez wiele lat napisaliśmy bardzo dużą ilość artykułów, uczestniczyliśmy w wielu konferencjach, na których przypominaliśmy o dorobku wojskowej służby zdrowia. Nie mogło nas zabraknąć podczas obchodów 150-lecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego we Lwowie, gdzie prezentowaliśmy postać mjr. dr. Lesława Węgrzynowskiego – Szefa Sanitarnego Naczelnej Komendy Obrony Lwowa w 1918 r. i Naczelnego Lekarza I Obwodu Śródmieście podczas Powstania Warszawskiego w 1944 r., domagając się uhonorowania tego zasłużonego medyka we Wrocławiu, gdzie po wojnie brał udział w tworzeniu służby zdrowia i Uniwersytetu Wrocławskiego.

Krzysztof Kopociński:

Po trzech latach starań, dzięki wsparciu naszego wniosku przez bardzo wiele szacownych środowisk (m.in.: Wojskowa Izba Lekarska, Światowy Związek Żołnierzy Armii Krajowej, Kresowe Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze im. Orląt Lwowskich, Patriotyczny Związek Organizacji Kresowych i Kombatanckich), udało się w roku 2019 doprowadzić do uhonorowania tego wielce zasłużonego lekarza nazwaniem jego imieniem parku przy ulicy Grabiszyńskiej. Sukces uwieńczony był piękną uroczystością w asyście kompanii honorowej Wojska Polskiego, która odbyła się w centrum Wrocławia zwanego dawniej drugim Lwowem.

Zbigniew Kopociński:

Z kolei podczas konferencji w Wilnie odnaleźliśmy na Cmentarzu na Antokolu zrujnowany grób ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza, byłego komendanta 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie. Wystąpiliśmy do Wojskowej Izby Lekarskiej o wsparcie finansowe w przeprowadzeniu renowacji nagrobka, która odbyła się w 2016 roku pod kierunkiem wybitnego konserwatora zabytków prof. Janusza Smazy, a zaszczytem dla nas i niezwykłą przygodą było włączenie się osobiste do tych prac.



Nagrobek ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza na Cmentarzu na Antokolu w Wilnie przed renowacją, Wilno, 2016 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

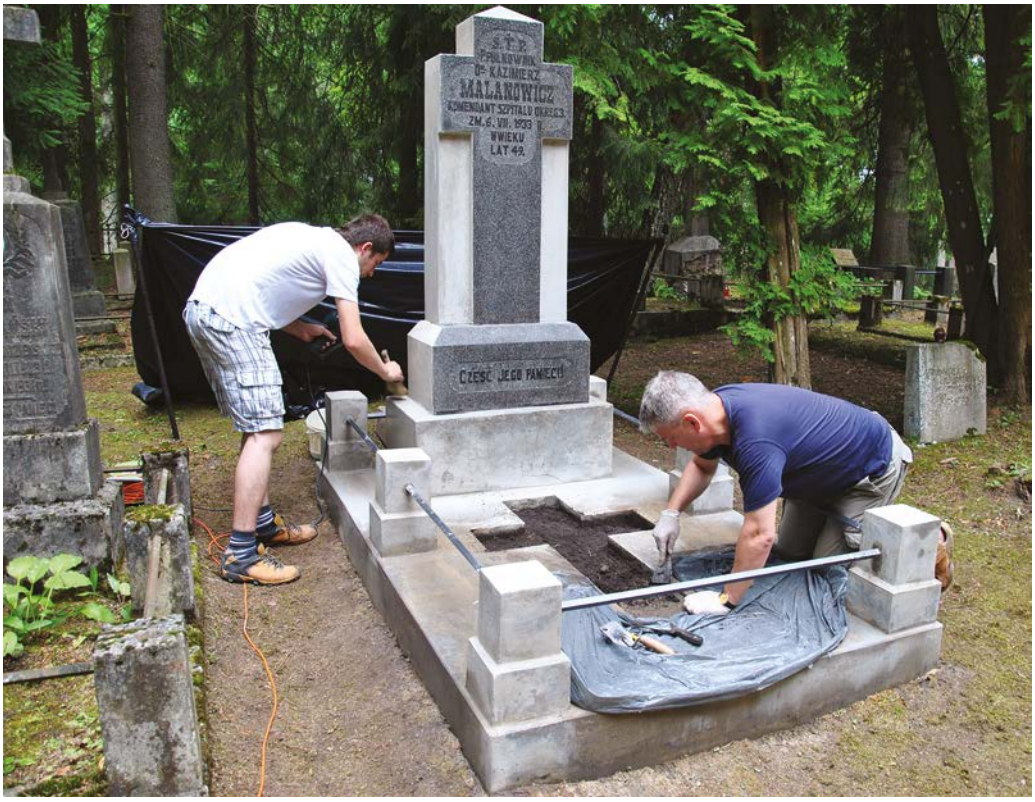


Nagrobek ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza na Cmentarzu na Antokolu w Wilnie po renowacji, Wilno, 2016 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Krzysztof Kopociński:

Końcowym akordem tego przedsięwzięcia była zorganizowana przez nas uroczystość ponownego poświęcenia odnowionego grobu, która odbyła się w asyście Kompanii Honorowej Wojska Polskiego, Konsula Generalnego RP na Litwie, któremu towarzyszył attaché wojskowy. Niezapomniana Msza Święta w intencji ppłk. dr. Malanowicza w przepięknym Kościele pw. św. św. Piotra i Pawła, celebrowana przez ks. mjr. Stanisława Denysa. Opatrzność sprawiła, że w tym samym dniu do Wilna z zespołem teatralnym przyjechał wybitny polski aktor Zygmunt Malanowicz, krewny ppłk. dr. Malanowicza. Artysta nie krył wzruszenia i tę koincydencję czasową traktował w kategorii absolutnie mistycznego doświadczenia.



Renowacja nagrobka ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza w Wilnie; z prawej Krzysztof Kopociński, Wilno, 2016 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Zbigniew Kopociński:

Bardzo cenimy sobie nasz wielokrotny udział w znakomitym cyklu konferencji pt. „Lekarz jako autor i bohater literacki” organizowanych we współpracy Uniwersytetu



Zbigniew Kopociński, prof. Janusz Smaza i Krzysztof Kopociński podczas prac renowacyjnych przy nagrobku ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza, Wilno, 2016 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Wrocławskiego z samorządem lekarskim. *Spiritus movens* całego przedsięwzięcia to prof. Edward Białek i dr Dariusz Lewera. Ten duet zorganizował w 2024 roku, przy dużym wsparciu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Ogólnopolską Konferencję Historyków Medycyny w stulecie I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny – największą z tej dziedziny, w jakiej uczestniczyliśmy. Fantastyczne referaty, piękne tablo, znakomita atmosfera.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

W swojej działalności nie ograniczają się Panowie jedynie do publikacji naukowych, lecz tworzą także trwałe miejsca pamięci poświęcone wybitnym lekarzom wojskowym i ofiarom historii. Wielokrotnie podkreślają Panowie, że pamięć o wybitnych lekarzach wojskowych bardzo szybko zanika, dlatego tak dużą wagę przywiązują Panowie do materialnych form upamiętnienia ich życia i dokonań. Skąd potrzeba takich działań i które z tych inicjatyw upamiętniających mają dla Panów szczególne znaczenie?

Krzysztof Kopociński:

Zdając sobie sprawę, że niestety coraz mniej osób w Polsce czyta książki czy artykuły naukowe, staramy się upowszechniać wiedzę o dokonaniach lekarzy wojskowych także w inny, bardziej dostępny dla ogółu sposób, ale jednocześnie bardzo trwały.



Tablica w hołdzie lekarzom
3. Szpitala Okręgowego w Grodnie i 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu nad Bugiem,
Kościół Garnizonowy w Żarach, 2007 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Tablica w hołdzie ppłk. dr. Kazimierzowi Maciejewskiemu, Żary, 2011 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

W roku 2007 zaprojektowaliśmy i ufundowaliśmy tablicę pamięci ku czci pomordowanych przez NKWD lekarzy wojskowych z 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu nad Bugiem i 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie, którą umiejscowiono w żarskim Kościele Garnizonowym. Z kolei w 2011 roku byliśmy inicjatorami posadzenia „Dębu Pamięci” dla uhonorowania grodzieńskiego okulisty ppłk. dr. Kazimierza Maciejewskiego, także ofiary Zbrodni Katyńskiej, co zostało zrealizowane na terenie naszego 105 Szpitala Wojskowego w Żarach; obok dębu stanęła kamienna tablica memoratywna naszego projektu.

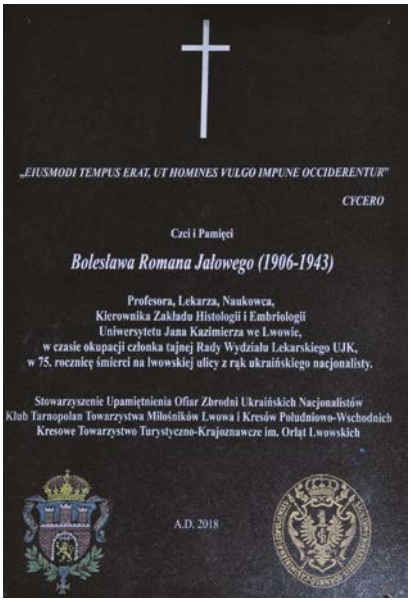
Zbigniew Kopociński:

W 2018 roku zaprojektowaliśmy i ufundowaliśmy tablicę, która jest umieszczona w Kościele Garnizonowym w Żarach, w hołdzie Profesorowi Bolesławowi Jałowemu z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, lekarzowi i naukowcowi zamordowanemu przez ukraińskich nacjonalistów. Wcześniej przeprowadziliśmy badania naukowe poświęcone tej zbrodni zwieńczone odpowiednią publikacją. Odbyła się piękna



Uroczystość posadzenia „Dębu Pamięci" i odsłonięcia tablicy w hołdzie ppłk. dr. Kazimierzowi Maciejewskiemu, Żary, 2011 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Tablica w hołdzie prof. Bolesławowi Jałowemu z wizerunkami herbów miasta Lwowa i Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Kościół Garnizonowy w Żarach, 2018 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Tablica w hołdzie płk. dr. Wacławowi Szredersowi, Wojewódzkie Centrum Pediatrii Kubalonka, 2019 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

uroczystość z udziałem licznych delegacji kresowych z Polski, a także krewnych zamordowanego profesora.

Krzysztof Kopociński:

Piękna forma tablicy z herbami bliskimi sercu każdego Kresowiaka, a mianowicie Królewskiego Miasta Lwowa oraz Uniwersytetu Jana Kazimierza, jest bez wątpienia ozdobą naszej świątyni.

Zbigniew Kopociński:

Uroczystość o podobnym charakterze zorganizowaliśmy także w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej (2019 r.). Honorowaliśmy tam postać płk. dr. Wacława Szredersa. Kresowiaka, uczestnika czterech wojen, kawalera Krzyża Walecznych, w okresie dwudziestolecia międzywojennego jednego z 10 najważniejszych lekarzy w wojskowej służbie zdrowia (szef sanitarny Okręgu Korpusu). Po zakończeniu II wojny światowej znalazł się w Istebnej, gdzie do końca swego życia pracował w Państwowym Sanatorium Przeciwgruźliczym dla Dzieci i Młodzieży. W publikacji naukowej opisaliśmy dokładnie postać tego wybitnego oficera, współcześnie całkowicie zapomnianego.

Krzysztof Kopociński:

Przerażające jest to, że po zaledwie 50 latach od śmierci tak wybitnej osoby, nikt niestety nie dopilnował tego, aby jego grób nie został zlikwidowany. Zaprojektowana przez nas tablica zawisła w miejscu, w którym płk dr Szreders pracował w ostatnim okresie swej aktywności zawodowej, a jej odsłonięcia dokonali przedstawiciele władz Śląskiej



Uroczystość odsłonięcia tablicy płk. dr. Wacława Szredersa w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej, 2019 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



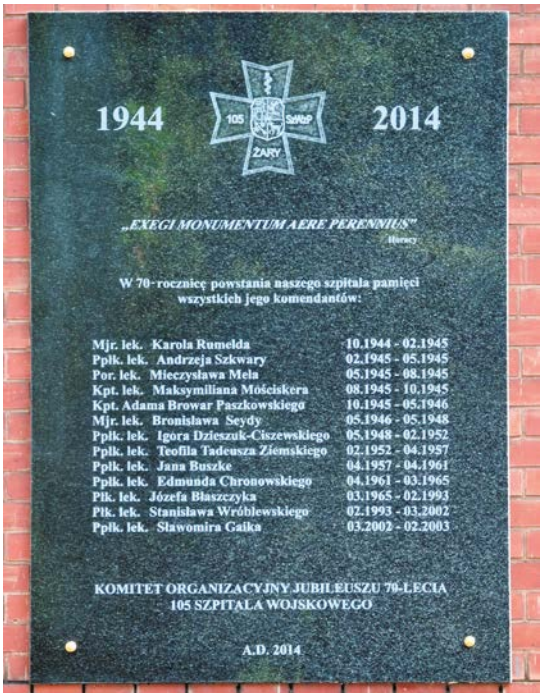
Uroczystość odsłonięcia tablicy płk. dr. Wacława Szredersa w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka" w Istebnej, 2019 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

i Wojskowej Izby Lekarskiej, które były fundatorami tego upamiętnienia. Poza naszą publikacją, jest to jedyne fizycznie namacalne miejsce, gdzie przypominamy o dokonaniach tego zasłużonego medyka.

Zbigniew Kopociński:

Taką amnezję zarejestrowaliśmy także u nas w Żarach, gdy okazało się, że po prawie 70 latach istnienia szpitala nikt z pracowników nie był w stanie wymienić nawet z imienia i nazwiska wszystkich komendantów. Przedstawiliśmy tych wszystkich oficerów z pełnymi życiorysami i zdjęciami w naszych monografiach, ale także zaprojektowaliśmy tablice memoratywne w hołdzie naszym dowódcom i przewodniczącym Wojskowej Komisji Lekarskiej. Uroczyste ich odsłonięcie i poświęcenie w rocznicę powstania placówki było zwieńczeniem naszej pracy. Mamy ogromną satysfakcję, że na frontonie budynku poliklinki piękne granitowe tablice przypominają wszystkim przybywającym tu, iż jest to lecznica o rodowodzie frontowym, a jej komendantami byli zasłużeni oficerowie Wojska Polskiego.



Tablica w hołdzie komendantom 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach, 2014 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Tablica upamiętniająca przewodniczących Wojskowej Komisji Lekarskiej w Żarach, 2015 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Widziałem Panów zdjęcia w powstańczych panterkach, jak mogę się domyślić to także ciekawa historia?

Krzysztof Kopociński:

W jedną z rocznic wybuchu Powstania Warszawskiego postanowiliśmy uczcić pamięć lekarzy naszego szpitala, którzy wcześniej byli żołnierzami powstańczej Warszawy, a mianowicie mjr. dr. Jerzego Rowińskiego pseudonim „Jurand” oraz mjr. dr. Zbigniewa Badowskiego pseudonim „Dr Zbigniew”. Wspólnie z bratem zaprojektowaliśmy tablicę pamiątkową, która pojawiła się na jednym z budynków szpitala.

Zbigniew Kopociński:

Przepiękna uroczystość w ceremoniale wojskowym, my wraz z kilkoma osobami przebrani w panterki, wszyscy uczestnicy w przygotowanych przez nas biało-czerwonych opaskach z godłem i literami WP, w tle powstańcze piosenki. Najważniejsze jest to, że mogliśmy w ten sposób przypomnieć o ofiarności wojskowej służby zdrowia w czasie tych 63 dni hekatomby w Warszawie.



Zbigniew i Krzysztof Kopocińscy w powstańczych panterkach podczas uroczystości w hołdzie lekarzom-powstańcom, Żary, 2015 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich



Tablica w hołdzie lekarzom-powstańcom warszawskim, Żary, 2015 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Maskotka 105 Kresowego Szpitala Wojskowego to także efekt Panów pracy. Skąd wzięła się ta historia i dlaczego ośliczka Baśka stała się oficjalnym symbolem szpitala?

Zbigniew Kopociński:

Zbierając materiały do trylogii o naszym zakładzie dowiedzieliśmy się, iż w 8. Polowym Ruchomym Szpitalu Chirurgicznym, frontowej jednostce, z której wywodzi się nasza placówka, pojawiła się ośliczka. Pracowała w grupie transportowej i związana była ze szpitalem ponad 20 lat. Wielu pracowników ją pamiętało, jak chodziła swobodnie po terenie parkowym między budynkami zakładu. Bardzo lubiła cukierki i wystarczyło zaszeleścić papierkiem, aby Baśka, bo tak była nazywana, przybiegała po smakołyk.

Krzysztof Kopociński:

Zgłębiliśmy jej historię, dotarliśmy do dokumentów poznańskiego ZOO, gdzie przekazana została na emeryturę. Piękna historia frontowej ośliczki, wiernej i wspierającej nasz szpital przez tyle lat, stała się dla nas inspiracją. Zaprojektowaliśmy maskotkę, która nawiązywała do tej postaci, przedstawia ośliczkę w rogatywce z orzełkiem piastowskim z otokiem amarantowym wojskowej służby zdrowia, z torbą sanitarną, znakami szpitala i czerwonego krzyża oraz stetoskopem. Dyrektor szpitala swoim zarządzeniem oficjalnie nadał Baśce status maskotki placówki, co jest unikatową sytuacją na skalę kraju. Cieszę się, że w naszej codziennej pracy Baśka jest także obecna i potrafi swoim wizerunkiem dodać ducha najmłodszym pacjentom. To drugie życie ośliczki, już jako maskotki, która dalej już w nieco innym charakterze wspiera swój szpital.



Baśka, maskotka 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach na Cmentarzu Obrońców Lwowa we Lwowie

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

W tej bogatej działalności istotne miejsce zajmuje nie tylko praca naukowa i upamiętnianie wybitnych postaci medycyny wojskowej, lecz także troska o materialne świadectwa historii – odznaki, oznaki oraz pamiątki związane z sanitariatem wojskowym. Organizowane przez Panów wystawy falerystyczne stały się nie tylko formą popularyzacji wiedzy, ale również sposobem ocalenia od zapomnienia unikalnych zbiorów związanych z tradycją Wojskowej Akademii Medycznej i wojskowej służby zdrowia. Jak narodził się pomysł, aby właśnie w takiej formie prezentować i przywracać pamięć o tych często niedostępnych dla szerszego grona eksponatach?

Zbigniew Kopociński:

Nasz kolega z Wojskowej Akademii Medycznej, ppłk dr Marek Jędrzejczyk, od wielu lat gromadził odznaki sanitariatu wojskowego. Niestety, przez długi czas niewiele osób miało możliwość zapoznania się z tym niezwykle interesującym zbiorem. Z okazji obchodów 70-lecia naszego Szpitala zorganizowaliśmy wystawę poświęconą odznakom polskiej wojskowej służby zdrowia, na której zaprezentowano m.in. odznaki pułkowe, naramienne, pagony, korpusówki oraz wiele innych cennych eksponatów. Wydaliśmy również specjalny folder, a sama ekspozycja spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem.

Krzysztof Kopociński:

Po czterech latach, pod patronatem Prezydenta RP i w ramach obchodów stulecia odzyskania niepodległości, przygotowaliśmy podobną wystawę, rozszerzoną o eksponaty pozyskane w kolejnych latach. Serce każdego WAM-owca biło szybciej na widok pagonów podchorążackich, galonów oznaczających kolejne lata nauki czy naramiennika z tzw. „wamką”. Sama prezentacja falerystyki związanej ze służbą zdrowia w sposób obrazowy przypominała o istnieniu poszczególnych szpitali i instytutów, co również miało istotne znaczenie.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Od lat angażują się Panowie w działalność organizacji kresowych – Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich oraz Stowarzyszenia Upamiętnienia Ofiar Zbrodni Ukraińskich Nacjonalistów. Także na tym polu mają Panowie znaczące osiągnięcia.

Krzysztof Kopociński:

Jesteśmy w naszej rodzinie pierwszym pokoleniem urodzonym już na Dolnym Śląsku. Wszyscy nasi przodkowie od pokoleń mieszkali na Kresach, na terenach dawnego województwa tarnopolskiego, głównie w Przemyślanach i pobliskiej wsi Krosienko.



Fragment wystawy odznak wojskowej służby zdrowia w Muzeum Kresowym im. abp. Ignacego Tokarczuka, Żary, 2014 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Takie korzenie zobowiązują, szczególnie że kilkanaście osób z naszej rodziny zginęło z rąk ukraińskich nacjonalistów z band UPA (w tej grupie kilkoro małych dzieci spalonych żywcem). Ci, którym udało się przeżyć, po 1945 roku zostali przesiedleni na Ziemie Odzyskane. Opowieści Dziadka, Babci i Wujków o codziennym życiu na Kresach – o pracy, zwyczajach, ale również o dramacie naszej rodziny – stały się podstawą do napisania książki opisującej świat zwykłej kresowej polskiej rodziny, który po 1945 roku rozpadł się i musiał zostać odbudowany setki kilometrów dalej, na zachodzie Polski.

Zbigniew Kopociński:

To właśnie z tych doświadczeń zrodziła się nasza inicjatywa utworzenia w 2016 roku Krzyża Wołyńskiego na żarskim Cmentarzu Komunalnym. Jest to miejsce, w którym można oddać hołd Polakom bestialsko zamordowanym przez ukraińskich nacjonalistów, a zarazem symboliczny grób tych wszystkich ofiar, które do dziś nie doczekały się godnego pochówku. „Morze” zniczy zapalanych tam każdego 1 listopada pokazuje, jak ważna i potrzebna społecznie była ta inicjatywa.



Krzyż Wołyński na Cmentarzu Komunalnym w Żarach podczas obchodów Narodowego Dnia Pamięci Ofiar Ludobójstwa dokonanego przez ukraińskich nacjonalistów, 2020 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Krzysztof Kopociński:

Jesteśmy dumni, że co roku, 11 lipca, odbywają się tam główne lubuskie obchody Narodowego Dnia Pamięci Ofiar Ludobójstwa dokonanego przez ukraińskich nacjonalistów. Są to podniosłe uroczystości z udziałem władz państwowych i samorządowych, pocztów sztandarowych oraz kompanii honorowej Wojska Polskiego. W ten sposób pokazujemy, że pamiętamy oraz niezmiennie domagamy się ekshumacji i godnego pochówku wszystkich polskich ofiar, spoczywających do dziś w bezimiennych dołach śmierci, bez znaku krzyża.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Doświadczenia wyniesione z badań nad losami Kresów stały się dla Panów impulsem do podjęcia inicjatywy upamiętniającej tzw. „Sprawiedliwych Ukraińców”. Jak narodził się pomysł tej uroczystości?

Krzysztof Kopociński:

Punktem wyjścia była autentyczna historia naszej rodziny, która wydarzyła się w Krosienku. Nasza babcia, wówczas młoda matka kilkumiesięcznego dziecka – naszego ojca – została ostrzeżona przez ukraińskiego sąsiada. Starszy człowiek, który znał ją od dziecka, nie potrafił pogodzić się z tym, że jego własny syn, herszt lokalnej bandy UPA, planuje w nocy wymordować naszą rodzinę. Przybiegł potajemnie wieczorem i powiedział do naszej babci: „Dziecko, zabieraj swojego synka i uciekajcie, bo dziś nasi będą was zabijać”…

Zbigniew Kopociński:

Pamiętając tę historię, a także znając wiele podobnych świadectw, zorganizowaliśmy w 2015 roku w Żarach uroczystość poświęconą Sprawiedliwym Ukraińcom – tym przedstawicielom narodu ukraińskiego, którzy nie ulegli zbrodniczej ideologii banderowskiej i starali się ratować ludzi innych narodowości mordowanych w tamtym czasie: Polaków, Żydów, Rosjan, Słowaków, Węgrów, Ormian, Czechów czy Romów. Nierzadko sami płacili za to najwyższą cenę, ginąc z rąk członków OUN-UPA. Zaprojektowaliśmy dwujęzyczną, polsko-ukraińską tablicę pamiątkową, która została umieszczona na starych murach miejskich w centrum Żar.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Do czasu wybuchu pandemii organizowaliście Panowie zbiórkę zniczy na polskie cmentarze we Lwowie.



Tablica w hołdzie „Sprawiedliwym Ukraińcom" na murach miejskich w Żarach, 2015 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Zbigniew Kopociński:

Pod względem medialnym była to chyba najbardziej spektakularna inicjatywa środowisk kresowych w regionie. Przez wiele lat organizowaliśmy w naszym szpitalu tę akcję pod nazwą „Światełko Pamięci". Prawdziwe pospolite ruszenie, od przedszkolaków do staruszków, żołnierzy, strażaków, harcerzy, wszyscy przybywali do naszej placówki, aby dołożyć swój znicz, a przy okazji posłuchać o polskich cmentarzach na Kresach, o Obronie Lwowa i Orlętach Lwowskich.

Krzysztof Kopociński:

To jedyna sytuacja w Polsce, gdzie tłumy ludzi przychodziły do „ kresowego" szpitala nie na leczenie, ale z pomocą i sercem dla Polaków ze Lwowa. Łzy pojawiały się w oczach, gdy widzieliśmy starsze panie, idące z trudem o kulach, żeby przynieść światełko na polski grób.

Ostatnim radosnym akordem był czas, gdy wspólnie z uczniami żarskich szkół ładowaliśmy tysiące zniczy na olbrzymi samochód transportowy jadący do Lwowa!



Krzysztof Kopociński przed Poradnią Okulistyczną 105 KSzWzP podczas akcji „Światełko Pamięci” w otoczeniu młodzieży przynoszącej znicze na polskie cmentarze we Lwowie, 2017 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Historia Obrony Lwowa i czyn Orląt Lwowskich zajmują w Waszej działalności szczególne miejsce. W setną rocznicę tych wydarzeń przygotowali Panowie niezwykłą uroczystość, która na długo zapadła uczestnikom w pamięć. Jak wyglądały te obchody?

Zbigniew Kopociński:

Odbyło się to 22 listopada 2018 r. o godz. 5.00 rano, dokładnie sto lat po tym, jak por. Roman Abraham zerwał ukraińską flagę z ratusza lwowskiego i zaczepił „jedyną przynależną tam biało-czerwoną” na znak zwycięstwa w obronie Lwowa. W całym naszym mieście we wszystkich świątyniach zaczęły wówczas bić dzwony kościelne (piąta rano!), było ciemno, zimno (kilka stopni mrozu), a na żarskim rynku zgromadzony tłum ludzi, żołnierze z pochodniami. Kompania honorowa Wojska Polskiego wmaszerowała na rynek w rytm Marsza Lwowskich Dzieci. Wszyscy uczestnicy uroczystości mieli zaczepiony na rękawach znak obrońców Góry Stracenia, przygotowany przez nas wcześniej i rozdany przed początkiem uroczystości. Odbył się specjalnie napisany przez nas Apel Pamięci, w którym przypomnieliśmy wszystkie reduty Obrony Lwowa, a na koniec rozbrzmiała salwa honorowa, która echem wybrzmiała w całym mieście.

Krzysztof Kopociński:

Kulminacją było zawieszenie polskiej flagi na żarskiej wieży ratuszowej na znak pamięci o wielkim czynie Obrońców Lwowa. Całość zakończyliśmy wspólną fotografią uczestników z banerem przedstawiającym lwowskie ratuszowe lwy, a nawiązującą do fotografii oddziału por. Romana Abrahama zrobionej dokładnie 100 lat wcześniej przed lwowskim ratuszem. Przykre, że w takich małych Żarach potrafiliśmy podołać takiemu wyzwaniu i przeprowadzić niezapomniane uroczystości, a w stolicy naszego kraju, gdzie w Grobie Nieznanego Żołnierza spoczywa Obrońca Lwowa, nie podjęto takiego wyzwania, aby przypomnieć Warszawiakom, że właśnie świętujemy wielki triumf oręża polskiego we Lwowie.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia":

W każdej działalności opartej na pamięci historycznej i upamiętnianiu przeszłości pojawia się nie tylko przestrzeń dla zrealizowanych inicjatyw, ale także dla projektów, które – z różnych powodów – nie doczekały się realizacji. Często to właśnie te niespełnione pomysły stają się przedmiotem szczególnie gorzkiej refleksji, ponieważ dotyczą działań o dużym znaczeniu symbolicznym i społecznym.

Zbigniew Kopociński:

Za największy wstyd i zaniechanie polskich polityków uważamy brak realizacji naszego pomysłu budowy we Wrocławiu, na 100-lecie Obrony Lwowa, Kopca Obrońców Lwowa. Miała to być trwała forma hołdu dla bohaterów, którzy wywalczyli Polsce wolność. Chcieliśmy, aby nasze pokolenie po 100 latach od odzyskania niepodległości pozostawiło jakiś trwały pomnik pamięci w hołdzie tym, którzy tę wolność nam wywalczyli. Niestety, zabrakło odwagi, woli i patriotycznej odpowiedzialności.

Krzysztof Kopociński:

Skoro w XIX wieku udało się w Krakowie wybudować Kopiec Kościuszki, a we Lwowie Unii Lubelskiej, to w XXI wieku w Polsce, nie będącej już pod zaborami, także byłoby to możliwe. Projekt mógł stać się ogólnopolskim ruchem społecznym jednoczącym szkoły, wojsko, harcerzy i lokalne społeczności. W Żarach zorganizowaliśmy nawet konkurs na projekt kopca – dzieci z różnych szkół zrobiły piękne makiety. Szkoda, że takie konkursy nie były ogólnopolskie…

Zbigniew Kopociński:

Równie bolesne było zignorowanie naszych apeli do Prezydenta RP o pośmiertne przyznanie Orderów Orła Białego gen. Mieczysławowi Borucie-Spiechowiczowi i gen. Romanowi Abrahamowi – bohaterom obrony Lwowa. Na stulecie odzyskania przez Polskę

niepodległości uhonorowani zostali pośmiertnie w ten sposób przywódcy powstania śląskiego i wielkopolskiego, niestety o obronie Lwowa nikt nie pamiętał, mimo naszych wezwań i wniosków. Trudna do zrozumienia dyskryminacja wiernych synów ojczyzny.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Na przestrzeni wieloletniej działalności historycznej i kresowej zostali Panowie uhonorowani licznymi wyróżnieniami. Które były dla Panów szczególnie ważne i najbardziej poruszające?

Krzysztof Kopociński:

Czuliśmy się wielce zaszczyceni, że za naszą działalność kresową, zostaliśmy uhonorowani najwyższym wyróżnieniem Światowego Kongresu Kresowian „Premium Honoris Cresovianae”, wręczonym na Jasnej Górze.

Zbigniew Kopociński:

Jeszcze większą niespodziankę sprawił nam Prof. Stanisław S. Nicieja, wybitny historyk, twórca i były Rektor Uniwersytetu Opolskiego, dedykując nam jeden z tomów swojej legendarnej „Kresowej Atlantydy” jako „strażnikom pamięci kresowej”. Wychowywaliśmy się na książkach Prof. Niciei i nigdy nie przypuszczaliśmy, że spotka nas tak ogromne wyróżnienie.

Krzysztof Kopociński:

Szczególnie zapamiętamy inaugurację Ogólnopolskiej Konferencji Historyków Medycyny w stulecie I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny w Auli Leopoldyńskiej, gdzie wystąpiliśmy w mundurach lekarzy 1. Korpusu Polskiego. Wspaniałą niespodzianką dla nas był piękny portret z wizerunkiem naszych postaci wykonany i ofiarowany nam przez wielkiego artystę i lekarza ze Szczecina dr. n. med. Mieczysława Chruściela. Magiczny wieczór w niebywałym anturażu pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Zbigniew Kopociński:

W 2016 roku zostaliśmy laureatami Buzdyganów „Polski Zbrojnej”, nagrody niezmiernie cenionej, nazywanej także wojskowymi Oscarami. Czuliśmy wielką dumę, gdy w laudacji padły słowa, iż otrzymaliśmy ją za budowanie ducha korpusu wojskowej służby zdrowia.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Historia medycyny wydaje się dziś dziedziną nieco niedocenianą, mimo jej ogromnego znaczenia dla kształtowania etosu lekarskiego i pamięci o dokonaniach wybitnych medyków. Jak dziś oceniają Panowie miejsce historii medycyny w polskim środowisku akademickim i lekarskim?

Krzysztof Kopociński:

Cieszymy się, iż w większości Izb Lekarskich istnieją komisje bądź ośrodki historyczne, które zrzeszają ludzi rozumiejących, jak ważna jest nauka o przeszłości. Dzięki nim na poziomie lokalnym budowana jest pamięć o dokonaniach lekarzy. Od kilku lat organizowane są lekarskie konferencje historyczne, na których przedstawiciele świata medycznego z całej Polski mogą przedstawiać prace naukowe. Pierwszą zorganizowała w Ustroniu Śląska Izba Lekarska, następnie kolejne Izby – w Zielonej Górze, Płocku, Gdańsku. Promowanie wiedzy o wybitnych polskich lekarzach, którym współczesna, nawet światowa medycyna zawdzięcza bardzo wiele, a którzy zostali niemal zupełnie zapomniani, jest fundamentalnie ważną kwestią.

Zbigniew Kopociński:

Spotkania te pełnią też ważną funkcję integracyjną, a także mają za zadanie wzmacniać rolę historii medycyny w kształceniu lekarzy. To właśnie ta dziedzina odpowiada za to, aby student medycyny nie przekształcił się tylko w bezdusznego wykonawcę procedur medycznych, a został humanistą w pełnym tego słowa znaczeniu, jak przystało na prawdziwego lekarza. Ze smutkiem postrzegamy stopniową degradację historii medycyny na uniwersytetach medycznych, a także wynikające z tego niedocenianie wybitnych prac naukowych, tylko dlatego, że jako monografie nie posiadają współczynnika IF. Postulowalibyśmy do środowisk uniwersyteckich o powrót do znakomitej tradycji i wyłączenie tej dziedziny nauki z rozliczania punktowego, co przez bardzo wiele lat miało miejsce i pozwalało na znakomity rozwój polskiej historii medycyny w latach minionych.

Krzysztof Kopociński:

Warto brać przykład z takich państw jak USA, Wielka Brytania, Francja, Niemcy, Włochy czy Rosja, gdzie historia medycyny stoi na bardzo wysokim poziomie, przeznacza się duże środki na badania, a muzeów możemy im tylko pozazdrościć.

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

A propos muzeum: byliście Panowie inicjatorami wniosku Wojskowej Izby Lekarskiej do Ministra Obrony Narodowej o utworzenie Muzeum Polskiej Wojskowej Służby Zdrowia, czy udało się przekonać władzę do tej inicjatywy?

Krzysztof Kopociński:

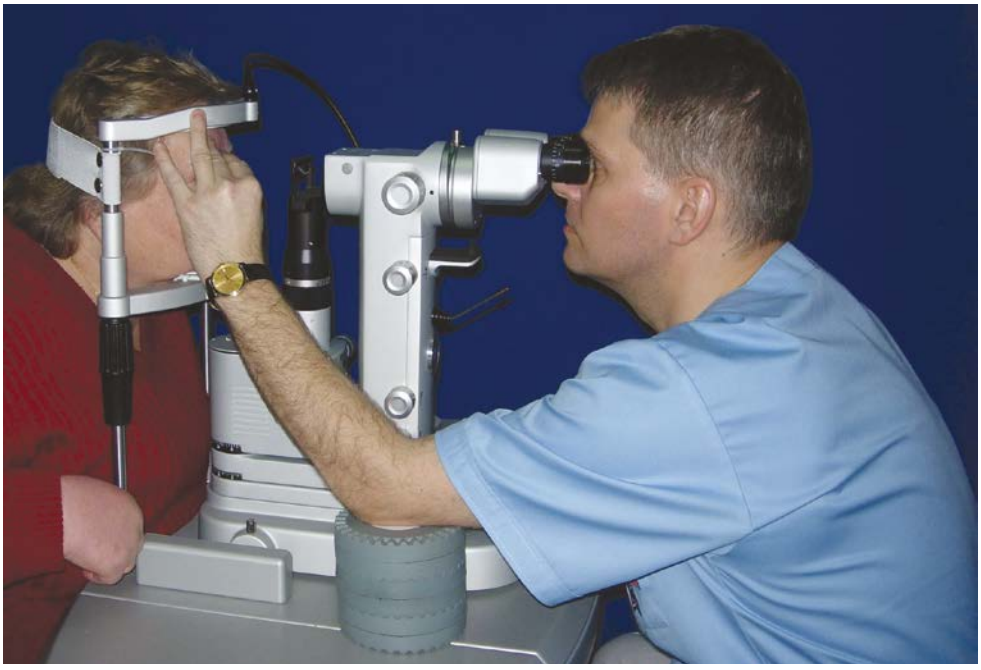
Niestety, na razie to kolejna zmarnowana szansa. Trudno nam zrozumieć, dlaczego Polska, mając wielowiekowe tradycje sanitariatu wojskowego, nie ma ochoty tym się szczycić i wychowywać kolejne pokolenia w dumie z dokonań naszych poprzedników.

Zbigniew Kopociński:

Postulowane przez nas muzeum mogłoby stać się prawdziwą perełką z unikatowymi eksponatami po lekarzach wojskowych (mundury, pieczątki, fartuchy, legitymacje, odznaczenia etc.), sprzętem medycznym, rozwiniętymi elementami polowej służby zdrowia, a także parkiem maszynowym ze wszelkiego rodzaju pojazdami sanitarnymi. W Polsce istnieją wszelakie muzea, w tym papieru, mydła, guzików, siekier, zabawek, porcelany, kolejnictwa, wsi itd., trudno zrozumieć, dlaczego pomysł utworzenia naszego muzeum nie zyskał aprobaty MON?...

Krzysztof Kopociński:

Wzorem do naśladowania w tej dziedzinie może być Śląska Izba Lekarska, która stworzyła unikatowe na skalę kraju Muzeum Historii Medycyny i Farmacji, czy warszawska Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, która na bazie przebogatych zbiorów swego Działu Starej Książki Medycznej organizuje właśnie Muzeum Medycyny. Skoro Izbę Lekarską oraz Bibliotekę stać było na podjęcie takiego wyzwania, to polskie Ministerstwo Obrony Narodowej miałoby nie mieć sił, aby sprostać podobnemu zadaniu?! Oczywiście, zawsze najważniejszą rolę odgrywają pasjonaci, którzy wezmą na siebie



Zbigniew Kopociński podczas wykonywania zabiegu laserowego w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach, 2012 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

mozolną pracę organizacyjną. Smutne, że MON, mając podany na talerzu pomysł i ludzi, którzy mogą podołać takiemu wyzwaniu, rezygnuje z walki o pamięć o dokonaniach wojskowego sanitariatu. Postawa taka jest dla nas trudna do zrozumienia.



Krzysztof Kopociński z pielęgniarką Barbarą Wróbel podczas wykonywania operacji zaćmy w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach, 2016 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Patrząc na imponujący dorobek Panów działalności – liczne publikacje, konferencje, inicjatywy upamiętniające wybitnych lekarzy wojskowych, a także konsekwentne przypominanie o kresowym dziedzictwie i etosie służby – trudno nie odnieść wrażenia, że wykonali Panowie ogromną pracę na rzecz zachowania pamięci historycznej. Czy po tylu latach aktywności mają Panowie jeszcze swoje niespełnione plany, marzenia lub projekty, które chcieliby zrealizować w przyszłości?

Krzysztof Kopociński:

Życie nauczyło nas, że najważniejsze stać w prawdzie, nie zrażać się niepowodzeniami i walczyć o słuszne sprawy do końca. Ksiądz Tadeusz Isakowicz-Zaleski żartobliwie mawiał na nasz widok: „witam straszliwe bliźniaki”, porównując nasze działania do legendarnej pary polskich okrętów podwodnych ORP „Dzik” i ORP „Sokół”, nieustępliwie siejących postrach wśród wrogów Ojczyzny. Nie zniechęcimy się i będziemy nieustannie zabiegać o utworzenie Muzeum Polskiej Wojskowej Służby Zdrowia oraz budowę Kopca Obrońców Lwowa.

Zbigniew Kopociński:

Chcielibyśmy także, aby udało się zrealizować film dokumentalny lub fabularny o zagładzie polskiej kolumny sanitarnej w Horce – Niemcy potrafili to zrobić, nie bądźmy gorsi. Może naszą rozmowę przeczyta któryś z polskich reżyserów i stanie się ona inspiracją do takiej pracy?

Krzysztof Kopociński:

Marzylibyśmy także o tym, aby podchorążowie Akademii Wojsk Lądowych czy reaktywowanej Wojskowej Akademii Medycznej przybywali rokrocznie w kwietniu pod Budziszyn, aby przejść symbolicznym marszem w „dolinie śmierci”, śladami swoich protoplastów z kolumny sanitarnej wymordowanej w Horce. Brytyjscy kadeci szkoły lotniczej, co rok przybywają do Polski, aby uczcić pamięć lotników z pamiętnej „wielkiej ucieczki” ze Stalagu Luft III pod Żaganiem, polscy podchorążowie nie powinni im ustępować pola.

Zbigniew Kopociński:

Trudno wyobrazić sobie lepszy wzór dla budowania ducha korpusu wojskowej służby zdrowia i gorąco apelujemy do decydentów o wykorzystywanie takich pomysłów.

Krzysztof Kopociński:

Jeśli powstanie Wojskowa Akademia Medyczna, chcielibyśmy, aby stworzono w niej Katedrę Historii Medycyny Wojskowej z prawdziwego zdarzenia, na bazie której można byłoby prowadzić dalsze badania naukowe poświęcone dziejom polskiego sanitariatu. O dokonaniach polskich lekarzy nie napiszą w USA, Francji czy Niemczech, jeśli sami nie zrobimy tego w naszym kraju.

Zbigniew Kopociński:

„Każdy ma swoje Westerplatte”, jak mówił św. Jan Paweł II, czyli sprawę, o którą nie można nie walczyć. Z tej barykady na froncie walki o pamięć i tradycje nie zejdziemy, nie zdezerterujemy.



Zbigniew i Krzysztof Kopocińscy w Poradni Okulistycznej 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach, 2024 r.

Archiwum Krzysztofa i Zbigniewa Kopocińskich

Redakcja „Biuletynu GBL – Historia”:

Dziękujemy za rozmowę i życzymy powodzenia w Panów planach!

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 47–80

Właściwości zdrowotne diety złożonej z owoców w traktacie medycyny prorockiej Dżalala ad-Dina as-Sujutiego

Health properties of a fruit-based diet in Jalal al-Din al-Suyuti's treatise on Prophetic medicine

Błażej Cecota
Akademia Piotrkowska, Piotrków Trybunalski

Streszczenie

Artykuł analizuje właściwości zdrowotne diety opartej na owocach w traktacie *at-Tibb an-Nabawi* Dżalala ad-Dina as-Sujutiego, osadzając go w szerszym kontekście medycyny prorockiej i humoralnej tradycji medycyny islamskiej. Analiza obejmuje szerokie spektrum owoców (m.in. daktyle, figi, winogrona, granaty, cytrusy, arbuzy, jabłka, morele, pigwy, orzechy, pistacje), którym przypisywano zróżnicowane właściwości „gorące", „zimne", „wilgotne" i „suche". Ich działanie interpretowano zarówno w kategoriach dietetycznych (trawienie, odżywianie, regulacja wydzielin), jak i terapeutycznych (leczenie kaszlu, chorób układu pokarmowego, układu nerwowego czy dolegliwości skórnych). Szczególną rolę odgrywały także tradycje przypisywane Prorokowi Muhammadowi. W efekcie owoce funkcjonują w dziele jednocześnie jako element diety, środek leczniczy oraz nośnik znaczeń religijno-symbolicznych.
Słowa kluczowe: medycyna prorocka, Dżalal ad-Din as-Sujuti, at-Tibb an-Nabawi, dieta owocowa, medycyna islamu.

Abstract

Prophetic medicine and the humoral medical tradition of the Islamic world. The analysis covers a wide range of fruits, including dates, figs, grapes, pomegranates, citrus fruits,

watermelons, apples, apricots, quinces, nuts, pistachios. Each is assigned specific qualities of heat, coldness, dryness, and moisture, which determine their dietary and medicinal functions. These include regulation of digestion, nutritional support, and treatment of conditions such as coughs, gastrointestinal disorders, skin diseases, and general bodily imbalance. A significant role is played by hadith-based narratives attributed to the Prophet Muhammad, which confer symbolic and quasi-sacred status on selected fruits and reinforce their medical legitimacy. As a result, fruits in the treatise function simultaneously as dietary elements, medicinal substances, and carriers of religious-symbolic meaning within a unified medical-religious worldview.
Key words: Prophetic medicine, Jalal al-Din al-Suyuti, at-Tibb an-Nabawi, fruit-based diet, Islamic medicine.

W historiografii nauk medycznych średniowieczny świat islamu jest najczęściej ujmowany jako przestrzeń intensywnej recepcji dziedzictwa antycznego. Uczeni muzułmańscy nie ograniczali się jednak do biernego przekazu tej spuścizny, lecz rozwijali ją poprzez systematyzację wiedzy, komentarz oraz praktyczne zastosowania. W rezultacie powstał rozbudowany korpus literatury medycznej, który przez stulecia stanowił istotny punkt odniesienia zarówno w świecie islamu, jak i – pośrednio – w łacińskiej Europie[1]. Równolegle do tego nurtu funkcjonowała jednak odmienna, choć niekoniecznie konkurencyjna, tradycja określana współcześnie mianem medycyny prorockiej (*at-ṭibb an-nabawi*)[2]. Jej podstawą były przekazy przypisywane Prorokowi Muhammadowi, utrwalone w literaturze hadisów, które interpretowano jako źródło wskazań dotyczących zdrowia, leczenia oraz profilaktyki. Przekazy przypisywane Prorokowi sugerują, iż leczenie farmakologiczne oraz poszukiwanie nowych metod terapeutycznych było postrzegane jako działanie zgodne z porządkiem ustanowionym przez Boga. W literaturze hadisów odnaleźć można

[1] Zob. D. Jacquart, *Wpływ medycyny arabskiej na średniowieczny Zachód*, [w:] *Historia nauki arabskiej*, t. 3: *Technika, Alchemia nauki przyrodnicze i medycyna*, red. R. Rashed, R. Morelon, tłum. J. Kozłowska, K. Pachniak, Warszawa 2005, s. 222-238; Ł. Karczewski, *Arabska wiedza medyczna w praktyce i teorii – przeciwdziałanie zmęczeniu w czasie odbywania Ḥağğu na podstawie wybranych przykładów z poradnika Qusṭā ibn Lūkā – zarys problematyki*, „Saeculum Christianum" 2019, t. 25, s. 42-53; E. Savage-Smith, *Medycyna*, [w:] *Historia nauki arabskiej, t. 3: Technika, Alchemia nauki przyrodnicze i medycyna*, red. R. Rashed, R. Morelon, tłum. J. Kozłowska, K. Pachniak, Warszawa 2005, s. 161-220. Podstawowe studium dotyczące muzułmańskiej medycyny w średniowieczu: P.E. Pormann, E. Savage-Smith, *Miedieval Islamic medicine*, Edinburgh 2007, s. 41-79.

[2] M. Ghaly, *Prophetic Medicine*, [w:] *Muhammad in History, Thought and Culture. An Encyclopedia of the Prophet of God*, eds C. Fitzpatrick, A. Walker, Santa Barbara 2014, s. 502-506. Tradycyjny punkt widzenia wraz z literaturą: A.A. Hussein et al., *Prophetic Medicine, Islamic Medicine, Traditional Arabic and Islamic Medicine (TAIM). Revisiting Concepts and Definitions*, „Acta Scientific Medical Sciences" 2019, t. 3, z. 8, s. 62-69.

wyraźne uzasadnienie dla podejmowania działań terapeutycznych, które w późniejszej tradycji stało się jednym z fundamentów legitymizujących praktykę leczenia w świecie islamu. Przekaz zachowany w zbiorze *Sunan* Abu Dawuda, przypisywany autorytetowi Usāmy ibn Šarīka, relacjonuje sytuację, w której zwrócono się do Proroka z pytaniem o dopuszczalność korzystania z pomocy lekarzy. Odpowiedź miała jednoznacznie afirmatywny charakter: leczenie zostało uznane za działanie zgodne z porządkiem ustanowionym przez Boga, który – zgodnie z przytoczoną tradycją – nie stworzył żadnej choroby bez przypisanego jej środka zaradczego, z wyjątkiem starości, mającej charakter nieodwracalny[3]. Analogiczne stanowisko zostało utrwalone w późniejszej kompilacji hadisów, *Mishkat al-Masabih* autorstwa al-Chatiba at-Tabriziego, gdzie ten sam przekaz funkcjonuje w nieco rozwiniętej formie. Autor, odwołując się do autorytetu wcześniejszych tradycjonalistów, takich jak Abu Dawud, At-Tirmizi oraz Ahmad ibn Hanbal, podkreśla normatywny charakter leczenia jako praktyki religijnie uzasadnionej. Tym samym medycyna prorocka nie tyle negowała inne formy wiedzy, ile nadawała im określony kontekst teologiczny[4]. Zalecenia zawarte w tego rodzaju traktatach obejmowały praktyki znane szerzej w tradycji medycznej, takie jak upuszczanie krwi, regulacja diety czy stosowanie łatwo dostępnych substancji naturalnych (np. miodu), czy wykorzystanie roślin o właściwościach leczniczych. Odpowiednie praktyki religijne, stan psychiczny oraz moralna kondycja jednostki były uznawane za czynniki wpływające na zdrowie fizyczne.

W obrębie tej szerokiej perspektywy szczególne miejsce zajmowały produkty spożywcze, w tym owoce, które w kulturze arabskiej posiadały zarówno znaczenie dietetyczne, jak i symboliczne. Ich obecność w traktatach medycyny prorockiej wskazuje na postrzeganie codziennego pożywienia jako potencjalnego środka terapeutycznego. Analiza tych zagadnień pozwala lepiej zrozumieć sposób, w jaki w średniowiecznej myśli islamskiej łączono obserwację empiryczną, tradycję religijną oraz refleksję nad naturą ludzkiego zdrowia.

Przedmiotem analizy będzie traktat *at-Tibb an-Nabawi* („Medycyna Proroka"), którego twórcą był Dżalal ad-Din as-Sujuti (1445–1505), jeden z najbardziej znanych późnośredniowiecznych uczonych sunnickich. Jego działalność przypada na okres dojrzałego systemu edukacji religijnej w sułtanacie mameluckim, w którym nastąpiła intensywna kodyfikacja i reprodukcja wiedzy tradycyjnej. Twórczość as-Sujutiego może być interpretowana jako świadoma próba systematyzacji oraz utrwalenia sunnickiego korpusu wiedzy.

Urodzony w Kairze w rodzinie o ugruntowanej pozycji w strukturach religijno-administracyjnych, as-Sujuti od wczesnych lat funkcjonował w środowisku uczonych

[3] Sunan Abu Dawud 3855 https://sunnah.com/abudawud:3855 [dostęp: 30.04.2026 r.].
[4] Mishkat al-Masabih 4532, https://sunnah.com/mishkat:4532 [dostęp: 30.04.2026 r.].

związanych ze szkołą szafi'icką. Jego ojciec, pełniący funkcje dydaktyczne i sądownicze, zapewnił mu zarówno kapitał społeczny, jak i materialne warunki umożliwiające niezakłócony rozwój intelektualny mimo wczesnej śmierci. System opieki sprawowany przez uczniów i współpracowników ojca wpisywał się w charakterystyczny dla epoki mechanizm transmisji wiedzy i autorytetu. Proces edukacyjny as-Sujutiego odpowiadał klasycznemu modelowi kształcenia uczonego muzułmańskiego: od poznawania Koranu, poprzez studia nad hadisami do prawa. Warto podkreślić, że jego formacja obejmowała także elementy wiedzy praktycznej, takie jak arytmetyka (szczególnie w kontekście prawa spadkowego), ale też podstawy medycyny tradycyjnej. Już na wczesnym etapie kariery uzyskał kompetencje w czterech kluczowych dyscyplinach: *hadis*, *fiqh*, *tafsir* oraz gramatyka arabska, co odpowiadało rdzeniowi ortodoksyjnego wykształcenia sunnickiego. Po ukończeniu nauk objął stanowisko wykładowcy prawa, nauczał hadisów, uzyskał prestiżową katedrę w madrasie Shajchunijja. Kulminacją jego kariery była nominacja przez sułtana al-Aszrafa Kajtbaja na stanowisko kierownicze w chanaki Bajbarsijja[5]. Jednocześnie jego aktywność obejmowała wydawanie fatw, co sytuowało go w centrum środowiska prawniczego[6]. Kluczowym aspektem jego twórczości była jej ogromna skala oraz specyficzna metoda kompilacyjno-syntetyczna. As-Sujuti operował formą skrótowego kompendium, które selekcjonowało i porządkowało materiał tradycyjny, czyniąc go bardziej dostępnym[7]. Ta strategia redakcyjna odpowiadała potrzebom późnośrednio-

[5] Éric Geoffroy ukazuje Dżalala ad-Dina as-Sujutiego jako jedną z kluczowych postaci łączących uczoność sunnicką z tradycją suficką w okresie mameluckim. W XV wieku model uczonego zaangażowanego w *tasawwuf* był już ugruntowany – opierał się na integracji wiedzy egzoterycznej (prawo, hadis) z wymiarem ezoterycznym, obejmującym doświadczenie duchowe i poznanie intuicyjne. As-Sujuti wpisuje się w tę tradycję, rozwijaną wcześniej przez takich autorów jak al-Dżunajd oraz al-Ghazali, przy czym jego znaczenie polegało na szczególnie wyraźnej i publicznej obronie sufizmu w ramach ortodoksji sunnickiej, por. E. Geoffroy, *Al-Suyūṭī as a Sufi*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014)*, ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016, s. 8–14. W swoich pracach as-Sujuti dowartościowywał również znaczenie Alego, niektóre jego komentarze należy uznać za właściwie zbieżne z tymi szyickimi, chociaż są raczej odzwierciedleniem jego przekonania o dydaktycznej i moralnej użyteczności tradycji dotyczących cnót Imama ʿAlego, które postrzegał jako element budujący religijną świadomość wspólnoty, por. S. Burge, *Al-Suyuti on the Merits of Imam ʿAli*, The Institute of Ismaili Studies 2010, s. 2–10.

[6] As-Sujuti konsekwentnie broni pozycji uczonego jako depozytariusza wiedzy religijnej, przeciwstawiając ją zarówno wpływom politycznym, jak i – w jego ocenie – niewłaściwym praktykom części środowisk mistycznych, por. R. Skreslet Hernandez, *Sultan, Scholar, and Sufi: Authority and Power Relations in al-Suyūṭī's Fatwā on Waqf*, „Islamic Law and Society" 2013, t. 20, nr 3, s. 333–370.

[7] Pod względem hermeneutycznym podejście as-Sujutiego pozostaje zbieżne z koncepcjami Ibn Tajmijji oraz Ibn Kasira, opartymi na prymacie przekazu tradycyjnego nad interpretacją spekulatywną: S.R. Burge, *Scattered Pearls: Exploring al-Suyūṭī's Hermeneutics and Use of Sources in al-Durr al-manthūr fi'l-tafsīr bi'l-maʾthūr,* „Journal of the Royal Asiatic Society" 2014, t. 24, nr 2, s. 251–296.

wiecznego odbiorcy i przyczyniła się do szerokiej recepcji jego dzieł w świecie islamu[8]. Na szczególną uwagę zasługuje stanowisko wobec nauk określanych jako „filozoficzne", w tym logiki i astronomii w sensie klasycznym. As-Sujuti konsekwentnie odrzucał ich autorytet epistemologiczny, uznając je za obce tradycji islamskiej i potencjalnie szkodliwe dla wiary[9]. Ostatnia faza jego życia charakteryzuje się wycofaniem z działalności publicznej i koncentracją na redakcji oraz kompilacji własnych dzieł[10]. Decyzja ta była wynikiem zarówno konfliktów instytucjonalnych, jak i konsekwencją jego dążenia do autonomii intelektualnej. Analiza Christiana Maudera pokazuje, że relacje as-Sujuṭiego z elitą władzy mameluckiej, w szczególności z sułtanem Kajtbajem, miały charakter długotrwałego konfliktu o wymiarze zarówno instytucjonalnym, jak i symbolicznym. Spór dotyczył m.in. obowiązku regularnych wizyt uczonego na dworze, wynikającego z jego funkcji nadzorczej nad fundacją religijną, oraz kwestii interpretacji norm religijnych, takich jak status określonych elementów ubioru. W późniejszym okresie życia as-Sujuti stopniowo ograniczał aktywność publiczną, dystansując się od dworu i odrzucając kolejne propozycje urzędowe ze strony następcy Kajtbaja, sułtana Kansuha al-Ghuriego. Jedno-

[8] Mimo formalnej oszczędności, jego komentarze – takie jak *al-Tawshih* do *Ṣahih* al-Buchariego – osiągnęły szeroką recepcję i długotrwały wpływ, obejmujący regiony Maghrebu, Hidżazu i Afryki Zachodniej, a także późniejsze tradycje komentatorskie. Ich sukces wynikał z połączenia przystępności, systematyczności oraz zdolności do syntetyzowania wcześniejszej tradycji, por. J. Blecher, *"Usefulness without Toil": Al-Suyūṭī and the Art of Concise ḥadīth Commentary*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014)*, ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016, s. 182–200.

[9] Na podstawie analizy wybranych dzieł Dżalala ad-Dina as-Sujutiego można dojść do wniosku, że sprzeciw wobec logiki stanowił istotny, a nawet dominujący element sunnickiej refleksji naukowej w okresie od XIII do XV wieku. Krytyka logiki była szeroko rozpowszechniona w różnych ośrodkach świata islamu – od zachodnich regionów, takich jak Walencja i Fez, po Aleppo, Irak i Mekkę – przy czym szczególnie silnie zaznaczała się w Egipcie i Syrii, por. M. Ali, *A Statistical Portrait of the Resistance to Logic by Sunni Muslim Scholars Based on the Works of Jalāl al-Dīn al-Suyūtī (849-909/1448-1505)*, „Islamic Law and Society" 2008, t. 15, nr 2, s. 250–267.

[10] Przypisuje mu się kilkaset prac z różnych dziedzin wiedzy, od religijnej po historyczną czy literaturo- i językoznawczą, por. P. Myrne, *Women and Men in al-Suyūṭī's Guides to Sex and Marriage*, „Mamluk Studies Review" 2018, t. 21, s. 47–67; F. Grande, *History, Comparativism, and Morphology: Al-Suyūṭī and Modern Historical Linguistics*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014*), ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016, s. 201–226; A. Ghersetti, *Poésie et grammaire selon Ǧalāl al-Dīn al-Suyūṭī,* „Quaderni di Studi Arabi" 2013, t. 8, s. 147–166; M. Ikhwan, *Kitab al-Muzhir of Jalal al-Din al-Suyuti: A Critical Edition and Translation of Section Twenty on Islamic Terms*, „Al-Jamiah Journal of Islamic Studies" 2009, t. 47, s. 377–410; A. Dhanani, *Suyūṭī: Abū al-Faḍl ʿAbd al-Raḥmān Jalāl al-Dīn al-Suyūṭī*, [w:] *The Biographical Encyclopedia of Astronomers*, ed. T. Hockey et al., New York 2007, s. 1112–1113. Wśród tłumaczonych na j. angielski prac wymienić można: Jalal ad-Din al-Suyuti, *Secrets Withhin the Order of the Qur'an*, trans. A. Karim, Dar al-Arqam 2018; Jalal ad-Din al-Suyuti, *The History of the Khalifahs who took the right way*, trans. A. Clarke, London 1995; Jalal ad-Din al-Suyuti, *The Perfect Guide to the Sciences of the Qur'an*, trans. M. Fareed, Al-Thani Center for Muslim Contribution to Civilization bdw.

cześnie jednak nie został całkowicie wykluczony z życia intelektualnego elity, ponieważ jego opinie nadal funkcjonowały w ramach dworskich dyskusji uczonych, co świadczy o utrzymaniu jego autorytetu w sferze nauk religijnych[11]. Niektórzy muzułmańscy autorzy podkreślają, że as-Sujuṭi reprezentował postawę refleksyjnej powściągliwości, unikając impulsywnych polemik oraz publicznych eskalacji sporów, a swoje odpowiedzi formułował w sposób wyważony[12]. Zmarł w 1505 r. w Kairze, pozostawiając po sobie korpus tekstów, który w sposób trwały ukształtował krajobraz intelektualny sunnickiego islamu późnego średniowiecza i wczesnej nowożytności[13].

W kontekście interesującego nas w niniejszym tekście dzieła, czyli *at-Tibb an-Nabawi* as-Sujutiego, należy poświęcić kilku słów wstępnych, dotyczących uwag autora odnośnie ogólnych zasad odnoszących się do włączania owoców do diety. Przede wszystkim przestrzega przed spożywaniem owoców „zepsutych" lub powodujących fermentację w żołądku. Uznawane są za szkodliwe, ponieważ mogą zaburzać proces trawienia i prowadzić do stanów chorobowych. Istotnym elementem jest także zakaz łączenia owoców z niektórymi innymi produktami, zwłaszcza z mlekiem. W tekście wyraźnie wskazano, że kombinacja „owoców i mleka" jest niewskazana, podobnie jak inne zestawienia uznawane za dietetycznie niezgodne. Wynika to z przekonania o potencjalnie niekorzystnych reakcjach zachodzących w organizmie przy łączeniu określonych typów pokarmów (np. różne „temperamenty" jedzenia w ujęciu humoralnym). Owoce pojawiają się również *implicite* wśród produktów, których nadmiar może szkodzić – przykładem są granaty, które choć same w sobie cenione, w nieodpowiednich zestawieniach (np. z mięsem) stają się problematyczne. Podsumowując, w ujęciu as-Sujutiego owoce nie są odrzucane jako takie, lecz ich spożycie powinno być: umiarkowane, oparte na świeżości i dobrej jakości, zgodne z zasadami właściwego łączenia pokarmów[14].

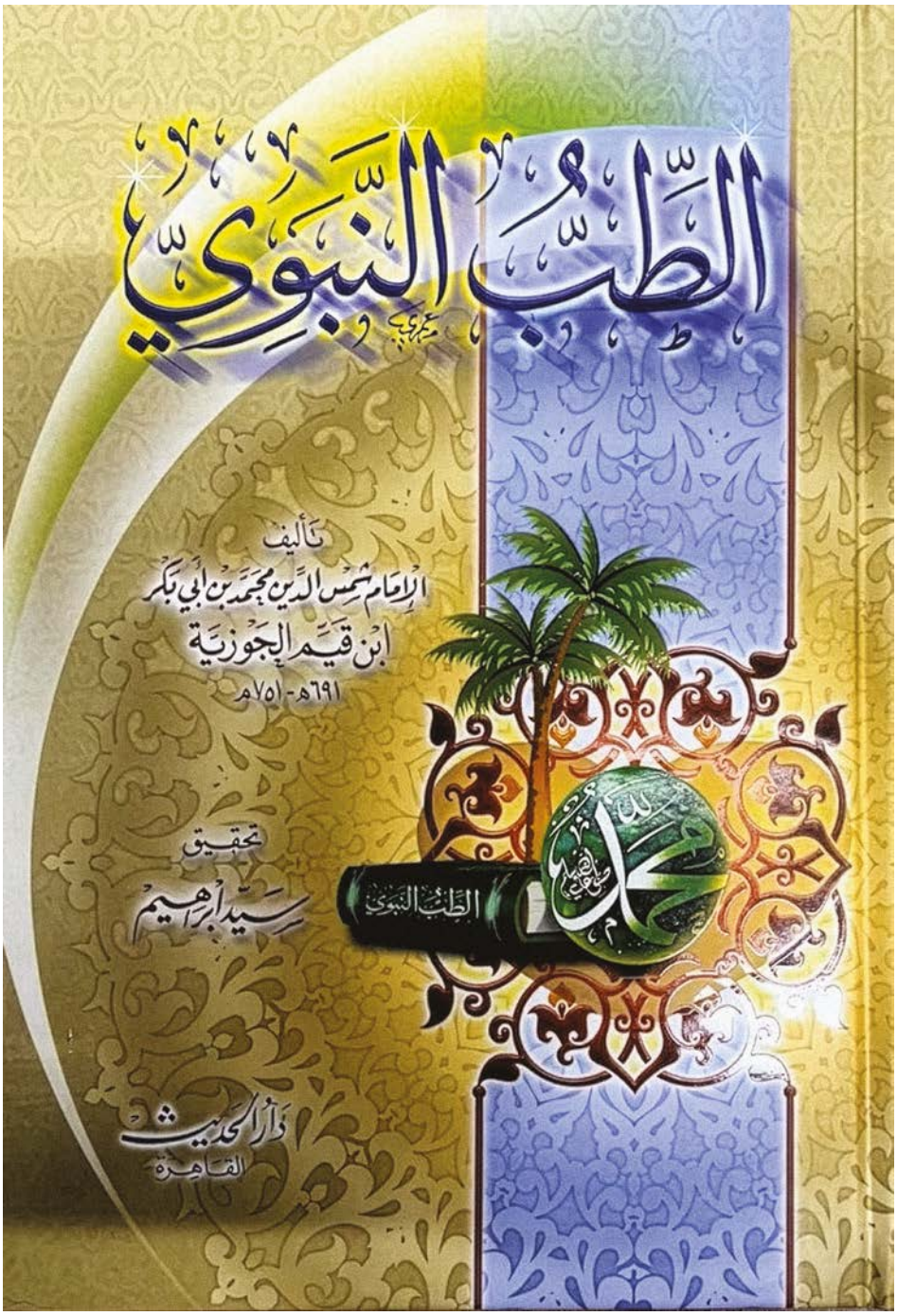
---

[11] Ch. Mauder, *Al-Suyūṭī's Stance Toward Worldly Power: A Reexamination Based on Unpublished and Understudied Sources*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014)*, ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016, s. 81–97.

[12] R. Baru et al., *A Forum of Scholars' Oversights. Imam al-Suyuti's Attitudes in Facing the Khilaf*, „International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences" 2017, t. 7, z. 5, s. 416–423. Właściwości zdrowotne diety złożonej z owoców w traktacie medycyny prorockiej Dżalala ad-Dina as-Sujutiego

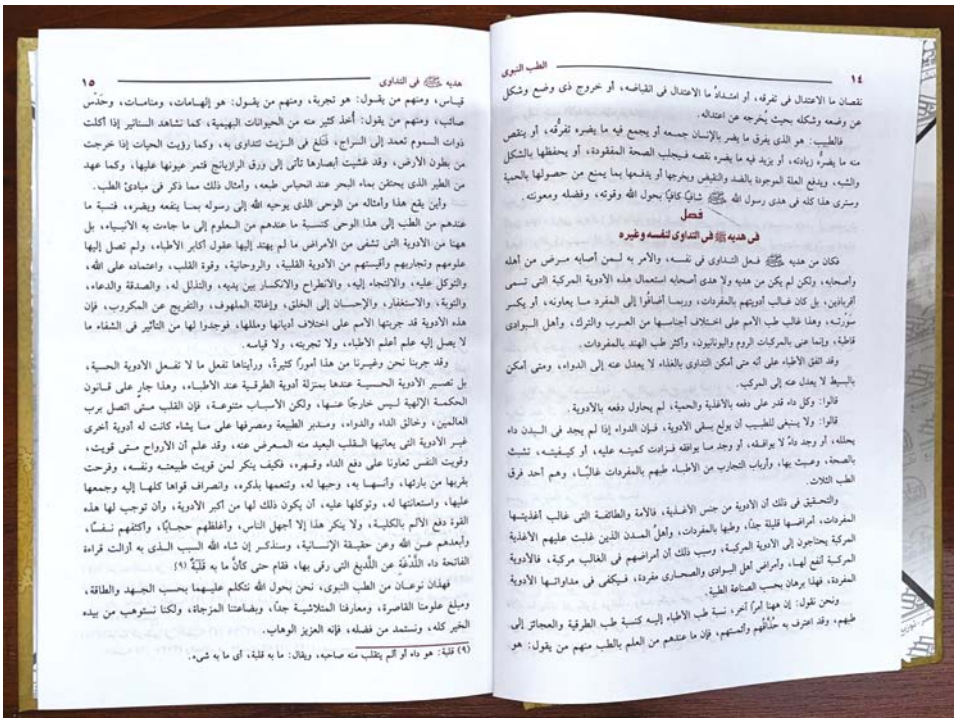
[13] Podstawowe opracowanie biograficzne: S.A. Mourad, *Al-Suyūṭī*, [w:] *The Islamic World*, ed. A. Rippin, London 2008, s. 378–383.

[14] *Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti*, [w:] C. Elgood, *Tibb-ul Nabbi or Medicine of the Prophet*, „Osiris" 1962, t. 114, s. 53–54. [dalej: Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti]. Autor zdecydował się podawać tę wersję tłumaczenia ze względu na jego powszechną dostępność.



Jedno ze współczesnych wydań traktatu *at-Tibb an-Nabawi* („Medycyna Proroka”)

https://www.etsy.com/pl/listing/1841126851/



الطب النبوي ١٤

نقصان ما الاعتدال فى تغره، أو اشتدادُ ما الاعتدال فى انقباضه، أو خروج ذى وضع وشكل عن وضعه وشكله بحيث يُخرجه عن اعتداله.

والطبيب: هو الذى يفرق ما يضر بالإنسان جسمه أو يجمع فيه ما يضره تفرُّقه، أو ينقص منه ما يضرُّه زيادته، أو يزيد فيه ما يضره نقصه فيجلب الصحة المفقودة، أو يحفظها بالشكل والشبه، ويدفع العلة الموجودة بالضد والنقيض ويخرجها أو يدفعها بما يمنع من حصولها بالحمية ويسترى هذا كله فى هدى رسول الله ﷺ شافيًا كافيًا بحول الله وقوته، وفضله ومعونته.

فصل

فى هديه ﷺ فى التداوى لنفسه وغيره

فكان من هديه ﷺ فعل التداوى فى نفسه، والأمر به لمن أصابه مرض من أهله وأصحابه، ولكن لم يكن من هديه ولا هدى أصحابه استعمال هذه الأدوية المركبة التى تسمى أقرباذين، بل كان غالب أدويتهم بالمفردات، وربما أضافوا إلى المفرد ما يعاونه، أو يكسر سَوْرَته، وهذا غالب طب الأمم على اختلاف أجناسها من العرب والترك، وأهل البوادى قاطبة، وإنما عنى بالمركبات الروم واليونانيون، وأكثر طب الهند بالمفردات.

وقد اتفق الأطباء على أنه متى أمكن التداوى بالغذاء لا يعدل عنه إلى الدواء، ومتى أمكن بالبسيط لا يعدل عنه إلى المركب.

قالوا: وكل داء قدر على دفعه بالأغذية والحمية، لم يحاول دفعه بالأدوية.

قالوا: ولا ينبغى للطبيب أن يولع بسقى الأدوية، فمتى الدواء إذا لم يجد فى البدن داء يحلله، أو وجد داءً لا يوافقه، أو وجد ما يوافقه فزادت كميته عليه، أو كيفيته، تشبث بالصحة، وعبث بها، وأرباب التجارب من الأطباء طبهم بالمفردات غالبًا، وهم أحد فرق الطب الثلاث.

والتحقيق فى ذلك أن الأدوية من جنس الأغذية، فالأمة والطائفة التى غالب أغذيتها المفردات، أمراضها قليلة جدًا، وطبها بالمفردات، وأهلُ المدن الذين غلبت عليهم الأغذية المركبة يحتاجون إلى الأدوية المركبة، وبسبب ذلك أن أمراضهم فى الغالب مركبة، فالأدوية المركبة أنفع لها، وأمراض أهل البوادى والصحارى مفردة، فيكفى فى مداواتها الأدوية المفردة، فهذا برهان بحسب الصناعة الطبية.

ونحن نقول: إن ههنا أمرًا آخر، نسبة طب الأطباء إليه كنسبة طب الطرقية والعجائز إلى طبهم، وقد اعترف به حُذّاقهم وأئمتهم، فإن ما عندهم من العلم بالطب منهم من يقول: هو

هديه ﷺ فى التداوى ١٥

قياس، ومنهم من يقول: هو تجربة، ومنهم من يقول: هو إلهامات، ومناسات، وحدْس صائب، ومنهم من يقول: أخذ كثير منه من الحيوانات البهيمية، كما تشاهد السنانير إذا أكلت ذوات السموم تعمد إلى السراج، فتلغ فى الزيت تتداوى به، وكما رؤيت الحيات إذا خرجت من بطون الأرض، وقد غشيت أبصارها تأتى إلى ورق الرازيانج فتمر عيونها عليها، وكما عهد من الطير الذى يحتقن بماء البحر عند انحباس طبعه، وأمثال ذلك مما ذكر فى مبادئ الطب.

وأين يقع هذا وأمثاله من الوحى الذى يوحيه الله إلى رسوله بما ينفعه ويضره، فنسبة ما عندهم من الطب إلى هذا الوحى كنسبة ما عندهم من العلوم إلى ما جاءت به الأنبياء، بل ههنا من الأدوية التى تشفى من الأمراض ما لم يهتد إليها عقول أكابر الأطباء، ولم تصل إليها علومهم وتجاربهم وقياستهم من الأدوية القلبية، والروحانية، وقوة القلب، واعتماده على الله، والتوكل عليه، والالتجاء إليه، والانطراح والانكسار بين يديه، والتذلل له، والصدقة والدعاء، والتوبة، والاستغفار، والإحسان إلى الخلق، وإغاثة الملهوف، والتفريج عن المكروب، فإن هذه الأدوية قد جربتها الأمم على اختلاف أديانها ومللها، فوجدوا لها من التأثير فى الشفاء ما لا يصل إليه علم أعلم الأطباء، ولا تجربته، ولا قياسه.

وقد جربنا نحن وغيرنا من هذا أمورًا كثيرة، ورأيناها تفعل ما لا تفعله الأدوية الحسية، بل تصير الأدوية الحسية عندها بمنزلة أدوية الطرقية عند الأطباء، وهذا جارٍ على قانون الحكمة الإلهية ليس خارجًا عنها، ولكن الأسباب متنوعة، فإن القلب متى اتصل برب العالمين، وخالق الداء والدواء، ومصدر الطبيعة ومصرفها على ما يشاء كانت له أدوية أخرى غير الأدوية التى يعانيها القلب البعيد منه المعرض عنه، وقد علم أن الأرواح متى قويت، وقويت النفس تعاونا على دفع الداء وقهره، فكيف ينكر لمن قويت طبيعته ونفسه، وفرحت بقربها من بارئها، وأنسها به، وحبها له، وتنعمها بذكره، وانصراف قواها كلها إليه وجمعها عليها، واستعانتها له، وتوكلها عليه، أن يكون ذلك لها من أكبر الأدوية، وأن توجب لها هذه القوة دفع الألم بالكلية، ولا ينكر هذا إلا أجهل الناس، وأغلظهم حجابًا، وأكثفهم نفسًا، وأبعدهم عن الله وعن حقيقة الإنسانية، وسنذكر إن شاء الله السبب الذى به أزالت قراءة الفاتحة داء اللَّدْغَة عن اللديغ التى رقى بها، فقام حتى كأنْ ما به قَلَبَةٌ (٩).

فهذان نوعان من الطب النبوى، نحن بحول الله نتكلم عليهما بحسب الجهد والطاقة، ومبلغ علومنا القاصرة، ومعارفنا المتلاشية جدًا، وبضاعتنا المزجاة، ولكنا نستوهب من بيده الخير كله، ونستمد من فضله، فإنه العزيز الوهاب.

(٩) قلبة: هو داء أو ألم ينقلب منه صاحبه، ويقال: ما به قلبة، أى ما به شيء.

Jedno ze współczesnych wydań traktatu *at-Tibb an-Nabawi* („Medycyna Proroka”)

https://www.etsy.com/pl/listing/1841126851/

Poszczególne gatunki owoców zostały skatalogowane wraz z innymi rodzajami pożywienia w układzie alfabetycznym. My tutaj jednak nie powtarzamy tego samego schematu, poniżej znajdzie się więc omówienie poszczególnych gatunków w układzie tematycznym – np. wszystkie cytrusy znajdą się w jednym miejscu, na początku niniejszego omówienia. Pierwszym owocem wymienionym przez as-Sujutiego był cytron. *Citrus medica* został przedstawiony jako surowiec o złożonych właściwościach dietetycznych i leczniczych, ujmowanych w kategoriach teorii humoralnej[15]. Poszczególnym częściom owocu przypisano odmienne „temperamenty” oraz wynikające z nich zastosowania terapeutyczne. Sok cytronu, określany jako „zimny i suchy”, zalecany był w stanach nadmiaru ciepła w obrębie żołądka. Opisywano działanie chłodzące, orzeźwiające oraz regulujące procesy trawienne[16]. Wskazuje się ponadto na jego właściwości wzmacniające serce, łagodzące

[15] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 67–68.

[16] Efekt ten tłumaczy się obecnością zarówno kwasów organicznych, jak i błonnika pokarmowego zawartego w cytrusach – oba te składniki sprzyjają regulacji perystaltyki jelit, łagodząc zaparcia, jednocześnie wspierają funkcjonowanie dróg moczowych poprzez działanie oczyszczające. W konsekwencji przyjmuje się, że większe ilości soku cytrusowego mogą wykazywać działanie przeczyszczające. Należy ponadto podkreślić,

palpitacje oraz wpływające korzystnie na stan psychiczny poprzez redukcję smutku i napięcia[17]. Preparaty na bazie soku (np. napój) miały również hamować biegunki, zwłaszcza o charakterze żółciowym, co odpowiada klasycznej interpretacji zaburzeń wynikających z nadmiaru żółci w organizmie. Odrębnie scharakteryzowano białą część owocu, uznawaną za „zimną i wilgotną". W przeciwieństwie do soku, substancja ta została oceniona negatywnie: jako ciężkostrawna, obciążająca żołądek i potencjalnie wywołująca kolki. Nasiona, skórka, liście i kwiaty cytronu określono jako „ciepłe i suche". Szczególne znaczenie przypisano nasionom, których działanie uznano za zbliżone do teriaku – uniwersalnego antidotum[18]. Stosowane zewnętrznie miały przynosić korzyść w przypadku ukąszeń (np. przez skorpiona), natomiast podawane doustnie – działać przeciwko różnym formom zatruć.

Skórka cytronu stanowiła składnik preparatów typu elektuarium, stosowanych w leczeniu kolek, pobudzaniu apetytu oraz wzmacnianiu funkcji seksualnych. Właściwości karmina-

że owoce te są źródłem flawonoidów (w tym limonoidów), które dzięki właściwościom antyoksydacyjnym, przeciwbakteryjnym i detoksykującym mogą wspomagać procesy regeneracyjne w obrębie przewodu pokarmowego, w tym gojenie zmian o charakterze wrzodowym, por.: A.W. El-Abd et al., *Anti-ulcerogenic activity of Citrus medica var. sarcodactylis fruit extract nano-emulsion in gastric ulcer rat model through modulating HMBG1/TLR4/NF-κB and Nrf2/HSP70/PGE2 signaling pathways*, „Journal of Drug Delivery Science and Technology" 2025, t. 104; NS. Rana, *Medical Properties of Lemon against Desease?*, „Pakistan Journal of Medical and Health Sciences" 2017, t. 11, nr 2, s. 1–2.

[17] Według badań przeprowadzonych przez naukowców z Ohio State University, olejki eteryczne z cytryny mogą oddziaływać korzystnie na nastrój, co wiązane jest z ich wpływem na układ noradrenergiczny. Inhalacja aromatu cytrusowego wykazuje działanie uspokajające, przyczyniając się do redukcji napięcia nerwowego, ograniczenia stanów lękowych oraz zmniejszenia odczuwanego zmęczenia. Wskazuje się również, że zapach cytryny może sprzyjać poprawie koncentracji (T.S. Al-Qudah et al., *Lemon as a source of functional and medicinal ingredient. A review*, „International Journal of Chemical and Biochemical Sciences" 2018, t. 14, s. 58). Stąd też sugestie, że składniki cytronu mogą być wykorzystane do badań nad przeciwdziałaniem stanom bólowym: O.S. Joseph et al., *Citrus Medica Linn Fruit Juice Significantly Ameliorate Pain and Mediated Inhibition of Inflammatory Process: A Potential Alternative Approach to Pain Management*, http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5243626 [dostęp: 30.04.2026 r.] Wspomina się m.in. o korzystnych działaniach związanych z leczeniem nadciśnienia czy chorób spowodowanych stresem: A. Patil et al., *Citrus medica: A Comprehensive Review of Botany, Phytochemistry, and Medicinal Properties*, „International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Research" 2023, t. 28, z. 1.

[18] Teriak (łac. theriaca, gr. thēriakē) – wieloskładnikowy preparat leczniczy o rodowodzie antycznym, wywodzący się z tradycji grecko-rzymskiej, rozwijany następnie w medycynie bizantyńskiej i islamskiej. Pierwotnie funkcjonował jako antidotum przeciwko truciznom, zwłaszcza jadowi węży, z czasem jednak przypisywano mu charakter uniwersalnego panaceum. Klasyczne receptury, znane m.in. z pism Galena, obejmowały nawet kilkadziesiąt składników pochodzenia roślinnego, mineralnego i zwierzęcego, z kolei ich przygotowanie wymagało długotrwałego procesu dojrzewania. W średniowieczu teriak był szeroko stosowany w świecie islamu i w Europie, przy czym jego skład podlegał licznym modyfikacjom regionalnym. Współczesne badania nad jego składem wskazują, że choć niektóre komponenty mogły wykazywać działanie przeciwzapalne lub przeciwdrobnoustrojowe, brak jest dowodów na skuteczność teriaku jako uniwersalnego środka leczniczego, zaś jego reputacja wynikała w dużej mierze z autorytetu tradycji i efektu placebo; por. D. Raj et al., *The real Theriac – panacea, poisonous drug or quackery?*, „Journal of Ethnopharmacology" 2021, t. 281.

tywne przypisywano zarówno skórce, jak i liściom, przy czym tym ostatnim nadawano większą skuteczność. Istotnym elementem opisu jest także funkcja aromatyczna cytronu. Jego zapach miał przeciwdziałać „zepsutemu powietrzu" oraz zjawiskom o charakterze epidemicznym, co odpowiada ówczesnym koncepcjom etiologii chorób opartym na teorii miazmatów[19]. Dodatkowo odnotowano zastosowania zewnętrzne, obejmujące usuwanie plam oraz redukcję zmian skórnych, takich jak piegi[20].

W innej części traktatu as-Sujuti wspomina limonki. Skórka i nasiona zostały określone jako substancje o naturze „gorącej i suchej", natomiast liście jako „zimne". W tekście wskazano, że limonka stosowana w połączeniu z cukrem wykazuje działanie ochronne dla zdrowia, redukuje „flegmę", ogranicza nadmiar żółci oraz pobudza apetyt[21]. Sok z limonki, przyjmowany w formie napoju, miał działać przeciwwymiotnie

[19] Badania dotyczące aromaterapii cytrusami dają interesujące wyniki w zakresie redukcji nudności i wymiotów u pacjentów z zapaleniem żołądka; por. D. Hamdani, *Lemon Aromatherapy Intervention to Reduce Nausea and Vomiting in Gastritis Patients*, „Kian Journal" 2022, t. 1, s. 1–7.

[20] Współczesne badania wskazują, że wysoka zawartość witaminy C oraz flawonoidów sprawia, że sok z cytrusów stosowany zewnętrznie może wykazywać działanie korzystne w terapii zmian skórnych, takich jak wysypki czy podrażnienia. Przypisuje mu się właściwości odmładzające, ochronne i dezynfekujące, wynikające z aktywności antyoksydacyjnej oraz przeciwbakteryjnej, co może również przyczyniać się do redukcji nieprzyjemnych zapachów skóry. Ponadto badania potwierdzają, że związki przeciwutleniające obecne zwłaszcza w miąższu owoców cytrusowych pozwalają traktować je jako potencjalne, naturalne źródło antyoksydantów wykorzystywanych we współczesnej farmacji; por. A.R. Soares Mateus et al., *Unlocking the Potential of Citrus medica L.: Antioxidant Capacity and Phenolic Profile across Peel, Pulp, and Seeds*, „Molecules" 2024, t. 29, z. 15; M. Mohanapriya et al., *Health and Medicinal Properties of Lemon (Citrus Limonum)*, „International Journal of Ayurvedic and Herbal Medicine" 2013, t. 3, z. 1, a także w branży kosmetycznej: R. Tundis et al., *Health-Promoting Properties and Potential Application in the Food Industry of Citrus medica L. and Citrus × clementina Hort. Ex Tan. Essential Oils and Their Main Constituents*, „Plants" 2024, t. 12, z. 5; N. Chhikara et al., *Citrus medica: Nutritional, phytochemical composition and health benefits-a review*, „Food and Function" 2018, t. 9, z. 2.

[21] Badania dotyczące właściwości i potencjalnych zastosowań olejków eterycznych pozyskiwanych z owoców cytrusowych wykazały, że zawarty w nich limonen charakteryzuje zdolność do stymulowania wydzielania enzymów trawiennych, co przekłada się na poprawę procesów trawiennych i wzrost apetytu. Jednocześnie olejki cytrusowe wykazują działanie neuromodulujące: poprzez pobudzenie układu węchowego wpływają na struktury układu limbicznego, odpowiedzialne za regulację emocji. W efekcie dochodzi do poprawy nastroju, redukcji poziomu kortyzolu oraz ograniczenia anoreksji związanej ze stresem. Dodatkowo wskazuje się, że inhalacja olejków cytrusowych może zwiększać aktywność neuroprzekaźników, takich jak dopamina i serotonina, co sprzyja pozytywnym odczuciom związanym z przyjmowaniem pokarmu. Mechanizm ten ma szczególne znaczenie w kontekście opieki paliatywnej, gdzie zaburzenia apetytu stanowią istotny problem kliniczny. Wzrost produkcji żółci oraz poprawa funkcji trawiennych dodatkowo wspierają regulację łaknienia; por.: S. Diogo Gonçalves, *Anorexia – Aromatic strategies in managing dietary changes in end-of-life patients*, „Nutrition Clinique et Métabolisme" 2025, t. 39, z. 3, s. 180–192. Wstępne badania wskazują, że napoje na bazie limonki mogą mieć znaczenie w suplementacji osób cierpiących na cukrzycę, co można pośrednio łączyć ze wskazówkami as-Sujutiego: L.A. Fakhri, B. Ghanbarzadeh, P.M. Falcone, *Development of a Novel Low-Calorie Lime Juice-Based Prebiotic Beverage Using a Combined Design Optimization Methodology*, „Foods" 2023, t. 12.

i łagodzić nudności[22]. As-Sujuti omawia też pomarańczę. Zapach pomarańczy określono jako wzmacniający serce. Spożycie określonej dawki skórki miało działać korzystnie w przypadku ukąszeń przez skorpiony oraz inne jadowite owady[23]. Sokowi z owocu przypisano działanie przeciwzapalne żołądka, a także właściwość eliminowania pasożytów z włosów. W tekście wskazano również, że skórka, nasiona oraz sok wykazują tę samą naturę humoralną, co cały owoc. Dodatkowo odnotowano zastosowanie skórki gotowanej w oliwie jako środka pomocniczego w leczeniu łuszczycy nóg oraz przeciwdziałaniu utracie włosów[24].

Opisując właściwości daktyli, as-Sujuti dokonał podziału na kilka odmian w zależności od etapu dojrzewania. Na przykład *busr* miał działać jako produkt stymulujący procesy

[22] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 111. Uzyskane wyniki badań wskazują, że sok z limonki z dodatkiem miodu może stanowić skuteczny, naturalny środek wspomagający łagodzenie objawów *emesis gravidarum* u kobiet ciężarnych, oferując potencjalnie bezpieczną alternatywę dla konwencjonalnych metod terapii: D. Wulandari, A. Purwati, M.V. Widiatrilupi, *The Effect of Giving Honey Lime Juice (Citrus Aurantifolia) to Nausea Vomiting in Pregnant Women with Emesis Gravidarum: (In Murung Pudak Puskesmas Tabalong Regency South Kalimantan)*, „Proceeding of The International Conference of Inovation, Science, Technology, Education, Children, and Health" 2025, t. 5, nr 1, s. s. 432–439.

[23] Na temat aktywności przeciwdziałającej toksynom na podstawie eksperymentalnej zob. np.: A.F. Odetayo et al., *Orange peel ethanolic extract and physical exercise prevent testicular toxicity in streptozocin and high fat diet-induced type 2 diabetes rats via Nrf2/NF-kB signaling: In silico and in vivo studies*, „Heliyon" 2024, t. 10, s. 1–15; E.A. Abdelghffar et al., *Orange fruit (Citrus sinensis) peel extract attenuates chemotherapy-induced toxicity in male rats*, „Food and Function" 2021, t. 19; E.R. Youness et al., *The protective effect of orange juice on glyphosate toxicity in adult male mice*, „Journal of Chemical and Pharmaceutical Research" 2016, t. 8, s. 13–28; warto również wspomnieć o licznych badaniach prowadzonych w kierunku potwierdzenia antywirusowych i antybakteryjnych właściwości cytrusów, por. A.N. Ribeiro Correa et al., *Lime and orange essential oils and D-limonene as a potential COVID-19 inhibitor: Computational, in chemico, and cytotoxicity analysis*, „Food Bioscience" 2023, t. 51, s. 1-8; N.Q. Fadilah et al., *Virucidal Activity of Essential Oils From Citrus x aurantium L. Against Influenza A Virus H1N1:Limonene as a Potential Household Disinfectant Against Virus*, „Natural Product Communications" 2022, t. 17, z. 1; G.H. Attia et al., *Antiviral zinc oxide nanoparticles mediated by hesperidin and in silico comparison study between antiviral phenolics as anti-SARS-CoV-2*; „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces" 2021, t. 203; D. Stan et al., *Natural Compounds With Antimicrobial and Antiviral Effect and Nanocarriers Used for Their Transportation*, „Frontiers in Pharmacology" 2021, t. 12; S. Davidova, A.S. Galabov, G. Satchanska, *Antibacterial, Antifungal, Antiviral Activity, and Mechanisms of Action of Plant Polyphenols*, „Microorganisms" 2024, t. 12; D.D. Musa,, F. Sangodele S.S. Hafiz, *Phytochemical Analysis and Antibacterial Activity of Orange (Citrus sinensis) Peel*, „Fudma Journal of Sciences" 2019, t. 3, nr 1, s. 375–380; P. Yashaswini et al., *Antimicrobial Properties of Orange (Citrus reticulata var. Kinnow). Peel Extracts against Pathogenic Bacteria*, „International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences" 2018, t. 7, s. 737–746.

[24] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 115-116. Badania pilotażowe z 2015 r. w terapii łuszczycy z zastosowaniem ekstraktu ze skórek *Citrus sinensis* zawierającego określone ilości d-limonenu, podawanego doustnie w formie kapsułek miękkich dwa razy dziennie oraz/lub aplikowanego miejscowo na zmiany skórne przez okres 45 dni wskazały potencjalną skuteczność naturalnych, nietoksycznych związków pochodzenia roślinnego w leczeniu łuszczycy. Podkreślono konieczność przeprowadzenia dalszych badań randomizowanych i kontrolowanych, które pozwoliłyby na weryfikację zaobserwowanych efektów w większej populacji pacjentów: A. Rossi et al., *Efficacy of Orange Peel Extract in Psoriasis*, „Global Journal of Dermatology and Venereology" 2015, t. 3, s. 1–4.

metaboliczne oraz redukujący nadmiar wydzielin śluzowych. Autor sugeruje też działanie łagodnie przeczyszczające, polecając zastosowanie w formie odwarów, lewatyw oraz czopków[25]. As-Sujuti wymienia również odmianę *balach*, podkreślając, że tak ta, jak i wcześniej wspomniana wykazują działanie wzmacniające żołądek. Dodatkowo w tekście przywołane zostały tradycje przypisywane Muhammadowi, przekazane m.in. przez Ibn Madża oraz an-Nasa'ja, dotyczące łącznego spożywania daktyli świeżych i suszonych[26]. Choć ich wartość jako autentycznych tradycji została zakwestionowana przez as-Sujutiego w interesującym nas fragmencie, to wskazują one na praktykę dietetyczną polegającą na łączeniu produktów o różnym stopniu dojrzałości, co z perspektywy współczesnej można interpretować jako różnicowanie podaży składników odżywczych (np. zawartości cukrów, błonnika i związków bioaktywnych) oraz potencjalne oddziaływanie na indeks glikemiczny i procesy trawienne. Odrębną kategorią są daktyle suszone (*tamr*), przedstawione wraz z rozbudowanym zestawem tradycji, klasyfikacji odmian oraz zaleceń dietetyczno-terapeutycznych. W tekście szczególną pozycję zajmuje odmiana *al-burni*, uznawana za najwyższej jakości. Przypisywane są jej właściwości prozdrowotne, w tym działanie „usuwające choroby". W przekazach tradycyjnych wskazuje się również na korzystny wpływ w diecie kobiet, w tym potencjalne ułatwienie porodu[27]. Wzmiankowane są także daktyle świeże jako podstawowy pokarm Maryi (matki Jezusa). W tradycji odnotowano praktykę maceracji daktyli w wodzie, przy czym zalecano jednorazowe użycie napoju. Daktylom przypisywano działanie przeciwkolkowe oraz ogólnie wzmacniające organizm. Szczególne znaczenie nadano odmianie *'ajwa*, którą Ibn 'Abbās określał jako preferowaną

[25] Ze względu na zawartość taniny daktyli używa się w medycynie jako środka oczyszczającego podczas dolegliwości jelitowych; por. A.F. Zabar, A. Borowy, *Cultivation of date palm in Iraq*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2012, t. 22, s. 44.

[26] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 71–72.

[27] Owoce daktylowca wykazują liczne właściwości prozdrowotne, szczególnie istotne w kontekście ciąży. Daktyle są bogatym źródłem składników odżywczych, zawierając m.in. liczne minerały, witaminy, kwasy tłuszczowe oraz cukry, dzięki czemu stanowią wartościowy i energetyczny element diety kobiet ciężarnych. Wskazuje się również na ich wpływ na gospodarkę hormonalną, w tym na poziom estrogenów i progesteronu, które odgrywają kluczową rolę w przygotowaniu macicy do porodu. Uzyskane dane sugerują, że regularne spożycie daktyli w końcowym okresie ciąży może sprzyjać bardziej fizjologicznemu przebiegowi porodu oraz ograniczać konieczność interwencji medycznych. Z tego względu zaleca się ich spożycie, zwłaszcza w końcowym okresie ciąży; por. M.A. El-Ardat et al., *The Effects of Date Consumption on Labor and Vaginal Birth*, „Medical Archives" 2025, t. 79, s. 56–60; O. Al-Kuran et al., *The effect of late pregnancy consumption of date fruit on labour and delivery*, „Journal of Obstetrics and Gynaecology" 2011, t. 31, s. 29–31. Jednocześnie autorzy podkreślają ograniczenia dotychczasowych badań, w tym ich zróżnicowaną jakość metodologiczną oraz niewielkie liczebności prób. W związku z tym rekomendowane jest prowadzenie dalszych, wysokiej jakości badań klinicznych: M. Nasiri et al., *Effects of consuming date fruits (Phoenix dactylifera Linn) on gestation, labor, and delivery: An updated systematic review and meta-analysis of clinical trials*, „Complementary Therapies in Medicine" 2019, t. 45, s. 71–84.

przez Proroka. W tradycjach przekazanych przez Muhammada podkreślano jej wysoką wartość odżywczą oraz wystarczalność jako samodzielnego pożywienia, zwłaszcza w połączeniu z tłuszczami, takimi jak masło[28]. Przypisywano jej również pochodzenie rajskie oraz właściwości ochronne, w tym działanie przeciw toksynom, zatruciom oraz wpływom uznawanym za magiczne lub szkodliwe. W części narracyjnej wskazano zalecenie spożywania siedmiu daktyli *'ajwa* rano, które miało zapewniać ochronę przed szkodliwymi czynnikami przez cały dzień. Tradycje te zostały uznane przez część autorytetów, w tym al-Buchariego, za autentyczne. Daktyle klasyfikowane były jako produkty „gorące i suche". Przypisano im działanie wzmacniające organizm oraz zwiększające aktywność seksualną[29]. Jednocześnie wskazuje się na możliwe działania niepożądane, w tym nasilenie bólów głowy i dolegliwości w przypadku spożycia w trakcie stanów zapalnych oczu (np. oftalmii), co znajduje odzwierciedlenie w zakazie ich spożywania w takich stanach, przypisywanym Prorokowi.

Odnotowano również przeciwwskazania dotyczące łączenia różnych rodzajów daktyli i owoców suszonych w jednym preparacie wodnym, co uzasadniano ich potencjalnie niekorzystnym wpływem na organizm. Jako środki neutralizujące działania niepożądane daktyli wskazano migdały oraz mak, które miały łagodzić ich efekty uboczne[30]. Świeże daktyle (*ratb*) określone zostały jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej", co odróżnia je od daktyli suszonych omawianych wcześniej. Przypisuje się im zdolność do generowania „wiatrów", co w terminologii humoralnej odnosi się do zwiększonej produkcji gazów jelitowych. W tekście odnotowano również tradycję przypisywaną Muhammadowi, zgodnie z którą zabronione było dodawanie świeżych daktyli do

[28] Nawiązując w ten sposób do hadisu, który możemy znaleźć np. w *Sunan* (autorem był Ibn Madża, żyjący w IX wieku w Persji), gdzie czytamy: „Przekazano od A'iszy, że Wysłannik Allaha powiedział: będą głodni ludzie w domu, w którym nie ma daktyli" – Sunan Ibn Majah 3327, https://sunnah.com/ibnmajah:3327 [dostęp: 30.04.2026 r.] czy w *Sahih* Muslima ibn al-Hadżdżadża (IX wiek, Persja): „A'isza przekazała, że Wysłannik Allaha powiedział: A'iszo, dom w którym nie ma daktyli, może głodować, A'iszo, rodzina, która nie ma daktyli, może być głodna. Powtórzył to dwa lub trzy razy" – Sahih Muslim 2046b, https://sunnah.com/muslim:2046b [dostęp: 30.04.2026 r.]

[29] Badania eksperymentalne przeprowadzone na modelu zwierzęcym (szczury) wykazały, że podawanie pyłku palmy daktylowej prowadzi do istotnej poprawy parametrów nasienia, w tym zwiększenia liczebności oraz ruchliwości plemników. Ponadto zaobserwowano wzrost masy jąder u badanych samców. Uzyskane wyniki sugerują, że preparaty zawierające pyłek palmy daktylowej mogą wykazywać potencjał terapeutyczny w kontekście leczenia zaburzeń płodności męskiej, co jednak wymaga dalszej weryfikacji w badaniach klinicznych: B. Goel, N.K. Maurya, *Aphrodisiac Herbal therapy for Erectile Dysfunction*, „Archives of Pharmacy Practice" 2020, t. 11, nr 1, s. 4; S. Kotta et al., *Exploring scientifically proven herbal aphrodisiacs*, „Pharmacognosy Review" 2013, t. 7, nr 12, s. 1–10; N. Malviya et al., *Recent Studies on Aphrodisiac Herbis for the Management of Male Sexual Dysfunction – A Review*, „Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research" 2011, t. 68., nr 1, s. 3–4.

[30] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 74–76.

jakichkolwiek naparów[31]. W dalszej części *at-Tibb an-Nabawi* as-Sujuti odnosi się do odmiany daktyli ‘*ajwa* (daktyle medyńskie), traktując ją jako kategorię szczególną. W omawianym fragmencie zaznaczono, że al-Buchari klasyfikował daktyle ‘*ajwa* jako środek o charakterze „magicznego leku”. As-Sujuti jednak nie tłumaczy, na czym miałyby polegać te szczególne właściwości[32].

Następnym ze skatalogowanych przez as-Sujutiego owoców była figa. Najwyżej oceniona została figa biała w stanie dojrzałym, szczególnie po obraniu ze skórki. Figę świeżą uznano za korzystniejszą niż suszona. Owoc ten określany jest jako zawierający „ciepło” oraz zapewniający wysoką wartość odżywczą. Wskazano również jego działanie przeczyszczające oraz właściwość łagodzenia pragnienia. Według as-Sujutiego figi miały wspomagać leczenie przewlekłego kaszlu, wykazywać efekt moczopędny oraz ułatwiać udrażnianie „zatorów” w organizmie[33]. Szczególną skuteczność przypisywano spożywaniu fig na czczo, które miało działać przeczyszczająco na przewód pokarmowy, zwłaszcza w połączeniu z migdałami i orzechami włoskimi. W tekście przywołana została również tradycja przekazana przez Abu ad-Dardę, według której Muhammad określił figę jako owoc pochodzący z raju, pozbawiony pestki, a jej spożywanie miało mieć działanie lecznicze w przypadku hemoroidów oraz dny moczanowej. Jednocześnie autor odnotowuje stanowisko lekarzy, zgodnie z którym długotrwałe spożywanie fig może wywierać niekorzystny wpływ na organizm. Odmiana dzika została natomiast określona jako szkodliwa dla żołądka, o niskiej wartości odżywczej[34].

---

[31] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 87.

[32] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 97.

[33] Badania eksperymentalne przeprowadzone na modelach zwierzęcych wskazują, że preparaty zawierające m.in. figi (*Ficus carica L.*) mogą wykazywać działanie nefroprotekcyjne, przyczyniając się do poprawy funkcji nerek, zwłaszcza w warunkach uszkodzeń indukowanych farmakologicznie: W.A. Refaat et al., *Protective Effect of Fig, Sycamore and their Mixture on Kidney Disorder in Gentamicin-Induced Rats*, „Journal of Home Economics” 2020, t. 30, nr 1, s. 254; L.A.H. El-Bedewy et al., *Study The Effect of Leaves and Fruits of Figs (Ficuscarica, L.) and Olive (Oleaeuropaea, L.) on Obesity and Kidney Disorder Rats*, „Journal of Home Economics” 2020, t. 30, nr 4, s. 367. Ponadto wykazano, że ekstrakty z owoców figi mogą odgrywać istotną rolę w ograniczaniu procesów kamicy układu moczowego, co potwierdzono w modelu urolitiazy indukowanej glikolem etylenowym u szczurów: N.D. Dammati et al., *Evaluation of Ficus carica fruit Extract against Ethylene Glycol Induced Urolithiasis in Albino Wistar Rats*, „Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences” 2021, t. 10, s. 196–202.

[34] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 76. *Ficus carica L.* charakteryzuje się szerokim spektrum właściwości farmakologicznych. Różne części rośliny, w tym liście i korzenie, znajdują zastosowanie w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego (takich jak kolki, niestrawność, utrata apetytu czy biegunki), układu oddechowego (ból gardła, kaszel, choroby oskrzeli), a także w terapii stanów zapalnych i chorób układu sercowo-naczyniowego: M.F. Fazel et al., *Physicochemistry, Nutritional, and Therapeutic Potential of Ficus carica – A Promising Nutraceutical*, „Drug Design, Development and Therapy” 2024, t. 18, s. 1947–1968. Jednocześnie należy podkreślić, że dotychczasowe badania opierają się głównie na modelach *in vitro* oraz przedklinicznych. W związku z tym konieczne są dalsze, dobrze zaprojektowane badania kliniczne

Kolejnym owocem opisanym przez Dżalala ad-Dina as-Sujutiego w traktacie *at-Tibb an-Nabawi* był granat, któremu przypisano zróżnicowane właściwości w zależności od odmiany oraz smaku. Granat słodki określony został jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej". Przypisano mu działanie przeciwkaszlowe w przypadku spożycia w formie napoju[35]. Spożywany po posiłku miał zapobiegać procesom „psucia" treści żołądkowej. Granat gorzki klasyfikowany był jako „zimny i suchy", z jego użyciem przygotowywano syrop granatowy z dodatkiem mięty, któremu przypisywano działanie przeciwwymiotne oraz wzmacniające żołądek[36]. Wszystkie odmiany granatu uznane zostały za regulujące pracę serca i łagodzące kołatania[37]. W części tradycyjnej przywołano przekazy przypisywane Muhammadowi, według których każdy granat zawiera nasienie pochodzące z „granatu rajskiego" lub kroplę rajskiej wody, a jego spożycie miało przynosić korzyści

z udziałem ludzi, a także pogłębione analizy mechanizmów działania, interakcji z innymi substancjami, tym bardziej biorąc pod uwagę doniesienia o reakcjach alergicznych: A. Antico, *Oral Allergy Syndrome to Fig*, „International Archives of Allergy and Immunology" 2003, t. 13, s. 138–142; C. Dechamp et al., *First report of anaphylactic reaction after fig (Ficus carica) ingestion*, „Allergy. European Journal of Alergy and Clinical Immunology" 1995, t. 50, z. 6, s. 514–516.

[35] Nowsze wyniki badań wskazują, że ekstrakt ze skórki granatu (*Punica granatum*) może istotnie hamować interakcję białka S wirusa z receptorem ACE2, co sugeruje jego potencjalne znaczenie w ograniczaniu wnikania koronawirusów do komórek gospodarza. Ponadto garbniki pozyskiwane z pąków kwiatowych granatu wykazują aktywność przeciwhistaminową, która może częściowo tłumaczyć ich możliwy efekt łagodzący w przebiegu astmy i reakcji alergicznych. Dodatkowo inne doniesienia eksperymentalne wskazują, że polifenole granatu mogą redukować zakaźność wirusa grypy: M. Alkhatib et al., *Preventive and Therapeutic Effects of Punica granatum (Pomegranate) in Respiratory and Digestive Diseases: A Review*, „Applied Sciences" 2022, t. 12, nr 23. Opracowanie możliwości użycia ekstraktów z granatu w różnych chorobach płuc zob.: S.B. Shaikh, Y.P. Bhandary, *Therapeutic properties of Punica granatum L (pomegranate) and its applications in lung-based diseases: A detailed review*, „Journal of Food Biochemistry" 2021, t. 45, nr 4.

[36] W badaniach eksperymentalnych wykazano korzystny wpływ preparatów z granatu (*Punica granatum*) w kontekście terapii wybranych chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, w tym wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Ekstrakty ze skórek granatu istotnie redukowały nasilenie biegunki indukowanej w modelach zwierzęcych, w tym u szczurów, co wskazuje na ich potencjalne działanie przeciwbiegunkowe oraz ochronne względem błony śluzowej jelit: M. Alhatib et al., *op. cit*.

[37] Zebrane badania wskazują, że granat (*Punica granatum*) stanowi istotne źródło związków bioaktywnych, w szczególności polifenoli (m.in. antocyjanów, punikalaginy, kwasu elagowego i galusowego), które odpowiadają za jego działanie kardioprotekcyjne. Zarówno badania *in vitro*, jak i *in vivo* oraz randomizowane badania kliniczne potwierdzają, że spożycie różnych frakcji granatu (sok, ekstrakty ze skórki, nasion i kwiatów) może prowadzić do obniżenia ciśnienia tętniczego, poprawy profilu lipidowego oraz redukcji markerów stanu zapalnego. Dane te wspierają hipotezę, że granat może stanowić wartościowy, niefarmakologiczny element wspomagający prewencję i terapię chorób sercowo-naczyniowych oraz zespołu metabolicznego. Jednocześnie autorzy podkreślają konieczność dalszych badań klinicznych o większej mocy statystycznej i dłuższym czasie trwania, w celu optymalizacji dawek i potwierdzenia długoterminowej skuteczności: S. Mohammadi et al., *Impacts of supplementation with pomegranate on cardiometabolic risk factors: A systematic review and dose-response meta-analysis*, „Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases" 2025, t. 35, z. 10, s. 1-27; E. Saeed et al., *Bioactive Compounds, Their Mechanisms of Action, and Cardioprotective Effects of Pomegranate (Punica granatum): A Comprehensive Review*, „eFood" 2025, t. 6, z. 4, s. 1–14; M. Aviram, M. Rosenblat, *Pomegranate for Your Cardiovascular Health*, „"Rambam Maimonides Medical Journal" 2013, t. 4, z. 2, s. 1–12.

duchowe, w tym „oświecenie serca" oraz oddalanie wpływu szatana[38]. Zgodnie z relacją as-Sujutiego jeden z przekazicieli tradycji, Ibn Abbas, dodawał też do wyżej przedstawionego katalogu skonkretyzowaną wskazówkę medyczną – spożywanie łodyg granatu przez kilka dni wiązano z ochroną przed zapaleniem spojówek[39].

W dalszej części as-Sujuti omawiał pigwę. Klasyfikowana była jako substancja o naturze „zimnej i suchej", o silnym działaniu ściągającym w obrębie żołądka. Wskazano jej wpływ hamujący krwawienia miesiączkowe[40] W zakresie zastosowań terapeutycznych odnotowano wykorzystanie wina z pigwy w leczeniu kaszlu oraz dolegliwości gardła[41]. Z owocu przygotowywano liczne produkty farmaceutyczne, w tym syropy (m.in. aromatyzowany, z dodatkiem limonki, z surowej pigwy) czy elektuaria o działaniu przeczyszczającym. Zastosowania zewnętrzne obejmują maść z pigwy[42], której przypisano działanie wzmacniające naczynia, korzystne oddziaływanie na żołądek oraz efekt tonizujący w odniesieniu do serca[43]. W części tradycyjnej przywołano przekazy przypisywane Muhammadowi,

[38] Granat był jednym z tych owoców, który miał niezwykle szerokie zastosowanie i był dobrze znany tak w tradycjach perskich, jak i później islamskich, stąd być może również tak mocno zarysowany w omawianym tekście wymiar symboliczny, por. M. Mohammadi et al., *Pomegranate: A review of the heavenly healer's past, present, and future*, „Iranian Journal of Basic Medical Sciences" 2013, t. 26, nr 11, s. 1245–1264.

[39] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 87. Uzyskane dotychczas wyniki sugerują potencjalne działanie przeciwzapalne ekstraktu granatu w obrębie tkanek oka, co wskazuje na zasadność dalszych badań nad jego możliwym zastosowaniem w okulistyce, por. M. Penalver-Mellado et al., *In Vitro Anti-Inflammatory Potential of Pomegranate Extract (Pomanox®) in a Reconstituted Human Corneal Epithelium Model*, „Journal of Clinical and Translational Ophthalmology" 2023, t. 1, s. 52–60.

[40] W potrójnie zaślepionym, randomizowanym badaniu klinicznym przeprowadzonym wśród 146 kobiet z obfitymi krwawieniami miesiączkowymi porównano skuteczność preparatu z pigwy (*Cydonia oblonga*) z kwasem mefenamowym. Uczestniczki otrzymywały odpowiednio 250 mg preparatu z pigwy lub 500 mg kwasu mefenamowego co 6 godzin przez 5 dni cyklu, przez trzy kolejne miesiące. Uzyskane wyniki sugerują, że preparaty na bazie *Cydonia oblonga* mogą stanowić efektywną alternatywę dla leczenia farmakologicznego z wykorzystaniem kwasu mefenamowego, potencjalnie przy mniejszym ryzyku działań niepożądanych; por. P. Rahi et al., *Comparison of the effect of mefenamic acid and quince on the level of menstrual bleeding and hemoglobin: A randomized controlled clinical trial*, „European Journal of Integrative Medicine" 2016, t. 8, z. 1, s. 67–72.

[41] Pigwę stosuje się w leczeniu bólu gardła, kaszlu, zapalenia płuc i chorób płuc: D. Melo Ferreira et al., *Potential Therapeutic Properties of the Leaf of Cydonia Oblonga Mill. Based on Mineral and Organic Profiles*, „Plants" 2022, t. 11, s. 1–20.

[42] Ekstrakty z różnych części rośliny wykazują szerokie działanie dermatologiczne, obejmujące efekty przeciwutleniające, przeciwzapalne, przeciwdrobnoustrojowe, przeciwalergiczne, fotoprotekcyjne, nawilżające i przeciwstarzeniowe, a także wspomaganie gojenia ran, redukcję rumienia i hiperpigmentacji: A. Adamovic et al., *Cydonia oblonga: A Comprehensive Overview of Applications in Dermatology and Cosmetics*, „Cosmetics" 2025, t. 12, s. 1–18.

[43] Badania *in vitro* i na modelach zwierzęcych wskazują, że *Cydonia oblonga Miller* (pigwa) może korzystnie wpływać na czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Zaobserwowano m.in. działanie hipotensyjne, hipolipemizujące, przeciwutleniające oraz przeciwzapalne, a także pozytywny wpływ na metabolizm glukozy, masę ciała, funkcje wątroby i procesy zakrzepowe. Zebrane dane sugerują, że pigwa może stanowić obiecujący nutraceutyk wspomagający regulację parametrów metabolicznych i sercowo-naczyniowych, jednak konieczne są dalsze badania kliniczne w celu potwierdzenia jej skuteczności i bezpieczeństwa

odnotowane m.in. przez Ibn Madża, dotyczące spożywania pigwy. Wskazują one na jej wpływ na funkcję wzmacniającą serce. Odnotowano także zalecenie podawania pigwy kobietom ciężarnym[44].

W innym miejscu as-Sujuti omawia winogrona, przedstawiając ich właściwości w zależności od odmiany oraz części owocu. Za najwartościowsze uznał winogrona białe (perskie), następnie czerwone, na końcu czarne. Miąższ owocu określony został jako „gorący i wilgotny", natomiast skórka i nasiona wykazywały według autora tendencję ku naturze „zimnej i suchej". Winogrona scharakteryzowano jako pokarm o wysokiej wartości odżywczej, szczególnie ceniony w stanie pełnej dojrzałości; najwyżej oceniono owoce pochodzące z końcowego etapu zbiorów. Jednocześnie wskazano, że ich wilgotność sprzyja powstawaniu gazów jelitowych. Nadmierne spożycie może prowadzić do nasilonego pragnienia, które zaleca się łagodzić poprzez spożycie granatu gorzkiego. W części tradycyjnej odnotowano przekaz przypisywany Muhammadowi, zgodnie z którym winogrona należały do owoców szczególnie przez niego cenionych[45]. W obrębie materiału zawartego w *at-Tibb an-Nabawi* as-Sujuti omawia również rodzynki. Klasyfikowane są jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej". Wskazano ich działanie rozgrzewające, sprzyjające pragnieniu oraz zwiększające masę ciała u osób o konstytucji „zimnej". W zakresie oddziaływania fizjologicznego rodzynkom przypisano wpływ na redukcję zmęczenia[46], łagodzenie stanów emocjonalnych o charakterze pobudzenia, modulację funkcji układu

u ludzi: D. Krasniqi et al., *Vasorelaxant Effects of Ethanolic Extract from Cydonia oblonga Mill. Leaves on Isolated Rat Thoracic Aorta and Potential Mechanism of Action*, „Natural Product Communications" 2024, t. 19, z. 9; A. Amerizadeh et al., *Cardiovascular Effects of Cydonia oblonga Miller (Quince)*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine" 2022, nr 2; H. Vaez et al., *Potential of Cydonia oblonga leaves in cardiovascular disease*, „Hypothesis" 2014, t. 12.

[44] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 90. Wyniki wstępnych badań klinicznych sugerują, że preparaty na bazie *Cydonia oblonga* mogą stanowić skuteczną i bezpieczną alternatywę terapeutyczną w leczeniu nudności i wymiotów wczesnej ciąży: E. Jafari-Dehkordi et al., *Comparison of quince with vitamin B6 for treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised clinical tria*l, „Journal of Obstetrics and Gynaecology" 2017, t. 37.

[45] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 100.

[46] Rodzynki dostarczają stabilnej energii podczas długotrwałego wysiłku fizycznego, porównywalnej z komercyjnymi preparatami sportowymi: B.W. Too et al., *Natural versus commercial carbohydrate supplementation and endurance running performance*, „Journal of the International Society of Sports Nutrition" 2022, t. 9, z. 1; M.J. Schuster et al., *A Comprehensive review of Raisins and Raisin components and their relationship to human health*, „Journal of Nutrition and Health" 2017, t. 50, s. 210–211; H.L. Rietschier et al., *Sun-dried raisins are a cost-effective alternative to Sports Jelly Beans in prolonged cycling*, „Journal of Strength and Conditioning Research" 2011, t. 25, s. 3150–3156; M. Kern, C.J. Heslin, R.S. Rezende, *Metabolic and Performance Effects of Raisins Versus Sports Gel as Pre-Exercise Feedings in Cyclists*, „The Journal of Strength and Conditioning Research" 2007, t. 21, s. 1204–1207.

nerwowego[47], ułatwienie współżycia seksualnego, działanie wykrztuśne oraz pozytywny wpływ na stan skóry. W przekazie przypisywanym Alemu ibn Abi Talibowi wskazano zależność między codziennym spożyciem określonej ilości rodzynek a brakiem dolegliwości somatycznych. Odnotowano również praktykę maceracji w wodzie i spożywania powstałego napoju. Przekazy tradycji zawierają zakaz łączenia rodzynek z daktylami w jednym naparze[48]. W zastosowaniu zewnętrznym, w formie okładu, pędom winorośli przypisano działanie korzystne w leczeniu obrzęków[49].

Z interesujących pod względem kulturowym czy cywilizacyjnym uwag warto wskazać na te dotyczące syropu z winogron. Określany był jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej". Przypisano mu zdolność do wytwarzania „mętnej krwi", co w terminologii humoralnej odnosi się do powstawania gęstszych, mniej oczyszczonych soków ustrojowych. Jednocześnie wskazano, że jego potencjalnie niekorzystne działanie można korygować poprzez łączenie z migdałami, makiem oraz olejem sezamowym, które pełnią funkcję osłaniającą. W tekście przytoczono też relację historyczną dotyczącą wyprawy kalifa ʻUmara ibn al-Chattaba do Syrii: „Kiedy ʿUmar udał się do Syrii, zastał ludzi przygotowujących syrop winogronowy. Zapytał o niego i powiedziano mu, że sporządza się go z soku winogronowego oraz że gotuje się do momentu, aż jedna trzecia objętości odparuje. Wówczas powiedział: »Istotnie, aspekt zakazany od niego odszedł, a pozostała jedynie część dozwolona. Zniknęła jego ostrość, a pozostał przyjemny zapach. Zatem nakażcie wojskom muzułmańskim pić, aby zyskały siłę«"[50]. Rzecz oczywiście dotyczyła zagadnienia fermentacji i zakazu spożywania efektów takiego procesu w klasycznym islamie.

Kolejnym owocem opisanym w *at-Tibb an-Nabawi* był arbuz, którego właściwości zostały także zróżnicowane w zależności od odmiany oraz stopnia dojrzałości. Autor wskazuje, że odmiana zielona ma charakter „zimny i wilgotny", natomiast żółta wykazuje tendencję ku naturze „ciepłej", przy czym stopień słodyczy owocu pozostaje w bezpośredniej relacji do jego „ciepła". Wzmiankowany jest również tzw. arbuz ʻAbdulliego. Arbuzowi przypisuje się szereg zastosowań o charakterze dietetycznym i leczniczym. Wskazuje się

[47] Badanie na modelu zwierzęcym wykazało, że hydroalkoholowy ekstrakt z rodzynek (winorośl właściwa) może wykazywać działanie przeciwdepresyjne. U myszy, u których wywołano objawy przypominające depresję poprzez podanie tetrabenazyny, zastosowanie ekstraktu w dawkach 100 i 200 mg/kg istotnie zmniejszało czas bezruchu w testach behawioralnych, co interpretuje się jako redukcję objawów depresyjnych: M.J. Rodrigo-Gonzalo, *Effect of including a dietary supplement of raisins, a food rich in polyphenols, on cognitive function in healthy older adults; a study protocol for a randomized clinical trial*, „BMC Geriatrics" 2023, t. 23.

[48] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 88.

[49] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 105.

[50] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 85.

na jego działanie moczopędne[51] oraz łatwostrawność[52]. Stosowany zewnętrznie, zwłaszcza w postaci preparatu z nasion, miał służyć usuwaniu zmian skórnych, takich jak piegi[53]. W formie kolirium przypisywano mu działanie korzystne dla oczu. Ponadto miał wspomagać usuwanie kamieni z nerek i pęcherza oraz działać przeczyszczająco w odniesieniu do „szkodliwych soków" obecnych w żołądku. Skórka żółtego arbuza, stosowana w procesie gotowania z twardym mięsem, miała przyczyniać się do jego zmiękczenia. As-Sujuti podkreślał również znaczenie odpowiedniego stanu owocu przed spożyciem. Arbuz nadpsuty uznawany był za szkodliwy i potencjalnie „toksyczny", wymagający usunięcia z organizmu. W dalszej części tekstu przytoczone zostały tradycje przypisywane Muhammadowi, przekazane m.in. przez at-Tirmiziego oraz Abu Dawuda. Dotyczą one spożywania arbuza łącznie ze świeżymi daktylami, co uzasadniane jest równoważeniem przeciwstawnych właściwości tych pokarmów. Podano także opinię przypisywaną Ibn ʻAbbasowi, zgodnie z którą arbuz pełni funkcję pokarmu, napoju i środka leczniczego jednocześnie, oddziałując m.in. na układ moczowy, trawienny oraz funkcje wzrokowe, choć autor traktatu zaznacza niepewny charakter tego przekazu oraz ogranicza te właściwości głównie do odmiany żółtej[54].

---

[51] Badania wskazują, że ekstrakty z *Citrullus lanatus* mogą redukować masę ciała, tkankę tłuszczową i poziom lipidów oraz wykazują działanie moczopędne i przeciwkamicze. Efekty te wiąże się z obecnością cytruliny i potasu. Wyniki sugerują potencjał terapeutyczny, jednak wymagają potwierdzenia w dalszych badaniach klinicznych, por.: Y.-S. Lee et al., *Anti-Obesity and Diuretic Effects of Immature Watermelon Rind Extract in HFD-Induced Obese Mice*, „Nutrients" 2026, t. 18, s. 1–18; W.A. Siddiqui et al., *Evaluation of anti-urolithiatic and diuretic activities of watermelon (Citrullus lanatus) using in vivo and in vitro experiments*, „Biomedicine and Pharmacotherapy" 2018, t. 97, s. 1212–1221; S. Gul, Z. Rashid, G. Sarwer, *Citrullus Lanatus (Watermelon) as Diuretic Agent: An in vivo Investigation on Mice*, „Journal of Drug Delivery and Therapeutics" 2014.

[52] Obecnie badacze zauważają przede wszystkim znaczenie arbuza w kontekście redukcji hiperglikemii poposiłkowej, ale potwierdzają również jego prozdrowotne działania dla zaistnienia odpowiedniego procesu trawienia: T. Molina et al., *Effects of blenderized watermelon with the rind on satiety, postprandial glucose, and bowel movement, with sensory evaluation*, „Human Nutrition and Metabolism" 2023, t. 34; O. Balogun et al., *Effect of Watermelon (Citrullus lanatus) Extract on Carbohydrates-Hydrolyzing Enzymes In Vitro*, „Agriculture" 2022, t. 12, z. 6; B.O. Ajiboye et al., *Antidiabetic activity of watermelon (Citrullus lanatus) juice in alloxan-induced diabetic rats*, „Journal of Diabetes and Metabolic Disorders", 2020, t. 19, z. 1, s. 343–352.

[53] Badania wykazały, że melaniny izolowane z nasion *Citrullus lanatus* posiadają właściwości antyoksydacyjne, przeciwbakteryjne i fotoprotekcyjne, przy czym forma oczyszczona wykazuje wyższą aktywność. Ekstrakty z nasion mogą także wspierać leczenie chorób skóry, regulować wydzielanie sebum i działać przeciwtrądzikowo: J.T. Ankush, G.A. Sommath, *The Potency of Watermelon (Citrullus lanatus) Seed Extract as a Cosmetic Formulation: A Narrative Literature Review*, „Journal of Topical and Cosmetic Sciences". 2025; t. 16,:s. 43-48; S. Fujita et al., *Seed Watermelon (Citrullus mucosospermus (Fursa))-Derived Coniferyl Alcohol as a Functional Ingredient in Remedies for Dry Skin: Evidence of Facilitated Lipogenesis in Human Sebocytes*, „Molecules" 2025, t. 30, s. 1-13; Ł. Łopusiewicz, *Antioxidant, antibacterial properties and the light barrier assessment of raw and purified melanins isolated from Citrullus lanatus (watermelon) seeds*, „Herba Polonica" 2018, t. 64, s. 25–36.

[54] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 72–73.

Warzywem niekiedy uznawanym za owoc, opisanym w traktacie *at-Tibb an-Nabawi,* jest kolokwinta (*Citrullus colocynthis*), której właściwości zostały określone w kategoriach intensywnej aktywności farmakologicznej. Roślinę tę scharakteryzowano jako „gorącą i suchą w trzecim stopniu", co w systemie humoralnym oznacza silnie drażniący i potencjalnie toksyczny profil działania. W tekście wskazuje się na konieczność unikania nasion, przy jednoczesnym wykorzystaniu wyłącznie miąższu owocu, który przed użyciem powinien być rozcierany i łączony z pistacją. Podkreślono również, że pojedynczy owoc rosnący na krzewie może stanowić środek o działaniu śmiertelnie toksycznym. Kolokwinta opisana została jako substancja wywołująca gwałtowny przepływ flegmy, co można interpretować jako silne działanie przeczyszczające i drażniące błony śluzowe. W dalszej części przywołano tradycję przypisywaną Muhammadowi, według której kolokwinta porównana została do hipokryty. Prorok miał podkreślać jej zewnętrzną pozorność przy wyjątkowo złych właściwościach wewnętrznych, obejmujących brak przyjemnego zapachu oraz wyraźnie gorzki smak[55].

W dalszej części *at-Tibb an-Nabawi* Dżalal ad-Din as-Sujuti omówił ogórek odmiany *qisa'*. Określony został jako substancja „zimna i wilgotna w drugim stopniu". Za najbardziej wartościowe uznano owoce w pełni dojrzałe. Przypisuje się mu działanie chłodzące oraz właściwości moczopędne, przy czym zaznaczono, że jest on lżejszy (łatwiejszy do przyswojenia) niż odmiana *chijar*. W części tradycyjnej odnotowano przekazy dotyczące spożywania ogórka w połączeniu ze świeżymi daktylami, przypisywane Muhammadowi. Relacja przekazana przez A'iszę bint Abu Bakr wskazuje, że takie zestawienie było stosowane w celu zwiększenia masy ciała, co oczywiście nie jest zgodne ze współczesną wiedzą dotyczącą właściwości ogórka[56].

[55] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 81. Badania nad olejem z nasion *Citrullus colocynthis* wskazują na jego wysoką zawartość nienasyconych kwasów tłuszczowych (zwłaszcza linolowego i oleinowego) oraz obecność związków fenolowych i flawonoidów, co przekłada się na istotne właściwości antyoksydacyjne i przeciwbakteryjne. Wykazuje on także potencjał przeciwzapalny oraz zdolność neutralizacji reaktywnych form tlenu i azotu, co może mieć znaczenie w profilaktyce chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych i zapalnych. W przeciwieństwie do tradycyjnych przekonań przypisujących tej roślinie głównie działanie silnie toksyczne lub przeczyszczające, współczesne analizy fitochemiczne ukazują ją jako złożone źródło bioaktywnych substancji o potencjale nutraceutycznym i farmaceutycznym. Podkreśla się również możliwość wykorzystania jej w przemyśle spożywczym i kosmetycznym jako naturalnego składnika funkcjonalnego. Jednocześnie należy zaznaczyć, że większość dostępnych wyników pochodzi z badań *in vitro* lub analiz przeglądowych. Konieczne są dalsze badania *in vivo*, ocena toksyczności, biodostępności oraz standaryzacja dawek, aby jednoznacznie określić bezpieczeństwo i skuteczność *C. colocynthis* w zastosowaniach klinicznych, por. A.A. Hoffola et al., *Physicochemical characterization, antioxidant capacity, and antimicrobial activity of Citrullus colocynthis seed oil*, „Scientific Reports" 2026, t. 16; M. Maaz et al., *Citrullus colocynthis and human health: Transforming nature bitterness to healing medicine*, „Applied Food Research" 2025, t. 5, z. 2; Q.-Y. Li et al., *Citrullus colocynthis (L.) Schrad (Bitter Apple Fruit): Promising Traditional Uses, Pharmacological Effects, Aspects, and Potential Applications*, „Frontiers in Pharmacology" 2022, t. 12, s. 1–16.

[56] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 101–102.

Podobnie dość wątpliwe są uwagi dotyczące owoców jabłoni. Autor wskazuje, że jabłka różnicują się w zależności od smaku: odmiany kwaśne uznawane są za bardziej „zimne" niż słodkie. W tekście przywołana zostaje opinia al-Fatahiego, zgodnie z którą jabłka wzmacniają serce[57]. Na ich bazie przygotowywano syrop jabłkowy, któremu przypisywano działanie wzmacniające „siły" organizmu oraz korzystny wpływ na stany określane jako „złe skłonności". Wzmiankowana była również tzw. jabłoń nabatejska, z której sporządzano galaretkę jabłkową jako odrębny preparat. Jednocześnie autor zaznaczał potencjalny negatywny skutek spożywania kwaśnych jabłek, którym przypisał zdolność wywoływania… zapominania[58].

Brzoskwinia została określona jako owoc o naturze „zimnej i wilgotnej". Przypisuje się jej działanie rozluźniające w obrębie żołądka oraz zmiękczające treść jelitową. W tekście wskazuje się, że spożywanie jej przed posiłkiem jest korzystniejsze niż po jego zakończeniu. Z brzoskwini przygotowywano również syrop, któremu przypisywano

[57] Badania sugerują, że regularne spożycie jabłek (*Malus domestica*) może korzystnie wpływać na czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zwłaszcza poprzez obniżenie cholesterolu całkowitego oraz poprawę funkcji śródbłonka i ciśnienia krwi. Mechanizmy te wiąże się z obecnością błonnika i polifenoli, które oddziałują na mikrobiotę jelitową oraz metabolizm kwasów żółciowych i lipidów. Wyniki badań obserwacyjnych wskazują na związek między wyższym spożyciem jabłek a niższym ryzykiem śmiertelności, choroby wieńcowej, cukrzycy typu 2 czy udaru niedokrwiennego. Jednak dane z randomizowanych badań klinicznych pozostają ograniczone i niejednoznaczne, szczególnie w odniesieniu do izolowanych składników lub przetworów jabłkowych (np. soków). Mimo obiecujących wyników, wiele proponowanych mechanizmów opiera się na badaniach *in vitro* i modelach zwierzęcych. Konieczne są dalsze, długoterminowe badania kliniczne z udziałem ludzi, aby jednoznacznie potwierdzić skuteczność: K. Mierczak, A. Garus-Pakowska, *An Overview of Apple Varieties and the Importance of Apple Consumption in the Prevention of Non-Communicable Diseases—A Narrative Review*, „Nutrients" 2024, t. 16, 1–23; S.J. Kim et al., *Metabolic and Cardiovascular Benefits of Apple and Apple-Derived Products: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, „Frontiers in Nutrition" 2022, t. 9; s. 1–15; B.A. Sandoval-Ramirez et al., *The effects and associations of whole-apple intake on diverse cardiovascular risk factors. A narrative review*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition" 2020, t. 60; N.P. Bondonno et al., *The cardiovascular health benefits of apples: Whole fruit vs. isolated compounds*, „Trends in Food Science and Technology" 2017, t. 69, s. 243–256; A. Koutsos, K.M. Tuohy, J.A. Lovegrove, *Apples and Cardiovascular Health—Is the Gut Microbiota a Core Consideration?*, „Nutients" 2015, t. 7, s. 3959–3998; E. Wiechselbaum, L.A. Wyness, S. Stanner, *Apple polyphenols and cardiovascular disease – a review of the evidenc*e, „Nutrition Bulletin" 2010, t. 35, s. 92–101. Tradycyjna literatura medyczna, m.in. Awicenna czy al-Biruni, konsekwentnie wskazywała na korzystne działanie jabłek w kontekście funkcji serca, szczególnie w leczeniu kołatania i ogólnego „wzmocnienia serca". Zalecenia obejmowały spożycie jabłek lub ich ekstraktów jako środka wspierającego pracę układu krążenia, przy jednoczesnym ostrzeganiu przed ich nadmiernym spożyciem ze względu na możliwe działania niepożądane: H. Basri Ulusoy, *Beneficial effects of apple for the heart in the historical medical books*, „Cardiovascular Diseases & Diagnosis" 2019, t. 7 .

[58] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 74.

zastosowanie w stanach gorączkowych[59]. Preparat ten miał działać łagodząco oraz redukować pragnienie. Brzoskwinia klasyfikowana była także w grupie środków o działaniu przeczyszczającym, stosowanych w postaci naparów i odwarów[60]. Morela została scharakteryzowana jako substancja o naturze „zimnej i wilgotnej". Wskazano jej podatność na szybkie psucie się. W tekście odnotowano, że suszone morele po uprzednim namoczeniu w wodzie uśmierzają pragnienie. Uznano je również za najbardziej odpowiedni dla żołądka spośród owoców z grupy śliw[61].

Orzech włoski określany jest jako produkt o naturze „gorącej i suchej". W tekście wskazuje się, że jego spożycie może powodować bóle głowy. Jednocześnie uznaje się go za trudnostrawny i niekorzystny dla żołądka, przy czym świeża forma orzecha oceniana jest jako bardziej korzystna niż suszona. W połączeniu z miodem, w formie preparatu, orzechy mają wykazywać działanie łagodzące bóle gardła[62]. W dalszej części przywołana zostaje opinia przypisywana Awicennie, zgodnie z którą spożywanie fig, orzechów włoskich oraz ruty ma stanowić środek o charakterze antidotum wobec różnych trucizn. Podobne stano-

[59] Faktycznie, badania nad *Prunus persica* wskazują na istotne działanie przeciwzapalne i neuroprotekcyjne ekstraktów z różnych części rośliny (liści, owoców i pędów). Warto jednak stwierdzić, że szczegółowe analizy wykazały, iż najmniej skuteczne jest stosowanie syropów, gdyż w tej formie traci się odpowiednie stężenie polifenoli i karotenoidów: Y. Zhao et al., *Metabolic basis for superior antioxidant capacity of red-fleshed peaches*, „Food Chemistry: X" 2024, t. 23, s. 1–10; K.. Hee Seo et al., *Anti-inflammatory role of Prunus persica L. Batsch methanol extract on lipopolysaccharide-stimulated glial cells*, „Molecular Medicine Reports" 2020, t. 21, s. 2030-2040; J. Gasparotto et al., *Effects of different products of peach (Prunus persica L. Batsch) from a variety developed in southern Brazil on oxidative stress and inflammatory parameters in vitro and ex vivo*, „Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition" 2014, t. 55, nr 2, s. 110–119.

[60] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 83. Badania nad *Prunus persica* wskazują na wielokierunkowe działanie prokinetyczne i przeciwzaparciowe różnych części rośliny. Ekstrakty z kwiatów brzoskwini oraz ich składniki bioaktywne (m.in. naringenina) przyspieszają pasaż jelitowy, regulują neurotransmitery i cytokiny zapalne oraz zwiększają uwodnienie treści jelitowej. Dodatkowo ekstrakty z liści wykazują zarówno działanie cholinomimetyczne, jak i hamujące kanały wapniowe, co mechanistycznie uzasadnia efekt przeczyszczający: P. Wang et al., .*Sakuranetin, A Laxative Component from Peach Leaves and Its Intervention in Metabolism*, „International Journal of Molecular Sciences" 2025, t. 26, s. 1–17; S. Liang et al., *Prunus persica (L.) Batsch blossom soluble dietary fiber synergia polyphenol improving loperamide-induced constipation in mice via regulating stem cell factor/C-kit, NF-κB signaling pathway and gut microbiota*, „Food Research International" 2024, t. 192; Y. Fu et al., *Exploring the Active Constitutions of Peach Blossom for Amelioration of Loperamide-Induced Mice Constipation by Ultra-Performance Liquid Chromatography-Mass Spectrometry Combined with Network Pharmacology*, „Natural Product Communications" 2023, t. 18, z. 3; B. Ma et al., *Molecular Mechanism of the Therapeutic Effect of Peach Blossom against Constipation: An Exploratory Study Based on Network Pharmacology Analysis and Molecular Docking Verification*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine" 2023, t. 19, s. 1–14; A. Ul-Hassan Gilani et al., *Pharmacological basis for the use of peach leaves in constipation*, „Journal of Ethnopharmacology" 2000, t. 73, s. 87–93.

[61] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 114.

[62] Preparaty z orzecha włoskiego bada się raczej pod względem możliwości immunoterapii doustnej na alergeny: A. Elizur et al., *Walnut oral immunotherapy for desensitisation of walnut and additional tree nut allergies (Nut Cracker): a single-centre, prospective cohort study*, „The Lancet Child Adolescent Health" 2019, t. 3, s. 312–321.

wisko przypisane zostało również Dioskurydesowi, który zalecał stosowanie orzechów włoskich zarówno przed, jak i po ekspozycji na substancje toksyczne[63]. Następnie przytoczona zostaje relacja historyczna dotycząca kalifów al-Mahdiego i al-Mansura, w której orzechy włoskie spożywane są wraz z serem. W tradycji tej przypisuje się Muhammadowi wypowiedź, według której ser określony jest jako „choroba", natomiast orzechy jako „lek", a ich połączenie ma tworzyć środek leczniczy[64].

W innym miejscu autor omawia pistację, której właściwości przedstawiono w odniesieniu do różnych części rośliny oraz ich zastosowań. Pistacja została określona jako substancja o naturze „gorącej i suchej". Wskazano, że czerwona, włóknista osłonka nasiona wykazuje działanie hamujące wymioty oraz biegunkę[65]. W tekście odnotowano również przekonanie, że spożywanie pistacji w połączeniu z żółtkiem jaja sprzyja ogólnemu wzmocnieniu organizmu oraz korzystnie wpływa na serce[66]. Migdały słodkie przedstawione zostały jako środek wspomagający leczenie kaszlu, działający poprzez jego „nawilżanie". Z kolei migdały gorzkie określono jako substancja o naturze „gorącej", której przypisuje się zdolność rozbijania kamieni (najpewniej w kontekście złogów w układzie

[63] Badania eksperymentalne i przeglądowe wskazują na ich istotny potencjał w kontekście zaburzeń metabolicznych oraz redukcji zmian zapalnych i histopatologicznych w wątrobie: G. Ali et al., *Walnut extract protects against hepatic inflammation and toxicity induced by a high-fat diet*, „Food Science and Nutrition" 2023, t. 12, s. 8340-8352; M.-Y. Kim, S.-W. Choi, *Can Walnut Serve as a Magic Bullet for the Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease?*, „Applied Sciences" 2021, t. 11.

[64] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 77–78.

[65] Mechanizm działania ekstraktów *Pistacia vera* może obejmować zarówno wpływ na receptory i przewodnictwo nerwowe w obrębie przewodu pokarmowego, jak i oddziaływanie na ośrodki wymiotne w ośrodkowym układzie nerwowym. Wyniki te wskazują na potencjał terapeutyczny tej rośliny jako naturalnego środka przeciwwymiotnego, jednak – ze względu na ograniczenia modelu zwierzęcego – konieczne są dalsze badania: H. Hosseinzadeh, M Mirshojaeian, B.M. Razavi, *Antiemetic effect of Pistacia vera L. (Pistachio) leaves and nuts aqueous extracts in young chicken*, „Pharmacologyonline" 2008, t. 2, s. 568-571. Z kolei badania nad *Pistacia integerrima* wykazują jej silne działanie przeciwbiegunkowe: F.A. Alhumaydhi et al., *In Vivo and In Silico Studies of Flavonoids Isolated from Pistacia integerrima as Potential Antidiarrheal Agents*, „ACS Omega" 2021, t. 6, s. 15617–15624.

[66] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 101. Zestawione badania wskazują, iż spożycie pistacji wywiera istotny, ale uzależniony od dawki wpływ na redukcję czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w szczególności poprzez obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego, a także poprawę wskaźników lipidowych i apolipoproteinowych. Wyniki metaanalizy potwierdzają ponadto korzystne oddziaływanie na parametry glikemiczne, ciśnienie skurczowe oraz markery stresu oksydacyjnego, bez negatywnego wpływu na masę ciała. Całość dowodów sugeruje, iż pistacje stanowią wartościowy element diety prewencyjnej w kontekście zaburzeń kardiometabolicznych: M. Ghanavati et al., *Pistachios and cardiometabolic risk factors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials*, „Complementary Therapies in Medicine" 2020, t. 52; A.E. Nadimi et al., *The Effect of Pistachios on Human Health: A Review Study*, „Journal of Occupational Health and Epidemiology" 2014, t. 3, s. 242–252; S.K. Gebauer et al., *Effects of pistachios on cardiovascular disease risk factors and potential mechanisms of action: a dose-response study*, „The American Journal of Clinical Nutrition" 2008, t. 88, z. 3, s. 651–659.

moczowym)[67]. W kolejnym fragmencie *at-Tibb an-Nabawi* autor omawia kokos. Został scharakteryzowany jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej". Za najlepszą odmianę uznaje się egzemplarze o białej barwie. W tekście przypisuje się mu działanie polegające na zwiększaniu sprawności seksualnej oraz łagodzeniu bólu pleców[68].

Interesujące informacje znajdujemy też w krótkim fragmencie poświęconym bananom (*muz*). Banany zostały określone jako substancja o naturze „gorącej i wilgotnej w pierwszym stopniu". W tekście wskazano ich stosunkowo niską wartość odżywczą w porównaniu z innymi owocami, co możemy uznać za opinię dość dyskusyjną. Osobom o konstytucji „zimnej" zalecano ich spożywanie w połączeniu z miodem. Odnotowano również uwagi dotyczące terminologii, zgodnie z którymi niektóre przekazy utożsamiają określenie *talʿ* z bananem, jednak autor zaznacza, że właściwie termin ten odnosi się do owocu palmy daktylowej[69]. Z mniej znanych owoców as-Sujuti wymienia *Salvadora persica*. W tekście wskazano jego działanie wzmacniające żołądek[70]. W części tradycyjnej przywołano

[67] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 111. Porady tej nie można uznać za właściwą, spożywanie nadmiernej ilości migdałów prowadzi do zwiększenia ryzyka kamicy nerkowej i nefropatii szczawianowej. Analiza przypadku klinicznego dodatkowo sugeruje, iż długotrwała, wysoka podaż migdałów, zwłaszcza w warunkach współistniejącej dysbiozy jelitowej, może przyczyniać się do rozwoju ciężkiej niewydolności nerek; por. A. De Mul et al., *Snacks and urinary oxalate: Which wins, almonds or chocolate?*, „The French Journal of Urology" 2025, t. 35, z. 12; Y.L. Haaskjold et al., *Renal Failure due to Excessive Intake of Almonds in the Absence of Oxalobacter formigenes*, „The American Journal of Medicine" 2015, t. 128, z. 12.

[68] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 115. Badania eksperymentalne wskazują, że różne formy kokosa (ekstrakt z łupin oraz woda kokosowa) mogą wywierać istotny wpływ na funkcje rozrodcze, głównie w modelach zwierzęcych. W badaniach na samcach szczurów ekstrakt z łupin powodował wzrost poziomu testosteronu oraz poprawę wskaźników zachowań seksualnych (częstość kopulacji, ejakulacji). Z kolei woda kokosowa wykazywała działanie zwiększające poziom testosteronu oraz zdolność do przywracania równowagi hormonalnej i masy narządów rozrodczych u samców poddanych działaniu antyandrogenów. Wyniki sugerują więc potencjalne działanie proreprodukcyjne kokosa, wymagające dalszych badań u ludzi: A.T. Olayinka et al., *Green coconut water administration potentiates positive correlation between reproductive organs' weight and sex hormone profile in flutamide induced androgen perturbation in male prepubertal Wistar rats*, „Pharmacological Research – Modern Chinese Medicine" 2024, t. 10; E.B. Odigie et al., *Regulation of male sex hormones strongly heightens copulation behavior indices in rat's model administered Cocos nucifera husks extract*, „African Health Sciences" 2022, t. 22, s. 410–419; J. Nnodim et al., *Coconut water consumption and its effect on sex hormone concentrations*, „Journal of Krishna Istitute of Medical Sciences University" 2014, t. 3, s. 107–110.

[69] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 115.

[70] Badania eksperymentalne wykazały, że wyciąg z *Salvadora persica* (korzeń, w formie odwaru lub ekstraktu) posiada wyraźne działanie ochronne na błonę śluzową żołądka u zwierząt laboratoryjnych. W modelach owrzodzeń wywołanych przez etanol, indometacynę, kwas acetylosalicylowy oraz stres obserwowano istotne zmniejszenie stopnia uszkodzeń żołądka oraz poprawę struktury tkanki. Podawanie ekstraktu przez kilka dni prowadziło do niemal pełnej regeneracji błony śluzowej, co potwierdzono badaniami mikroskopowymi. Zauważono także odbudowę komórek okładzinowych żołądka oraz częściowy powrót ich funkcji wydzielniczej. Jednocześnie ekstrakt wykazywał działanie przeciwzapalne. W efekcie *Salvadora persica* może działać jako potencjalny środek przeciwwrzodowy, wspierający gojenie zmian żołądkowych poprzez działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne i cytoprotekcyjne: M.A. Lebda et al., *Protective Effects of Miswak (Salvadora persica) against Experimentally Induced Gastric Ulcers in Rats*, „Oxidative Medicine and Cellular

przekaz Dżabira, według którego Muhammad podczas zbierania owoców tej rośliny zalecił wybieranie odmiany czarnej[71].

W dalszej części *at-Tibb an-Nabawi* Dżalal ad-Din as-Sujuti omawia owoce głożyny (jujuba). Przypisuje się im działanie stabilizujące temperament oraz ściągające (wysuszające) w obrębie żołądka[72]. W części tradycyjnej przywołano przekaz zawarty w dziele Abu Nuʿajma, według którego pierwszym owocem spożytym przez Adama po jego zesłaniu na ziemię miała być właśnie jujuba[73]. W interesującym nas dziele znajdziemy też kilka wzmianek na temat myrobalanu, który raczej należy kojarzyć z migdałecznikiem chebułowcem, nie zaś ze śliwą wiśniową[74]. Wspomina się, że ma on działanie wzmacniające odporność żołądka, a także usuwa zapach potu[75]. W innym miejscu autor nadmienia, że wyróżniono trzy podstawowe odmiany, m.in. indyjską. Nasionom oraz preparatom elektuarycznym przypisano działanie chłodzące w obrębie jamy ustnej. W formie syropu z miodem midgałecznik miał zwiększać produkcję nasienia, przy jednoczesnym działaniu ogólnie stymulującym u osób w podeszłym wieku, w tym w zakresie pobudzenia libido[76]. As-Sujuti dodawał też, że Muhammad bardzo doceniał ten owoc[77] i odnotował przekaz, zgodnie z którym myrobalan należy do roślin rajskich, a jego zastosowanie wiąże się z potencjałem terapeutycznym obejmującym szerokie spektrum chorób (okre-

Longevity" 2018, t. 4; M.T. Monforte et al., *Antiulcer Activity of Salvadora persica on Experimental ASA Induced Ulcer in Rats: Ultrastructural Modifications*, „Pharmacutical Biology" 2001, t. 39, nr 4, s. 289–292; R. Sanogo et al., *Antiulcer activity of Salvadora persica L.: structural modifications*, „Phytomedicine" 1999, t. 6, z. 5, s. 363–366.

[71] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 104.

[72] Liczne badania naukowe potwierdzają korzystny wpływ preparatów pozyskiwanych z tej rośliny na funkcjonowanie przewodu pokarmowego, zarówno w obrębie żołądka, jak i jelit. W szczególności wykazano ich działanie ochronne na błonę śluzową, zdolność do przywracania integralności bariery jelitowej oraz właściwości przeciwzapalne i antyoksydacyjne. Podkreśla się także potencjał w łagodzeniu uszkodzeń wywołanych czynnikami chemicznymi, takimi jak etanol, oraz w modulowaniu procesów zapalnych w obrębie układu pokarmowego: Y.J. Yang et al., *Ziziphus jujuba. Miller Ethanol Extract Restores Disrupted Intestinal Barrier Function via Tight Junction Recovery and Reduces Inflammation*, „Antioxidants" 2024, t. 13, nr 5; D. Zhu et al., *A Literature Review of the Pharmacological Effects of Jujube*, „Foods" 2024, t. 13, nr 2; P. Agrawal et al., *An updated review of Ziziphus jujube: Major focus on its phytochemicals and pharmacological properties*, „Pharmacological Research – Modern Chinese Medicine" 2023, t. 8; A. Tanyeli et al., *Gastroprotective Effects of Jujuba (Ziziphus jujuba) Fruit Extract Against the Ethanol-Related Gastric Ulcer in Rats*, „Journal of Contemporary Medicine" 2023, t. 13, nr 6, s. 1051.

[73] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 115.

[74] Chociaż tę również wspomina się jako owoc o pozytywnym działaniu na układ pokarmowy: C.R. Lopez, *Effect of myrobalan plum on gut microbiota and digestive health*, „International Journal of Horticulture and Food Science" 2023, t. 5, s. 95–98.

[75] Tibb ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 90.

[76] Tibb ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 117.

[77] Tibb ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 91.

ślanych liczbowo jako „siedemdziesiąt")[78]. Kolejnym owocem jest morwa, której właściwości zostały przedstawione z uwzględnieniem odmian oraz sposobu spożycia. Morwy syryjskie scharakteryzowano jako substancje o naturze „zimnej" i działaniu ściągającym. Z morwy przygotowywano galaretkę, której przypisywano zastosowanie w łagodzeniu dolegliwości gardła[79]. Odrębnie omówiona została morwa biała, uznawana za mniej wartościową pod względem odżywczym oraz niekorzystnie wpływającą na żołądek. W tekście zawarto także zalecenia dietetyczne dotyczące jej spożycia: powinna być przyjmowana przed posiłkiem, następnie zaś popijana zimną wodą[80]. Owoce tamaryndowca scharakteryzowane zostały jako substancja o naturze „gorącej i suchej". Autor stwierdził, że owoce te mogą mieć zastosowanie jako środek przeciwwymiotny, natomiast zauważył jednocześnie potencjalne działania niepożądane, obejmujące szkodliwy wpływ na obszar klatki piersiowej, co sugeruje możliwość podrażnienia lub osłabienia narządów oddechowych. As-Sujuti zauważył też, że tamaryndy wykorzystywano w formie infuzów, odwarów oraz oksymeli (preparatów na bazie octu i miodu). Z owoców sporządzano syrop, stosowany w stanach nadmiernej utraty płynów oraz wzmożonego pragnienia[81].

---

[78] Tibb ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 117. *Terminalia chebula* jest rośliną o długiej tradycji stosowania w medycynie indyjskiej i irańskiej, gdzie wykorzystywano ją w leczeniu m.in. zaparć, niestrawności, wzdęć, biegunek, cukrzycy oraz zaburzeń neurologicznych. Współczesne badania potwierdzają szerokie spektrum aktywności biologicznej tej rośliny. Wykazano, że zawarte w niej związki, takie jak kwas elagowy, galusowy i chebulinowy, wykazują działanie przeciwbakteryjne wobec różnych patogenów, w tym *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli* oraz *Helicobacter pylori*. Dodatkowo obecność antrachinonów i sennozydów odpowiada za efekt przeczyszczający, a inne składniki wspierają perystaltykę jelit, co może poprawiać wchłanianie substancji odżywczych i łagodzić objawy gastroparezy. Ekstrakty z *Terminalia chebula* wykazują aktywność wobec szerokiego spektrum drobnoustrojów Gram-dodatnich i Gram-ujemnych, a badania spektroskopowe wskazują na obecność związków biologicznie czynnych odpowiedzialnych za działanie przeciwdrobnoustrojowe, szczególnie w obrębie przewodu pokarmowego, por. M.R.H. Bulbul, *A comprehensive review on the diverse pharmacological perspectives of Terminalia chebula Retz*, „Heliyon" 2022, t. 8, s. 1–16; A. Jokar et al., *Potential therapeutic applications for Terminalia chebula in Iranian traditional medicine*, „Journal of Traditional Chinese Medicine" 2016, t. 36, z. 2, 250-254; R. Mehra, R. Makhija, N. Vyas. *Role of Terminalia chebula on Gastrointestinal Mucosa*. „Research Journal Pharmacy and Techology" 2012, t. 5, z. 9; s. 1183–1186.

[79] Por. V.K. Ramappa et al., *Mulberries: A Promising Fruit for Phytochemicals, Nutraceuticals, and Biological Activities*, „International Journal of Fruit Science" 2020, t. 20, s. 1254–1279. Badanie kliniczne z randomizacją przeprowadzone wśród dzieci w wieku 5–15 lat wykazało, że stosowanie syropu z czarnej morwy (*Morus nigra*) może istotnie łagodzić objawy przewlekłego zapalenia migdałków. W trakcie trzytygodniowej interwencji zaobserwowano znaczące zmniejszenie przerostu migdałków, ograniczenie oddychania przez usta podczas snu, redukcję chrapania nocnego oraz poprawę jakości mowy (zmniejszenie nosowania) w porównaniu z grupą kontrolną otrzymującą placebo: M. Pourabbasi et al., *Black mulberry syrup on reducing tonsillar hypertrophy and its clinical symptoms: A randomized, double-blind, controlled trial*, „Caspian Journal of Internal Medicine" 2025, t. 16, s. 731–740.

[80] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 74.

[81] Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti, s. 76.

Przeprowadzona analiza traktatu *at-Tibb an-Nabawi* Dżalala ad-Dina as-Sujutiego pozwala stwierdzić, że medycyna prorocka w ujęciu późnośredniowiecznym stanowiła złożony system wiedzy, w którym elementy tradycji religijnej, obserwacji i doświadczenia własnego bądź zapożyczonego od ówczesnych medyków i farmaceutów oraz antycznych teorii medycznych zostały ściśle zintegrowane w jedną, nie zawsze spójną, całość epistemologiczną. Owoce i inne produkty roślinne nie pełniły w tym systemie wyłącznie funkcji dietetycznej, lecz były traktowane jako środki terapeutyczne, których działanie opisywano jednak tak w kategoriach fizjologicznych, jak i symboliczno-religijnych. Zgromadzony materiał źródłowy wskazuje, że as-Sujuti nie tworzył autonomicznego systemu medycznego, lecz dokonywał kompilacji i systematyzacji ówcześnie dostępnej wiedzy medycznej, osadzając ją w ramach fundamentalnych zasad islamu sunnickiego. W rezultacie zdrowie i choroba zostały przedstawione jako zjawiska zależne nie tylko od czynników biologicznych i dietetycznych, lecz także od porządku moralnego, praktyk religijnych oraz zgodności z Bożą wolą. Szczególnie istotnym wnioskiem płynącym z analizy materiału źródłowego jest obserwacja, że klasyfikacja produktów roślinnych – w tym owoców – opierała się na koncepcji łączącej teorię temperamentów (gorące–zimne, suche–wilgotne), tradycję prorocką oraz praktykę medyczną. W efekcie ten sam produkt mógł być jednocześnie postrzegany jako substancja lecznicza, dietetyczna i wartościowa duchowo. Analiza potwierdza również, że medycyna prorocka nie była systemem antynaukowym, lecz funkcjonowała jako alternatywny model racjonalności, w którym wiedza empiryczna i autorytet tradycji religijnej wzajemnie się uzupełniały. Włączenie licznych odniesień do hadisów pełniło funkcję legitymizującą. W konsekwencji można stwierdzić, że *at-Tibb an-Nabawi* as-Sujutiego stanowi nie tylko kompendium wiedzy medyczno-dietetycznej późnośredniowiecznego islamu, lecz także świadectwo integracji różnych porządków epistemologicznych, w których granice między medycyną, teologią i praktyką codzienną były płynne i wzajemnie się przenikały.

Bibliografia

Źródła:

» Jalal ad-Din al-Suyuti, *The History of the Khalifahs who took the right way*, trans. A. Clarke, London 1995
» Jalal ad-Din al-Suyuti, *The Perfect Guide to the Sciences of the Qur'an*, trans. M. Fareed, Al-Thani Center for Muslim Contribution to Civilization, bdw
» Jalal ad-Din al-Suyuti, *Secrets Withhin the Order of the Qur'an*, trans. A. Karim, Dar al-Arqam 2018
» Mishkat al-Masabih, https://sunnah.com/mishkat [dostęp: 30.04.2026 r.]
» *Mishkaat Al-Masaabih by Sheikh Waliuddin Abu Abdullah Al-Khateeb Al-Tabrezi*, trans. R. Abdur Rahman, 5 vols, Darul Ishaat 2013
» Sahih Muslim, https://sunnah.com/muslim [dostęp: 30.04.2026 r.]

» *Sahih Muslim*, trans. A.H. Siddiqui, New Dehli 2000
» *English Translation of Sahih Muslim*, trans. N. al-Khattab, 7 vols, Riyadh 2007
» Sunan Abu Dawud, https://sunnah.com/abudawud [dostęp: 30.04.2026 r.]
» *English Translation of Sunan Abu Dawud. Compiled by Imam Hafiz Abu Dawud Sulaiman bin Ash'ath*, trans. Y. Qadhi, 5 vols, Riyadh 2008
» Sunan Ibn Majah, https://sunnah.com/ibnmajah [dostęp: 30.04.2026 r.]
» *English Translation of Sunan ibn Majah. Compiled by Imam Muhammad Bin Yazeed Ibn Majah Al-Qazwini*, trans. N. al-Khattab, 5 vols, Riyadh 2007
» *Tibb-ul-Nabbi of Al-Suyuti*, [w:] C. Elgood, *Tibb-ul Nabbi or Medicine of the Prophet*, „Osiris" 1962, t. 114

Opracowania:
» Abdelghffar E.A. et al., *Orange fruit (Citrus sinensis) peel extract attenuates chemotherapy-induced toxicity in male rats*, „Food and Function" 2021, t. 19
» Adamovic A. et al., *Cydonia oblonga: A Comprehensive Overview of Applications in Dermatology and Cosmetics*, „Cosmetics" 2025, t. 12
» Agrawal P. et al., *An updated review of Ziziphus jujube: Major focus on its phytochemicals and pharmacological properties*, „Pharmacological Research – Modern Chinese Medicine" 2023, t. 8
» Ajiboye B.O. et al., *Antidiabetic activity of watermelon (Citrullus lanatus) juice in alloxan-induced diabetic rats*, „Journal of Diabetes and Metabolic Disorders", 2020, t. 19, z. 1
» Alhumaydhi F.A. et al., *In Vivo and In Silico Studies of Flavonoids Isolated from Pistacia integerrima as Potential Antidiarrheal Agents*, „ACS Omega" 2021, t. 6
» Ali G. et al., *Walnut extract protects against hepatic inflammation and toxicity induced by a high-fat diet*, „Food Science and Nutrition" 2023, t. 12
» Ali M., *A Statistical Portrait of the Resistance to Logic by Sunni Muslim Scholars Based on the Works of Jalāl al-Dīn al-Suyūtī (849-909/1448-1505)*, „Islamic Law and Society" 2008, t. 15, nr 2
» Alkhatib M. et al., *Preventive and Therapeutic Effects of Punica granatum (Pomegranate) in Respiratory and Digestive Diseases: A Review*, „Applied Sciences" 2022, t. 12
» Al-Kuran O. et al., *The effect of late pregnancy consumption of date fruit on labour and delivery*, „Journal of Obstetrics and Gynaecology" 2011, t. 31
» Al-Qudah T.S. et al., *Lemon as a source of functional and medicinal ingredient. A review*, „International Journal of Chemical and Biochemical Sciences" 2018, t. 14
» Amerizadeh A. et al., *Cardiovascular Effects of Cydonia oblonga Miller (Quince)*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine" 2022, nr 2
» Ankush J.T., Sommath G.A., *The Potency of Watermelon (Citrullus lanatus) Seed Extract as a Cosmetic Formulation: A Narrative Literature Review*, „Journal of Topical and Cosmetic Sciences" 2025, t. 16
» Antico A., *Oral Allergy Syndrome to Fig*, „International Archives of Allergy and Immunology" 2003, t. 13
» Attia G.H. et al., *Antiviral zinc oxide nanoparticles mediated by hesperidin and in silico comparison study between antiviral phenolics as anti-SARS-CoV-2*; „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces" 2021, t. 203
» Aviram M., Rosenblat M., *Pomegranate for Your Cardiovascular Health*, „Rambam Maimonides Medical Journal" 2013, t. 4, z. 2
» Balogun O. et al., *Effect of Watermelon (Citrullus lanatus) Extract on Carbohydrates-Hydrolyzing Enzymes In Vitro*, „Agriculture" 2022, t. 12, z. 6
» Baru R. et al., *A Forum of Scholars' Oversights. Imam al-Suyuti's Attitudes in Facing the Khilaf*, „International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences" 2017, t. 7, z. 5
» Basri Ulusoy H., *Beneficial effects of apple for the heart in the historical medical books*, „Cardiovascular Diseases & Diagnosis" 2019, t. 7
» Blecher J., *"Usefulness without Toil": Al-Suyūṭī and the Art of Concise ḥadīth Commentary*, [w:] *Al-Suyūṭī,*

a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca'Foscari University, Venice, June 23, 2014), ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016
» Bondonno N.P. et al., *The cardiovascular health benefits of apples: Whole fruit vs. isolated compounds*, „Trends in Food Science and Technology" 2017, t. 69
» Bulbul M.R.H., *A comprehensive review on the diverse pharmacological perspectives of Terminalia chebula Retz*, „Heliyon" 2022, t. 8
» Burge S., *Al-Suyuti on the Merits of Imam ʿAli*, The Institute of Ismaili Studies 2010
» Burge S., *Scattered Pearls: Exploring al-Suyūṭī's Hermeneutics and Use of Sources in al-Durr al-manthūr fī'l-tafsīr bi'l-maʾthūr*, „Journal of the Royal Asiatic Society" 2014, t. 24, nr 2
» Chhikara N. et al., *Citrus medica: Nutritional, phytochemical composition and health benefits-a review*, „Food and Function" 2018, t. 9, z. 2
» Dammati N.D. et al., *Evaluation of Ficus carica fruit Extract against Ethylene Glycol Induced Urolithiasis in Albino Wistar Rats*, „Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences" 2021, t. 10
» Davidova S., Galabov A.S., Satchanska G., *Antibacterial, Antifungal, Antiviral Activity, and Mechanisms of Action of Plant Polyphenols*, „Microorganisms" 2024, t. 12
» Dechamp C. et al., *First report of anaphylactic reaction after fig (Ficus carica) ingestion*, „Allergy. European Journal of Alergy and Clinical Immunology" 1995, t. 50, z. 6
» De Mul A. et al., *Snacks and urinary oxalate: Which wins, almonds or chocolate?*, „The French Journal of Urology" 2025, t. 35, z. 12
» Dhanani A., *Suyūṭī: Abū al-Faḍl ʿAbd al-Raḥmān Jalāl al-Dīn al-Suyūṭī*, [w:] *The Biographical Encyclopedia of Astronomers*, ed. T. Hockey et al., New York 2007
» Diogo Gonçalves S., *Anorexia – Aromatic strategies in managing dietary changes in end-of-life patients*, „Nutrition Clinique et Métabolisme" 2025, t. 39, z. 3
» El-Abd A.W. et al., *Anti-ulcerogenic activity of Citrus medica var. sarcodactylis fruit extract nanoemulsion in gastric ulcer rat model through modulating HMBG1/TLR4/NF-κB and Nrf2/HSP70/PGE2 signaling pathways*, „Journal of Drug Delivery Science and Technology" 2025, t. 104
» El-Ardat M.A. et al., *The Effects of Date Consumption on Labor and Vaginal Birth*, „Medical Archives" 2025, t. 79
» El-Bedewy L.A.H. et al., *Study The Effect of Leaves and Fruits of Figs (Ficuscarica, L.) and Olive (Oleaeuropaea, L.) on Obesity and Kidney Disorder Rats*, „Journal of Home Economics" 2020, t. 30, nr 4
» Elizur A. et al., *Walnut oral immunotherapy for desensitisation of walnut and additional tree nut allergies (Nut Cracker): a single-centre, prospective cohort study*, „The Lancet Child Adolescent Health" 2019, t. 3
» Fadilah N.Q. et al., *Virucidal Activity of Essential Oils From Citrus x aurantium L. Against Influenza A Virus H1N1: Limonene as a Potential Household Disinfectant Against Virus*, „Natural Product Communications" 2022, t. 17, z. 1
» Fakhri L.A., Ghanbarzadeh B., Falcone P.M., *Development of a Novel Low-Calorie Lime Juice-Based Prebiotic Beverage Using a Combined Design Optimization Methodology*, „Foods" 2023, t. 12
» Fazel M.F. et al., *Physicochemistry, Nutritional, and Therapeutic Potential of Ficus carica – A Promising Nutraceutical*, „Drug Design, Development and Therapy" 2024, t. 18
» Fu Y. et al., *Exploring the Active Constitutions of Peach Blossom for Amelioration of Loperamide-Induced Mice Constipation by Ultra-Performance Liquid Chromatography-Mass Spectrometry Combined with Network Pharmacology*, „Natural Product Communications" 2023, t. 18, z. 3
» Fujita S. et al., *Seed Watermelon (Citrullus mucosospermus (Fursa))-Derived Coniferyl Alcohol as a Functional Ingredient in Remedies for Dry Skin: Evidence of Facilitated Lipogenesis in Human Sebocytes*, „Molecules" 2025, t. 30
» Gasparotto J. et al., *Effects of different products of peach (Prunus persica L. Batsch) from a variety developed in southern Brazil on oxidative stress and inflammatory parameters in vitro and ex vivo*, „Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition" 2014, t. 55, nr 2

» Gebauer S.K. et al., *Effects of pistachios on cardiovascular disease risk factors and potential mechanisms of action: a dose-response study*, „The American Journal of Clinical Nutrition" 2008, t. 88, z. 3
» Geoffroy E., *Al-Suyūṭī as a Sufi*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014)*, ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016
» Ghaly M., *Prophetic Medicine*, [w:] *Muhammad in History, Thought and Culture. An Encyclopedia of the Prophet of God*, eds C. Fitzpatrick, A. Walker, Santa Barbara 2014
» Ghanavati M. et al., *Pistachios and cardiometabolic risk factors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials*, „Complementary Therapies in Medicine" 2020, t. 52
» Ghersetti A., *Poésie et grammaire selon Ǧalāl al-Dīn al-Suyūṭī*, „Quaderni di Studi Arabi" 2013, t. 8
» Goel B., Maurya N.K., *Aphrodisiac Herbal therapy for Erectile Dysfunction*, „Archives of Pharmacy Practice" 2020, t. 11, nr 1
» Grande F., *History, Comparativism, and Morphology: Al-Suyūṭī and Modern Historical Linguistics*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014*), ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016
» Gul S., Rashid Z., Sarwer G., *Citrullus Lanatus (Watermelon) as Diuretic Agent: An in vivo Investigation on Mice*, „Journal of Drug Delivery and Therapeutics" 2014
» Haaskjold Y.L.et al., *Renal Failure due to Excessive Intake of Almonds in the Absence of Oxalobacter formigenes*, „The American Journal of Medicine" 2015, t. 128, z. 12
» Hamdani D., *Lemon Aromatherapy Intervention to Reduce Nausea and Vomiting in Gastritis Patients*, „Kian Journal" 2022, t. 1
» Hee Seo K. et al., *Anti-inflammatory role of Prunus persica L. Batsch methanol extract on lipopolysaccharide-stimulated glial cells*, „Molecular Medicine Reports" 2020, t. 21
» Hoffola A.A. et al., *Physicochemical characterization, antioxidant capacity, and antimicrobial activity of Citrullus colocynthis seed oil*, „Scientific Reports" 2026, t. 16
» Hosseinzadeh H., Mirshojaeian M., Razavi B.M., *Antiemetic effect of Pistacia vera L. (Pistachio) leaves and nuts aqueous extracts in young chicken*, „Pharmacologyonline" 2008, t. 2
» Hussein A.A. et al., *Prophetic Medicine, Islamic Medicine, Traditional Arabic and Islamic Medicine (TAIM). Revisiting Concepts and Definitions*, „Acta Scientific Medical Sciences" 2019, t. 3, z. 8
» Ikhwan M., *Kitab al-Muzhir of Jalal al-Din al-Suyuti: A Critical Edition and Translation of Section Twenty on Islamic Terms*, „Al-Jamiah Journal of Islamic Studies" 2009, t. 47
» Jacquart D., *Wpływ medycyny arabskiej na średniowieczny Zachód*, [w:] *Historia nauki arabskiej*, t. 3: *Technika*, *Alchemia nauki przyrodnicze i medycyna*, red. R. Rashed, R. Morelon, tłum. J. Kozłowska, K. Pachniak, Warszawa 2005
» Jafari-Dehkordi E. et al., *Comparison of quince with vitamin B6 for treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised clinical tria*l, „Journal of Obstetrics and Gynaecology" 2017, t. 37
» Jokar A. et al., *Potential therapeutic applications for Terminalia chebula in Iranian traditional medicine*, „Journal of Traditional Chinese Medicine" 2016, t. 36, z. 2
» Joseph O.S. et al., *Citrus Medica Linn Fruit Juice Significantly Ameliorate Pain and Mediated Inhibition of Inflammatory Process: A Potential Alternative Approach to Pain Management*, http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5243626 [dostęp: 30.04.2026 r.]
» Karczewski Ł., *Arabska wiedza medyczna w praktyce i teorii – przeciwdziałanie zmęczeniu w czasie odbywania Ḥaǧǧu na podstawie wybranych przykładów z poradnika Qusṭā ibn Lūkā – zarys problematyki*, „Saeculum Christianum" 2019, t. 25
» Kern M., Heslin C.J., Rezende R.S., *Metabolic and Performance Effects of Raisins Versus Sports Gel as Pre-Exercise Feedings in Cyclists*, „The Journal of Strength and Conditioning Research" 2007, t. 21

» Kim M.-Y., Choi S.W., *Can Walnut Serve as a Magic Bullet for the Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease?*, „Applied Sciences" 2021, t. 11
» Kim S.J. et al., *Metabolic and Cardiovascular Benefits of Apple and Apple-Derived Products: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, „Frontiers in Nutrition" 2022, t. 9
» Kotta S. et al., *Exploring scientifically proven herbal aphrodisiacs*, „Pharmacognosy Review" 2013, t. 7, nr 12
» Koutsos A., Tuohy K.M., Lovegrove J.A., *Apples and Cardiovascular Health—Is the Gut Microbiota a Core Consideration?*, „Nutients" 2015, t. 7
» Krasniqi D. et al., *Vasorelaxant Effects of Ethanolic Extract from Cydonia oblonga Mill. Leaves on Isolated Rat Thoracic Aorta and Potential Mechanism of Action*, „Natural Product Communications" 2024, t. 19, z. 9
» Lebda M.A. et al., *Protective Effects of Miswak (Salvadora persica) against Experimentally Induced Gastric Ulcers in Rats*, „Oxidative Medicine and Cellular Longevity" 2018, t. 4
» Lee Y.-S. et al., *Anti-Obesity and Diuretic Effects of Immature Watermelon Rind Extract in HFD-Induced Obese Mice*, „Nutrients" 2026, t. 18
» Li Q.-Y. et al., *Citrullus colocynthis (L.) Schrad (Bitter Apple Fruit): Promising Traditional Uses, Pharmacological Effects, Aspects, and Potential Applications*, „Frontiers in Pharmacology" 2022, t. 12
» Liang S. et al., *Prunus persica (L.) Batsch blossom soluble dietary fiber synergia polyphenol improving loperamide-induced constipation in mice via regulating stem cell factor/C-kit, NF-κB signaling pathway and gut microbiota*, „Food Research International" 2024, t. 192
» Lopez C.R., *Effect of myrobalan plum on gut microbiota and digestive health*, „International Journal of Horticulture and Food Science" 2023, t. 5
» Łopusiewicz Ł., *Antioxidant, antibacterial properties and the light barrier assessment of raw and purified melanins isolated from Citrullus lanatus (watermelon) seeds*, „Herba Polonica" 2018, t. 64
» Ma B. et al., *Molecular Mechanism of the Therapeutic Effect of Peach Blossom against Constipation: An Exploratory Study Based on Network Pharmacology Analysis and Molecular Docking Verification*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine" 2023, t. 19
» Maaz M. et al., *Citrullus colocynthis and human health: Transforming nature bitterness to healing medicine*, „Applied Food Research" 2025, t. 5, z. 2
» Malviya N. et al., *Recent Studies on Aphrodisiac Herbis for the Management of Male Sexual Dysfunction – A Review*, „Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research" 2011, t. 68., nr 1
» Mauder Ch., *Al-Suyūṭī's Stance Toward Worldly Power: A Reexamination Based on Unpublished and Understudied Sources*, [w:] *Al-Suyūṭī, a Polymath of the Mamlūk Period. Proceedings of the themed day of the First Conference of the School of Mamlūk Studies (Ca' Foscari University, Venice, June 23, 2014)*, ed. A. Ghersetti, Leiden-Boston 2016
» Mehra R., Makhija R., Vyas N.. *Role of Terminalia chebula on Gastrointestinal Mucosa*. „Research Journal Pharmacy and Techology" 2012, t. 5, z. 9
» Melo Ferreira D. et al., *Potential Therapeutic Properties of the Leaf of Cydonia Oblonga Mill. Based on Mineral and Organic Profiles*, „Plants" 2022, t. 11
» Mierczak K., Garus-Pakowska A., *An Overview of Apple Varieties and the Importance of Apple Consumption in the Prevention of Non-Communicable Diseases—A Narrative Review*, „Nutrients" 2024, t. 16
» Mohammadi M. et al., *Pomegranate: A review of the heavenly healer's past, present, and future*, „Iranian Journal of Basic Medical Sciences" 2013, t. 26, nr 11
» Mohammadi S. et al., *Impacts of supplementation with pomegranate on cardiometabolic risk factors: A systematic review and dose-response meta-analysis*, „Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases" 2025, t. 35, z. 10
» Mohanapriya M. et al., *Health and Medicinal Properties of Lemon (Citrus Limonum)*, „International Journal of Ayurvedic and Herbal Medicine" 2013, t. 3, z. 1

» Molina T. et al., *Effects of blenderized watermelon with the rind on satiety, postprandial glucose, and bowel movement, with sensory evaluation*, „Human Nutrition and Metabolism" 2023, t. 34
» Monforte M.T. et al., *Antiulcer Activity of Salvadora persica on Experimental ASA Induced Ulcer in Rats: Ultrastructural Modifications*, „Pharmacutical Biology" 2001, t. 39, nr 4
» Mourad S.A., *Al-Suyūṭī*, [w:] *The Islamic World*, ed. A. Rippin, London 2008
» Musa D.D., Sangodele F.. Hafiz S.S., *Phytochemical Analysis and Antibacterial Activity of Orange (Citrus sinensis) Peel*, „Fudma Journal of Sciences" 2019, t. 3, nr 1.
» Myrne P., *Women and Men in al-Suyūṭī's Guides to Sex and Marriage*, „Mamluk Studies Review" 2018, t. 21
» Nadimi A.E. et al., *The Effect of Pistachios on Human Health: A Review Study*, „Journal of Occupational Health and Epidemiology" 2014, t. 3
» Nasiri M. et al., *Effects of consuming date fruits (Phoenix dactylifera Linn) on gestation, labor, and delivery: An updated systematic review and meta-analysis of clinical trials*, „Complementary Therapies in Medicine" 2019, t. 45
» Nnodim J. et al., *Coconut water consumption and its effect on sex hormone concentrations*, „Journal of Krishna Istitute of Medical Sciences University" 2014, t. 3
» Odetayo A.F. et al., *Orange peel ethanolic extract and physical exercise prevent testicular toxicity in streptozocin and high fat diet-induced type 2 diabetes rats via Nrf2/NF-kB signaling: In silico and in vivo studies*, „Heliyon" 2024, t. 10
» Odigie E.B. et al., *Regulation of male sex hormones strongly heightens copulation behavior indices in rat's model administered Cocos nucifera husks extract*, „African Health Sciences" 2022, t. 22
» Olayinka A.T. et al., *Green coconut water administration potentiates positive correlation between reproductive organs' weight and sex hormone profile in flutamide induced androgen perturbation in male prepubertal Wistar rats*, „Pharmacological Research – Modern Chinese Medicine" 2024, t. 10
» Patil A. et al., *Citrus medica.: A Comprehensive Review of Botany, Phytochemistry, and Medicinal Properties*, „International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Research" 2023, t. 28, z. 1
» Penalver-Mellado M. et al., *In Vitro Anti-Inflammatory Potential of Pomegranate Extract (Pomanox®) in a Reconstituted Human Corneal Epithelium Model*, „Journal of Clinical and Translational Ophthalmology" 2023, t. 1
» Pormann P.E., Savage-Smith E., *Miedieval Islamic medicine*, Edinburgh 2007
» Pourabbasi M. et al., *Black mulberry syrup on reducing tonsillar hypertrophy and its clinical symptoms: A randomized, double-blind, controlled trial*, „Caspian Journal of Internal Medicine" 2025, t. 16
» Rahi P. et al*., Comparison of the effect of mefenamic acid and quince on the level of menstrual bleeding and hemoglobin: A randomized controlled clinical trial*, „European Journal of Integrative Medicine" 2016, t. 8, z. 1
» Raj D. et al., *The real Theriac – panacea, poisonous drug or quackery?*, „Journal of Ethnopharmacology" 2021, t. 281
» Ramappa V.K. et al., *Mulberries: A Promising Fruit for Phytochemicals, Nutraceuticals, and Biological Activities*, „International Journal of Fruit Science" 2020, t. 20
» Rana N.S., *Medical Properties of Lemon against Desease?*, „Pakistan Journal of Medical and Health Sciences" 2017, t. 11, nr 2
» Refaat W.A. et al., *Protective Effect of Fig, Sycamore and their Mixture on Kidney Disorder in Gentamicin-Induced Rats*, „Journal of Home Economics" 2020, t. 30, nr 1
» Ribeiro Correa A.N. et al., *Lime and orange essential oils and D-limonene as a potential COVID-19 inhibitor: Computational, in chemico, and cytotoxicity analysis*, „Food Bioscience" 2023, t. 51
» Rietschier H.L. et al., *Sun-dried raisins are a cost-effective alternative to Sports Jelly Beans in prolonged cycling*, „Journal of Strength and Conditioning Research" 2011, t. 25
» Rodrigo-Gonzalo M.J., *Effect of including a dietary supplement of raisins, a food rich in polyphenols,*

on cognitive function in healthy older adults; a study protocol for a randomized clinical trial, „BMC Geriatrics" 2023, t. 23
» Rossi A. et al., *Efficacy of Orange Peel Extract in Psoriasis*, „Global Journal of Dermatology and Venereology" 2015, t. 3
» Saeed E. et al., *Bioactive Compounds, Their Mechanisms of Action, and Cardioprotective Effects of Pomegranate (Punica granatum): A Comprehensive Review*, „eFood" 2025, t. 6, z. 4
» Sandoval-Ramirez B.A. et al., *The effects and associations of whole-apple intake on diverse cardiovascular risk factors. A narrative review*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition" 2020, t. 60
» Sanogo R. et al., *Antiulcer activity of Salvadora persica L.: structural modifications*, „Phytomedicine" 1999, t. 6, z. 5
» Savage-Smith E., *Medycyna*, [w:] *Historia nauki arabskiej, t. 3: Technika, Alchemia nauki przyrodnicze i medycyna*, red. R. Rashed, R. Morelon, tłum. J. Kozłowska, K. Pachniak, Warszawa 2005
» Schuster M.J. et al., *A Comprehensive review of Raisins and Raisin components and their relationship to human health*, „Journal of Nutrition and Health" 2017, t. 50
» Shaikh S.B., Bhandary Y.P., *Therapeutic properties of Punica granatum L (pomegranate) and its applications in lung-based diseases: A detailed review*, „Journal of Food Biochemistry" 2021, t. 45, nr 4
» Siddiqui W.A. et al., *Evaluation of anti-urolithiatic and diuretic activities of watermelon (Citrullus lanatus) using in vivo and in vitro experiments*, „Biomedicine and Pharmacotherapy" 2018, t. 97
» Skreslet Hernandez R., *Sultan, Scholar, and Sufi: Authority and Power Relations in al-Suyūṭī's Fatwā on Waqf*, „Islamic Law and Society" 2013, t. 20, nr 3
» Soares Mateus A.R. et al., *Unlocking the Potential of Citrus medica L.: Antioxidant Capacity and Phenolic Profile across Peel, Pulp, and Seeds*, „Molecules" 2024, t. 29, z. 15
» Stan D. et al., *Natural Compounds With Antimicrobial and Antiviral Effect and Nanocarriers Used for Their Transportation*, „Frontiers in Pharmacology" 2021, t. 12
» Tanyeli A. et al., *Gastroprotective Effects of Jujuba (Ziziphus jujuba) Fruit Extract Against the Ethanol-Related Gastric Ulcer in Rats*, „Journal of Contemporary Medicine" 2023, t. 13, nr 6
» Too B.W. et al., *Natural versus commercial carbohydrate supplementation and endurance running performance*, „Journal of the International Society of Sports Nutrition" 2022, t. 9, z. 1
» Tundis R. et al., *Health-Promoting Properties and Potential Application in the Food Industry of Citrus medica L. and Citrus × clementina Hort. Ex Tan. Essential Oils and Their Main Constituents*, „Plants" 2024, t. 12, z. 5
» Ul-Hassan Gilani A. et al., *Pharmacological basis for the use of peach leaves in constipation*, „Journal of Ethnopharmacology" 2000, t. 73
» Vaez H. et al., *Potential of Cydonia oblonga leaves in cardiovascular disease*, „Hypothesis" 2014, t. 12
» Wang P. et al., *.Sakuranetin, A Laxative Component from Peach Leaves and Its Intervention in Metabolism*, „International Journal of Molecular Sciences" 2025, t. 26
» Wiechselbaum E., Wyness L.A., Stanner S., *Apple polyphenols and cardiovascular disease – a review of the evidenc*e, „Nutrition Bulletin" 2010, t. 35
» Wulandari D., Purwati A., Widiatrilupi M.V., *The Effect of Giving Honey Lime Juice (Citrus Aurantifolia) to Nausea Vomiting in Pregnant Women with Emesis Gravidarum: (In Murung Pudak Puskesmas Tabalong Regency South Kalimantan)*, „Proceeding of The International Conference of Inovation, Science, Technology, Education, Children, and Health" 2025, t. 5, nr 1
» Yang Y.J. et al., *Ziziphus jujuba. Miller Ethanol Extract Restores Disrupted Intestinal Barrier Function via Tight Junction Recovery and Reduces Inflammation*, „Antioxidants" 2024, t. 13, nr 5
» Yashaswini P. et al., *Antimicrobial Properties of Orange (Citrus reticulata var. Kinnow). Peel Extracts against Pathogenic Bacteria*, „International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences" 2018, t. 7

» Youness E.R. et al., *The protective effect of orange juice on glyphosate toxicity in adult male mice*, „Journal of Chemical and Pharmaceutical Research" 2016, t. 8
» Zabar A.F., Borowy A., *Cultivation of date palm in Iraq*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2012, t. 22
» Zhao Y. et al., *Metabolic basis for superior antioxidant capacity of red-fleshed peaches*, „Food Chemistry: X" 2024, t. 23
» Zhu D. et al., *A Literature Review of the Pharmacological Effects of Jujube*, „Foods" 2024, t. 13, nr 2

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 81–110

Epidemia tyfusu w powojennym Opolu, 1945 r. Analiza w świetle akt Starostwa Powiatowego

Typhus epidemic in post-war Opole, 1945. Analysis in light of the District Office records

Justyna Sowińska
Archiwum Państwowe w Opolu

Streszczenie

Artykuł ma na celu odtworzenie przebiegu epidemii oraz działań podjętych w celu jej zwalczania w Opolu w 1945 roku. Miasto, dotknięte zniszczeniami wojennymi (w tym skutkami przejścia wojsk radzieckich) oraz zmagające się z masowym napływem przesiedleńców z Kresów Wschodnich, stanęło wówczas przed poważnym kryzysem sanitarnym. Podstawę źródłową badań stanowiły akta Starostwa Powiatowego przechowywane w Archiwum Państwowym w Opolu. Na ich podstawie zrekonstruowano etapy rozwoju choroby i punkty przełomowe, a także wskazano przyczyny rozprzestrzeniania się epidemii oraz czynniki wpływające na zmianę jej charakteru. W opracowaniu ukazano również rolę i zaangażowanie tworzącej się polskiej administracji oraz służb medycznych w walce z kryzysem w tym trudnym okresie historycznym.
Słowa kluczowe: epidemia, historia medycyny, tyfus, Opole, Śląsk Opolski po II wojnie światowej.

Abstract

This article aims to reconstruct the course of the epidemic and the actions taken to combat it in Opole in 1945. The city, devastated by wartime destruction (including the effects of

the Soviet military's passage) and struggling with a massive influx of displaced persons from the Eastern Borderlands, faced a serious sanitary crisis. The research was based on records from the District Office, stored at the State Archives in Opole. These records reconstructed the stages of the disease's development and turning points, and identified the causes of the epidemic's spread and the factors influencing its changing nature. The study also highlights the role and commitment of the emerging Polish administration and medical services in combating the crisis during this difficult historical period.
Keywords: epidemic, history of medicine, typhus, Opole, Opole Silesia after World War II.

Druga wojna światowa przyniosła ogromne straty ludzkie i zniszczenia gospodarcze. Zrujnowane miasta i wsie, znaczne ograniczenia produkcji, braki zaopatrzeniowe w żywność, odzież i środki czystości spowodowały gwałtowne pogorszenie warunków sanitarno-bytowych i ekonomicznych ludności cywilnej, zwłaszcza osób, które musiały zmienić swoje dotychczasowe miejsce zamieszkania. Wszystko to przyczyniło się do wzrostu zachorowań, przede wszystkim na choroby zakaźne, których szerzenie się przybrało ogromne rozmiary. O ile epidemia duru plamistego osiągnęła szczyt w latach 1941 i 1942, o tyle w 1945 roku zaczął dominować dur brzuszny. Zapadalność na tę chorobę osiągnęła niespotykany w historii naszego kraju poziom. Na drugim i trzecim miejscu były błonica i dur plamisty, dalsze miejsca zajmowały płonica i czerwonka. Ponad pięciokrotnie, w stosunku do okresu przedwojennego, wzrosła zapadalność na zimnicę, zanotowano również ogromny przyrost zachorowań na gruźlicę i choroby weneryczne[1].

Celem artykułu jest odtworzenie przebiegu epidemii oraz walki z nią w 1945 roku w Opolu na podstawie akt Starostwa Powiatowego, przechowywanych w miejscowym Archiwum Państwowym. Opisywane dokumenty używają zazwyczaj określenia „epidemia tyfusu", pod którą kryje się zachorowalność na dwie różne jednostki chorobowe – dur plamisty i dur brzuszny. Dur plamisty (łac. *typhus exanthematicus*) to ostra choroba zakaźna spowodowana zakażeniem riketsjami, które wnikają do organizmu człowieka przez zranioną skórę lub błony śluzowe dróg oddechowych i oczu wraz z kałem zakażonych wszy. Nazwa związana jest z charakterystycznymi objawami w postaci plamistej wysypki. Towarzyszy jej wysoka gorączka oraz zaburzenia świadomości. Dur brzuszny (łac. *typhus abdominalis*) jest z kolei ostrą chorobą biegunkową, wywoływaną przez bakterie *Salmonella typhi*[2].

[1] D. Naruszewicz-Lesiuk, W. Magdzik, *Choroby zakaźne na ziemiach polskich w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny" 2000, nr 54, s. 6.
[2] M. Ciesielska, *Tyfus – choroba czasu pokoju i wojny*, „Niepodległość i Pamięć" 2016, nr 23/2, s. 94.

Okres II wojny światowej obszedł się z Opolem dość łaskawie – w mieście panował względny spokój, a życie toczyło się swoim zwykłym rytmem. Sytuacja zmieniła się drastycznie dopiero jesienią 1944 roku w związku ze zbliżającym się frontem. Opole zostało wówczas ogłoszone twierdzą, jednak nieliczne i słabo przygotowane do obrony wojsko nie gwarantowało utrzymania miasta. W rezultacie prawobrzeżna część Opola została zdobyta przez żołnierzy radzieckich w styczniu 1945 roku bez większego oporu. Rosjanie wkroczyli do wyludnionego miasta, którego mieszkańców wcześniej ewakuowano[3].



Fragment zniszczonej kamienicy na opolskim Rynku, 1951 r.

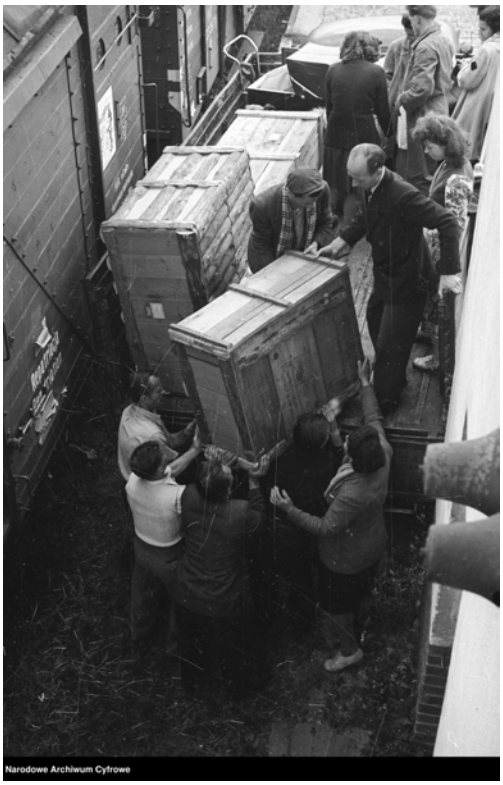
Narodowe Archiwum Cyfrowe, sygn. 3/39/8458

W lutym 1945 roku do Opola zaczęli przybywać przedstawiciele nowej polskiej administracji; jako pierwsi na miejscu pojawili się kolejarze. W marcu dołączyła do nich 71-osobowa grupa urzędników pod przewodnictwem pierwszego starosty, Pawła Piechaczka, w dalszej kolejności przybyli urzędnicy Zarządu Miejskiego. Jednocześnie w mieście nieprzerwanie funkcjonowała radziecka komendantura wojenna, dysponująca pełnią władzy, również w stosunku do ludności cywilnej[4].

[3] P. Pałys, *Opole 1945 – rok pierwszy*, „Studia Śląskie" 2016, nr 78, s. 16.

[4] Tamże, s. 18.

Miasto, powracając do życia po przejściu frontu, a przede wszystkim po niszczycielskich działaniach wojsk radzieckich, leżało w gruzach. Niemal całkowitemu zniszczeniu uległo Stare Miasto. Skali zniszczeń dopełniły liczne pożary, trwające aż do kwietnia, oraz plaga szabrowników. W tej sytuacji najpilniejszym zadaniem stojącym przed polskimi władzami było zapewnienie mieszkańcom bezpieczeństwa[5]. Dochodziły do tego poważne problemy z zaopatrzeniem w żywność. Kwestie te wymagały natychmiastowych działań, zwłaszcza że liczba ludności gwałtownie rosła. W czerwcu 1945 roku Opole liczyło 9687 mieszkańców, natomiast w październiku już trzykrotnie więcej. Ogromnym wyzwaniem logistycznym i społecznym dla władz miejskich oraz powiatowych okazał się napływ przesiedleńców z Kresów Wschodnich. W czerwcu 1945 roku zarejestrowano 1553 takie osoby, a kolejne 12 tysięcy oczekiwało na możliwość osiedlenia. Od czerwca do miasta zaczęli napływać także dawni niemieccy mieszkańcy, dla których polskie władze zorganizowały ośrodki odosobnienia[6].



Wysiedleńcy z Kresów Wschodnich podczas rozładunku na dworcu kolejowym, 1946 r.

Narodowe Archiwum Cyfrowe, sygn. 3/39/2407

[5] Tamże, s. 19.
[6] Tamże, s. 21.

Niezbędne było również objęcie populacji opieką zdrowotną, co napotykało barierę w postaci braku wykwalifikowanego personelu medycznego. Dotyczyło to zarówno lekarzy – których początkowo reprezentowali nieliczni pozostali na miejscu Niemcy – jak i pielęgniarek, których obowiązki pełniły głównie siostry zakonne. Z powodu braku sprzętu, lekarstw oraz zniszczenia infrastruktury, szpitale nie funkcjonowały lub były zajęte przez Armię Czerwoną. Uniemożliwiało to udzielenie pomocy medycznej stale rosnącej liczbie mieszkańców[7].

W Opolu żołnierze radzieccy zajęli m.in. Szpital św. Wojciecha. Na potrzeby ludności uruchomiono wprawdzie dwie prowizoryczne lecznice, były one jednak pozbawione odpowiedniego wyposażenia i aparatury. W marcu 1945 roku w mieście działały zaledwie cztery gabinety lekarskie, nie funkcjonowała natomiast żadna apteka[8].

Odradzająca się służba zdrowia stanęła przed wyzwaniem zaopiekowania się ludźmi, którzy wprawdzie przetrwali wojnę, ale zostali dotkliwie doświadczeni przez los – przeżyli wywózki i tułaczkę, przebywali w więzieniach i obozach, walczyli na froncie lub uciekali przed działaniami wojennymi. Często pozbawieni swoich domów, po wielotygodniowych transportach w nieludzkich warunkach, docierali w nowe, nieznane miejsca – okaleczeni psychicznie, chorzy i skrajnie wygłodzeni[9].

W takich warunkach naturalnym następstwem stało się pojawienie chorób zakaźnych. W Opolu ich gwałtowne nasilenie nastąpiło wraz z pierwszymi transportami przesiedleńców z Kresów Wschodnich, które od kwietnia 1945 roku zaczęły regularnie docierać do miasta. Przesiedleńcy, koczując w dramatycznych warunkach na terenie Dworca Wschodniego (będącego stacją wyładowczą), masowo padali ofiarą duru plamistego.

Niezwykle wartościowy materiał źródłowy dotyczący tego zagadnienia, przechowywany w Archiwum Państwowym w Opolu, stanowi dokumentacja Starostwa Powiatowego za lata 1945–1946. Korespondencja ta, mająca formę sprawozdań statystycznych i opisowych oraz oficjalnych pism, prowadzona była przez starostwo z lekarzem powiatowym, dyrektorem szpitala zakaźnego, Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego oraz Inspektoratem Powiatowym Wojewódzkiego Komitetu Osiedleńczego.

Funkcję pierwszego lekarza powiatowego pełnił dr Jerzy Świtała. Jerzy Świtała (1908–1983) urodził się w Katowicach w robotniczej rodzinie Emanuela i Pauliny z domu Helman. Już jako uczeń gimnazjum zaangażował się w działalność harcerską. Brał udział w akcji plebiscytowej oraz służył jako kurier w III powstaniu śląskim. Po ukończeniu studiów

[7] J.M. Dyrda, *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003, s. 30–31.

[8] Tamże, s. 33.

[9] Tamże, s. 37.

medycznych na Uniwersytecie Poznańskim rozpoczął prace w Szpitalu Miejskim w Katowicach. Dwukrotnie zmieniał miejsce zatrudnienia, przenosząc się najpierw do Chorzowa, a następnie do Mikołowa. W czasie II wojny światowej był aktywnym członkiem ruchu oporu i lekarzem wojskowym. W 1945 roku został skierowany przez wojewodę śląsko-dąbrowskiego do Opola, gdzie objął funkcję pierwszego lekarza powiatowego, a następnie dyrektora Szpitala św. Wojciecha. Gdy w mieście wybuchła epidemia tyfusu, walczył z nią niemal samotnie, mając do pomocy jedynie pielęgniarki. Sam również się zaraził, a choroba miała u niego bardzo ciężki przebieg. W 1952 roku ze względów rodzinnych powrócił do Katowic[10].

Pierwsze sprawozdanie na stanowisku lekarza powiatowego dr Świtała sporządził prawdopodobnie na początku kwietnia 1945 roku, jednak egzemplarz ten nie zachował się w opolskim archiwum. Sprawozdanie nr 2 pochodzi z 13 kwietnia i szczegółowo opisuje ówczesny stan miasta. W porównaniu z prawie kompletnym wyludnieniem w momencie przybycia polskiej administracji, Opole zaczęło już wykazywać oznaki ożywienia. Pojawili się milicjanci i urzędnicy wraz z rodzinami, ale także szabrownicy okradający opuszczone mienie. W mieście brakowało prądu, bieżącej wody i gazu. Dr Świtała udzielał pomocy pierwszym chorym i rannym, których z powodu braku lokalnych placówek medycznych musiał początkowo kierować do Katowic. Lekarz bardzo obrazowo opisał swoje starania o zabezpieczenie ocalałych środków medycznych i lekarstw. Kiedy wybuchł pożar w aptece mieszczącej się na rynku, osobiście brał udział w jego gaszeniu oraz ratowaniu porzuconych medykamentów. Mimo tych starań, zabezpieczone leki zostały mu odebrane przez żołnierzy radzieckich. Udało mu się natomiast przejąć z magazynów Niemieckiego Czerwonego Krzyża zapasy waty, ligniny oraz podstawowy sprzęt medyczny. Po długich i żmudnych pertraktacjach z władzami radzieckimi dr Świtała uruchomił pierwszy prowizoryczny szpital[11].

Dnia 15 kwietnia 1945 roku lekarz powiatowy został powiadomiony przez starostę opolskiego Pawła Piechaczka o wystąpieniu zachorowań wśród osób znajdujących się w obozie dla przesiedleńców z Kresów Wschodnich, mieszczącym się w barakach przy opolskim Dworcu Wschodnim[12]. Medyk udał się tam niezwłocznie. Na miejscu zastał dwóch lekarzy w stopniu oficerów Armii Czerwonej, od których jednak nie uzyskał

[10] J.M. Dyrda, *Jerzy Hieronim Świtała*, Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, https://katalog.sum.edu.pl/F?func=full-set-set&set_number=000018&set_entry=000001&format=999 (dostęp: 10.05.2026 r.).

[11] Archiwum Państwowe w Opolu (dalej APOp), zespół nr 178 Starostwo Powiatowe w Opolu (dalej SP Opole), *Sprawozdanie lekarza powiatowego nr 2 z 13.04.1945 r.*, sygn. 608, s. 1–9.

[12] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie lekarza powiatowego nr 3 z 27.04.1945 r.*, sygn. 608, s. 10–12.

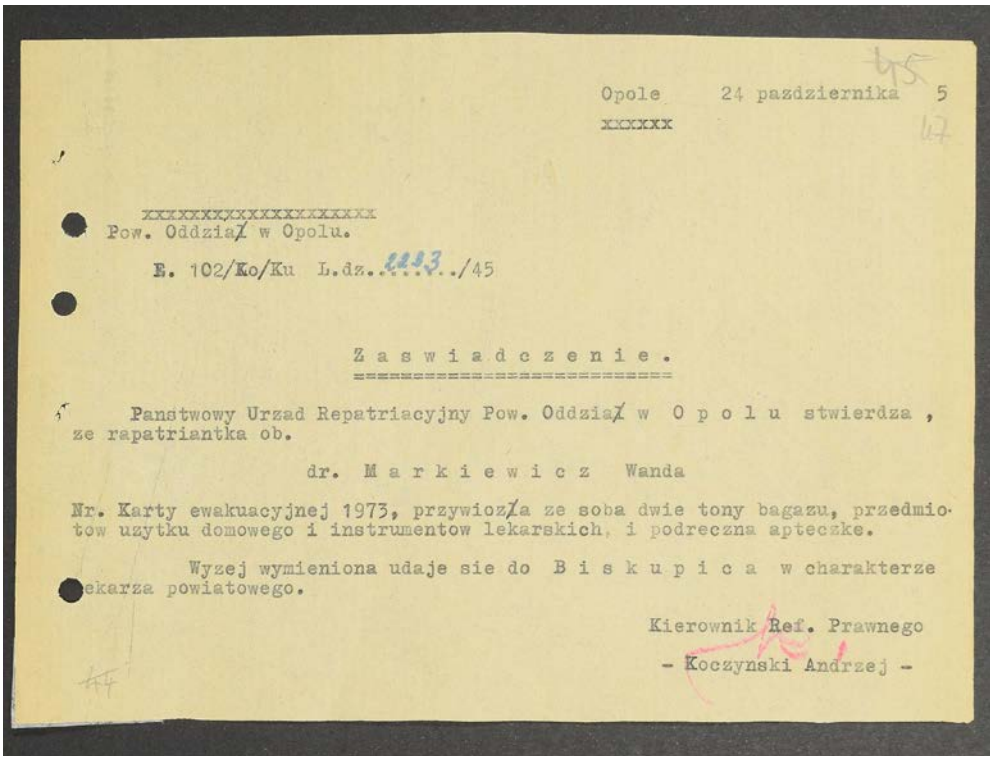
żadnych informacji. Wobec tego dr Świtała samodzielnie skontrolował dwa baraki mieszkalne w celu identyfikacji chorych. Zadania nie ułatwiał fakt, że na miejscu brakowało kierownika obozu czy jakiegokolwiek stałego personelu medycznego. Podczas inspekcji lekarz odnotował rażący brak higieny – pomieszczenia były brudne, zanieczyszczone, a ludzie przebywali w nich razem ze zwierzętami domowymi i ptactwem. Doktor Świtała nakazał natychmiastowe usunięcie zwierząt z izb mieszkalnych oraz zalecił zmywanie podłóg wodą, aby ograniczyć unoszący się pył. Wszystkie wolne przestrzenie były zastawione paczkami, skrzyniami i tobołami, co utrudniało swobodną komunikację wewnątrz budynków. Zagracenie pokoi było tak duże, że lekarz nie miał dostępu do łóżek chorych, w związku z czym nakazał pacjentom w miarę możliwości wstać i usiąść na krzesłach. Rozpoczęły się badania lekarskie. Do 25 kwietnia zdiagnozowano 19 przypadków tyfusu plamistego, co potwierdziły dodatkowo badania krwi wykonane w radzieckim szpitalu wojskowym. Dr Świtała podjął natychmiastowe środki zaradcze. W willi oddalonej o około 200 metrów od baraków urządził w piwnicy odwszalnię, natryski oraz przebieralnię. Przed budynkiem ustawiono polową parową maszynę do dezynfekcji. Rzeczy osobiste oraz odzież poddano odkażeniu, podobnie jak baraki, w których mieszkali Kresowianie. Ich samych skierowano najpierw do kąpieli, następnie umieszczono w szpitalu wojskowym oraz w domach znajdujących się około 100 metrów za torami kolejowymi, gdzie utworzono obóz kwarantanny. W trakcie prowadzonych prac stwierdzono 4 nowe przypadki zachorowań, a do 27 kwietnia zanotowano również 4 zgony.

Dnia 23 kwietnia 1945 r. lekarz powiatowy udał się także do podopolskiej miejscowości Grudzice, skąd napływały zgłoszenia o przypadkach występowania wysokiej gorączki wśród mieszkańców. Dr Świtała zdiagnozował dwa przypadki tyfusu brzusznego, zaordynował odpowiednie leki oraz środki sanitarne, a także polecił umieścić na bramie skażonego gospodarstwa dwujęzyczne tablice (w języku polskim i rosyjskim) z zakazem wstępu.

Ciągły napływ transportów wymusił utworzenie stałego punktu sanitarnego, który miał stanowić pierwszy etap weryfikacji stanu zdrowia i kondycji nowo przybyłych. Dnia 27 kwietnia dr Świtała powierzył dr. Edwardowi Zamłyńskiemu z Opola zadanie organizacji takiej placówki bezpośrednio na terenie dworca. Miało to umożliwić izolację osób z podejrzeniem tyfusu już w momencie przyjazdu.

Gotowość do pracy zgłosiło także małżeństwo lekarzy – Stefan i Wanda Markiewiczowie. Wanda Markiewicz (urodzona w 1908 r. na Kresach Wschodnich) przybyła do Opola w 1945 roku, przywożąc ze sobą instrumenty lekarskie i podręczną apteczkę. Pełniła funkcję lekarza miejskiego i dyrektora szpitala zakaźnego, a w późniejszym okresie kierownika Miejskiego Wydziału Zdrowia. Stefan Markiewicz, jako specjalista

chorób płucnych, został oddelegowany do zorganizowania i zabezpieczenia aparatury rentgenowskiej w przychodni przeciwgruźliczej. Zakres jego obowiązków obejmował również współpracę przy tworzeniu punktów sanitarnych.



Opole 24 października 5
xxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxx
Pow. Oddział w Opolu.

B. 102/Ko/Ku L.dz. 1113 /45

Z a s w i a d c z e n i e .

Państwowy Urzad Repatriacyjny Pow. Oddział w O p o l u stwierdza , ze rapatriantka ob.

dr. M a r k i e w i c z Wanda

Nr. Karty ewakuacyjnej 1973, przywiozła ze soba dwie tony bagazu, przedmiotow uzytku domowego i instrumentow lekarskich, i podreczna apteczke.

Wyzej wymieniona udaje sie do B i s k u p i c a w charakterze lekarza powiatowego.

Kierownik Ref. Prawnego
- Koczynski Andrzej -

Zaświadczenie Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w sprawie dr Wandy Markiewicz, 1945 r.
Archiwum Państwowe w Opolu, sygn. 45/343/26

Istotnym źródłem do odtworzenia przebiegu epidemii jest protokół kontroli obozu, w którym przebywały osoby objęte kwarantanną[13]. Inspekcja przeprowadzona 5 maja 1945 r. przez przedstawicieli Armii Czerwonej w obecności dr. Świtały wykazała szereg rażących zaniedbań. Stwierdzono m.in. poważne braki kadrowe w ochronie obiektu – zamiast przewidzianych 20 milicjantów służbę pełniło jedynie 13 funkcjonariuszy, których dodatkowo nie zaopatrzono w racje żywnościowe. Podobne niedobory dotyczyły personelu medycznego: zamiast wymaganych pięciu osób, obóz obsługiwało tylko trzech pracowników, pozbawionych zarówno żywności, jak i środków finansowych. Odnotowano również regularne przerwy w dostawie bieżącej wody i energii elektrycznej.

[13] APOp., SP Opole, *Odpis protokołu kontroli z dnia 5.05.1945 r.*, sygn. 608, s. 16.

Krytyczna sytuacja panowała w sferze zaopatrzenia. Racje żywnościowe przeznaczone dla 541 osadzonych wówczas osób były daleko niewystarczające. Na cały stan liczebny obozu przewidziano jedynie: 1028 kg chleba, 40 kg mięsa, 21 kg cukru, 27 kg kawy, 24 kg kaszy, 5 kg mąki, 38 kg zupy grochowej, 4 kg soli. Dostawy tych produktów odbywały się z opóźnieniem, a ich ilość była znikoma. Ponadto mięso dostarczone przez Państwowy Urząd Repatriacyjny zostało uznane za niezdatne do spożycia. W protokole wskazano także na całkowity brak specjalnego funduszu epidemicznego.

Zalecenia pokontrolne obligowały lokalne władze do natychmiastowego działania: zwiększenia rzeczywistej obsady milicyjnej do 20 osób przy jednoczesnym zapewnieniu im stałego prowiantu, uzupełnienia personelu medycznego do pięciu osób oraz zabezpieczenia ich podstawowych potrzeb bytowych i finansowych. Nakazano też niezwłoczne utworzenie funduszu epidemicznego oraz poprawę jakości i zwiększenie racji żywnościowych.

Narastająca liczba zachorowań na tyfus wywołała niepokój władz wojewódzkich, co odnotowano w kolejnym sprawozdaniu[14]. Dnia 9 maja 1945 roku do Opola przybyła specjalna komisja lekarska z Katowic, której celem była lustracja działań podejmowanych w kierunku zwalczania epidemii duru plamistego. W skład delegacji weszli lekarze oraz przedstawiciele ministerstwa zdrowia i urzędu repatriacyjnego. Wizytacja rozpoczęła się od incydentu – bezpośrednio po przybyciu do miasta członkowie komisji zostali aresztowani przez funkcjonariusza miejscowej milicji, mimo że posiadali opaski z emblematem Polskiego Czerwonego Krzyża. Po wyjaśnieniu zajścia i zwolnieniu zatrzymanych, komisja dokonała inspekcji obozu kwarantanny oraz szpitala zakaźnego, prowadzonego wówczas jeszcze przez lekarzy Armii Czerwonej.

Zaledwie dwa dni po wizycie komisji, radzieckie służby sanitarne nieoczekiwanie opuściły zajmowane do tej pory placówki medyczne. W konsekwencji dowództwo radzieckie zażądało od polskiej administracji niezwłocznego przejęcia odpowiedzialności za prowadzenie obozu kwarantanny oraz szpitala dla zakaźnie chorych. Sporządzono wówczas protokoły przekazania mienia, które zostały podpisane przez obie strony.

Konieczność samodzielnego zabezpieczenia logistycznego i medycznego tych placówek wymusiła natychmiastowe zmiany personalne. Decyzją lekarza powiatowego kierownictwo szpitala zakaźnego objęła dr Wanda Markiewicz, której asystował mąż, dr Stefan Markiewicz. Nadzór nad punktem sanitarnym i obozem kwarantanny pozostawiono w rękach dr. Edwarda Zamłyńskiego.

Do współpracy z lekarzami dr Świtała oddelegował personel rekrutowany zarówno w drodze oficjalnych przymusowych skierowań do pracy, jak i indywidualnych poszukiwań.

[14] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie lekarza powiatowego nr 5 z 22.05.1945 r.*, sygn. 608, s. 13–15.

W skład nowo utworzonej grupy roboczej weszli absolwenci studiów medycznych, siostry Polskiego Czerwonego Krzyża oraz personel pomocniczy dawnego Niemieckiego Czerwonego Krzyża. Zespół ten uzupełniały młode kobiety bez przygotowania zawodowego, które powierzone im zadania miały poznać dopiero w toku codziennej praktyki szpitalnej.

Dnia 11 maja 1945 roku dr Świtała otrzymał doniesienie o przypadku duru plamistego zdiagnozowanym w opolskim obozie pracy, co oznaczało pojawienie się nowego źródła infekcji. W celu natychmiastowej lokalizacji i wygaszenia tego ogniska chorobowego lekarz powiatowy podjął szereg działań zapobiegawczych. Zwołano nadzwyczajną naradę z udziałem prezydenta miasta, podczas której ustalono plan pilnego przeniesienia osadzonych w obozie pracy do nowych lokali mieszkalnych. Zabezpieczono również stałe dostawy wody oraz przeprowadzono rygorystyczną dezynfekcję i dezynsekcję pomieszczeń.

Równolegle prowadzono zakrojoną na szeroką skalę kontrolę działań przeciwepidemicznych na terenie przydworcowym objętym kwarantanną. W jej wyniku lekarz powiatowy odnotował notoryczne zaniedbania ze strony lokalnej milicji. Do zadań funkcjonariuszy należało utrzymanie porządku wokół obozu oraz bezwzględne egzekwowanie zakazu przemieszczania się ludności poza wyznaczony teren. Kontrole wykazały jednak, że mieszkańcy obozu nagminnie opuszczali teren kwarantanny, co było możliwe dzięki rażącej opieszałości milicji. Odnotowano przypadki, w których na posterunku znajdował się tylko jeden funkcjonariusz. Pozostali milicjanci, choć obecni na jego terenie, nie podejmowali czynności służbowych. O częstym łamaniu kordonu sanitarnego świadczyły bezpośrednie obserwacje dr. Świtały, który spotykał osoby objęte kwarantanną na terenie miasta. Próby osobistej interwencji lekarza u komendanta milicji oraz starosty kończyły się z reguły niepowodzeniem.

Sytuacja aprowizacyjna w obozie kwarantanny pozostawała niezadowalająca. Kwestie zaopatrzenia regulowano doraźnie przy wsparciu starostwa, magistratu i urzędu repatriacyjnego, jednak środki te były niewystarczające. Ponadto po wycofaniu się radzieckich władz wojskowych zabrakło sprzętu medycznego, a także bielizny osobistej i pościelowej dla chorych. W związku z tym lekarz powiatowy wystosował pilną prośbę o natychmiastowe przysłanie profesjonalnego dezynfektora wraz z całym potrzebnym sprzętem. Argumentował, że dział dezynfekcji przedstawia się katastrofalnie, a samodzielnie stworzone aparaty pomocnicze nie spełniają swoich zadań.

Oficjalne przekazanie obozu kwarantanny polskiej administracji przez wojsko radzieckie nastąpiło 12 maja 1945 roku[15]. Przy okazji spisania protokołu przekazania zanotowano,

[15] APOp., SP Opole, *Odpis protokołu zdania i odbioru obozu kwarantanny tyfusu plamistego w Opolu z 12.05.1945 r.*, sygn. 608, s. 17–18.

że pierwsze dwie osoby, u których stwierdzono tyfus plamisty, zostały izolowane w obozie kwarantanny 23 kwietnia. Dodatkowo w trakcie przeprowadzonego wówczas wywiadu medycznego ujawniono 18 osób, które przechodziły tyfus we wcześniejszym okresie. O dwunastu osobach dotkniętych chorobą wiadomo było już na stacji załadunkowej w Zborowie (województwo tarnopolskie), a cztery kolejne osoby posiadały zaświadczenia o jej przebyciu. Mimo wypadków duru plamistego w tym transporcie i stwierdzenia zawszenia, skład skierowano do Opola, przy czym część drogi odbył on razem z transportem wojskowym. Podczas przeprowadzonej kontroli sanitarnej u 125 pasażerów znaleziono wszy. Skierowano ich więc na dezynfekcję oraz kąpiel, którą powtórzono przy przekazywaniu obozu. Podczas kontroli sanitarnej przeprowadzonej 12 maja obecności pasożytów już nie stwierdzono.

Władze radzieckie formalnie przekazały obóz kwarantanny na ręce dr. Edwarda Zamłyńskiego oraz pielęgniarki Piławskiej. Pod protokołem przekazania podpisał się dr Jerzy Świtała oraz lekarz radziecki w stopniu kapitana Remierow. Do dokumentu dołączono zalecenia i wnioski. Zgodnie z nimi kwarantanna miała potrwać do 5 czerwca, a następnie wszystkie osoby miały zostać objęte obserwacją przez okres półtora miesiąca. Zalecono stałą kontrolę temperatury ciała, prowadzoną dwa razy dziennie. Po upływie 6–8 tygodni wszyscy przebywający w obozie mieli zostać ponownie skierowani do kąpieli. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, nakazano wypłacanie personelowi pracującemu przy zwalczaniu epidemii dodatków epidemicznych oraz wydawanie specjalnych racji żywnościowych. Wnioskowano również do władz nadrzędnych o pilne zabezpieczenie lepszego wyżywienia dla wszystkich przesiedleńców.

W tym samym dniu wojsko radzieckie przekazało administracji polskiej szpital zakaźny[16]. W sporządzonym akcie przekazania szczegółowo opisano stan zdrowia pacjentów znajdujących się do tej pory pod opieką lekarzy radzieckich. W placówce przebywały wówczas 72 osoby, u których zdiagnozowano dur plamisty. Stan pacjentów przedstawiał się następująco: 14 osób znajdowało się w stanie ciężkim, 56 osób określono jako rekonwalescentów; 2 zdrowych dzieci przebywało przy ciężko chorych matkach. Dokument podpisali lekarze: major dr Stusinek i dr Broskinow (ze strony radzieckiej) oraz dr Wanda Markiewicz i dr Stefan Markiewicz (ze strony polskiej).

W połowie maja dr Jerzy Świtała przeprowadził inspekcję w powiecie opolskim, która pozwoliła mu na sformułowanie pierwszych wniosków na temat stanu lokalnych placówek medycznych. Szpital w Pokoju był doszczętnie spalony, podobnie zresztą jak cała miej-

[16] APOp., SP Opole, *Odpis aktu zdania i objęcia szpitala dla tyfusowo chorych w Opolu z 12.05.1945 r.*, sygn. 608, s. 19.

scowość. Jedynie w ocalałym budynku małej szkoły siostry zakonne z dawnego szpitala leczyły dziesięciu lekko chorych pacjentów, których dr Świtała na miejscu przebadał. Miejscowość ta, oddalona o około 29 kilometrów od Opola, wobec całkowitego braku regularnej komunikacji pozostawała na co dzień niedostępna dla lekarza powiatowego.

Drugi z kontrolowanych szpitali znajdował się w Krapkowicach, około 27 kilometrów od Opola. Samo miasto zostało częściowo zniszczone przez działania wojenne oraz wyludnione – na miejscu pozostało zaledwie około 800 mieszkańców. Tamtejsza placówka nie ucierpiała w wyniku przejścia frontu i była dość dobrze wyposażona. Posiadała aparat rentgenowski, lampę kwarcową, aparat do terapii krótkofalowej i diatermii oraz niezbędne instrumenty lekarskie. W nienaruszonym stanie zachowała się również bielizna pościelowa. W momencie kontroli w szpitalu przebywało czterech chorych, w tym jeden obywatel radziecki. Placówka była własnością miasta, a prowadziły ją zakonnice.

Z kolei mały szpital w Siołkowicach, położony około 25 kilometrów od Opola i przewidziany dla 25–30 pacjentów, został splądrowany i pozbawiony prawie wszystkich łóżek, instrumentów lekarskich oraz bielizny pościelowej. W trakcie wizytacji chorych tam nie było.

Samo Opole liczyło wówczas około 5000 mieszkańców, na których przypadało dziesięciu lekarzy. Dr Świtała uznał tę liczbę za wystarczającą i poprosił o zamknięcie listy medyków w mieście. Nadmienił przy tym, że wskazane byłoby kierowanie nowo przybyłych lekarzy na teren sąsiednich powiatów, gdzie sytuacja była znacznie trudniejsza – na przykład w całym powiecie strzeleckim pracował tylko jeden lekarz.

Kwestią budzącą duże zaniepokojenie lekarza powiatowego był pobór ludzi na kurs dezynfektorów. Wynikało to przede wszystkim z braku mężczyzn w powiecie, zwłaszcza w wymaganym wieku. Część z nich została jeszcze przez Niemców wcielona do wojska, a część wywieziona przez władze radzieckie. Ponadto mężczyźni byli niezbędni do prac rolnych. Mimo tych trudności dr Świtała starał się pozyskać dla całego powiatu około 10 kandydatów na wspomniany kurs.

Równie trudna okazała się sprawa ewentualnych szczepień ochronnych ludności miasta i powiatu. Udało się wprawdzie, przy współudziale władz miejskich, dokonać podziału na okręgi szczepienne, jednak pojawiły się trudności administracyjne oraz dotkliwy brak środków lokomocji.

Niedobór pojazdów wpływał również na nieterminowe dostarczanie sprawozdań dotyczących kondycji zdrowotnej mieszkańców miasta i powiatu, co skutkowało niedostateczną wiedzą władz wojewódzkich o sytuacji w terenie. Lekarz powiatowy nie posiadał wówczas do swojej dyspozycji żadnego środka lokomocji, nawet roweru. Telefony również

nie funkcjonowały, ponieważ wojsko radzieckie rozmontowało i wywiozło centralę telefoniczną. Pocztę z Wydziału Zdrowia w Katowicach lekarz otrzymywał z opóźnieniem dochodzącym do trzech tygodni lub dłuższym. Jako przykład dr Świtała podał czas obiegu dokumentów w samym Opolu: pismo sporządzone 22 maja w magistracie i wysłane 23 maja do lekarza powiatowego, urzędującego zaledwie 400 metrów od ratusza, trafiło do adresata po siedmiu dniach.

W sprawozdaniu z początku czerwca 1945 roku lekarz powiatowy donosił, że najważniejszym zagadnieniem w jego dotychczasowej działalności pozostawało zwalczanie duru plamistego[17]. Z zadowoleniem zakomunikował jednak, że epidemię można już uznać za wygasłą, a zakończenie kwarantanny i zamknięcie tymczasowo urządzonego szpitala dla chorych nastąpi w najbliższym czasie. Z tego względu dr Świtała prosił o natychmiastowe skierowanie do Opola dezynfektora w celu przeprowadzenia akcji dezynfekcji i dezynsekcji –zarówno w obozie kwarantanny, jak i w szpitalu zakaźnym.

Konieczność ta była paląca również dlatego, że w obozie kwarantanny stwierdzono ponownie wszy, mimo że – jak wynikało z protokołu zdawczo-odbiorczego – wcześniejsze kontrole wykazały ich całkowity brak. Wytępienie tych insektów było sprawą priorytetową, gdyż ich pojawienie się stwarzało realne ryzyko wybuchu nowej fali epidemii.

Sprawozdania lekarza powiatowego uzupełniają informacje przesyłane bezpośrednio przez dr Wandę Markiewicz. Dnia 18 maja 1945 r. skierowała ona do starosty powiatowego szczegółowy raport o stanie pacjentów przebywających w szpitalu zakaźnym w Opolu[18]. Przedstawiał się on następująco: stan bardzo ciężki – 13 osób, stan średni – 10 osób, stan lekki – 3 osoby, rekonwalescencja – 13 osób, obserwacja – 4 osoby; razem 62 osoby.

Kolejne sprawozdanie z działalności szpitala zakaźnego objęło okres od 13 do 24 maja 1945 roku[19]. Zgodnie z nim ze szpitala odeszła pomocnicza wojskowa obsługa medyczna (pielęgniarki i sanitariuszki). Na ich miejsce zaangażowano nowy, 15-osobowy personel: 3 pielęgniarki, 6 sanitariuszek, 2 osoby do obsługi łaźni kąpielowych (kąpielowych), administratora, sekretarkę szpitala oraz dwie kucharki.

W związku z tym, że radzieckie władze wojskowe przestały zaopatrywać szpital w produkty żywnościowe, uruchomiono własną kuchnię. Wymagało to wyczyszczenia i naprawienia urządzeń, które znajdowały się w stanie skrajnego zaniedbania (pomieszczenia kuchenne były wcześniej wykorzystywane jako latryny). Produkty żywnościowe szpital otrzymywał głównie z Państwowego Urzędu Repatriacyjnego (cukier, tłuszcz, chleb,

[17] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie nr 6 lekarza powiatowego na Miasto i Powiat Opole*, sygn. 608, s. 20–21.
[18] APOp., SP Opole, *Raport Dyrektora Szpitala Zakaźnego z dnia 18.05.1945 r.*, sygn. 609, s. 1.
[19] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie ze Szpitala Zakaźnego od dnia 13.05 do dnia 240.5.1945 r.*, sygn. 609, s. 2–3.

kasze), częściowo z magistratu (mleko, mąka, kawa, mięso) oraz ze Starostwa Powiatowego (warzywa, mleko, płatki owsiane). Dostawy te pokrywały jednak zaledwie 1/3 zapotrzebowania chorych. Na przykład: otrzymywano 1 kg cukru dziennie zamiast wymaganych 3 kg, 1 kg tłuszczu zamiast 4 kg oraz od 14 do 17 kg chleba zamiast 40 kg. O ziemniaki, sól, medykamenty, pościel dla chorych oraz fartuchy dla personelu zarząd szpitala starał się we własnym zakresie, np. z Instytutu Weterynarii pozyskano 34 prześcieradła i 15 chałatów.

Dnia 24 maja w szpitalu przebywało 41chorych, 36 osób wypisano jako zdrowe, odnotowano również 2 zgony. Ówczesny stan pacjentów przedstawiał się następująco: 7 osób ciężko chorych, 14 w średnim stanie oraz 20 rekonwalescentów. Wśród tych ostatnich znajdował się pacjent wyleczony z tyfusu, który z powodu rozległej ropowicy nogi po odmrożeniu wymagał leczenia chirurgicznego. Ponieważ w szpitalu zakaźnym nie można było udzielić mu takiej pomocy, wystosowano prośbę o przyjęcie go do Szpitala św. Wojciecha.

Szpital zakaźny przewidziano do likwidacji w ciągu 14 dni, jako że od 19 maja nie odnotowano nowego przypadku zachorowania, co wskazywało na wygaśnięcie epidemii tyfusu w izolowanych barakach. Tak się jednak nie stało – szpital funkcjonował dalej, a jego obsadę stanowili: dyrektor Wanda Markiewicz, starszy asystent Stefan Markiewicz, administrator, urzędniczka kancelaryjna, woźny, przełożona szpitala, pielęgniarka, sześć sanitariuszek oraz dwie kucharki[20].

Już 4 czerwca dr Wanda Markiewicz wystosowała pismo do lekarza powiatowego w Opolu z informacją, że od poprzedniego sprawozdania do szpitala skierowano sześć kolejnych osób z obozu kwarantanny, bezpośrednio z rampy kolejowej oraz z Rybnika[21]. U pacjentów tych nie stwierdzono wprawdzie klinicznych objawów duru plamistego, jednak z powodu braku laboratorium nie można było przeprowadzić niezbędnych badań krwi. Mimo wcześniejszej obietnicy lekarza powiatowego, że krew będzie wysyłana dwa razy w tygodniu specjalnym posłańcem na badania do Katowic, osoba taka nie została oddana do dyspozycji szpitala. Tymczasem u pacjentów nie można było wykluczyć duru plamistego, mimo braku objawów klinicznych; szacowano bowiem, że 30% chorych może nie wykazywać wysypki tyfusowej ani powiększenia śledziony.

Dalsze występowanie zachorowań potwierdzało kolejne pismo dr Markiewicz do lekarza powiatowego, zawierające sprawozdanie z działalności placówki za okres od 13 maja do 12 czerwca[22]. Stan liczebny chorych w szpitalu zakaźnym w tym czasie wynosił już 108 osób, w tym 88 osób z terenu kwarantanny. Pośród nich odnotowano trzy zgony, pozo-

[20] APOp., SP Opole, *Spis personelu szpitala zakaźnego przy ul. Katowickiej 55 z dnia 30 maja 1945 r. pracującego od 13 maja 1945 r.*, sygn. 609, s. 5.

[21] APOp., SP Opole, sygn. 609, s. 6.

[22] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie ze Szpitala Zakaźnego za czas od 13.05 do 12.06.1945 r.*, sygn. 609, s. 7.

stali pacjenci nie wymagający hospitalizacji powrócili do obozu. Wśród nowo przybyłych ze stacji kolejowej stwierdzono siedem przypadków duru plamistego, jeden przypadek duru brzusznego, pięć przypadków czerwonki oraz osiem przypadków innych chorób. Poza tym do szpitala trafił jeniec z obozu dla obcokrajowców chory na dur plamisty.

Dr Markiewicz informowała również, że 5 czerwca ze szpitala odeszły pielęgniarka i sanitariuszka niemieckiej narodowości, a na ich miejsce przyjęto Kresowiankę wysiedloną ze Lwowa.

Niepokojący był fakt, że w opolskich aptekach nie można było nabyć roztworu soli fizjologicznej do zastrzyków podskórnych, niezbędnego w procesie leczenia chorób zakaźnych. W związku z tym dr Markiewicz prosiła o natychmiastowe dostarczenie do szpitala 10 litrów sterylnego roztworu soli.

W okresie od czerwca do września 1945 r. dr Wanda Markiewicz regularnie co tydzień przesyłała do lekarza powiatowego szczegółowe raporty statystyczne o stanie chorych w szpitalu zakaźnym.

Od 18 do 23 czerwca w szpitalu przebywało 25 osób, u których stwierdzono dziesięć przypadków duru plamistego, jeden przypadek duru brzusznego, jedno podejrzenie duru brzusznego, dziewięć przypadków czerwonki; pozostali cierpieli na inne choroby[23]. Dnia 21 czerwca do szpitala przyjęto dwie kolejne osoby z obozu kwarantanny, u których zdiagnozowano dur plamisty. W kolejnym dniu hospitalizowano pacjenta z dworca z podejrzeniem duru brzusznego, a 23 czerwca do placówki trafił mieszkaniec wsi Węgry, u którego również rozpoznano dur plamisty.

W kolejnym tygodniu w szpitalu leczyło się już 41 pacjentów w wieku od 2 do 57 lat; 31 osób trafiło do placówki prosto z dworca kolejowego, trzy osoby z baraków izolacyjnych, jedna pochodziła z obozu dla ludności niemieckiej, trzy z terenu Opola, po jednej z miejscowości Węgry i Rogi, przy jednej osobie nie podano miejsca dotychczasowego pobytu[24]. Choroby zdiagnozowane u pacjentów były różnorodne: dur plamisty (8 przypadków), dur brzuszny (7), nieżyt jelita (5), odra (3), czerwonka (11), angina (1), szkarlatyna (4), malaria (2).

Na początku lipca sytuacja sanitarna przedstawiała się następująco: w szpitalnym rejestrze odnotowano 40 osób, w tym chorych na dur plamisty (10 przypadków), dur brzuszny (7), szkarlatynę (2), odrę (3) i czerwonkę (18)[25]. Zanotowano również 1 zgon z powodu dezynterii. Pacjenci mieli od 9 dni do 54 lat, a pochodzili z dworca, obozu kwarantanny i terenu miasta.

---

[23] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie ze Szpitala Zakaźnego w Opolu za czas od 18.06 do 23.06.1945 r.*, sygn. 609, s. 8–9.

[24] APOp., SP Opole, *Spis chorych Szpitala Zakaźnego w Opolu*, sygn. 609, s. 9.

[25] APOp., SP Opole, *Wykaz chorych nowoprzybyłych od dnia 1.07 do 6.07.1945 r.*, sygn. 609, s. 10.

Kolejny rejestr chorych obejmował 38 pacjentów przyjętych do szpitala między 7 a 18 lipca 1945 roku[26]. W tej grupie stwierdzono przypadki duru plamistego (8), duru brzusznego (12), czerwonki (12), szkarlatyny (2) oraz odry (4). Zanotowano również 2 zgony z powodu duru brzusznego i odry. W obu przypadkach u pacjentów występowały choroby współistniejące.

Następny spis przygotowany przez dr Markiewicz 27 lipca obejmował aż 50 chorych[27]. Wyraźnie zmienił się charakter epidemii – rosła liczba infekcji przewodu pokarmowego: odnotowano zachorowania na dur brzuszny (16 przypadków), dur plamisty (2), czerwonkę (23), odrę (6), szkarlatynę (2); jedną osobę przyjęto na obserwację. Zanotowano 3 zgony: z powodu duru plamistego, duru brzusznego i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

W sprawozdaniu miesięcznym za lipiec 1945 r. dr Markiewicz wykazała na stanie placówki medycznej 117 łóżek szpitalnych, podała również stan osobowy personelu: lekarz, wykwalifikowana pielęgniarka oraz siedem osób do pomocy[28]. Szpital wyposażony był wprawdzie w komorę dezynfekcyjną powietrzną i 40 zapasowych łóżek, nie posiadał jednak jakiegokolwiek pomieszczenia z przeznaczeniem na kąpiel. W uwagach zanotowano, że budynek przy ul. Le Ronda 55 (obecnie ul. Katowicka) użytkowany przez szpital nie nadaje się do celów medycznych – przed wojną mieściła się w nim Izba Rzemieślniczo-Handlowa. Mimo tak trudnych warunków lokalowych szpital przyjmował wszystkich pacjentów potrzebujących hospitalizacji, o czym dyrektor osobiście zapewniła lekarza powiatowego w piśmie z dnia 1 sierpnia[29].

Dzień później dr Markiewicz wystosowała kolejne pismo do lekarza powiatowego, w którym skarżyła się, że nie jest na bieżąco informowana o miejscach przebywania osób przybywających z Kresów Wschodnich oraz powracających do Opola z Zachodu, co znacznie utrudnia jej pracę oraz prowadzenie działań przeciwepidemicznych[30].

Kolejne sprawozdanie dotyczące stanu pacjentów pochodzi z sierpnia 1945 roku[31]. W szpitalu zarejestrowano wówczas 37 osób, u których zdiagnozowano czerwonkę (17 przypadków), dur brzuszny (17), dur plamisty (1), szkarlatynę (2). Dr Markiewicz podała również do wiadomości stan personelu medycznego szpitala, w skład którego wchodzili: dyrektor, administrator, sekretarka, przełożona, cztery pielęgniarki, dziewięć sanita-

[26] APOp., SP Opole, *Wykaz chorych nowoprzybyłych od dnia 7.07 do 18.07.1945 r.,* sygn. 609, s. 11.
[27] APOp., SP Opole, *Spis chorych nowoprzybyłych od dnia 18 VII do 28 VII 1945 r.*, sygn. 609, s. 12.
[28] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie miesięczne szpitala zakaźnego – miesiąc lipiec*, sygn. 609, s. 14–15.
[29] ApOp., SP Opole, sygn. 609, s. 17.
[30] Tamże, s. 18.
[31] APOp., SP Opole*, Stan chorych w dniu 28.08.1945 r.*, sygn. 609, s. 19.

riuszek, dezynfektor, dwie kucharki i pomoc kuchenna oraz woźny. Pacjenci nie korzystali z żadnej formy kąpieli[32].

Kolejny szczegółowy wykaz chorych w szpitalu wykazał wzrost hospitalizowanych do 41 osób. Diagnozy wykazały przede wszystkim przypadki duru brzusznego (22) i dezynterii (9); chorzy cierpieli także na szkarlatynę, dyfteryt i inne choroby. Pięć osób poddano obserwacji pod kątem duru brzusznego[33]. Po kolejnym tygodniu stan pacjentów przedstawiał się następująco: na 50 osób przebywających w szpitalu stwierdzono 31 przypadków duru brzusznego, 14 czerwonki, 1 szkarlatyny, 1 szkarlatyny i dyfterytu, 1 sepsy, jedna osoba pozostawała pod obserwacja, a jedną uznano za zdrową[34].

Następne pismo dr Markiewicz pochodziło z dnia 19 września 1945 r. i dotyczyło spraw mieszkaniowych[35]. W związku z usunięciem jej z prywatnego mieszkania lekarka uznała się za zwolnioną z zajmowanych dotychczas stanowisk, tzn. dyrektora szpitala zakaźnego i lekarza miejskiego. Jednocześnie poinformowała, że z dniem 20 września nie stawi się już do pracy, zmuszona poświęcić wyznaczony jej dwudniowy termin na spakowanie i opuszczenie lokalu. Swoje obowiązki przekazała dr. Janowi Zielińskiemu. Prosiła jednocześnie o wyznaczenie osoby z magistratu do przejęcia inwentarza szpitala zakaźnego. Spis rzeczy znajdujących się w szpitalu dr Markiewicz sporządziła osobiście. Dalszą korespondencję i sprawozdawczość epidemiologiczną prowadził już dr Jan Zieliński.

W pierwszym piśmie z 24 września zwrócił się on do lekarza powiatowego z prośbą o przybycie na zebranie personelu szpitalnego, na którym omówione miały zostać sprawy reorganizacji szpitala[36]. Dr Zieliński sporządził również szczegółowe sprawozdanie miesięczne (wrzesień), w którym wykazał możliwości lokalowe placówki (102 łóżka), stan personelu medycznego (3 lekarzy, 7 pielęgniarek, 11 pomocy) oraz aktualny stan leczonych pacjentów – stwierdzono aż 85 przypadków duru brzusznego oraz 24 zgony[37]. Lekarz zanotował również, że prowizoryczny budynek szpitalny przechodzi reorganizację. Znalazła ona potwierdzenie w piśmie z 8 października, w którym dr Zieliński zaznaczył, że dotychczasowy szpital zakaźny stał się ogólnym szpitalem miejskim, w którym zorganizowano dodatkowo oddział wewnętrzny i weneryczny[38]. Stan inwentarza i sprzętu dyrektor określił jako niewystarczający, szczególnie ze względu na epidemię duru brzusznego panującą zarówno w powiecie, jak i w mieście.

---

32 APOp., SP Opole, *Spis personelu sanitarnego, pomocniczego i dezynfektorów, zatrudnionego w Szpitalu Zakaźnym w Opolu ul. Le Ronda 55*, sygn. 609, s. 20.

33 APOp., SP Opole, *Stan chorych w dniu 8.08.1945 r.*, sygn. 609, s. 21.

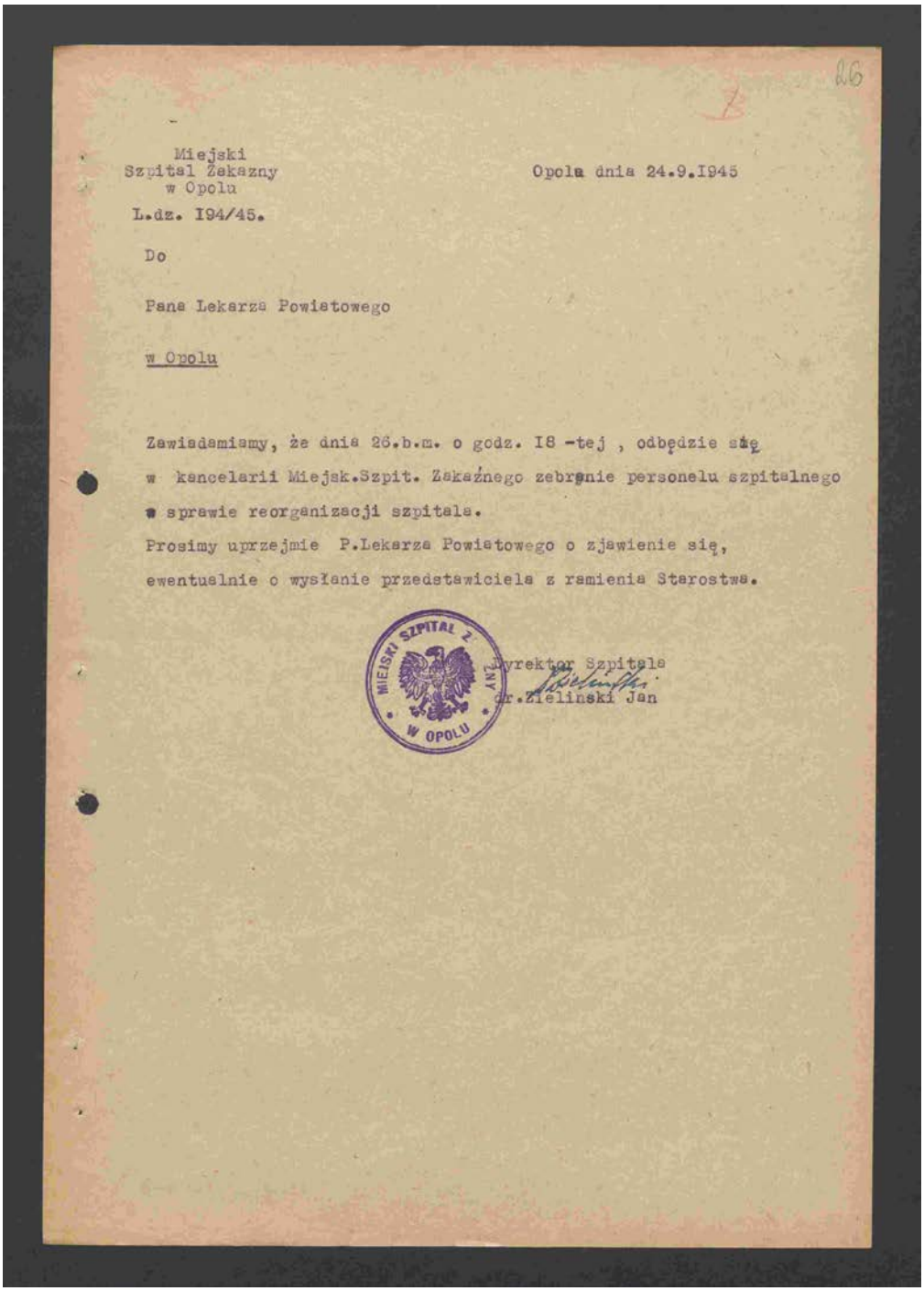
34 APOp., SP Opole, *Stan chorych d dniu 16.08.1945 r.*, sygn. 609, s. 22.

35 APOp., SP Opole, sygn. 609, s. 23.

36 Tamże, s. 26.

37 APOp., SP Opole, *Sprawozdanie miesięczne szpitala zakaźnego – miesiąc wrzesień*, sygn. 609, s. 27–28.

38 APOp., SP Opole, sygn. 609, s. 29.



Miejski
Szpital Zakazny
w Opolu

Opola dnia 24.9.1945

L.dz. 194/45.

Do

Pana Lekarza Powiatowego

w Opolu

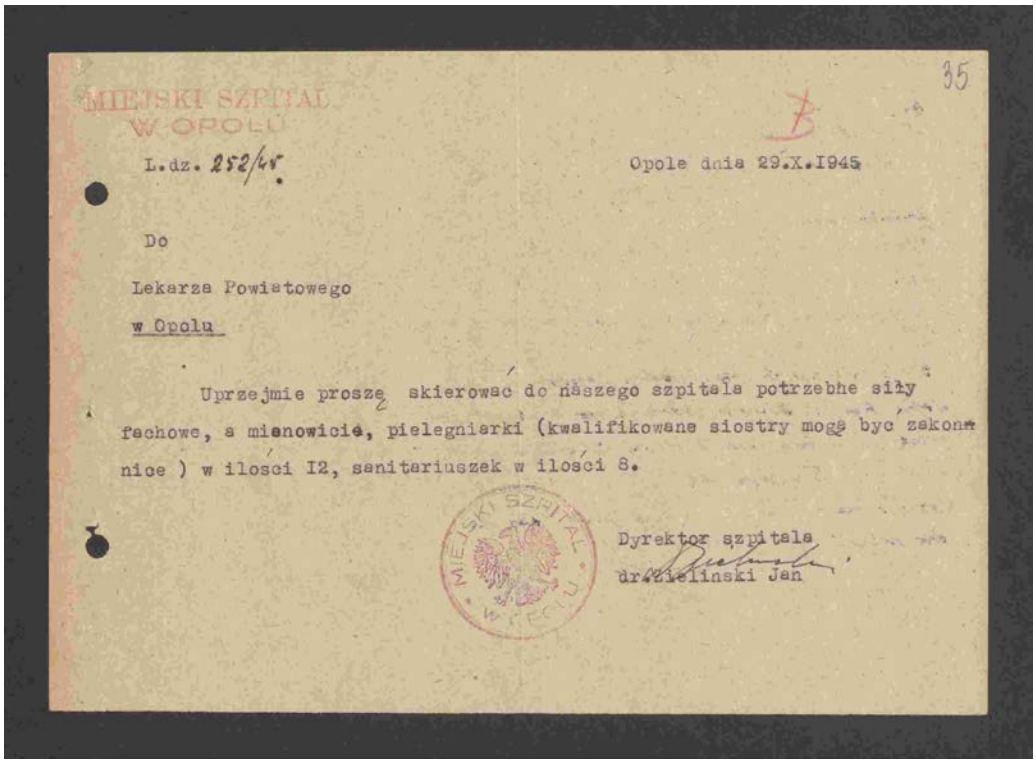
Zawiadamiamy, że dnia 26.b.m. o godz. 18 -tej , odbędzie się
w kancelarii Miejsk.Szpit. Zakaźnego zebranie personelu szpitalnego
w sprawie reorganizacji szpitala.
Prosimy uprzejmie P.Lekarza Powiatowego o zjawienie się,
ewentualnie o wysłanie przedstawiciela z ramienia Starostwa.

MIEJSKI SZPITAL ZAKAŹNY W OPOLU

Dyrektor Szpitala
dr.Zielinski Jan

Pismo dr. Jana Zielińskiego do lekarza powiatowego w sprawie reorganizacji szpitala, 1945 r.

Archiwum Państwowe w Opolu, sygn. 45/178/609



MIEJSKI SZPITAL
W OPOLU

35

L.dz. 252/45.

Opole dnia 29.X.1945

Do

Lekarza Powiatowego

w Opolu

Uprzejmie proszę skierowac do naszego szpitala potrzebne siły fachowe, a mianowicie, pielegniarki (kwalifikowane siostry mogą byc zakonnice) w ilosci 12, sanitariuszek w ilości 8.

MIEJSKI SZPITAL W OPOLU

Dyrektor szpitala
dr Zieliński Jan

Pismo dyrektora szpitala dr. Jana Zielińskiego do lekarza powiatowego w sprawie zatrudnienia personelu medycznego, 1945 r.

Archiwum Państwowe w Opolu, sygn. 45/178/609

Kolejnego dnia dr Zieliński wystosował pismo do lekarza powiatowego, prosząc o przydział węgla lub innego materiału opałowego, a także przydział żywności i odzieży, dostarczanych w ramach pomocy UNNRA[39]. Sytuacja robiła się dramatyczna. Pismem do starosty powiatowego z dnia 15 października dr Zieliński zagroził, że jeżeli w ciągu 10 dni nie dostanie zapewnienia, że zmienią się warunki lokalowe szpitala, przestanie przyjmować pacjentów[40]. Okres jesienny i panująca ciągle epidemia duru brzusznego oraz sporadyczne wypadki duru plamistego wymagały podjęcia natychmiastowej decyzji w sprawie rozwiązania problemu lokalowego szpitala. Trudności dotyczyły także braku odpowiedniej liczby pracowników, dlatego 29 października dr Zieliński zwrócił się do lekarza powiatowego z prośbą o zatrudnienie w szpitalu 12 pielęgniarek i 8 sanitariuszek[41].

[39] Tamże, s. 31.
[40] Tamże, s. 33–34.
[41] Tamże, s. 35.

Stan chorych w październiku przedstawiał się następująco: 4 przypadki duru plamistego, 82 przypadki duru brzusznego, 5 przypadków czerwonki. Zanotowano również zgony z powodu duru plamistego (1), duru brzusznego (14) i czerwonki (1). Oprócz tego odnotowano zachorowania na błonicę, odrę oraz różę[42].

W kolejnym miesiącu dyrektor szpitala wykazał nowe zachorowania – dur plamisty (2), dur brzuszny (26), czerwonka (2) oraz zgony – dur brzuszny (7), czerwonka (1). Oprócz tego hospitalizowano chorych na różyczkę, dyfterię, gruźlicę płuc oraz z chorobami wenerycznymi[43].

Ciekawym materiałem źródłowym są sprawozdania opisowe lekarza powiatowego, sporządzane regularnie przez cały czas trwania epidemii. Pozwalają one odtworzyć dynamikę wydarzeń z pierwszych tygodni maja 1945 roku. Kluczowym dokumentem jest sprawozdanie specjalne, w którym lekarz opisał początki epidemii i problemy z jej zwalczaniem[44]. Z dokumentu wynika, że mimo podjęcia działań sanitarnych wobec przesiedleńców z Kresów, choroba (tyfus plamisty) gwałtownie się szerzyła. Wynikało to przede wszystkim z niedociągnięć w początkowym okresie zwalczania ogniska chorobowego. Osoby przebywające w obozie kwarantanny, po przeprowadzonej dezynfekcji i dezynsekcji przydzielonych im pomieszczeń, wracały samowolnie do skażonych baraków. Póki lekarz był obecny w obozie, wędrówki nie miały miejsca. Gdy jednak oddalał się poza jego teren, przebywające tam osoby przemieszczały się mimo wyraźnych zakazów.

Na terenie objętym kwarantanną znajdowało się 11 domów jednopiętrowych, zamieszkanych przez przesiedleńców. Ponadto jeden dom służył za mieszkanie dla milicjantów, sióstr i pielęgniarzy. Tam też mieściło się ambulatorium lekarskie i kapliczka dla duszpasterza. Zarówno personel lekarski, jak i duszpasterze mieli uświadamiać ludzi o grożącym im niebezpieczeństwie i o przyczynie choroby. Osobny barak przeznaczony został dla członków rodzin, z których już ktoś zachorował – barak izolacyjno-obserwacyjny. W nim miała się odbywać główna praca personelu pielęgniarskiego – dwukrotne mierzenie temperatury, kontrola ewentualnego zawszenia itd. Dostęp do tego baraku został zakazany, poprzez umieszczenie odpowiednich tabliczek w języku polskim i rosyjskim.

Na terenie obozu kwarantanny panował nieporządek i brud spowodowany w dużej mierze trzymaniem bydła między domami. Lekarz powołał kierownika obozu, wyznaczając mu także zastępcę, a następnie kazał im zorganizować w obozie rodzaj milicji obozowej. Miała ona czuwać nad tym, by wszyscy przystąpili niezwłocznie do całkowitego uprzątnięcia obozu i spalenia wszystkich śmieci. Kolejnym problemem był brak

[42] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie miesięczne szpitala zakaźnego – miesiąc październik*, sygn. 609, s. 37–38.
[43] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie miesięczne szpitala zakaźnego – miesiąc listopad*, sygn. 609, s. 39.
[44] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie specjalne o przebiegu epidemii duru plamistego w obozie repatriacyjnym w Opolu z 7.05.1945 r.*, sygn. 610, s. 1–5.

wody – mieszkańcy obozu brali wodę do picia i do kąpieli z otwartego basenu, do którego Niemcy wpuścili jesienią ubiegłego roku wodę dla celów pożarniczych; niektórzy wykorzystywali również basen do prania ubrań.

Pomimo oficjalnych protestów władz opolskich, do miasta stale przybywały nowe transporty z przesiedleńcami, powiększające ich liczbę w szczytowym momencie do przeszło 20 tysięcy ludzi żyjących na rampach kolejowych w bardzo złych warunkach [45]. Z tych powodów pojawiały się coraz to nowe zachorowania na dur plamisty. Walkę z chorobą podjęto natychmiast, jednak utworzenie dodatkowego obozu kwarantanny, przy obecności tak ogromnej liczby ludzi, okazało się niemożliwe. Sytuację pogarszał fakt, że po zamknięciu radzieckich szpitali wojskowych – połączonym z wywiezieniem komór dezynfekcyjnych i wyposażenia łaźni – polski personel medyczny skazany został wyłącznie na własne siły.

Szpital zakaźny zapełniał się chorymi. Z Katowic nadeszły drewniane komory dezynfekcyjne, które natychmiast uruchomiono. Punkt sanitarny został przeniesiony z miasta na rampy kolejowe i zajmował dwa kilkupokojowe mieszkania. Przeznaczono je pod ambulatorium, pokój lekarski, pokój dyżurny dla sióstr, poczekalnie oraz po jednym izolatorze obserwacyjnym dla duru plamistego, duru brzusznego i czerwonki. Na wolnym placu lekarz powiatowy polecił wykopać zamaskowane na wzór wojskowy latryny i postawić kotły dla dostarczania ludziom przegotowanej wody i kawy. Prócz personelu lekarskiego i sześciu sióstr, do dyspozycji punktu przydzielono dwóch dezynfektorów. Dnia 4 lipca do zespołu dołączył jeszcze jeden specjalista, a także czterech młodych kandydatów oczekujących na rozpoczęcie kursu dezynfekcji. Ówczesną sytuację epidemiologiczną lekarz określił następująco – oprócz zachorowań na dur plamisty, dur brzuszny, odrę, szkarlatynę, różę i czerwonkę, medyk zwracał uwagę na bardzo liczne przypadki nieżytów żołądkowo-jelitowych o nieokreślonym charakterze. Te ostatnie, przy zastosowaniu standardowych środków leczniczych, ustępowały zwykle po 2–3 dniach. Skarżył się również na zachowanie żołnierzy Armii Czerwonej, opisując sytuację, gdy pewnej nocy wtargnęli oni do punktu sanitarnego na rampie kolejowej i zabrali z izolatorów wszystkie materace.

Na polecenia lekarza rozwieszono ogłoszenia nawołujące do czystości ciała i odzieży oraz picia tylko przegotowanej wody. Umieszczono również odpowiednie napisy wskazujące na miejsce ambulatorium lekarskiego, pokoje sióstr, izolatory oraz latryny.

Dnia 8 sierpnia lekarz powiatowy sporządził kolejne sprawozdanie opisowe[46]. Wykazał w nim stopniowe zanikanie duru plamistego, przy jednoczesnym wzroście zachorowań na dur brzuszny oraz czerwonkę (dyzenterię). Odnotował także jeden przypadek

[45] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie z przebiegu akcji przeciwepidemicznej z 10.07.1945 r.*, sygn. 610, s. 6–7.
[46] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie z przebiegu akcji przeciwepidemicznej z 8.08.1945 r.*, sygn. 610, s. 8.

zapalenia opon mózgowych. Z innych chorób zakaźnych wymienił: odrę, szkarlatynę oraz różę, która w kilku wypadkach okazała się śmiertelną.

Przyczyn szerzenia się chorób zakaźnych, a zwłaszcza duru brzusznego, lekarz upatrywał w realiach powojennych i niskim poziomie uświadomienia higienicznego ludności. Przede wszystkim wskazywał jednak na fakt, że wskutek działań wojennych zniszczeniu uległa duża część miast, a wraz z nią urządzenia użyteczności publicznej i sanitarne, których nie dało się szybko odbudować. Opole przez dłuższy czas pozostawało pozbawione bieżącej wody. Ludność pobierała ją z nielicznych studni, opróżniając je do dna lub myjąc się bezpośrednio nad nimi, przez co brudna woda spływała z powrotem do wnętrza. Kiedy w jednym z domów stwierdzono kilka przypadków duru brzusznego, lekarz powiatowy nakazał urzędowe zamknięcie i zabezpieczenie studni. Mieszkańcy zignorowali jednak zagrożenie, usunęli tablice informacyjne i w dalszym ciągu czerpali z niej skażoną wodę.

W połowie lipca 1945 r. Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Śląsko-Dąbrowskiego – w celu sporządzenia ogólnego zestawienia statystycznego dotyczącego zagadnień sanitarnych na terenie województwa – rozesłał do starostw powiatowych i grodzkich oraz prezydentów miast wydzielonych wojewódzką ankietę sanitarną[47]. Składała się ona z szeregu kwestionariuszy, które miały być wypełniane i odsyłane okresowo. Pierwsze z nich obejmowały zagadnienia szpitalno-statutowe i personalne, a w odpowiedzi należało zamieścić szczegółową charakterystykę każdej placówki medycznej. Informacje przesłane z Opola we wrześniu 1945 roku ukazały zły stan infrastruktury miejskiej oraz poważny kryzys finansowy:

- **Część III (szpital, ośrodek zdrowia):** Ośrodek Zdrowia w Opolu nie istnieje.
- **Część IV (zaopatrywanie ludności w wodę):** Opole jest zaopatrzone w wodociągi; badanie wody wykazało: miano Bact. coli 1/100 – 1/200. W mieście znajduje się 30 studni zdatnych do użytku.
- **Część V (wody ściekowe i opadowe):** Opole jest skanalizowane całkowicie.
- **Część VI (kontrola sanitarna usuwania śmieci):** Śmiecie wywozi się do wspólnego dołu i tam zasypuje.
- **Część VII (zakłady fryzjerskie):** Na terenie miasta funkcjonuje 12 zakładów fryzjerskich.
- **Część VIII (łaźnie publiczne):** W Opolu istnieje 1 łaźnia, jednak nie jest ona czynna. Wymaga remontu, którego kosztorys opiewa na 20 000 zł. Zarząd Miejski nie posiada potrzebnych funduszów, prace remontowe zajęłyby około 5–6 tygodni.

[47] APOp., SP Opole, *Dane statystyczne dotyczące spraw sanitarnych na terenie powiatu opolskiego uzyskane w wyniku Wojewódzkiej Ankiety Sanitarnej*, sygn. 612, s. 19.

- **Część IX (odwszalnie):** W Opolu nie ma stacjonarnej odwszalni. Przy miejskim Szpitalu Zakaźnym znajduje się jedynie komora dezynfekcyjna na ciepłe powietrze, w której odwszawia się rzeczy należące do chorych i ich rodzin.
- **Część X (hotele i domy noclegowe):** W Opolu znajdują się 2 hotele i 1 dom noclegowy Polskiego Czerwonego Krzyża (obecnie zamknięty przez kierownika placówki z powodu braku funduszy).
- **Część XI (zakłady opieki społecznej):** W mieście funkcjonuje jedna ochronka dla dzieci oraz dwa przytułki dla starców.
- **Część XII (baseny pływackie):** W Opolu znajduje się jedna pływalnia, obecnie nieczynna.
- **Część XIII (nadzór nad grzebaniem zwłok):** Miasto posiada 3 cmentarze oraz 4 kostnice.
- **Część XIV (kontrola artykułów żywności):** W Opolu działają 24 piekarnie, 2 składnice hurtowe oraz 2 wytwórnie artykułów żywnościowych (cukrów).

Bardzo ciekawe z punktu widzenia odtworzenia i podsumowania sytuacji epidemicznej w Opolu w 1945 roku są materiały Starostwa Powiatowego z roku kolejnego. W kwietniu 1946 r. odnotowano, że epidemia chorób zakaźnych – w szczególności duru brzusznego – na terenie powiatu opolskiego została opanowana[48]. Wprawdzie pojawiły się jeszcze zachorowania na dur brzuszny, zarówno w samym Opolu (8 przypadków zanotowanych w kwietniu), jak i na terenie powiatu (16 przypadków), były to jednak wypadki sporadyczne.

Przy okazji w dokumentach scharakteryzowany został stan personalny i materiałowy powiatowego zespołu przeciwepidemicznego. Składał się on z pięciu dezynfektorów i jednej pielęgniarki. Zespół ten opłacano z funduszu Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami. Na jego wyposażeniu znajdowały się środki dezynfekcyjne: lizol, wapno chlorowane i chloramina. Ponadto kolumna dysponowała zapasem amerykańskiego proszku do zwalczania wszawicy pod nazwą DDT, przekazanego w ramach pomocy UNRRA

W każdym przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej członkowie powiatowej kolumny przeciwepidemicznej udawali się na miejsce celem izolacji chorego i przeprowadzenia dezynfekcji. Działania te podejmowano zgodnie z wydanymi w takich sytuacjach zarządzeniami starosty powiatowego, które miały na celu stłumienie ogniska choroby w zarodku, przy ścisłym współudziale władz gminnych.

Stosowano również profilaktykę w postaci masowych szczepień ochronnych przeciwko durowi brzusznemu (obejmujących mieszkańców w wieku od lat 5 do 60) oraz szczepień przeciwko ospie.

[48] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie sytuacyjne ze stanu zdrowotności z 29.04.1946 r.*, sygn. 613, s. 20–21.

Najważniejszą bolączką opolskiego powiatu w omawianym okresie był jednak brak lekarzy na wsi. Opieki medycznej pozbawione były wówczas następujące gminy: Chrząstowice, Dąbrówka Dolna, Dobrzeń Wielki, Gosławice, Groszowice, Komprachcice, Łubniany, Pokój, Tarnów Opolski, Turawa, Wójtowa Wieś, Wrzoski, Zagwiździe. Starostwo wskazywało na konieczność przydzielenia dla powiatu przynajmniej jednego lekarza na dwie gminy zbiorowe pozbawione stałej opieki. Brak lekarzy na wsi powodował utrudnienia w organizacji wiejskich ośrodków zdrowia, negatywnie wpływał na skuteczność zwalczania chorób zakaźnych oraz paraliżował opiekę lekarską w szkołach. Braki kadrowe były bardzo widoczne i uciążliwe w szpitalach na terenie powiatu, które albo nie posiadały lekarzy wcale, albo w niedostatecznej liczbie. Przykładowo: szpital w Pokoju, mogący pomieścić 40 chorych, nie posiadał obsady lekarskiej, szpital w Kup na 75 łóżek (przeznaczony specjalnie dla gruźlików) miał tylko 1 lekarza bez specjalizacji, szpital w Prószkowie na 250 łóżek posiadał zaledwie jednego medyka, który w dodatku sam był chory na gruźlicę. Pilną potrzebą była również organizacja aptek dla wsi.

W samym Opolu konieczna była odbudowa szpitala miejskiego, przydzielenie na ten cel wydatnej subwencji rządowej oraz skierowanie personelu lekarskiego i pomocniczego. Osobny problem stanowił brak środków lokomocji – żadna instytucja należąca do referatu zdrowia nie dysponowała jakimkolwiek środkiem transportu.

W kolejnym sprawozdaniu starostwa z satysfakcją stwierdzono, że nie zanotowano już zachorowań na dur brzuszny o rozmiarach epidemii[49]. Pojedyncze przypadki były natychmiast izolowane, a w domach osób chorych przeprowadzano odkażanie. Wzmożono również nadzór nad artykułami żywnościowymi, sprzedawanymi na placu targowym w Opolu, a także w lokalnych wytwórniach i składach spożywczych. Pobrano ponad 60 próbek produktów – głównie mleka – które odesłano do badania w Państwowym Zakładzie Higieny w Katowicach. Na podstawie otrzymanych wyników skierowano kilka spraw do prokuratury za sfałszowanie mleka, masła i innych artykułów żywnościowych. Stwierdzono m.in., że mleko dostarczane przez rolników do mleczarni miało celowo obniżoną zawartość tłuszczu na skutek dolewania do niego wody. Fatalny był również stan sanitarny zakładów przemysłu spożywczego na terenie powiatu.

Z pozytywnych zdarzeń odnotowano uruchomienie ośrodka zdrowia w Opolu, który swoją działalnością objął całe miasto oraz najbliższe gminy wiejskie[50]. Placówka składała się z przychodni ogólnej, stacji opieki nad matką i dzieckiem, przychodni dla kobiet

[49] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie sytuacyjne ze stanu zdrowotności powiatu za miesiąc maj 1946 r.*, sygn. 613, s. 71–72.

[50] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie z pracy lekarza powiatowego w Opolu za czas od chwili odzyskania Ziem Zachodnich do dnia 20.06.1946 r.*, sygn. 613, s. 79–81.

ciężarnych, a także przychodni przeciwwenerycznej, dentystycznej, przeciwjagliczej oraz laboratorium analitycznego. W ośrodku zatrudniono 8 lekarzy, 10 pielęgniarek, technika dentystycznego i kilka osób niższego personelu. Powołanie ośrodka w znaczny sposób przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia mieszkańców. Podobny cel miało zapoczątkowanie w kwietniu 1946 r. akcji mającej na celu doprowadzenie zakładów spożywczych (piekarnie, wędliniarnie, fabryki wód gazowych, rozlewnie piwa, mleczarnie) do należytego poziomu higienicznego. Powiatowy kontroler sanitarny przeprowadzał stałe kontrole tego rodzaju zakładów oraz pobierał próbki artykułów żywnościowych i przesyłał je do Państwowego Zakładu Higieny w Katowicach.

Swego rodzaju podsumowanie sytuacji sanitarnej regionu na przestrzeni 1945 i 1946 roku odnajdujemy w sprawozdaniu lekarza powiatowego z listopada 1946 roku[51]:
„Stan sanitarny powiatu w chwili objęcia go przez Władze Polskie był prawie beznadziejny. Świeże działania wojenne i idąca za nimi fala rabunków zniszczyły prawie wszystko, co na tym terenie zostawili Niemcy. A było tego i tak niewiele, gdyż cofające się wojska niemieckie ewakuowały wszystko, co tylko ewakuować mogły. Ze szpitali pozostały tylko budynki i to nie wszędzie, apteki zostały pozbawione zapasów leków, lekarze niemieccy wyjechali. Reszty dokonały rabunki".

Odnotowano fatalny stan infrastruktury i służb miejskich:
„W chwili objęcia Opolszczyzny przez Władze Polskie nie funkcjonował na terenie powiatu żaden szpital, nie było czynnej apteki, nie było ani jednego lekarza. Istniejące budynki szpitalne stały pustką, apteki porozbijane, były systematycznie ogałacane przez rabusiów z leków i instrumentów, podobnie mieszkania nieobecnych lekarzy niemieckich. Urządzenia użyteczności publicznej, jak wodociągi, elektryczność, gaz i t.p. były nieczynne. Wszędzie wybuchały co chwila pożary, a w gruzach znajdywano niepochowane trupy".

Zwrócono uwagę na główny powód wybuchu epidemii:
„Nagły napływ ludności w nieuporządkowany teren, napływ zrazu również nieuporządkowany i dziki, wywołał wybuch epidemii, które w tych warunkach znajdowały idealne podłoże do rozszerzania się. A nie było środków nie tylko do ich zwalczania, ale nawet do stwierdzenia".

Podkreślono rolę pierwszych urzędników i służb medycznych:
„Taki stan zastały pierwsze Władze Polskie. Musiały rozpocząć organizację sanitariatu i walki z epidemią. Zajęli się tym starosta [Henryk] Janus i lekarz powiatowy Jerzy Świtała. W pierwszej kolejności starali się zabezpieczyć pozostałe budynki i sprzęt

[51] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie lekarza powiatowego o stanie sanitarnym powiatu opolskiego od chwili objęcia go przez Władze Polskie do chwili obecnej z dnia 25.11.1946 r.*, sygn. 613, s. 148–150.

szpitalny i apteczny, aby jak najszybciej stworzyć możliwości leczenia chorych, a przynajmniej ich odosobnienia. W ciągłych osobistych walkach z rabusiami zdobywali powoli potrzebny sprzęt i zabezpieczali go. Prócz tego musiał lekarz powiatowy leczyć wszystkich pracowników na terenie Opola. Napływ przybyszów ze Wschodu, którzy przywieźli ze sobą epidemię duru plamistego, wymaga natychmiastowej akcji. Zorganizowano naprędce baraki dla chorych, w których pierwsi przybyli lekarze zajęli się ich leczeniem, oraz równolegle z nimi Miejski Szpital Zakaźny w Opolu. Powoli i niechętnie przyjeżdżający lekarze obejmowali te placówki, prowadzone do ich przybycia przez pozostałe na miejscu siostry zakonne".

Prześledzono rozwój sytuacji na przestrzeni czasu:
„W II i III kwartale 1945 r. liczbę zachorowań można było liczyć w setkach, jeśli nie w tysiącach. Dopiero w IV kwartale można było uznać epidemie za zwalczone, stan sanitarny za zadowalający, a podwaliny organizacji sanitarnej za zrobione – przynajmniej w zarysach".

Wskazano również na systematyczne działania zmierzające do uporządkowania spraw sanitarnych w kolejnych miesiącach:
„Od tego czasu praca lekarza powiatowego, którym został Dr [Zygfryd Iwo] Rossowski, usystematyzowała się i nabrała cech pokojowych. W pierwszym rzędzie starał się lekarz powiatowy o zapewnienie powiatowi większej ilości lekarzy, zwłaszcza specjalistów, których liczba wzrosła z 11 (lipiec 1945) do 43. Liczba czynnych szpitali wynosi obecnie 6 z 691 łóżkami".

„Odnotowano sukcesy organizacyjne:
W Opolu powstał wzorcowy ośrodek zdrowia, prowadzący w chwili obecnej 7 przychodni, laboratorium i pracownię rentgenowską. Zatrudnia on 11 lekarzy i 8 pielęgniarek. Dwa miasta posiadają lekarzy miejskich, 4 okręgi wiejskie lekarzy okręgowych. Kolumny sanitarne, złożone z 6 osób, dokonują dezynfekcji i odwszeń w powiecie oraz wożą chorych do szpitala. Dwóch kontrolerów sanitarnych pobiera stale próbki środków żywności i wody. Powstał na terenie Opola oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który przejął leczenie pracowników. 4 apteki na terenie powiatu pracują normalnie, 3 jeszcze się nie udało uruchomić. Przeprowadza się akcję szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu i ospie. Kładzie się nacisk na usuwanie gruzów i rumowisk, oczyszczanie studzien, higienę zakładów spożywczych i innych. Leczy się nagminnie występujący świerzb, rozdziela się dzieciom tran".

Informowano już nie tylko o zwalczaniu ostrych stanów epidemicznych, ale także o szeroko zakrojonych działaniach profilaktycznych i kontrolnych:

„W roku 1946 r. przeprowadzono masowe szczepienia ochronne przeciwko durowi brzusznemu kosztem Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami. Ogółem zaszczepiono 50.509 osób. Zaszczepiono również w br. przeciwko ospie 2.927 osób. Pobrano i zbadano prób wody pod względem chemicznym i bakteriologicznym z wodociągów miejskich w Opolu i Krapkowicach. Jak wynika z przeprowadzonego badania prób wody, woda ze wszystkich wodociągów z wyjątkiem fabrycznych w Krapkowicach jest odpowiednia. W toku akcji sanitarnej obejrzano: 1560 podwórek i ustępów, 340 studzien, 275 lokali przemysłowych, 82 szkoły. W roku 1946 pobrano prób artykułów żywności 113, z tego z powodu sfałszowania 66 spraw skierowano na drogę sądową".

Sprawozdanie kończy się następującym podsumowaniem:
„Jak widać z powyższego, dążymy na polu sanitarnym ciągle i stale do poprawy. Daleko jeszcze do stanu należytego, ale istnieje nadzieja, że w ciągu r. 1947 osiągnięty będzie na tym polu odpowiedni poziom".

Pod sprawozdaniem podpisał się lekarz powiatowy dr Rossowski. Zygfryd Iwo Rossowski (1891–1967) pochodził z Iwonicza (powiat krośnieński) i był absolwentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego. W latach 1918–1921 służył w stopniu kapitana w korpusie sanitarnym Wojska Polskiego. W okresie międzywojennym pełnił funkcję lekarza powiatowego w Żółkwi, a następnie w Rybniku. Na przełomie 1939 i 1940 roku przebywał w Rumunii, gdzie pracował jako lekarz z ramienia YMCA. Po powrocie do kraju praktykował w Nisku nad Sanem oraz w Nowym Targu. W lipcu 1945 roku objął stanowisko lekarza powiatowego w Opolu, które piastował do listopada 1951 roku. W kolejnych latach pracował w opolskiej Poliklinice[52].

W ostatnim sprawozdaniu lekarza powiatowego z 1946 roku[53] zanotowano, że w referacie zdrowia zatrudnionych było ośmiu pracowników: lekarz powiatowy, powiatowy kontroler sanitarny, sekretarka oraz pięcioosobowy zespół kolumny przeciwepidemicznej (czterech dezynfektorów i wykwalifikowana pielęgniarka). Pod koniec grudnia Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami zwolnił trzech dezynfektorów z opolskiej kolumny przeciwepidemicznej. Decyzję uzasadniono tym, że na terenie powiatu opolskiego – podobnie jak w całym województwie śląsko-dąbrowskim – choroby zakaźne nie przybierały już formy epidemii.

Sytuacja epidemiologiczna w powiecie w grudniu wyglądała następująco: odnotowano pięć przypadków zachorowań na dur brzuszny (wszystkich chorych izolowano, jedna

[52] J.M. Dyrda, *Zygfryd Iwo Rossowski*, Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, https://katalog.sum.edu.pl/F?func=full-set-set&set_number=000055&set_entry=000001&format=999 (dostęp: 10.05.2026 r.).

[53] APOp., SP Opole, *Sprawozdanie z działalności pracowników referatu zdrowia w Opolu za miesiąc grudzień 1946 r.*, sygn. 613, s. 172–173.

osoba zmarła); 11 przypadków zachorowań na błonicę (9 osób hospitalizowano); trzy przypadki płonicy (jedna osoba hospitalizowana); po cztery przypadki odry i gruźlicy oraz jeden przypadek jaglicy. W raporcie podkreślono, że w żadnym miejscu nie odnotowano ogniska epidemicznego. W tym czasie pracownicy powiatowej kolumny przeciwepidemicznej odkazili 25 izb, 38 kompletów ubrań i 30 osób, a także uporządkowali i zdezynfekowali 4 studnie i 25 toalet. Podczas kontroli w 8 szkołach stwierdzono wszawicę u ok. 10% dzieci oraz świerzb u ok. 25% uczniów. W związku z tym przeprowadzono w szkołach 6 pogadanek profilaktycznych na temat zwalczania wszawicy i świerzbu oraz 30 wykładów dotyczących chorób zakaźnych i higieny.

Po zakończeniu II wojny światowej tyfus plamisty oraz dur brzuszny stały się jednymi z największych zagrożeń sanitarnych w Polsce. Dane statystyczne z tego okresu robią ogromne wrażenie, choć należy pamiętać, że są drastycznie zaniżone. W chaosie migracyjnym, przy braku sprawnie działającej administracji, tysiące zachorowań i zgonów w ogóle nie trafiało do oficjalnych kartotek.

Sytuacja przesiedleńców – zarówno powracających z robót przymusowych, jak i wysiedlanych z Kresów Wschodnich – stanowiła „podręcznikowe" środowisko dla rozwoju epidemii. Tygodnie spędzone w przepełnionych wagonach, na dworcach i w punktach etapowych sprzyjały szerzeniu się wszy odzieżowej, przenoszącej dur plamisty. Z kolei brak dostępu do łaźni, czystej odzieży i środków dezynfekcyjnych, w połączeniu ze zdewastowaną infrastrukturą wodno-kanalizacyjną, prowadził do skażenia wody pitnej bakteriami duru brzusznego.

Szczególnie dramatyczny przebieg miały te zjawiska na Ziemiach Odzyskanych, czego klasycznym przykładem było Opole w 1945 roku. Jak wykazała analiza akt tamtejszego Starostwa Powiatowego, napływające masy ludności cywilnej, stykające się z dotychczasowymi mieszkańcami oraz żołnierzami radzieckimi, tworzyły wybuchową mieszankę epidemiologiczną. Zniszczona substancja miejska stawała się ogniskiem chorób zakaźnych, co wymuszało wprowadzanie kwarantann i izolowanie stref sanitarnych wokół dworców. Dokumenty archiwalne dowodzą, że rodząca się polska administracja oraz nieliczny personel medyczny musieli mierzyć się z kryzysem o ogromnej skali. Z problemem tym radzili sobie na miarę swoich skromnych możliwości, często wyłącznie dzięki ogromnej determinacji, dyscyplinie i osobistej odwadze.

Bibliografia

Źródła:

» Archiwum Państwowe w Opolu, zespół nr 178 Starostwo Powiatowe w Opolu, sygn. 608, 609, 610, 612, 613

Opracowania:

» Ciesielska M., *Tyfus – choroba czasu pokoju i wojny*, „Niepodległość i Pamięć" 2016, nr 23/2, s. 93–113

» Dyrda J.M., *Jerzy Hieronim Świtała*, Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, https://katalog.sum.edu.pl/F?func=full-set-set&set_number=000018&set_entry=000001&format=999 (dostęp: 10.05.2026 r.)

» Dyrda J.M., *Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945–1950*, Katowice 2003

» Dyrda J.M., *Zygfryd Iwo Rossowski*, Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska, https://katalog.sum.edu.pl/F?func=full-set-set&set_number=000055&set_entry=000001&format=999 (dostęp: 10.05.2026 r.)

» Naruszewicz-Lesiuk D., Magdzik W., *Choroby zakaźne na ziemiach polskich w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny" 2000, nr 54, s. 6–9

» Pałys P., *Opole 1945 – rok pierwszy*, „Studia Śląskie" 2016, nr 78, s. 15–26



Biblioteka posiada ofertę digitalizacyjną
i sale konferencyjne do wynajęcia.

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 111–124

Uprawa, wartości odżywcze i zdrowotne owoców jabłoni według wybranych autorów starożytnych[1]

Cultivation, Nutritional Value, and Health Properties of Apple Fruits According to Selected Ancient Authors

Kacper Sielski
Akademia Piotrkowska, Piotrków Trybunalski

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest uprawie jabłoni w ujęciu starożytnych autorów agronomicznych i medycznych, zestawionej z wiedzą współczesną. Omawia zalecenia dotyczące sadzenia, pielęgnacji i szczepienia drzew, a także sposoby ochrony przed chorobami i szkodnikami, przywołując poglądy takich autorów jak Palladiusz, Kassianus Bassus czy Pliniusz Starszy. W tekście analizowane są zarówno racjonalne praktyki rolnicze, jak i bardziej niezwykłe metody stosowane w starożytności, wraz z próbą ich interpretacji w świetle dzisiejszej wiedzy ogrodniczej. Druga część artykułu dotyczy właściwości leczniczych jabłek, przedstawianych przez antycznych autorów, oraz ich konfrontacji z aktualnymi ustaleniami naukowymi.

Słowa kluczowe: jabłko, Palladiusz, Pliniusz Starszy, zbalansowana dieta, promocja zdrowia.

[1] Tekst powstał podczas seminarium prowadzonego przez dr. Błażeja Cecotę w Instytucie Historii Akademii Piotrkowskiej w Piotrkowie Trybunalskim.

Abstract

The article examines the cultivation of apple trees as presented by ancient agronomic and medical authors, set against the backdrop of modern knowledge. It discusses recommendations concerning planting, maintenance, and grafting, as well as methods of protection against diseases and pests, drawing on the views of such authors as Palladius, Cassianus Bassus, and Pliny the Elder. The study analyses both rational agricultural practices and more unusual methods employed in antiquity, attempting to interpret them in the light of contemporary horticultural knowledge. The second part of the article addresses the medicinal properties of apples as described by ancient authors, and confronts these accounts with current scientific findings.
Key words: apple, Palladius, Pliny the Elder, balanced diet, health promoting.

Uprawa jabłoni zajmowała istotne miejsce w refleksji starożytnych autorów agronomicznych i medycznych, stanowiąc przykład przenikania się wiedzy praktycznej z obserwacją przyrody oraz teorią zdrowia. W traktatach takich twórców jak Palladiusz, Kassianus Bassus czy Pliniusz Starszy odnaleźć można liczne wskazówki dotyczące sadzenia, pielęgnacji i ochrony drzew, które odzwierciedlają zarówno doświadczenie rolnicze epoki, jak i jej ograniczenia poznawcze. Równolegle autorzy medyczni przypisywali owocom jabłoni określone właściwości dietetyczne i terapeutyczne. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie tych zagadnień poprzez analizę wybranych źródeł starożytnych oraz zestawienie zawartych w nich informacji z ustaleniami współczesnej wiedzy ogrodniczej i medycznej.

Uprawa jabłoni – główne założenia wybranych autorów starożytnych

W kontekście uprawy jabłoni jednym z kluczowych źródeł pozostaje „Traktat o rolnictwie" autorstwa Palladiusza. Istotne informacje na ten temat zawarte są w księdze poświęconej miesiącowi lutemu, gdzie autor omawia zagadnienie sadzenia drzew. Wskazuje, że optymalnym terminem dla tej czynności jest właśnie luty, dopuszczając jednocześnie możliwość jej przeprowadzenia również w marcu[2]. Zaznacza, że jeżeli pominiemy ten termin, natomiast pracujemy na terenach, gdzie

[2] Pliniusz Sekundus wspomina o okresie od połowy zimy do id lutowych: Gajusz Pliniusz Sekundus, *Historia naturalna, tom III: Botanika, Rolnictwo i Ogrodnictwo*, tekst, wstęp, przekład i komentarz I. Mikołajczyk, Toruń 2022, ks. XVII, r. 30, 136, s. 493, [dalej: Historia naturalna]. O Pliniuszu i jego dziele por. m.in.: M. Jóźwicka, *Astronomiczne zagadki w Historii naturalnej Pliniusza Starszego*, „Kwartalnik Historii, Nauki i Techniki" 2020, t. 65, nr 4, s. 147–161; T. Płóciennik, *Vistula? Vistla? Visculus? Nazwa Wisły w Naturalis historia Pliniusza Starszego*, [w:] *Donum cordis. Studia poświęcone pamięci Profesora Jerzego Kolendo*, red. K. Jakubiak, Warszawa 2019, s. 302–313; Z. Danek, *Pliniusz Starszy o zasobach naturalnych Hiszpanii i ich wykorzystaniu*, [w:] *Rzym a Półwysep Iberyjski. Różnorodność relacji od starożytności po współczesność*, t. 6, red. A. Grzelak-Krzymianowska, M.J. Woźniak, Łódź 2019, s. 85–99.



Alantapfel, rys. Walter Müller

Deutsche Kornobstsorten, Goethe, Degenkolb u. Mertens

występują gorące i suche pory roku, możemy spróbować nasadzenia w miesiącach jesiennych, czyli październiku lub listopadzie[3]. Kassianus Bassus dodaje w tym kontekście następującą informację: „jabłonie sadzi się w dwóch porach roku, na wiosnę i jesienią. W miejscach suchych lepiej sadzić jesienią, po pierwszych deszczach"[4].Ta informacja jest jak najbardziej potwierdzona wiedzą współczesną – optymalny termin sadzenia jabłoni przypada na okres spoczynku fizjologicznego drzewa, tj. późną jesień lub wczesną wiosnę, przy czym wybór konkretnego terminu uzależniony jest od warunków klimatycznych danego regionu, a prognozowanie tych procesów utrudnione jest obecnie ze względu na obserwowane zmiany klimatyczne[5]. Palladiusz wspomina, że jabłonie lubią wilgotną ziemię. Niemniej nie można wykluczyć z tekstu tejże lektury, iż jabłoń wyrośnie również na glebie gliniastej lub piaszczystej[6], co potwierdzają współczesne podręczniki agronomiczne[7]. Jednocześnie, w tym samym fragmencie wspomina się, aby umiarkowanie podlewać drzewa na wskazanych glebach. Należy również pamiętać, że starożytni autorzy zalecali szczególne metody chronienia sadzonek w okresie ich wstępnego rozwoju, poprzez stosowanie różnego rodzaju osłon od wiatrów[8].

---

[3] Rutyliusz Taurus Emilianus Palladiusz, *Traktat o rolnictwie*, z jęz. łacińskiego przełożył, wstępem i komentarzem opatrzył Ireneusz Mikołajczyk, Toruń 1999, ks. III, paragraf 13, s. 78 [dalej: Palladiusz]. Na temat Palladiusz zob. m.in. M. Stephen Spurr, *Palladius (1), Rutilius Taurus Aemilianus*, „Oxford Classical Dictionary", https://oxfordre.com/classics [dostęp: 30.05.2025 r.]. Wybór literatury: I. Mikołajczyk, *Poemat dydaktyczny „De Insitione" Palladiusz*a, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Historia" 1999, t. 31, nr 330, s. 173 [przyp. nr 2]. Pliniusz Sekundus podkreśla znaczenie zachowania odstępów pomiędzy sadzonymi jabłoniami: Historia naturalna, ks. XVII, r. 17, 88, s. 471.

[4] Kassianus Bassus, *Geoponika. Bizantyńska encyklopedia rolnicza*, tłum. i oprac. I. Mikołajczyk, Toruń 2012, ks. 10, r. 18, 1, s. 239 [dalej: Kassianus Bassus]. Kassianus Bassus z Bitynii, zwany Scholastykiem, działał na przełomie VI i VII wieku. Niewiele o nim wiadomo; głównym źródłem informacji pozostaje przypisywana mu „Geoponika" – popularna w swoim czasie encyklopedia wiedzy rolniczej. Trzeba jednak zaznaczyć, że większość greckiego oryginału nie zachowała się, dlatego autorstwo znanego dziś tekstu (również w przekładzie polskim) nie może być z pełną pewnością przypisane Bassusowi, por. M. Helbig, *The Byzantine Garden. What to Plant in the Garden according to 12th Book of Geoponica by Cassianus Bassus*, „Studia Ceranea" 2021, t. 11, s. 201-202. Jego prace pozostają jednak przedmiotem licznych analiz: A. Bartnik, *Choroby owiec i kóz w* świetle *„Geoponiki" Kassianusa Bassusa Scholastyka*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2023, t. 78, s. 9-31; eadem, *O skuteczności kuracji* świerzbobójczych w *„Geoponice" Kassianusa Bassusa Scholastyka*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2022, t. 21, nr 1, s. 7–32.

[5] Por. m.in.: E. Fernandez et al., *Climate change impacts on winter chill in Mediterranean temperate fruit orchards*, „Regional Environmental Change" 2023, t. 23, nr 7, s. 1–18; A. El Yaccoubi et al., *Validated model for apple flowering prediction in the Mediterranean area in response to temperature variation*, „Scientia Horticulturae" 2019, t. 249, s. 59–64; I. Diez-Palet et al., *Blooming under Mediterranean Climate: Estimating Cultivar-Specific Chill and Heat Requirements of Almond and Apple Trees Using a Statistical Approach*, „Agronomy" 2019, t. 9; I. Funes et al., *Future climate change impacts on apple flowering date in a Mediterranean subbasin*, „Agricultural Water Management" 2016, t. 164, s. 19–27.

[6] Palladiusz, ks. III, 13, s. 78.

[7] Z Buler, *Przygotowanie gleby oraz zakładanie sadu*, [w:] *Metodyka integrowanej ochrony jabłoni. Materiały dla producentów*, red. P. Sobiczewski, Instytut Ogrodnictwa 2013, s. 5.

[8] Historia naturalna, ks. XVII, r. 14, 71, s. 463: „Katon zaleca również rozwiesić na widłach maty na wysokości człowieka, żeby chronić je przed słońcem, i osłonić słomą, zabezpieczając przez chłodami". Jak



Wikipedia – domena publiczna

W kontekście chorób drzewa Palladiusz wspomina o dość niespotykanych środkach zaradczych, takich jak świński nawóz wymieszany z ludzkim moczem czy żółcią wolą. Tę samą metodę podaje również Kassianus Bassus, oprócz ludzkiego moczu można według niego zastosować kozi nawóz lub osad starego wina (co ma wpływać także na uzyskanie słodszych owoców jabłoni)[9]. Nadmienia jednocześnie, że przed robakami chroni obsadzenie jabłonek cebulą morską[10], wspomina też dość radykalną metodę uzdrowienia drzewa w przypadku jego zainfekowania: „robaki niszczące drzewo należy wyciągać miedzianym gwoździem, zdzierając korę tak długo aż znajdziesz żyjątko. Uszkodzone miejsca zasmaruj krowim łajnem”[11]. Warto dodać, że Pliniusz z kolei ma bardziej pesymi-

podkreśla się we współczesnej literaturze przedmiotu, jabłonie źle znoszą miejsca szczególnie narażone na wiatry: Z. Buler, *op. cit.*, s. 5.

9 Kassianus Bassus, ks. 10, r. 18, 4, s. 239. Por. też Kassianus Bassus, ks. 10, r. 18, 9, s. 240.

10 Kassianus Bassus, ks. 10, r. 18, 2–3, s. 239.

11 Kassianus Bassus, ks. 10, r. 18, 10, s. 240.

styczne stanowisko wobec problemu robaczywienia drzew i owoców, wiążąc tę kwestię z wiekiem drzewa: „bardzo szybko starzeje się zaś jabłoń i w późnym wieku rodzi gorszy owoc. Pojawiają się również mniejsze jabłka i robaczywieją, robaki rodzą się też na samym drzewie”[12]. Wspomina również, że jabłoń jako rodząca słodkie owoce jest jednym z najbardziej wrażliwych drzew na zepsucie ze względu na uszkodzenia mechaniczne[13]. Z perspektywy współczesnej wiedzy agronomicznej przedstawione zalecenia można uznać za częściowo zgodne z aktualnymi praktykami nawożenia. Stosowanie obornika jako nawozu organicznego jest zasadniczo wskazane, jednak jego nadmierna aplikacja może prowadzić do zaburzeń fizjologicznych u jabłoni oraz innych drzew i krzewów owocowych, w tym uszkodzenia systemu korzeniowego, a także zagrożenia dla zdrowia spożywających takie owoce ludzi i zwierząt[14]. Analogicznie, stosowanie moczu jako nawozu, choć historycznie notowane, wymaga szczególnej ostrożności, gdyż w wyższych stężeniach może powodować fitotoksyczność i „przypalenie” korzeni[15]. W niewielkich ilościach stanowi on jednak źródło łatwo przyswajalnych składników mineralnych, takich jak azot, potas i fosfor, wspierających wzrost roślin[16].

Wracając do porad starożytnych uczonych, można wspomnieć, że przed próchnieniem drzewa ma za zadanie chronić je wywar z żółci jaszczurek, o czym wspomina Palladiusz, a Kassianus Bassus uściśla: „żeby jabłka nie gniły na drzewie i nie toczyły ich gąsienice,

---

[12] Historia naturalna, ks. XVI, r. 51, 117, s. 367. O szybkim starzeniu się jabłoni, ale także granatu czy figowca: Historia naturalna, ks. XVI, r. 90, 241, s. 423. W związku z szybkim starzeniem jabłonie, podobnie jak figowiec, granat, grusza, czy śliwa – również szybko rosną i osiągają dojrzałość – Historia naturalna, ks. XVII, r. 20, 95, s. 475.

[13] Historia naturalna, ks. XVII, r. 37, 227, s. 535. W innym miejscu przeczy temu jednak stwierdzając, że jabłoń jest jednym z tych drzew, które nie ginie nawet, kiedy rozłupać jego pień: Historia naturalna, ks. XVII, r. 37, 238, s. 539.

[14] T. Kłapeć, A. Cholewa, *Zagrożenia dla zdrowia związane ze stosowaniem nawozów organicznych i organiczno-mineralnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 2, s. 131–136.

[15] Co nie znaczy, że nie prowadzi się podobnych badań, których wyniki wskazują na możliwości zastosowania ludzkiego moczu w uprawach, por. np.: M. Rumeau et al., *Unveiling the impact of human urine fertilization on soil bacterial communities: A path toward sustainable fertilization*, „Applied Soil Ecology” 2024, t. 201; M. Mauerer et al., *Replacing Mineral Fertilizer with Nitrified Human Urine in Hydroponic Lettuce (Lactuca sativa L.) Production*, „Sustainability” 2023, t. 15; E.S.S. Ranasinghe et al., *Human Urine as a Low Cost and Effective Nitrogen Fertilizer for Bean Production*, „Procedia Food Science” 2016, t. 6, s. 279–282; S. Pradhan et al., *Urine fertilizer for vegetable production - a case study in Nepal and Ghana*, Paper presented at the International Conference on Fecal Sludge Management (FSM2), Durban, South Africa, 29-31 October 2012, s. 1–7.

[16] P. Wójcik, J. Filipczak, J. Treder, *Analiza i ocena możliwości stosowania mocznika z inhibitorem albo otoczką biodegradowalną lub stosowania mocznika bez inhibitora albo bez otoczki biodegradowalnej w formie płynnej pogłównie w uprawach warzywnych, sadowniczych i roślin ozdobnych w kontekście wyzwań klimatycznych i* środowiskowych oraz potrzeb rolnictwa, Instytut Ogrodnictwa PIB, Skierniewice 2022, s. 2–4; J.S. Nowak, *Wykorzystanie nawozów naturalnych w uprawie roślin ozdobnych wraz z opracowaniem zaleceń przy ich stosowaniu*, Instytut Ogrodnictwa PIB, Skierniewice 2023, s. 2–5.

posmaruj pień żółcią zielonej jaszczurki”[17]. Trudno odnieść się do tych informacji, raz ze względu na problem z ustaleniem konkretnego gatunku jaszczurki wspomnianego w tekście, dwa – zbyt ogólnych wskazówek dotyczących przygotowania odpowiedniej „mikstury”. Może tu jednak iść o kwestie używania znaczników feromonowych przeciwko konkretnym szkodnikom, czego już dzisiaj nie jesteśmy w stanie dokładnie ustalić. Niemniej jednak takie znaczniki są obecnie bardzo często używane w ogrodnictwie utrzymującym surowe wymagania odnoszące się do zasad ekologicznych[18].

Inną wskazówką przekazywaną przez Palladiusza, która pozostaje aktualna również we współczesnej praktyce sadowniczej, jest zalecenie usuwania owoców nadpsutych. Zabieg ten ma na celu ograniczenie strat energetycznych drzewa związanych z utrzymywaniem uszkodzonych owoców oraz skierowanie jego zasobów fizjologicznych na rozwój i dojrzewanie owoców zdrowych[19]. Co do szczepień[20] agronom uważał, że można zaszczepić jabłoń na bardzo wielu gatunkach innych drzew. Wymieniał między innymi: gruszę, tarninę, śliwę[21], jarzębinę, brzoskwinię, platan[22], topolę i wierzbę[23]. Kassianus Bassus dodaje tutaj również cedrat[24] i platan[25], stwierdzając w innym miejscu: „jabłoń szczepi się na każdej odmianie dzikiej gruszy i na pigwie pospolitej. Dzięki pigwie jabłka będą bardzo piękne”[26]. Oczywiście część z tych drzew to wątpliwa baza pod szczepienia. Zabieg polegający na zaszczepieniu jabłoni na innym drzewie jest bardzo skomplikowany. Nie zawsze możemy otrzymać efekt o który nam chodziło[27]. Szczepienie przeprowadza

[17] Kassianus Bassus, ks. 10, r. 18, 7, s. 239.

[18] Por. W. Piotrowski, M. Sekrecka, M. Tartanus, *Ekologiczny sposób zapobiegania i ograniczania populacji szkodników w sadzie jabłoniowym*, [w:] *Metodyka ekologicznej uprawy jabłoni*, red. E. Rozpara, Instytut Ogrodnictwa PIB 2023, s. 93–95; B. Sazońska, *Uprawa jabłoni metodami ekologicznymi*, Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie. Oddział w Radomiu, Radom 2018, s. 36–39.

[19] Palladiusz, ks. III, paragraf 14–15, s. 78.

[20] Jedną z metod oczkowania podaje Pliniusz Sekundus: „z tego wzięło się oczkowanie: knypem podobnym do szewskiego noża otwiera się oczko na drzewie, nacinając korę i przenosi się zarodek wycięty z innego drzewa tym samym nożem” – Historia naturalna, ks. XVII, r. 23, 100, s. 477.

[21] Pliniusz Sekundus podaje z kolei, że śliwę można szczepić na jabłoni: Historia naturalna, ks. XV, r. 12, 42, s. 263.

[22] Właśnie ten przypadek za Wergiliuszem Pliniusz Sekundus uznał za szczególnie wyjątkowy: Historia naturalna, ks. XV, r. 17, 57, s. 269.

[23] Palladiusz, ks. III, 14-15, s. 78.

[24] Kassianus Bassus, ks. 10, r. 7. 8, s. 236. Dodając w innym miejscu, że jabłoń zaszczepiona na cedracie potrafi rodzić owoce niemal cały rok – Kassianus Bassus, ks. 10, r. 20, 2, s. 240.

[25] Kassianus Bassus, ks. 10, r. 20, 2, s. 240.

[26] Kassianus Bassus, ks. 10, r. 20, s. 240.

[27] Pliniusz Sekundus twierdził jednak, że na jednym drzewie można zaszczepić kilka rodzajów drzew owocowych: „zaszczepione na tyle sposobów drzewo, obciążone wszelkiego rodzaju owocami, zobaczyliśmy w pobliżu kaskad wodnych w Tiburze. Na jednej gałęzi orzechy, na drugiej jagody, w innym miejscu winogrona, gruszki, figi, granaty i różne odmiany jabłek”. Na szczęście dodaje: „Ale to drzewo miało krótki żywot”. Trudno więc powiedzieć, czy była to faktycznie żyjąca roślina, czy może jednak wymysł dekoracyjny… – Historia naturalna, ks. XVII, r. 26, 120, s. 485.

się wczesną wiosną – od połowy marca do końca kwietnia – zanim ruszy wegetacja i tę prawdę potwierdzali w starożytności zarówno Katon, jak i Pliniusz Sekundus[28].

Wśród szczególnych metod uprawy można znaleźć także sposoby na wyhodowanie jabłoni rodzącej szczególnie piękne, pełne czerwieni jabłka. Kassianus Bassus poleca w tym celu następujące działanie: „wbiwszy w ziemię kołki, oni naginają na nich, nie nadłamując, gałązki z jabłkami i przywiązują je. Napełniają doły wodą po sąsiedztwie lub inne zbiorniki zbudowane z takim wyliczeniem, żeby południowe promienie słońca padały na wodę i z niej unosiła się ciepła para. Promienie, odbijając się w niej, padają na jabłka i nadają im bardzo piękny czerwony kolor. Inni sadzą pod jabłoniami róże i otrzymują czerwone jabłka"[29].

Zastosowania i właściwości lecznicze

Jabłko stanowiło owoc o szczególnie istotnym znaczeniu w kontekście właściwości prozdrowotnych, które zostały omówione przez Gargiliusza w jednej z najbardziej znanych starożytnych kompilacji dotyczących medycznych aspektów żywności[30]. Autor ten odwoływał się w swoich rozważaniach między innymi do ustaleń sformułowanych przez Dioskoridesa[31]. Ten zaś uważał, że wspomniane owoce podsycają flegmę, rozniecają żółć, powodują wzdęcia. W kontekście współczesnej nauki można powiedzieć, że jabłka mają z pewnością wpływ na perystaltykę jelit, niekoniecznie pozytywną[32]. Owoce te

[28] Historia naturalna, ks. XVII, r. 24, 111, s. 481. Warto też zwrócić uwagę, że poleca się tutaj do zrazów szczepiennych dodawanie krowiego łajna. Tak więc wydaje się, że część rzymskich agronomów była przekonana o bardzo dobrym wpływie tego materiału na rozwój drzew.

[29] Kassianus Bassus, ks. 10, r. 19, 1–3, s. 240. Przegląd literatury ukazuje ewolucję metod szczepienia – od tradycyjnych technik, takich jak okulizacja, po współczesne rozwiązania obejmujące mikroszczepienie, kulturę tkankową oraz zastosowanie technologii systemów automatycznych. Istotną rolę odgrywa również dobór podkładek, wpływający na sukces szczepienia i adaptację środowiskową. Pomimo postępu technologicznego, nadal występują problemy niezgodności zrostu i przenoszenia chorób, co uzasadnia dalsze badania, w tym z wykorzystaniem narzędzi biotechnologicznych, por. K. Khanchana et al., *A comprehensive review of advancements in grafting techniques for apple tree development*, „International Journal of Research in Agronomy" 2024, t. 7, s. 265–268.

[30] Por. V. Kelbecheva, *Names of plants and theis healing effects in medicinae ex holeribus et pomis by Gargilius Martialis*, „Zapiski z onomastyki" 2022, nr 25, s. 41–47; P. Herz, *Die Familie des Gargiglius Martialis. Lokale Gesellschaft und Militar in Romischen Nordafrika*, „Studia Europaea Gnesnensia" 2017, t. 16, s. 463–512; T. Krynicka, *Kwintus Gargiliusz Marcjalis w świetle źródeł epigraficznych*, „Nowy Filomata – czasopismo poświęcone kulturze antycznej" 2015, t. 19, s. 182–198; J.M. Riddle, *Gargilius Martialis as a Medical Writer*, „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences" 1984, t. 39, nr 4, s. 408–429.

[31] Gargiliusz, *Lekarstwa z owoców i warzyw*, przełożyła T. Krynicka, ISKŚIO UWr, Wrocław 2016, ks. 42, s. 102 [dalej: Gargiliusz]. Na temat Dioskoridesa zob. m.in.: E. Horoszko, *Wino i zdrowie w medycznym traktacie Dioskoridesa*, „Analecta. Studia i Materiały z Dziejów Nauki" 2014, t. 23, s. 159–166; M. Bończak, *Kosmetyki w „De Materia Medica" Pedaniosa Dioskoridesa*, praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński 2013; T. Krynicka, *Pseudo-Dioskoridesa wiedza o roślinach*, „Roczniki Humanistyczne" 2006-2007, t. 54–55, z. 3, s. 225–240.

[32] Por. Sh. Krishnasamy et al., *Processing Apples to Puree or Juice Speeds Gastric Emptying and Reduces Postprandial Intestinal Volumes and Satiety in Healthy Adults*, „The Journal of Nutrition" 2020, t. 150,

zmniejszają ryzyko wystąpienia chorób neurodegeneracyjnych, wzmacniają odporność organizmu oraz chronią przed astmą[33]. Obecność związków o właściwościach przeciwutleniających w jabłkach sprzyja ograniczaniu negatywnego wpływu wolnych rodników[34].

Galen[35] z kolei uświadamiał nas, aby nie korzystać z jabłek, których smak był cierpki, wodnisty, kwaśny i mało słodki. Polecał jednak spożywać jabłka ludziom chorym i osłabionym. Medyk twierdził mimo powyższego, że najbardziej lubił kwaśne jabłka[36]. Autor wskazywał, iż owoce jabłoni obtoczone w mące i pieczone w ciepłym popiele wykazują szczególną skuteczność w łagodzeniu dolegliwości żołądkowych, takich jak nudności i wymioty. Współczesna wiedza dietetyczna potwierdza zasadność spożywania jabłek w formie przetartej lub poddanej obróbce termicznej w przypadku zaburzeń przewodu pokarmowego, wskazując również na korzystne działanie dodatku miodu. Aktualne badania podkreślają ponadto rolę jabłek w obniżaniu poziomu cholesterolu dzięki obecności pektyn i fitosteroli, a także ich znaczenie w regulacji masy ciała. Związki przeciwutleniające zawarte w jabłkach przyczyniają się do neutralizacji stresu oksydacyjnego oraz wspierają kondycję skóry. W źródłach późnoantycznych pojawia się także wzmianka o odmianie jabłka o szczególnych właściwościach leczniczych (tzw. matiańskie), której

z. 11, s. 2890–2899; A. Koutsos et al., *Effects of Commercial Apple Varieties on Human Gut Microbiota Composition and Metabolic Output Using an In Vitro Colonic Model*, „Nutrients" 2017, t. 9, s. 1–23; C.A. Hickey, D.H. Calloway, E.L. Murphy, *Intestinal gas production following ingestion of fruits and fruit juices*, „The American Journal of Digestive Diseases" 1972, t. 17, s. 383–388.

[33] Na temat prozdrowotnych właściwości jabłek w literaturze naukowej zob. m.in.: M. Kalinowska, *Prozdrowotne właściwości jabłek oraz metody izolacji i identyfikacji związków biologicznie czynnych z jabłek*, „Aparatura badawcza i dydaktyczna" 2012, t. 3, s. 37–44; A. Starzec, D. Raj, I, Fecka, *Właściwości prozdrowotne owoców jabłoni domowej w świetlne najnowszych badań naukowych (Malus x domestica Borkh.)*, „Farmacja Polska" 2020, t. 76, nr 3, s. 137–148; M. Akimowicz, M. Samsonowicz, *Antyoksydacyjne i przeciwrodnikowe właściwości ekstraktów z susz jabłek odmian papierówka, kosztela oraz gold milenium*, „Postępy Nauki i Technologii Przemysłu Rolno-Spożywczego" 2020, t. 75, nr 1–2, s. 5–22.

[34] Por. A.A. Shishparenok et al., *The Biologically Active Compounds in Fruits of Cultivated Varieties and Wild Species of Apples*, „Molecules" 2025, t. 30; J.D. Teixeira et al., *Phenolic profile and antioxidant properties of thirty one apple cultivars grown under the same edaphoclimatic conditions*, „Food Chemistry" 2025, t. 497; U. Asma et al., *Apples and Apple By-Products: Antioxidant Properties and Food Applications*, „Antioxidants" 2023, t. 12; M. Starowicz et al., *Phenolic Compounds from Apples: Reviewing their Occurrence, Absorption, Bioavailability, Processing, and Antioxidant Activity – a Review*, „Polish Journal of Food and Nutrition Sciences" 2020, t. 70, nr 4, s. 321–336.

[35] Por. m.in.: M. Kokoszko, K. Jagusiak, *Galen o winie, czyli o śladach pewnej preferencji*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne" 2019, t. 20, z. 2, s. 9–29; A. Bednarczyk, *System filozoficzno-lekarski Galena (130–200): pojęcie duszy*, „Analecta" 1992, t. 1–2, s. 81–121; idem, *System filozoficzno-lekarski Galena (130–200): pojęcia ciepła przyrodzonego i pneumy życiowej*, „Analecta" 1993, t. 3, s. 53–111; L. Bieganowski, *Galen z Pergamonu (130–200 r.) – poglądy w dziedzinie okulistyki (cz. I)*, „Klinika Oczna" 2004, t. 106, s. 706–710; idem, *Galen z Pergamonu (130–200 r.) – poglądy w dziedzinie okulistyki. Część II – opis anatomii oka*, „Klinika Oczna" 2005, t. 107, s. 173–176; A. Pacewicz, *Galen o naturze wiedzy medycznej*, „Studia Philosophica Wratislaviensia" 2009, t. 4, z. 4, s. 119–125.

[36] Gargiliusz, ks. 42, s. 102.

przypisywano działanie łagodzące w ciężkich schorzeniach, co interpretowano w kategoriach właściwości „chłodzących" i „nawilżających"[37]. Galen przekonywał również, że cierpkie i kwaśne jabłka mogą szybko zasklepić dopiero co powstałe rany, jeśli zostaną utarte i w takiej formie przyłożone jako okład. Współczesne badania wskazują, że ekstrakty jabłkowe bogate w związki fenolowe wykazują istotny potencjał aplikacyjny w formach półstałych, takich jak żele i emulgele, przeznaczonych do zastosowań dermatologicznych i kosmetycznych[38]. Wyniki badań wskazują, że alkoholowy ekstrakt z zielonego jabłka zastosowany w formie maści wykazuje istotne właściwości wspomagające gojenie ran. Uzyskane rezultaty sugerują, że ekstrakt z zielonego jabłka może stanowić potencjalny składnik preparatów wspomagających regenerację tkanek[39].



Wikipedia – domena publiczna

[37] Gargiliusz, ks. 42, s. 103.

[38] A. Butkeviciute, K. Ramanauskiene, V. Janulis, *Formulation of Gels and Emulgels with Malus domestica Borkh: Apple Extracts and Their Biopharmaceutical Evaluation In Vitro*, „Antioxidants" 2022, t. 11.

[39] M. Abd Al-Rada, *Effects of Topical Application of Green Apple Extract on Excisional Wound Healing in Female Rabbits*, „Journal of Biology, Agriculture and Healthcare" 2015, t. 5, nr 8, s. 90–98.

Kontynuując analizę zaleceń przekazywanych przez Gargiliusza, który szeroko odwoływał się do dorobku Galena, należy odnotować wzmianki o zastosowaniach terapeutycznych przetworzonych owoców. Według tych przekazów owoce poddane obróbce termicznej, stosowane w połączeniu z tłuszczem zwierzęcym, miały wykazywać działanie łagodzące w przypadku obrzęków i krwiaków. Ponadto z wyselekcjonowanych jabłek sporządzano preparat określany w źródłach greckich mianem *hedryka*, któremu przypisywano skuteczność w leczeniu zmian skórnych w okolicach intymnych, w tym różnego rodzaju narośli i pęcherzy[40]. Z owoców jabłoni można było też przygotować lek do ssania. Polecano gotować jabłka w falerneńskim winie[41] i podawać z miodem[42]. Wskazywano, że okłady z liści jabłoni mogą zmniejszać ataki gorączki[43]. We współczesnych badaniach podkreśla się, że liście roślin, stanowiące produkt uboczny upraw rolniczych i sadowniczych, zyskują znaczenie jako źródło cennych związków bioaktywnych, takich jak polifenole, flawonoidy czy antocyjany. Ich skład chemiczny jest zbliżony do owoców, a obecność tych substancji wiąże się z korzystnym wpływem na zdrowie człowieka. Wskazuje się na szerokie możliwości wykorzystania liści w przemyśle spożywczym, kosmetycznym i farmaceutycznym, podkreślając ich potencjał w tworzeniu produktów funkcjonalnych oraz znaczenie w zrównoważonym zarządzaniu zasobami[44]. Gargiliusz podkreślał też, że działanie przeciwzapalne mógł mieć sok z kory (drzewa) jabłoni. Polecał sproszkowaną korę nakładać na rany, co jak wierzył, pozwalało na szybszą ich regenerację[45].

Jabłka zajmowały istotne miejsce w starożytnej dietetyce i medycynie, co odzwierciedlają opinie Gargiliusza i Galena czy Dioskoridesa. Choć przypisywano im niekiedy działanie niepożądane, współczesne badania potwierdzają liczne korzyści zdrowotne, w tym wpływ na odporność, układ pokarmowy i redukcję cholesterolu. Zarówno źródła antyczne, jak i współczesne wskazują na terapeutyczne zastosowanie jabłek w leczeniu dolegliwości żołądkowych i skórnych. Ekstrakty jabłkowe wykazują właściwości prze-

[40] Gargiliusz, ks. 42, s. 103–104.

[41] Jedno z najbardziej poszukiwanych, a jednocześnie dość drogich, używanych również często w medycynie. O winie w medycynie rzymskiej zob. np.: M. Kokoszko, Z. Rzeźnicka, *Wino, ciemierzyca i mirra albo o lekarzach i ich pacjentach. Analiza fragmentu V księgi „De materia medica" Dioskurydesa*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2019, t. 18, nr 2, s. 5–37; M. Kokoszko, K. Jagusiak, *Woda, wino i tak dalej, czyli o napojach i trunkach w Konstantynopolu*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2010, t. 9/1, s. 25–54.

[42] Miód faktycznie był niezwykle popularnym i istotnym specyfikiem, stosowanym w bardzo wielu okolicznościach, wystarczy chociażby wspomnieć o jego zastosowaniu przez ówczesnych weterynarzy: A. Bartnik, *Zastosowanie miodu w rzymskiej medycynie weterynaryjnej*, „Samai" 2019, t. 4, s. 74–106.

[43] Gargiliusz, ks. 42, s. 104.

[44] L. Regolo et al., *From by-products to new application opportunities: the enhancement of the leaves deriving from the fruit plants for new potential healthy products*, „Frontiers in Nutrition" 2024, t. 11.

[45] Gargiliusz, ks. 42, s. 104.

ciwutleniające i regeneracyjne, a także potencjał zastosowania w medycynie i kosmetologii. Uwzględnia się również znaczenie liści i innych części rośliny jako źródeł substancji bioaktywnych.

Bibliografia

Źródła:

» Gargiliusz, *Lekarstwa z owoców i warzyw*, przełożyła T. Krynicka, ISKŚIO UWr, Wrocław 2016
» Kassianus Bassus, Geoponika. *Bizantyńska encyklopedia rolnicza*, tłum. i oprac. I. Mikołajczyk, Toruń 2012
» Palladiusz Rutyliusz Taurus Emilianus, *Traktat o rolnictwie*, z jęz. łacińskiego przełożył, wstępem i komentarzem opatrzył I. Mikołajczyk, Toruń 1999
» Pliniusz Gajusz Sekundus, *Historia naturalna, tom III: Botanika, Rolnictwo i Ogrodnictwo*, tekst, wstęp, przekład i komentarz I. Mikołajczyk, Toruń 2022

Opracowania:

» Abd Al-Rada M., *Effects of Topical Application of Green Apple Extract on Excisional Wound Healing in Female Rabbits*, „Journal of Biology, Agriculture and Healthcare" 2015, t. 5, nr 8
» Akimowicz M., Samsonowicz M., *Antyoksydacyjne i przeciwrodnikowe właściwości ekstraktów z susz jabłek odmian papierówka, kosztela oraz gold milenium*, „Postępy Nauki i Technologii Przemysłu Rolno-Spożywczego" 2020, t. 75, nr 1–2
» Asma U. et al., *Apples and Apple By-Products: Antioxidant Properties and Food Applications*, „Antioxidants" 2023, t. 12
» Bartnik A., *Choroby owiec i kóz w świetle „Geoponiki" Kassianusa Bassusa Scholastyka*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2023, t. 78
» Bartnik A., *O skuteczności kuracji świerzbobójczych w „Geoponice" Kassianusa Bassusa Scholastyka*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2022, t. 21, nr 1
» Bartnik A., *Zastosowanie miodu w rzymskiej medycynie weterynaryjnej*, „Samai" 2019, t. 4
» Bednarczyk A., *System filozoficzno-lekarski Galena (130–200): pojęcia ciepła przyrodzonego i pneumy życiowej*, „Analecta" 1993, t. 3
» Bednarczyk A., *System filozoficzno-lekarski Galena (130–200): pojęcie duszy*, „Analecta" 1992, t. 1–2
» Bernacki Z., *Weterynaria w czasach starożytnego Rzymu. Część I. Weterynaria w literaturze rzymskiej*, „Życie Weterynaryjne" 2024, t. 99 (nr 3)
» Bieganowski L., *Galen z Pergamonu (130–200 r.) – poglądy w dziedzinie okulistyki (cz. I)*, „Klinika Oczna" 2004, t. 106
» Bieganowski L., *Galen z Pergamonu (130–200 r.) – poglądy w dziedzinie okulistyki. Część II – opis anatomii oka*, „Klinika Oczna" 2005, t. 107
» Bończak M., *Kosmetyki w „De Materia Medica" Pedaniosa Dioskoridesa*, praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński 2013
» Buler Z., *Przygotowanie gleby oraz zakładanie sadu*, [w:] *Metodyka integrowanej ochrony jabłoni. Materiały dla producentów*, red. P. Sobiczewski, Instytut Ogrodnictwa 2013
» Butkeviciute A., Ramanauskiene K., Janulis V., *Formulation of Gels and Emulgels with Malus domestica Borkh: Apple Extracts and Their Biopharmaceutical Evaluation In Vitro*, „Antioxidants" 2022, t. 11
» Danek Z., *Pliniusz Starszy o zasobach naturalnych Hiszpanii i ich wykorzystaniu*, [w:] *Rzym a Półwysep Iberyjski. Różnorodność relacji od starożytności po współczesność*, t. 6, red. A. Grzelak-Krzymianowska, M.J. Woźniak, Łódź 2019
» Diez-Palet I. et al., *Blooming under Mediterranean Climate: Estimating Cultivar-Specific Chill and Heat Requirements of Almond and Apple Trees Using a Statistical Approach*, „Agronomy" 2019, t. 9

» El Yaccoubi A. et al., *Validated model for apple flowering prediction in the Mediterranean area in response to temperature variation*, „Scientia Horticulturae" 2019, t. 249
» Fernandez et al. E., *Climate change impacts on winter chill in Mediterranean temperate fruit orchards*, „Regional Environmental Change" 2023, t. 23, nr 7
» Funes I. et al., *Future climate change impacts on apple flowering date in a Mediterranean subbasin*, „Agricultural Water Management" 2016, t. 164
» Helbig M., *The Byzantine Garden. What to Plant in the Garden according to 12th Book of Geoponica by Cassianus Bassus*, „Studia Ceranea" 2021, t. 11
» Herz P., *Die Familie des Gargiglius Martialis. Lokale Gesellschaft und Militar in Romischen Nordafrika*, „Studia Europaea Gnesnensia" 2017, t. 16
» Hickey C.A., Calloway D.H., Murphy E.L., *Intestinal gas production following ingestion of fruits and fruit juices*, „The American Journal of Digestive Diseases" 1972, t. 17
» Horoszko E., *Wino i zdrowie w medycznym traktacie Dioskoridesa*, „Analecta. Studia i Materiały z Dziejów Nauki" 2014, t. 23
» Jóźwicka M., *Astronomiczne zagadki w Historii naturalnej Pliniusza Starszego*, „Kwartalnik Historii, Nauki i Techniki" 2020, t. 65, nr 4
» Kalinowska M., *Prozdrowotne właściwości jabłek oraz metody izolacji i identyfikacji związków biologicznie czynnych z jabłek*, „Aparatura badawcza i dydaktyczna" 2012, t. 3
» Kelbecheva V., *Names of plants and theis healing effects in medicinae ex holeribus et pomis by Gargilius Martialis*, „Zapiski z onomastyki" 2022, nr 25
» Khanchana K. et al., *A comprehensive review of advancements in grafting techniques for apple tree development*, „International Journal of Research in Agronomy" 2024, t. 7
» Kłapeć T., Cholewa A., *Zagrożenia dla zdrowia związane ze stosowaniem nawozów organicznych i organiczno-mineralnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2012, t. 18, nr 2
» Kokoszko M., Jagusiak K., *Galen o winie, czyli o śladach pewnej preferencji*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne" 2019, t. 20, z. 2
» Kokoszko M., Jagusiak K., *Woda, wino i tak dalej, czyli o napojach i trunkach w Konstantynopolu*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2010, t. 9/1
» Kokoszko M., Rzeźnicka Z., *Wino, ciemierzyca i mirra albo o lekarzach i ich pacjentach. Analiza fragmentu V księgi „De materia medica" Dioskurydesa*, „Przegląd Nauk Historycznych" 2019, t. 18, nr 2
» Koutsos A. et al., *Effects of Commercial Apple Varieties on Human Gut Microbiota Composition and Metabolic Output Using an In Vitro Colonic Model*, „Nutrients" 2017, t. 9
» Krishnasamy Sh. et al., *Processing Apples to Puree or Juice Speeds Gastric Emptying and Reduces Postprandial Intestinal Volumes and Satiety in Healthy Adults*, „The Journal of Nutrition" 2020, t. 150, z. 11
» Krynicka T., *Kwintus Gargiliusz Marcjalis w świetle źródeł epigraficznych*, „Nowy Filomata – czasopismo poświęcone kulturze antycznej" 2015, t. 19
» Krynicka T., *Pseudo-Dioskoridesa wiedza o roślinach*, „Roczniki Humanistyczne" 2006–2007, t. 54–55, z. 3
» Mauerer M. et al., *Replacing Mineral Fertilizer with Nitrified Human Urine in Hydroponic Lettuce (Lactuca sativa L.) Production*, „Sustainability" 2023, t. 15
» Mikołajczyk I., *Poemat dydaktyczny „De Insitione" Palladiusza*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Historia" 1999, t. 31, nr 330
» Nowak J.S., *Wykorzystanie nawozów naturalnych w uprawie roślin ozdobnych wraz z opracowaniem zaleceń przy ich stosowaniu*, Instytut Ogrodnictwa PIB, Skierniewice 2023
» Pacewicz A., *Galen o naturze wiedzy medycznej*, „Studia Philosophica Wratislaviensia" 2009, t. 4, z. 4
» Piotrowski W., Sekrecka M., Tartanus M., *Ekologiczny sposób zapobiegania i ograniczania populacji szkodników w sadzie jabłoniowym*, [w:] *Metodyka ekologicznej uprawy jabłoni*, red. E. Rozpara, Instytut Ogrodnictwa PIB 2023

» Płóciennik T., *Vistula? Vistla? Visculus? Nazwa Wisły w Naturalis historia Pliniusza Starszego,* [w:] *Donum cordis. Studia poświęcone pamięci Profesora Jerzego Kolendo*, red. K. Jakubiak, Warszawa 2019
» Pradhan S. et al., *Urine fertilizer for vegetable production – a case study in Nepal and Ghana*, Paper presented at the International Conference on Fecal Sludge Management (FSM2), Durban, South Africa, 29–31 October 2012
» Ranasinghe E.S.S. et al., *Human Urine as a Low Cost and Effective Nitrogen Fertilizer for Bean Production*, „Procedia Food Science" 2016, t. 6
» Regolo L. et al., *From by-products to new application opportunities: the enhancement of the leaves deriving from the fruit plants for new potential healthy products*, „Frontiers in Nutrition" 2024, t. 11
» Riddle J.M., *Gargilius Martialis as a Medical Writer*, „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences" 1984, t. 39, nr 4
» Rumeau M. et al., *Unveiling the impact of human urine fertilization on soil bacterial communities: A path toward sustainable fertilization*, „Applied Soil Ecology" 2024, t. 201
» Sazońska B., *Uprawa jabłoni metodami ekologicznymi*, Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie. Oddział w Radomiu, Radom 2018
» Shishparenok A.A. et al., *The Biologically Active Compounds in Fruits of Cultivated Varieties and Wild Species of Apples*, „Molecules" 2025, t. 30
» Starowicz M. et al., *Phenolic Compounds from Apples: Reviewing their Occurrence, Absorption, Bioavailability, Processing, and Antioxidant Activity – a Review*, „Polish Journal of Food and Nutrition Sciences" 2020, t. 70, nr 4
» Starzec A., Raj D., Fecka I., *Właściwości prozdrowotne owoców jabłoni domowej w świetlne najnowszych badań naukowych (Malus x domestica Borkh.)*, „Farmacja Polska" 2020, t. 76, nr 3
» Stephen M., *Spurr, Palladius (1), Rutilius Taurus Aemilianus*, „Oxford Classical Dictionary", https://oxfordre.com/classics [dostęp: 30.04.2026 r.]
» Teixeira J.D. et al., *Phenolic profile and antioxidant properties of thirty one apple cultivars grown under the same edaphoclimatic conditions*, „Food Chemistry" 2025, t. 497
» Wójcik P., Filipczak J., Treder J., *Analiza i ocena możliwości stosowania mocznika z inhibitorem albo otoczką biodegradowalną lub stosowania mocznika bez inhibitora albo bez otoczki biodegradowalnej w formie płynnej pogłównie w uprawach warzywnych, sadowniczych i roślin ozdobnych w kontekście wyzwań klimatycznych i środowiskowych oraz potrzeb rolnictwa*, Instytut Ogrodnictwa PIB, Skierniewice 2022

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 125–164

Kakao i czekolada – wczoraj i dziś

Cocoa and Chocolate – Past and Present

Agnieszka Wielosik
Główna Biblioteka Lekarska, Oddział w Radomiu

Streszczenie

Kakao i czekolada mają długą historię sięgającą cywilizacji Majów i Azteków, którzy wykorzystywali je nie tylko jako produkt spożywczy i środek płatniczy, lecz także jako substancję o właściwościach leczniczych i pobudzających. Współczesne badania potwierdzają, że kakao jest bogatym źródłem związków bioaktywnych, takich jak polifenole, flawonoidy, teobromina, kofeina, magnez oraz nienasycone kwasy tłuszczowe, które mogą korzystnie wpływać na zdrowie człowieka i zapobiegają powstawaniu pewnych chorób.
Słowa kluczowe: kakao, czekolada, *Theobroma cacao*, polifenole, właściwości prozdrowotne, żywność funkcjonalna, układ sercowo-naczyniowy, funkcje poznawcze, antyoksydanty, kosmetologia.

Abstract

Cocoa and chocolate have a long history dating back to the civilizations of the Maya and the Aztecs, who used them not only as food products and means of exchange, but also as substances with medicinal and stimulating properties. Contemporary research confirms

that cocoa is a rich source of bioactive compounds, including polyphenols, flavonoids, theobromine, caffeine, magnesium, and unsaturated fatty acids, which may have beneficial effects on human health and help prevent the development of certain diseases.
Key words: cocoa, chocolate, *Theobroma cacao*, polyphenols, health-promoting properties, functional food, cardiovascular system, cognitive functions, antioxidants, cosmetology.

Czekolada jest jednym z najbardziej rozpoznawalnych produktów spożywczych na świecie, cenionym zarówno przez dzieci, jak i dorosłych. Często stanowi element upominków oraz symboliczny wyraz wdzięczności. Przez wiele lat była zaliczana do grupy produktów o niskiej wartości zdrowotnej, głównie ze względu na wysoką zawartość cukru i tłuszczu. Współczesne badania wskazują jednak, że czekolada, zwłaszcza o wysokiej zawartości kakao, może wykazywać liczne właściwości prozdrowotne wynikające z obecności związków bioaktywnych.

Skąd się wzięła czekolada?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy cofnąć się do czasów średniowiecza. Początki historii czekolady w Europie są ściśle związane z dążeniem Europejczyków do przełamania monopolu handlowego państw arabskich. W średniowieczu Europa pozostawała w dużej mierze zależna od handlu ze Wschodem, jednak wymiana ta odbywała się głównie za pośrednictwem kupców arabskich, przez których terytoria przebiegały najważniejsze szlaki handlowe. To właśnie nimi transportowano do Europy liczne towary pochodzące z Azji i Bliskiego Wschodu. Jednocześnie świat arabski odegrał istotną rolę w przekazywaniu Europie wielu osiągnięć nauki i techniki, takich jak papier, druk z wykorzystaniem drewnianych czcionek, uprząż, cyfry arabskie, proch strzelniczy czy kompas[1].

Natomiast Europa, oprócz bursztynu, jeńców i drobnych przedmiotów z drzewa i metalu, nie miała zbyt wiele do zaoferowania. Jak pisze Piesowicz, Europa miała „ujemny bilans handlowy", czyli eksportowała mniej, niż przywoziła: „Znaczną część trzeba było dopłacać «w dewizach»: srebrem i złotem. Tak odpływał z Europy kruszec, powodując z czasem ogólny brak pieniądza i stwarzając dodatkową trudność w handlu ze Wschodem. Gdy zaś w XV w. Turcy zajęli wschodnie wybrzeże Morza Śródziemnego i odcięli zupełnie tradycyjne drogi na Wschód, sprawa została przesądzona. Handel ze Wschodem mogło podtrzymać tylko znalezienie nowej, bezpośredniej drogi do Indii

[1] K. Piesowicz, *Wielki Przewrót*, Warszawa 1962, s. 9.

i do Chin. Znaleźli ją Portugalczycy[2], otwierając tym na trzysta z górą lat największy szlak handlowy świata"[3].

Kraje Wschodu dostarczały Europie towary, które nie były wytwarzane na Starym Kontynencie. Należały do nich między innymi wysokiej jakości tkaniny, barwniki stosowane do ich farbowania, a także przyprawy korzenne i inne produkty roślinne nieznane w Europie. Towary te miały szerokie zastosowanie – wykorzystywano je nie tylko do poprawy walorów smakowych żywności, lecz także do jej konserwacji, celów leczniczych, dezynfekcyjnych oraz rytualnych, czego przykładem było kadzidło[4]. Wschód dysponował zatem znacznie bogatszą ofertą handlową niż ówczesna Europa.

Różnice te wynikały w dużej mierze z odmiennych uwarunkowań geograficznych i klimatycznych. Indie i Chiny położone są w strefach klimatycznych, w których dominują dwie pory roku – sucha i deszczowa. Taki układ sprzyjał łączeniu działalności rolniczej z rzemiosłem, ponieważ mieszkańcy mogli poświęcać okres pory suchej na rozwijanie różnorodnych specjalizacji produkcyjnych. W Europie natomiast cykl przyrodniczy wyznaczały cztery pory roku, co wpływało na odmienną organizację życia gospodarczego. Uwarunkowania klimatyczne sprzyjały większej specjalizacji zawodowej, w wyniku której ludność częściej koncentrowała się przede wszystkim na rolnictwie lub rzemiośle jako głównym źródle utrzymania[5].

W średniowiecznej Europie nieustannie poszukiwano nowych szlaków handlowych, które mogłyby przyczynić się do rozwoju gospodarczego kontynentu. Szczególnym wyzwaniem pozostawał transport towarów, od najdawniejszych czasów ściśle związany z komunikacją wodną[6]. Jednak organizacja dalekomorskich wypraw handlowych wiązała się z wysokimi kosztami oraz znacznym ryzykiem utraty życia i majątku. Pomimo że Europejczycy korzystali z wielu osiągnięć technicznych przejętych od świata arabskiego, takich jak kompas, mapy czy statki wyposażone w kil i ster[7], pogarszające się stosunki między

[2] „[…] w roku 1498, żeglarz portugalski Vasco da Gama znalazł najkrótszą, wschodnią (dookoła Afryki) drogę morską do właściwych Indii, nawiązując po raz pierwszy bezpośredni handel Europejczyków ze Wschodem". *Ibidem*, s. 8.

[3] „W ciągu XVI w., staczając walki z Arabami, Portugalczycy pozakładali w Indiach własne faktorie, dzięki którym zaczęli prowadzić upragniony bezpośredni handel z krajami Wschodu. Wkrótce główne ośrodki handlu europejskiego przeniosły się z wybrzeży Morza Śródziemnego nad Atlantyk; podupadły żyjące kiedyś z tego handlu stare bogate miasta włoskie: Wenecja, Genua, Piza. Prawdziwymi stolicami Europy w XVI stuleciu stały się porty atlantyckie Lizbona i Antwerpia. W XVI w. Portugalczycy święcili prawdziwe triumfy handlowe". *Ibidem,* s. 10.

[4] *Ibidem*, s. 9.

[5] *Ibidem*, s. 9.

[6] *Ibidem*, s. 9.

[7] *Ibidem*, s. 8.



Krzysztof Kolumb – obraz autorstwa Ridolfo Ghirlandaio (1520)
– Muzeum Morza i Nawigacji w Genui

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ridolfo_del_Ghirlandaio_-_Ritratto_di_Cristoforo_Colombo_(1520).jpg

Europą a krajami arabskimi[8] skłoniły ich do poszukiwania nowych dróg handlowych[9] umożliwiających ominięcie arabskich pośredników[10]. Celem tych działań było nie tylko pozyskanie złota, lecz także uzyskanie bezpośredniego dostępu do bogactw Wschodu, obejmujących różnorodne surowce i towary o wysokiej wartości handlowej. Znaczącym ograniczeniem pozostawał jednak transport lądowy prowadzący przez Persję. Na rozległych obszarach pustynnych głównym środkiem przewozu były karawany zwierząt jucznych, które przez wiele miesięcy transportowały towary na duże odległości. Warunki te powodowały, że przewożone produkty musiały charakteryzować się trwałością oraz odpornością na uszkodzenia i zepsucie[11]. Z tego względu jednym z najważniejszych i najczęściej transportowanych towarów ze Wschodu do Europy był pieprz[12].

Śmiałkiem i odkrywcą nowego szlaku morskiego był Krzysztof Kolumb, który zakładając kulistość Ziemi, obrał drogę zachodnią w celu dotarcia do Indii. Po dopłynięciu do lądu, był przekonany, że osiągnął wyznaczony cel, podczas gdy faktycznie dotarł do wysp karaibskich, w tym do obszarów dzisiejszego Salwadoru, Kuby i Haiti. Historia wykazała jednak, że choć nie dotarł do Indii, nie był tego świadomy, dlatego napotkane ziemie określił mianem Indii Zachodnich, zaś ich mieszkańców nazwał Indianami[13]. Datę 12 X 1492 r. uznaje się za dzień przybycia Krzysztofa Kolumba na wyspę Guanahani nazwaną później San Salvador. Następnie udał się na Kubę oraz Haiti (Hispaniolę), gdzie w 1498 roku pojawili się pierwsi europejscy koloniści[14]. Do końca życia Kolumb nie wiedział, że nie dotarł do Indii, lecz odkrył nieznany wcześniej kontynent lub jego część. Jego błąd interpretacyjny został w późniejszym czasie zweryfikowany m.in. w wyniku wypraw Ferdynanda Magellana,

[8] „Wielowiekowa wrogość średniowiecznej chrześcijańskiej Europy do «niewiernych» muzułmanów miała między innymi całkiem materialne podłoże. I niejedna wyprawa krzyżowa miała także cele handlowe na względzie. Kupcy, dostarczający statków i prowiantu na te wyprawy, stawiali warunki, aby na zdobytych ziemiach przyznawano im faktorie, które miały ograniczyć lub złamać monopol handlowy Arabów. Rycerz średniowieczny wyruszał na wyprawę krzyżową z własną drewnianą trumną, aby w razie śmierci podczas uciążliwej podróży spocząć w chrześcijańskim grobie, ale za to w razie szczęśliwego powrotu przywoził do rodzinnego kraju zdobyte na Arabach wschodnie bogactwa. Kwitło także korsarstwo; na Morzu Śródziemnym rabowano arabskie statki handlowe, a zdobytych jeńców wymieniano później na towary wschodnie". *Ibidem*, s. 10.

[9] *Ibidem*, s. 8.

[10] „Tymczasem handel ze Wschodem, idący przez Azję Mniejszą lub Egipt, znajdował się w rękach Arabów, którzy zajmowali owe tereny. Z zawiścią spoglądali na to zyskowne pośrednictwo kupcy włoscy, potem hiszpańscy, a także część rycerstwa i Kościół, niemniej zainteresowany w posiadaniu wschodnich towarów dla obrządku i przepychu. Ponadto Arabowie władali krajami, z których pochodził heban i kość słoniowa, mirra i złoto". *Ibidem*, s. 10.

[11] „Nietrudno sobie wyobrazić, że do takiego transportu nadawały się tylko przedmioty o niewielkiej objętości, niepsujące się, niegniotące, nietłukące i przede wszystkim lekkie". *Ibidem*, s. 9.

[12] *Ibidem*, s. 9.

[13] *Ibidem*, s. 8.

[14] B.R. Lewis, *Aztekowie*, przeł. M. Reczkiewicz-Śledziewska, Warszawa 2002, s. 43.

który potwierdził odmienność nowo odkrytych terytoriów[15]. To właśnie od tej pomyłki Krzysztofa Kolumba, który poszukiwał zachodniej drogi do Indii, rozpoczęła się historia czekolady w Europie, związana z napływem produktów pochodzących z Nowego Świata[16].



Quetzalcoatl – jedno z ważniejszych bóstw w religii Majów i Azteków – przedstawiony w Kodeksie Telleriano-Remensis (XVI w.)

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Quetzalcoatl_telleriano2.jpg

[15] K. Piesowicz, *op. cit.*, s. 8.

[16] „[…] przez długi czas głównym «środkiem płatniczym» w handlu ze Wschodem musiało być srebro i złoto, których Europejczycy najbardziej żałowali i których stale brakowało. Ta okoliczność jeszcze bardziej wzmagała pogoń Europejczyków za szlachetnymi metalami. Pomogło im w tym odkrycie Ameryki. Historyczna pomyłka Kolumba wyświadczyła znacznie większą przysługę przyszłemu handlowi ze Wschodem, niż mogło było się marzyć śmiałemu odkrywcy. «Było dla mnie szczególnie ważne dowiedzieć się, czy znajduje się u nich złoto» – pisał Kolumb w dzienniku podróży do Ameryki o swym pierwszym spotkaniu z Indianami. Nie wiedział, że w Ameryce Środkowej i Południowej znajdowały się ogromne pokłady srebra i spore zasoby złota; eksploatacja ich była początkowo głównym motywem podboju i kolonizacji nowego lądu. W ciągu XVI i XVII w. z hiszpańskich kolonii w Meksyku, Boliwii i Peru popłynął do Europy wielki strumień srebra i złota, który ratował ją od notorycznego w średniowieczu «braku» pieniądza". *Ibidem*, s. 27.

Mezoameryka i jej cywilizacje – kolebka kakao

Mezoameryka uważana jest za jedną z ważniejszych, dobrze rozwiniętych cywilizacji starożytnych, i jako piątą na świecie kolebkę pisma, zaraz po Mezopotamii, Dolinie Indusu, Egipcie i Chinach[17]. Najstarszą cywilizacją Zatoki Meksykańskiej są plemiona o nazwie Olmekowie, którzy zasiedlili się tam prawie tysiąc lat przed narodzinami Chrystusa. Prawdopodobnie to Olmekowie jako pierwsi uprawiali kakaowce i przetwarzali ich ziarna, korzystając ze sprzyjającego klimatu południowych wybrzeży Zatoki Meksykańskiej, o czym świadczą znaleziska datowane na drugie tysiąclecie p.n.e.[18]. Z języka Olmeków pochodzi słowo „kakao", które zostało później przyjęte przez Majów[19], a w oczach wielu badaczy uchodzą oni za „najwyżej rozwiniętą cywilizację autochtonów amerykańskich"[20]. To oni również rozpowszechnili kult spożywania czekolady[21].

Z powstaniem kakaowca związane są różne legendy, które można znaleźć w zależności od źródła. Jedna z legend indiańskich głosi, że „Quetzalcoatl, prekolumbijskie bóstwo przedstawiane w postaci węża z piórami na głowie, nauczył swoich wyznawców uprawy kakao – źródła siły i bogactwa – oraz przygotowywania z jego owoców boskiego napoju"[22].

Inna legenda opowiada o pięknej azteckiej księżniczce strzegącej skarbu swego narzeczonego, który wyruszył na wojnę. Pewnego dnia została zaatakowana przez wrogów, którzy chcieli zmusić ją do wyjawienia, gdzie znajduje się skarb. Księżniczka wolała umrzeć, niż wyjawić sekret. Według legendy z „jej krwi wyrosła roślina, której nasiona

[17] B. Tuszyńska, *Glify Majów jako najbardziej rozwinięty rodzaj pisma w Mezoameryce*, „Scripta Neophilologica Posnaniensia". Tom XVIII, 2018, s. 314.

[18] Z. Zdrojewicz, K. Grześkowiak, M. Łukasiewicz, *Wpływ spożycia czekolady na organizm człowieka*, „Medycyna Rodzinna" 2017; 20(3), s. 237.

[19] R. Gołdys, K. Bernacka, I. Urbanowicz, I. Fecka, *Składniki bioaktywne nasion kakaowca, kakao i czekolady oraz ich wpływ na funkcje poznawcze i możliwe zastosowanie w chorobach kardiometabolicznych*, „Farmacja Polska" 2022, Tom 78, nr 12, s. 735.

[20] „Obszar zamieszkiwany przez Majów obejmuje meksykańskie stany Chiapas i Tabasco, półwysep Jukatan, republiki Belize (dawny Honduras brytyjski), Gwatemalę, częściowo Salwador i północną część Hondurasu. Początki kultury Majów pochodzą z tzw. okresu preklasycznego (1000 r. p.n.e. – 250 r. n.e.). Powstały wtedy na Wyżynie Gwatemalskiej i w dolinie Mirador, w Campeche pierwsze miasta-państwa Majów. Największy rozkwit ich kultury nastąpił w tzw. okresie klasycznym (250 r. n.e. – 900 r. n.e.). Między 800 a 900 n.e. cywilizacja Majów znalazła się w stanie ciężkiego, trudnego do przekonującego wyjaśnienia, kryzysu. Prawie wszystkie miasta rozwijające się w gwatemalskim departamencie Petén, Belize, Campeche, Chiapas oraz w dolinach rzek Usumacinta i Motagua zostały opuszczone. Cywilizacyjne centrum Majów przeniosło się na półwysep Jukatan. Rozpoczął się okres postklasyczny (900–1517 r. n.e.), który trwał aż do przybycia Hiszpanów". A. Ulmer, *Choroby i ich leczenie w kulturze Majów w epoce prekolumbijskiej i kolonialnej*, „Ameryka Łacińska", 2 (76) 2012, s. 5.

[21] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit.*, s. 237.

[22] B. Popławski, K. Szeniawska, *Gorzka czekolada*, PAH, s. 226.

były tak gorzkie jak jej cierpienie, tak silne jak jej cnota i tak czerwone jak jej krew[23]. Był to krzew kakaowca"[24]. W podobnej legendzie znajdujemy też taki opis: „z jej krwi wyrosła delikatna roślina kakaowca, o mistycznym znaczeniu i właściwościach afrodyzjaku, podawana jako napój kapłanom i wojownikom[25]. Zgodnie z tym podaniem, to Majowie jako pierwsi wykorzystali krzew kakaowca, przygotowując napój o nazwie „Xocolatl", mieszali wodę i przyprawy z proszkiem uzyskanym z rozgniecionych prażonych ziaren kakaowca[26]. Jeszcze inne źródło podaje, że to sam Quetzalcoatl ubiegał się o rękę azteckiej księżniczki, ta mu odmówiła i wolała popełnić samobójstwo. W miejscu, w którym upadła na ziemię, wyrósł kakaowiec. Quetzalcoatl, będąc pod wrażeniem czynu księżniczki, uznał krzak za święty i stąd jego ranga w rytuałach Majów i Azteków.



Pierwsza strona Kodeksu Fejéváry-Mayera. Przedstawia cztery azteckie kierunki świata i cztery symbole „roku"; na południu drzewo kakaowca. Foundation for the Advancement of Mesoamercan Studies, Inc./ Fundacja Rozwoju Studiów Mezoamerykańskich, Inc.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ACodex_Fej%C3%A9v%C3%A1ry-Mayer_01_cacao_tree.JPG?utm_source=chatgpt.com

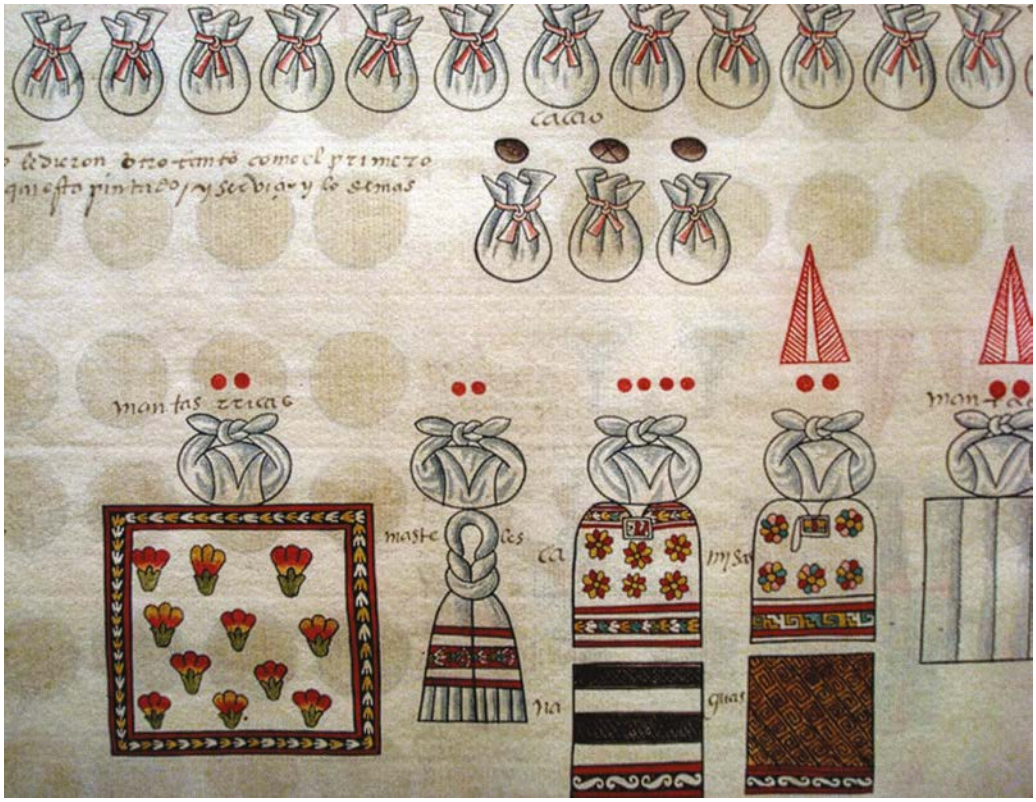
Majowie nazywali kakao darem bogów. Starożytni Aztekowie wierzyli, że bóg Quetzalcoatl przybył na Ziemię i przyniósł z nieba drzewo kakaowca jako dar dla ludzkości. „To

[23] „Na licznych przedstawieniach ikonograficznych drzewo kakaowe pojawia się jako symbol kosmosu. Metafory stworzone na określenie kakao często używane były przez lokalnych poetów i filozofów. «Owocem kakao» nazywano także ludzkie serce wydzierane ofiarom krwawych obrzędów – wynikało to prawdopodobnie z podobieństwa kształtu serca do owocu kakaowca oraz z przekonania o mistycznym związku między krwią a czekoladą". *Ibidem*, s. 227.

[24] *The history of cocoa*, [dostęp online: 19.05.2026 r.] https://www.silviobessone.it/en/the-history-of-cocoa/.

[25] R. Verna, *The history and science of chocolate*, „Malaysian Journal of Pathology" 2013; 35 (2), s. 112.

[26] *The history of cocoa*, *op. cit*.



Ziarno kakao wykorzystywano jako środek płatniczy – obraz przedstawia fragment Kodeksu Kingsborough (znanego również jako Memorial de los Indios de Tepetlaoztoc) z XVI wieku. Ilustracja ta dokumentuje trybut (daninę) płaconą przez ludność indiańską hiszpańskim władcom po podboju Meksyku (British Museum)

https://www.mexicolore.co.uk/images-ans/ans_106_02_2.jpg

od niego nauczono się przygotowywać napój «Tsocolatl» (gorzka woda), którego spożywanie miało dawać mądrość i wiedzę uniwersalną”[27].

W prekolumbijskich źródłach ikonograficznych kakaowiec przedstawiany jest jako „cudowna roślina”, która jednocześnie wydaje kwiaty i owoce wyrastające bezpośrednio z pnia (zjawisko kauliflorii). O jego wyjątkowym statusie świadczą również konflikty między ludami Mezoameryki o kontrolę nad terenami, na których rósł. Początki uprawy kakaowca sięgają około 35 000 lat wstecz, kiedy dochodziło do naturalnego krzyżowania się różnych jego odmian. Najstarsze potwierdzone uprawy datuje się na około 400 r. n.e.

[27] M. Musioł, B. Błoński, A. Stolecka-Warzecha, J. Paprotna-Kwiecińska, S. Wilczyński, *Wpływ czekolady na zdrowie człowieka*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” (online) 2018; 72, s. 70.

w państwie Majów. Drzewa kakaowca osiągają wysokość do 12 metrów, a pierwsze owoce pojawiają się dopiero po około pięciu latach wzrostu[28]. Z czasem roślina ta stała się także atrybutem patrona kupców[29].

Kakaowiec nie jest łatwy w uprawie[30], co znacząco wpływało na jego wysokie znaczenie wśród mieszkańców Mezoameryki. U Majów ziarna kakaowe pełniły funkcję pieniądza i służyły do wymiany handlowej. Ich wartość wynikała m.in. z wymagających warunków uprawy – roślina potrzebowała żyznych gleb, których na tych terenach często brakowało. Dodatkowo intensywna uprawa kakaowca prowadziła do szybkiego wyjaławiania ziemi, na której był sadzony[31].

Ziarna kakaowca stanowiły formę płacidła[32], które podbite ludy Majów jako trybut[33] oddawały wojowniczym Aztekom[34], nazywanym „Fenicjanami Nowego Świata"[35]. W tamtych czasach handel był oparty głównie na wymianie towarów, ale do niektórych transakcji używano też „pieniądza przedmonetarnego" w formie „ziaren kakaowca, morskich

---

[28] *Ibidem*, s. 70.

[29] B. Popławski, et. al., *op.cit*, s. 226.

[30] „Kakao uprawia się w pasie tropikalnym rozciągającym się wzdłuż równika – między 10 a 20 stopniem szerokości geograficznej północnej i południowej, w obszarze zwanym «pasem kakaowym». Drzewo może być bardzo wysokie – nawet do 12 metrów. Zaczyna owocować po około 5 latach, ale osiągnięcie maksymalnego plonu zajmuje mu 10 lat. Jego owoce, zwane strąkiem lub kabosydem, mogą mieć kolor od brązowo-żółtego do fioletowego i zawierają od 20 do 40 nasion lub ziaren kakaowca. Każda roślina produkuje od 20 do 50 kabosydów rocznie, a do wyprodukowania kilograma kakao potrzeba około 10 kabosydów […]. Smak ziarna kakaowca zależy nie tylko od odmiany rośliny, ale także od gleby, temperatury otoczenia oraz ilości światła słonecznego i opadów. Po procesie fermentacji i suszenia na słońcu, ziarna są pakowane do lokalnej konsumpcji lub przetwarzane na kakao i czekoladę. Podczas przetwarzania na kakao lub czekoladę, ziarna są najpierw prażone do uzyskania charakterystycznego koloru kakao. Na koniec, z upieczonego ziarna usuwa się łupinę, która jest mielona na drobne ziarno lub proszek. Gorętsze prażenie pozwala uzyskać miazgę kakaową, a następnie, z dodatkowym ciepłem i ciśnieniem, masło kakaowe i proszek kakaowy. Aby uzyskać bardzo jedwabistą konsystencję, przeprowadza się długi proces mieszania i podgrzewania". R. Verna, *op.cit*., s. 112.

[31] T. Dickey, V. Muse, H. Wiencek, *Boscy królowie Meksyku*, przeł. A. Kowalska, Warszawa 1997, s. 34–35.

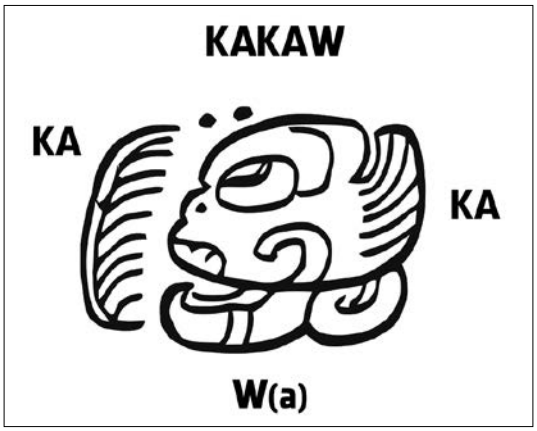
[32] A. Ulmer, *Wojna w życiu Majów klasycznych*, „Ameryka Łacińska" 2007, 1(55), s. 15.

[33] „Zastanawiający jest także występujący w sztuce Majów motyw ikonograficzny przedstawiający tak zwane święte zawiniątka (*sacred bundles*), na temat których w 2006 roku została wydana osobna publikacja pod redakcją Julia Guernsey i F. Kent Reilly III. Jeden z rozdziałów, napisany przez Davida Stuarta, został poświęcony między innymi jadeitom. Według jego badań wspomniane zawiniątka miały charakter ceremonialny oraz ekonomiczny, a mając na uwadze to, że zarówno jadeit, jak i wspominane przez niego ziarno kakaowca posiadały największą wartość materialną oraz prestiżową w społeczeństwie Majów, stąd mogły być wykorzystywane jako trybut płacony władcy, prezent dla niego lub przedmiot wymiany". M.H. Rusek, *Zieleń cenniejsza niż złoto – rola jadeitu w kulturze Majów*, „Maska" 21/2014, s. 81.

[34] „Nigdy jednak w związku z handlem nie było mowy o pieniądzach. Aztekowie nie znali monet, prowadzili tylko handel wymienny, najbliższy pieniądzom w rozumieniu hiszpańskim były małe grudki złota, ziarna kakaowca i małe miedziane sztabki w kształcie litery T, które można uznać za drobne". B.R. Lewis, *op.cit*., s. 53.

[35] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 226.

muszli, miedzianych płytek, a także jadeitowych bryłek”[36]. Nie tylko kakao stanowiło walutę[37], ale też wytworzona z niego czekolada, ta o najwyższej jakości nazywana była *tlaquetzalli*, czyli „drogocenną rzeczą”. Nawet konkwistadorzy używali ziaren kakao do opłacenia tragarzy[38].



Glif kakaw – oznaczający kakao

Soparamens, https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b8/Cacao-glyph_vectorized.png

O wysokiej wartości ziaren kakaowca świadczą wspomniane wyżej znaleziska archeologiczne w postaci zawiniątek znalezionych w dawnych grobach[39]. Badacze wykazują, że Majowie do oznaczania zawiniątka zawierającego kakao używali innego glifu, niż tych zawierających jadeit. Jak podaje Bojkowska w swojej pracy naukowej: „W jaskini Tapesco del Diablo datowanej na późny okres klasyczny odkryto trzy pochówki, w których obok kamiennych siekierek z zachowanymi drewnianymi trzonkami, kolczyków z muszli, fragmentów tkanin, kolb kukurydzy, kamieni szlachetnych oraz różnorodnych naczyń, zdeponowano także pięć zawiniątek. W ich skład wchodziły między innymi maska pokryta macicą perłową mająca reprezentować Boga Śmierci w postaci ludzkiej czaszki, igła z kości do samookaleczenia, czterdzieści perforowanych muszli, różnorodne nasiona (głównie kakaowca), dziecięcy sandał, grzebień, dwadzieścia trzy zawieszki z tykwy oraz maska ukazująca starego człowieka”[40].

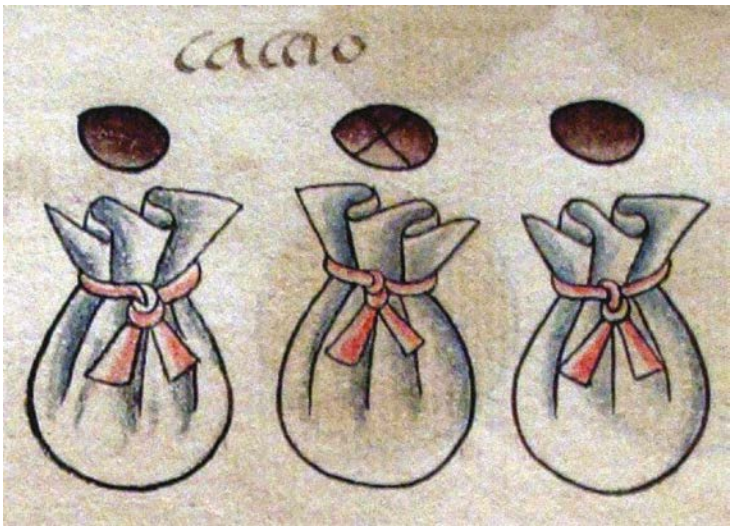
[36] M.H. Rusek, *op. cit.,* s. 76.

[37] Jako środek płatniczy pojawia się w eposie majańskim „Popol Vuh”. Podaję za: B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 225.

[38] *Ibidem*, s. 228.

[39] „[…] tego typu pakunki musiały zawierać jadeit, w odróżnieniu od zawiniątek podpisywanych glifem *pih*, w skład których miały wchodzić ziarna kakaowca”. M.H. Rusek, *op. cit.*, s. 81.

[40] D. Bojkowska, *Kult świętych zawiniątek na przykładzie kultury Majów*, Kraków 2013, s. 61.



Kakao jako waluta – zbliżenie

https://www.mexicolore.co.uk/images-ans/ans_106_02_2.jpg

Mieszkańcy Mezoameryki oprócz kakaowca bardzo cenili jadeit, a ich główną rośliną uprawną była kukurydza. W wierzeniach mezoamerykańskiej społeczności ludzie zostali stworzeni przez boga z kukurydzy. Niektóre wyobrażenia ze sztuki Majów sugerują, że bóg kukurydzy związany jest z drzewem kakaowca[41]. Wierzono, że „jadeitowe paciorki, poprzez swój kolor oraz formę, symbolizują ziarna kukurydzy, które składane do ziemi, miały wydać plony. Na siekierkach pojawiają się również ryte przedstawienia ukazujące postać wyżej wspomnianego bóstwa oraz pierwowzory mezoamerykańskiej koncepcji świata przedstawianego jako kwadratowe pole kukurydzy"[42]. Jadeit wykorzystywany był w rytuałach i działaniach o charakterze kultowym, do praktyk szamanistycznych, i do kontaktu ze zmarłymi i bóstwami[43]. Stanowił też wyznacznik statusu społecznego (używano go m.in. do wstawiania sztucznych zębów)[44].

[41] *Napoje kakaowe Majów. Od kakao z chili po rytualne mikstury z daturą: smaki, symbole i sekrety mezoamerykańskiego kakao*, publ. 9.04.2026 r. [dostęp online: 19.05.2026 r.] https://historykon.pl/napoje-kakaowe-majow-od-kakao-z-chili-po-rytualne-mikstury-z-datura-smaki-symbole-i-sekrety-mezoamerykanskiego-kakao/.

[42] M.H. Rusek, *op.cit.*, s. 74.

[43] *Ibidem*, s. 73.

[44] „Co ciekawe, już w tych wczesnych fazach tworzenia się podziałów klasowych wśród Majów występują bardzo bogate pochówki dziecięce, wskazujące na relatywnie wysoki stopień zaawansowania systemów władzy dziedzicznej. Jako przykład przemawiający za tą tezą, można podać pojawiające się pierwsze przykłady inkrustacji zębów jadeitem. W latach późniejszych, zabieg ten stanie się jednym z wyznaczników społecznych elit". M.H. Rusek, *op. cit.*, s. 75.

Pierwszymi hodowcami kakaowca byli wspomniani już Olmekowie, później ich system uprawy został przejęty przez Tolteków, a w końcu w okresie klasycznym (250–900 r. n.e.) przez Majów, którzy sporządzali i rozpowszechnili napój czekoladowy[45]. Opracowali obróbkę nasion kakaowca, fermentując ziarna, a następnie wdrażając ich prażenie i mielenie.

Napój ten sporządzany z ziaren kakaowca dostępny był jedynie wysoko postawionym dygnitarzom i władcom. W grobach ważnych osobistości Majów i Azteków znaleziono naczynia do picia kakao[46]. Otrzymany proszek mieszano z wodą, a także z różnymi przyprawami i dodatkami, a były to: mączka kukurydziana, miód, chili[47]. Majowie podgrzewali wodę do wrzątku, rozpuszczając kakao w wodzie, według innych źródeł dodawali też soli[48], pieprzu i wanilii[49], a dla wzmocnienia smaku używano pieprzu i cynamonu[50]. Powstały napitek nazywany był „xocolatl", co oznaczało „gorzką wodę". Gorąca czekolada była ich ulubionym i najcenniejszym napojem, jednakże stanowiła rarytas, dostępny jedynie bogaczom[51]. „Picie jej to jakby smakowanie pieniędzy"[52]. Kakao spożywano podczas obrzędów religijnych, uznając je za pokarm bogów[53], podczas uroczystości zaręczynowych i weselnych, mając na celu wzmocnienie wspólnoty, poprzez wspólne picie czekolady, a także podczas wystawnych uczt „stanowiących formę *potlaczu* – ostentacyjnej konsumpcji na pokaz, podkreślającej status gospodarza"[54].

Aztekowie, którzy zdominowali Majów, przejęli ich zamiłowanie do czekolady, a władca najeźdźców, Montezuma bardzo cenił sobie ten napój. Ziarna kakaowca traktowano jak skarb, przechowywano je w sejfach wraz z kamieniami szlachetnymi i złotem, co potwierdza funkcjonowanie ziaren kakaowca jako waluty[55]. Najcenniejszymi towarami były tulejki wypełnione złotym piaskiem lub ziarnem kakaowym. Nie posiadali żadnej waluty, stosowali handel wymienny[56]. Aztekowie również prażyli ziarna w glinianych

[45] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 225.

[46] „Napoje sporządzane z nasion kakaowca spożywano podczas obrzędów, rytuałów i ważnych uroczystości. Na naczyniach Majów noszących glif Wing-Quincunx, tzn. naczynie do picia, znajdował się najczęściej glif oznaczający *kakaw*, czyli czekolada, kakao. W tych naczyniach znaleziono śladowe ilości proszku kakaowego". M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 70.

[47] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237.

[48] N. Niziurska, M. Skokoń, *Chemiczne oblicze czekolady*, „Analit" 13 (2023), s. 40.

[49] B. Popławski et. al., *op. cit*., s. 226.

[50] R. Verna, *op. cit*., s. 112.

[51] „Również ze źródeł etnohistorycznych możemy dowiedzieć się, iż w okresie klasycznym kakao zarówno w postaci płynnej, jak i w formie ziaren było bardzo ważnym darem składanym przez dygnitarzy". D. Bojkowska, *op. cit*., s. 42.

[52] T. Dickey, et. al., *op. cit*., s. 43.

[53] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 39.

[54] B. Popławski et. al., *op. cit*., s. 227.

[55] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 70.

[56] T. Dickey, et. al., *op. cit*., s. 142.

garnkach, a potem rozcierali je za pomocą kamieni. Powstały proszek dodawano do zimnej wody z miodem, kukurydzą i przyprawami (chili, wanilia), ubijając do wytworzenia piany[57]. Aztecka czekolada wzbogacana była również czerwonym pieprzem lub dla uzyskania odpowiedniego koloru – płatkami kwiatów[58]. Proces wytwarzania tego napoju był bardzo kosztowny, z tego względu mogła się nim cieszyć tylko elita. Jak u Majów, czekolada towarzyszyła im podczas ważnych uroczystości, rytuałów i świąt[59].

Zarówno Majowie jak i Aztekowie wierzyli w szczególną moc „gorzkiej wody", czyli czekolady, zesłanej przez bogów. Uważano ją za afrodyzjak, źródło mądrości, ukojenia i energii[60]. Według pewnych źródeł „populacje przedkolumbijskie używały czekolady jako lekarstwa"[61]. Przypisywano jej działanie odmładzające, uzdrawiające i ezoteryczne[62].

Majowie cenili nie tyle smak tego napoju, ale jego działanie orzeźwiające i pobudzające[63]. Pewne odkrycia archeologiczne[64] wskazują również, że czasami do napoju dodawano daturę, czyli bieluń, który ma właściwości halucynogenne. Być może oprócz działania psychotropowego, używano go w celach leczniczych, jako dodatek do mikstur wykorzystujących właściwości zdrowotne wierzby. Co ciekawe, „znachorzy z ludu Tarahumara z Meksyku do dzisiaj stosują napój ze sfermentowanej kukurydzy, do którego dodawana jest datura. Ponadto wiele ludów rdzennych Mezoameryki i Ameryki Północnej używało (lub wciąż używa) rożnych gatunków wierzby do celów leczniczych"[65].

Aztekowie wyposażali racje żywnościowe swoich wojowników w kakao, które miało zwiększać ich dzielność i zapał do walki[66]. Jako pierwsi zastosowali regeneracyjne działanie kakao w zabiegach pielęgnacyjnych i kosmetycznych. Otrzymywana z obróbki ziaren kakaowca masa kakaowa, po wymieszaniu z oliwą stanowiła „bazę dla okładów odmładzających stosowanych przez bogate Indianki"[67].

---

[57] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 70.
[58] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 40.
[59] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237–238.
[60] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 39.
[61] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 70.
[62] Z. Zdrojewicz, et. al., op. cit., s. 238.
[63] R. Verna, *op. cit*., s. 112.
[64] „W jaskini Actun Hayach Naj w Belize, nieopodal przedhiszpańskiego ośrodka Pacbitun, odkryto naczynie, w którego wnętrzu natrafiono na ślady kakao, datury oraz kwasu salicylowego, którego obecność może być związana z wykorzystaniem wierzby". *Napoje kakaowe Majów. Od kakao z chili po rytualne mikstury z daturą: smaki, symbole i sekrety mezoamerykańskiego kakao*, publ. 9.04.2026 r. [dostęp online: 19.05.2026 r.] https://historykon.pl/napoje-kakaowe-majow-od-kakao-z-chili-po-rytualne-mikstury-z-datura-smaki-symbole-i-sekrety-mezoamerykanskiego-kakao/.
[65] *Ibidem.*
[66] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 227.
[67] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237.

Medycyna Majów i Azteków

Aztekowie byli społeczeństwem głęboko religijnym, a ich wierzenia odgrywały istotną rolę w organizacji życia społecznego i postrzeganiu otaczającej rzeczywistości. Silne powiązanie religii z codziennym funkcjonowaniem państwa budziło zdziwienie europejskich przybyszów. Było to tym bardziej zaskakujące, że cywilizacja Azteków osiągnęła wysoki poziom rozwoju w wielu dziedzinach, takich jak astronomia, matematyka, architektura, rzeźba, muzyka, rzemiosło, tkactwo czy metaloplastyka. Lewis podaje: „Można powiedzieć, że pod pewnymi względami Meksyk Azteków przewyższał nawet ówczesną Europę. Kapłani azteccy, będący też astronomami, potrafili np., nie korzystając z urządzeń optycznych, określać ruchy planet i rejestrować je za pomocą symboli matematycznych”[68].



Hernán Cortés – anonimowa kopia portretu z XVI w.

https://commons.wikimedia.org/wiki/Hern%C3%A1n_Cort%C3%A9s#/media/File:Hern%C3%A1n_Cort%C3%A9s,_s._XVI.jpg

[68] B.R. Lewis, *op. cit.*, s. 11.



Tablica upamiętniająca spotkanie Cortésa z władcą Azteków Montezumą (znanym też jako Moctezuma lub Motecuhzoma), która znajduje się w Meksyku

https://commons.wikimedia.org/wiki/Hern%C3%A1n_Cort%C3%A9s#/media/File:Monumento_de_Moctezuma_y_Hernan_Cort%C3%A9s_(mod).jpg

O sile ich wiary w mitologię, świadczy fakt, że kiedy Hernán Cortés dotarł do Mezoameryki, autochtoni byli przekonani, że przybył do niech powtórnie Quetzalcoatl[69], bóstwo, którego imię tłumaczono jako „Pierzasty Wąż", obdarowano go srebrem, złotem, ale i ziarnami kakaowca, które stanowiły walutę u Majów i Azteków. Władca Azteków Montezuma II Xocoyotzin wydał rozkaz, aby Hiszpanów powitano z honorami, goszczono i żywiono ich w domach mieszkańców, a najeźdźcy[70] rzucali się na złoto z chciwością[71], grabiąc przy tym Azteków ze złota, które przynieśli Hiszpanom w darze. Cortés

[69] „Montezuma pozostawał pod wrażeniem, że Hiszpanie są bogami, a ich przywódca Hernán Cortés to wcielenie Quetzalcoatla – Pierzastego Węża, boskiego władcy jego przodków, Tolteków. Powrót Quetzalcoatla z wygnania, które nastąpiło po upadku stolicy Tolteków Tuli (Tollanu) w 1168 r., był przepowiadany od dawna. Bardzo możliwe, że Hiszpanie wykorzystali opowieść o powrocie Quetzalcoatla do własnych celów. Przypuszcza się również, że taką wersję podtrzymywali przedstawiciele *tetecuhtin* – azteckiej szlachty – aby lękliwym reakcjom Montezumy nadać pozór racjonalności". *Ibidem*, s. 8–9.

[70] „Rozpoczęty w XVI wieku hiszpański podbój ziem Majów był procesem bardzo długim, gdyż trwał niemal dwieście lat. Było to spowodowane głównie faktem, że Majowie nigdy nie stworzyli jednego państwa, lecz zamieszkiwali mniejsze i większe ośrodki, mniej lub bardziej niezależne, z których jedne pozostawały między sobą w przyjaznych relacjach, a inne rywalizowały o wpływy w regionie". B. Tuszyńska, K. Jagodziński, *Językowo-kulturowe konsekwencje kontaktu Majów z Hiszpanami*, „Scripta Neophilologica Posnaniensia". Tom XVIII, 2018, s. 281.

[71] B.R. Lewis, *op. cit*., s. 9.

i jego najeźdźcy[72] niszczyli wszystkie religijne posągi i karali śmiercią za podtrzymywanie tamtejszego kultu, głosząc chrześcijańskie prawdy, choć w oczach Azteków był nowym wcieleniem boga Quetzalcoatla albo jego wysłannikiem[73].

Mezoamerykańskie ludy mocno wierzyły, że ich losem kierują bogowie i wszystko dzieje się z ich woli, co uwidacznia się w ich mitach i legendach[74]. Szczególnie związane jest to z rozumieniem chorób, które traktowano jak zesłaną przez bogów karę boską. Odpowiednie choroby przypisane były do konkretnego boga[75]. Ulmer w swoim artykule wskazuje również, że „oprócz bogów gnębiących ludzi chorobami byli także bogowie chroniący od chorób. Wśród nich wymienić należy przede wszystkim Ixchel, boginię księżyca, kobiet, ciąży i zdrowia, małżonkę boga Itzamny. Patronami zdrowia byli najwyższy bóg Majów jukatańskich Hunab Ku i jego syn Itzamna a u Lakandonów z Chiapas – Ah Kan Chob lub Chi Chac Chob. Bogiem medycyny był Cit Bolon Tun, zaś Sacal Puc był bogiem zielarzy. Kukulcan opiekował się chorymi na gorączkę. Wśród Majów z Wyżyny Gwatemalskiej bóstwa Zuhuykaka i Ixtlitun opiekowały się zdrowiem dzieci. Bóg słońca K'inich Ahau uchodził za wyjątkowo dobrotliwe bóstwo. Za pomocą promieni przekazywał ludziom, zwierzętom, roślinom, a nawet kamieniom ciepło pojmowane jako moc, siła, zdolność określaną mianem *kinam*. Dlatego też majańscy uzdrawiacze wygrzewanie się na słońcu zalecali jako element wzmacniania organizmu i profilaktyki. Wśród bóstw opiekujących się zdrowiem ludzi można jeszcze wymienić: Ix Hun Tip Tsab – bogini ognia chroniąca od oparzeń, Ix Bolon Sut Ni Kal – bogini chroniąca od pasożytów jelitowych, Ix Hun Ye Ton – bogini chroniąca od ospy z gorączką. Takie kompetencje zostały prawdopodobnie przyznane tej bogini po konkwiście na skutek kontaktu z chorobami przywleczonymi z Europy"[76].

Podobnie jak w wielu innych starożytnych kulturach, medycyna Majów miała charakter sakralny i stanowiła połączenie wierzeń religijnych oraz praktycznej wiedzy o zdrowiu i leczeniu[77]. Chociaż Majowie podporządkowywali swoje życie woli bogów, posiadali

[72] „Pokonanie Azteków było najbardziej bezkompromisowym rozgromieniem przeciwnika, jakie poznali mieszkańcy Doliny Meksyku. Wojna totalna, którą toczyli Hiszpanie, była obca tym ludom, podobnie jak jej następstwa. Aztekowie byli zdobywcami, nie okupantami i nie mieli pojęcia o imperialnej biurokracji. Zależało im na tym, aby zwyciężyć, podporządkować, ustalić trybuty i wrócić do domu. Po Hiszpanach spodziewali się więc tego samego, ale jakże się mylili. Celem Hiszpanów było skolonizowanie ich i wykorzystanie oraz wprowadzenie obcych im rządów i norm". *Ibidem*, s. 77.

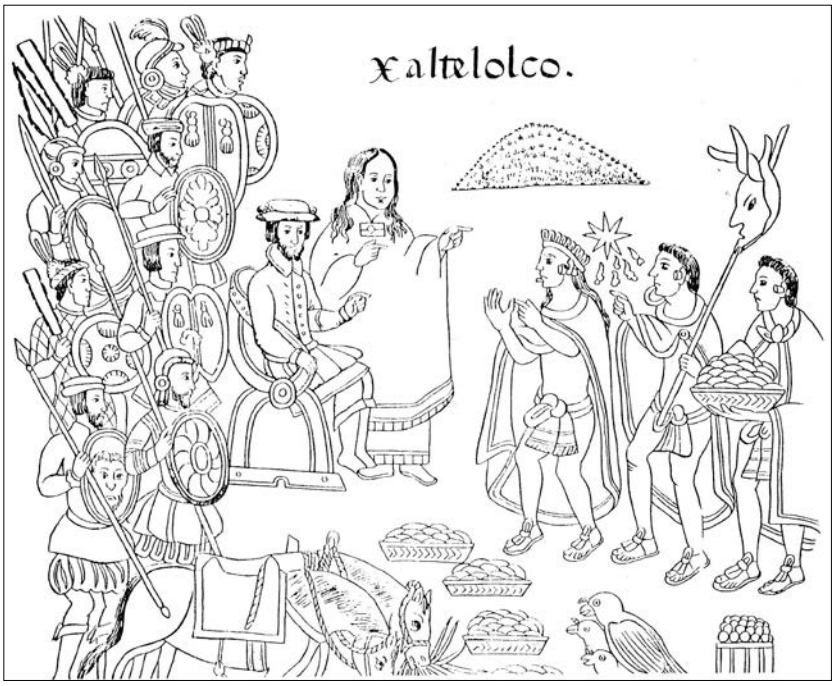
[73] T. Dickey, et. al., *op. cit*., s. 154.

[74] B.R. Lewis, *op. cit*., s. 13.

[75] *Ibidem*, s. 62-63.

[76] A. Ulmer, *Choroby…, op. cit.*, s. 24.

[77] A. Garcia-Kutzbach, *Medicine Among the Ancient Maya*, „Southern Medical Journal", 1976, Vol. 69, No 7, s. 938.



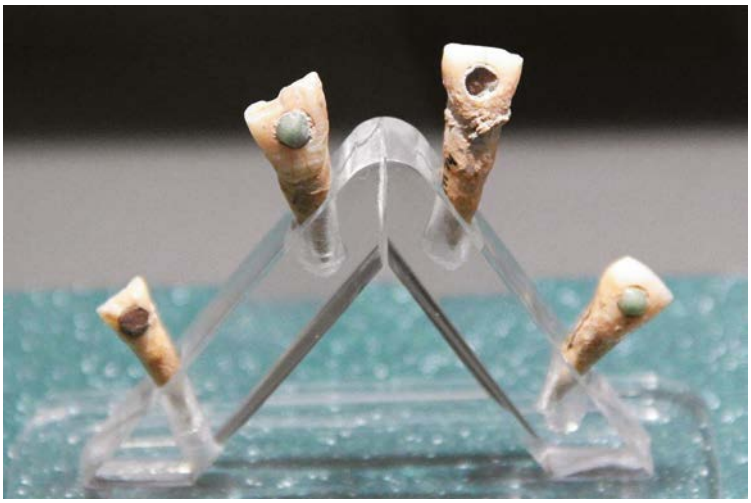
Hernán Cortés i La Malinche, pełniąca rolę tłumaczki i pośredniczki między Hiszpanami a rdzennymi mieszkańcami – ilustracja pochodzi z „Lienzo de Tlaxcala" (Płótna z Tlaxcali), kodeksu z XVI wieku stworzonego przez Tlaxcalteków

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f8/Malinche_Tlaxcala.jpg

również rozwinięte umiejętności medyczne. Znali podstawowe narządy wewnętrzne, takie jak serce, płuca czy wątroba. Praktykowali balsamowanie zmarłych, a kontakt z Toltekami oraz przejęcie zwyczaju składania ofiar z ludzi przyczyniły się do poszerzenia ich wiedzy anatomicznej. Szczególnie dobrze znali budowę układu kostnego. Czaszki wykorzystywano podczas obrzędów i ceremonii religijnych jako elementy dekoracyjne, natomiast z długich kości wykonywano instrumenty muzyczne. Ze względu na ograniczoną wiedzę z zakresu anatomii i fizjologii oraz brak skutecznych metod kontrolowania silnego bólu i długotrwałego krwawienia, Majowie nie podejmowali się przeprowadzania bardziej skomplikowanych operacji chirurgicznych. Wykonywali jednak drobne zabiegi, takie jak usuwanie ciał obcych, nacinanie i drenaż ropni czy amputacje. Do tego celu wykorzystywali skalpele wykonane z obsydianu, a rany zszywali ludzkimi włosami[78]. Potrafili również nastawiać złamania oraz unieruchamiać je za pomocą opatrunków gipsowych[79].

[78] A. Król, J. Bylica, *Historia opatrywania ran*, „Medycyna Paliatywna" 2020; 12(1), s. 9.
[79] A. Garcia-Kutzbach, *op. cit.*, s. 938.

Ich największym osiągnięciem były jednak zabiegi dentystyczne. Wykonywali ekstrakcje, ale też wypełnienia i protezy, używając do nich jadeitu, turkusów i pirytu żelaza. Plomby stomatologiczne miały bardziej charakter ozdobny. A odkrycie kości szczękowej znalezionej w Gwatemali z okresu przedklasycznego wskazywało, że ząb z jadeitu pełnił dobrze swoją rolę[80].



Zęby młodego Maja inkrustowane jadeitem i pirytem

https://wyborcza.pl/7,75400,28517242,starozytni-majowie-mieli-fiola-na-punkcie-wygladu-swoich-zebow.html

Majowie dostrzegali istnienie zaburzeń psychicznych, które współcześnie można utożsamiać z takimi stanami jak depresja, melancholia, stany lękowe czy schizofrenia. Zgodnie z ich wierzeniami dolegliwości te były wywoływane przez złe duchy, które nocą przybierały postać zwierząt i oddziaływały na ludzi. Choroby, a zwłaszcza epidemie, interpretowano natomiast jako przejaw gniewu bogów oraz karę za nieposłuszeństwo wobec norm religijnych i społecznych, w tym za niewłaściwe zachowania seksualne. Majowie prawdopodobnie byli pierwszymi ludźmi, którzy opisali objawy chorobowe[81] takich chorób, jak: żółta febra, *pinta* (przewlekła choroba bakteryjna skóry, wywoływana przez krętka *Treponema carateum)*; leiszmanioza – endemiczna choroba występująca

[80] *Ibidem*, s. 939.

[81] Cechy niektórych chorób widoczne są w rzeźbach Majów: „Zdaniem wielu badaczy, rzeźba i płaskorzeźba Majów okresu klasycznego zdradza wyraźne trendy w kierunku indywidualnego portretu. Przykładem mogą być stiuki i płaskorzeźby, przedstawiające władców miasta Palenque. Zdaniem amerykańskiej archeolożki Merle Green Robertson wskazują one liczne ułomności fizyczne i choroby, jakie trapiły dynastię rządzącą tym miastem". Podaję za: A. Ulmer, *Choroby…, op. cit.*, s. 8.

głównie na terenach Mezoameryki (choroba przenoszona przez muchówki, atakuje skórę i/lub śluzówki, a w najcięższej formie narządy wewnętrzne)[82].

W medycynie Majów funkcjonowały dwa główne sposoby leczenia. Pierwszy z nich miał charakter magiczno-religijny i opierał się na wyznawaniu win, okazywaniu skruchy oraz odprawianiu rytuałów i zaklęć mających na celu przywrócenie równowagi między człowiekiem a światem duchowym. Drugi sposób leczenia bazował na wykorzystaniu zasobów naturalnych. Do terapii stosowano liczne dziko rosnące rośliny i zioła pozyskiwane z lasów, którym przypisywano właściwości lecznicze. Majowie korzystali również z łaźni parowych, które pełniły nie tylko funkcję higieniczną i relaksacyjną, lecz także były wykorzystywane w celach terapeutycznych i wspomagających leczenie różnych dolegliwości[83].

Aztekowie, aby uchronić się przed gniewem bogów, nosili amulety[84], jednak gdy choroba nie odpuszczała, wzywano *tlacatecolotla* – czarownika uzdrawiacza. Wówczas „leczenie polegało m.in. na podawaniu takich środków pochodzenia roślinnego jak pejotl, otrzymywany z zawiązków kaktusa, czy *oloiuhqui* z nasion pewnego gatunku powoju. Pacjenci mieli wizje i szczegółowo je opisywali, z czego *tlacatecolotl* próbował odczytać przyczynę choroby"[85]. Jednakże, gdy uzdrawiacze zawodzili, istniała instytucja „*tlamatini* – uczonych lekarzy, którzy zdawali sobie sprawę, że to raczej wilgotny i chłodny klimat Doliny Meksyku był przyczyną reumatyzmu, przeziębień, kaszlu i tym podobnych dolegliwości. Zalecali oni kąpiele parowe i picie ziół w celu oczyszczenia organizmu oraz maści ziołowe i specjalną dietę. Stosowali walerianę jako środek stymulujący, miętę na zastój w klatce piersiowej, miód pitny albo syrop z agawy na ból gardła, masaże na zwichnięcia, sztywność karku i zapalenie gardła. *Tlamatini* umieli także nastawiać złamane kości, zszywać rany za pomocą włosów, przecinać wrzody i torbiele"[86].

Wiedza o medycynie ludów mezoamerykańskich jest bardzo fragmentaryczna. Nie zachowały się żadne traktaty z czasów prekolumbijskich[87]. Jedyne dokumenty z tamtych terenów pochodzą z XVIII w., a są to: *Libro de medicinas muy seguro para curar varias dolencias con yerbas muy experimentadas y provechosas de esta provincia de Yucatan*

[82] A. Garcia-Kutzbach, *op. cit*., s. 940.
[83] *Ibidem*, s. 940.
[84] B.R. Lewis, *op. cit*., s. 62.
[85] *Ibidem*, s. 62.
[86] *Ibidem*, s. 63.
[87] „Nie ulega wątpliwości, że w epoce prekolumbijskiej, szczególnie zaś w okresie klasycznym, powstawały, spisane hieroglifami, traktaty medyczne. Niestety biali zdobywcy malowane księgi Majów uznawali za przejaw działalności szatana i bezwzględnie je niszczyli, pozbawiając badaczy ogromnej części wiedzy o prekolumbijskiej medycynie. W naukowej i popularnonaukowej literaturze polskiej można znaleźć bardzo niewiele o sposobach leczenia chorób w prehiszpańskiej Ameryce. Medycyna Mezoameryki, a w szczególności medycyna Majów prehiszpańskich, poza przypadkowymi i fragmentarycznymi wzmiankami nie ma żadnego odzwierciedlenia w polskich publikacjach". A. Ulmer, *Choroby…, op. cit.*, s. 6.

z 1751 r., *Quaderno de medicinas y las yerbas de la Provincia experimentadas por Xtovl de Heredia* datowane na 1785 r. oraz *Libro del Judío* z drugiej połowy XVIII w.[88]. Stanowią one źródło pewnej wiedzy medycznej, z uwzględnieniem medycyny stosowanej przez Majów, jednakże: „Nie ma wykazu chorób, a za to jest lista leków z zaleceniami, na jakie choroby skutkują. Leki te przeznaczone są dla ludzi, wołów, koni, psów, kur i innych zwierząt. Mamy tu zatem środki na dolegliwości serca, na katar, przeziębienie, wzdęcie, skurcz, wstrzymanie gazów, ból gardła, astmę, melancholię, a nawet na brak własnego zdania"[89].

Oprócz trzech wyżej wymienionych dzieł, można wspomnieć również o teologu Pedro Sánchezie de Aguilar , który „opisał m.in. stan zdrowia ludności Jukatanu, choć czyniąc to z teologicznego punktu widzenia, przyczynę wszelkich kłopotów zdrowotnych widział w knowaniach szatana. Pod tym względem nie różnił się zbytnio od Indian, którzy chorobę uznawali za efekt działania sił nadprzyrodzonych lub czarów. Sánchez de Aguilar znał też prawdopodobnie z autopsji przypadek tzw. «gadającego diabła» z Valladolid na Jukatanie, który swymi działaniami szkodził zdrowiu, głównie psychicznemu, mieszkańców tego miasta i okolic"[90].

Początki czekolady w Europie

Odkrycia geograficzne i rozwój handlu zamorskiego nie tylko wzbogaciły Europę o płynące z Mezoameryki srebro i złoto[91], ale też przyczyniły się do powstania na Starym Kontynencie nowych gałęzi produkcji. Europa wzbogaciła się o nowe płody rolne i artykuły spożywcze, takie jak: korzenie, kawa, kakao, ryż, cukier, tytoń, pachnidła, oleje, barwniki, bawełna, guma arabska. Wykorzystywano je do wyrobu czekolady, cukierków, perfum, farb, kleju itp.[92].

Pojawienie się w Europie ziaren kakaowca przypisuje się Krzysztofowi Kolumbowi[93] i Hernánowi Cortésowi[94]. Krzysztof Kolumb jako pierwszy Europejczyk zetknął się

[88] *Ibidem*, s. 8.
[89] *Ibidem*, s. 8.
[90] *Ibidem*, s. 10.
[91] „Rocznie do Europy przywożono ok. 200 ton srebra i kilka ton złota, tym srebrem płacono na Wschodzie za towary kolonialne". K. Piesowicz, *op. cit*., s. 28.
[92] *Ibidem*, s. 20.
[93] „Pierwsze zetknięcie się Europejczyków z kakao miało miejsce podczas czwartej wyprawy Kolumba do Ameryki rozpoczętej w 1502 roku. Napotkał on wówczas wielkie łodzie majańskich kupców transportujących owoce kakaowca. W hiszpańskich kronikach spisanych pod koniec XVI wieku znaleźć można fragmenty świadczące o stopniowym «oswajaniu» czekolady przez Europejczyków, «przekraczaniu etnocentrycznej bariery smaku»". B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 229–230.
[94] „Do Europy ziarna kakaowca trafiły za sprawą Hernando Corteza, który pomimo iż jak Krzysztof Kolumb nie uznawał napoju czekoladowego za godny miana ambrozji, to jednak założył jej uprawy jako «plantacje pieniędzy»". N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 40.

z ziarnami kakaowca: „Przechwycił on czółno zawierające «tajemniczo wyglądające migdały», które zidentyfikował jako formę waluty mezoamerykańskiej. Do Europy trafiły one w 1528 roku[95], za sprawą hiszpańskiego konkwistadora, Hernána Cortésa, który zapoznał dwór króla Karola V Habsburga z doskonałymi właściwościami tej rośliny. Choć Europejczycy długo nie mogli docenić[96] jej zdrowotnych walorów, to zapewne były ono głęboko zakorzenione w świadomości prekolumbijskiej"[97]. Hernán Cortés zwrócił uwagę, że autochtoni po spożyciu kakao wykazują całodniową gotowość do walki, a władca Azteków, Montezuma wypijał czekoladę przed udaniem się do haremu[98]. W związku z tym „nakazał uprawę kakaowców na podbitych przez siebie ziemiach na ogromną skalę. Plantacje w basenie Morza Karaibskiego rozwijały się przez kolejne 80 lat, a od 1580 roku także w Hiszpanii. W XVII wieku czekolada zaczęła zdobywać popularność najpierw w Holandii, następnie na terenie dzisiejszych Włoch, Niemiec, Francji, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii. Kraje te zaczęły zakładać plantacje we własnych koloniach, m.in. w Malezji, na Sri Lance oraz w Afryce Zachodniej"[99]. Nie tylko kakaowce i ich owoce zostały sprowadzone do Europy z Mezoameryki przez kolonistów. Kolonie dostarczały również takie towary jak: przyprawy korzenne, pieprz, kawa, kakao, herbata, tytoń, cukier z trzciny, ryż, indygo, bawełna, tkaniny jedwabne i bawełniane[100], kauczuk, kukurydza, ziemniaki, fasola, pomidory, dynie, opuncja, papryka, awokado, ananasy[101]. Europa bogaciła się też dzięki złotu i srebru rabowanemu Indianom i wydobywanemu w Brazylii, Boliwii, Kolumbii, Meksyku i Peru[102].

Kakao, choć cenione przez Majów i Azteków, nie od razu znalazło zwolenników w Europie, którzy nie doceniali jego walorów smakowych[103], i sprowadzali je głównie w celach leczniczych[104], a także jako środek pobudzający[105]. Kolonialiści, w przeciwieństwie do Azteków, zaczęli podgrzewać czekoladę, i wzorem Majów (choć nieświadomie),

---

[95] Inne źródła podają, że: „Do Europy ziarno kakaowca zostało po raz pierwszy przywiezione w pierwszej połowie XVI wieku przez nawróconych Majów, sprowadzonych przez dominikańskich zakonników do króla hiszpańskiego. Stanowić oni mieli żywy dowód na sukces chrystianizacji i skuteczność kolonizacji europejskiej. Majowie przywieźli ze sobą ziarna kakaowca". Podaję za: B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 230.

[96] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237–238.

[97] [Z archiwum] Słodki handel. Turkusy za ziarna kakaowca, [dostęp online: 19.05.2026 r.] https://archeowiesci.pl/z-archiwum-turkusy-za-kakao/.

[98] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237.

[99] *Ibidem*, s. 237–238.

[100] J. Kaliński, *Historia gospodarcza XIX i XX w.*, Warszawa 2008, s. 10.

[101] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 230.

[102] J. Kaliński, *op. cit*., s. 10.

[103] Pewien włoski podróżnik Girolamo Benzoni z XVI w. uważał, że „gorzkie kakao to bardziej napój dla świń, a nie dla ludzi". Podaję za: *The history of cocoa*, [dostęp online: 19.05.2026 r.] https://www.silviobessone.it/en/the-history-of-cocoa/.

[104] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 230.

[105] R. Verna, *op. cit*., s. 112.



Reklama Van Houten's Cocoa z 1904 roku, zilustrowana grafiką przedstawiającą rodzinę przy stole. Marka Van Houten została założona w 1828 roku przez Casparusa Van Houtena, który wynalazł metodę produkcji proszku kakaowego. Reklama podkreśla zdrowotne właściwości produktu, określając go jako „delikatny dla układu trawiennego" i dodający „siły oraz energii"

https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=Special:Search&fulltext=1&search=cocoa+drinking+&ns0=1&ns6=1&ns12=1&ns14=1&ns100=1&ns106=1#/media/File:Van_Houten's_Cocoa_ad_from_The_Sketch,_January_14,_1903.png

pili ją na ciepło, dodając cukier, w ten sposób „cywilizując" pogański napój[106]. Na gruncie europejskim czekolada pozbawiona mocnego, korzennego smaku, zaczęła przeistaczać się w słodki napój.

Pierwsza wytwórnia czekolady została założona przez Hiszpanów w 1611 r. Hiszpanie „zazdrośnie strzegli tajemnicy uprawy kakaowca i przyrządzania «pokarmu bogów». Zdra-

[106] „W proces «cywilizowania» napoju zaangażowali się także zakonnicy, usuwając z przepisu wszystkie «pogańskie» ostre przyprawy". B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 229–230.



Historyczna reklama kakao marki Van Houten z początku XX wieku, ukazująca parę pijącą napój o różnych porach dnia (1902)

https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=Special:Search&fulltext=1&search=cocoa+drinking+&ns0=1&ns6=1&ns12=1&ns14=1&ns100=1&ns106=1#/media/File:Van_Houten's_Cocoa_ad_from_The_Sketch,_December_17,_1902.png

dzenie sekretu karane było śmiercią”[107]. Na przestrzeni wieków wzbogacano ją o różne dodatki, np. w XVII w.: anyż, cynamon i cytrusy[108]. Rewolucja dokonała się wówczas, gdy zaczęto rozpuszczać kakao w mleku, a nie w wodzie, dzięki czemu czekolada zyskała słodki, lepszy smak[109]. W 1660 roku picie gorącej czekolady było już bardzo powszechne w takich europejskich krajach, jak: Belgia, Niemcy, Szwajcaria, Austria i Włochy[110]. W 1662 roku kardynał Brancaccio ogłosił, że „picie gorącej czekolady nie przerywa okresu postu, co przyczyniło się do rozpowszechnienia napoju w klasztorach i na europejskich dworach”[111]. Pomimo rozprzestrzenienia się słodkiego trunku na kraje europejskie, czekolada podobnie jak u plemion mezoamerykańskich, stała się napojem dostępnym jedynie dla bogaczy i arystokracji[112]. W XVII w. nadal oprócz walorów smakowych, dostrzegano zalety oraz właściwości lecznicze kakao. Wykorzystywano je do stymulo-

[107] *Ibidem*, s. 230.
[108] Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 237.
[109] *Ibidem*, s. 238.
[110] R. Verna, *op. cit*., s. 112.
[111] *Ibidem*, s. 112.
[112] „We Francji, zgodnie z dekretem królewskim, czekoladę spożywać mogli wyłącznie przedstawiciele arystokracji. W Anglii, gdzie pierwszą kawiarnię serwującą także czekoladę otwarto w 1650 roku, w tej kwestii panował egalitaryzm i każdy, kto był w stanie uiścić sowitą opłatę, mógł rozkoszować się kolonialnym przysmakiem. Entuzjastami czekolady byli m.in. Mozart, Goethe, Voltaire oraz Casanova”. Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 238.

wania układu nerwowego, poprawy trawienia i zwiększenia masy ciała, uznawano je za afrodyzjak. Nasiona kakaowca stosowano w terapii hipochondrii, chorobie hemoroidalnej lub u pacjentów wyniszczonych chorobą w celu wzmocnienia organizmu[113].

Za sprawą weneckich i florenckich mistrzów przygotowywanie czekolady zyskało rangę sztuki[114]. Czekolada stała się modnym napojem wśród europejskiej arystokracji w XVIII w. Powstawały specjalne miejsca dla bogatszych klas, jak „Domy Czekolady" w Anglii[115]. W pierwszej połowie XIX w. nastąpiła znacząca zmiana w produkcji czekolady[116] i za sprawą Francisa Frya została stworzona pierwsza tabliczka czekolady, niewiele różniąca się od tych znanych dzisiaj[117]. Rewolucja przemysłowa w Anglii również przyczyniła się do większej dostępności wytwarzanych produktów, a co za tym idzie: „Trafiały one do mieszkańców osiedli robotniczych i na wieś. Dzięki aktywności kupców upowszechniła się konsumpcja kawy, herbaty, kakao i cukru"[118].

Dziś czekolada znana jest w różnych formach, nie tylko jako słodki napój, ale też fondant, gianduja, mleczna i biała czekolada[119]. W produkcji wykorzystywane są różne ziarna i jego odmiany[120], aby uzyskać odpowiedni smak i konsystencję[121]. O jakości czekolady decyduje ilość zawartego w niej kakao, o najlepszych można mówić, gdy zawierają co najmniej 70% kakao[122]. Warto przytoczyć słowa współczesnych badaczy dotyczących korzystnego wpływu czekolady na zdrowie człowieka: „Obecnie czekolada to żywność otrzymywana z kakao i cukrów, która zawiera co najmniej 35% całkowitego

[113] R. Gołdys, et. al., *op. cit*., s. 735.
[114] R. Verna, *op. cit*., s. 112.
[115] *Ibidem*, s. 112.
[116] „Rewolucja w przemyśle czekoladowym dokonała się za sprawą holenderskiego chemika Conrada van Houtena, który w 1828 roku opracował prasę hydrauliczną pozwalającą odseparować masło kakaowe od miazgi. Dzięki temu wynalazkowi możliwe stało się wyprodukowanie pierwszej tabliczki czekolady. W późniejszych latach kakao zaczęto łączyć z mlekiem w proszku, uzyskując czekoladę mleczną, stanowiącą najpopularniejszą formę przetworzonych ziaren kakaowca". Z. Zdrojewicz, et. al., *op. cit*., s. 238.
[117] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 40.
[118] J. Kaliński, *op. cit*., s. 59.
[119] R. Verna, *op. cit*., s. 111.
[120] „Produkcja czekolady rozpoczyna się od ziaren kakaowca, który obecnie uprawiany jest w Środkowej i Południowej Ameryce, na Karaibach, w Afryce, Indonezji oraz Malezji. Kakaowiec właściwy (z łac. *Theobroma cacao*) jest niewielkim, wiecznie zielonym drzewem, które owocuje w ciągu całego roku przez 20 lat. W dojrzałym owocu kakaowca znajduje się od 20 do 60 białych ziaren otulonych białym miąższem. W zależności od wieku drzewa, klimatu oraz podłoża glebowego, ziarna kakaowca mogą charakteryzować się różnorodnym smakiem i aromatem. Dlatego producenci czekolady w trakcie procesu produkcji wykorzystują minimum cztery rodzaje ziaren o różnym pochodzeniu, co pozwala na uzyskanie oryginalnego i unikatowego smaku gotowego wyrobu. Dodatkowo stosowane są różnego rodzaju substancje aromatyczne, takie jak wanilia, orzechy a nawet karmel". N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 40.
[121] *Ibidem*, s. 40.
[122] R. Verna, *op. cit*., s. 115.

suchego kakao, nie mniej niż 18% masła kakaowego i nie mniej niż 14% odtłuszczonego suchego kakao. […] Z mielonych, prażonych, łuskanych ziaren kakaowca otrzymuje się miazgę kakaową. W jej skład wchodzą beztłuszczowe substancje stałe, kakao oraz masło kakaowe. Proszek kakaowy uzyskiwany jest poprzez usunięcie z miazgi kakaowej części masła kakaowego. Czekolada powstaje poprzez połączenie miazgi kakaowej z masłem kakaowym oraz cukrem. Ilość miazgi kakaowej decyduje o zabarwieniu czekolady. Miazga kakaowa zawiera wiele związków bioaktywnych, masło składa się z kwasów tłuszczowych, a kakao zawiera witaminy, składniki mineralne, błonnik i polifenole"[123].



Cadbury, firma założona w Birmingham w Anglii w 1824 roku, sprzedawała w ten sposób czekoladę pitną jako napój zdrowotny. Reklama Cadbury's Cocoa z 1890 roku ukazała się w „The Illustrated Sporting and Dramatic News"

https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=Special:Search&fulltext=1&search=cocoa+drinking+&ns0=1&ns6=1&ns12=1&ns14=1&ns100=1&ns106=1#/media/File:Cadbury_ad_1890_isdn.jpg

[123] M. Musioł, et. al., *op. cit.*, s. 70.

Zainteresowanie historią czekolady widoczne jest na mapach turystycznych, powstają specjalne muzea poświęcone jej początkom i procesowi powstawania produktu, np. Muzeum Kakao i Czekolady w Brukseli[124], a także w Polsce fabryka czekolady Wedla[125].

Współcześnie kakao uprawia się w wielu krajach na całym świecie, głównie w Afryce: Wybrzeżu Kości Słoniowej, Ghanie, Nigerii, Kamerunie[126], a także w Brazylii, Ekwadorze, Republice Dominikańskiej i Papui-Nowej Gwinei, Indonezji, Madagaskarze, Malezji, Meksyku, niektórych wyspach karaibskich, takich jak Grenada i Kuba, oraz niektórych wyspach Pacyfiku, takich jak Samoa[127].

Skład czekolady, czyli nie taki diabeł straszny, jak go malują – właściwości zdrowotne

Czekolada dziś cieszy się dużą popularnością, ale i ciągnie się za nią zła sława[128], ponieważ wymieniana jest jako przyczyna otyłości, próchnicy i chorób dziąseł[129]. Po bliższym zgłębieniu tematu można jednak dojść do zupełnie odmiennych wniosków, ponieważ najnowsze badania wskazują na prozdrowotne właściwości kakao i czekolady. Pozytywny wpływ na zdrowie zależny jest od zawartości związków biologicznie aktywnych[130] w nasionach

[124] „Muzeum Kakao i Czekolady w Brukseli (Belgia) – przedstawia historię kakao i rozwoju przemysłu cukierniczego w Belgii. Zwiedzający muzeum nie tylko poznają historię ziaren kakaowca oraz przyglądają się kolejnym etapom produkcji czekolady, ale też są zaproszeni do spróbowania masy i masła kakaowego oraz kilku gatunków czekolady. Turyści kulinarni mają okazję dowiedzieć się, jak smakował xocoatl – dawny napój sporządzany przez Majów i Azteków, a także, jaki smak miała czekolada pita na francuskim dworze królewskim. Na ekspozycji można zobaczyć ozdobne naczynia, z których pito napój w Ameryce Południowej oraz zastawy z XVIII wieku przeznaczone do podawania czekolady. Na szczególną uwagę turystów kulinarnych zasługują również zabytkowe formy do produkcji czekolady oraz stare reklamy w postaci plakatów i tablic poświęconych kakao, a także czekoladzie. Na oczach zwiedzających mistrz cukiernictwa sporządza słynne belgijskie praliny oraz trufle, wyjaśniając przy tym technikę powstawania tych małych słodkości. W muzealnym sklepiku turyści mogą się zaopatrzyć w słodki prezent, który jest kulinarną pamiątką turystyczną (www.mucc.be)". D. Orłowski, M. Woźniczko, *Europejskie muzea produktów żywnościowych i ich znaczenie w turystyce kulinarnej*, ZNUV 2017;54(3), s. 190.

[125] K. Komar-Michalczyk, *Nimfy, żeglarze i kakao, czyli kto malował „bombonierkę pana Wedla"*, „Stolica" 3–4, 2023, s. 43.

[126] P. Krzemień, *Przedsiębiorstwo społeczne w globalnych łańcuchach wartości na rynku kakao i czekolady na przykładzie Divine Chocolate Ltd.*, „Prace Geograficzne", Zeszyt 180, 2025, s. 116.

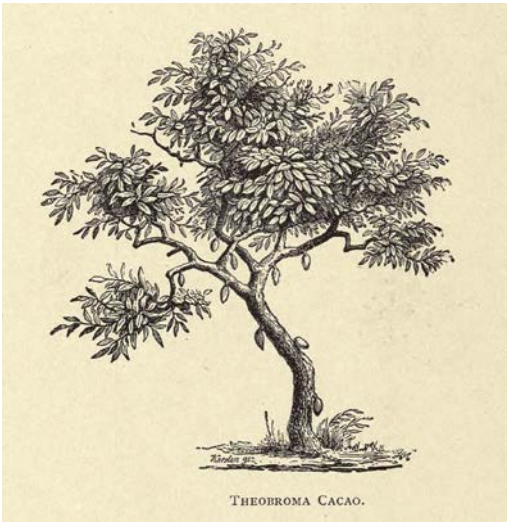
[127] R. Verna, *op. cit.*, s. 112.

[128] „Kiedy kakao i czekolada stały się popularnym i dostępnym produktem spożywczym, do wyrobu czekolady zaczęto dodawać większe ilości cukru oraz zamienniki tłuszczu kakaowego, co obniżyło jej wartość zdrowotną. W XX w. produkty takie kojarzono z otyłością i chorobami zębów. Obecnie, czekolada, zwłaszcza gorzka, z dużą zawartością kakao, odzyskuje swoją dawną renomę". R. Gołdys, et. al., *op. cit*., s. 735.

[129] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 70.

[130] „Zawartość substancji biologicznie aktywnych w nasionach kakaowca i produktach otrzymywanych z ich udziałem jest bardzo różna, dlatego najczęściej podaje się ją w przedziałach wartości. Zależy od wielu czynników, takich jak odmiana uprawna kakaowca, kraj pochodzenia nasion, stopień ich przetworzenia, warunki fizyczne procesów technologicznych podczas produkcji czekolady (wysokość temperatury), zawartość masy kakaowej w czekoladzie itp." R. Gołdys, et. al., *op. cit*., s. 742.

kakaowca[131]. Badania nad czekoladą prowadzone są od kilkudziesięciu lat, i według tych danych gorzka czekolada spożywana w umiarkowanych ilościach „może nieść korzyści zdrowotne, których brak w przypadku spożywania innych słodyczy”[132].



Ilustracja drzewa kakaowego z 1891 roku

https://pdimagearchive.org/images/318345a1-6a9a-4ce4-95eb-e17a36a4f16e/

Kakaowiec liczy sobie wiele różnych gatunków, ale tylko jeden z nich rodzi ziarna, z których otrzymuje się czekoladę[133], nazywany jest on kakaowcem właściwym (*Theobroma cacao*). Nazwę tej roślinie nadał nie kto inny jak szwedzki przyrodnik Carl Linneusz, który był amatorem czekolady, a słowo *cacao* pochodzące z języków indiańskich, miało dla niego zbyt barbarzyńskie brzmienie. Dodał on więc do indiańskiego określenia wyraz *theobroma* oznaczający „pokarm bogów”[134]. Zebrane ziarna kakaowca pozostawia się na kilka dni do fermentacji, suszy na słońcu w celu ochrony przed pleśnią, po czym poddaje się je prażeniu i mieleniu, a także tłoczeniu w wysokiej temperaturze (ok. 80–85°C), uzyskując półpłynną masę, którą rozdziela się na masło kakaowe (tłuszcz kakaowy[135]) i proszek kakaowy[136]. Masło kakaowe obecne w czekoladzie

[131] *Ibidem*, s. 735.
[132] *Ibidem*, s. 735.
[133] „Gatunek ten ma też kilka odmian, m.in. criollo, forastero czy trinitario”. M. Matysek-Nawrocka, P. Cyrankiewicz, *Substancje biologicznie aktywne pozyskiwane z herbaty, kawy, kakao oraz ich zastosowanie w kosmetykach*, „Postępy Fitoterapii” 2016; 17 (2), s. 141.
[134] B. Popławski, et. al., *op. cit*., s. 232.
[135] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 141.
[136] J. Głuszek, T. Kosicka, *Wpływ kawy, herbaty, kakao na ciśnienie tętnicze i układ sercowo-naczyniowy*, „Arterial Hypertension” 2014, vol. 18, no 1, s. 4.

nie wpływa na powstawanie próchnicy oraz ubytków zębów, a co ważniejsze, pomaga zapobiegać ich występowaniu. Natomiast dodawany coraz częściej do czekolady cukier niekorzystnie wpływa na formowanie się płytki nazębnej i może doprowadzić do jej uszkodzenia[137].



Ilustracja artystyczna z kakao w stylu vintage z 1722 roku

https://www.publicdomainpictures.net/en/view-image.php?image=486453&picture=cacao-vintage-art-illustration

[137] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 44.

Kwasy tłuszczowe

Masło kakaowe jest mieszaniną kwasów tłuszczowych, w tym nasyconych (palmitynowy ok. 25%, stearynowy ok. 35%) i nienasyconych (oleinowy ok. 38%, linolowy ok. 2%). Ponadto obecne są w nim wolne kwasy tłuszczowe (ok. 1,8%), znaczne substancje o działaniu przeciwutleniającym, związki mineralne (głównie magnezu) oraz witaminy (z grupy B, PP, A, E i D)[138].

Kwas oleinowy: Jednonienasycony kwas oleinowy należy do rodziny kwasów tłuszczowych omega-9, które warunkowo zaliczane są do niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Jego spożywanie może regulować tempo opróżniania żołądka poprzez wpływ na procesy wchłaniania cholesterolu w jelicie cienkim, obniża poziom „złego cholesterolu", a także hamuje procesy krzepnięcia krwi[139].

Kwas linolowy: Wielonienasycony kwas linolowy[140] obniża poziom „złego cholesterolu" 2–3 razy skuteczniej niż kwas oleinowy, a także „jest najważniejszy spośród rodziny omega-6, ponieważ jest prekursorem kwasu γ-linolenowego i kwasu arachidonowego. Długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe, m.in. kwas arachidonowy, są niezbędne do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania mózgu oraz siatkówki oka"[141].

Flawonoidy

Flawonoidy to największa i najbardziej zróżnicowana grupa związków fenolowych występujących w roślinach o silnym działaniu antyoksydacyjnym. Ziarna kakaowca są nimi wręcz wypełnione po brzegi, proszek kakaowy zawiera do 50 mg polifenoli na gram. Dieta bogata we flawonoidy wspomaga leczenie wrzodów trawiennych, poprzez modyfikację mikroflory jelitowej, podobnie jak prebiotyki i probiotyki[142]. Flawonoidy są rozpuszczalne w wodzie i podatne na utlenienie enzymatyczne oraz nieenzymatyczne. Zwiększają przepływ krwi w mózgu, dzięki czemu wpływają na poprawę pamięci[143]. Hamują proces utleniania złego cholesterolu, a tym samym zmniejszają ryzyko wystąpienia miażdżycy naczyń krwionośnych, a także udaru mózgu. Te organiczne związki chemiczne uczestniczą w tworzeniu prostaglandyn w odpowiedzi na stany zapalne. Regulują pracę mięśni oraz zapobiegają powstawaniu zakrzepów poprzez obniżenie agregacji płytek krwi[144]. Świeże ziarna kakao obfitują w takie polifenole jak: katechina, epikatechina, gallokatechina, procyjanidyny i glikozydy. Badania wykazały, że dzięki nim kakao posiada właści-

[138] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 141–142.
[139] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 71.
[140] *Ibidem*, s. 70.
[141] *Ibidem*, s. 72.
[142] *Ibidem*, s. 73.
[143] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 141.
[144] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 42.

wości przeciwzapalne, przeciwalergiczne, przeciwwirusowe i przeciwnowotworowe. Ich spożycie zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe i sercowo-naczyniowe. Polifenole ograniczają starzenie się komórek. Zaobserwowano, że już po siedmiu dniach konsumpcji gorzkiej czekolady, zmniejszył się stan zapalny u badanych kobiet[145]. Wykazano również, że spożywanie czekolady bogatej we flawonoidy hamuje rozwój choroby Alzheimera[146], a także czynniki ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2, dzięki zmniejszeniu insulinooporności komórek[147].

Epikatechina i resweratrol to dwa silne przeciwutleniacze[148], które naturalnie występują w ziarnach kakaowca. Badania wskazują, że epikatechina stanowi 35% całkowitej zawartości fenoli, ma ona realny wpływ na wzmocnienie pamięci długotrwałej i odwracanie zaburzeń poznawczych[149]. Resweratrol natomiast oprócz właściwości przeciwutleniających, działa przeciwzapalnie, przeciwwirusowo i hamuje wzrost komórek nowotworowych, a także bierze udział w usuwaniu neurotoksyn, które sprzyjają powstawaniu choroby Alzheimera[150].

Teobromina i kofeina

Teobromina i kofeina należą do alkaloidów purynowych, którym przypisuje się działanie pobudzające. Kakao zawiera głównie teobrominę w ilości do 1,8%, a także w niewielkiej ilości kofeinę, które po wysiłku psychicznym czy fizycznym, poprawiają koncentrację i zmniejszają uczucie zmęczenia[151]. Teobromina stymuluje mięsień sercowy i układ nerwowy[152], w wyższym stężeniu występuje w gorzkiej czekoladzie, wpływa na jej gorzki smak[153]. Zaliczana jest razem z kofeiną do roślinnych leków moczopędnych[154]. Teobrominę stosowano również jako środek wspomagający leczenie dusznicy bolesnej i nadciśnienia, a obecnie „znajduje też zastosowanie jako lek rozszerzający oskrzela oraz naczynia krwionośne. Ma niewielkie działanie pobudzające na ośrodkowy układ nerwowy”[155]. Teobromina wykazuje też działanie przeciwnowotworowe[156], a także ma ochronny wpływ na powierzchnię szkliwa ludzkich zębów trzonowych[157].

---

145 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 73.
146 *Ibidem*, s. 74.
147 *Ibidem*, s. 74.
148 R. Verna, *op. cit*., s. 120.
149 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 75.
150 *Ibidem*, s. 75.
151 M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 141.
152 R. Verna, *op. cit*., s. 117.
153 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 75.
154 *Ibidem*, s. 75.
155 *Ibidem*, s. 75.
156 *Ibidem*, s. 76.
157 *Ibidem*, s. 76.



Kakaowiec (*Theobroma cacao*)

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7f/Malvaceae_Theobroma_cacao_2.jpg

Tryptofan i inne substancje psychoaktywne

Kakao zawiera substancje, które odpowiedzialne są za dobry nastrój, należą do nich: tryptofan, serotonina i dopamina[158]. Pozytywnie oddziałują na procesy metaboliczne ludz-

[158] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 142.

kiego mózgu, wpływają na produkcję endorfin, dzięki czemu zmniejsza się podatność organizmu na stany depresyjne oraz stres oksydacyjny[159]. Spożywanie czekolady w czasie ciąży może poprawić stan psychiczny przyszłych matek, ponieważ okres ciąży związany jest z wahaniami nastroju i niepewnością emocjonalną, a także może zmniejszyć negatywny wpływ matczynego stresu na niemowlę[160].

Na stan psychiczny wpływają również inne substancje zawarte w kakao, takie jak fenyloetyloamina, która pobudza dobry humor i występuje w mózgach zakochanych[161], odpowiedzialna jest za odczuwanie przyjemności[162]. Według niektórych badaczy: „Czekolada jest najprawdopodobniej pokarmem o największym wpływie na nastrój. Jej zdolności do poprawy stanu psychicznego wynikają z zawartości substancji psychoaktywnych: anandamidu, kofeiny, fenyloetyloaminy i magnezu"[163].

Magnez i inne składniki mineralne

Ziarna kakaowca zawierają istotne dla ludzkiego organizmu składniki mineralne, jednym z ważniejszych jest magnez, który zwiększa siłę skurczu mięśnia sercowego, reguluje krzepliwość krwi oraz wpływa pozytywnie na ciśnienie tętnicze krwi, reguluje reakcje enzymatyczne, gospodarkę lipidową oraz syntezę DNA[164]. Aby organizm dobrze funkcjonował, należy dbać o odpowiedni poziom magnezu, jak i innych związków mineralnych (potas, miedź, wapń) w surowicy krwi. Magnez, regulując napięcie ścian naczyń krwionośnych, zapobiega chorobom sercowo-naczyniowym, wykazuje działanie antyarytmiczne. Jego niedobór może wpływać na rozwój nadciśnienia tętniczego, które w wielu przypadkach prowadzi do miażdżycy i zakrzepicy, poprzez powstawanie zmian naczyniowych. Zwiększone zapotrzebowanie na magnez ma miejsce w sytuacjach stresowych, a także w fazie przedmiesiączkowej, kiedy wzmaga się chęć na zjedzenie czekolady. Tabliczka czekolady o masie 50 g dostarcza od 25 do 50 mg magnezu[165].

Miedź zawarta w ziarnach kakaowca potrzebna jest ludzkiemu organizmowi „do prawidłowego transportu żelaza, metabolizmu glukozy, ogólnego rozwoju niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem mózgu"[166]. Trwałe niedobory miedzi mogą prowadzić do niedokrwistości, neutropenii i nieprawidłowości w układzie kostnym[167].

---

159 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 72.
160 *Ibidem*, s. 69.
161 R. Verna, *op. cit*., s. 117.
162 *Ibidem*, s. 111.
163 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 73.
164 M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 142.
165 M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 72.
166 *Ibidem*, s. 72.
167 *Ibidem*, s. 72.

Potas odpowiedzialny jest za pobudliwość komórek, a także zapewnia prawidłową gospodarkę wodno-elektrolitową oraz reguluje ciśnienie osmotyczne komórek[168].

Cynk to kolejny pierwiastek, który może zostać dostarczony organizmowi poprzez spożywanie czekolady. Bierze udział w procesie wzrostu i różnicowaniu komórek oraz reguluje czynności układu immunologicznego. Jest istotny dla dziecka rozwijającego się w łonie matki. Przyspiesza proces gojenia się ran, a w połączeniu z witaminą A wpływa na prawidłowy wzrok i zdrowy wygląd skóry[169].

Czekolada zawiera witaminy z grup A, E i B oraz niacynę, które regulują poziom cholesterolu oraz cukru we krwi[170], a także błonnik, który może zmniejszać ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2. Dzięki błonnikowi bakterie probiotyczne dobrze się rozwijają, co poprawia perystaltykę jelit. Błonnik wspomaga również usuwanie toksyn i metali ciężkich z organizmu[171].

Czekolada i kakao dzięki zawartym w nich polifenolom, witaminom, składnikom mineralnym i kwasom tłuszczowym mają korzystny wpływ na zdrowie ludzkiego organizmu, dlatego są one niezbędne w diecie człowieka do prawidłowego funkcjonowania. Poprawiają pamięć i umiejętności poznawcze, a tym samym zmniejszają ryzyko demencji. Przy regularnym spożywaniu niwelują występowanie chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, a także zmniejszają ryzyko niepłodności[172]. Mają działanie pobudzające po wysiłku psychicznym lub fizycznym, a także dają poczucie sytości. Nie bez powodu czekolada stanowiła wyposażenie racji żywnościowych żołnierzy w czasie I wojny światowej[173]. Według najnowszych badań „dzienne spożycie czekolady bogatej w kakao w niewielkich ilościach (30 g na dobę przez 24 tygodnie) może wpłynąć pozytywnie na przebieg ciąży poprzez m.in. stabilizację ciśnienia tętniczego krwi, bez dodatkowych negatywnych konsekwencji, takich jak wzrost masy ciała kobiety w poszczególnych trymestrach”[174].

Włączenie kakao i gorzkiej czekolady do codziennej diety może łagodzić negatywne skutki narażenia na zanieczyszczenia powietrza. Badania wskazują, że zawarte w nich związki bioaktywne mogą ograniczać ryzyko występowania stanów zapalnych układu nerwowego, zmian strukturalnych i objętościowych mózgu oraz wczesnego rozwoju zmian neuropatologicznych charakterystycznych dla choroby Alzheimera i Parkinsona.

---

168 *Ibidem*, s. 72.
169 N. Niziurska, et. al., *op. cit.*, s. 41.
170 *Ibidem*, s. 42.
171 M. Musioł, et. al., *op. cit.*, s. 72.
172 *Ibidem*, s. 74.
173 *Ibidem*, s. 69.
174 *Ibidem*, s. 74.

Interesującą obserwacją jest również fakt, że w krajach charakteryzujących się wysokim spożyciem czekolady na mieszkańca odnotowano większą liczbę laureatów Nagrody Nobla, co sugeruje możliwy związek między konsumpcją kakao a funkcjami poznawczymi, choć zależność ta nie została jednoznacznie potwierdzona[175].

Jak głosi znana zasada Paracelsusa, „dawka czyni truciznę". Choć czekolada wykazuje liczne właściwości prozdrowotne, jej spożycie powinno być dostosowane do indywidualnego stanu zdrowia i potrzeb organizmu. Szczególną ostrożność powinny zachować osoby zmagające się z chorobami nerek i układu moczowego. Wykazano bowiem, że spożywanie czekolady może zwiększać stężenie kwasu szczawianowego w moczu, a szczawiany sprzyjają tworzeniu się kamieni nerkowych, co może nasilać objawy kamicy nerkowej[176]. Niektóre badania wskazują również, że w określonych przypadkach, zwłaszcza u mężczyzn[177], spożycie czekolady może przyczyniać się do zaostrzenia objawów trądziku pospolitego[178]. Należy także pamiętać, że czekolada jest produktem toksycznym dla wielu gatunków zwierząt[179].

Rozpatrując czekoladę jako element diety o potencjalnym działaniu prozdrowotnym, należy zwrócić uwagę na ilość jej spożycia. Wiele produktów czekoladowych zawiera znaczne ilości dodanych tłuszczów i sacharozy, co przekłada się na ich wysoką wartość energetyczną. Z tego względu nadmierne spożycie czekolady może prowadzić do niekorzystnych skutków zdrowotnych związanych z nadwyżką kaloryczną diety[180].

Kosmetologia

W kosmetologii panuje trend na powrót do starodawnych praktyk medycyny tradycyjnej[181]. Obserwuje się zainteresowanie tzw. „kosmetykami naturalnymi oraz surowcami pozyskiwanymi z roślin, które można wykorzystać w przemyśle kosmetycznym. Przyczyną tego zjawiska jest przekonanie, że substancje czynne pochodzenia naturalnego charakteryzują się łagodniejszym, a jednocześnie bardziej kompleksowym działaniem na organizm, w porównaniu z odpowiednimi związkami otrzymywanymi syntetycznie"[182].

---

[175] *Ibidem*, s. 74.

[176] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 44.

[177] „Wykazano jednak, że spożywanie 25 g gorzkiej czekolady dziennie przez 4 tygodnie istotnie zwiększa liczbę zaskórników i grudek zapalnych u mężczyzn ze skłonnością trądziku". M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 76.

[178] *Ibidem*, s. 69.

[179] *Ibidem*, s. 69.

[180] *Ibidem*, s. 77.

[181] „Od nowa odkrywane są i traktowane bardzo poważnie starożytne receptury: hinduska Ayurveda, recepty z egipskich papirusów, tradycyjna medycyna i kosmetyka chińska, tradycje Majów, Azteków, Indian itd." I. Konopacka-Brud, *Kosmetyki naturalne czy „naturalne"?*, „CHEMIK" 2010, 64, 10, s. 641.

[182] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit*., s. 139.

Kakao dzięki zawartych w nim różnorodnych substancjach aktywnych, które mają pozytywny wpływ na organizm, może być stosowane nie tylko od wewnątrz, ale również zewnętrznie. W postaci preparatów kosmetycznych[183] kakao wspomaga prawidłowe funkcjonowanie skóry[184], z tego powodu czekolada znalazła szerokie zastosowanie w kosmetyce[185].

Masło kakaowe pielęgnuje skórę, wchodzi w skład kosmetyków łagodzących oparzenia i stany zapalne skóry, natłuszcza, uelastycznia, zmiękcza naskórek, stanowi naturalny filtr UV, nawilża i ogranicza utratę wody. Wpływa pozytywnie na usuwanie blizn, w tym rozstępów skórnych. Dodawane jest także do szamponów i innych preparatów do włosów, dzięki czemu włosy stają się gładkie, miękkie i lśniące. Kosmetyki z dodatkiem masła kakaowego charakteryzują się słodkim, przyjemnym zapachem czekolady. Najczęściej występują w lotionach, balsamach, olejkach, kremach, mydłach i pomadkach do ust. Tłuszcz kakaowy z powodzeniem używany jest do masażu, a dzięki zawartej w niej kofeinie, która pobudza i tonizuje skórę[186], pomaga w spalaniu związków lipidowych. Jest on jednak przeciwwskazaniem dla osób chorujących na łuszczycę i egzemę[187].

Kakao zawiera miedź, żelazo, magnez, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania skóry. Na szczególną uwagę zasługują, obok składników mineralnych i witamin, dwie grupy biologicznie aktywnych związków chemicznych. Pierwszą z nich stanowią substancje o właściwościach przeciwutleniających, w tym polifenole, które wykazują zdolność neutralizowania reaktywnych form tlenu, w szczególności wolnych rodników ponadtlenkowych. Dzięki temu odgrywają istotną rolę w ochronie materiału genetycznego komórek skóry przed uszkodzeniami oksydacyjnymi. Drugą grupę tworzą alkaloidy purynowe, spośród których najważniejsze znaczenie przypisuje się kofeinie. Związki te wpływają korzystnie na procesy dotleniania tkanek i mikrokrążenia, co spowalnia procesy starzenia oraz stymulują przemiany metaboliczne[188].

Czekolada stanowi surowiec kosmetyczny o wielokierunkowym działaniu biologicznym. Jej właściwości nawilżające i natłuszczające wpływają korzystnie na odbudowę bariery hydrolipidowej skóry oraz ograniczają utratę wody z naskórka. Obecność związków przeciwutleniających umożliwia neutralizację wolnych rodników, co przyczynia się do ochrony struktur komórkowych przed uszkodzeniami oksydacyjnymi i opóźnia procesy

[183] R. Verna, *op. cit.*, s. 115.
[184] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit.*, s. 143.
[185] N. Niziurska, et. al., *op. cit.*, s. 43.
[186] R. Verna, *op. cit.*, s. 117.
[187] M. Matysek-Nawrocka, et. al., *op. cit.*, s. 143.
[188] *Ibidem*, s. 143.

starzenia. Kofeina i teobromina wspierają metabolizm tkanki tłuszczowej poprzez nasilenie procesów lipolitycznych, dlatego są uznawane za składniki o potencjalnym działaniu antycellulitowym. Z kolei kwas linolowy zawarty w tłuszczu kakaowym wspomaga regenerację skóry, poprawia jej elastyczność oraz może ograniczać widoczność blizn i rozstępów. Dodatkowo przypisuje się czekoladzie zdolność do poprawy mikrokrążenia oraz drenażu limfatycznego, co sprzyja usuwaniu nadmiaru płynów i metabolitów z tkanek. Właściwości te sprawiają, że czekolada jest powszechnie wykorzystywana jako składnik preparatów kosmetycznych oraz zabiegów oferowanych w gabinetach kosmetologicznych i ośrodkach spa[189].

Podsumowanie

Czekolada jest ceniona nie tylko ze względu na charakterystyczny smak i aromat, ale również z uwagi na przypisywane jej właściwości prozdrowotne. Badania naukowe wskazują, że spożywanie produktów kakaowych może pozytywnie wpływać na nastrój oraz wspomagać utrzymanie dobrostanu psychicznego. W literaturze podkreśla się także możliwość korzystnego oddziaływania składników kakao na organizm w stanach osłabienia, przewlekłego zmęczenia oraz innych dolegliwościach obniżających komfort życia[190].

Rosnące zainteresowanie funkcjonalnymi właściwościami żywności przyczyniło się do intensywnego rozwoju badań nad nutraceutykami. W efekcie możliwe stało się dokładniejsze poznanie mechanizmów odpowiedzialnych za biologiczną aktywność kakao i czekolady. Dostępne dane wskazują, że ich spożycie może wspierać prawidłowe funkcjonowanie układu krążenia, procesów metabolicznych oraz układu odpornościowego. Za obserwowane efekty odpowiadają nie tylko frakcje błonnika pokarmowego, lecz również polifenole oraz inne substancje bioaktywne obecne w ziarnach kakaowca. Związki te wykazują szerokie spektrum działania biologicznego, obejmujące właściwości przeciwutleniające, przeciwzapalne, przeciwnowotworowe, przeciwmutagenne i przeciwadhezyjne, a także mogą odgrywać rolę we wspieraniu zdrowia psychicznego[191].

Bibliografia

» Bojkowska D., *Kult świętych zawiniątek na przykładzie kultury Majów*, Kraków 2013 [praca magisterska]
» Cárdenas A., Mojica L., Coronado-Cáceres L., Castillo-Herrera G. A., *Unlocking the Alkaloid Biological Potential of Chili Pepper (Capsicum spp.), Cacao (Theobroma cacao L.), and Coffee (Coffea spp.) Byproducts: Characterization, Non-Conventional Extraction, Applications, and Future Perspectives*, „Molecules" 2025, 30, 3795

[189] N. Niziurska, et. al., *op. cit*., s. 43.
[190] *Ibidem*, s. 41.
[191] M. Musioł, et. al., *op. cit*., s. 77.

» Dickey T., Muse V., Wiencek H., *Boscy królowie Meksyku*, przeł. A. Kowalska, Amber, Warszawa 1997
» Garcia-Kutzbach A., *Medicine Among the Ancient Maya*, „Southern Medical Journal" 1976, Vol. 69, No. 7, s. 938–940
» Gillmor F., *Król tańczył na targowisku*, przeł. M. Frankowska, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1964
» Głuszek J., Kosicka T., *Wpływ kawy, herbaty, kakao na ciśnienie tętnicze i układ sercowo-naczyniowy*, „Arterial Hypertension" 2014, vol. 18, no. 1, s. 1–8
» Gołdys R., Bernacka K., Urbanowicz I., Fecka I., *Składniki bioaktywne nasion kakaowca, kakao i czekolady oraz ich wpływ na funkcje poznawcze i możliwe zastosowanie w chorobach kardiometabolicznych*, „Farmacja Polska" 2022, t. 78, nr 12, s. 734–752
» Kaliński J., *Historia gospodarcza XIX i XX w.*, Warszawa 2008
» Komar-Michalczyk K., *Nimfy, żeglarze i kakao, czyli kto malował „bombonierkę pana Wedla"*, „Stolica" 2023, nr 3–4, s. 38–43
» Konopacka-Brud I., *Kosmetyki naturalne czy „naturalne"?*, „CHEMIK" 2010, 64(10), s. 641–648
» Król J.A., Bylica J., *Historia opatrywania ran*, „Medycyna Paliatywna" 2020, 12(1), s. 8–17
» Krzemień P., *Przedsiębiorstwo społeczne w globalnych łańcuchach wartości na rynku kakao i czekolady na przykładzie Divine Chocolate Ltd.*, „Prace Geograficzne" 2025, z. 180, s. 113–126
» Lewis B.R., *Aztekowie*, przeł. M. Reczkiewicz-Śledziewska, Warszawa 2002
» Matysek-Nawrocka M., Cyrankiewicz P., *Substancje biologicznie aktywne pozyskiwane z herbaty, kawy, kakao oraz ich zastosowanie w kosmetykach*, „Postępy Fitoterapii" 2016, 17(2), s. 139–144
» Musioł M., Błoński B., Stolecka-Warzecha A., Paprotna-Kwiecińska J., Wilczyński S., *Wpływ czekolady na zdrowie człowieka*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis" 2018, 72, s. 69–79
» *Napoje kakaowe Majów. Od kakao z chili po rytualne mikstury z daturą: smaki, symbole i sekrety mezoamerykańskiego kakao*, publ. 09.04.2026 r., [dostęp: 19.05.2026 r.], Historykon.pl https://historykon.pl/napoje-kakaowe-majow-od-kakao-z-chili-po-rytualne-mikstury-z-datura-smaki-symbole-i-sekrety-mezoamerykanskiego-kakao/
» Niziurska N., Skokoń M., *Chemiczne oblicze czekolady*, „Analit" 2023, 13, s. 39–45
» Orłowski D., Woźniczko M., *Europejskie muzea produktów żywnościowych i ich znaczenie w turystyce kulinarnej*, ZNUV 2017, 54(3), s. 179–201
» Pastuszka W., *Turkusy za ziarna kakaowca*, publ. 2011, [dostęp: 19.05.2026 r.], Archeowieści. https://archeowiesci.pl/z-archiwum-turkusy-za-kakao/
» Piesowicz K., *Wielki Przewrót*, Warszawa 1962
» *Popol Vuh: Księga Rady Narodu Quiche*, oprac. E. Siarkiewicz, przeł. H. Czarnocka, C. M. Casas, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1980
» Popławski B., Szeniawska K., *Gorzka czekolada*, PAH, 2017
» Rusek M.H., *Zieleń cenniejsza niż złoto – rola jadeitu w kulturze Majów*, „Maska" 2014, nr 21, s. 73–84
» Ryn Z.J., *Medycyna konwencjonalna i medycyna tradycyjna w rejonie kanionu Colca, Peru*, „Geologia" 2008, t. 34, z. 2/1, s. 211–221
» Stańczyk P., *Uciśnieni, historia i społeczna zmiana. Historiozofia w filozofii wychowania P. Freirego: pojęcie historii jako możliwości*, „Forum Oświatowe" 2018, 30(1), s. 53–72
» *The history of cocoa*, [dostęp: 19.05.2026 r.], Silvio Bessone – The History of Cocoa. https://www.silviobessone.it/en/the-history-of-cocoa/
» Tuszyńska B., *Glify Majów jako najbardziej rozwinięty rodzaj pisma w Mezoameryce*, „Scripta Neophilologica Posnaniensia" 2018, t. XVIII, s. 293–317

» Tuszyńska B., Jagodziński K., *Językowo-kulturowe konsekwencje kontaktu Majów z Hiszpanami*, „Scripta Neophilologica Posnaniensia" 2018, t. XVIII, s. 281–297
» Ulmer A., *Choroby i ich leczenie w kulturze Majów w epoce prekolumbijskiej i kolonialnej*, „Ameryka Łacińska" 2012, 2(76), s. 5–31
» Ulmer A., *Wojna w życiu Majów klasycznych*, „Ameryka Łacińska" 2007, 1(55), s. 1–21
» Verna R., *The History and Science of Chocolate*, „Malaysian Journal of Pathology" 2013, 35(2), s. 111–121
» Zdrojewicz Z., Grześkowiak K., Łukasiewicz M., *Wpływ spożycia czekolady na organizm człowieka*, „Medycyna Rodzinna" 2017, 20(3), s. 237–243

GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA
im. Stanisława Konopki

NASZA OFERTA

DRUKUJEMY: ulotki, zaproszenia, plakaty, broszury, książki, monografie naukowe i czasopisma **W TECHNOLOGII** cyfrowej w kolorystyce CMYK.
NA PAPIERZE satynowym lub powlekanym zarówno błyszczącym, jak i matowym, w gramaturach od 90 g/m^2 do 300 g/m^2; w formatach – A5, A4, A3 do SRA3.
W OPRAWIE miękkiej, twardej lub zeszytowej we własnej introligatorni. Objętość wykonywanych przez nas broszur niskonakładowych może być dowolna.
REALIZUJEMY projekty Klienta albo przygotowujemy projekt w ramach naszych usług.
PROJEKTUJEMY — przygotowujemy projekty ulotek, zaproszeń, plakatów oraz broszur, książek, monografii naukowych i czasopism oraz realizujemy **SKŁAD KOMPUTEROWY** — zajmujemy się składem broszur, książek, monografii naukowych i czasopism.

Więcej informacji na stronie www.gbl.waw.pl;
e-mail: administracja@gbl.waw.pl; tel.: 22 849-78-51 w. 107, 114

Format	Strony	Papier	Kolorystyka	Koszt druku 50 szt.	Przygotowanie projektu
Ulotki					
A5	2 strony	satyna 130 g	kolor (4+4)	80,00 zł	50,00 zł
Ulotki składane					
A4 do A5	4 strony	satyna 130 g	kolor (4+4)	150,00 zł	140,00 zł
A4 w DL (C lub Z)	6 stron	satyna 130 g	kolor (4+4)	150,00 zł	200,00 zł
A3 w DL (C lub Z)	6 stron	satyna 240 g	kolor (4+4)	200,00 zł	200,00 zł
Broszury w okładkach (oprawa zeszytowa)					
Okładka	4 strony	satyna 240 g	kolor (4+4)		
+ Wkład A4	16 stron	satyna 130 g	kolor (4+4)	450,00 zł	300,00 zł
+ Wkład A5	16 stron	satyna 130 g	kolor (4+4)	400,00 zł	300,00 zł
+Wkład 210 × 210 mm	20 stron	satyna 130 g	kolor (4+4)	510,00 zł	300,00 zł

Podane ceny są szacunkowe, a wyceny ustalane są indywidualnie.

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 165–176

Lekarze Korpusu Ochrony Pogranicza – absolwenci Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie (2)[1]. Kpt. lek. Kazimierz Józef Szulc (1904–1992)

Doctors of the Border Protection Corps – Graduates of the Sanitary Training Centre in Warsaw (2). Captain (Medical Corps) Kazimierz Józef Szulc (1904–1992)

Katarzyna Słojkowska
Główna Biblioteka Lekarska, Dział Starej Książki Medycznej, Warszawa

Streszczenie

Według stanu na dzień rozpoczęcia mobilizacji alarmowej 23 marca 1939 r. służbę w Korpusie Ochrony Pogranicza pełniło 17 oficerów lekarzy – absolwentów Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie. Wśród nich znajdował się kpt. lek. Kazimierz Józef Szulc (1904–1992) z Batalionu KOP „Rokitno", któremu poświęcona jest 2. część cyklu o absolwentach ujazdowskiej „Sanitarki" pełniących zaszczytną, ale także twardą i ciężką służbę na granicach Rzeczypospolitej.

Słowa kluczowe: Korpus Ochrony Pogranicza, lekarze oficerowie, Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, medycyna wojskowa, Kazimierz Józef Szulc (1904–1992).

[1] Pierwszą część cyklu zob.: K. Słojkowska, *Lekarze Korpusu Ochrony Pogranicza – absolwenci Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie. Wacław Kessling (1906–2000)*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej – Historia", 2026, R. 2, nr 3, s. 53–66.

Abstract

As of the start of the emergency mobilization on March 23, 1939, seventeen medical officers—graduates of the Sanitary Training Center in Warsaw – were serving in the Border Protection Corps (KOP). Among them was Captain Kazimierz Józef Szulc (1904–1992) of the KOP „Rokitno" Battalion; he is the subject of the second part of a series dedicated to the graduates of the Ujazdów Sanitary Training Center who performed honorable, yet arduous and demanding, service on the borders of the Republic of Poland.
Keywords: Border Protection Corps, medical officers, Medical Training Centre, military medicine, Kazimierz Józef Szulc (1904–1992).

Kazimierz Józef Szulc urodził się 1 kwietnia 1904 r. w Choceniu w pow. włocławskim jako najmłodsze dziecko Seweryna, z zawodu piekarza, i Stanisławy z d. Bączkowskiej. W 8. roku życia został uczniem wstępnego oddziału szkoły powszechnej w Osięcinach (pow. nieszawski), następnie – po przeprowadzce rodziny do Włocławka – uczęszczał w tym mieście do kolejnych oddziałów szkoły powszechnej. W latach 1915–1922 uczył się w Gimnazjum Państwowym we Włocławku, gdzie 3 czerwca 1922 r. zdał egzamin dojrzałości. Jako uczeń gimnazjalny działał w harcerstwie, pełniąc funkcję komendanta 6. Drużyny Harcerskiej im. Szymona Konarskiego – dla szkół powszechnych, wchodzącej w skład Włocławskiego Hufca Męskiego[2]. W czasie wojny polsko-bolszewickiej wstąpił 13 lipca 1920 r. ochotniczo do Wojska Polskiego i służył w kompanii wartowniczej batalionu wojsk wartowniczych i etapowych nr 5/IV w Modlinie, a potem w Łodzi (bezterminowo urlopowany 13 października wrócił do ław szkolnych).

W październiku 1922 r. rozpoczął studia uniwersyteckie. Z początku studiował prawo na Uniwersytecie Warszawskim, ponieważ nie dostał się na medycynę. 1 sierpnia 1923 r. został przyjęty do Wojskowej Szkoły Sanitarnej w Warszawie[3] jako elew tzw. II promocji[4]. Po odbyciu wstępnego przeszkolenia wojskowego, 25 października 1923 r., został immatrykulowany na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego im. Józefa Piłsudskiego

[2] J. Dębiński, *O druhu ks. Antonim Bogdańskim i harcerstwie na Kujawach wschodnich i w ziemi dobrzyńskiej*, „Studia Włocławskie", 2004, T. 7, s. 401.

[3] Od 14 listopada 1924 r. – Oficerska Szkoła Sanitarna, od 1 września 1928 r. – Szkoła Podchorążych Sanitarnych, od 1 kwietnia 1930 r. – Centrum Wyszkolenia Sanitarnego.

[4] W latach 1922–1939 przyjęto do Szkoły, do batalionu podchorążych służby stałej (zawodowych), siedemnaście roczników zwanych promocjami. Nie było promocji V, ponieważ w 1926 roku nie przyjęto nikogo. Promocja XVIII, w liczbie 80 elewów, nie rozpoczęła studiów z powodu wybuchu wojny.

(nr albumu 13329). W lipcu i sierpniu 1924 r. odbył dwumiesięczną praktykę w 7. Pułku Ułanów Lubelskich, zaś od 3 sierpnia do 2 września 1928 r. odbywał miesięczną praktykę fachową w 7. Pułku Piechoty Legionów. Jako podchorąży sanitarny był członkiem Akademickiego Związku Sportowego, w ramach którego ze szczególnym zamiłowaniem uprawiał lekką atletykę i rugby.



Wykaz wykładów i ćwiczeń studenta Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego Kazimierza Szulca

Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego, WL/RP 13329

W trakcie nauki w „Sanitarce" otrzymywał bardzo dobre opinie od przełożonych, którzy podkreślali wśród jego zalet pracowitość, spokój, inteligencję. Wykształcenie oficera lekarza uzyskał w 1929 r., otrzymując 18 czerwca tego roku dyplom doktora wszechnauk

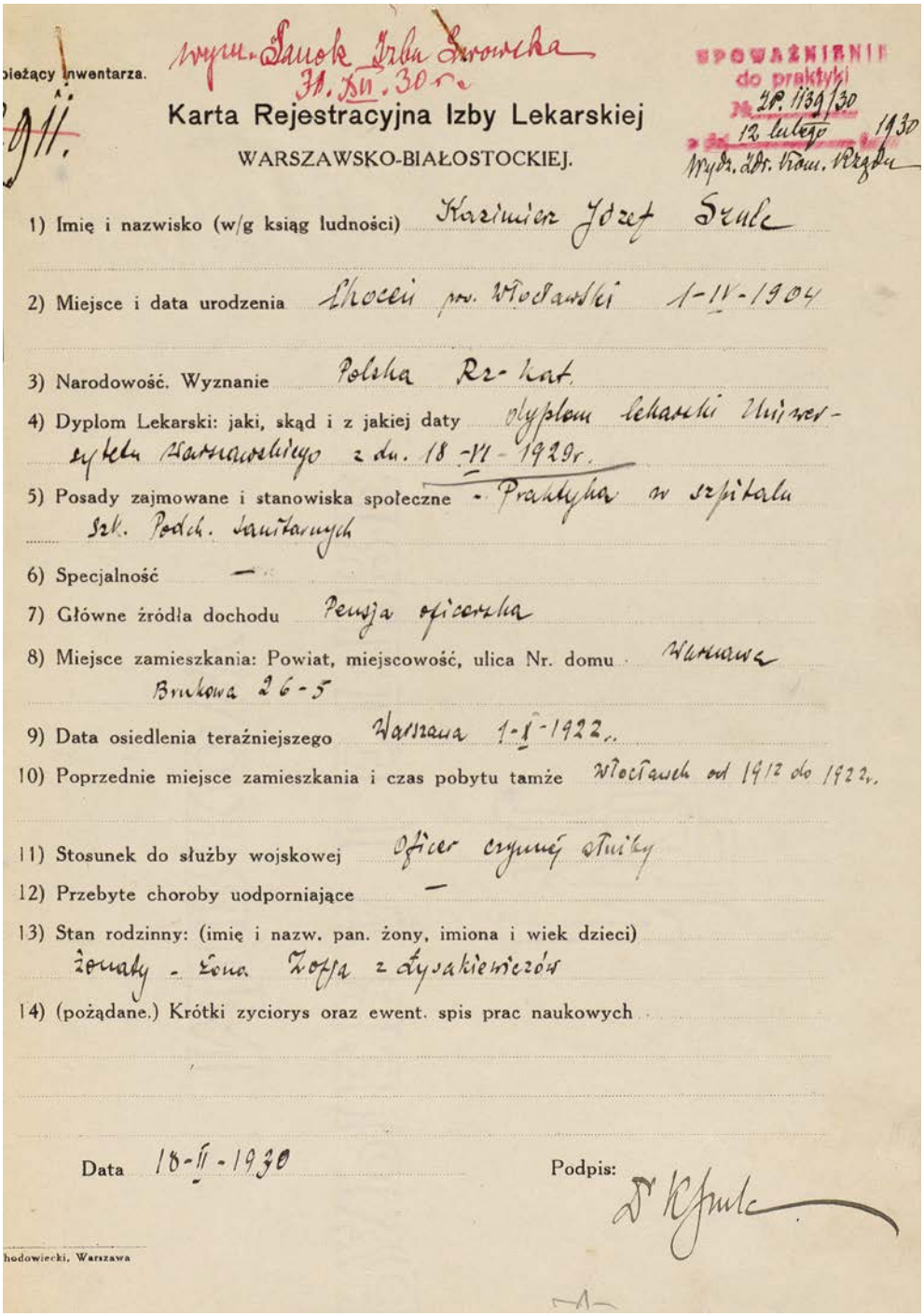
lekarskich, a 15 sierpnia – mianowanie na stopień podporucznika w Korpusie Oficerów Służby Zdrowia – grupa lekarzy. Następnie do grudnia 1930 r. odbywał praktykę szpitalną w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego.

1 stycznia 1931 r. awansował na stopień porucznika i następnie 5 stycznia rozpoczął służbę na stanowisku młodszego lekarza w 2. Pułku Strzelców Podhalańskich w Sanoku. 29 października 1931 r. został przeniesiony do 2. Pułku Piechoty Legionów w Sandomierzu i wyznaczony lekarzem detaszowanego I batalionu w Staszowie.



Elewowie II promocji Wojskowej Szkoły Sanitarnej na przeszkoleniu kawaleryjskim w 7. Pułku Ułanów w Mińsku Mazowieckim; podchorąży Kazimierz Szulc w górnym rzędzie stojących trzeci od prawej, 1924 r.

DSKM GBL, I–1314, p. 8



bieżący inwentarza.

wypr. Sanok Izba Lekarska
31. XII. 30 r.

Karta Rejestracyjna Izby Lekarskiej
WARSZAWSKO-BIAŁOSTOCKIEJ.

ZEZWOLENIE
do praktyki
№ 28. 1139/30
12 lutego 1930
Wydz. Zdr. Urzęd. Rządu

1) Imię i nazwisko (w/g ksiąg ludności) Kazimierz Józef Szulc
2) Miejsce i data urodzenia Chocen pow. Włocławski 1-II-1904
3) Narodowość. Wyznanie Polska Rz-kat.
4) Dyplom Lekarski: jaki, skąd i z jakiej daty dyplom lekarski Uniwersytetu Warszawskiego z dn. 18-VI-1929 r.
5) Posady zajmowane i stanowiska społeczne - Praktyka w szpitalu Szk. Podch. Sanitarnych
6) Specjalność —
7) Główne źródła dochodu Pensja oficerska
8) Miejsce zamieszkania: Powiat, miejscowość, ulica Nr. domu Warszawa Brukowa 26-5
9) Data osiedlenia teraźniejszego Warszawa 1-I-1922 r.
10) Poprzednie miejsce zamieszkania i czas pobytu tamże Włocławek od 1912 do 1922 r.
11) Stosunek do służby wojskowej Oficer czynnej armii
12) Przebyte choroby uodporniające —
13) Stan rodzinny: (imię i nazw. pan. żony, imiona i wiek dzieci)
żonaty - Żona Zofja z Czyżakiewiczów
14) (pożądane.) Krótki zyciorys oraz ewent. spis prac naukowych

Data 18-II-1930 Podpis: Dr K Szulc

hodowiecki, Warszawa

Karta rejestracyjna Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, 1930 r.

DSKM GBL



Por. lek. Kazimierz Szulc, ok. 1931–1933

Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego



Kpt. lek. Kazimierz Szulc z żoną i dziećmi w Rokitnie na Wołyniu, ok. 1935–1939

Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego

1 stycznia 1934 r. awansowany do stopnia kapitana. Od 11 stycznia 1935 r. do 20 czerwca 1939 r. służył na stanowisku lekarza w Batalionie KOP „Rokitno”[5], dodatkowo angażując się w życie kulturalne jednostki. Prowadził tu chór i orkiestrę wojskową oraz uczył śpiewu żołnierzy – solistów na okolicznościowe występy. W tym ostatnim zajęciu pomagała mu Helena Kotarba – żona dowódcy ppłk. Marcelego Kotarby[6], która akompaniowała solistom na fortepianie[7].

W Rokitnie prowadził także działalność lekarską na rzecz ludności cywilnej. „Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1938 rok”[8] wymienia go jako jednego z trzech lekarzy (obok ginekologa Borysa Aniszczuka i internisty Henzela Sommermanna) pracujących w tej miejscowości. W „Migawkach rokitniańskich” jego córka wspominała:

[5] Na tym etacie znajdował się w dniu rozpoczęcia mobilizacji alarmowej 23 marca 1939 r. Batalion „Rokitno” Pułku KOP „Sarny” stacjonował w Rokitnie w powiecie sarneńskim województwa wołyńskiego.

[6] Ppłk Marceli Kotarba (1897–1962) dowodził Batalionem KOP „Rokitno” w okresie od lutego 1936 do lutego 1939 roku.

[7] Relacja Marii Koźmińskiej, Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego.

[8] „Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1938 rok”, Warszawa 1938, poz. 521.



Kpt. lek. Kazimierz Szulc (pierwszy z prawej) z żoną, fotografia spacerowa wykonana w Warszawie, ok. 1934–1939

Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego

„Kiedyś Tata zabrał mnie ze sobą, żebym była obecna przy zmianie opatrunku na rączce małej dziewczynki – poleszunki, której starszy brat nadciął siekierą palce dłoni, gdy podkładała mu drewno do rąbania. Dziewczynka miała szyte wszystkie paluszki i nawet nie pisnęła przy tej operacji. Również dzielnie zachowywała się podczas zmieniania opatrunków”[9].

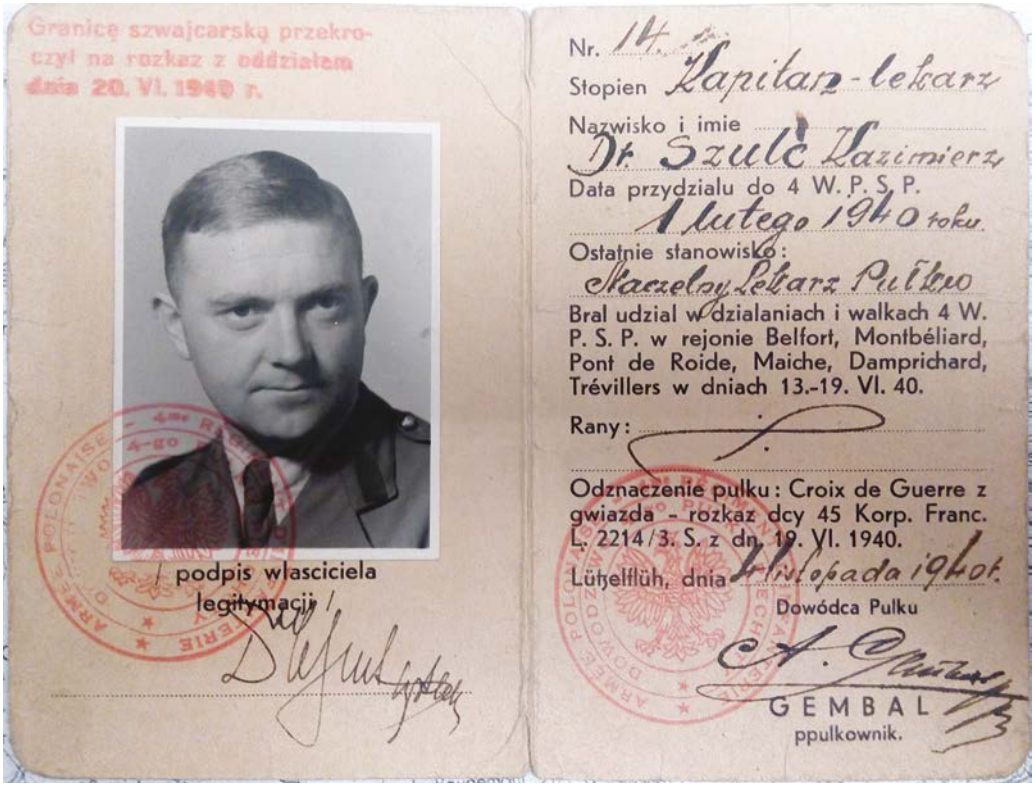
Następnie w końcu czerwca 1939 r. został skierowany na specjalizację z rentgenologii do Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie. Równocześnie uczestniczył (od 10 lipca 1939 r.) w praktycznym kursie na oficerów-lekarzy sztabowych.

W wojnie obronnej 1939 r. był komendantem Zespołu Ratownictwa Przeciwgazowego i Pierwszej Pomocy Medycznej nr 105 w Warszawie. Jego wrześniowy szlak wiódł ze stolicy na południowo-wschodnie kresy II Rzeczypospolitej (Warszawa – Kutno – Warszawa – Łuków – Brześć – Równe – Tarnopol – Stanisławów – Kuty). 19 września na rozkaz przeszedł granicę w Kutach i do końca października był internowany w Rumunii. W tym czasie został powołany do polskiego kierownictwa szpitala wojskowego w Tulczy (Tulcea) na oddział wewnętrzny.

Następnie 3 listopada 1939 r. powołano go do formującego się Wojska Polskiego we Francji, gdzie przeszedł przez obozy przejściowe w koszarach Bessières w Paryżu (5 listopada – 18 grudnia 1939 r.) i obóz lekarzy w Combourg (18 grudnia 1939 r. – 2 stycznia 1940 r.). Po nostryfikacji dyplomu (3–30 stycznia 1940 r.), został 1 lutego mianowany naczelnym lekarzem w 4. Warszawskim Pułku Strzelców Pieszych (2. Dywizja Strzelców Pieszych), z którym jako lekarz pułkowy przebył kampanię francusko-niemiecką, zakończoną 19 czerwca 1940 r. internowaniem w Szwajcarii. Miejscami internowania były kolejno: Lützelfluh pod Bernem (28 czerwca 1940 r. – 19 marca 1941 r.), St. Peter w Kantonie Graubünden (20 marca 1941 r. – 26 sierpnia 1941 r.), Neunkirch (26 sierpnia 1941 r. – 9 grudnia 1941 r.), Rodels (25 lutego 1942 r. – 19 maja 1942 r.) i Ilanz (10 grudnia 1941 r. – 11 grudnia 1944 r.). W Szwajcarii pełnił obowiązki lekarza obozu internowanych żołnierzy polskich, a także pracował jako wolontariusz w szpitalu miejskim w Ilanz w okresie 1 stycznia – 31 maja 1942 r.

Od 19 grudnia 1944 r. do 11 stycznia 1945 r. brał udział w komisji przeglądowej w Sorgues we Francji. Następnie skierowano go do Szkocji, gdzie został przydzielony do Centrum Wyszkolenia Sanitarnego na stanowisko lekarza Szpitala Wojennego nr 1. Od czerwca 1945 r. był dowódcą 13. Kompanii Sanitarnej 4. Dywizji Piechoty, a od stycznia do września 1946 r. odbywał specjalizację z rentgenologii w Szpitalu Wojennym nr 1 w Anglii.

[9] M. Koźmińska, *Migawki rokitniańskie*, [w:] Teczka Zofii Szulc z materiałami zebranymi przez Fundację Generał Elżbiety Zawackiej, k. 74, https://kpbc.umk.pl/Content/195928/PDF/Szulc_Zofia_798_1998_Pom.pdf.



Legitymacja 4. Warszawskiego Pułku Strzelców Pieszych kpt. lek. Kazimierza Szulca, 1940 r.

Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego

Zwolniony z szeregów Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie 11 października 1946 r., do Polski powrócił 5 listopada 1946 r. Od stycznia 1947 r. do sierpnia 1948 r. prowadził prywatną praktykę lekarską w Czernikowie w pow. Lipno. Następnie przeniósł się do Skarżyska-Kamiennej, gdzie od 1 sierpnia 1948 r. pracował jako lekarz rejonowy w Ubezpieczalni Społecznej oraz jako lekarz przemysłowy Zakładów Metalowych Nr 2[10]. Jednocześnie był lekarzem szkolnym miejskiego Technikum Mechanicznego oraz przez pewien czas pracował jako lekarz dyżurny w Pogotowiu Ratunkowym w Skarżysku. Jako lekarz naczelny Zakładów Metalowych powiększył przyzakładowy ośrodek służby zdrowia, tworząc m.in. Przyzakładowe Półsanatorium Przeciwgruźlicze dla robotników wyleczonych z gruźlicy, zdolnych już do pracy, a mieszkających poza Skarżyskiem. Dzięki

[10] Do 1939 r. – Państwowa Fabryka Amunicji, po 1945 r. przedsiębiorstwo wielokrotnie zmieniało nazwę m.in. na „Zjednoczone Zakłady Wyrobów Metalowych Zakład nr 2 w Skarżysku", Zakłady Metalowe PREDOM – MESKO, Zakłady Metalowe MESKO, Zakłady Metalowe im. Gen. Władysława Sikorskiego, MESKO S.A.

jego zdolnościom organizacyjnym ośrodek sprawnie funkcjonował, dysponując odpowiednią bazą lokalową i obsadą lekarsko-pielęgniarską. 31 grudnia 1950 r. został przeniesiony do rezerwy.

W czasie służby w Korpusie Ochrony Pogranicza w 1938 r. był przewodniczącym Koła Polskiego Białego Krzyża w Rokitnie. Od 1946 r. był członkiem Ligi Lotniczej. W Skarżysku-Kamiennej był przez kilka lat prezesem Polskiego Czerwonego Krzyża – Oddziału w Zakładach Metalowych i radnym Miejskiej Rady Narodowej jako członek Komisji Zdrowia. Był organizatorem i czynnym uczestnikiem tzw. „białych niedziel". Był stałym współpracownikiem czasopisma „Nasze Słowo. Organ Komitetu Zakładowego PZPR, Rady Zakładowej, ZMP Zakładów Metalowych, Zakładów Mechaniki Precyzyjnej i Zakładu W w Skarżysku-Kamiennej", gdzie prowadził rubrykę porad lekarskich.

28 listopada 1928 r. w Kościele Parafialnym Matki Boskiej Częstochowskiej w Warszawie zawarł bez zezwolenia władz wojskowych związek małżeński z Zofią Marią Łysakiewicz (1901–1971)[11], za co Wojskowy Sąd Okręgowy nr 1 w Warszawie skazał go w 1930 roku na trzytygodniową karę twierdzy, zwiększoną następnie do dwóch miesięcy[12]. Małżeństwo miało dwoje dzieci – córkę Marię (ur. 1932), po mężu Koźmińską i syna Władysława (ur. 1933).

Odznaczony Medalem 3 Maja (1925), Medalem Dziesięciolecia Odzyskanej Niepodległości (1928), Srebrnym Krzyżem Zasługi (1938), francuskim Krzyżem Wojennym (Croix de Guerre) z brązową gwiazdą (1940), Krzyżem Walecznych (1941), Złotym Krzyżem Zasługi (1957), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1969), francuskim Medalem Pamiątkowym za Wojnę 1939–1945 (1975), Medalem Zwycięstwa i Wolności 1945 r. (1976), Odznaką Grunwaldzką (1977), brytyjskim Medalem Wojny 1939–1945 (1978), Medalem Wojska (1981), Medalem „Za udział w wojnie obronnej 1939" (1983) i Krzyżem Czynu Bojowego Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie (1990).

Swoją postawą i stosunkiem do obowiązków pozostał żołnierzem do końca życia. Zmarł 31 stycznia 1992 r. i został pochowany na cmentarzu parafialnym w Skarżysku-Kamiennej.

Autorka pragnie podziękować Panu Andrzejowi Koźmińskiemu – wnukowi kpt. lek. Kazimierza Józefa Szulca – za udostępnienie fotografii i dokumentów z rodzinnego archiwum.

[11] Córka Stefana – aptekarza – i Marii z d. Świąteckiej, absolwentka włocławskiego gimnazjum, harcerka, absolwentka Miejskiej Szkoły Sztuk Zdobniczych i Malarstwa w Warszawie, studentka archeologii, żołnierz Komendy Obrońców Polski i Wojskowej Służby Kobiet Armii Krajowej Obwodu Lipno w Inspektoracie Włocławek.

[12] Odbył ją od 12 czerwca do 11 sierpnia 1930 r.



Nagrobek kpt. lek. Kazimierza Szulca na cmentarzu parafialnym w Skarżysku-Kamiennej

http://mogily.pl/skarzyskokamienna/SzulcKazimierz_1196197

Bibliografia

Źródła:

» Archiwum rodzinne Andrzeja Koźmińskiego – wnuka
» „Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1938 rok", Warszawa 1938
» Teczka osobowa oficera korpusu służby zdrowia, Centralne Archiwum Wojskowe Wojskowego Biura Historycznego, AP 9140
» Teczka akt personalnych, Centralne Archiwum Wojskowe Wojskowego Biura Historycznego, TAP 1472/70/35
» Teczka studencka, Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego, WL/RP 13329
» Teczka osobowa Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej
» Teczka Zofii Szulc, Fundacja Generał Elżbiety Zawackiej. Archiwum i Muzeum Pomorskie Armii Krajowej oraz Wojskowej Służby Polek, https://kpbc.umk.pl/Content/195928/PDF/Szulc_Zofia_798_1998_Pom.pdf

Opracowania:

» J. Dębiński, *O druhu ks. Antonim Bogdańskim i harcerstwie na Kujawach wschodnich i w ziemi dobrzyńskiej*, „Studia Włocławskie", 2004, T. 7, s. 397–406
» K. Kiniorski, *Kamienna – rzeka, osada, miasto – cz. 173*, „Ostra Brama nad Kamienną. Tygodnik niedzielny", 20 VII 2025 r., nr 29, s. 7
» J.P. Knap, *Służba Zdrowia Korpusu Ochrony Pogranicza 1924–1939*, plik pdf via Muzeum Polskich Formacji Granicznych

Strony internetowe:

» https://www.mesko.com.pl/o-firmie/historia; dostęp 14.05.2026 r.
» http://mogily.pl/skarzyskokamienna/SzulcKazimierz_1196197

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 177–200

Dzieje warszawskich aptek (4)[1]. Jezuicka 17 i Trębacka 4

The history of Warsaw pharmacies (4). 17 Jezuicka and 4 Trębacka

Anita Chodkowska
Polska Akademia Nauk Archiwum w Warszawie

Streszczenie

Kontynuuję prezentację najstarszych aptek stolicy. Wiele z nich związanych było z warszawskim Starym Miastem. Najstarsze wywodziły swój rodowód z apteki królewskiej. Jednak wobec braku dostatecznych źródeł nie ma obecnie możliwości, by z całą pewnością zaprezentować ich historię. Niektóre znikały po cichu po wielu latach działalności, inne przenosiły się na nowe miejsca, zaznaczając, skąd się wywodzą, jak apteka przy Trębackiej. Do końca II wojny światowej przetrwała na Starym Mieście tylko jedna apteka. W sercu warszawskiej Starówki warto sobie opowiedzieć o zadaniach, jakie czekały nastoletnich chłopców wstępujących w apteczne progi oraz przypomnieć specyfiki, którymi szczyciły się staromiejskie oficyny. W czwartej części cyklu udajemy się na Starówkę i do apteki teatrów warszawskich.

[1] Poprzednie odcinki zob.: Anita Chodkowska, *Dzieje warszawskich aptek (1). Nowy Świat 18*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej – Historia" (Warszawa), 2025, R. I, nr 1, s. 161–172; Anita Chodkowska, *Dzieje warszawskich aptek (2). Nowy Świat 31 i 60*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej – Historia" (Warszawa), 2025, R. I, nr 2, s. 75–92; Anita Chodkowska, *Dzieje warszawskich aptek (3). Krakowskie Przedmieście 22 i 55*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej – Historia" (Warszawa), 2026, R. II, nr 3, s. 121–140.

Słowa kluczowe: aptekarstwo, apteka królewska, farmacja, historia aptekarstwa, historia farmacji, historia Warszawy.

Abstract

I continue my presentation of Warsaw's oldest pharmacies. Many of them were associated with Warsaw's Old Town. The oldest traced their origins back to the royal pharmacy. However, due to the lack of sufficient historical sources, it is currently impossible to present their history with complete certainty. Some disappeared quietly after many years of operation, while others moved to new locations, emphasizing their origins, as was the case with the pharmacy on Trębacka Street. By the end of the Second World War, only one pharmacy had survived in the Old Town. In the heart of the Old Town, it is worth discussing the duties that awaited teenage boys entering the pharmacy profession and recalling the remedies and preparations for which the Old Town pharmacies were renowned. Let us head to the Old Town and visit the Pharmacy of the Warsaw Theatres.
Key words: pharmacy, history of pharmacy, history of Warsaw.

Rynek Starego Miasta przez stulecia stanowił najważniejsze centrum handlowe, administracyjne i towarzyskie Warszawy. Jego znaczenie dodatkowo wzmacniało sąsiedztwo Zamku Królewskiego – siedziby władców i najważniejszych urzędów państwowych. Nic więc dziwnego, że aptekarze, podobnie jak przedstawiciele innych cenionych zawodów, chętnie lokowali swoje apteki właśnie w tej prestiżowej części miasta, gdzie koncentrowało się życie gospodarcze oraz społeczne.

Z biegiem czasu gęsta zabudowa i brak możliwości dalszego rozwoju przestrzennego w obrębie murów miejskich sprawiły, że zamożniejsi mieszkańcy zaczęli przenosić się na nowe tereny położone poza granicami Starego Miasta. W jego obrębie pozostawali głównie drobni kupcy, rzemieślnicy oraz mniej zamożne warstwy społeczne. Pomimo tych przemian Rynek zachował swój średniowieczny układ urbanistyczny oraz charakterystyczny wygląd. Otaczają go wąskie, wielokondygnacyjne kamienice o barwnych fasadach, które do dziś stanowią jeden z najbardziej rozpoznawalnych elementów warszawskiej Starówki. Ich wnętrza były jednak zazwyczaj ciasne i słabo doświetlone, a warunki sanitarne często pozostawiały wiele do życzenia, nawet jak na standardy dawnych epok.

W XIX wieku Rynek poddano pracom porządkowym i modernizacyjnym. Usunięto liczne jatki mięsne, kramy oraz stragany handlowe, dzięki czemu przestrzeń zyskała bardziej reprezentacyjny i estetyczny charakter. Przez kilka stuleci centralnym punktem placu był murowany ratusz miejski, będący symbolem samorządu Warszawy. Budowla

uległa znacznym zniszczeniom podczas wielkiego pożaru miasta w 1607 roku, a ostatecznie została rozebrana w latach 1817–1819. Od tego czasu otwarta przestrzeń rynku pozwala na pełne wyeksponowanie otaczającej go historycznej zabudowy.



Ratusz na Rynku Starego Miasta, ok. 1850 r.

Biblioteka Narodowa

W kamienicach otaczających Rynek Starego Miasta znajdowały się apteki, które przez wieki służyły mieszkańcom Warszawy. Ich obecność świadczy o znaczeniu tego miejsca nie tylko jako ośrodka handlu, lecz także jako centrum usług medycznych i farmaceutycznych dawnej stolicy.

Pierwsze warszawskie apteki były ściśle związane z dworem królewskim. To właśnie wraz z królem do miasta przybyli aptekarze zamieszkujący na Zamku, którzy z czasem uzyskali prawo sprzedaży leków również mieszkańcom Warszawy. Aptekarz dworski, „…otrzymawszy lokal i urządzenie, wprowadzał swój własny towar, który odsprzedawał następnie, jeśli się z dworu usuwał. Jakkolwiek niekiedy dostarczano mu materiał do przerobienia, po największej jednak części, robił lekarstwa ze swego i sprzedawał dworowi, według rachunków, przez medyków z dworu sprowadzanych”[2]. Wielu spośród tych farmaceutów należało do grona osób znaczących w życiu miasta, a ich działalność została opisana przez historyków Warszawy.

[2] K. Wenda, *Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy*, Warszawa 1917, s. 3.

Źródła historyczne dostarczają również licznych informacji o aptekach funkcjonujących na Rynku Starego Miasta. Skupienie wielu zakładów w jednym miejscu sprzyjało zaostrzającej się konkurencji, która niekiedy prowadziła do sporów o klientów, walk cenowych, a nawet bójek. Jak odnotowano, „w czem i panie aptekarzowe brały niekiedy udział”[3]. W czasie takich zatargów aptekarze sięgali czasem po tłuki od dużych moździerzy, stanowiących podstawowe wyposażenie każdej apteki. Była to, jak pisano, „broń straszna, specyficznie zawodowa”[4].



Rynek Starego Miasta, ok. 1900 r.; zdjęcie kolorowane

Biblioteka Kongresu, numer reprodukcji: LC-DIG-ppmsc-03910

Pod koniec XVI wieku w Warszawie funkcjonowało osiem aptek, natomiast w 1800 roku ich liczba wzrosła już do dwudziestu[5]. W XIX stuleciu rozpoczął się stopniowy odpływ aptek ze Starego Miasta. Jak zauważył historyk farmacji Kazimierz Wenda, „ok. 1833 r. na Rynku Starego Miasta były 3 apteki: Heissingów, Ulbrychta i Gudeita z tych dwu ostatnich jedną widzimy dziś za Żelazną Bramą, drugą na Smolnej”[6]. Zjawisko to odzwierciedlało postępujące ubożenie tej części miasta oraz poszukiwanie przez aptekarzy nowych, bardziej perspektywicznych lokalizacji. Do wybuchu II wojny światowej

[3] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 5, s. 86.

[4] Ibidem.

[5] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy…*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 5, s. 279.

[6] K. Wenda, *Apteka na Zamku Warszawskim*…, s. 19.

na Starym Mieście przetrwała już tylko jedna apteka, a odtworzenie jej losów pozostaje zadaniem niezwykle trudnym ze względu na fragmentaryczny stan zachowanych źródeł.

Dysponujemy wzmianką o aptece funkcjonującej na Rynku Starego Miasta, której początki mogły sięgać połowy XVI wieku[7]. W XVIII stuleciu jej właścicielem był Ignacy Andrychiewicz. Niewykluczone, że wcześniej należała ona do jego ojca, Antoniego Andrychiewicza, pochodzącego z Płocka, który w 1714 roku został przyjęty do grona mieszczan Starej Warszawy. Uzyskanie prawa miejskiego było wówczas warunkiem niezbędnym do legalnego wykonywania zawodu aptekarza. Zapiski zachowane w księgach miejskich z 1718 roku wymieniają Antoniego Andrychiewicza jako wierzyciela innego aptekarza. Charakter tych wpisów wskazuje, że już wtedy prowadził on działalność aptekarską, co może potwierdzać jego związki z omawianą apteką.

Antoni Andrychiewicz (zm. 1758) miał dwóch synów związanych z zawodem aptekarskim. Pierwszym z nich był Wojciech Andrychiewicz, również aptekarz, przyjęty do prawa miejskiego Warszawy w 1757 roku[8]. Drugim – Ignacy Andrychiewicz, wpisany do ksiąg mieszczan Starej Warszawy w 1778 roku. Ignacy poślubił Zuzannę Gidelską, córkę kupca korzennego, co dodatkowo wzmacniało jego związki ze środowiskiem handlowym miasta. Był właścicielem posesji położonej naprzeciwko Kościoła św. Jana, prowadził aptekę oraz pełnił różne urzędy miejskie[9]. Działalność Ignacego Andrychiewicza wykraczała poza prowadzenie apteki. W latach 1781–1785 należał do dostawców leków dla warszawskich lazaretów[10]. W 1777 roku przekazał Szpitalowi św. Łazarza w Warszawie kwotę 3600 złotych w imieniu wdowy i spadkobierców Antoniego Andrychiewicza, natomiast szpital ten wypłacił mu 1000 złotych należności za dostarczone medykamenty. Andrychiewicz zaopatrywał również wojsko w leki, o czym świadczą zachowane wzmianki w aktach byłej Komisji Wojskowej z 1785 r.[11]. Jego działalność pokazuje, że należał do grona znaczących warszawskich aptekarzy drugiej połowy XVIII wieku, obsługujących zarówno instytucje miejskie, jak i wojskowe.

W 1794 roku aptekę nabył od Ignacego Andrychiewicza Jan Bogumił Gudeit, stając się jej kolejnym właścicielem. Oficyna mieściła się przy Rynku Starego Miasta na posesji oznaczonej numerem hipotecznym 44 i była powszechnie znana w Warszawie

[7] K. Wenda, *Z dziejów aptekarstwa wojskowego za Księstwa Warszawskiego. Jan Gudeit*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1919, nr 8, s. 120.

[8] F. Giedroyć, *Materiały do dziejów farmacji w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w XIV–XVIII w.)*, [Warszawa] 1905, s. 5.

[9] W. Smoleński, *Mieszczaństwo warszawskie w końcu XVIII w.*, Warszawa 1907, s. 25–26; Andrychiewicz Ignacy Andrzej, [w:] *Polski Słownik Biograficzny*, Kraków 1935, s. 98.

[10] K. Wenda, *Apteki wojskowe w dawnej Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1920, nr 9, s. 128.

[11] Fr. Giedroyć, *Materiały do dziejów farmacji…*, s. 5.

jako „apteka naprzeciwko Orła Białego". Nazwa ta nawiązywała najprawdopodobniej do wizerunku Orła Białego zdobiącego boczną ścianę ratusza, usytuowanego frontem w kierunku kościoła św. Jana[12]. Dzięki charakterystycznemu położeniu apteka stanowiła jeden z dobrze rozpoznawalnych punktów tej części miasta, a jej nazwa funkcjonowała w lokalnej tradycji jeszcze przez wiele lat.

Jan Bogumił Gudeit (1763–ok. 1818) urodził się w Tylży, gdzie zdobywał również wykształcenie aptekarskie. Do Warszawy przybył w 1785 roku i prawdopodobnie przez kilka lat pracował w miejscowych aptekach. W 1794 roku został wpisany do ksiąg obywateli miasta, co potwierdza jego ugruntowaną pozycję w stołecznym środowisku zawodowym. Po nabyciu apteki jej prowadzenie powierzał zarządcom i dzierżawcom, między innymi aptekarzowi Gajewskiemu. Apteka funkcjonowała wówczas pod adresem po prostu „Stare Miasto"[13]. Znaczące miejsce w biografii Gudeita zajmuje jego działalność związana z wojskową służbą zdrowia. W latach 1806–1807 był członkiem Administracji Lazaretowej w Warszawie, instytucji odpowiedzialnej za zarządzanie szpitalami wojskowymi. Do jej zadań należały m.in. ewidencja rannych i chorych żołnierzy, organizacja miejsc leczenia, zaopatrzenie placówek medycznych, utrzymanie porządku sanitarnego i kwarantanny, a także nadzór nad personelem oraz sporządzanie raportów dla władz wojskowych. W 1809 roku Jan Bogumił Gudeit objął stanowisko Naczelnego Aptekarza Wojsk Księstwa Warszawskiego. Rok później został mianowany inspektorem przy sztabie głównym Inspektora Generalnego Służby Zdrowia, zachowując jednocześnie funkcję Naczelnego Aptekarza Wojska Polskiego[14]. Powierzenie mu tych odpowiedzialnych stanowisk świadczy o wysokim uznaniu, jakim cieszył się zarówno jako farmaceuta, jak i organizator wojskowego zaopatrzenia medycznego.

Mimo licznych obowiązków administracyjnych i wojskowych Jan Bogumił Gudeit znajdował czas na działalność naukową i wydawniczą. Przetłumaczył z języka francuskiego oraz opracował „Przepisy lekarstw dla szpitalów Wojska Polskiego", przyczyniając się do ujednolicenia zasad zaopatrywania wojskowej służby zdrowia w leki. Wspierał również rozwój kształcenia medycznego, przekazując swoje księgi, często pięknie oprawione, które stały się częścią zalążka biblioteki Wydziału Akademickiego Nauk Lekarskich, powołanego do życia w 1809 roku. 5 maja 1812 r. został zwolniony z zajmowanego stanowiska w administracji wojskowej i poświęcił się prowadzeniu własnej apteki na Starym Mieście[15]. Pogarszający się stan zdrowia sprawił jednak, że już w 1813 roku prze-

[12] K. Wenda, *Z dziejów aptekarstwa wojskowego za Księstwa Warszawskiego. Jan Gudeit*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1919, nr 8, s. 120.
[13] „Wiadomości Farmaceutyczne", 1887, nr 11, s. 247.
[14] K. Wenda, *Z dziejów aptekarstwa wojskowego*…, s. 120.
[15] Z. Lech, *Karol Eichler w Warszawie po powrocie z kampanii moskiewskiej*, „Pamiętnik Farmaceutyczny", 1985, nr 1, s. 64.

kazał zarząd nad apteką Teodorowi Heinrichowi. Jan Bogumił Gudeit zmarł najprawdopodobniej około 1818 roku. Po jego śmierci prowadzenie apteki przejęła wdowa, Ludwika Henryka Gudeit z domu Goullet, pochodząca ze Strasburga. Następnie oficyna przeszła w ręce ich syna, Jana Gudeita[16], kontynuującego rodzinne tradycje aptekarskie.

Jan Gudeit (1803–1864) ukończył prestiżowe Liceum Warszawskie i studiował farmację na Uniwersytecie Warszawskim. W 1830 roku uzyskał uprawnienia aptekarskie i prawdopodobnie razem z bratem Karolem (ur. 1793) do swojej śmierci, prowadził rodzinną aptekę[17].

Potwierdzeniem związków apteki z kamienicą przy Rynku Starego Miasta są źródła z lat 1869 i 1873, wskazujące, że właścicielem posesji oznaczonej adresem Stare Miasto 40 był Feliks Ołtuszewski[18]. Wiadomo, że był on magistrem farmacji oraz pedagogiem. Jego zasługi dla środowiska farmaceutycznego przypomniały „Wiadomości Farmaceutyczne", które w 1887 roku odnotowały: „w roku zeszłym zmarł też śp. Feliks Ołtuszewski, były właściciel apteki w Warszawie, były członek Towarzystwa Farmaceutycznego i jeden z najpierwszych honorowych nauczycieli w chwili wprowadzenia wykładów dla uczniów farmacyi"[19].

Niewykluczone, że po śmierci Feliksa Ołtuszewskiego prowadzenie apteki przejął jego syn Eugeniusz Ołtuszewski (zm. 1915), który również był farmaceutą. Informację tę pośrednio potwierdza biografia jego brata, wybitnego lekarza, laryngologa i logopedy Władysława Ołtuszewskiego[20], w której wspomina się o farmaceutycznym zawodzie Eugeniusza. Jednocześnie zachowane źródła nie są w pełni jednoznaczne. Wynika z nich, że w latach 1889–1904 właścicielem kamienicy był Jan Białowąs[21], natomiast apteką zarządzał prowizor Ignacy Habielski (Habelski)[22], absolwent Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z lat 1874–1875. Habielski należał do Towarzystwa Farmaceutycznego, a w 1894 roku pełnił w nim funkcję kasjera[23].

---

[16] K. Wenda, *Z dziejów aptekarstwa wojskowego…*, s. 120–121.

[17] https://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Gudeit, dostęp 2 czerwca 2026 r.

[18] *Przewodnik warszawski informacyjno-adresowy na rok 1869 ułożony i wydany przez Witolda Dzierżanowskiego…* Warszawa 1869, s. 228 i *Taryfa domów miasta Warszawy*, Warszawa 1873, s. 2.

[19] „Wiadomości Farmaceutyczne", dodatek do numeru 20, 1887, s. 4.

[20] https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw_O%C5%82tuszewski, dostęp 25 maja 2026 r.

[21] *Taryfa domów Miasta Warszawy i Przedmieścia Pragi*, Warszawa 1889, s. XLII i *Taryfa nieruchomości miasta Warszawy*, Warszawa 1905, s. 376.

[22] *Kalendarz informacyjno-encyklopedyczny na rok zwyczajny 1901*, Warszawa 1900, s. 620 i *Księga Adresowa Królestwa Polskiego na Rok 1903 pod red. J. Rolbieckiego*. Warszawa 1903, s. 258 i „Wiadomości Farmaceutyczne", 1875, nr 4, s. 124–126.

[23] *Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Farmaceutycznego i Kasy wsparcia za rok 1894*, „Wiadomości. Farmaceutyczne", 1895 nr 4, s. 88.



Widok rynku od strony ul. Świętojańskiej; widoczna apteka – Rynek Starego Miasta 17, 1938 r.
NAC, Zespół: Koncern Ilustrowany Kurier Codzienny – Archiwum Ilustracji, sygnatura: 1–U–6823

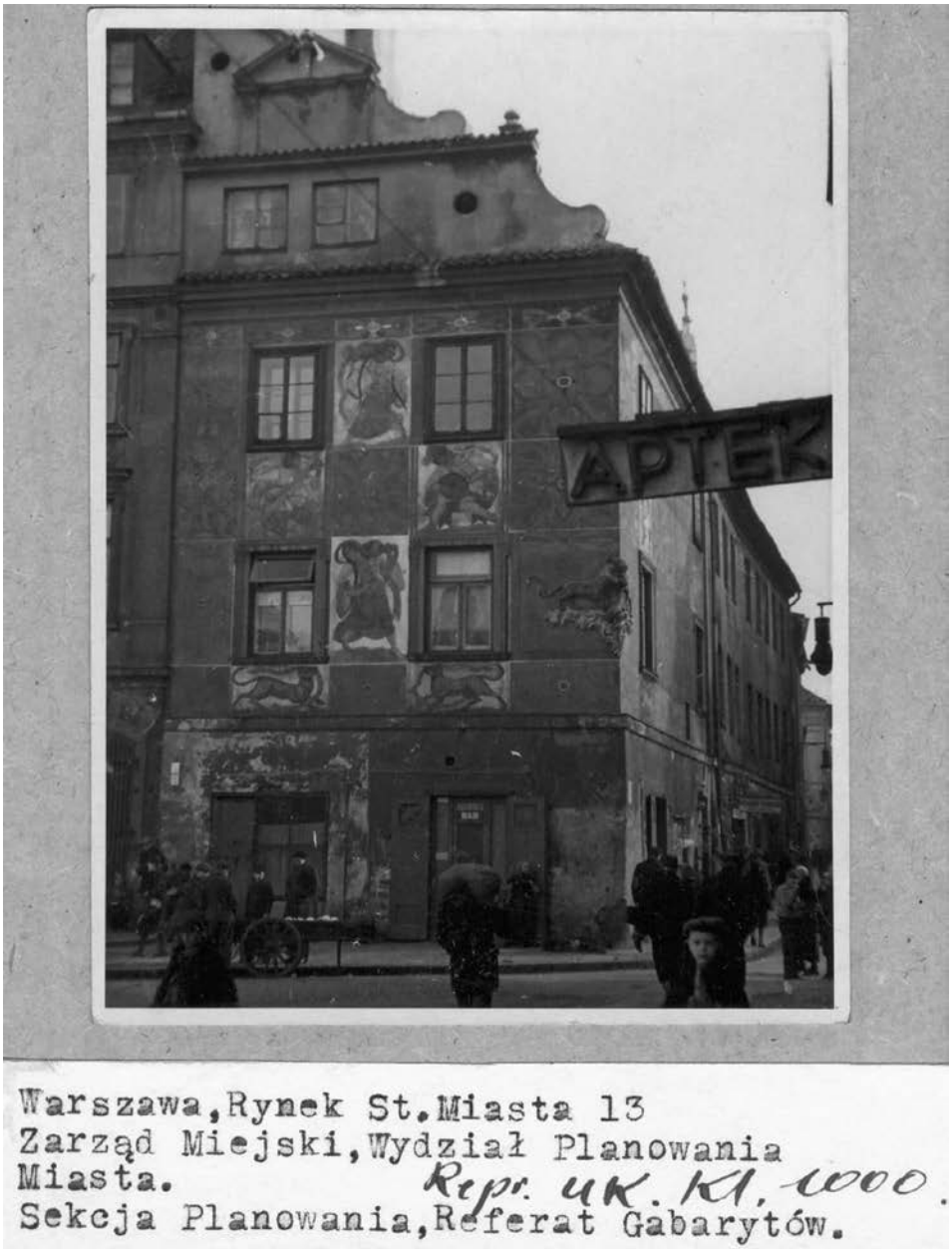
W świetle dostępnych materiałów źródłowych trudno z całkowitą pewnością stwierdzić, czy wszystkie przytoczone wzmianki odnoszą się nieprzerwanie do tej samej apteki i tej samej kamienicy. Rekonstrukcję jej dziejów utrudniają częste zmiany numeracji nieruchomości, równoległe stosowanie numerów hipotecznych i policyjnych, a także wielokrotne zmiany nazw ulic w Warszawie. Dodatkową trudność stanowi fakt, że właściciele aptek nierzadko przenosili swoje zakłady do innych lokali, nie zawsze informując o tym szerzej opinię publiczną. Zachowanie dotychczasowej nazwy, tradycji lub renomy przedsiębiorstwa było bowiem istotnym elementem budowania zaufania klientów i podkreślania ciągłości działalności.

Dokładne ustalenie lokalizacji poszczególnych aptek na Starym Mieście wymaga zatem szczególnej ostrożności w interpretacji źródeł. Dotyczy to między innymi ulicy Jezuickiej, która – podobnie jak wiele innych ulic tej części Warszawy – na przestrzeni wieków podlegała zmianom nazewnictwa i numeracji posesji. Kolejne reformy administracyjne, przebudowy urbanistyczne oraz zniszczenia wojenne dodatkowo komplikują identyfikację historycznych adresów. W rezultacie nie zawsze jest możliwe jednoznaczne powiązanie zachowanych informacji z konkretną kamienicą lub nieprzerwanie funkcjonującą apteką.

W 1896 roku jako właściciele apteki, funkcjonującej już wówczas pod adresem Stare Miasto 17, wymieniani są sukcesorzy W. Borowskiego[24]. Niestety, nie udało się jednoznacznie ustalić tożsamości tej osoby. W źródłach z lat osiemdziesiątych XIX wieku znajdujemy farmaceutę, członka Towarzystwa Farmaceutycznego, Wawrzyńca Borowskiego,

[24] *Księga adresowa Miasta Warszawy zawierająca adresy wszystkich stanów i instytucyi…*, Warszawa 1896, s. 222.

który zmarł przed 1883 r., ale powiązany był raczej z apteką przy ulicy Marszałkowskiej. Posiadanie dwóch aptek nie było wówczas czymś wyjątkowym, jednak nie mamy żadnego potwierdzenia, by uważać, że tak było w tym przypadku.



Rynek Starego Miasta; reklama apteki, przed 1939 r.

Archiwum m.st. Warszawy, Zarząd Miejski, Wydział Planowania Miasta. Sekcja Planowania, Referat Gabarytów, sygn. 5541

W 1904 roku aptekę odkupił od Andrzeja Wesołowskiego farmaceuta Stefan Skowroński[25], rozpoczynając kolejny etap w jej dziejach. Kamienica, w której mieściła się apteka, była usytuowana na narożniku Rynku Starego Miasta i ulicy Jezuickiej. Przy tej ulicy znajdowały się ważne instytucje publiczne, między innymi gmach Archiwum Akt Dawnych**,** utworzony w miejscu dawnej Heroldii Królestwa Polskiego oraz budynek szkoły realnej, funkcjonującej po przeniesieniu Seminarium św. Jana na Krakowskie Przedmieście[26].



Rynek Starego Miasta 17, lata 1939–1944

Archiwum m.st. Warszawy, Zarząd Miejski, Wydział Planowania Miasta. Sekcja Planowania, Referat Gabarytów, sygn. 5545

[25] Stefan Skowroński (1870–14 marca 1939) kupił aptekę w 1904 r. na mocy aktu rejentalnego z 18.06.1904 r. u notariusza Marka Borkowskiego, Archiwum m.st. Warszawy, sygnatura 72/669/0/72.

[26] *Przewodnik po Warszawie wraz z treściwym opisem okolic miasta*, Warszawa 1893, s. 132.

Skowroński przez ponad 30 lat zaopatrywał mieszkańców Starego Miasta w leki, jednak dziś pozostało po nim niewiele śladów. Zmarł jeszcze przed wybuchem II wojny światowej. Po jego śmierci aptekę prowadziła żona, Łucja Skowrońska**,** posiadająca odpowiednie uprawnienia zawodowe. Placówka funkcjonowała do wybuchu Powstania Warszawskiego, podczas którego Stare Miasto uległo niemal całkowitemu zniszczeniu.



Kamienica na rogu Rynku Starego Miasta i ul. Jezuickiej, widok obecny

Fot. Anita Chodkowska

Po wojnie Łucja Skowrońska uzyskała zgodę na przeniesienie apteki do nowej lokalizacji. Apteka sukcesorów Skowrońskiego została otwarta przy ul. Grochowskiej 98,

o czym wspominano w czerwcu 1946 r. [27]. 1 lipca 1946 r. całość przedsiębiorstwa nabył Wacław Mironowicz. Koncesję na prowadzenie apteki otrzymał 18 lipca 1946 r. [28], a od 1 września 1946 r. objął jej zarząd. Jego apteka została następnie upaństwowiona w 1951 roku.

Inną apteką wywodzącą się ze Starego Miasta była apteka Wacława Karczewskiego, działająca do końca II wojny światowej. W okresie międzywojennym historycy farmacji podawali, że jej początki sięgały 1602 roku[29]. Według tych przekazów apteka miała zostać założona początkowo na Zamku Królewskim, a około 1799 roku przeniesiona do kamienicy przy Rynku Starego Miasta 44, u zbiegu z ul. Jezuicką. Obecnie trudno jednak ustalić źródło tej daty oraz jednoznacznie określić, czy na pewno tej, czy też opisanej wyżej apteki dotyczyła ta tradycja.

Autorzy *Materiałów do dziejów farmacji w dawnej Polsce*[30], opierając się na dokumentach z Akt Grodzkich i Ziemskich Warszawskich, aktach Szkoły Farmaceutycznej, Archiwum Głównego Akt Dawnych, Metryki Koronnej oraz innych źródłach prawnych, wskazują, że pierwsza apteka na Zamku Królewskim powstała około 1619 roku. Aptekarze królewscy mieli prawo prowadzić jednocześnie apteki dostępne dla mieszkańców miasta, a przepisy nie zabraniały im posiadania dwóch zakładów. W ten sposób aptekarz króla Jana III Sobieskiego Jakub Gianni (Gini) prowadził aptekę królewską na zamku, a jednocześnie otworzył aptekę miejską najpierw w tzw. sklepach Boratyńskich[31], pod zamkiem, a następnie na Rynku Starego Miasta, w kamienicy wójtowskiej zwanej Kamienicą Baranowiczowską.

Ślad działalności Jakuba Gianniego zachował się dzięki zapisowi sporu, który trafił przed władze miejskie. Do apteki Gianniego w 1681 roku „zgodziło się" na dobrych warunkach na mocy umowy ustnej dwóch pracowników: Jakób Berner (Beisser?) z umową na ok. 400 zł na rok, oraz Jan Fryze na 150 zł. Niedługo później oskarżyli pryncypała o nierzetelne prowadzenie rachunków i nieterminowe wypłacanie należnego wynagrodzenia. Po rozpatrzeniu sprawy sąd wydał jednak wyrok na korzyść właściciela apteki. W geście protestu obaj pracownicy postanowili opuścić miejsce pracy, co w ówczesnych realiach nie było jednak takie łatwe. O napięciach między mistrzami a personelem aptecznym pisano już w XVII w. Młodzież apteczna, nastawiona na szybki awans i wyższe zarobki, niejedno-

[27] „Farmacja Polska", 1946, s. 209.
[28] Muzeum Farmacji im. mgr A. Leśniewskiej, teczka S. Skowrońskiego.
[29] K. Wenda, *Lata powstania aptek w Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1920, nr 5–6, s. 82.
[30] Ernest Sulimczyk Świeżawski i Kazimierz Wenda, Warszawa 1882.
[31] Sklepy Boratyńskich zlokalizowane były bezpośrednio pod skarpą zamkową, na odcinku dzisiejszego Podwala, między Bramą Krakowską (zamkową) a wylotem ul. Świętojańskiej, na wysokości północnozachodniego narożnika Zamku Królewskiego.

krotnie zarzucała swoim pryncypałom skąpstwo, zacofanie oraz brak odpowiednich kwalifikacji. Powstające na tym tle konflikty starali się łagodzić rajcowie miejscy, którzy – jak zauważano – „nie tolerowali w żadnym razie nagłego opuszczania zajęć, w czem krewka młódź już w w.[ieku] XVII gustowała”[32]. Z tego względu również w opisywanym przypadku Sąd Grodzki nakazał obu pracownikom przeprosić aptekarza i powrócić do pracy na okres przewidziany zawartą umową, a ponadto wymierzył im karę grzywny[33] .

Pracownicy apteczni, określani w XVII i XVIII wieku mianem „towarzyszy”, a w późniejszym okresie pomocników, oraz uczniowie pozostawali częścią gospodarstwa domowego aptekarza, podobnie jak czeladnicy i terminatorzy w innych zawodach rzemieślniczych. Towarzysze otrzymywali utrzymanie i wynagrodzenie uzależnione od posiadanych kwalifikacji oraz doświadczenia, natomiast uczniom zapewniano przede wszystkim wikt, a niekiedy również odzież. Młodzież rozpoczynająca praktykę aptieczną miała zazwyczaj około piętnastu lat. Kandydat musiał wykazać się umiejętnością czytania i pisania, znać podstawy rachunków oraz posiadać przynajmniej elementarną znajomość języka łacińskiego. Pierwsze obowiązki powierzane uczniom nie należały do szczególnie interesujących. Jeden z nich wspominał w 1879 r.: „…dzień jeden podobny jest do drugiego, jak dwie krople wody. Zwykle wstaję o 7 godzinie z rana, ubrawszy się naprędce pospieszam do apteki, aby tam ze ścierką w ręku zrobić porządek; a jest to rzecz niemała, trzeba bowiem z jakich kilkuset karafek i słoi szklanych otrzeć z kurzu i do tego w zimnym jak lodownia pokoju. Pościerawszy kurze trzeba wyczyścić lampy, oj to najcięższa sprawa [...]. Potem następuje podobne porządkowanie materialni. Zwykle kończę swoją robotę obowiązkową o godzinie 10 [...]. Godzina obiadowa, zwykle o wpół do trzeciej lub czwartej, jest zarazem chwilą wypoczynku, gdyż po niej znów latania aż do godziny 10 wieczór, o której zamykać rozkazują aptekę...”[34].

Codzienna praca ucznia polegała więc przede wszystkim na utrzymywaniu porządku, czyszczeniu naczyń i sprzętów, przygotowywaniu surowców oraz wykonywaniu licznych prac pomocniczych. Dopiero z czasem dopuszczano go do bardziej odpowiedzialnych czynności związanych z wykonywaniem leków. Bardziej ambitni adepci farmacji starali się odbywać praktykę w dużych ośrodkach miejskich, gdzie mogli zdobywać doświadczenie pod okiem uznanych aptekarzy, poznawać nowe metody sporządzania leków i rozwijać

[32] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 5, s. 82–83.

[33] M. Wagner, *Jan Fryze – aptekarz królowej Marysieńki*, Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie, dostęp 30 kwietnia 2026 r.

[34] Polska Akademia Nauk Archiwum w Warszawie, Materiały Michała Rawity-Witanowskiego, III–139, j.a. 45, s. 67–67v.

swoje umiejętności zawodowe[35]. Umowy zawierane z uczniami i towarzyszami obejmowały zazwyczaj okres pięciu lat. Jeśli jednak pomiędzy aptekarzem a pracownikiem panowały dobre stosunki, a warunki służby odpowiadały obu stronom, zdarzało się, że przywiązany do miejsca towarzysz pozostawał w jednej aptece przez wiele lat, a niekiedy nawet przez kilka dziesięcioleci[36].

Jakub Gianni popadł także w inny konflikt, odnotowany w księgach miejskich. Tym razem sprawa miała znacznie poważniejsze konsekwencje. W związku z oskarżeniem o nieprawidłowe rozliczenie cyrografu wystawionego przy zakupie towarów aptecznych spędził w areszcie kwiecień i maj 1686 r. Ostatecznie, oprócz dwumiesięcznego pobytu w więzieniu, poniósł dotkliwą stratę finansową, sięgającą 6 tys. złotych. Jeszcze bardziej niż kara pieniężna dotknęły go jednak skutki przymusowej bezczynności. Uwięzienie uniemożliwiło mu zaopatrzenie apteki w niezbędne surowce, zwłaszcza zioła i korzenie stanowiące podstawę ówczesnego lecznictwa. Jak sam pisał, nie zdołał dokonać zakupów, ponieważ w tym czasie przebywał w areszcie, a „niebo czekać nie chciało”[37]. Słowa te trafnie oddają frustrację aptekarza, świadomego, że cykl wegetacyjny roślin leczniczych nie mógł zostać dostosowany do terminów postępowania sądowego ani jego osobistych problemów.

Po opuszczeniu apteki Jakuba Gianniego Jan Fryze około 1690 roku otworzył własną aptekę przy ul. Świętojańskiej 19[38]. Nie wiadomo jednak, czy nabył istniejącą już oficynę, czy też – jak podają niektóre źródła – „założył aptekę kosztem własnym”[39], z całą pewnością oznacza to jednak, że pracując u Gianniego dobrze zarabiał. Do grona obywateli Warszawy został przyjęty w 1683 r., a rok później, zgodnie z ówczesnym obyczajem statecznego mieszczanina, poślubił Dorotę Fok (Fock?). Po jego śmierci to właśnie ona prowadziła aptekę aż do czasu, gdy dorósł ich syn, prawdopodobnie Kazimierz. Dalsze dzieje rodziny Fryzów są jednak trudne do odtworzenia. Kazimierz Fryze miał bowiem syna, któremu również nadano imię Kazimierz. Zarówno ojciec, jak i syn zmarli stosunkowo wcześnie, co stało się przyczyną licznych nieporozumień w późniejszych próbach ustalenia chronologii właścicieli apteki. Po śmierci młodszego Kazimierza zakład pozostał w rękach jego żony Marianny[40].

---

[35] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 5, s. 84.

[36] Ibidem, s. 69.

[37] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 2, s. 20.

[38] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 4, s. 56.

[39] Fr. Giedroyć, *Materiały do dziejów farmacji…*, s. 17.

[40] E.S. Świeżawski, K. Wenda, *Spis aptekarzy w dawnej Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1887, nr 11, s. 247.

Zagadkę tę próbował rozwikłać na początku XX wieku Franciszek Giedroyć, pisząc: „Kazimierz Fryze, o którym mówi spis Swieżawskiego i Wendy, żył i umarł wcześniej, był może ojcem tego, o którym tu wzmianka”[41]. Hipoteza ta wydaje się prawdopodobna, ponieważ kolejny Kazimierz Fryze, właściciel apteki przy ul. Świętojańskiej i obywatel Warszawy od 1758 roku, zmarł dopiero w 1766 r.[42].

Testament Kazimierza Fryzego (młodszego) pozwala zajrzeć zarówno w realia funkcjonowania XVIII-wiecznej apteki, jak i w jego relacje z najbliższymi współpracownikami. Rodemu, prowizorowi apteki, „w dowód szacunku i przywiązania” zapisał dwie srebrne szkatułki, dwa srebrne dzbanki – większy do kawy i mniejszy do mleka – oraz szpilszal do płukania fajansu[43]. Drugiego prowizora, Krzysztofa Ippingera (Eppingera), uposażył skromniej, lecz również uwzględnił go w testamencie. Kamienicę, w której mieściła się apteka, Fryze pozostawił swojej siostrze ciotecznej Mariannie Hannerowiczowej. Zobowiązał ją jednak do sprzedaży nieruchomości, uregulowania należności wobec wszystkich spadkobierców oraz podziału pozostałego majątku pomiędzy własne dzieci. Po śmierci właściciela zarząd nad apteką sprawował prawdopodobnie prowizor Krzysztof Eppinger. W 1768 roku wytoczył on proces spadkobiercom Fryzego, domagając się zwrotu środków, które wyłożył na utrzymanie zakładu. Jak wynika z dokumentów, opłacił on czeladnika oraz pokrył koszty leków zamówionych w Gdańsku[44], oczekując później rekompensaty ze strony spadkobierców zmarłego aptekarza.

W 1767 roku kamienicę wraz z działającą w niej apteką nabył pochodzący z Gdańska aptekarz Antoni Teuchler, obywatel Warszawy. Po uregulowaniu wszystkich ciążących na nieruchomości zobowiązań kontynuował prowadzenie oficyny[45]. Nie pozostał jednak w Warszawie na długo. Już w 1774 roku sprzedał aptekę Janowi Hemplowi i przeniósł się do Poznania[46]. Z kolei Hempel w 1780 roku odstąpił przedsiębiorstwo Bernardowi de Croissy[47], sekretarzowi króla Stanisława Augusta Poniatowskiego.

Odrębne losy miała apteka oraz nieruchomości pozostałe po bezpotomnie zmarłym Krzysztofie Eppingerze. Źródła nie pozwalają jednoznacznie określić ich lokalizacji.

---

[41] Ibidem s.18.

[42] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919, nr 5, s. 69.

[43] Szpilszal to naczynie (miska) używane do płukania „farfurek”, czyli porcelanowych-fajansowych naczyń, Fr. Giedroyć, *Materiały do dziejów farmacji w dawnej Polsce*. Spis aptekarzy (w XIV–XVIII w.), Warszawa 1905, s. 17.

[44] Ibidem, s. 15.

[45] Ibidem, s. 18.

[46] Ibidem, s. 50.

[47] M. Wagner, *Jan Fryze – aptekarz królowej Marysieńki*, Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie, dostęp 30 kwietnia 2026 r.

Mogły znajdować się na Mariensztacie, jednak oznaczenie hipoteczne nr 1 sugeruje, że chodziło raczej o nieruchomość położoną na Zamku Królewskim. Majątek ten nabył Jan Chrzciciel (Johann Baptist) Boeckler, doktor medycyny pochodzący ze Strasburga. Od 1784 roku pełnił on funkcję przewodniczącego komisji egzaminacyjnej lekarskiej[48].

Od 1793 roku zarząd nad należącą do Boecklera apteką sprawował Fryderyk Plewczyński, późniejszy właściciel słynnej apteki „Radziborowskiej" przy ul. Freta. Jego kompetencje zostały potwierdzone w 1801 roku przez berlińskie *Collegium Medicum et Sanitatis*. Wszystko wskazuje na to, że sam Boeckler nie był farmaceutą, lecz lekarzem. W XVIII wieku nie należało to do rzadkości – mimo obowiązujących ograniczeń prawnych lekarze stosunkowo często występowali w roli właścicieli aptek, powierzając ich prowadzenie wykwalifikowanym farmaceutom. Takie rozwiązanie było akceptowane przez władze. Jeszcze w 1808 roku Dyrekcja Najwyższa Lekarska Księstwa Warszawskiego uznawała stan prawny, w którym właścicielem apteki pozostawał Boeckler, a jej faktycznym zarządcą był dyplomowany farmaceuta Fryderyk Plewczyński. Świadczy to również o tym, że Plewczyński nadal kierował zakładem. Z kolei w 1796 roku Boeckler został wpisany na listę właścicieli aptek warszawskich, a jego przedsiębiorstwo podporządkowano nowym regulacjom administracyjnym. Od tego czasu apteka podlegała okresowym rewizjom, kontrolom oraz innym obowiązkom wynikającym z ówczesnych przepisów farmaceutycznych[49].

Po Janie Chrzcicielu Boecklerze aptekę nabył Wilhelm Gotlib Heissing. Wszystko wskazuje na to, że podobnie jak jego poprzednik był lekarzem i nie poświęcał prowadzeniu zakładu należytej uwagi. Podczas przeprowadzonej wizytacji stwierdzono w aptece tak liczne zaniedbania organizacyjne i gospodarcze, że w 1815 roku Rada Lekarska pozbawiła Heissinga prawa kierowania oficyną aptekczną. Mimo to apteka pozostała własnością rodziny Heissingów, oddano ją jednak w ręce dzierżawców. Pierwszym z nich został Karol Zeuscher.

W 1817 roku rozebrano Bramę Zamkową, co na pewien czas sparaliżowało funkcjonowanie zakładu. W rezultacie w 1818 roku aptekę przeniesiono z Zamku Królewskiego do budynku pojezuickiego przy Rynku Starego Miasta 74, u zbiegu z ul. Jezuicką. Gmach ten wzniesiono w latach 1729–1734. Po kasacie zakonu jezuitów w 1773 roku przeszedł on pod zarząd Komisji Edukacji Narodowej, a w kolejnych latach mieściły się w nim różne instytucje oświatowe. Około 1840–1857 funkcjonowała tam również Szkoła Farmaceutyczna, później włączona do Cesarsko-Królewskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej. Po śmierci Karola Zeuschera w 1818 roku aptekę na nowo urządził kolejny dzierżawca –

[48] K. Wenda, *Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy*, Warszawa 1917, s. 18.
[49] K. Wenda, *Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy*, Warszawa 1917, s. 18.

Tomasz Trylski, który w 1823 roku nadał jej godło „Pod Białym Orłem". Tenże T. Trylski pojawił nam się już w poprzednim odcinku wspomnień aptecznych, ponieważ w roku 1825 został właścicielem apteki przy Krakowskim Przedmieściu. Czyżby dzierżawa apteki staromiejskiej była tak dochodowa? W latach 1826–1827 dzierżawcą zakładu był Józef Schweiger, a następnie, w latach 1829–1833, Szymon Fabian. Ten ostatni zapisał się w historii polskiej farmacji jako autor pierwszego polskiego podręcznika zatytułowanego *Farmacja*. Po opuszczeniu apteki przy Rynku Starego Miasta został zarządcą apteki Ulbrichta na Starym Mieście[50]. Prowadził tę oficynę do 10 września 1833 r., po czym przeniósł się do Nowego Dworu.



Ulica Nowosenatorska (od roku 1923 Focha, od 1945 Moliera), ok. 1915 r.

Muzeum Warszawy, nr inw. AI 6975

Później apteka przeszła w ręce Wilhelma Neumaiera (Neumeyera), asesora Urzędu Lekarskiego m.st. Warszawy. Nabywszy ją na własność[51], przeniósł firmę w 1835 roku na ul. Nowosenatorską 477, do domu doktora Kohlera[52]. W tym samym okresie również kilka innych aptek działających w najbliższym sąsiedztwie Starego Miasta – m.in. przy ulicach Podwale, Freta, Mostowej i Nowomiejskiej – zmuszonych było zmienić swoje

[50] H.H., *Szymon Fabjan*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1885, nr 9, s. 159.
[51] K.W., *50 letni jubileusz kol. Franciszka Kusmierskiego,* „Wiadomości Farmaceutyczne", 1883, nr 10/11, s. 336.
[52] *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1919, nr 9/10, s. 146.

dotychczasowe lokalizacje. Neumeyer starał się rozwijać działalność apteki także poprzez reklamę własnych wyrobów. W 1836 roku polecał na łamach warszawskiej prasy produkowane przez siebie morselki. Nie były to jednak zwykłe cukierki apteczne, jak mogłoby się dziś wydawać, lecz specyficzna postać leku. Jak wyjaśniano w ówczesnych opracowaniach, „morselki stanowiły prawie to, co dziś w cukierniach z francuskiego *nougat* zwie się, i miały nawet tę samą formę podłużnych, czworokątnych kawałków". Nazwa wywodziła się od łacińskiego określenia *morselli*, oznaczającego niewielkie porcje leku i z czasem przeszła na sam preparat. Morselki należały do popularnych dawnych form farmaceutycznych i występowały w wielu odmianach, zależnie od zawartych w nich substancji leczniczych. Już w pierwszej połowie XVI wieku znane były morselki białe oraz barwione na różowo. Ze względu na sposób wykonania i walory smakowe przypominały niekiedy późniejsze „panieńskie skórki". Ich przygotowanie wymagało dużej wprawy, dlatego przez długi czas uchodziły za jeden z najtrudniejszych i najbardziej cenionych wyrobów aptekarskich, stanowiąc swoisty majstersztyk farmaceutów[53].



Widok na ul. Trębacką, kamienica Scheiblerów, ok. 1900 r.

https://baedekerlodz.blogspot.com/2024/07/w-centrum-warszawy-przy-ulicy.html

Następcą Wilhelma Neumeyera został około 1844 roku Bonawentura Nowakowski, po którym aptekę przejął Franciszek Fijałkowski. Za jego czasów zakład zyskał miano „Apteki Teatrów Warszawskich", zapewne ze względu na swoje położenie w pobliżu

[53] *Ibidem*, s. 145–146.

najważniejszych scen stolicy. Przypomnijmy, że w najbliższym otoczeniu, w różnych latach działały Teatr Wielki, Teatr Rozmaitości oraz Teatr Letni w Ogrodzie Saskim. Niestety zły los nie pozwolił Fijałkowskiemu przekazać apteki w ręce syna – także Franciszka, ucznia farmacji, który zmarł w wieku 19 lat[54]. Tak więc aptekę odziedziczył jego zięć Stanisław Karczewski (ok. 1863–1916), który w 1893 roku poślubił Mariannę Fijałkowską[55]. Kierował on przedsiębiorstwem do 1903 roku, a następnie prowadził je wspólnie z Michałem Łukaszewiczem.

W 1906 roku miały miejsce w aptece dwa ciekawe wydarzenia. 26 sierpnia dwaj napastnicy obrabowali kasę apteczną, pod groźbą rewolweru zmuszając kasjerkę do wydania pieniędzy. Jednak wykazali się brakiem profesjonalizmu, najpierw rozsypali pieniądze po podłodze, a próbując je zbierać, zgubili rewolwer. Dzięki bohaterskiej postawie goniącego ich pracownika i przy pomocy patrolu wojskowo-policyjnego, rabusie zostali zatrzymani podczas ucieczki[56]. Jesienią Warszawa pogrążyła się w strajkach niższego personelu aptecznego żądającego poprawy warunków pracy. Przeciągające się rokowania, a co za tym idzie przedłużająca się nieobecność w pracy i brak zarobków spowodowały, że część pracowników chciała już wrócić na swoje stanowiska. Potraktowani jako łamistrajki byli siłą wypędzani z aptek przez „bojówki aptekarskie" i przypadek taki zdarzył się właśnie na Trębackiej, gdzie w oficynie pozostali jedynie właściciele, dyżurując na zmianę w dzień i w nocy[57].

W 1916 roku wspólnicy przenieśli aptekę do budynku przy ul. Trębackiej 4. Ulica ta, powstała w drugiej połowie XVII wieku na terenie dawnej jurydyki opuszczonej przez duchowieństwo, przez długi czas należała do mniej reprezentacyjnych części miasta. Aż do końca XIX wieku pozostawała wąska i cieszyła się niezbyt dobrą opinią wśród mieszkańców Warszawy. Dopiero szeroko zakrojone prace urbanistyczne, obejmujące rozbiórkę części oficyn i starych kamienic, całkowicie odmieniły jej charakter. Pod numerem 4 wzniesiono wówczas okazałą, trzypiętrową kamienicę należącą do Karola Scheiblera[58], jednego z najwybitniejszych łódzkich przemysłowców, nazywanego „Królem bawełny". Przed II wojną światową mieściły się w niej eleganckie sklepy, między innymi oferujące tkaniny i inne wyroby bawełniane produkowane w jego fabrykach[59].

[54] „Wiadomości farmaceutyczne", 1881, nr 8, s. 175.
[55] *Stanisław Witold Karczewski*, M.J. Minakowski, Genealogia potomków Sejmu Wielkiego, dostęp 22 maja 2026 r.
[56] „Wiadomości Farmaceutyczne", 1906, nr 17, s. 447.
[57] „Wiadomości Farmaceutyczne", 1906, nr 20, s. 506.
[58] J.S. Majewski, *Warszawa nieodbudowana. Metropolia belle époque*, Warszawa 2003, s. 232–234.
[59] Ibidem s. 234.

Po śmierci Stanisława Karczewskiego współwłaścicielką apteki została wdowa, Maria z Fijałkowskich Karczewska, która do prowadzenia apteki zatrudniła zawodowego zarządcę. Jeszcze wówczas w aptece znajdować się miał jako strażnik historii, wspaniały moździerz, „towarzysz pięknych jej kolei, a może i świadek pierwszych usiłowań na drodze kształcenia farmaceutów na dworze, i w braku innych zakładów, w szkole Marianiego i Morkowicza. Moździerz ten dużych rozmiarów nosi na sobie rok 1601 i łaciński napis *W pocie oblicza twego, będziesz chleb spożywał*[60].

Gdy ich syn Wacław osiągnął pełnoletność, zawarł w 1917 roku (według innych źródeł w 1919 r.) spółkę z prowizorem Adamem Tuszyńskim. Ten objął zarząd przedsiębiorstwa, które działało pod firmą „Apteka Królewska W. Karczewski i S-ka". Sam Wacław Karczewski interesował się bardziej przemysłem chemiczno-farmaceutycznym niż prowadzeniem apteki. W 1921 roku ukończył chemię na Politechnice Warszawskiej i podjął pracę jako inżynier chemik w Warszawskim Towarzystwie „Motor", którą kontynuował do roku 1942. W latach 1933–1939 studiował także farmację, nabywając uprawnienia do prowadzenia rodzinnego przedsiębiorstwa[61].

Od 1921 roku przy aptece zarejestrowane było przedsiębiorstwo produkujące wyroby farmaceutyczne pod firmą Apteka i Laboratorium Farmaceutyczne Karczewski-Tuszyński, które działało na pewno do wybuchu wojny, produkując m.in. bardzo znane i cenione pigułki „Reformackie" regulujące pracę żołądka. Na wystawie chemiczno-farmaceutycznej zorganizowanej z okazji XII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich w Warszawie w 1925 roku pigułki te otrzymały srebrny medal[62].

W 1925 roku Adam Tuszyński wydzierżawił aptekę na okres pięciu lat. W 1929 roku dokonano notarialnej zmiany nazwy firmy na „Tuszyński A. – Karczewski W.", a w 1934 na „Tuszyński A. i S-ka".

Wybuch II wojny światowej sprawił, że Wacław Karczewski powrócił do apteki. W 1940 roku odkupił od Adama Tuszyńskiego jego udziały, co pociągnęło za sobą kolejną zmianę nazwy na „Aptekę Wacława Karczewskiego". Formalnym potwierdzeniem jego praw do zakładu było uzyskanie koncesji wydanej 10 stycznia 1944 r. na prowadzenie apteki pod własnym nazwiskiem.

[60] K. Wenda, *Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy*, Warszawa 1917, s. 21.
[61] Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej, teczka W. Karczewskiego.
[62] „Wiadomości Farmaceutyczne", 1925, nr 31/32, s. 523.



Ul. Trębacka 4, 1940 r.

Archiwum m.st. Warszawy, Zarząd Miejski, Wydział Planowania Miasta. Sekcja Planowania, Referat Gabarytów, sygn. 6073



Kamienica przy ul. Trębackiej 4, widok obecny

Fot. Anita Chodkowska

Apteka została zniszczona w czasie Powstania Warszawskiego, a lokal spalony. Brak informacji o Wacławie może świadczyć o tym, że nie przeżył wojny. Jego żona Ariadna Karczewska z domu Ruocco d'Ispagnolla uzyskała w 1946 roku zgodę władz na otwarcie apteki w lokalu przy ul. Krakowskie Przedmieście 19, gdzie działała do 1947 roku. W tym roku została eksmitowana, a po remoncie otwarta jako apteka państwowa.

Czy ta próba odtworzenia historii dwóch aptek warszawskich, które walczyły o zdrowie Starej Warszawy do końca II wojny światowej, a rodowód swój wywodziły z XVII i XVIII wieku, jest wystarczająco udokumentowana? W zakamarkach dziejów gubili się najznakomitsi Świeżowski, Wenda czy Giedroyć i ja dorzucam swój kamyczek. Bo nic mnie bardziej nie zasmuciło niż los Stefana Skowrońskiego – 30 lat pracy w jednym miejscu, w centrum miasta i tak niewiele o nim wiemy…

Bibliografia

» Archiwum m.st. Warszawy, sygn. 72/669/0/72, Kancelaria notarialna Marka Borkowskiego, akt rejentalny z 18.06.1904 r.
» Polska Akademia Nauk Archiwum w Warszawie, Materiały Michała Rawity-Witanowskiego, III–139, j.a. 45 s. 67–67v.
» „Farmacja Polska", 1946
» Giedroyć Franciszek, *Materiały do dziejów farmacji w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w XIV–XVIII w.)*, [Warszawa] 1905
» H.H., *Szymon Fabjan*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1885
» https://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Gudeit, dostęp 2 czerwca 2026 r.
» https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw_O%C5%82tuszewski dostęp 25 maja 2026 r.
» K.W., *50 letni jubileusz kol. Franciszka Kusmierskiego,* „Wiadomości Farmaceutyczne", 1883
» *Kalendarz informacyjno-encyklopedyczny na rok zwyczajny 1901*, Warszawa 1900
» *Kartki z życia prywatnego aptekarzy w dawnej Polsce zebrał Kazimierz Wenda*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1919
» *Księga Adresowa Królestwa Polskiego na Rok 1903 pod red. J. Rolbieckiego*, Warszawa 1903
» *Księga adresowa Miasta Warszawy zawierająca adresy wszystkich stanów i instytucyi*…, Warszawa 1896
» Lech Zofia, *Karol Eichler w Warszawie po powrocie z kampanii moskiewskiej*, „Pamiętnik Farmaceutyczny" 1985
» Majewski J.S., *Warszawa nieodbudowana. Metropolia belle époque*, Warszawa 2003
» Muzeum Farmacji w Warszawie, Materiały Stefana Skowrońskiego.
» Muzeum Farmacji w Warszawie, Materiały Wacława Karczewskiego
» *Przewodnik po Warszawie ilustrowany informacyjno-adresowy*, Warszawa 1910
» *Przewodnik po Warszawie wraz z treściwym opisem okolic miasta*, Warszawa 1893
» *Przewodnik warszawski informacyjno-adresowy na rok 1869 ułożony i wydany przez Witolda Dzierżanowskiego*…, Warszawa 1869
» Red., *Andrychiewicz Ignacy Andrzej*, [w:] *Polski Słownik Biograficzny*, Kraków 1935
» Smoleński Władysław, *Mieszczaństwo warszawskie w końcu XVIII w.*, Warszawa 1907
» *Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Farmaceutycznego i Kasy wsparcia za rok 1894*, „Wiadomości Farmaceutyczne", 1895
» *Stanisław Witold Karczewski*, M.J. Minakowski, Genealogia potomków Sejmu Wielkiego, dostęp 22 maja 2026 r.

» Świeżawski Ernest S., Wenda Kazimierz, *Spis aptekarzy w dawnej Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1887
» *Taryfa domów Miasta Warszawy i Przedmieścia Pragi*, Warszawa 1889
» *Taryfa domów miasta Warszawy*, Warszawa 1873
» *Taryfa nieruchomości miasta Warszawy*, Warszawa 1905
» Wagner Marek, *Jan Fryze – aptekarz królowej Marysieńki*, Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie, dostęp 30 kwietnia 2026
» Wenda Kazimierz, *Apteka na Zamku Warszawskim i aptekarze królewscy*, Warszawa 1917
» Wenda Kazimierz, *Apteki wojskowe w dawnej Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1920
» Wenda Kazimierz, *Lata powstania aptek w Polsce*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1920
» Wenda Kazimierz, *Z dziejów aptekarstwa wojskowego za Księstwa Warszawskiego. Jan Gudeit*, „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1919
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1875
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1881
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1887
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1906
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1920
» „Wiadomości Farmaceutyczne”, 1925



Apel o przekazywanie medycznych pamiątek

Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki w Warszawie – zgodnie z wizją swojego założyciela i pierwszego dyrektora – pragnie spełniać rolę nowoczesnej biblioteki specjalnej funkcjonującej jako centrum naukowej informacji medycznej i muzeum. W 2025 roku w naszej strukturze zostało wyodrębnione Muzeum Medycyny celem ochrony materialnego dziedzictwa medycyny polskiej.

To przede wszystkim skarby zgromadzone jeszcze osobiście przez naszego twórcę, dla których staramy się o odpowiednią przestrzeń wystawienniczą. Ważnym zadaniem jest rozbudowa kolekcji i pozyskiwanie kolejnych zbiorów z dziedziny historii służby zdrowia i medycyny, w tym pamiątek po naszych lekarzach.

Dlatego zwracamy się z gorącym apelem do wszystkich osób i instytucji, które mogą wesprzeć naszą działalność. Poszukujemy dokumentów aktowych, dyplomów, fotografii, narzędzi i przyrządów lekarskich, rycin, portretów, planów, medali, odznak, pamiątek uzdrowiskowych, starych medycznych druków itp. Można je przekazać w formie darowizny lub sprzedaży. Nieocenione będą również wszelkie informacje dotyczące spuścizn lekarskich, wymagających zabezpieczenia.

Wszystkich, którzy chcieliby udzielić wsparcia Muzeum Medycyny Głównej Biblioteki Lekarskiej zachęcamy do kontaktu. Osobiście: w siedzibie Działu Starej Książki Medycznej GBL, ul. Jazdów 1A, 00–467 Warszawa. E-mailowo: prosimy o korespondencję na adres: k.slojkowska@gbl.waw.pl

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 201–222

Wolff i Staszic podają sobie ręce[1]

Wolff and Staszic shake hands

Maria J. Turos
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Streszczenie

Początek XIX wieku to powołanie do istnienia na terenie Warszawy dwóch instytucji niezwykle ważnych dla kultury medycznej środowiska. Pierwszą była Szkoła Medyczna, która zaczęła funkcjonować od 1809 roku, by od 1816 roku wejść jako wydział w skład Uniwersytetu Warszawskiego, drugą natomiast Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które rozpoczęło swoją działalność w 1820 roku. W organizacji tak pierwszej, jak i drugiej wielkie zasługi położyli praktycznie ci sami ludzie – Stanisław Staszic, podówczas działający w wielu strukturach władzy państwowej Księstwa Warszawskiego i później Królestwa Polskiego, i warszawski lekarz August Fryderyk Wolff. Spotykali się z pewnością wielokrotnie, poruszając tematy, które dla obu były istotne. A plon tych spotkań, pomimo wielu zawirowań politycznych, jakie przetoczyły się przez ziemie polskie i samą Warszawę – trwa do dnia dzisiejszego.

[1] Tekst referatu wygłoszonego w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w dniu 18 czerwca 2026 r. z okazji uroczystości otwarcia zrekonstruowanego gabinetu, w którym pracował twórca i pierwszy Dyrektor GBL prof. Stanisław Konopka, połączonej z dorocznymi tzw. „Wolffianami" upamiętniającymi postać Augusta Ferdynanda Wolffa.

Słowa kluczowe: Stanisław Staszic, August Fryderyk Wolff, Szkoła Medyczna, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Uniwersytet Warszawski, XIX wiek.

Abstract

The early 19th century saw the establishment of two institutions in Warsaw that were crucial to the medical community. The first was the Medical School, which began operating in 1809 and, in 1816, became a faculty of the University of Warsaw. The second was the Warsaw Medical Society, which began operating in 1820. The organization of both institutions was largely due to the work of virtually the same people: Stanisław Staszic, then active in numerous state structures in the Duchy of Warsaw and later the Kingdom of Poland, and Warsaw physician August Fryderyk Wolff. They undoubtedly met frequently, discussing topics that were important to both. And the fruit of these meetings, despite the many political turmoils that swept through Poland and Warsaw itself, endures to this day.
Key words: Stanisław Staszic, August Fryderyk Wolff, Medical School, Warsaw Medical Society, University of Warsaw, 19th century.

Czy nie jest to *licentia poetica*? Czy do takiej sytuacji mogło dojść naprawdę? Odpowiedź jest tylko jedna. Oczywiście, i nie jest wykluczone, iż miało to miejsce wielokrotnie. Ci dwaj ludzie: August Wolff – warszawski konsyliarz, czy nawet *archiatra*[2], jak podówczas mówiono – i Stanisław Staszic, nie tylko wybitny mąż stanu, ale przede wszystkim *tworzyciel* – to również słowo ówczesne[3], dziś najprawdopodobniej, w tym kontekście użyte by zostało określenie *twórca* – wielu instytucji naukowych z powstałym w listopadzie 1800 roku Warszawskim Towarzystwem Przyjaciół Nauk[4] na czele, byli sobie emocjonalnie wyjątkowo bliscy. Jeśli wypada w tym miejscu sięgnąć do mowy potocznej, to „nadawali na tych samych falach", co sprawiało, iż w bardzo wielu sprawach porozumiewali się ze sobą bez większych trudności.

[2] Tu za: M. Łyskanowski, *Ostatnie sprawozdanie archiatra*, Warszawa 1967.

[3] Takie określenie znajduje się na rycinie – portrecie J.H. Dziarkowskiego pierwszego dziekana Szkoły Medycznej w Warszawie, tu za: M.J. Turos, *Początki… Dzieje warszawskiej szkoły medycznej 1789–1831*, Warszawa 2024.

[4] Tu za: B. Szacka, *Stanisław Staszic*, [w:] red. H. Samsonowicz, *KSAP XX lat*, Warszawa 2019, s. 308.



August Wolff

Ze zbiorów autora



Stanisław Staszic

Za: B. Szacka, *Stanisław Staszic*, [w:] red. H. Samsonowicz, *KSAP XX lat*, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2019

A jeśli rzecz idzie o środowisko medyczne. To przede wszystkim były zabiegi wokół powołania w Warszawie szkoły wyższej o takim właśnie profilu nauczania. Od 1808 roku funkcjonowała już co prawda szkoła wojskowa[5], z której wykładowcami, m.in. z Leopoldem Lafontaine'em i Michałem Bergonzonim[6], ale i innymi, Stanisław Staszic z pewnością utrzymywał żywe kontakty chociażby przez istotny fakt, jakim było zasiadanie i czynny udział w Izbie Edukacyjnej Księstwa Warszawskiego. Dla tej niezwykle ważnej instytucji opracował schemat szkolnictwa wszystkich szczebli od elementarnego po akademickie, i co nie mniej istotne, działając równocześnie w Dyrekcji Skarbu, potrafił wpływać na pozyskiwanie na ten cel niezbędnych funduszy[7].

A nie był to dobry czas dla rozwoju instytucji oświatowych, szczególnie rok 1809, kiedy na terytorium Księstwa Warszawskiego wkroczyły wojska austriackie. 19 kwietnia na przedpolach Warszawy doszło do bitwy pod Raszynem[8], a później przez prawie dwa miesiące miasto znajdowało się pod okupacją. Doktor August Wolff wraz ze swoimi konfratrami spieszył z pomocą rannym i chorym polskim żołnierzom, zaś wydatki na ten cel – i to niejednokrotnie dość znaczne – jak zawsze dyskretnie pokrywał Stanisław Staszic. Może spotkali się przez chwilę na Starym Mieście, gdzie austriaccy gefrajtrzy niechętnie zaglądali by znów mówiąc kolokwialnie, „nie dostać po pysku" nawet od krewkiej warszawskiej przekupki. Nie jest to bynajmniej dorabianie faktów. O takich zdarzeniach wspomina Kazimierz Wł. Wójcicki[9]. Prócz wymiany nieodzownych w takich sytuacjach grzeczności mogło paść pytanie – a co ze szkołą medyczną, z którą obydwaj wiązali wielkie nadzieje.

Co ze szkołą? Jeśli prześledzić uważnie proces legislacyjny tej jakże potrzebnej dla kraju instytucji, wyraźnie widać, iż kierował nim ktoś doskonale obeznany w zawiłościach parlamentarnych i niuansach działań na najwyższych szczeblach władzy. Uzyskanie zgody

---

5 „…w domu Sapieżyńskim na Nowym Mieście gdzie się znayduie Szpital generalny garnizonowy w pokoju do tego wybranym, Rada Główna Zdrowia będąca przy boku Ministra Woyny otworzyła d. 9 b. m. dla chirurgów woyskowych szkołę chirurgiczną, a w przytomności wielu Generałów, Pułkowników, Lekarzów i innych znakomitych osób. Zagaił to posiedzenie WJP Bergonzoni Prot-Medyk wojskowy i prezes Rady Głównej Zdrowia, JJ PP Professorowie donieśli o porządku lekcyj mających bydź dawanymi a WJP Lafontaine Prot-Chirurg i Vice-Prezes tejże Rady głównej zdrowia miał wyborną mowę o stanie chirurgii w naszym kraiu, którą zakończył dziękując przytomnym gościom; poczym ceremonia ta ukończyła się powszechnym ukontentowaniem", „Gazeta Warszawska" z Warszawy dnia 18 czerwca 1808 roku w sobotę, nr 49, s. 802.

6 Tamże.

7 B. Szacka, *Stanisław Staszic…* – s. 309.

8 Tu m.in. B. Pawłowski, *Warszawa w 1809*, [w:] „Roczniki Towarzystwa Naukowego w Toruniu", Toruń 1948, s, 29–31.

9 K.Wł. Wójcicki, *Pamiętniki dziecka Warszawy i inne wspomnienia warszawskie,* T. I–II, Warszawa 1974.

na utworzenie uczelni wypada naprawdę uznać za majstersztyk dyplomatyczny. Dokumenty, jakie przedłożono Księciu Warszawskiemu – taki tytuł nosił bowiem Fryderyk August[10] – musiały powstawać przypuszczalnie w lipcu, bądź nawet w czerwcu tuż po opuszczeniu Warszawy przez wojska austriackie, co oczywiście żartobliwie skwitowali mieszkańcy staromiejskich zaułków: „oj książę Ferdynandzie cóż ci się to stało, żeś uszedł z Warszawy w samo Boże Ciało”[11]. Politycznie był to czas wyjątkowo niepewny, nad Dunajem ważyły się losy nie tylko armii napoleońskiej, ale i ewentualnego dalszego *status quo* całej Europy[12]. Działania wojenne trwały z różnym nasileniem, aż do października, kiedy to zawarto pokój w Schönbrunn[13]. Przypuszczalnie, nawet przesyłanie korespondencji było znacznie utrudnione, gdyż wojska austriackie po opuszczeniu Warszawy nadal operowały na lewym brzegu Wisły. A jednak podjęto ryzyko, być może widząc w tym rozgardiaszu pewną szansę, iż dobrze zredagowany dokument wreszcie nie dotyczący spraw militarnych, łatwiej znajdzie dostęp do kancelarii monarszej i uzyska potrzebną aprobatę władcy. Nie można wykluczyć, czy nie posłużono się tu swoistym podstępem, ponieważ ten sam dzień datowania – a konkretnie 19 września 1809 roku – posiada także inny istotny akt legislacyjny. Był nim mianowicie dekret królewski powołujący do istnienia w Księstwie Warszawskim Radę Ogólną Lekarską[14]. Narzucało się samo przez się, że po prostu nie ma możliwości podejmowania właściwych działań, a zwłaszcza zwalczania raz po raz nawracających epidemii oraz innych form dbałości o stan zdrowia obywateli, jeśli nie będzie odpowiedniej liczby dobrze, a przy tym nowocześnie wykształconych lekarzy. To są zagadnienia od siebie nierozdzielne. Posłów do dalekiego Drezna ktoś instruował, jak mają postępować, i nie można wykluczyć, iż to właśnie być Stanisław Staszic

Ciekawe jest prześledzenie protokołów z posiedzeń Izby Edukacyjnej, jakie odbywały się w Warszawie na przełomie owego burzliwego lata i jesieni 1809 roku. Całość dokumentów z kolejnych zebrań została pieczołowicie zebrana, a następnie opracowana oraz

---

[10] „…korona książęca warszawska jest dziedziczną w osobie króla saskiego, jego potomka, dziedziców i następców podług porządku następstwa ustanowionego w domu saskim…”. Art. 5, Konstytucja Księstwa Warszawskiego z dnia 22 lipca 1807 roku, za: F. Połomski i P. Jurek, *Źródła do historii państwa i prawa Polski*, Wrocław 1998, s. 196.

[11] Tu za: K. Beylin, *Piętnaście lat Warszawy*, Warszawa 1976.

[12] Były to praktycznie nierozstrzygnięta, okupiona znacznymi stratami bitwa pod Aspern-Essling (miejscowości na prawym brzegu Dunaju) stoczona w maju 1809 roku i wygrana pod Wagram (miejscowość na przedmieściu Wiednia) i Znojmem (miasto na południu Moraw oddalone 10 km od Brna) w lipcu tego roku. Tu za: R. Bielecki, *Encyklopedia wojen napoleońskich*, Warszawa 2002.

[13] St. Grodziski *Habsburgowie. Dzieje dynastii*, Kraków 2013, s. 203.

[14] Fr. Giedroyć, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego (1809–1867)*, Warszawa 1913, s. 759, oryginał w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, nr kat. III. 2.010.273, wersja zdigitalizowana https://polona.pl/preview/c09d209a-ec08-48ff-930f-1baa0bbc9b15 (data dostępu: 04.06.2026 r.).

opatrzona przypisami i komentarzem przez Zygmunta Kukulskiego[15]. Praktycznie, od 23 sierpnia 1809 roku, w każdym dokumencie natrafia się na jedną bądź kilka uwag dotyczących organizacji Szkoły Medycznej. Początkowo Stanisław Staszic, idąc za sugestią Augusta Wolffa, używał tu określenia kolegium lekarsko-chirurgiczne[16], następnie szkoła lekarska, i Wydział Akademicko-Lekarski, lecz bardzo szybko przyjął formułę Szkoła Medyczna. Nad dobraniem właściwego miana obradowano 22 września „od godziny czwartej po południu"[17], i to on sporządził ostateczny dokument, po czym udał się do odpowiednich władz celem zatwierdzenia, o co zresztą został poproszony.

Warto w tym miejscu przytoczyć wersy z bezpośredniej notatki Stanisława Staszica sporządzonej na kolejnym posiedzeniu dnia 29 września 1809 roku. Po wprowadzeniu pisał, co następuje: „…z odprawionej konferencji co do osób wezwanych na nauczycieli, iż ci uczyć będą puki akademja zaprowadzoną nie zostanie… lokalność na tę szkołę wyznaczona w domu szkół pojezuickich, względem tego napisano do prefektury Warszawskiej, żeby pomieszkania nienajęte wypróżnione były, a burgrabiemu zalecenie wydać aby był pomocnym do przygotowania wszystkiego na tę szkołę i dozorem porządku się zatrudniał … co się tycze kosztu na wyporządzenie lokalności i rozkładu nauk, o to na przyszłej konferencji ma być układ jak specyfikacja podaną zostanie"[18].

Daremnie by szukać tej specyfikacji wśród zapisów kolejnych posiedzeń. Niewykluczone, iż Stanisław Staszic, wiedząc o pustce w skarbcu Księstwa Warszawskiego, rzecz całą rozwiązał po swojemu – wniósł odpowiednią sumę…

I mamy w Warszawie prawdziwą szkołę kształcącą przyszłych lekarzy. Wśród, jak to się mówi górnolotnie, „Ojców Założycieli" znalazł się August Wolff nauczający „terapii ogólnej"[19]. On jako pierwszy rzucił hasło, by wykładowcy w Szkole Medycznej, podobnie jak to uprzednio działo się w szkole wojskowej, za swoje wykłady nie pobierali honorariów[20]. On również jako pierwszy otrzymał z rąk Stanisława Kostki Potockiego oficjalną nominację na stanowisko profesora terapii ogólnej, specjalnej i kliniki. Ten ostatni termin wyraźnie wskazuje, iż od samego początku działania dydaktyczne miały być prowadzone również w warunkach szpitalnych. A odpowiedni dekret ktoś na biurko prezesa Izby Eduka-

[15] Z. Kukulski, *Udział Staszica w pracach Izby Edukacyjnej (1807–1812)*, odbitka z księgi zbiorowej *Stanisław Staszic*, Lublin 1927, oryginał w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/preview/d24f6ed6-43f4-4345-9386-0df5bb654628 (data dostępu: 17.06.2026 r.).

[16] Tamże.

[17] Tamże.

[18] Tamże, s. 24.

[19] S. Kośmiński, *Słownik lekarzów polskich,* nakł. autora, Warszawa 1883, s. 555 i nast.

[20] Tamże.

cyjnej położył, po czym dopilnował, by został uwierzytelniony – i niewykluczone, iż to był ów znajomy Wolffa ze staromiejskich uliczek. Przecież od dłuższego czasu pracował nad obszernym memoriałem, który przekazał na ręce Stanisława Kostki Potockiego. Już sam nagłówek tego dokumentu mówi sam za siebie: „Przełożenie potrzeby ustanowienia w Warszawie Collegium lekarsko chirurgicznego nauczającego”[21].

W tym długim tytule jedno słowo jest szczególnie istotne, a mianowicie „potrzeby”. To nie *li* tylko powołanie samej instytucji, ale stworzenie dla niej warunków materialnych, zgromadzenie funduszy chociażby na publikację niezbędnych podręczników, znalezienie i opłacenie ewentualnego remontu budynków… to cały czas zaprzątało głowę Stanisława Staszica.

Kiedy ukonstytuowało się kolegium, któremu ze spokojem można nadać współczesne miano dziekańskiego pod przewodnictwem Jacka Hiacynta Dziarkowskiego, co najprawdopodobniej miało miejsce podczas spotkań, które odbywały się między 29 września a 7 października 1809 roku[22], pod protokołem końcowym zgodnie podpisali się obok siebie August Wolff oraz Stanisław Staszic. Wychodząc z domu przy ul. Podwale 7, gdzie mieściło się mieszkanie pana dziekana i żegnając się z właściwą kurtuazją, z pewnością, znów uścisnęli sobie ręce.

Każda instytucja musiała posiadać swoją władzę zwierzchnią w osobie prezesa, a wynikało to z całego szeregu zawiłości administracyjnych wprowadzonych w Księstwie Warszawskim przez obowiązujący akt prawny, jakim był Kodeks Napoleona, więc i Szkoła Medyczna – w oficjalnej tytulaturze często używano też długiej nazwy Wydział Akademicko-Lekarski – również otrzymała takowego. W dniu 18 grudnia 1809 roku Izba Edukacyjna mianowała nim Stanisława Staszica. Co prawda, jak pisze Józef Bieliński: „czy Staszic brał udział w naradach lekarzy nie wiem, nie spotkałem dotąd dokumentu któryby świadczył o współudziale Staszica”[23], lecz czy zarazem niejako zaprzecza sam sobie, jeśli na ważnych dokumentach, które następnie obficie cytuje, figuruje podpis właśnie Staszica. Bez jego znajomości tematyki toczonych obrad, szacunku, jakim cieszył się w kręgach sprawujących władzę polityków, i to nie tylko urzędników warszawskich, ale przede wszystkim cichego wsparcia finansowego, jakie świadczył, pokrywając często anonimowo pewne koszty[24], zaś problemy organizacyjne, z jakimi borykano się praktycznie od początku istnienia Szkoły Medycznej, z pewnością byłyby dużo większe.

---

[21] J. Bieliński, *Założenie Wydziału Lekarskiego Notatka historyczna*, [w:] „Krytyka Lekarska” 1903, Rok siódmy, nr 6, s. 137.

[22] Tamże.

[23] Tamże, s. 136.

[24] Tu za: H. Muszyńska-Hoffmannowa, *Pucharek ze srebra*, Warszawa 1968.

…jest taki dział nauk historycznych noszący nazwę mikrohistoria, który na polski grunt wprowadzili Jerzy Topolski[25] i Ewa Domańska[26]. Awansował nawet na akademicki przedmiot wykładowy z odpowiednim tytułem *Jak historia jednego życia pozwala zrozumieć historię świata. Mikrohistoria w warsztacie historyka XX wieku*[27]. Postępując zgodnie z jego zasadami, wypada popatrzeć na naszych Bohaterów jak na zwykłych ludzi, mieszkańców Warszawy z początków XIX wieku, niech do nas wrócą i na moment znów ożyją, gdyż zgodnie z frazą Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego wypada: „choć cień na ścieżce utrwalić od zapomnienia"[28].

…oto spotkali się w oficynie Pałacu Sapieżyńskich, o czym wspominał sekretarz Łuba[29], popijając wonną „kaffę", którą warszawskie kawiarki przyrządzały z ceremoniałem podobnym do tego z Mickiewiczowskiego Soplicowa, będą debatować o ważnych sprawach – pan konsyliarz August Wolff niucha aromat bijący z porcelanowego, malowanego w kwiaty imbryczka, rozsiada się w fotelu, może dobywa uprzednio napisaną suplikę… obok już pan dziekan Jacek Hiacynt Dziarkowski sięga do filiżanki… a prezes Stanisław Staszic, kiwając głową, notuje pilnie to, co następnego dnia na posiedzeniu Izby Edukacyjnej wygłosi wobec Stanisława Kostki Potockiego… o co jeszcze wypada zapytać… na co zwrócić uwagę, aby projekt doszedł wreszcie do skutku… inni słuchają, może dorzucają jakieś ważkie słowo… a, gdy już temat zasadniczy wyczerpano, wówczas jak w wierszu Artura Oppmana: „w filiżankach nektar słodki, niknie kawa, znikają sucharki i kursują staromiejskie plotki"[30], bo warto wiedzieć, co o całym przedsięwzięciu sądzą ludzie…

Pomoc Stanisława Staszica jak zawsze była wszechstronna. Tym razem chodziło o trupy do nauczania anatomii. I znów udał się Pan Prezes do odpowiednich władz cywilnych, kiedy to nie poskutkowało, to do wojskowych w osobie generała Józefa Wasilewskiego[31], i sprawa została pomyślnie załatwiona.

Latem 1810 roku wreszcie urządzono audytorium i teatr anatomiczny w gmachu przy ul. Jezuickiej i dnia 7 czerwca „w przytomności Stanisława Potockiego prezesa Rady Stanu i Izby Edukacyjnej Publicznej"[32], odbyło się, tym razem już oficjalne otwarcie

---

25 J. Topolski, *Jak się pisze i rozumie historię. Tajemnice narracji historycznej*, Warszawa 1998.
26 E. Domańska, *Mikrohistorie: spotkania w międzyświatach*, Poznań 1999.
27 https://sylabus.uj.edu.pl document (data dostępu: 05.07.2026 r.).
28 K.I. Gałczyński, *Pieśni*, Ciechanów, druk okolicznościowy, br. r. wyd., br. paginacji.
29 H. Muszyńska-Hoffmannowa, *Pucharek…* – s. 112–113.
30 A. Oppman, *Antologia*, Warszawa 2011, s. 95.
31 Tu za: H. Eile, *Dzieje administracji w wojsku Księstwa Warszawskiego. Zaopatrzenie* wojska, Warszawa 1928, s. 272.
32 J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. Notka historyczna*, [w:] „Krytyka Lekarska" 1903, R. VII, nr 9, s. 208.

instytucji. Czy nie paradoks – zajęcia już trwały, i co najważniejsze, a warto nadmienić, iż sprawozdawczość w Księstwie Warszawskim nad wszystkim i wszystkimi rozwijała swoje biurokratyczne skrzydła, 12 czerwca odbyła się pierwsza sesja egzaminacyjna, której pozytywne wyniki zaskoczyły wszystkich[33].

Tu należy się na moment zatrzymać. Mikrohistoria wymaga wyjątkowej staranności, szczególnie gdy w dużych opracowaniach, traktowanych jako istotne teksty, nieomalże źródłowe, napotykamy najrozmaitsze rozbieżności. Barbara Grochulska podaje tu datę 17 czerwca[34], pomimo iż w prasie wyraźnie figuruje data – „dnia 7 czerwca r. b."[35]. Gazety sprzed dwustu lat to istotne źródło… niosą w sobie istotny ładunek wiedzy oraz faktów, które należy starannie cytować i podawać.

Trzeba również wczytać się w zamieszczane w ówczesnych periodykach artykuły poświęcone szkole. Widać w nich wyraźnie, wbrew przyjętej może za Józefem Bielińskim opinii, iż Stanisław Staszic bardzo wiele dla Szkoły Medycznej nie zdziałał, **że** w rzeczywistości czuwał nad nią przez cały czas. Tu liczyły się nie tylko prowadzone wykłady, ale tworzenie właściwej atmosfery naukowej wokół całego przedsięwzięcia, umiejętność dotarcia do środowiska decydującego o finansach, o możliwości funkcjonowania szkoły. Świadczy o tym uhonorowanie jego wystąpienia inauguracyjnego osobnym drukiem, niejako dodatkiem – czy bardziej współcześnie – specjalną wkładką do numeru gazety[36].

Jak zawsze poruszał kwestie zasadnicze, zaś z tego doskonale skonstruowanego przemówienia warto przytoczyć samo zakończenie: „Uczniowie – uważaycie to Ci którzy nadawac wam będą umiejętność iak ratować macie cierpiącą ludzkość dali wam tu przykład iak każdy Polak powinien służyć w potrzebie kraiowi Jest to pierwsza którą Wam zacni Nauczyciele dali nauka. Nie zapomnijcie iej nigdy"[37].

Sama uroczystość, dość szczegółowo i współcześnie zrelacjonowana, składała się z szeregu wystąpień. Po oficjalnych, wzmiankowanym już Stanisława Staszica i Jacka Hiacynta Dziarkowskiego (tytuł brzmiał *Jakie skutki dobroczynne kraj odbiera z nauk lekarskich*[38]) kolejno o swoich specjalnościach mówili: Franciszek Brandt, Józef Czekierski i właśnie August Wolff.

---

33 Tamże, nr 10, s. 231.

34 B. Grochulska, *Lata 1807–1815*, [w:] red. St. Kieniewicz, *Dzieje Uniwersytetu Warszawskiego*, Warszawa 1981, s. 43.

35 „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego" z Warszawy dnia 16 czerwca 1810 roku w sobotę, s. 788.

36 „Gazeta Korrespondenta Kraiowego i Zagranicznego" z Warszawy dnia 19 czerwca 1810 roku we wtorek, s. 804 i nast.

37 Tamże.

38 Tu za: M. Łyskanowski, *Medycyna i lekarze dawnej Warszawy*, Warszawa 1976, s. 347.

On sam zajęć na uczelni miał dość dużo, gdyż np. w letnim półroczu 1811 roku prowadził wykłady z *therapia generalis* (terapii ogólnej – odpowiednik propedeutyki chorób wewnętrznych) w każdy poniedziałek i piątek[39]. A przecież trzeba było jeszcze przygotować „wyciągi z ksiąg" – czyli notatki dla studentów, opracować każdy kolejny temat.

Szybko nadszedł rok 1812. I jak się podówczas mówiło „czasy były złe". Składała się na to nie tylko klęska cesarza Napoleona w Rosji, ale wcześniejsze trudności finansowe. Skarb Księstwa Warszawskiego po prostu nie istniał[40]. Ale pomimo panującej mizerii o zabezpieczenie finansowe Szkoły Medycznej Stanisław Staszic upominał się przez cały czas[41].

Po prostu – musiały być fundusze dla szkoły, w tym również pochodzące z przejętych przez skarb dóbr pojezuickich w podwarszawskiej wówczas Białołęce. Sam wystawił pierwszą asygnatę na sumę tysiąca pięciuset talarów… znów zamilknijmy – jeśli tych pieniędzy aktualnie nie było w kasie (a to sugeruje zapis z protokołu: „a conto funduszu sejmem dla edukacji wyznaczonego"[42]), to niewykluczone, iż po prostu dał z własnych… domagał się przydzielenia pewnych kwot na stypendia dla kandydatów na studia spoza terenu Warszawy. Był cały czas obecny… pamiętał… poruszał istotne kwestie… wskazywał na potrzeby. Mniej może kwitował swoim podpisem, więcej autorytetem. Tak było do ostatniego posiedzenia Izby Edukacyjnej, jakie miało miejsce 3 stycznia 1812 roku[43].

Widział też nędzę warszawskich zaułków – tego samego Powiśla, które w drugiej połowie XIX wieku tak wstrząsnęło Stanisławem Wokulskim, jednym z bohaterów *Lalki* Bolesława Prusa[44], czy zrujnowanej przez pospieszne wznoszenie twierdzy strasznie doświadczonej w 1794 roku Pragi. Czy nie rozmyślał o pomocy…

Tak… i efektem było namówienie Augusta Wolffa do włączenia się w działalność Towarzystwa Dobroczynnego, o czym pięknie napisał słów kilka Jan Tomorowicz[45]. Pan konsyliarz w określone dni z Krakowskiego Przedmieścia wyruszał w błotniste uliczki nieść pomoc najuboższym.

Księstwo Warszawskie dogorywało. W 1813 roku wkroczyły do Warszawy wojska rosyjskie. Stanisław Staszic nie poddawał się panującym nastrojom, stymulując i innych do

---

[39] „Plan nauk mających się zacząć w dniu 6 maja", tu za: J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. Notka historyczna…* – nr 10, s. 255.

[40] J. Willaume, *Służba zdrowia armji Księstwa Warszawskiego w przededniu kampanji 1812 r.*, Warszawa 1926.

[41] J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie…* – nr 8, s. 173.

[42] Tamże.

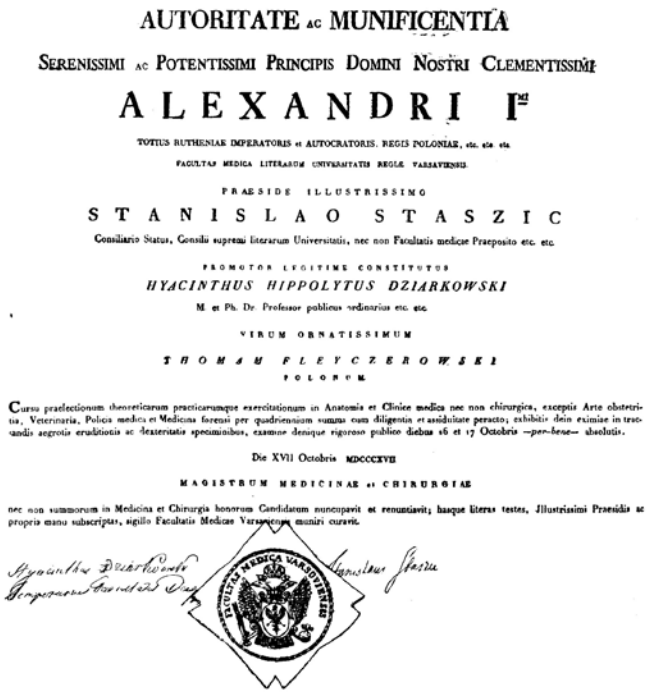
[43] Z. Kukulski, *Udział Staszica w pracach Izby Edukacyjnej (1807–1812)…* – s. 56.

[44] B. Prus, *Lalka*, T. 1–3, Warszawa 1981.

[45] J. Tomorowicz, *Opisanie Ustaw Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Dobroczynności Warszawskiego wraz z urządzeniem apteki dla chorych ubogich*, Warszawa 1815, tabela po tekście, br. paginacji.

pracy. Najlepszym tego dowodem była wielka troska o urządzenie ogrodu botanicznego, do którego – pomimo licznych trudności finansowych – zakupywano kolekcje rzadkich roślin. Ile z tych rachunków pokrywał z własnej kiesy… niech to pozostanie tajemnicą wielkości człowieka, bez którego byt Szkoły Medycznej z całą pewnością byłby trudniejszy, a nie można wykluczyć, iż i zupełnie niemożliwy[46]. Starał się również o utrzymanie wysokiego poziomu kształcenia, czego najlepszym dowodem jest zapis o sposobie przeprowadzania egzaminów, jaki dołączył do dokumentów sesji Dyrekcji Edukacyjnej w dniu 9 listopada 1813 roku. Owszem, sytuacja zewnętrzna była skomplikowana, ale to w niczym nie powinno wpływać na tryb ich przeprowadzenia oraz na sposoby sprawdzania wiedzy[47].

Naciskał też na wprowadzenie specjalnym dekretem z dnia 11 listopada 1814 roku[48] odpowiedniego dyplomu. To on także włączył istotne motywy i treść do kolejnej wersji z lat 1816–1817, która jest najpowszechniej znana z wielu publikacji, w jakich została zamieszczona – widząc w tym wyraźnie podniesienie autorytetu uczelni.



AUTORITATE ac MUNIFICENTIA

SERENISSIMI ac POTENTISSIMI PRINCIPIS DOMINI NOSTRI CLEMENTISSIMI

ALEXANDRI Imi

TOTIUS RUTHENIAE IMPERATORIS et AUTOCRATORIS. REGIS POLONIAE, etc. etc. etc.

FACULTAS MEDICA LITERARUM UNIVERSITATIS REGIAE VARSAVIENSIS

PRAESIDE ILLUSTRISSIMO

STANISLAO STASZIC

Consiliario Status, Consilii supremi literarum Universitatis, nec non Facultatis medicae Praeposito etc. etc.

PROMOTOR LEGITIME CONSTITUTUS

HYACINTHUS HIPPOLYTUS DZIARKOWSKI

M. et Ph. Dr. Professor publicus ordinarius etc. etc.

VIRUM ORNATISSIMUM

THOMAM FLEYCZEROWSKI

POLONUM

Cursu praelectionum theoreticarum practicarumque exercitationum in Anatomia et Clinice medica nec non chirurgica, exceptis Arte obstetricia, Veterinaria, Policia medica et Medicina forensi per quadriennium summa cum diligentia et assiduitate peracto; exhibitis dein eximiae in tractandis aegrotis eruditionis ac dexteritatis specimnibus, examine denique rigoroso publico diebus 16 et 17 Octobris —per-bene— absolutis.

Die XVII Octobris MDCCCXVII

MAGISTRUM MEDICINAE et CHIRURGIAE

nec non summorum in Medicina et Chirurgia honorum Candidatum nuncupavit et renuntiavit; hasque literas testes, Illustrissimi Praesidis ac propria manu subscriptas, sigillo Facultatis Medicae Varsaviensis muniri curavit.

Dyplom fakultetu medycznego Uniwersytetu Warszawskiego

Za: *Złota Księga Medycyny Warszawskiej*, wyd. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2009

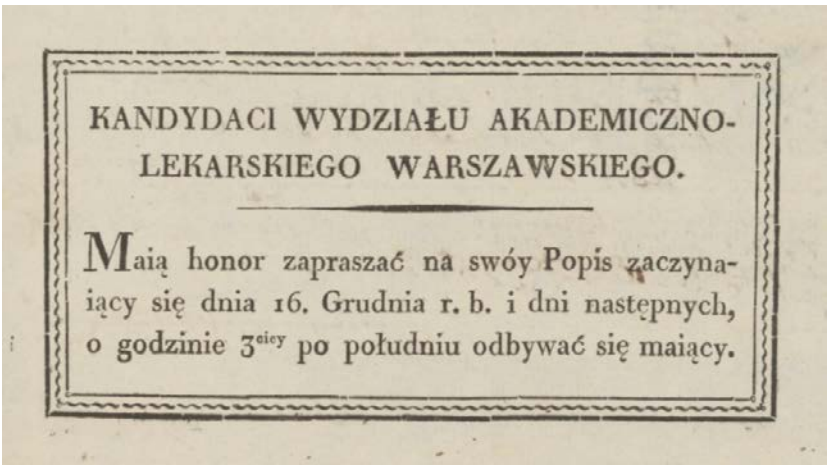
46 H. Muszyńska-Hoffmannowa, *Pucharek ze srebra…* – posłowie, br. paginacji.

47 J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie*, [w:] „Krytyka Lekarska" 1904, T. VIII, nr 7, s. 176.

48 Tamże, s. 177.

Z wrodzoną sobie skromnością przyjął również umieszczenie swojego nazwiska wraz z pełną tytulaturą.

Cieszył się, widząc owoce swoich starań. Najlepszym na to dowodem jest zachowany w manuskrypcie jego dzieła *Ród ludzki* niewielki skrawek papieru. Skromne zaproszenie na publiczny popis studentów Wydziału Akademiczno-Lekarskiego – gdyż taką właśnie nazwę przeczytać można na zachowanym druku – jaki miał miejsce 16 grudnia 1814 roku[49].



KANDYDACI WYDZIAŁU AKADEMICZNO-LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Maią honor zapraszać na swóy Popis zaczynaiący się dnia 16. Grudnia r. b. i dni następnych, o godzinie 3^ciey po południu odbywać się maiący.

Zaproszenie

Ze zbiorów Biblioteki Narodowej w Warszawie – domena publiczna

Z odwrotnej strony zapisał kilka słów, które najprawdopodobniej stały się osnową jego wystąpienia do „*świeżo upieczonych*" medyków. To nie miało być długie i nudne przemówienie, ale życzliwy głos człowieka, który – choć wokół sytuacja polityczna jest trudna i burzliwa – widzi sens poniesionych nakładów, wskazuje na istotę zdobywania nauki nie dla państwa, ale dla jego mieszkańców… piękne słowa, które do dnia dzisiejszego nic nie straciły ze swojego znaczenia…

Kiedy powstał Uniwersytet Warszawski i znalazł się w nim fakultet medyczny, od samego początku starał się żywo włączać w jego funkcjonowanie. W specjalnym memoriale pisał wprost do cara Aleksandra I o konieczności utrzymania oraz dalszego rozwoju szkolnictwa na poziomie akademickim. A kiedy wszedł w skład Rady Ogólnej uniwersytetu jako jej przewodniczący, czynnie pracował nad stworzeniem najważniejszych dokumentów nakreślających ramy działania uczelni, w tym statutu, o którym Józef Bieliński napisał, iż

[49] Manuskrypt w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, nr kat. Rps 3066 III, wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/item-view/32814e1a-bdc7-44f8-a58f-e2ea90e2d111?page=3 (data dostępu: 17.09.2023 r.).

był przeniknięty mądrym duchem liberalnym. Cytując słowa samego Stanisława Staszica zaczerpnięte z jednego z zapisów, nie omieszkał przytoczyć zdania: „aby szkoła została otwarta dla wszystkich stanów, aby ci tylko zajmowali urzędowe stanowiska którzy nie z urodzenia swego ale z należytego przygotowania wylegitymować się zdołają”[50]. Odpowiedzią cara na skierowaną do niego osobiście prośbę było: *Postanowienie naznaczające założenie Szkoły Głównej pod imieniem Królewskiego Uniwersytetu*[51].

Powstanie uniwersytetu, choć w wielu dokumentach założono powstanie samodzielnej biblioteki, nie rozwiązało jednak problemów z książkami. Ciągle ich było za mało. August Wolff pracował już od dawna nad swoją obszerną dwutomową księgą *Rys sztuki leczenia czyli terapia ogólna i szczególna*[52]. Jak sam zaznaczył w przedmowie, owoc swojej pracy, dzieło to: „przeznaczył dla uczniów tutejszej szkoły (w domyśle Szkoły Medycznej) język polski po większej części tylko posiadających”[53], ale jednocześnie podejmując starania, by mogło służyć jako podstawowe vademecum dla lekarzy wojskowych i cywilnych. Z tego dość trudnego zamierzenia wybrnął pomyślnie, mało tego – potrafił nawet pogodzić ze sobą dwa ścierające się podówczas kierunki naukowe, a mianowicie Johna Browna[54] i krytycyzm teoriopoznawczy Immanuela Kanta.

Konstrukcja każdego z tomów odpowiadała zawartym w nim treściom i tak pierwszy składał się z części ogólnej, gdzie zostały omówione podstawowe działania lekarza (str. 211), i szczegółowej poprzedzonej bibliografią przedmiotu obejmującą siedemnaście pozycji tylko w języku niemieckim.

Rozdziały części szczegółowej zostały zasygnalizowane majuskułą i również przed omówieniem kolejnych zagadnień znalazła się bibliografia. Wiodącą tematyką były

---

50 Tamże.

51 „Postanowienie naznaczające założenie Szkoły Głównej pod imieniem Królewskiego Uniwersytetu” z dnia 7/19 listopada 1816 r., [w:]: AGAD Dz.Pr.K.P., Tom XIII, nr 51, s. 90–95.

52 A. Wolff, *Rys sztuki leczenia czyli terapia ogólna i szczególna*, Warszawa 1816–1817, oryginał w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, nr kat. T. I 1.246.964 A, wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/item-view/109f1470-55bb-43cc-bf21-37f947a74739?page=4 – T. II; nr kat. 1.246.964 A – wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/item-view/93d59c05-bd4e-44e4-bde9-5f64ff7170da?page=9 (data dostępu: 05.05.2026 r.).

53 Tamże – wstęp br. paginacji.

54 John Brown – 1735–1788, szkocki lekarz, twórca systemu zwanego od nazwiska brownizmem, popularnego na przełomie XVIII i XIX wieku, uważał, iż większość stanów patologicznych powstaje w efekcie nadmiernej stymulacji. Głosił, że życie polega na nieustannym pobudzaniu, jest skutkiem pobudliwości i działania bodźców, a pobudliwość dana człowiekowi przy urodzeniu stopniowo się wyczerpuje, natomiast choroby biorą się z zakłócenia liczby i siły bodźców – stenia (i choroby steniczne) to zbyt wiele bodźców, astenia (i choroby asteniczne) zaś zbyt mało. Medycyna powinna się sprowadzać do regulowania tych stanów przez osłabianie lub wzmacnianie bodźców. Jego poglądy wywoływały liczne kontrowersje m.in. na terenie Niemiec; tu za: B. Płonka-Syroka, *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego*, [w:] „Medycyna Nowożytna” 2018, T. 24, zesz. 1, s. 7 i nast.

tutaj gorączki omówione kolejno w siedmiu rozdziałach. W zakończeniu znalazły się sześćdziesiąt dwie recepty na specyfiki działające w przypadku chorób z podwyższoną ciepłotą ciała.

Tom drugi zawierał kontynuację tematyki w podobnym ujęciu konstrukcyjnym i poświęcony był w znacznej części zapaleniom i skórnym wysypkom gorączkowym. Podobnie jak w pierwszym, i tu po tekście znajdowały się recepty.

Wśród opisanych w tym tomie chorób znaleźć można jedne z najbardziej szczegółowych w swoim czasie opisy wysypek gorączkowych które podzielił na pierwotne i wtórne, a następnie obszerną charakterystykę odry, płonicy, różyczki, półpaśca i pokrzywek.

Słownictwo, jakie stosował, było wyjątkowo starannie dobrane. Pisał doskonałą czystą polszczyzną, starając się do minimum ograniczyć terminologię łacińską. Wszystko to sprawiło, iż był to pierwszy, a zarazem jedyny, podręcznik chorób wewnętrznych tak wnikliwie poruszający analizowaną tematykę, jaki został opublikowany w Warszawie do lat 30. XIX wieku. Chętnie korzystano z niego również i w latach późniejszych.

Dzieło to nie zostało ukończone. Wspominał o tym sam August Wolff w drugim tomie, zaznaczając, iż odchodzi z uczelni i w związku z tym: „wydanie dalsze zależeć będzie już to od łaskawego względu publiczności już też od wolnych chwil autora”[55].

Zwrot „*łaskawego względu*” aż za dobrze przypomina staropolskie porzekadło: „*łaska pańska na pstrym koniu jeździ*”[56].

…stąd napisać książkę, choćby nawet najwartościowszą i najpotrzebniejszą, to jedno, a wydać to drugie. Choć na karcie tytułowej widnieje „kosztem autora”, to ktoś musiał drukarzom poręczyć… i to niemałą sumę… można być w znacznym stopniu przekonanym, któż to po cichu wsunął się do kantorka, wydobył pugilares i położył żądaną kwotę. Barbara Szacka w swoim biogramie Stanisława Staszica z przekąsem zaznaczyła, iż o tych drobnych faktach szybko zapomniano, choć o paradoksie dla angielskiego pisarza Charlesa Dickensa stanowiły one podstawę prawdziwej filantropii i poświęcił temu zagadnieniu jedno ze swoich opowiadań utrzymanych w formie esejów[57].

Stanisław Staszic dość szybko zorientował się, iż pomimo wielu deklaracji o swobodzie nauczania, nowe władze rosyjskie wprowadzą swoje surowe, by nie rzec brutalne zasady. Na uniwersytet oraz do innych szkół wkradnie się służalczość, donosicielstwo, ba wręcz szpiegostwo. Celem rządów wielkiego Księcia Konstantego było skłócenie społeczeństwa, gdyż wówczas łatwiej można rządzić za pomocą bezmyślnych carskich ukazów.

---

55 A. Wolff, *Rys sztuki leczenia czyli terapia ogólna i szczególna…* – wstęp, br. paginacji

56 https://nck.pl/projekty-kulturalne/projekty/ojczysty-dodaj-do-ulubionych/ciekawostki-jezykowe/LASKA_PANSKA_na_PSTRYM_KONIU_JEZDZI,cltt,%C5%81 (data dostępu: 05.07.2026 r.).

57 B. Szacka, *Stanisław Staszic…* – s. 315.

Smutne, ale jednym ze studentów fakultetu medycznego był Henryk Mackrott, szpieg pozostający na usługach wielkiego księcia[58]. Donosił nie tylko na kolegów, ale i na profesorów, którzy nie przestrzegali narzuconych rygorów, w atmosferze powszechnej, acz skrywanej ze strachu, pogardy braci akademickiej. Niektórzy co prawda wymyślali mu od „szelmów szpiegów", a może nawet używając ostrzejszych słów, większość jednakże wolała unikać z nim jakichkolwiek kontaktów. Tak było bezpieczniej, gdyż każdy powód do aresztowania był dobry, zaś więzienie u karmelitów na Lesznie[59] zawsze miało jakąś wolną celę.

Działo się bardzo źle, o czym wspominał Aleksander Jełowicki: „i uniwersytet też inny jak w Krakowie; tam nauczyciela i ucznia po tym tylko poznać, że ten siedzi na krześle, a ci w ławkach; w Warszawie co to wszystko naciągane na kopyto wojskowe, nauczyciele i uczniowie w mundurach, a przy drzwiach draby"[60].

Ofiarą takiego, wyraźnie sprowokowanego zajścia studenckiego padł i sam August Wolff, który 12 kwietnia 1817 roku podał się do dymisji. To ten fakt niejako sam upamiętnił w drugim tomie wspominanego już dzieła, pisząc w zakończeniu względnie łatwe do przełknięcia przez cenzora zdanie, iż kończy swoją działalność akademicką.

Od kłótni nie było wolne i środowisko medyków warszawskich. Część była cywilnych, część wojskowych, niektórzy o bardzo wysokich kwalifikacjach, z doktoratami uczelni europejskich. Stanisław Staszic i o tym mógł rozmawiać z Augustem Wolffem, kiedy spotkał swojego starego przyjaciela. Był wszak twórcą wspomnianego już Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, któremu fundował kolejny gmach, zdecydowanie większy i piękniejszy w porównaniu ze staromiejskimi kamieniczkami u stóp katedry, gdzie do tej pory miało ono swoją siedzibę. Przeczuwał, że tego rodzaju ogólnonaukowe gremium może nie przetrwać – i był tu naprawdę złym prorokiem, gdyż po tragicznym końcu wojny polsko-rosyjskiej 1831 roku doszło do jego likwidacji.

A w Towarzystwie medycy uczestniczyli od samego początku. Jednymi z pierwszych, czynnie działających, zostali Tomasz Twardochlebowicz[61] i Jacek Hiacynt Dziarkowski,

---

[58] D. Kaźmierski, *Szpiegowski nokturn*, [w:] https://wiadomosci.onet.pl/kiosk/szpiegowski-nokturn/bx8tm (data dostępu: 06.07.2026 r.). Zespoły akt, jakie H. Mackrottt zgromadził, stanowią oddzielny zbiór w Archiwum Głównym Akt Dawnych i liczą w sumie 115 woluminów, tu za: http://agad.gov.pl/inwentarze/PTK198.xml (data dostępu: 06.07.2026 r.).

[59] Więzienie na Lesznie mieściło się w dawnym klasztorze karmelitów trzewiczkowych przy ówczesnej ulicy Leszno 32. Po roku 1818 część budynków przejęły władze i przeznaczyły na areszt. W roku 1822 osadzono w nim Waleriana Łukasińskiego, jak również innych członków Towarzystwa Patriotycznego. Zwane było również „więzieniem stanu", tu za**:** J. Bartoszewicz: *Kościoły Warszawskie rzymsko-katolickie opisane pod względem historycznym*, Warszawa 1855, s. 323–330.

[60] A. Jełowicki, *Moje wspomnienia,* Warszawa 1980, s. 63–64.

[61] AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 77, k. 11.

w późniejszym okresie Walenty Gagatkiewicz, Michał Bergonzoni, Leopold Lafontaine oraz Jerzy Arnold, Józef Filipecki, Filip Kincel, następnie zaś August Ludwik Bécu z Wilna, Fryderyk Hoffman, Jan Lernet z Krzemieńca, Józef Szymkiewicz z Wilna, August Wolff i Antoni Czeretowicz[62]. W 1817 roku dołączyli do nich też członkowie – według ówczesnej nomenklatury – „przybrani". Byli to: Franciszek Brandt, Ignacy Fijałkowski, Jan Bogumił Freier oraz Jakub Fryderyk Hoffman[63].

Zawartość „Roczników Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" wyraźnie ukazuje, iż na przestrzeni lat 1811–1830 zamieszczonych zostało dziewiętnaście tekstów poświęconych szeroko rozumianym naukom medycznym. Zdecydowanie więcej zagadnień poruszanych było na posiedzeniach, kiedy omawiano również nadesłane referaty. Wiele z nich zostało zgłoszonych do druku, ale z różnych przyczyn, a szczególnie w końcowym okresie działalności nie można wykluczyć ingerencji cenzorskich, nigdy nie zostało opublikowanych[64].

August Wolff zamieścił w „Roczniku Towarzystwa Naukowego Warszawskiego" dwa swoje teksty. Pierwszy w 1816 roku i była to publikacja *Rozprawa o sztuce lekarskiej popularnej*. Pierwotnie został on zaprezentowany w formie referatu na posiedzeniu Towarzystwa 30 kwietnia 1811 roku[65].

Rozprawa stanowiła swoistą, ale niezwykle twórczą polemikę z funkcjonującymi w świadomości społecznej XVIII i początków XIX wieku, często anonimowymi poradnikami propagującymi rozmaite sposoby leczenia popularnych chorób. Publikacji tych ukazywało się dość dużo[66], przy czym, na co zwracał uwagę autor, opisywały one tylko pewne objawy ogólne, które dla osoby posiadającej wykształcenie medyczne mogły sugerować zupełnie inną dolegliwość niż ta, której zostały przypisane: „w naypospolitszych nawet chorobach, przepisy do ich leczenia nie Lekarzowi podane nie tylko, że nie są użyteczne, ale owszem i szkodliwe"[67]. Nie negując konieczności powstawania tego rodzaju kompendiów, podkreślał, iż powinny być opracowywane przez wybitnych specjalistów i zawierać tylko najważniejszą wiedzę dostępną laikowi. Przygotował nawet specjalny schemat, którym zakończył swoje wystąpienie. Informacje zawarte w takim dziełku powinny jego zdaniem dotyczyć:

---

62 AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 77, k. 13.

63 „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" 1817, T. X i T. XI, Warszawa 1817.

64 Szerzej o tym zagadnieniu: M.J. Turos, *Tematyka medyczna na łamach „Roczników Towarzystwa Królewskiego Warszawskiego Przyjaciół Nauk" (1802–1830)*, [w:] „Medical Library Forum" 2020; 13(2), s. 58–66.

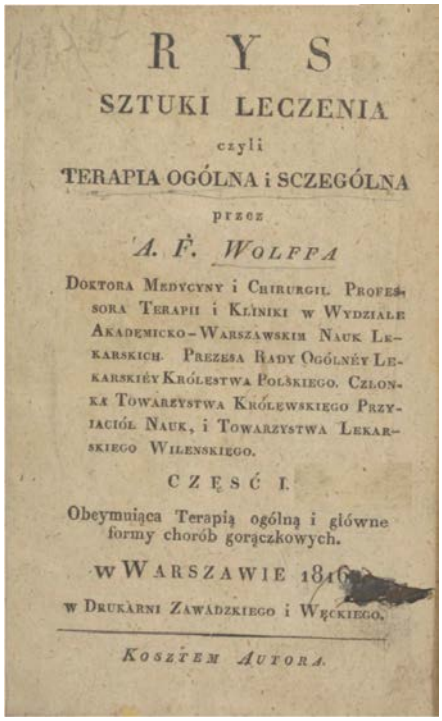
65 Tamże.

66 Tu m.in.: R. Pollacz *Compendium medicum auctum*, Częstochowa 1789; K.J. Mellin, *Lekarstwa domowe…*, Kraków 1802.

67 „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk…" – s. 224–225.

- chorób, które najczęściej zdarzają się w określonych porach roku,
- dolegliwości, bardzo trafnie określonych przez niego, jako tych „na iakie człowiek przez błędne urządzenie życia swoiego i zaspokojenie swoich żądz sam się wystawia”[68],
- pomocy w nagłych wypadkach, do których zaliczył: oparzenia, utonięcie, porażenie piorunem, otrucie i pokąsanie przez dzikie zwierzęta,
- zagadnień dotyczących rozwoju i wychowania dzieci, gdzie m.in. należało przypominać o konieczności szczepienia przeciwko ospie.

Jest bez wątpienia rzeczą ciekawą, iż pierwotnie tekst tej rozprawy, przypuszczalnie dużo dłuższy, był wydrukowany oddzielnie, jeszcze przed zamieszczeniem na łamach „Rocznika…”[69], gdyż dnia 5 października 1811 roku August Fr. Wolff złożył do biblioteki Towarzystwa pierwszy wydany egzemplarz swojej pracy[70].



R Y S

SZTUKI LECZENIA

czyli

TERAPIA OGÓLNA i SZCZEGÓLNA

przez

A. F. Wolffa

Doktora Medycyny i Chirurgii. Profesora Terapii i Kliniki w Wydziale Akademicko-Warszawskim Nauk Lekarskich. Prezesa Rady Ogólnéy Lekarskiéy Królestwa Polskiego. Członka Towarzystwa Królewskiego Przyiaciół Nauk, i Towarzystwa Lekarskiego Wilenskiego.

CZĘŚĆ I.

Obeymuiąca Terapią ogólną i główne formy chorób gorączkowych.

W WARSZAWIE 1816

W Drukarni Zawadzkiego i Węckiego.

Kosztem Autora.

Karta tytułowa dzieła A. Wolffa

Ze zbiorów Biblioteki Narodowej w Warszawie – domena publiczna

[68] Tamże, s. 231.

[69] AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 60, k. 14–15.

[70] A.F. Wolff, *Rozprawa o sztuce lekarskiéy popularnéy mówiona na posiedzeniu publicznem Towarzystwa Przyjaciół Nauk*, Warszawa 1811, oryginał w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, nr kat. 1.255.221, wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/preview/e47c94bb-e1ce-4173-8bf0-a66aa4c9a66f (data dostępu: 05.07.2026 r.).

Warto popatrzyć na tę kartę. Właśnie taką, bez wymyślnej obróbki komputerowej. To ślad drogi, jaką przebyła ta książka. Ocalała z pożogi, która strawiła Bibliotekę Krasińskich, i jest wśród nas.

August Wolff pisał także o kołtunie. Był to tekst referatu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 2 maja 1815 roku, jaki przypuszczalnie pierwotnie pod tytułem *Kołtun nie jest chorobą*, został przedłożony do oceny w marcu 1815 roku, zaś drukiem ukazał się w 1817 roku[71]. Jak widać, wbrew panującej jeszcze opinii dostrzegał w tej przypadłości przede wszystkim brak higieny.

Ostatnia praca ukazała się już po powstaniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i po śmierci Stanisława Staszica. Był to *Rys topografii medycznej miasta Warszawy*[72].

Podniesienie oświaty zdrowotnej wśród najuboższych warstw społeczeństwa było również zagadnieniem nurtującym samego Staszica. Najprawdopodobniej z jego inicjatywy podczas zebrania w dniu 30 marca 1814 roku podjęto uchwałę o rozpisaniu konkursu na pracę popularną poświęconą tej problematyce. Wpłynęły cztery teksty, lecz ich konstrukcja nie odpowiadała założeniom. W związku z tym w listopadzie 1815 roku po raz kolejny rozpisano konkurs, zawężając jednocześnie zagadnienie do kwestii sanitarno-higienicznych. Pracy podjął się Ignacy Fijałkowski. Najprawdopodobniej w październiku 1818 roku tekst został przygotowany i złożony w Towarzystwie, po czym zaprezentowany na posiedzeniu w dniu 3 maja 1891 roku. Była to obszerna praca o dość długim tytule *Rozprawa Ignacego Fiiałkowskiego* [...] *na zapytanie Towarzystwa Królewskiego-Warszawskiego Przyiaciół Nauk ogłoszone na posiedzeniu publiczném tegoż Towarzystwa* [...] *do poięcia ludu, maiącą za cel oświecić mieszkańców kraiu w tém, czego się strzedz i co czynić we wszelkich względach maią, dla zapobieżenia uszkodzeniu zdrowia i życia*[73].

Ten dorobek nie mógł zostać zaprzepaszczony. Stanisław Staszic rozumiał to doskonale. Towarzystwo naukowe o szerokim profilu, w tym humanistycznym, łatwo mogło stać

---

[71] „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" 1817, T. X i T. XI, Warszawa 1817, s. 488–506.

[72] „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" 1830, T. XXI, Warszawa 1830, s. 268–296.

[73] *Rozprawa Ignacego Fiiałkowskiego Doktora medycyny i Chirurgii, Lekarza Szpitala Dzieciątka Jezus, na zapytanie Towarzystwa Królewskiego-Warszawskiego Przyiaciół Nauk ogłoszone na posiedzeniu publiczném tegoż Towarzystwa dnia 30 kwietnia 1814 roku w osnowie następuiącey: „Towarzystwo wyznacza nagrodę medalu złotego wartości 50 czerwonych złotych Pisarzowi, który naydokładnieyszą poda instrukcyą, ułożoną w sposobie naystosownieyszym do poięcia ludu, maiącą za cel oświecić mieszkańców kraiu w tém, czego się srzedz i co czynić we wszelkich względach maią, dla zapobieżenia uszkodzeniu zdrowia i życia"*, Warszawa 1819, oryginał w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie, nr kat. 2001086, wersja zdigitalizowana: https://polona.pl/preview/10f8a1f3-b19c-40fc-8a90-41ad4a50de4d (data dostępu: 05.07.2026 r.).

się przysłowiową *solą w oku* urzędników wielkiego księcia Konstantego. Czym innym było zrzeszenie niejako branżowe – samych medyków. Takie konfraternie funkcjonowały w miastach od wieków – czego najlepszym dowodem były cechy chirurgów[74] czy cyrulików często tym mianem określane. To mniej raziło zaborców.

Rozmowa, czy rozmowy, jak nakazywała kurtuazja, zakończyła się uściśnięciem rąk. I przyniosła efekt. Powstało nowe gremium naukowe, które następnie przyjęło miano Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. O dokumencie akcesyjnym tak pisał Józef Peszke: „druk ten, należący dziś do tzw. białych kruków składający się z arkusza papieru szarożółtawego złożonego w czwórkę”[75]. Fizycznie go nie zobaczymy, gdyż zabrała go II wojna światowa, wraz z innymi zbiorami bibliotek i archiwów.

…na marginesie, warto podkreślić z całym naciskiem. Tam, gdzie wiadomo, iż źródła bezpośrednie nie zachowały się, każda taka choćby najmniejsza wzmianka ma wielką wartość, tym bardziej że i ona praktyczne cudem ocalała ze zniszczeń drugowojennych, jakie dotknęły polskie słowo drukowane.

Pod dokumentem, prócz długiej, liczącej trzydzieści osiem nazwisk „Imiennej listy doktorów”[76], podpisy akcesyjne złożyło w sumie trzydziestu siedmiu lekarzy. Wśród członków znaleźli się znani z Towarzystwa Naukowego Warszawskiego medycy: Jerzy Arnold, Franciszek Brandt, Ignacy Fijałkowski. I wreszcie sam przewodniczący August Wolff. Czy o tym listopadowym dniu 1820 roku powiedział coś Stanisławowi Staszicowi podczas najbliższego spotkania. Bez wątpienia tak. A on ze skupieniem, pochylając siwą głowę – miał wówczas sześćdziesiąt pięć lat, co podówczas było już wiekiem sędziwym – z pewnością przytakiwał z niekłamanym zadowoleniem.

Przy pożegnaniu znów podali sobie ręce.

Bibliografia

Archiwa:

» AGAD, Dz.Pr.K.P., Tom XIII, nr 51
» AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 60, k. 14–15
» AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 77 k. 13
» AGAD, Akta Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sygn. 77 k. 11
» Biblioteka Narodowa, nr kat. Rps 3066 III

[74] Tu np. St. Sokół, *Historia gdańskiego cechu chirurgów 1454–1820*, Wrocław–Warszawa 1957.
[75] *Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Dzieje Towarzystwa*, część I, napisał Józef Peszke, Warszawa 1931, s. 33 przypis.
[76] Tamże, s. 37–39.

Opracowania:

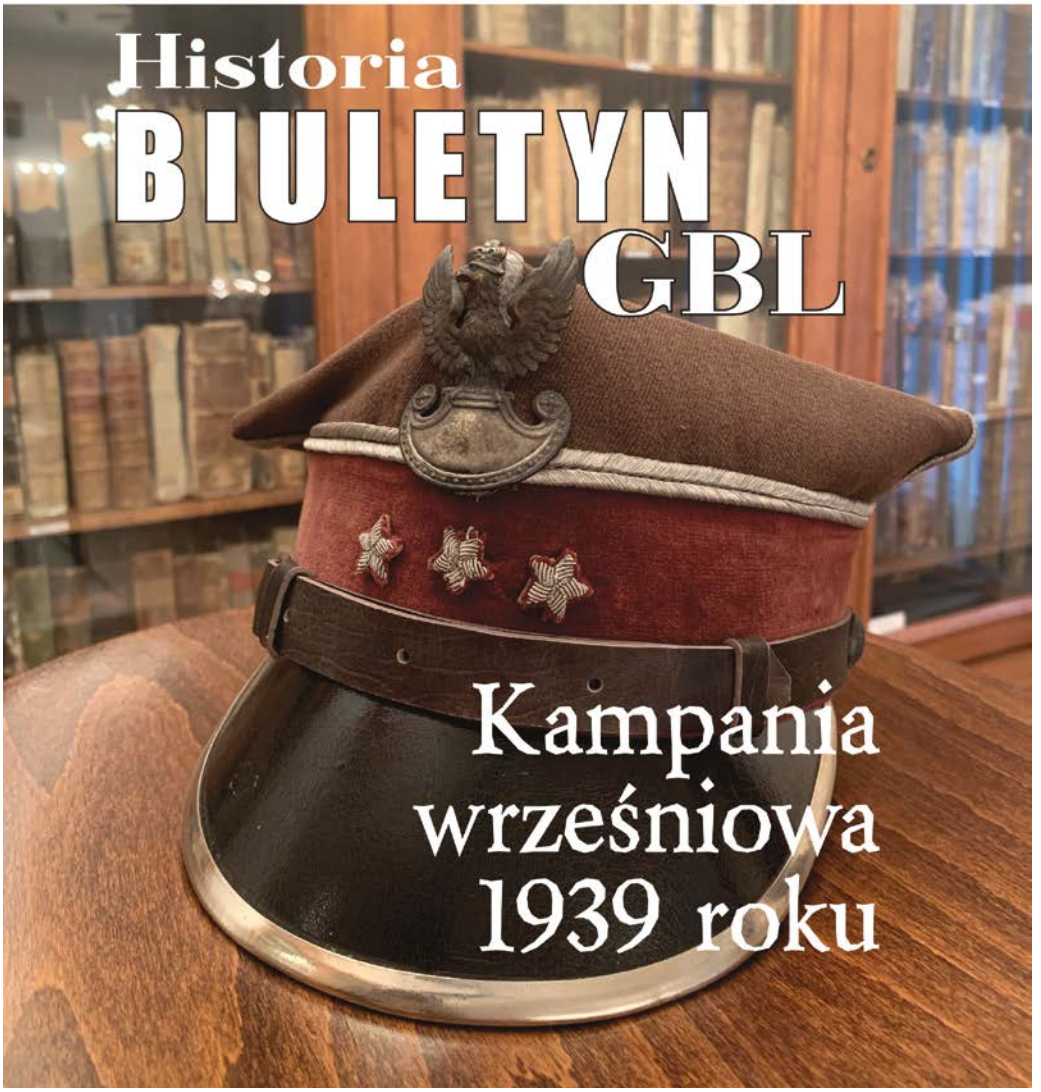
» J. Bartoszewicz, *Kościoły Warszawskie rzymsko-katolickie opisane pod względem historycznym*, Warszawa 1855
» K. Beylin, *Piętnaście lat Warszawy*, PIW, Warszawa 1976
» R. Bielecki, *Encyklopedia wojen napoleońskich,* TRIO, Warszawa 2002
» J. Bieliński, *Założenie Wydziału Lekarskiego Notatka historyczna*, [w:] „Krytyka Lekarska" 1903, Rok siódmy, nr 6
» J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. Notka historyczna* [w:] „Krytyka Lekarska" 1903, R. VII, *nr* 9
» J. Bieliński, *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie,* [w:] „Krytyka Lekarska" 1904, T. VIII, nr 7
» E. Domańska, *Mikrohistorie: spotkania w międzyświatach*, Wyd. Poznańskie, Poznań 1999
» H. Eile, *Dzieje administracji w wojsku Księstwa Warszawskiego. Zaopatrzenie wojska,* Główna Księgarnia Wojskowa, Warszawa 1928
» K.I. Gałczyński*, Pieśni*, GRYF, Ciechanów
» „Gazeta Warszawska" z Warszawy dnia 18 czerwca 1808 roku w sobotę, nr 49
» „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego" z Warszawy dnia 16 czerwca 1810 roku w sobotę
» „Gazeta Korrespondenta Kraiowego i Zagranicznego" z Warszawy dnia 19 czerwca 1810 roku we wtorek
» Fr. Giedroyć, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego (1809–1867)*, E. Wende, Warszawa 1913
» B. Grochulska, *Lata 1807–1815*, [w:] red. St. Kieniewicz, *Dzieje Uniwersytetu Warszawskiego*, PWN, Warszawa 1981
» St. Grodziski *Habsburgowie. Dzieje dynastii*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 2013
» A. Jełowicki, *Moje wspomnienia,* PAX, Warszawa 1980
» S. Kośmiński, *Słownik lekarzów polskich,* nakł. autora, Warszawa 1883
» Z. Kukulski, *Udział Staszica w pracach Izby Edukacyjnej (1807–1812)*, odbitka z księgi zbiorowej *Stanisław Staszic*, Lublin 1927
» M. Łyskanowski, *Ostatnie sprawozdanie archiatra*, PAX, Warszawa 1967
» M. Łyskanowski, *Medycyna i lekarze dawnej Warszawy,* PIW, Warszawa 1976
» K.J. Mellin, *Lekarstwa domowe…*, w Drukarni Franciszka Gertnera, Kraków 1802
» H. Muszyńska-Hoffmannowa, *Pucharek ze srebra*, PAX, Warszawa 1968
» A. Oppman, *Antologia*, Ed. Hachette, Warszawa 2011
» B. Pawłowski, *Warszawa w 1809*, [w:] „Roczniki Towarzystwa Naukowego w Toruniu", Toruń 1948
» B. Płonka-Syroka, *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego*, [w:] „Medycyna Nowożytna" 2018, T. 24, zesz. 1
» R. Pollacz, *Compendium medicum auctum*, w Drukarni Jasney Gory Częstochowskiey Częstochowa 1789
» F. Połomski i P. Jurek, *Źródła do historii państwa i prawa Polski*, Wrocław 1998
» B. Prus, *Lalka* T. 1–3, „Książka i Wiedza", Warszawa 1981
» „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" 1817, T. X i T. XI, w Drukarni Xięży Piiarów, Warszawa 1817
» „Roczniki Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk" 1830, T. XXI, w Drukarni Natana Glücksberga, Warszawa 1830
» *Rozprawa Ignacego Fiiałkowskiego Doktora medycyny i Chirurgii, Lekarza Szpitala Dzieciątka Jezus, na zapytanie Towarzystwa Królewskiego-Warszawskiego Przyiaciół Nauk ogłoszone na posiedzeniu publiczném tegoż Towarzystwa dnia 30 kwietnia 1814 roku w osnowie następuiącey: „Towarzystwo wyznacza nagrodę medalu złotego wartości 50 czerwonych złotych Pisarzowi, który naydokładnieyszą poda instrukcyą, ułożoną w sposobie naystosownieyszym do poięcia ludu, maiącą za cel oświecić miesz-*

kańców kraiu w tém, czego się srzedz i co czynić we wszelkich względach maią, dla zapobieżenia uszkodzeniu zdrowia i życia", w Drukarni XX Piiarów, Warszawa 1819
» St. Sokół, *Historia gdańskiego cechu chirurgów 1454–1820*, Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa 1957
» *Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Dzieje Towarzystwa*, część I, napisał Józef Peszke, Nakł. Tow. Lek. Warszawskiego, Warszawa 1931
» B. Szacka, *Stanisław Staszic*, [w:] red. H. Samsonowicz, *KSAP XX lat*, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2019
» J. Tomorowicz, *Opisanie Ustaw Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Dobroczynności Warszawskiego wraz z urządzeniem apteki dla chorych ubogich*, Nakł. Zawadzkiego i Węckiego, Warszawa 1815
» J. Topolski, *Jak się pisze i rozumie historię. Tajemnice narracji historycznej,* RYTM, Warszawa 1998
» M.J. Turos, *Tematyka medyczna na łamach „Roczników Towarzystwa Królewskiego Warszawskiego Przyjaciół Nauk" (1802–1830)*, [w:] „Medical Library Forum" 2020; 13(2),
» M.J. Turos, *Początki… Dzieje warszawskiej szkoły medycznej 1789–1831*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2024
» J. Willaume, *Służba zdrowia armji Księstwa Warszawskiego w przededniu kampanji 1812 r.*, Drukarnia Wzorowa, Warszawa 1926
» A.F. Wolff, *Rozprawa o sztuce lekarskiéy popularnéy mówiona na posiedzeniu publicznem Towarzystwa Przyjaciół Nauk*, w Drukarni Wiktora Dąbrowskiego, Warszawa 1811
» A. Wolff, *Rys sztuki leczenia czyli terapia ogólna i szczególna,* Dr. Węckiego, Warszawa 1816–1817
» K.Wł. Wójcicki, *Pamiętniki dziecka Warszawy i inne wspomnienia warszawskie*, T. I–II, PIW, Warszawa 1974

Strony internetowe:
» https://polona.pl/preview/c09d209a-ec08-48ff-930f-1baa0bbc9b15.
» https://polona.pl/preview/d24f6ed6-43f4-4345-9386-0df5bb654628
» https://sylabus.uj.edu.pl document
» https://polona.pl/item-view/32814e1a-bdc7-44f8-a58f-e2ea90e2d111?page=3
» https://polona.pl/item-view/109f1470-55bb-43cc-bf21-37f947a74739?page=4
» https://polona.pl/item-view/93d59c05-bd4e-44e4-bde9-5f64ff7170da?page=9
» https://nck.pl/projekty-kulturalne/projekty/ojczysty-dodaj-do-ulubionych/ciekawostki-jezykowe/LASKA_PANSKA_na_PSTRYM_KONIU_JEZDZI,cltt,%C5%81
» https://wiadomosci.onet.pl/kiosk/szpiegowski-nokturn/bx8tm
» http://agad.gov.pl/inwentarze/PTK198.xml
» https://polona.pl/preview/e47c94bb-e1ce-4173-8bf0-a66aa4c9a66f
» https://polona.pl/preview/10f8a1f3-b19c-40fc-8a90-41ad4a50de4d

GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA
CENTRUM NAUKOWEJ INFORMACJI MEDYCZNEJ
CENTRALNA BIBLIOTEKA MEDYCYNY

ROK I Nr 1 2025 ISSN 3071-8775



Serdecznie polecamy poprzednie numery „Biuletynu GBL – Historia”, które dostępne są na stronie internetowej Głównej Biblioteki Lekarskiej
https://www.gbl.waw.pl/

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 223–266

Służba Zdrowia Wojska Polskiego w przededniu i w kampanii wrześniowej 1939 roku.

Relacja płk. lek. dr. Jana Kawińskiego – zastępcy szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych

The Polish Army Medical Service on the Eve of and During the September 1939 Campaign.

Account by Col. Dr. Jan Kawiński – Deputy Chief of the Health Department, Ministry of Military Affairs

Ryszard Rybka
Bochnia

Streszczenie

W tym roku przypada 87. rocznica wybuchu II wojny światowej. W tym kontekście warto przypomnieć najważniejsze aspekty przygotowań i funkcjonowania podczas działań wojennych 1939 roku wojskowej Służby Zdrowia. Poniżej prezentujemy naszym Czytelnikom przechowywaną w Archiwum Instytutu i Muzeum im. Gen. Sikorskiego w Londynie relację płk. lek. dr. Jana Kawińskiego (zespół B.I – Relacje z Kampanii 1939 roku), który w ostatnich latach przed wybuchem II wojny światowej i we wrześniu 1939 roku był zastępcą szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych i który w bardzo konkretny i rzeczowy sposób przedstawił problemy Służby Zdrowia Wojska Polskiego w latach 30. XX wieku i podczas działań wojennych w kampanii wrześniowej 1939 roku

Słowa kluczowe: kampania wrześniowa 1939 r., Służba Zdrowia Wojska Polskiego, Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, przygotowania wojenne, szpitale wojenne, składnice sanitarne.

Abstract

This year marks the 87th anniversary of the outbreak of World War II. In this context, it is worth recalling key aspects regarding the preparations and operations of the military medical service during the hostilities of 1939. Below, we present to our readers an account by Colonel (Medical Corps) Dr. Jan Kawiński – held in the archives of the General Sikorski Institute and Museum in London (Collection B.I: Accounts of the 1939 Campaign). In the years immediately preceding the outbreak of World War II and throughout September 1939, Kawiński served as Deputy Chief of the Health Department at the Ministry of Military Affairs; his account offers a highly concrete and factual overview of the challenges faced by the Polish Army's medical service during the 1930s and the hostilities of the September 1939 campaign.

Key words: September 1939 campaign, Polish Army Medical Service, Health Department of the Ministry of Military Affairs, war preparations, wartime hospitals, medical supply depots.

Wstęp

W tym roku przypada 87. rocznica tragicznego Września 1939 roku. To wówczas osamotniona Polska stawiła heroiczny opór najpierw III Rzeszy i Słowacji, a potem również wojskom sowieckiego agresora. W tych tragicznych dniach Służba Zdrowia Wojska Polskiego trwała dzielnie na swych posterunkach, niosąc pomoc i wsparcie tysiącom rannych – zarówno naszym żołnierzom, jak i ludności cywilnej.

W tym kontekście warto przypomnieć najważniejsze aspekty przygotowań i funkcjonowania podczas działań wojennych 1939 roku wojskowej Służby Zdrowia. Dlatego poniżej prezentujemy naszym Czytelnikom przechowywaną w Archiwum Instytutu i Muzeum im. Gen. Sikorskiego w Londynie relację płk. lek. dr. Jana Kawińskiego (zespół B.I – Relacje z Kampanii 1939 roku), który w ostatnich latach przed wybuchem II wojny światowej i we wrześniu 1939 roku był zastępcą szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych i który w bardzo konkretny i rzeczowy sposób przedstawił problemy Służby Zdrowia Wojska Polskiego w latach 30. XX wieku i podczas działań wojennych w kampanii wrześniowej 1939 roku.

Płk lek. dr Jan Kawiński urodził się 26 stycznia 1889 r. w Wyśmierzycach koło Radomia w rodzinie rolników Piotra i Marii. Uczył się w progimnazjum w Sandomierzu,

a następnie w V Gimnazjum w Warszawie. Po strajku szkolnym uczęszczał do Gimnazjum im. Generała Pawła Chrzanowskiego, gdzie w 1908 roku uzyskał świadectwo dojrzałości. Po maturze wyjechał do Lwowa, gdzie w maju 1914 roku ukończył studia lekarskie na Uniwersytecie Lwowskim. Podczas nauki wstąpił w szeregi Związku Strzeleckiego. Po ukończeniu studiów rozpoczął praktykę lekarską w Szpitalu Powszechnym we Lwowie.

6 sierpnia 1914 r. Jan Kawiński wstąpił do Legionów Polskich i objął funkcję lekarza batalionu uzupełnień. Na własną prośbę został przeniesiony 1 września 1914 r. do 1. szwadronu kawalerii Legionów Polskich, gdzie rozpoczął służbę jako ułan. Po rozwinięciu szwadronu w dywizjon jazdy został wyznaczony na dowódcę plutonu i awansowany w czerwcu 1915 roku do stopnia podporucznika, był ranny w boju.

Po wycofaniu Legionów Polskich z frontu został na własną prośbę przeniesiony do służby zdrowia i od stycznia 1917 roku służył jako ordynator i zastępca komendanta Szpitala Legionów Polskich w Dęblinie. Po kryzysie przysięgowym, od 1 września 1917 r. pracował jako lekarz cywilny w Piaskach Luterskich koło Lublina, jednocześnie działając w Polskiej Organizacji Wojskowej. W listopadzie 1918 roku uczestniczył w rozbrajaniu Niemców, a następnie wstąpił do Wojska Polskiego, gdzie został przyjęty w stopniu porucznika i wyznaczony 1 grudnia 1918 r. na naczelnego lekarza 1. Pułku Ułanów, przemianowanego wkrótce na 1. Pułk Szwoleżerów, i w składzie tej jednostki walczył na froncie. Od stycznia 1920 roku był komendantem 101. Szpitala Polowego w Staroświęcianach i Dzwińsku. Pracując w szpitalu, został 1 czerwca 1920 r. awansowany do stopnia kapitana i mianowany szefem służby zdrowia 1., a następnie 8. Brygady Jazdy.

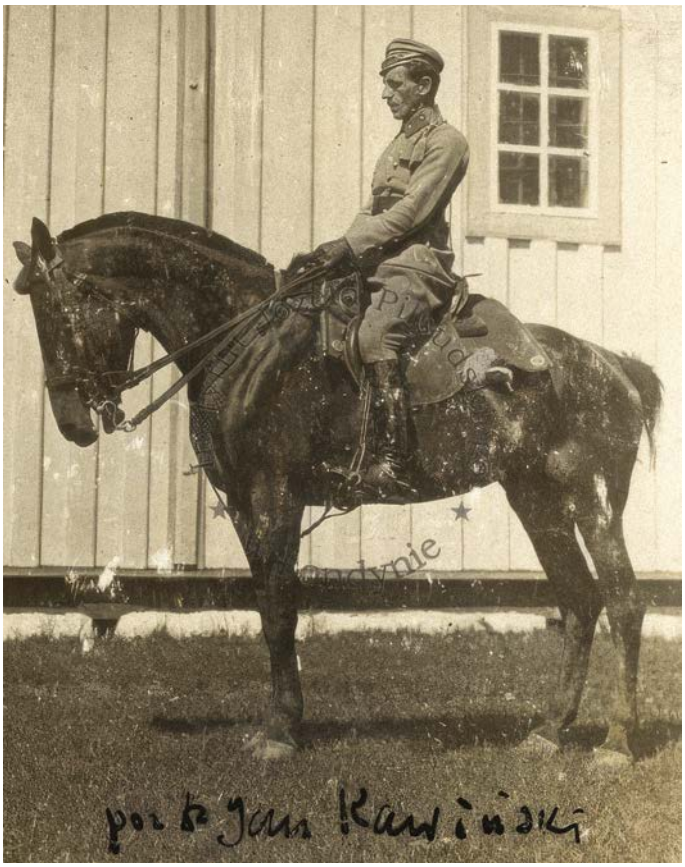
Od 1921 roku żonaty z Marią z Robaszkiewiczów (ur. 5 lutego 1899 r.), miał dwoje dzieci: córkę Krystynę (ur. 22 września 1922 r.) i syna Andrzeja Jana (ur. 25 stycznia 1924 r.).

Po zakończeniu działań wojennych kpt. lek. dr Jan Kawiński został skierowany jako hospitant na kurs do Wyższej Szkoły Wojennej w Warszawie (1 października 1921 r. – 1 października 1922 r.). Podczas nauki został zweryfikowany i zatwierdzony w stopniu majora lekarza. Po ukończeniu Wyższej Szkoły Wojennej otrzymał przydział do Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, gdzie kolejno pełnił funkcje: referenta Wydziału Organizacyjnego i szefa Wydziału Organizacyjnego. Na tym ostatnim stanowisku awansował w 1924 roku do stopnia podpułkownika, a w 1930 roku do stopnia pułkownika. Od 1936 roku był zastępcą szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych. Po wybuchu wojny ewakuował się z Ministerstwem Spraw Wojskowych; 17 września 1939 r. przeszedł granicę Rumunii i został internowany w miejscowości Călimănești.

W końcu listopada 1939 roku płk lek. dr Jan Kawiński przedostał się do Wojska Polskiego we Francji, gdzie od 3 grudnia był szefem sanitarnym Obozu Szkolnego w Coëtquidan

w Bretanii. Po ewakuacji obozu do Anglii (21 czerwca 1940 r.) pozostawał bez funkcji; został skierowany do Szkocji, gdzie od 20 lipca 1940 r. był komendantem Szpitala Wojennego Nr 1 w Taymouth Castle w Highlands, w północno-zachodniej Szkocji. Na tym stanowisku pozostawał do 1 lipca 1943 r., kiedy to został wyznaczony na szefa Wydziału Studiów Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej w Londynie. W tym czasie płk lek. dr Jan Kawiński przeżył osobistą tragedię – w czasie jednego z lotów bojowych nad Holandią zginął śmiercią lotnika jego syn Andrzej, plutonowy pilot 316. Dywizjonu Myśliwskiego „Warszawskiego".

Po zakończeniu działań wojennych płk lek. dr Jan Kawiński mianowany został 1 grudnia 1945 r. Inspektorem do Spraw Inwalidzkich i jednocześnie komendantem Szpitala Wojennego dla Inwalidów Nr 11 w Camp Llanerch Panna, położonym na granicy walijsko-angielskiej w pobliżu Penley i Ellesmere. Stanowisko to zajmował do 1 lutego 1947 r.



Por. Jan Kawiński w kawalerii Legionów Polskich, 1916 r.

Instytut Józefa Piłsudskiego w Londynie, Seria: 709-201-S013, fotografia nr 63

Zdemobilizowany 8 maja 1945 r. powrócił do Polski i osiedlił się w Warszawie. Początkowo pracował jako referent w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, a następnie jako kierownik warszawskiej IV Kolumny Sanitarnej i wreszcie jako lekarz rejonowy na Żoliborzu, do przejścia na emeryturę 1 marca 1958 r. Jako emeryt działał w organizacjach kombatanckich. Był bardzo czynnym członkiem Koła Historii Wojskowej Służby Zdrowia, działającego przy Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. Bolesława Szareckiego w Warszawie. Przygotował kilka cennych (niewydanych) opracowań obejmujących próbę oceny przygotowań organizacyjnych i materiałowych Służby Zdrowia Wojska Polskiego do kampanii wrześniowej 1939 roku. Zmarł 20 września 1986 r.

Płk lek. dr Jan Kawiński odznaczony był m.in. Krzyżem Orderu Wojennego Virtuti Militari V klasy, Krzyżem Niepodległości, Krzyżem Walecznych (czterokrotnie), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi oraz złotą Honorową Odznaką Polskiego Czerwonego Krzyża.



Grupa uczestników międzynarodowej konferencji; widoczny m.in. płk lek. dr Jan Kawiński, zastępca szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych (stoi 7. z lewej), Warszawa, październik 1936 r.

Narodowe Archiwum Cyfrowe (Warszawa), sygn. 3/1/0/5/554/1



Płk lek. dr Jan Kawiński – zastępca szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych

Zbiory Ryszarda Rybki (Bochnia)

Płk dr Kawiński Jan

Kwestionariusz Służby Zdrowia
I. Okres przedwojenny

1. Zajmowałem stanowisko Zastępcy Szefa Departamentu Zdrowia, zarówno przed wojną, jak i w czasie wojny.

2. Braki i niedomagania natury organizacyjnej w Służbie Zdrowia były następujące:
a/ w zakresie ogólno-organizacyjnym.

1/ Zlikwidowanie 10 batalionów sanitarnych, które były pierwotnie po jednym w każdym O.K. [Okręgu Korpusu] i utworzenie na ich miejsce Kadry Szpitali Okrę-

gowych, przez co w bardzo wysokim stopniu osłabiono zdolności mobilizacyjne Służby Zdrowia oraz możliwości wyszkoleniowe personelu szeregowego Służby Zdrowia. Kadry Szpitali Okręgowych posiadały bowiem, w porównaniu z istniejącymi przedtem baonami sanitarnymi, znikomą ilość personelu zawodowego, który można było użyć jako zalążki dla obsady personalnej mobilizacyjnych jednostek Służby Zdrowia, oraz niedostateczną ilość personelu instruktorskiego dla racjonalnego szkolenia kontyngentu Służby Zdrowia.

2/ Skrócenie czasokresu służby wojskowej dla kontyngentu Służby Zdrowia do 15 miesięcy, które nie pozwoliło na racjonalne wyszkolenie fachowe tegoż kontyngentu i siłą rzeczy musiało się odbić na wartości fachowej pomocniczego personelu w jednostkach Służby Zdrowia.

3/ Przydzielania przez P.K.U. /K.R.U./ [Powiatowe (od lipca 1938 r. Rejonowe) Komendy Uzupełnień] dla Służby Zdrowia kontyngentu poborowych z niedostatecznymi kwalifikacjami, co nie pozwalało dobrze wyszkolić fachowo kadry podoficerów Służby Zdrowia rezerwy. Zarówno likwidację baonów sanitarnych, jak i skrócenie czasokresu służby wojskowej dla kontyngensu Służby Zdrowia zostało zarządzone z góry przez Sztab Główny ze względów oszczędnościowych, pomimo gorących protestów Departamentu Zdrowia [Ministerstwa Spraw Wojskowych] i składanych w tej sprawie wielokrotnie wyczerpujących memoriałów do Sztabu Głównego. Departament Zdrowia walczył również stale w sprawie przydziału dla Służby Zdrowia kontyngensu z odpowiednim cenzusem.

b/ w zakresie szpitalnictwa.

Przeprowadzono reorganizację szpitalnictwa, likwidując na wniosek Departamentu Zdrowia małe szpitale wojskowe, a pozostawiając jedynie duże ośrodki szpitalne, jak Szpitale Okręgowe. Następnie utworzono Garnizonowe Izby Chorych. Powyższa reorganizacja wydała jednak dobre rezultaty, podniosła bowiem znacznie poziom lecznictwa w Szpitalach Okręgowych, dając możność pełnego leczenia specjalistycznego, pozostawiając Garnizonowym Izbom Chorych leczenie tylko tych chorych, którzy nie wymagali leczenia specjalistycznego. W ten sposób osiągnięto bardzo wysoki poziom lecznictwa w Szpitalach Okręgowych, w wielu wypadkach wyższy niż w szpitalach cywilnych, a czego dowodem była wielka ilość chorych osób cywilnych, zgłaszających się na leczenie w szpitalach wojskowych.

c/ w zakresie zaopatrzenia sanitarnego.

Zcentralizowanie zaopatrzenia sanitarnego w 2-ch Głównych Składnicach Sanitarnych Nr l w Warszawie i Nr 2 w Przemyślu w zamian zlikwidowanych 10 Składnic Sanitarnych istniejących przedtem, t.j. [to jest] po jednej Składnicy Sanitarnej w każdym O.K.,

właściwie znaczenie miały tylko Główna Składnica Sanitarna Nr 1 w Warszawie, gdyż Składnicy Sanitarnej [Nr 2] w Przemyślu uszczuplono pomieszczenia, tak że mogła ona pomieścić tylko nieznaczne ilości materiału. Powyższa reorganizacja przeprowadzona na z góry powzięty rozkaz Sztabu Głównego i pomimo gorącego protestu Departamentu Zdrowia wydała fatalne rezultaty. Została ona przeprowadzona również ze względów oszczędnościowych, uzależniła natomiast całą armię w czasie wojny od jednego źródła zaopatrzenia w materiał sanitarny.

d/ w zakresie OPL-gaz.

Departament Zdrowia w zakresie O.P.L.gaz [Obrony Przeciwlotniczej i Przeciwgazowej] pracował tylko pośrednio, t.j. jako czynnik doradczy fachowy. Zagadnieniem tym zajmowało się Dowództwo OPL. Zasadniczo jednak Departament Zdrowia, wbrew zdawałoby się swemu powołaniu, stale przeciwstawiał się tendencjom nadmiernego rozwoju obrony biernej, w szczególności wydatkom z nią związanych, wychodząc z założenia, że w pierwszej kolejności powinna być zorganizowana dostateczna obrona czynna. Domagał się jednak konieczności odpowiedniej produkcji masek gazowych. Ratownictwo p-gaz. [przeciwgazowe] ludności cywilnej skoncentrowane było w rękach dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej.

3. Braki i niedomagania w dziedzinie obsady personalnej na stanowiskach w Służbie Zdrowia pod względem fachowego przygotowania i w jaki sposób odbywała się ocena fachowości.

Pewne braki w przygotowaniu fachowym zdarzały się wśród lekarzy oddziałowych. Miało to miejsce na skutek tego, że wobec wielkiego braku lekarzy w kadrze zawodowej, niektórzy lekarze młodsi, którzy w myśl przepisów przed objęciem stanowiska naczelnego lekarza oddziału powinni przejść II okres praktyki szpitalnej /15 miesięcy/ z konieczności musieli być wyznaczani na naczelnych lekarzy oddziałowych jeszcze przed II okresem praktyki szpitalnej. W przeciwnym bowiem razie oddziały w ogóle znalazły się bez lekarzy. Braki natomiast lekarzy powstały stąd, że od szeregu lat, wbrew żądaniom Departamentu Zdrowia i przewidywaniom na przyszłość.

Minister Spraw Wojskowych ze względów oszczędnościowych redukował ilość kandydatów przyjmowanych corocznie do Szkoły Podchorążych Sanitarnych, rozumując wbrew przekonaniom Departamentu Zdrowia, że braki będzie można pokryć drogą powołania do służby czynnej zgłaszających się młodszych oficerów lekarzy rezerwy. Lekarze ci jednak, ze względu na ogólny brak lekarzy w kraju, nie chcieli zgłaszać się do wojska. Dopiero w ciągu ostatnich dwóch lat zrozumiano powyższe zagadnienie i zgodzono się na przyjmowanie większej ilości kandydatów do Szkoły Podchorążych Sanitarnych.

Niestety na efekt zmiany decyzji trzeba byłoby czekać jeszcze 6 lat, tak długo bowiem trwają studia lekarskie. Na skutek takiego braku lekarzy, których brakowało do etatowo przewidzianych około stu kilkudziesięciu, musiała być ograniczona również ilość lekarzy specjalizujących się.

Zasadniczo oficer lekarz po ukończeniu Szkoły Podchorążych Sanitarnych przechodził roczną praktykę szpitalną według ustalonego planu i był kwalifikowany pod względem fachowym przez każdego starszego ordynatora, pod kierownictwem którego przechodził praktykę. Po odbyciu rocznej praktyki szedł za młodszego lekarza oddziału i był kwalifikowany przez naczelnego lekarza oddziału, następnie przez Szefa Sanitarnego O.K. Po przesłużeniu 2, 3-ch lat na stanowisku młodszego lekarza oddziału, na II okres praktyki szpitalnej trwający 15 miesięcy i był kwalifikowany przez starszego ordynatora, u którego pracował oraz przez Komendanta Szpitala Okręgowego. Po 15 miesiącach, jeżeli był uzdolniony do pracy klinicznej w pewnym kierunku, pozostawał nadal w szpitalu już jako specjalizujący się, jeżeli nie, wracał do oddziału, obejmując stanowisko naczelnego lekarza oddziału.

Specjalizacja odbywała się przeważnie w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego i specjalizujący się po ukończeniu specjalizacji i zakwalifikowaniu przez kierownika naukowego oddziału, u którego pracował, otrzymywał stanowisko bądź młodszego ordynatora, bądź starszego ordynatora szpitala. Naczelnych lekarzy oddziałów kwalifikował fachowo Szef Sanitarny O.K., ordynatorów – Komendant Szpitala i Szef Sanitarny O.K., Komendantów Szpitali – Szef Sanitarny O.K., Szefa Sanitarnego O.K. – Szef Departamentu Zdrowia MSWojsk. [Ministerstwa Spraw Wojskowych]. Szef Departamentu Zdrowia opierał swe decyzje na ocenach fachowych przedstawionych mu przez Szefów Sanitarnych O.K., względnie Komendanta Centrum Wyszkolenia Sanitarnego odnośnie oficerów Centrum Wyszkolenia Sanitarnego. Poza ocenami fachowymi szły równolegle oceny służbowe dowódców pułków i dowódców Okręgów.

Ponadto do oceny fachowej specjalistycznej st. [starszych] ordynatorów w szpitalach byli powoływani przez Szefa Departamentu Zdrowia doradczo kierownicy naukowi Centrum Wyszkolenia Sanitarnego. Również do sprawdzenia fachowego pracy w Szpitalach Okręgowych od czasu do czasu byli powoływani przez Szefa Departamentu Zdrowia specjaliści jak: w chirurgii – płk dr [Tadeusz] Sokołowski[1], w rentgenologii –

[1] Płk lek. dr Tadeusz Mieczysław Sokołowski (28 X 1887–21 I 1965) w roku 1939 kierownik Wojskowego Instytutu Chirurgii Urazowej. Po wybuchu wojny wyznaczony doradcą do spraw chirurgii Szefa Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa WP.

płk dr [Witold] Zawadowski[2], w bakteriologii – płk dr [Leon] Owczarewicz[3]. Poza tym przy Centrum Wyszkolenia Sanitarnego teoretycznie istniała Wojskowa Rada Sanitarna, przewodniczącym której był Komendant Centrum Wyszkolenia Sanitarnego i w skład której wchodzili z urzędu wszyscy kierownicy naukowi Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, oraz zaproszeni przez przewodniczącego ludzie nauki ze świata lekarskiego cywilnego, a do obowiązków której między innymi należało czuwanie nad fachowością Służby Zdrowia. Wojskowa Rada Sanitarna, jako organ doradczy fachowy Szefa Departamentu Zdrowia, miała za zadanie przedkładać odpowiednie wnioski Szefowi Departamentu Zdrowia.

4. Szkolenie oficerów lekarzy przydzielonych do formacji liniowych. W zakresie
a/ higieny i profilaktyki
b/ O.P.L.gaz i taktyki sanitarnej.

Wszyscy lekarze kończący Szkołę Podchorążych Sanitarnych, poza studiami, które odbywali na wydziale lekarskim, przechodzili kurs oficerski w Szkole Podchorążych ze szczególnym uwzględnieniem higieny, profilaktyki OPL-gaz i taktyki sanitarnej. Dalsze praktyczne pogłębianie wiadomości w tych dziedzinach zdobywali w czasie corocznych ćwiczeń letnich, w których na podstawie specjalnego rozkazu wydanego przez Departament Zdrowia około roku 1928 wszyscy lekarze oddziałowi służby stałej[4], jak i rezerwy, powoływani na ćwiczenia obowiązani byli brać udział. Z tego też powodu wszyscy starsi lekarze oddziałów, zważywszy, że od 1 maja do końca czerwca musieli brać udział w komisjach poborowych, a następnie w miesiącach letnich – w ćwiczeniach letnich, koncentracjach i manewrach, począwszy od 1 maja do końca września każdego roku musieli przebywać poza swoim stałym garnizonem t.j. poza miejscem swego stałego zamieszkania.

Dalsze doszkalanie w wyżej wymienionych dziedzinach oficerowie lekarze służby stałej przechodzili na dwumiesięcznym kursie urządzanym corocznie w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego dla kandydatów na oficerów sztabowych, który musieli przejść wszyscy lekarze, zarówno oddziałowi, jak i szpitalni, przed awansem na majora. Każdy taki kurs był zakończony specjalnymi ćwiczeniami taktyczno-sanitarnymi w terenie trwającymi trzy dni i w oparciu na działaniach taktycznych, przedzielonych specjalnie do tego celu oddziałów liniowych.

---

[2] Płk lek. dr Witold Eugeniusz Zawadowski (9 II 1888–12 VIII 1980) w roku 1939 kierownik naukowy Oddziału Radiologicznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; po mobilizacji w 104. Szpitalu Wojennym.

[3] Płk lek. dr Leon Kajetan Owczarewicz (2 I 1892–12 II 1951) w roku 1939 kierownik naukowy Oddziału Bakteriologicznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; po mobilizacji w 104. Szpitalu Wojennym.

[4] Tak określano wówczas oficerów zawodowych Wojska Polskiego.

Wreszcie wszyscy oficerowie lekarze służby stałej kandydaci na Szefów Sanitarnych Wielkich Jednostek[5] przechodzili 6-ciomiesięczny kurs organizowany corocznie w ostatnich 3-ch latach przy W.S.Woj. [Wyższej Szkole Wojennej], a zakończony podróżami taktycznymi łącznie z podróżami taktycznymi W.S,Woj. Kurs powyższy uwzględniając przede wszystkim doszkolenie taktyczno-sanitarne. Kurs ten przeszli wszyscy lekarze, przewidziani na Szefów Sanitarnych W.J. [Wielkich Jednostek] na czas wojny. Poza powyższymi planowymi szkoleniami lekarze oddziałowi, Szefowie Sanitarni Okręgów, lekarze z instytucji centralnych brali udział we wszystkich grach wojennych urządzanych przez Generalny Inspektorat [Sił Zbrojnych], Sztab Główny oraz dowódców Wielkich Jednostek. Szefowie Sanitarni Okręgów organizowali ponadto specjalne gry taktyczno-sanitarne, w których brali udział, zarówno lekarze oddziałowi, jak i lekarze szpitalni danego okręgu. Powyższe sprawy regulowane były specjalnie wydanymi zarządzeniami MSWojsk. dotyczącymi doszkolenia kadry zawodowej w miesiącach zimowych i letnich.

Dla oficerów lekarzy służby stałej przewidzianych na czas wojny na specjalne stanowiska związane z ratownictwem i leczeniem zagazowanych, jak: komendantów plutonów przeciwgazowych przy kompaniach sanitarnych, komendantów sekcji szpitalnych przeciwgazowych, ordynatorów oddziałów szpitalnych dla zagazowanych, były urządzane corocznie specjalne kursy ratownictwa przeciwgazowego w oparciu o Wojskowy Instytut Gazowy. Przewidziano obsadzenie wyżej wymienionych stanowisk przez oficerów lekarzy służby stałej, odpowiednio przeszkolonych, gdyż w rezerwie tego rodzaju specjalistów nie było. Sprawy powyższe regulował plan kursów i stażów wydawany corocznie przez MSWojsk, oficerowie rezerwy przechodzili powyższe przedmioty w Szkole Podchorążych [Sanitarnych] Rezerwy oraz w czasie powoływania na ćwiczenia rezerwy.

Braki w zakresie wyszkolenia, na które Departament Zdrowia zwracał stale uwagę były takie, że w czasie ćwiczeń letnich Wielkich Jednostek MSWojsk. ze względów oszczędnościowych nie pozwalało Służbie Zdrowia wystawiać dostatecznej ilości jednostek polowych Służby Zdrowia, względnie pozwalano jedynie na wystawianie o składach organizacyjnych pozorowanych, co uniemożliwiło praktycznie przeszkolić personel Służby Zdrowia w dowodzeniu, rozkazodawstwie i oswojeniu się z dowodzeniem w warunkach polowych. Nie chciano zrozumieć, że lekarz, który ma być w czasie wojny dowódcą kompanii sanitarnej, komendantem szpitala polowego, czy też szpitala stałego, powinien przed wojną mieć w swoich rękach tę formację przynajmniej na krótko i kilkakrotnie, aby nauczył się dowodzić tą formacją i to w warunkach w jakich znajdzie się w czasie wojny,

[5] Pod pojęciem Wielkich Jednostek w armii II RP rozumiano: dywizje piechoty, dywizje i brygady kawalerii oraz dowództwa obszarów warownych.

podobnie jak dowódca każdego innego oddziału. Lekarze mieli się wyszkolić w swych funkcjach praktycznie dopiero w czasie wojny i wyszkoliliby się, a nawet bardzo szybko, gdyż na ogół lekarze mają zdolności praktyczno-życiowe, ale gdyby wojna miała charakter wojen sprzed stu laty. Niestety, nie umiano przewidzieć, że charakter wojny będzie taki, że lekarze nie zdążą wyszkolić się praktycznie w czasie trwania wojny. Powyższy stan rzeczy musiał wpłynąć na niedomagania, jakie ujawniły się w poszczególnych wypadkach funkcjonowania służby zdrowia w czasie wojny.

5. Jaki stosunek był w Departamencie Zdrowia do Instytutu Wychowania Fizycznego.

Instytut Wychowania Fizycznego[6] nie miał zależności od Departamentu Zdrowia, podlegał bowiem organizacyjnie i fachowo całkowicie Państwowemu Urzędowi Wychowania Fizycznego i P.W. [Przysposobienia Wojskowego]. Szef Departamentu Zdrowia jedynie zawsze stał na tym stanowisku i zastrzegł sobie, że stanowisko kierownika C.I.W.F [Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego] powinno być obsadzane przez lekarza, co też miało miejsce[7]. Szef Departamentu Zdrowia gen. dr. [Stanisław] Rouppert[8] mógł mieć pewien wpływ na prace C.I.W.F. jedynie z tytułu imiennie przez siebie zajmowanego stanowiska wiceprzewodniczącego Rady Naukowej Wychowania Fizycznego, a nie jako szef Departamentu Zdrowia. Dlatego też żadne sprawy, zarówno natury organizacyjnej, jak również administracyjnej, czy też wyszkoleniowej w Departamencie Zdrowia nie były rozpatrywane. Szef Departamentu Zdrowia mógł jedynie wywrzeć wnioski personalne na obsadę stanowiska kierownika i innych etatowych wojskowych lekarzy C.I.W.F., względnie wnioski takie stawiał dyrektor P.U.W.F. i P.W. i uzgadniał je z Szefem Departamentu Zdrowia.

6. Ilość i rodzaj wystawianych w tym okresie jednostek Służby Zdrowia /Szpitale, Garnizonowe Izby Chorych, Składnice Sanitarne/ i ich przeznaczenie.

Po wojnie [polsko-]bolszewickiej pozostawiono poza szpitalami okręgowymi wielką ilość szpitali wojskowych w poszczególnych większych garnizonach. Ten system okazał się niecelowym, gdyż małe szpitale nigdy nie mogą odpowiadać wszystkim wymaganiom lecznictwa szpitalnego, poza tym był kosztowny pod względem administracyjnym i urządzeń szpitalnych. Departament Zdrowia przeprowadził więc reorganizację szpital-

[6] Centralny Instytut Wychowania Fizycznego im. Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, a od 1938 roku Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

[7] W roku 1939 komendantem Instytutu był płk lek. dr Jerzy Nadolski (11 X 1885–IV 1940), który dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Starobielska został zamordowany w Charkowie.

[8] Gen. bryg. dr Stanisław Rouppert funkcję szefa Departamentu VII Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych pełnił w latach 1926–1939.

nictwa wojskowego, likwidując wszystkie mniejsze szpitale jako jednostki gospodarcze, a skoncentrował lecznictwo wojskowe w 12 ośrodkach szpitalnych dużych, które wyposażył według wszelkich wymagań lecznictwa współczesnego i które były przeznaczone do wszelkiego rodzaju leczenia specjalistycznego.

Dla chorych niewymagających leczenia specjalistycznego utworzono t.zw. [tak zwane] Garnizonowe Izby Chorych, znajdujące się początkowo we wszystkich większych garnizonach w liczbie około 30. Przy każdej Garnizonowej Izbie Chorych istniała przychodnia dentystyczna. Izba Garnizonowa posiadała lekarza etatowego oraz etatowy personel pomocniczy sióstr, podoficerów i szeregowych sanitarnych; prowadziła wyżywienie chorych / diety/ szpitalne, gospodarczo należała do jednego z oddziałów wojskowych.

Z czasem MSWojsk. ze względów oszczędnościowych nakazało zlikwidować pewną ilość Garnizon.[owych] Izb Chorych wraz z przychodniami dentystycznymi. W ten sposób zaoszczędzano bowiem pewną ilość personelu oficerskiego i pomocniczego. Wobec powyższego Departament Zdrowia wysunął wniosek, który został przyjęty, ażeby na miejsce zlikwidowanych Garnizonowych Izb Chorych utworzyć t.zw. Oddziałowe Izby Chorych na prawach Garnizonowych Izb Chorych. Oddziałowe Izby Chorych na prawach Garnizonowych Izb Chorych w liczbie 30-kilku utworzono we wszystkich tych garnizonach, w których stacjonował więcej niż jeden oddział. Izby te nie posiadały żadnego etatowego personelu, a korzystały z personelu oddziałów, natomiast miały wyposażenie intendenckie oraz wyposażenie sanitarne jak Garnizonowe Izby Chorych. Poza tym miały one również możność prowadzenia diet szpitalnych oraz otrzymywały materiał sanitarny zużywalny według tabel należności jak Garnizonowe Izby Chorych. W Izbach tych, zarówno jak w Garnizonowych Izbach Chorych, leczono wszystkich chorych, co do których nie było konieczności odsyłania do Szpitali Okręgowych celem leczenia specjalistycznego.

W końcu więc okresu przedwojennego istniało: 10 Szpitali Okręgowych: Warszawa, Chełm, Grodno, Łódź, Kraków, Lwów, Poznań, Toruń, Brześć n/B i Przemyśl, Szpital Szkolny Centrum Wyszkolenia Sanitarnego oraz Szpital Garnizonowy Wilno na prawach Szpitala Okręgowego, które to szpitale posiadały wszystkie oddziały chorych z pracowniami rentgenologicznymi, bakteriologicznymi, z oddziałami fizjoterapeutycznymi i przychodniami dentystycznymi i które były zdolne do całkowitego leczenia specjalistycznego. Wyjątek stanowiły oddziały psychiatryczne, które istniały tylko przy 6 szpitalach: Szpital Szkolny, Wilno, Łódź, Kraków, Lwów, Poznań. Następnie istniały 2 szpitale wojskowe samodzielne: Radom i Równe oraz 2 filie Szpitali Okręgowych w Grudziądzu i Lublinie. Szpital w Radomiu wybudowano i utworzono ze względu na znajdujący się tam duży ośrodek przemysłu wojennego, w Równem ze względu na oddziały K.O.P. [Korpusu

Ochrony Pogranicza] i specjalnie duży garnizon, w Grudziądzu i Lublinie ze względu na brak miejsca w Szpitalach Okręgowych. Powyższe szpitale wojskowe miały tylko pewne oddziały szpitalne, mianowicie: w Równem – oddział wewnętrzny, chirurgiczny i weneryczny; w Lublinie – oddział wewnętrzny, chirurgiczny i ginekologiczny; w Grudziądzu – oddział weneryczny; szpital w Radomiu miał możność szerokiego leczenia specjalistycznego ze względu na posiadanie lekarzy specjalistów zatrudnionych przez miejscowy ośrodek przemysłu wojennego.

Poza wyżej wymienionymi szpitalami pozostawiono Garnizonowe Izby Chorych wraz z przychodniami dentystycznymi w Modlinie, Dęblinie, Włodzimierzu Wołyńskim, Augustowie, Lidzie, Białymstoku, Katowicach, Stanisławowie, Kaliszu, Bydgoszczy, Baranowiczach, Siedlcach, Słonimie oraz utworzono około 30 Izb Chorych na prawach Garnizonowych Izb Chorych, które początkowo nie posiadały przychodni dentystycznych, a którym w ostatnim roku przed wojną miano wszystkim przywrócić znów przychodnie dentystyczne. Następnie utworzono 3 sanatoria wojskowe: w Zakopanem dla gruźlicy biernej, w Otwocku dla gruźlicy czynnej oraz w Rabce sanatorium dziecięce dla schorzeń gruczołowych. W okresach letnich uruchamiano corocznie na pół roku sanatoria sezonowe dla oficerów, podoficerów zawodowych i ich rodzin, w Ciechocinku, Inowrocławiu, Busku, Morszynie i Druskienikach. Poza tym korzystali z leczenia miejscowego oficerowie i ich rodziny, przebywający w domach wypoczynkowych oficerskich w Krynicy i Truskawcu.

Po zlikwidowaniu 10 Składnic Sanitarnych utworzono dwie Główne Składnice Sanitarne: Nr l w Warszawie wraz z wytwórnią materiału opatrunkowego, farmaceutyczną i Instytutem Badawczym oraz Główną Składnicę Nr 2 w Przemyślu. Składnice powyższe służyły do zaopatrywania w materiał sanitarny użytku bieżącego wszystkich oddziałów wojskowych i szpitali według ustalonych tabel należności. Przesyłanie materiału sanitarnego odbywało się zasadniczo dwa razy do roku. Składnice te były jednocześnie miejscem deponowania materiału sanitarnego t.zw. rezerwy strategicznej Naczelnego Wodza t.j. [to jest] tego materiału, który był w posiadaniu poza etatowym materiałem jednostek mobilizowanych. Ten ostatni bowiem, t.j. wszystkie zapasy mobilizacyjne, wchodząc według ustalonych tabel należności mobilizacyjnych w skład wyposażenia wojennego jednostek mobilizowanych, a więc zarówno wszystkich oddziałów, jak i jednostek Służby Zdrowia, były zdeponowane w magazynach mobilizacyjnych jednostek mobilizacyjnych, a więc rozsiane po całym kraju. Ponadto Główna Składnica Nr l, posiadając odpowiednie działy i pracownie, kompletowała wszystkie zestawy wojenne wyposażenia sanitarnego dla wszystkich jednostek mobilizowanych i przesyłała je tym jednostkom.

Poza tymi składnicami wojskowymi, z inicjatywy Departamentu Zdrowia stworzono w Warszawie Składnicę Sanitarną P.C.K. [Polskiego Czerwonego Krzyża] wraz z wytwórnią

materiału opatrunkowego. Zarówno Główna Składnica Nr l w Warszawie, jak i Składnica P.C.K. były jednocześnie przygotowane do masowej produkcji materiału opatrunkowego w czasie wojny. Główna Składnica Sanitarna Nr 2 miała być przeniesiona w roku 1940 z Przemyśla do Kraśnika, gdzie budowano dla niej duże magazyny oraz pomieszczenia na pracownie i wytwórnie. W roku 1939 Departament Zdrowia przystąpił do zamówień wszystkich maszyn i urządzeń potrzebnych dla nowo budującej składnicy. Od roku 1940 miał być więc uruchomiony, poza Warszawą, w Centralnym Okręgu Przemysłowym drugi duży ośrodek magazynujący i przetwórczy materiału sanitarnego.

7. Charakterystyka sprzętu zgodnie z przeznaczeniem jednostki /ilość, wady, zalety/.

Sprzęt przeznaczony dla poszczególnych jednostek był ustalany na podstawie zadań, wymaganych od tych jednostek. Zadania te określał znów regulamin Służby Zdrowia w polu[9]. Regulamin Służby Zdrowia oparty był na doświadczeniach wojny polsko-bolszewickiej oraz doświadczeniach Wielkiej Wojny Europejskiej[10]. Poza stroną fachową zasadniczo była przewidziana duża ruchliwość oddziałów i jednostek Służby Zdrowia i do tego warunku było dostosowane oporządzenie materiału sanitarnego mianowicie: trwałość opakowania, logiczne i zabezpieczające od uszkodzenia rozlokowanie sprzętu w opakowaniach, możliwość bardzo szybkiego uruchomienia pracy jednostki, zabezpieczenie od wpływów atmosferycznych.

Rzadko która armia innych państw mogła poszczycić się takimi polowymi zestawami Służby Zdrowia jakie posiadała polska Służba Zdrowia. Na podstawie zadań jednostki, wypływających z regulaminu Służby Zdrowia w polu, dobór sprzętu w zestawach z punktu widzenia fachowego ustalany był przez specjalną komisję, w skład której wchodzili różni specjaliści fachowi, którzy definitywnie określali, że takie przedmioty i w takiej ilości są potrzebne z punktu widzenia fachowego do wykonania określonych zadań.

W czasie wojny były głosy w pewnych wypadkach i pewnych specjalistów co do niecelowości, względnie co do potrzebnej pracy ilości takiego lub innego przedmiotu, wiadomo jednak jest, że w świecie lekarskim specjaliści tej samej dziedziny często nie mogą pogodzić się z sobą, mając różne punkty widzenia na swe narzędzia pracy. Wszystkie wielkie jednostki posiadały w swych zapasach mobilizacyjnych w pełnych ilościach nowe i wzorowe zestawy materiału sanitarnego, począwszy od batalionowych punktów opatrunkowych, a skończywszy na szpitalach polowych. Pewne przedmioty wchodzące w skład zestawów ze względu na trudność konserwacji i łatwość psucia się nie były dawane jednostkom mobilizującym w czasie pokoju, były dostarczane centralnie

[9] *Regulamin Służby Zdrowia w polu*, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Warszawa 1929.
[10] Chodzi o I wojnę światową.

w momencie ogłoszenia pogotowia jednostek. Również do pewnych zestawów brakowało autoklawów[11], które z powodu braku pieniędzy również miały być dostarczone dopiero z chwilą wybuchu wojny, a które już w okresie poprzedzającym wojnę były zamówione w firmach krajowych. Dotyczy to również brakujących rentgenów oraz pewnych braków sprzętu chirurgicznego dla szpitali stałych wojennych.

Trudności natomiast były ze środkami transportowymi sprzętu sanitarnego jednostek, a to zależnie od tego jakie wozy i konie otrzymała Służba Zdrowia z rekwizycji. Np. [na przykład] dla załadowania punktu opatrunkowego batalionowego zasadniczo był przewidziany znormalizowany wóz taborowy wojskowy, jeżeli więc dowódca pułku dał taki wóz lekarzowi i dobre konie, to lekarz na ten sam wóz mógł pomieścić również zestaw przeciwgazowy, jeżeli zaś on otrzymał wóz i konie słabe z rekwizycji, to na jednym wozie sprzętu swego nie pomieścił. Trudności te miały również kompanie sanitarne i szpitale polowe, dla których były przewidziane środki transportowe tylko z rekwizycji, a wiemy dobrze jaka jest w Polsce różnorodność wozów i koni.

8. Zaopatrzenie jednostek i zasady przyjęte przy wyposażeniu.

Bezpośrednio po wojnie polsko-bolszewickiej obowiązujące tymczasowe etaty materiałowe wojenne jednostek Służby Zdrowia przewidywały wyposażenie tych jednostek w materiał sanitarny na okres 3 miesięcy wojny. Przy przepracowywaniu tych etatów przewidywane ilości materiału musiano zmniejszyć, gdyż takie ilości materiału wymagały olbrzymich środków transportowych dla jednostek polowych, unieruchomienia olbrzymiego kapitału pieniężnego wreszcie nie można by było przeprowadzać wymiany materiału z zapasów mobilizacyjnych, a więc materiał w zapasach mobilizacyjnych musiałby niszczeć. Nowe więc ostatnio obowiązujące tabele należności oparte były na zasadzie, że wyposażenie wojenne Służby Zdrowia począwszy od batalionowych punktów opatrunkowych do polowych składnic sanitarnych i szpitali stałych obejmuje łącznie wzięte zapotrzebowanie na materiał sanitarny zużywalny armii wojującej na okres jednego miesiąca wojny. Pod tym kątem widzenia zdeponowany był w magazynach mobilizacyjnych materiał sanitarny. Dla jednostek Służby Zdrowia armii w polu z polowymi składnicami włącznie. I na to tylko Departament Zdrowia otrzymał pieniądze.

Niezależnie od powyższego Departament Zdrowia zawdzięczając oszczędnej długoletniej gospodarce pokojowej materiałem użytku bieżącego, a w znacznej mierze zawdzięczając również dochodom uzyskiwanym z leczenia osób cywilnych w szpi-

[11] Autoklaw – hermetycznie zamknięty, ogrzewany zbiornik służący do przeprowadzania sterylizacji instrumentów chirurgicznych, dentystycznych, laryngologicznych itp. oraz środków farmaceutycznych i materiałów opatrunkowych.

talach wojskowych stworzył duże zapasy leków, materiału opatrunkowego i surowców, które poza zapasami złożonymi w magazynach mobilizacyjnych jednostek, były zdeponowane w Głównych Składnicach Sanitarnych w Warszawie i Przemyślu. Departament Zdrowia czynił to na własną rękę, nawet bez wiedzy Sztabu Głównego. Zapasy te stanowiły rezerwę strategiczną Naczelnego Wodza, na którą Departament Zdrowia grosza wyjednać nie mógł. Poza tym w tychże Składnicach znajdował się zawsze półroczny zapas materiału użytku bieżącego na czas pokoju, gdyż Departament Zdrowia przeprowadzał zakupy z budżetu normalnego zawsze o pół roku naprzód przed realizacją zapotrzebowań oddziałowych.

Wreszcie Departament Zdrowia zabezpieczył sobie zapasy w Składnicy Sanitarnej P.C.K. w Warszawie oraz w Składnicach Ubezpieczalni Społecznych. Niezależnie od posiadanych zapasów Departament Zdrowia zapewnił sobie produkcję wojenną materiału opatrunkowego w swej Głównej Składnicy w Warszawie i w Składnicy Sanitarnej P.C.K. oraz sprzętu trwałego, jak narządzi chirurgicznych i aparatów tlenowych w Firmie Mann[12] w Warszawie, aparatów rentgenowskich w firmie Szpotawski[13] w Warszawie, autoklawów itd. Produkcja surowic i szczepionek była zabezpieczona i całkowicie wystarczająca przynajmniej na pierwszy okres wojny w P.Z.H.[14] w Warszawie i w Firmie „Klawe"[15] w Kowalewie[16] pod Warszawą.

Zasadniczo więc Naczelnemu Dowództwu powinno było wystarczyć wyposażenie wyjściowe jednostek zmobilizowanych łącznie z polowymi składnicami sanitarnymi na przeciąg jednego miesiąca wojny. Na dalsze miesiące Departament Zdrowia posiadał zapasy, a następnie miał zapewnioną dalszą produkcję i to w kraju, aby się uniezależnić od sprowadzania z zagranicy. Na uruchomienie produkcji krajowej i to pod kątem widzenia potrzeb wojny Departament Zdrowia zwracał szczególną uwagę od szeregu lat i doszedł już do tego, że przed wojną już tylko nieliczne narzędzia, leki i surowce były sprowadzane z zagranicy.

Departament Zdrowia pod względem przygotowań materiałowych zrobił więcej niż mógł t.zn. niż Sztab Główny na to mu pozwolił, natomiast zmarnowanie tych przygotowań, które miało miejsce w czasie wojny, nie zależało już od Departamentu Zdrowia.

---

[12] Fabryka Narzędzi Chirurgicznych Alfons Mann i S-ka., Warszawa, ul. Białostocka 42.
[13] Fabryka Aparatów Elektrycznych K. Szpotański i S-ka., Warszawa, ul. Kałuszyńska 4.
[14] Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24.
[15] Towarzystwa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego d. „Magister Klawe" S.A., Warszawa, ul. Karolkowa 22.
[16] Chodzi o majątek ziemski Drwalew w powiecie grójeckim, gdzie powstała Wytwórnia Surowic i Preparatów Ziołowych Firmy „Klawe".

9. Prace przeprowadzone w kierunku dostosowania szpitali cywilnych w kraju oraz instytucji leczniczych, sanitarnych i naukowych do potrzeb ewentualnej wojny.

Departament zdrowia zasadniczo nie liczył na pomoc szpitalnictwa cywilnego dla potrzeb armii w czasie wojny, a to dlatego, że szpitalnictwo cywilne w Polsce było tak słabo rozwinięte, że w czasie wojny nie mogło ono wystarczyć potrzebom leczenia osób cywilnych.

Jedynie Departament Zdrowia zastrzegł sobie w Ministerstwie Opieki Społecznej wykorzystanie na rzecz wojska kresowych szpitali cywilnych w okresie osłony i koncentracji t.j. do czasu, kiedy szpitale polowe nie będą zmobilizowane i nie zaczną funkcjonować. Dokładny wykaz tych szpitali, zarówno na wypadek „W”[17], jak i na wypadek „Z”[18] był przesłany Ministerstwu Opieki wraz z żądaniami, co do zapewnienia pomieszczenia, możliwości dokonywania operacji chirurgicznych i wyposażenia. Przygotowania te Ministerstwo Opieki Społecznej przeprowadziło.

Z innych zakładów był dostosowany dla potrzeb wojska na czas wojny Państwowy Zakład Higieny, z którym Departament Zdrowia bezpośrednio współpracował. W celu zapewnienia sobie tej ścisłej współpracy Szef Departamentu Zdrowia wysunął wniosek obsadzenia stanowiska dyrektora P.Z.H. przez oficera lekarza służby stałej płk. prof. Szulca Gustawa[19], który też na wiele lat przed wojną został delegowany na to stanowisko. Zakład ten podlegał bezpośrednio Ministrowi Opieki Społecznej i o ile w produkcji surowic i szczepionek mógł wydołać zapotrzebowaniom wojska w czasie wojny, to jednak nie mógł się rozwinąć na tyle, aby odpowiedzieć potrzebom całego kraju. Zarówno płk Szulc, jak i Departament Zdrowia przez cały szereg lat przed wojną domagał się od Ministra Opieki Społecznej kredytów na rozszerzenie Zakładu, jednak na próżno. Na inwestycje związane z rozszerzaniem się P.Z.H. mógł nawet otrzymać pożyczkę, którą chciał mu udzielić Zakład Ubezpieczeń Społecznych i pożyczka ta, jak wykazywały ścisłe kalkulacje była całkowicie spłacalna przez sam P.Z.H. drogą zbytu rozszerzonej produkcji. Niestety jednak, mimo kilkuletnich starań, zarówno płk. Szulca, jak i Departamentu Zdrowia, pożyczki tej P.Z.H. nie otrzymał, gdyż udzielona pożyczka musiała mieć gwarancję Ministerstwa Skarbu, a Ministerstwo Skarbu gwarancji nie chciało dać. A więc pieniądze były, konieczności rozszerzenia P.Z.H. nie negowało ani Ministerstwo Opieki Społecznej, ani Ministerstwo Skarbu, a samej sprawy nie można było przeprowadzić, gdyż na to nie pozwalały formalności. Mnie osobiście, który niejednokrotnie interweniowałem w Ministerstwie Skarbu, dyrektor departamentu odpowiedział, że rozumie konieczność rozszerzenia zakładu oraz wie, że gwarantowana pożyczka byłaby łatwo zwracalna, ale gwarancji Ministerstwo Skarbu dać nie może, gdyż P.Z.H. nie jest

[17] Konflikt ze Związkiem Sowieckim.
[18] Konflikt z Niemcami.
[19] Płk lek. dr Gustaw Adolf Szulc (15 VII 1884–8 IV 1941) w roku 1933 został przeniesiony do rezerwy i mianowany dyrektorem Państwowego Zakładu Higieny.

jednostką prawną. Natomiast, żeby zrobić z P.Z.H. jednostkę prawną, to wymagało to takiej procedury, którą przeprowadzało Ministerstwo Opieki Społecznej i tyle czasu, że P.Z.H. nie doczekał się zrealizowania pożyczki przed wojną.

Departament Zdrowia zdając sobie sprawę, że nie można uzależniał się od jednego tylko źródła produkcji surowic i szczepionek jakim był P.Z.H., współpracował ściśle również z zakładami mag.[istra] Klawego[20], które w Dowalewie[21] pod Grójcem miały rozszerzyć się według żądań Departamentu Zdrowia. Produkcję więc surowic i szczepionek wojsko miało zapewnioną.

Specjalnym zagadnieniem dla Departamentu Zdrowia było zagadnienie szczepienia przeciw durowi plamistemu i wykorzystaniu jedynej szczepionki w świecie, jaką była szczepionka prof. [Rudolfa] Weigla[22], produkowana przez niego przy uniwersytecie lwowskim. Zdając sobie sprawę z niebezpieczeństwa epidemii tyfusu plamistego w czasie wojny Departament Zdrowia przepracował łącznie z prof. Weiglem specjalny plan wytępienia istniejących w Polsce ognisk endemicznych tyfusu plamistego. Plan powyższy był złożony w Sztabie Głównym i w Ministrowi Opieki Społecznej na parę lat przed wojną, wymagał jednak paru milionów złotych i wobec powyższego nie został przyjęty. Nie mogąc zrealizować swego pierwotnego planu Departament Zdrowia przy ścisłej współpracy z prof. Weiglem zabezpieczył sobie możność rozszerzenia w czasie wojny produkcji jego szczepionki. Prof. Weigel otrzymał odpowiednie dotacje od Departamentu Zdrowia i mógł w czasie wojny produkować we Lwowie 100.000 osobo-porcji szczepionki. U prof. Weigla wyspecjalizował się też w produkcji szczepionki delegowany przez Departament Zdrowia kpt. lek. Żabicki Stefan[23]. Bezpośrednio przed wojną znajdowała się w stadium uruchomienia również druga wytwórnia tej szczepionki pod Warszawą, na kierownika której był wyznaczony kpt. lek. Żabicki, a która pracować miała również pod ogólnym kierownictwem prof .Weigla. Koszta uruchomienia tej drugiej wytwórni pokrywał Państwowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Początkowo wytwórnia ta miała być nastawiona na 10.000 osobo-porcji miesięcznie.

Z innych zakładów cywilnych miał być wykorzystany dla potrzeb wojsk oddział gazoterapii przy oddziale wewnętrznym prof. [Aleksandra] Oszackiego[24] w Krakowie.

---

[20] Stanisław Adolf Klawe (6 XI 1880–19 I 1955), dr farmacji i przemysłowiec, syn Henryka Klawego (23 XII 1832–24 II 1926), słynni warszawscy farmaceuci wywodzący się z Alzacji.

[21] Drwalewie – zob. przypis nr 16.

[22] Rudolf Stefan Jan Weigl (2 IX 1883–11 VIII 1957), polski biolog pochodzenia austriackiego, opracował w 1921 roku, udoskonaloną do 1931 roku, pierwszą na świecie skuteczną szczepionkę przeciwko tyfusowi plamistemu (durowi wysypkowemu).

[23] Kpt. lek. Stefan Żabicki (2 VI 1904–13 IV 1958) w roku 1939 na specjalizacji w zakresie bakteriologii w Pracowni Bakteriologicznej Centrum Wyszkolenia Sanitarnego w Warszawie; po mobilizacji w dyspozycji Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych.

[24] Aleksander Oszacki (22 VI 1983–20 XI 1945) w roku 1939 profesor Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu

Oddział ten został odpowiednio wyposażony przez Departament Zdrowia przed wojną i pracował na nim jeszcze przed wojną delegowany przez Departament Zdrowia mjr dr [Antoni] Bednarski[25].

Wreszcie Instytut Badań Lotniczo-Lekarskich[26] [I.B.L.L.] współpracował z całym szeregiem profesorów, którzy stanowili t.zw. Radę Naukową Lekarską przy I.B.L.L. w szczególności dla potrzeb tego Instytutu pracowały pracownie fizjologiczne prof. [Jerzego] Feglera[27] w Krakowie oraz prof. [Franciszka] Czubalskiego[28] w Warszawie.

Jeżeli natomiast chodzi o dostosowanie szpitali cywilnych, instytucji leczniczych i naukowych do potrzeb ewentualnej wojny dla kraju całego, a nie specjalnie wojska, to prace te leżały całkowicie w rękach Ministra Opieki Społecznej, względnie w rękach Wiceministra dr. [Eugeniusza] Piestrzyńskiego[29]. Dotyczy również lecznictwa i ratownictwa zagazowanych osób cywilnych. Wszystkie sprawy dotyczące ratownictwa przeciwgazowego ludności cywilnej skoncentrowane były w rękach dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej dr. [Jana] Adamskiego[30], który w myśl organizacji oplgaz [obrony przeciwlotniczej i gazowej] był szefem ratownictwa p.g. [przeciw gazowego] ludności cywilnej. Na prace te Departament Zdrowia MSWojsk. nie miał wpływu, był tylko czynnikiem doradczym przez swych delegatów na konferencjach, o ile na nie został zaproszony.

Zdając sobie sprawę z ważności przygotowania cywilnej Służby Zdrowia do potrzeb wojny Departament Zdrowia MSWojsk. od szeregu lat domagał się utworzenia Wydziału Wojskowego przy Ministerstwie Opieki Społecznej, z oficerem lekarzem służby stałej na czele. W ten sposób Departament Zdrowia chciał zharmonizować przygotowawcze prace służby zdrowia na wypadek wojny, zarówno służby wojskowej, jak i cywilnej. Niestety, domagania się Departamentu Zdrowia MSWojsk. nie odniosły skutku. Wreszcie na początku

Jagiellońskiego; jako pierwszy w Polsce prowadził terapię przy użyciu penicyliny i gazoterapię.

[25] Mjr lek. dr Antoni Bednarski (13 XI 1893–?) w roku 1939 starszy ordynator Oddziału Gazoterapii 5. Szpitala Okręgowego w Krakowie; po mobilizacji ordynator Oddziału Chirurgicznego tego szpitala.

[26] Właściwie, od 1 sierpnia 1936 r. Instytut Badań Lekarskich Lotnictwa.

[27] Jerzy Fegler (2 II 1899–24 IX 1958) w roku 1939 mjr lek. WP w stanie nieczynnym – profesor fizjologii ogólnej i eksperymentalnej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego; po mobilizacji w Instytucie Badań Lekarskich Lotniczych, jako kierownik naukowy Pracowni Fizjologicznej.

[28] Franciszek Mieczysław Czubalski (30 I 1885–8 II 1965) w roku 1939 kierownik Pracowni Fizjologicznej Wychowania Fizycznego w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego.

[29] Eugeniusz Piestrzyński (18 XII 1887–5 V 1962) w roku 1939 podsekretarz stanu w Ministerstwie Opieki Społecznej i prezes Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

[30] Jan Władysław Adamski (26 VI 1882–1958) w roku 1939 dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego oraz wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

1939 r. został utworzony Wydział Wojskowy przy Ministerstwie Opieki Społecznej, ale na stanowisko Szefa tego Wydziału Szef Sztabu [Głównego Wojska Polskiego] wyznaczył oficera nie lekarza, który zagadnień służby zdrowia nie obejmował i z Departamentem Zdrowia nie współpracował wcale.

10. Jednostki Służby Zdrowia, które zostały postawione w stan gotowości wojennej w okresie poprzedzającym wojnę.

W okresie poprzedzającym wojnę w miarę stawiania w stan gotowości Wielkich Jednostek stawiano w tenże stan gotowości organicznie przynależne do tych jednostek kompanie sanitarne dywizji piechoty i plutony sanitarne brygad kawalerii. Szef Sztabu Głównego nie zgodził się natomiast na jednoczesne wystawianie pozostałych jednostek Służby Zdrowia, wchodzących organicznie w skład wielkich jednostek jak szpitale polowe, kolumny transportowe sanitarne, kolumny dezynfekcyjne, pracownie bakteriologiczne, przychodnie dentystyczne. Szef Sztabu Głównego nie zgodził się również na wcześniejsze postawienie w stan gotowości wojennej żadnych dalszych tyłowych jednostek Służby Zdrowia, jak szpitali ewakuacyjnych, szpitali wojennych, polowych składnic sanitarnych itd. Pomimo więc, że znaczna ilość wielkich jednostek osiągnęła pogotowie wojenne i było odpowiednio przegrupowana, tak że w każdej chwili mogła stanąć do walki, to odpowiednich organów Służby Zdrowia nie posiadała.

Dopiero bezpośrednio przed wojną postawiono w skład gotowości wojennej 9 Szpitala Okręgowego w Brześciu n/B., rozszerzono ilość łóżek szpitalnych w 8 Szpitalu Okręgowym w Toruniu i w 7 Szpitalu Okręgowym w Poznaniu, zapewniając sobie jednocześnie posiadanie stale pewnej ilości wolnych łóżek we wszystkich Szpitalach Okręgowych, w innych Szpitalach Okręgowych po 100 łóżek. Ponadto Okręgi Korpusów Nr 7 i 8 zapewniły sobie wolne łóżka szpitalne we wszystkich szpitalach cywilnych.

Wreszcie Sztab Główny zgodził się pod kątem widzenia niewspółmiernie wzrosłych stanów liczebnych armii postawić w stan gotowości wojennej pozostałych Szpitali Okręgowych w tych Okręgach, w których znajdowały się zgrupowania armii, a więc bezpośrednio przed samą wojną osiągnęły swą gotowość wojenną:

- **w Warszawie**: Szpital Szkolny Centrum Wyszkolenia Sanitarnego jako Szpital Nr 104 na 800 łóżek – kmdt [komendant] mjr doc. [Michał] Rosnowski[31] i 1 Szpital Okręgowy na 1550 łóżek – kmdt płk dr [Bogumił] Łada[32],

[31] Ppłk lek. doc. dr Michał Rosnowski (20 IX 1897–IV 1940) w roku 1939 kierownik naukowy Oddziału Wewnętrznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; mobilizacyjnie komendant 102. Szpitala Wojennego; 5 września 1939 r. wyznaczony na komendanta 104. Szpitala Wojennego. Dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Kozielska został zamordowany w Katyniu.

[32] Płk lek. dr Bogumił Jan Łada (22 III 1889–24 X 1942) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 1. Szpitala Okręgowego.

- **Chełm**: 2 Szpital Okręgowy na 1200 łóżek – kmdt płk dr [Jan] Kulesza[33],
- **Grodno**: 3 Szpital Okręgowy na 400 łóżek – kmdt ppłk dr [Jerzy] Krzywiec[34] /nie powiększał się w czasie wojny/,
- **Wilno**: Szpital Wojenny Nr 301 na 100 łóżek – kmdt płk dr [Antoni] Kiakszto[35],
- **Łódź**: 4 Szpital Okręgowy na 650 łóżek – kmdt ppłk dr [Wiaczesław] Michałowski[36],
- **Kraków**: 5 Szpital Okręgowy na 1200 łóżek – kmdt ppłk dr [Marian] Dietrich[37],
- **Lwów**: 6 Szpital Okręgowy na 700 łóżek – kmdt ppłk dr [Zygmunt] Sawiski[38],
- **Poznań**: 7 Szpital Okręgowy na 800 łóżek – kmdt płk dr [Felicjan] Wołkowiński[39],
- **Toruń**: 8 Szpital Okręgowy na 900 łóżek – kmdt ppłk dr [Eugeniusz] Krawczyk[40],
- **Brześć**: 9 Szpital Okręgowy na 900 łóżek – kmdt ppłk dr [Stanisław] Cepryński-Ciekawy[41],
- **Przemyśl**: 10 Szpital Okręgowy na 750 łóżek – kmdt ppłk dr [Stanisław] Orłowski[42].

Ponadto bezpośrednio przed wybuchem wojny było postawione w stan gotowości wojennej i funkcjonowały 14 pociągów sanitarnych.

W takim stadium gotowości zastał Służbę Zdrowia pierwszy dzień wojny. Wojna ta natomiast już 1-go dnia wojny przybrała charakter zupełnie inny niż to przewidywał Sztab Główny i na których to przewidywaniach opierał on plan mobilizacji służb i terminy ich

[33] Ppłk lek. dr Jan Kulesza (9 IV 1893–26 II 1965) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 2. Szpitala Okręgowego.

[34] Ppłk lek. dr Jerzy Stanisław Krzywiec (20 I 1892–po 1960) do mobilizacji naczelny lekarz 76. Pułku Piechoty w Grodnie; od 31 sierpnia i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 3. Szpitala Okręgowego.

[35] Płk lek. dr Antoni Izydor Kiakszto (22 V 1884–19 V 1960) do mobilizacji komendant Szpitala Obszaru Warownego „Wilno", a w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 301. Szpitala Wojennego, który tworzył się na jego bazie.

[36] Ppłk lek. dr Wiaczesław Michałowski (20 X 1891–IV 1940) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 4. Szpitala Okręgowego; dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Starobielska został zamordowany w Charkowie.

[37] Ppłk lek. dr Marian Dietrich (23 I 1892–7 IX 1982) komendant kadry zapasowej 8. Szpitala Okręgowego, a od 9 czerwca 1939 r. do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 5. Szpitala Okręgowego.

[38] Ppłk lek. dr Zygmunt Bronisław Sawicki (5 X 1886–IV 1940) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 6. Szpitala Okręgowego; zatrzymany przez Rosjan we Lwowie i zamordowany wiosną 1940 roku w Bykowni.

[39] Płk lek. dr Felicjan Wołkowiński (21 VII 1891–7 VII 1968) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Ginekologicznego 7. Szpitala Okręgowego; od 25 sierpnia i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 7. Szpitala Okręgowego.

[40] Ppłk lek. dr Eugeniusz Stanisław Krawczyk (13 VIII 1895–19 VI 1959), naczelny lekarz 20. Pułku Piechoty w Krakowie, od 9 czerwca 1939 r. komendant Kadry Zapasowej 8. Szpitala Okręgowego; od 25 sierpnia i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 8. Szpitala Okręgowego.

[41] Ppłk lek. dr Stanisław Cepryński-Ciekawy (16 XII 1889–1961) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Wewnętrznego 9. Szpitala Okręgowego; od 31 sierpnia i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 9. Szpitala Okręgowego.

[42] Ppłk lek. dr Stanisław Orłowski (23 II 1892–?), do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku komendant 10. Szpitala Okręgowego.

pogotowia, a więc: najpierw powszechna mobilizacja, następnie okres osłony o okres koncentracji. W tych to okresach miały mobilizować się służby.

W danej sytuacji już w 1 dniu wojny Służba Zdrowia powinna być całkowicie zmobilizowana przynajmniej pod względem środków transportowych i szpitalnictwa. Tymczasem kiedy już 1-go dnia wojny żądano od niej spełnienia 100% zadań wojennych, zadania te mogła spełnić dopiero po zmobilizowaniu się. W całej pełni rozgorzałych walk Służba Zdrowia miała zmobilizować dopiero wszystkie środki transportowe samochodowe, składnice polowe po jednej dla każdej armii i samodzielnej grupy operacyjnej, wreszcie szpitalnictwo z czego kilkadziesiąt szpitali polowych, szpitale ewakuacyjne po jednym dla każdej armii, szpitale wojenne wysunięte, a w kraju 62 szpitale wojenne stałe, oprócz istniejących szpitali wojskowych w czasie pokoju, na 50.000 łóżek szpitalnych.

Mobilizacji tej już przeprowadzić nie można było, tak że Służba Zdrowia pracowała właściwie tylko tym, co miała w 1-szym dniu wojny. Nieliczne szpitale wojenne, które zdołały zmobilizować się w czasie wojny, pracowały minimalnie, gdyż bądź nie dochodziły do nich transporty rannych, bądź też z powodu sytuacji taktycznych były przerzucane z miejsca na miejsce bez ingerencji Departamentu Zdrowia MSWojsk., gdyż łączności MSWojsk. z Okręgami Korpusów nie posiadało.

Pod względem personalnym na komendantów kompanii sanitarnych byli wyznaczeni długoletni oficerowie lekarze oddziałowi, którzy posiadali odpowiednie przeszkolenie teoretyczne i praktyczne w czasie ćwiczeń letnich, jednym plutonem w każdej kompani dowodził młodszy oficer lekarz służby stałej, pozostałymi plutonami oficerowie lekarze rezerwy. Komendantami szpitali polowych byli oficerowie lekarze służby stałej ordynatorowie szpitalni, którzy mieli za sobą również służbę oddziałową. Komendantami szpitali ewakuacyjnych – starsi oficerowie lekarze służby stałej, szpitalnicy, którzy mieli za sobą doświadczenia wojenne. Komendantami szpitali wojennych – oficerowie lekarze służby stałej, stanu spoczynku bądź rezerwy, doświadczeni szpitalnicy i którzy mieli za sobą dowodzenia wojenne. Jednostki zmobilizowane zasadniczo mogły dobrze pracować, gdy Kadry Szpitali Okręgowych, które przeprowadzały obsadę jednostek Służby Zdrowia oficerami rezerwy, kierowały się posiadaniem specjalności lekarzy bądź na podstawie rocznika lekarskiego[43] wydanego przez Ministerstwo Opieki Społecznej, bądź na podstawie sprawdzeń bezpośrednich.

[43] Chodzi o *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej – Urzędowy Spis Lekarzy*, wydawany przez Naczelną Izbę Lekarską, na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej z 1933 r.; ostatni Rocznik 3 tego wydawnictwa ukazał się w Warszawie w 1938 r. W kolejnym roku Ministerstwo Opieki Społecznej ogłosiło *Urzędowy spis: lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczerów, pielęgniarek, położnych, uprawnionych i samodzielnych techników dentystycznych oraz wykazy: aptek, szpitali, ubezpieczalni społecz., ośrodków zdrowia, przychodni samodzielnych, oraz centrali i filii Państwowej Szkoły Higieny*, Warszawa 1939.

W razie braku specjalistów w jednym okręgu, braki te wyrównywało się specjalistami z innych okręgów. Na ogół brakowało pewnych specjalistów, szczególnie chirurgów rentgenologów i bakteriologów i tych specjalistów niejednokrotnie Kadry Szpitali Okręg. [owych] musiały zastępować lekarzami niezupełnie wyspecjalizowanymi w danej dziedzinie, np. często stanowisko chirurga trzeba było powierzać chirurgowi ginekologowi. Poza tym wszędzie prawie brakowało dostatecznie przeszkolonego personelu pomocniczego, co zaznaczyłem już w punkcie 2-gim.

Pod względem wyposażeniowym to wszystkie jednostki Służby Zdrowia przynależne organicznie do Wielkich Jednostek i Armii, a więc począwszy od batalionowych punktów opatrunkowych, a skończywszy na szpitalach ewakuacyjnych i polowych Składnicach Sanitarnych posiadały pełne wyposażenie wojenne, złożone w specjalnych zestawach, które w ostatnich latach przed wojną były zamienione na nowe. Wszystkie więc jednostki Służby Zdrowia, które osiągnęły gotowość wojenną jeszcze przed wojną, a więc punkty opatrunkowe batalionowe i pułkowe oraz kompanie sanitarne i plutony sanitarne Wielkich Jednostek posiadały pełne wyposażenie wojenne, gdyż nawet te przedmioty, które ze względu na trudność konserwacji i niszczenie, jak przedmioty gumowe oraz te, które miały być uzupełnione w drodze zakupu z chwilą ogłoszenia mobilizacji, były bezpośrednio dostarczone jednostkom z chwilą ogłoszenia ich pogotowia wojennego.

W okresie poprzedzającym wojnę jednostki, które osiągnęły pogotowie wojenne korzystały z wyposażenia wojennego, jednak do uzupełnienia do 100% stanu wyposażenia wojennego były wysyłane oddziałom centralnie, co każde 10 dni. W ten sposób jednostki miały stale 100% swoje wyposażenie wojenne. Pewnym jednostkom brakowało jedynie autoklawów, które jednak były już zamówione i które w pierwszych dniach wojny byłyby dostarczone, gdyby w ogóle mogła być mowa o jakichkolwiek dostawach i to począwszy już od 1 dnia wojny. Braki natomiast w wyposażeniu posiadały szpitale wojenne stałe, a to dlatego, że Sztab Główny nie chciał przyznać Departamentowi Zdrowia kredytów na 100% wyposażenia szpitali stałych, wychodząc z założenia, że początkowo mogą one funkcjonować zawdzięczając eksploatacji wnętrza kraju. Dotyczy to również sprzętu intendenckiego, jak kwaterunkowego, mundurowego, itd., który to sprzęt miał być uzupełniony częściowo z wyposażenia pokojowego oddziałów, które odeszły w pole, częściowo z eksploatacji wnętrza kraju.

Dopiero bezpośrednio przed samą wojną Departament Zdrowia otrzymał żądane kredyty i przeprowadził wszelkie zamówienia brakującego sprzętu, w szczególności brakującego sprzętu chirurgicznego z firmy „Mann”[44] w W-wie [Warszawie] oraz aparatów rentgenow-

[44] Zob. przypis nr 12.

skich z firmy „Szpotawski”[45] w W-wie [Warszawie]. Niezależnie od powyższego zamówienia w kraju, bezpośrednio po przyznaniu pożyczki angielskiej została wysłana przez Departament Zdrowia przed wojną specjalna delegacja fachowców, która w Londynie miała doraźnie zakupić wszystkie brakujące przedmioty. Niestety, ani zamówienia w kraju, ani zamówienia w Anglii nie zdążono już zrealizować.

Co do charakterystyki sprzętu sanitarnego, to charakterystykę tę podałem już w pkt.7.

II. Okres wojny

1. Czy plan rozmieszczenia jednostek Służby Zdrowia był uzgodniony z planem wojny, a jeżeli był, to gdzie i z kim.

Plan rozmieszczenia jednostek Służby Zdrowia był ściśle uzgodniony z planem wojny, mianowicie w tym znaczeniu, że Sztab Główny na kilka lat przed wojną cały plan mobilizacyjny armii, w skład którego wchodziła również mobilizacja Służby Zdrowia, oparł na planie wojny. Wydane przez Sztab Główny tabele mobilizacyjne obejmowały miejsca mobilizacji wszystkich jednostek Służby Zdrowia oraz terminy osiągnięcia ich pogotowia.

Tabele mobilizacyjne opracowywał zasadniczo Sztab Główny przy współpracy Departamentu Zdrowia jako organu fachowego. W tabelach tych uwidocznione były również miejsca rozmieszczenia i funkcjonowania w czasie wojny wszystkich stałych szpitali wojennych w kraju. Tabele te oczywiście nie mogły przewidzieć miejsc rozmieszczenia w czasie wojny organicznych jednostek armii jak szpitali polowych, szpitali ewakuacyjnych, wysuniętych szpitali wojennych /etapowych/, polowych składnic sanitarnych itd.

Planem wojny były przewidziane natomiast ewentualne miejsca rozmieszczenia szpitali ewakuacyjnych jak na wypadek „W” – Brześć n/B i Kowel, na wypadek „Z” – Kraków, Łódź, Warszawa, Kutno. W związku z powyższym wyjeżdżały w teren ekipy specjalne, składające się z przedstawicieli Sztabu Głównego i delegata Departamentu Zdrowia, które przepracowywały na miejscu warunki i możliwości rozmieszczenia szpitali ewakuacyjnych w poszczególnych miejscowościach.

2. Wady planu

Jeżeli chodzi o wady planu, to przede wszystkim należy zaznaczyć, że plan wojny nie był zupełnie znany Departamentowi Służby Zdrowia, gdyż otoczony był tak ścisłą tajemnicą, że Służba Zdrowia nie mogła mieć do niego wglądu. Departament Zdrowia nie wiedział więc w jakich warunkach i przy jakich przewidywaniach miał wykonywać owe zadania w czasie wojny.

[45] Zob. przypis nr 13.

Poza organizacją wojenną Służby Zdrowia przepracowaną przez Departament Zdrowia i współpracy przy układaniu tabel mobilizacyjnych, Szef Sztabu Głównego odsunął całkowicie Departament Zdrowia od dalszej współpracy ze Sztabem Głównym. Departament Zdrowia nie był w stanie robić jakichkolwiek przewidywań związanych z takim lub innym planem wojny. Wypływać to miało z konieczności zachowania ścisłej tajemnicy. Bezpośrednio po wojnie polsko-bolszewickiej Departament Zdrowia miał w ciągu kilku lat swego etatowego przedstawiciela w Oddziale IV Sztabu Głównego, którym był stale starszy oficer lekarz z ukończoną Wyższą Szkołą Wojen.[ną]. Oficer ten współpracował ściśle z Departamentem Zdrowia, harmonizując zadania i przygotowania Służby Zdrowia z planami Sztabu Głównego. Niestety Szef Sztabu zniósł ten etat ze względu na redukcję personelu w Sztabie Głównym.

W ostatnie lata przed wojną był wzywany przez Szefa Oddziału IV Sztabu Głównego przedstawiciel Departamentu Zdrowia, ale jedynie od czasu do czasu do omówienia różnych oderwanych zagadnień. Oficerem tym był Szef Wydziału Organizacyjnego Departamentu Zdrowia płk dr [Zygmunt] Łaski[46], który był specjalnie w tym celu zaprzysiężony i któremu nic w Departamencie Zdrowia nie wolno było mówić. Ja osobiście, jako zastępca Szefa Departamentu Zdrowia nie byłem zaprzysiężony i żadnego wglądu do planu wojny nie wolno mi było mieć.

Jeżeli chodzi o rozmieszczenie wojenne szpitali wojennych stałych, to nie było ono całkowicie racjonalne, a to dlatego, że zależało ono również od warunków pomieszczenia istniejących w poszczególnych miejscowościach. Na ogół zaś warunki pomieszczenia dużych szpitali w Polsce były bardzo trudne. Zasadniczo wnioski na możliwości pomieszczenia szpitali wojennych stałych przesyłali Dowódcy Okręgów [Korpusów], natomiast Sztab Główny na podstawie swoich planowań i przy współpracy Departamentu Zdrowia ostatecznie je ustalił.

Zasadniczo kierowano się taką myślą przewodnią, aby nie stworzyć zbyt małych jednostek szpitalnych, gdyż jak z doświadczeń ostatnich wojen było wiadome, sprawia to trudności ewakuacyjne i nie pozwala na racjonalne zorganizowanie odpowiednich ośrodków szpitalnych. Zasada ta była słuszna, ale na wypadek wojny regularnej, w wypadku naszej wojny, która właściwie była wojną partyzancką, lepiej byłoby gdybyśmy mieli dużą ilość małych szpitali, rozsianych po całym kraju. Mając jednak tak silnie zorganizowaną armię regularną i klasycznie zdaje się przepracowany plan wojny, nikt nie przypuszczał, że powrócimy do swych dawnych walk partyzanckich.

[46] Płk lek. dr Zygmunt Izydor Łaski (10 V 1891–1 IX 1987), do mobilizacji szef Wydziału Ogólnego Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych; od 31 sierpnia i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku zastępca szefa Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa WP.

3. Organizacja na wyższych szczeblach Służby Zdrowia w czasie wojny.

Organizacja na wyższych szczeblach Służby Zdrowia w czasie wojny, podobnie jak cała organizacja Służby Zdrowia na czas wojny była przeprowadzana przez Departament Zdrowia, następnie odpowiednio skorygowana, zatwierdzona i wydana przez Sztab Główny.

Funkcjonowanie organów Służby Zdrowia określał „Regulamin Służby Zdrowia w polu" opracowany przed Departament Zdrowia i wydany na 10 lat przed wojną[47]. W ostatnim roku przed wojną Sztab Główny wydał nowy regulamin kwatermistrzowski[48], który zmieniał zasady funkcjonowania Służby Zdrowia na wyższych szczeblach. W szczególności dotyczyło to zasad ewakuacji i transportów kolejowych. Zniesione zostały komisje regulujące przy armiach, a więc wbrew stanowisku Departamentu Zdrowia i kierownicy Służby Zdrowia przy tych komisjach, których zasadniczym zadaniem był nadzór nad transportami sanitarnymi na szczeblu armii, zarówno ewakuacyjnymi, jak i zaopatrzeniowymi. Zniesieni również zostali delegaci Służby Zdrowia na szczeblu kierownictwa transportami kolejowymi armii w polu oraz na szczeblu istniejącego dawniej generalnego kierownictwa transportami kolejowymi. Zadania te dotyczące wdrażania i nadzoru transportów ewakuacyjnych i zaopatrzeniowych na szczeblu armii, Naczelnego Dowództwa, MSWojsk. przekazano regulaminem kwatermistrzostwa bezpośrednio Szefom Sanitarnym Armii i Naczelnego Dowództwa.

Te posunięcia zdaniem Departamentu Zdrowia były szkodliwe, pozbawiały bowiem Służbę Zdrowia bezpośredniej współpracy z organami kierującymi transportami kolejowymi, zlikwidowały komórki Służby Zdrowia, które zajmowały się transportami sanitarnymi.

Wykonanie organizacji na wyższych szczeblach Służby Zdrowia odbiegło w czasie wojny od zasad ustalonych, a to dlatego, że cała akcja bojowa od 1 dnia wojny przybrała charakter walk partyzanckich bez odpowiedniej łączności z władzami naczelnymi. Ponieważ sytuacje bojowe zmieniały się gwałtownie i codziennie były inne, Dowódcy Okręgów i Dowódca Armii na własną rękę wydawali zarządzenia odnośnie funkcjonowania Służby Zdrowia, ewakuacji zagrożonych i rozwijających się szpitali wojennych, jak również zarządzenia personalne.

Departament Zdrowia już w 3 dniu wojny wysłał swego delegata w osobie płk. dr. [Stanisława] Orlewicza[49] do DOK [Dowództwa Okręgu Korpusu nr] II do Lublina w celu

[47] Zob. przypis nr 9.

[48] *Ogólna instrukcja kwatermistrzostwa: armia*, Sztab Główny Wojska Polskiego, Warszawa 1939; instrukcja ukazała się w maju 1939 roku.

[49] Płk lek. dr Stanisław Antoni Orlewicz (2 IV 1887–IV 1940), do mobilizacji kierownik przedmiotu służba zdrowia w Wyższej Szkole Wojennej; po wybuchu wojny przydzielony do dyspozycji szefa Departamentu

przyśpieszenia mobilizacji i uruchomienia szpitali wojennych na terenie OK [nr] II. Po wyewakuowaniu się MSWojsk. z Warszawy, ponieważ łączność z Okręgami Korpusów została przerwana, Departament Zdrowia w 8 dniu wysłał dalsze delegatury do okręgów, mianowicie do DOK [nr IX] Brześć i DOK [nr] III [Grodno] ppłk. [dr. Władysława] Radziszewskiego[50], oraz do DOK [nr] VI [Lwów] i [nr] X [Przemyśl] płk. dr. [Jana] Czyża[51] i płk. mgr. [Bolesława] Jabłonowskiego[52] z instrukcjami przyśpieszenia rozwinięcia szpitali, przewidzianych planem mobilizacyjnym, jak również ewakuowanych na teren OK [nr] VI innych szpitali oraz zabezpieczenia dla wojska wszystkich zasobów materiału sanitarnego, znajdującego się na tym terenie, a szczególnie we Lwowie.

Z miejsca postoju Departamentu Zdrowia Dubno w dniu 12.IX został wysłany również delegat Departamentu Zdrowia w osobie ppłk. dr. Radziszewskiego do Równego, który powrócił w międzyczasie z Brześcia n/B z instrukcjami przyśpieszenia rozwinięcia i na ilość 1600 łóżek znajdujących się tam 2-ch szpitali wojennych Nr 206[53] /kmdt mjr [Władysław] Kuryluk[54]/ i Nr 405[55] /kmdt kpt. [Stanisław] Naskręcki[56]/. Ponieważ w Równem nagromadziła się duża rezerwa personalna lekarska, ppłk Radziszewski otrzymał zlecenie, ażeby po pełnym obsadzeniu szpitali pozostałą rezerwę personalną skierował na teren OK [nr] VI do miejscowości Kopyczyńce, gdzie miała być gromadzona w myśl zarządzeń Departamentu Zdrowia cała rezerwa personalna. Ponadto w dniu 8.IX był wysłany przez Departament Zdrowia delegat do Chełma w osobie płk. dr. Nadolskiego w celu dopilnowania i przyśpieszenia rozwijania się szpitali w Chełmie, które rozwijały się do 1600 łóżek oraz w celu możliwego zwiększenia ilości łóżek.

Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych; dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Kozielska został zamordowany w Katyniu.

[50] Ppłk lek. dr Władysław Marian Radziszewski (24 III 1887–?) do mobilizacji szef Służby Sanitarnej Junackich Hufców Pracy; po wybuchu wojny przydzielony do dyspozycji szefa Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych.

[51] Płk lek. dr Jan Mintowt-Czyż (11 IX 1889–13 VIII 1940) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku szef Wydziału Techniczno-Lekarskiego Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych.

[52] Płk mgr farmacji Bolesław Jabłonowski (6 IV 1884–?) do mobilizacji i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku szef Wydziału Zaopatrzenia i Farmaceutycznego Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych.

[53] Powinno być: Nr 405.

[54] Mjr lek. stanu spoczynku dr Władysław Dionizy Kuryluk (8 IV 1879–IV 1940) od 1930 roku na emeryturze wojskowej, jako chirurg praktykował w Łodzi; mobilizowany do Kadry Zapasowej 4. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 405. Szpitala Wojennego; dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Kozielska został zamordowany w Katyniu.

[55] Powinno być: Nr 206; tak w dalszej części tej relacji.

[56] Mjr lek. stanu spoczynku dr Stanisław Naskręcki (20 VIII 1881–?) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz chorób wewnętrznych praktykował w Kowlu; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 2. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 206. Szpitala Wojennego.

Wysłani delegaci byli łącznikami Departamentu Zdrowia i wszyscy mieli za zadanie również zajęcie się sprawą zaopatrzeniową szpitali. Wysyłanie podobnych delegatów nie było przewidziane organizacją wojenną Służby Zdrowia, a co nastąpiło na skutek przerwania jakiejkolwiek łączności. Funkcje te powinni pełnić szefowie sanitarni Okręgów, którzy byli przewidziani organizacją, niezależnie od szefów sanitarnych Armii i grup operacyjnych. Również Dowódcy Okręgów wysyłali swych delegatów Służby Zdrowia do kwatermistrzów Armii, co również nie było przewidziane organizacją wojenną, a co nastąpiło na skutek przerwania łączności.

4. Łączność na poszczególnych szczeblach.

Należyta łączność Departamentu Zdrowia z okręgami, jak również z innymi komórkami MSWojsk. została właściwie przerwana już od 1 dnia wojny. Już w pierwszym dniu wojny Departament Zdrowia musiał wydzielić swój sztab ścisły, podobnie jak i inne organy MSWojsk., który to sztab został umieszczony w Szkole Podchorążych Sanitarnych[57]. Wydzielenie sztabu ścisłego i zmiana miejsca pracy w dniach, kiedy praca powinna być jak najbardziej intensywna, wpłynęła fatalnie na tok pracy Departamentu, tym bardziej, że łączność sztabu ścisłego z innymi komórkami MSWojsk. również rozbitymi, jak również z Okręgami Korpusów, jeżeli nieprzerwana została całkowicie, to w każdym razie znacznie utrudniona.

Następnie 3 dnia wojny Departament Zdrowia podobnie jak i inne organy MSWojsk. otrzymuje rozkaz zmiany pomieszczenia[58], sztab ścisły Departamentu połączenia się z resztą Departamentu w nowym lokalu, jaki dla Departamentu Zdrowia był wyznaczony na Placu Trzech Krzyży [nr] 16. W nowym pomieszczeniu, pomimo że było ono z góry przewidziane i że doraźnie przystąpiono do zakładania specjalnie znakowanych sieci telefonicznych, połączenia telefoniczne nie działały. Nie można więc było porozumiewać się telefonicznie ani z okręgami, ani z Naczelnym Dowództwem, ani z innymi komórkami MSWojsk., których znów pomieszczenia były tajemniczo ukryte.

Wreszcie w noc z dnia 4 na 5 [września] Departament Zdrowia, podobnie jak MSWojsk., otrzymuje rozkaz ewakuacji wraz z rodzinami, która to ewakuacja do świtu dnia 5 IX musiała być ukończona[59]. Począwszy natomiast od dnia 5 IX do dnia przejścia granicy rumuńskiej w Śniatynie dnia 18 IX Departament Zdrowia trzykrotnie zmieniał miejsca swej pracy t.j. Tarnogóra pod Krasnymstawem, Dubno i Peczeniżyn pod Kołomyją. Naturalnie

[57] W Zamku Ujazdowskim na Jazdowie.

[58] W latach 1924–1939 Ministerstwo Spraw Wojskowych urzędowało w budynku przy ul. 6 sierpnia 1/3/5.

[59] Ewakuacja Ministerstwa Spraw Wojskowych nastąpiła w nocy z 4 na 5 września 1939 r. z Warszawy do m. Piaski w województwie lubelskim; Departament Zdrowia MSWojsk. zakwaterowany został w Pałacu Tarnowskich w Tarnogórze, w powiecie krasnystawskim.

w ciągu takiego podróżowania, przy tym z rodzinami, nie było mowy ażeby ktokolwiek mógł znaleźć Departament Zdrowia i ażeby Departament mógł znaleźć kogokolwiek.

W każdym z poszczególnych miejsc postoju, kiedy się cokolwiek już zaczęło nawiązywać łączność za pomocą przygodnych telefonów prywatnych, nowy rozkaz wyjazdu przerywał wszystko. W ciągu więc całego, a tak krótkiego okresu wojny, Departament Zdrowia nie miał łączności ani z Szefem Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa, ani z Szefami Sanitarnymi Okręgów, ani z poszczególnymi szpitalami, z wyjątkiem szpitali znajdujących się w pobliżu miejsca postoju Departamentu. W takiej samej sytuacji znajdował się również Szef Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa.

5. Zadania większych jednostek Służby Zdrowia w pierwszych dniach wojny i zmiany jakie zostały wprowadzone podczas działań wojennych.

Wszystkie jednostki Służby Zdrowia przynależne organicznie do wielkich jednostek Armii i Armii w polu ze szpitalami ewakuacyjnymi i polowymi składnicami włącznie oraz wszystkie szpitale, zarówno okręgowe, jak i wojenne, które znalazły się w pierwszych dniach wojny na terenie operacyjnym, podlegały Naczelnemu Dowództwu i zadanie ich określał Szef Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa. Departament Zdrowia miał w swej dyspozycji tylko te szpitale, które znajdowały się na terenie [nie] operacyjnym. Po kilku zresztą dniach wojny trudno już było odgraniczyć strefę operacyjną.

a/ Rozmieszczenia szpitali wojennych

Już w 1 dniu wojny Departament Zdrowia wydał polecenie Szefom Sanitarnym Okręgów przyśpieszenia mobilizacji wszystkich szpitali wojennych i doraźnego ich uruchamiania. Mobilizujące się szpitale wojenne na terenie OK [nr] VII i [nr] VIII otrzymały zlecenia od Sztabu Głównego jeszcze przed 1-szym dniem wojny, że po zmobilizowaniu personelu i sprzętu będą ewakuowane na tereny OK [nr] II, [nr] VI i [nr] IX i tam się rozwiną. W ten sposób zostały skierowane:

- szpital wojenny Nr 701 do Chełma,
- szpital wojenny Nr 702 do Białowieży – kmdt mjr [Stanisław] Van der Cognen[60],
- szpital wojenny Nr 703 do Kowla,
- szpital wojenny Nr 801 do Dublan – kmdt ppłk [Jan] Kumelowski[61],
- szpital wojenny Nr 803 do Pińska – kmdt ppłk [Kazimierz] Marzinek[62].

[60] Mjr lek. stanu spoczynku dr Stanisław Zygmunt Van der Cohen (31 X 1890–?) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz praktykował w Poznaniu; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 7. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 702. Szpitala Wojennego.

[61] Ppłk lek. dr Jan Kumelowski (27 V 1892–5 X 1972) do mobilizacji komendant Filii 8. Szpitala Okręgowego w Grudziądzu; od 25 sierpnia 1939 r. komendant mobilizowanego na bazie tej filii 801. Szpitala Wojennego.

[62] Ppłk lek. stanu spoczynku dr Kazimierz Marzinek (15 XI 1883–10 X 1972) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz praktykował w Grudziądzu; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 8. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 803. Szpitala Wojennego.

Na terenie więc OK [nr] VII pozostał tylko Szpital Okręgowy w Poznaniu na 800 łóżek z możliwością rozszerzania się /kmdt płk [Felicjan] Wołkowiński/, na terenie OK [nr] VIII – Szpital Okręgowy w Toruniu na 900 łóżek /kmdt płk [Eugeniusz] Krawczyk/ z oddziałami w Ciechocinku, oraz szpital wojenny Nr 809 we Włocławku[63] /kmdt płk Pęski Jan[64]/. Ponadto na terenie OK [nr] VII i [nr] VIII szefowie sanitarni zarezerwowali sobie na rzecz wojska szpitale cywilne. Szpital Okręgowy w Toruniu pełnił funkcje szpitala ewakuacyjnego od 1 dnia wojny.

Ponieważ już w pierwszych dniach wojny wszystkie szpitale wojenne wraz z okręgowymi na terenie Okręgów [nr] II, [nr] IV, [nr] V, [nr] VII i [nr] VIII znalazły się w strefie operacyjnej, mobilizacja ich została przerwana i wyszły spod kompetencji Departamentu Zdrowia.

Departament Zdrowia położył cały swój nacisk na jak najszybsze uruchomienie przewidzianych planem mobilizacyjnym szpitali wojennych na terenie OK [nr] I, [nr] II, [nr] IX, [nr] VI i [nr] X, w szczególności na szpital wojenny Nr 105 w Modlinie na 1100 łóżek /kmdt ppłk [Marian] Wowkonowicz[65]/, który już od 2 dnia wojny był w stanie przyjmować rannych.

Zresztą pierwotnym planem mobilizacyjnym szpital ten był przeznaczony na gros chorych wenerycznych, natomiast wypadki wojenne zmusiły do zmiany pierwotnego przeznaczenia, zamieniając go na szpital ogólny.

Następnie otrzymały polecenie doraźnego rozwinięcia się, bądź rozszerzenia się **w Warszawie**:

- szpital okręgowy ponad 1550 łóżek, który miał przejąć również zakład Elżbietanek[66] i urządzić w tym zakładzie oddział chirurgiczny oficerski /kmdt płk [Bogumił] Łada/,
- szpital wojenny Nr 101 /kmdt płk [Roch] Brzosko[67]/ na 600 łóżek w gimnazjum Batorego[68],

[63] Szpital ten nosił numer 802.

[64] Ppłk lek. dr Jan Antoni Pęski (4 I 1888–1939) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Skórno-Wenerycznego 8. Szpitala Okręgowego; od 25 sierpnia 1939 r. komendant 802. Szpitala Wojennego.

[65] Ppłk lek. dr Marian Wowkonowicz (31 VII 1889–9 VII 1959) do mobilizacji kierownik naukowy 1. Szpitala Okręgowego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 105. Szpitala Wojennego.

[66] Szpital św. Antoniego ss. Elżbietanek przy ul. Goszczyńskiego 1.

[67] Płk lek. Roch Brzosko (15 VIII 1891–?) do mobilizacji kierownik naukowy Oddziału Usznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 101. Szpitala Wojennego; 5 września odszedł na komendanta 102. Szpitala Wojennego, a stanowisko po nim objął płk lek. dr Bolesław Pawłowski.

[68] I Państwowe Gimnazjum i Liceum im. Stefana Batorego przy ul. Myśliwieckiej 6.

- w Radomiu: szpital wojenny Nr 110 na 600 łóżek /kmdt płk [Władysław] Mrozowski[69]/,
- szpital wojenny Nr 111 na 600 łóżek /kmdt ppłk [Zygmunt] Krzyczkowski[70]/.

Na terenie OK [nr] II:

- szpitale wojenne w Lublinie Nr 201 i 202 /kmdt kpt. [Tomasz] Malibo[71] i ppłk [Jan] Cywiński[72]/ na 800 łóżek,
- [szpital wojenny] Nr 203 na 800 łóżek w Zamościu /kmdt ppłk [Aleksander] Bieniek[73]/,
- [szpital wojenny] Nr 204 we Włodzimierzu na 600 łóżek /kmdt mjr [Stanisław] Wszelaki[74]/,
- [szpital wojenny] Nr 205 w Łucku na 500 łóżek /kmdt ppłk [Stanisław] Ceceniowski[75]/,
- [szpital wojenny] Nr 206 w Równem na 800 łóżek /kmdt mjr [Stanisław] Naskręcki/.

Na terenie OK [nr] IX:

- szpital wojenny Nr 901 w Siedlcach na 1100 łóżek /kmdt ppłk [Aleksander] Lachowicz[76]/,
- szpital wojenny Nr 902 w Łukowie na 500 łóżek /kmdt ppłk [Wiktor] Maresz[77]/.

W 3 względnie 4 dniu wojny Minister Spraw Wojskowych nie pozwolił na uruchamianie zbyt wielkich ilości łóżek w Warszawie, wobec powyższego Szef Departamentu Zdrowia dał polecenie nierozwijania szpitala wojennego Nr 101 /kmdt płk [Bolesław]

---

[69] Ppłk lek. dr Władysław Eugeniusz Mrozowski (19 VII 1888–po 1940) do mobilizacji komendant Szpitala Garnizonowego Radom, a od 31 sierpnia 1939 r. komendant mobilizowanego na jego bazie 110. Szpitala Wojennego.

[70] Ppłk lek. dr Zygmunt Krzyczkowski (2 VII 1890–1 V 1953) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala Garnizonowego Radom; mobilizacyjnie mianowany komendantem 111. Szpitala Wojennego.

[71] Kpt lek. stanu spoczynku dr Tomasz Malibo (29 XII 1888–po 1947) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz praktykował w Dubnie; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 2. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 201. Szpitala Wojennego.

[72] Ppłk lek. pospolitego ruszenia dr Jan Cywiński (8 II 1879–1960) jako lekarz dziecięcy praktykował w Lublinie; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 2. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 202. Szpitala Wojennego.

[73] Ppłk lek. dr Aleksander Bieniek (2 II 1889–?) do mobilizacji komendant Filii 2. Szpitala Okręgowego w Lublinie; mobilizacyjnie komendant 203. Szpitala Wojennego mobilizowanego w oparciu o filię.

[74] Mjr lek. dr Stanisław Juliusz Wszelaki (29 X 1898–14 I 1956) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 204. Szpitala Wojennego.

[75] Ppłk lek. stanu spoczynku dr Stanisław Ceceniowski (7 V 1885–5 V 1966) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz praktykował w Łucku; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 2. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 205. Szpitala Wojennego.

[76] Ppłk lek. dr Aleksander Lachowicz (22 II 1891–po 1947) do mobilizacji kierownik pracowni rentgenowskiej Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; od sierpnia 1939 r. komendant 901. Szpitala Wojennego.

[77] Ppłk lek. stanu spoczynku dr Wiktor Ignacy Maresz (17 X 1885–?) po przejściu na emeryturę wojskową, jako lekarz praktykował w Warszawie; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 9. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 902. Szpitala Wojennego.

Pawłowski[78]/ w Domu Akademickim w Warszawie[79] i ewakuowania tego szpitala do Zaleszczyk, gdzie miał się rozwinąć na ilość łóżek dla niego przewidzianą.

Poza wyżej wymienionymi szpitalami, do których były wydane doraźne specjalne zarządzenia, mobilizowały się w przyśpieszonym tempie inne szpitale wojenne, przewidziane planem mobilizacyjnym na terenie OK [nr] I, [nr] II, [nr] IX, [nr] VI i [nr] X łącznie z wyżej wymienionymi szpitalami i ze Szpitalami Okręgowymi w ilości 46 jednostek szpitalnych na łączną ilość 32.000 łóżek szpitalnych.

Ponadto do Okręgów [nr] II, [nr] VI i [nr] IX spływały jednostki szpitalne mobilizowane na terenach Okręgów zagrożonych, a które zostały ewakuowane na rozkaz Dowódców Korpusów do miejscowości wskazanych planem ewakuacyjnym w ilości 23 jednostek szpitalnych, mianowicie z Okręgów [nr] IV, [nr] V, [nr] VII, [nr] VIII.

Począwszy od 5 dnia wojny i ewakuowania Departamentu z Warszawy następuje szybki rozwój operacji wojennych nieprzyjacielskich na terenie OK [nr] I, [nr] IX, [nr] X i częściowo OK [nr] II. Szpitale wojenne częściowo pracując już na tych terenach, częściowo w stadium rozwijania się, otrzymują rozkazy ewakuacji, nie podlegając kompetencji Departamentu Zdrowia.

Szpitale ewakuowane wcześniej t.j. z terenów OK [nr] IV, [nr] V, [nr] VII, [nr] VIII jak również później w następnych dniach t.j. z terenów OK [nr] I, [nr] IX i [nr] X bądź nie dochodzą do miejsc przeznaczenia, zostając w drodze rozbite, bądź po przyjściu na miejsce i w pierwszych próbach rozwijania się otrzymują rozkazy dalszej ewakuacji.

W 12 dniu wojny Departament Zdrowia w porozumieniu z Szefem Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa zbazował szpitalnictwo na tyłach na wschodnich terenach OK [nr] II i południowo-wschodnich OK [nr] VI i [nr] X w następujących ośrodkach:

- **Chełm** na 1600 łóżek /Szpital Okręgowy – kmdt płk Kulesza i Nr 108 – kmdt mjr [Zygmunt] Słoniński[80]/,
- **Kowel** na 500 łóżek /Szpital wojenny Nr 703/,
- **Równe** na 1600 łóżek /Szpital wojenny Nr 206[81] /kmdt mjr [Władysław] Kuryluk/,

[78] Płk lek. dr Bolesław Michał Ryszard Pawłowski (23 IX 1892–?) do mobilizacji kierownik naukowy Oddziału Chirurgicznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 104. Szpitala Wojennego; 5 września 1939 odszedł na komendanta 101. Szpitala Wojennego, a stanowisko po nim objął ppłk lek. dr Michał Rosnowski.

[79] Przy ul. Akademickiej 5, na południowej pierzei Placu Narutowicza.

[80] Mjr lek. rezerwy dr Zygmunt Słoniński (16 IV 1890–?) jako lekarz chorób wewnętrznych praktykował w Poznaniu; zmobilizowany do Kadry Zapasowej 1. Szpitala Okręgowego i mianowany komendantem 108. Szpitala Wojennego; dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Starobielska został zamordowany w Charkowie.

[81] Powinno być: Nr 405.

- **Łuck** na 500 łóżek /Szpital wojenny Nr 205 /[kmdt] ppłk [Stanisław] Ceceniowski/,
- **Dubno** na 1100 łóżek /Szpital wojenny Nr 110 /[kmdt] ppłk [Władysław] Mrozowski/, /Szpital wojenny Nr 111 /[kmdt] mjr [Zygmunt] Krzyczkowski/,
- **Stanisławów** na 1600 łóżek /Szpital Wojenny Nr 605 /[kmdt] mjr [Jerzy] Dziopiński[82]/,
- **Horodenk**a na 1000 łóżek /Szpital wojenny Nr 501 /[kmdt] ppłk [Adolf] Stanoch[83]/,
- **Tarnopol** na 1000 łóżek /Szpital wojenny Nr 504/ [kmdt] ppłk [Stefan] Mozołowski[84]/,
- **Kołomyja** na 800 łóżek /Szpital wojenny Nr 401/ [kmdt] ppłk [Marian] Dietrich[85]/,
- **Zaleszczyki** na 1000 łóżek /Szpital wojenny Nr 101/ [kmdt] płk [Bolesław] Pawłowski/.

Ponadto pracowały jeszcze w tym okresie szpitale we Lwowie, które miały się rozwinąć do łącznej sumy 2700 łóżek oraz szpital wojenny Nr 801 w Dublanach pod Lwowem na 1200 łóżek /kmdt ppłk [Jan] Kumelowski/.

Również powstał Szpital Okręgowy w Brześciu na 900 łóżek jako szpital ośrodka obronnego Brześć oraz szpital wojenny w Pińsku i szpitale te nie miały być ewakuowane, podobnie jak szpitale z terenu OK [nr] III.

Wszystkie wyżej wymienione szpitale były już rozwinięte i mogły pracować. Niezależnie od wyżej wymienionych rozwiniętych szpitali, wszystkie spływające ewakuowane szpitale miały być rozwijane w miarę potrzeby. Jako miejsce zgrupowania spływających szpitali i rezerw personalnych Służby Zdrowia była wyznaczona miejscowość Kopyczyńce, na południe od Tarnopola. Poza Szpitalem Okręgowym w Brześciu, szpitale wojenne w Kowlu, Łucku i Dubnie przeznaczone były również jako szpitale ośrodków obronnych w tych miejscowościach.

b/ Kto opracował plan rozmieszczenia szpitali wojennych i większych jednostek Służby Zdrowia?

Plan rozmieszczenia szpitali wojennych opracował przed wojną Departament Zdrowia w formie wniosku do Sztabu Głównego i na podstawie wniosków Szefa Sanitarnego O.K., co do możliwości pomieszczeniowych jednostek szpitalnych w poszczególnych miejscowościach.

---

[82] Kpt. lek. dr Jerzy Józef Dziopiński (5 III 1893–1961) do mobilizacji komendant Garnizonowej Izby Chorych w Stanisławowie, od 31 sierpnia 1939 r. komendant powstającego tam Szpitala Wojennego nr 605.

[83] Ppłk lek. dr Adolf Antoni Stanoch (17 VI 1889–31 V 1957) do mobilizacji starszy ordynator Oddziału Wewnętrznego 5. Szpitala Okręgowego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 501. Szpitala Wojennego.

[84] Płk lek. dr Stefan Andrzej Mozołowski (19 II 1892– IV 1940) do mobilizacji kierownik naukowy Oddziału Nerwowego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; od 31 sierpnia 1939 r. komendant 504. Szpitala Wojennego; dostał się do niewoli sowieckiej i jako jeniec Starobielska został zamordowany w Charkowie.

[85] Ppłk lek. dr Marian Dietrich objął 401. Szpital Wojenny po ewakuacji 5. Szpitala Okręgowego na tereny Małopolski Wschodniej.

Sztab Główny skorygował wnioski Departamentu, dostosowując do planu operacyjnego i plan rozmieszczenia szpitali umieścił w tabelach mobilizacyjnych Służby Zdrowia. Ze względu na trudności pomieszczeniowe w kraju, plan ten w znacznej mierze był uzależniony od lokalnych możliwości pomieszczeniowych.

Departament Zdrowia w swoim planie ściśle określił zadania lecznicze dla każdego szpitala, ustalając jakie oddziały szpitalne mają być rozwinięte. Szpitale Okręgowe i Wilno były przeznaczone jako centra specjalistyczne, posiadające możliwości całkowitego leczenia specjalistycznego ze wszystkimi oddziałami, w szczególności z oddziałami chirurgii stomatologicznej. Pod kątem widzenia ustalonych zadań Szpitali była uskuteczniana obsada personalna szpitali.

W okresie zagrożenia poprzedzającym wojnę, Sztab Główny zażądał od Departamentu przydzielenia do Oddziału IV Sztabu [Głównego] lekarza, mianowicie mjr. dr. [Władysława] Zakrzewskiego[86], który obsadą mobilizacyjną był przewidziany dla Szefa Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa. W tym więc okresie Oddział IV Sztabu Głównego opracował przy współudziale mjr. Zakrzewskiego plan ewakuacji szpitali z terenów zagrożonych i dla tych szpitali ustalił nowe miejscowości, zmieniając w ten sposób częściowo plan rozmieszczenia ustalony w tabelach mobilizacyjnych.

Sztab Główny określił nowe miejscowości dla ewakuowanych szpitali na podstawie wniosków Dowódców Okręgów /Szefów Sanitarnych/ tych Okręgów, na teren których szpitale te miały być ewakuowane, a którzy wnioski swe przesyłali bezpośrednio do Sztabu Głównego. Praca Sztabu Głównego w okresie poprzedzającym wojnę, a więc i zmiana rozmieszczenia szpitalnictwa była obrana bez współpracy Departamentu i była całkowicie zakonspirowana ze względu na ścisłą tajemnicę, jaką się Sztab Główny otaczał.

Z chwilą więc wybuchu wojny Departament Zdrowia nie wiedział jakie zaszły zmiany w rozmieszczeniu szpitali oraz jakie szpitale i dokąd już zostały skierowane, względnie będą skierowane z chwilą zagrożenia. Również w czasie wojny Departament Zdrowia nie wydawał żadnych rozkazów, co do ewakuacji szpitali, gdyż wszystkie szpitale, które znalazły się na terenie operacyjnym podlegały Naczelnemu Dowództwu. Wyjątek stanowi szpital wojenny Nr 101 /kmdt płk dr [Bolesław] Pawłowski/, któremu na podstawie zleceń otrzymanych od Ministra Spraw Wojsk.[owych], Szef Departamentu Zdrowia w 4 dniu wojny polecił nie rozwijać się w Warszawie, a ewakuować się do Zaleszczyk i tam się rozwinąć. Natomiast Departament Zdrowia ingerował w stosunku do szpitali,

[86] Mjr lek. dr Władysław Zakrzewski (15 VI 1900–?) przeniesiony 30 marca 1939 r. z Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych do Sztabu Głównego na referenta; od 31 sierpnia referent w Szefostwie Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa WP.

które już zostały ewakuowane i które przyszły do swych miejsc przeznaczenia. W ten sposób Departament Zdrowia zbazował szpitalnictwo w 12 dniu wojny na wschodnich terenach OK [nr] II i południowo-wschodnich terenach OK [nr] VI, wymienionych już w pkt. 5, pozostawiając również Szpital Okręgowy w Brześciu i szpital wojenny w Pińsku. Powyższe było przeprowadzone w porozumieniu z Szefem Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa. Również w odniesieniu do tych szpitali Departament Zdrowia nie wydawał żadnych rozkazów ewakuacyjnych, gdyż przeznaczeniem ich było przyjmowanie rannych, spływających z oddziałów jeszcze walczących, względnie jako szpitali organizujących się ośrodków obronnych. Wysłany w dniu 8 wojny delegat Departamentu Zdrowia ppłk [Władysław] Radziszewski do DOK [nr] IX i [nr] III dojechał do Brześcia, nie mógł natomiast już dojechać na teren OK [nr] III. Zresztą szpitale tam znajdujące się podlegały Naczelnemu Dowództwu.

7. Podległość i zadania otrzymane oraz ich wykonanie.

Jako Zastępca Szefa Departamentu Zdrowia byłem podległy bezpośrednio Szefowi Departamentu, a zadaniem moim była bezpośrednia współpraca z Szefem Departamentu. Zadania Szefa Departamentu Zdrowia określał II Wiceminister Spraw Wojsk.[owych] gen. [Aleksander] Litwinowicz[87] względnie jego zastępca gen. [Mieczysław] Maciejowski[88]. Zadania, które Szef Departamentu otrzymał były następujące:

l/ wobec zagrożenia sprzętu sanitarnego, zarówno mobilizacyjnego, jak i znajdującego się w Składnicach Sanitarnych, wysłanie delegata w dniu 6 wojny do Rumunii w celu przeprowadzenia doraźnych zakupów i zamówień materiału sanitarnego. Sporządzono zapotrzebowanie i wysłano mjr [Aleksandra] Pikulskiego[89] do Bukaresztu.

2/ Zabezpieczenie dla wojska zasobów materiału sanitarnego znajdującego się w kraju w tych Okręgach, które nie zostały jeszcze objęte działaniami wojennymi.

3/ Przeprowadzenie doraźnych zakupów materiału sanitarnych za gotówkę w kraju tam, gdzie tylko można; zarządzenie to wydano w dniu 7 wojny.

4/ Wysłanie delegatur Departamentu do Okręgów z pełnomocnictwami dawania zarządzeń na miejscu w imieniu Szefa Departamentu. Delegaci ci w pierwszym rzędzie mieli się zająć sprawą zasobów materiału, następnie mieli być łącznikami Szefa Depar-

[87] Gen. bryg. inż. Aleksander Litwinowicz (27 II 1879–14 I 1948) przed wojną i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku II Wiceminister Spraw Wojskowych i szef Administracji Armii.

[88] Gen. bryg. Mieczysław Maciejowski (5 V 1886–17 V 1940) przed wojną i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku zastępca II Wiceministra Spraw Wojskowych.

[89] Mjr mgr farmacji Aleksander Pikulski (23 III 1891–?) przed wojną i w trakcie działań wojennych we wrześniu 1939 roku kierownik Referatu Ogólnego Wydziału Farmaceutycznego Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych.

tamentu; delegatury zostały wysłane w dniu 8 wojny: jedna ekipa na terenie OK [nr] IX i [nr] III, druga na terenie OK [nr] VI i [nr] X, trzecia ekipa na terenie OK [nr] II już się znajdowała w terenie.

Delegatury te miały polecone uregulowanie sprawy szpitalnictwa w terenie oraz wykonanie wyżej wymienionych pkt. 2 i 3, dotyczących zaopatrzenia sanitarnego. Ponadto Departament Zdrowia otrzymał w pierwszym dniu wojny otwarty kredyt na przeprowadzenie wszelkich zamówień i doraźnych zakupów, jakie uważał za potrzebne. Zamówienia te i zakupy, niezależnie od zamówień przeprowadzanych jeszcze przed wojną w Londynie, były realizowane w Warszawie, niestety nie zdążyło się ich zrealizować.

Z personalnych posunięć Szef Departamentu w 1 dniu wojny delegował płk. dr. [Tadeusza] Sokołowskiego jako konsultanta chirurga do Szefa Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa z zadaniem regulowania pracy chirurgów we wszystkich szpitalach wojskowych, a więc i podległych Departamentowi Zdrowia i na naczelnego lekarza garnizonu i ośrodka w Dubnie.

8. Warunki w jakich wykonywano otrzymane zadania.

Warunki w jakich pracował Departament Zdrowia były zupełnie anormalne i to od 1 dnia wojny. Wpłynęło na to:

1/ rozbicie Departamentu w ciągu pierwszych 2 dni wojny na 2 eszelony,

2/ dwukrotna zmiana pomieszczenia w ciągu pierwszych 4 dni wojny,

3/ trzykrotna zmiana miejsca postoju w ciągu następnych 2 tygodni i to na przestrzeni Warszawa–Śniatyn,

4/ obarczenie Departamentu po ewakuacji rodzinami, które z chwilą kiedy je zabrano wymagały opieki.

Ponadto Departament w ciągu całego okresu wojny ani razu nie był poinformowany ani o zaistniałej sytuacji, ani o planowaniach dalszych, co do których byłby pewny, że są zgodne z ogólnym planem wojny.

9. Czy istniał w głównych założeniach plan ewakuacji rannych i chorych, kto ten plan opracował, komu było polecone wykonanie planu, kto i jak wydawał odnośne rozkazy?

W okresie przedwojennym Departament Zdrowia opracował jedynie plan ewakuacji chorych, odciążający szpitale zachodnie i południowe i zapewniający tym szpitalom możność stałego posiadania nakazanej wolnej ilości łóżek szpitalnych w okresie zagrożenia, Szpitale więc Okręgowe: Kraków, Poznań, Toruń, Warszawa, Łódź miały wskazane do jakich szpitali wschodnich i jakich chorych mają odsyłać, ażeby uwolnić się od posiadanego nadmiaru. Natomiast Departament Zdrowia nie brał żadnego udziału w pracach

nad planem ewakuacji rannych i chorych w czasie wojny. Plan ten opracował Oddział IV Sztabu Głównego przy współpracy mjr. dr. Zakrzewskiego, który na parę tygodni przed wojną został przydzielony do Oddziału IV Sztabu Głównego na żądanie Sztabu Głównego. Plan ten jak w ogóle wszelkie inne plany Oddziału IV Sztabu Głównego utrzymywał w ścisłej tajemnicy, do której Departament Zdrowia wglądu nie miał. Z 1 dniem wojny plan ewakuacji rannych i chorych przeszedł w ręce Naczelnego Dowództwa.

10. Przyczyny w głównych założeniach braków i niedomagań w czasie okresu przed wojną i w czasie wojny.

Zasadnicze przyczyny braków i niedomagań w czasie okresu przed wojną i w czasie wojny były:

1/ nadmierna oszczędność czynników decydujących, która nie pozwoliła zmobilizować już w okresie zagrożenia wszystkich organicznych elementów Służby Zdrowia tych Wielkich Jednostek, które osiągnęły pogotowie wojenne, jak również pewnej ilości szpitali wojennych; ta sama oszczędność, która nie pozwoliła dać Departamentowi Zdrowia odpowiedniej sumy dyspozycyjnej już na samym początku zagrożenia, a więc na pół roku przed wojną, a którą tą samą mógł Departament Zdrowia dysponować, ale dopiero w 1 dniu wojny; oszczędność, która powodowała te wszystkie ujemnie dla Służby Zdrowia posunięcia organizacyjne i zaopatrzeniowe w czasie pokoju.

2/ nadmierne przestrzeganie tajemnicy przez Sztab Główny, co nie pozwoliło na wykorzystanie Departamentu Zdrowia do całkowitej współpracy ze Sztabem Głównym.

Jeżeli chodzi o przyczyny braków i niedomagań w czasie wojny, to zasadniczą przyczyną był charakter wojny. Organizacja wojenna Służby Zdrowia Armii Polskiej tym się odznaczała, że była elastyczna i mogła się dostosować, zarówno do wojny pozycyjnej i ruchowej, i zasadniczo była nastawiana na wojnę ruchową. Nikt jednak nie mógł przewidzieć, że już po pierwszych dniach wojna przestanie być wojną regularną, a stanie się wojną partyzancką. A do wojny partyzanckiej Służba Zdrowia nie przygotowywała się ani pod względem szpitalnictwa, ani pod względem zaopatrzenia materiałowego. Następnie bardzo ujemnie odbiło się na funkcjonowaniu Służby Zdrowia w czasie wojny oparcie się przeważnie na transportach ewakuacyjnych kolejowych z małymi możliwościami transportów samochodowych. Jak się okazało w wojnie o takim charakterze i takim przebiegu na transporty kolejowe liczyć nie można. To też ranni byli, szpitale wojenne były rozwinięte, ale do szpitali nie dojeżdżały transporty rannych. Departament Zdrowia przed wojną robił wszystko, aby przygotować jak największą ilość kolumn samochodowych sanitarnych, niestety, znów oszczędności na to nie pozwoliły. To też w czasie wojny pracowały tylko kolumny zakupione przez P.C.K. w ilości 12 kolumn. Natomiast

wszystkie kolumny, które miały być mobilizowane przez baony broni pancernych drogą rekwizycji samochodów ciężarowych, nie zdążyły się zmobilizować i nie funkcjonowały w czasie wojny.

Pomimo wykazanych przeze mnie braków i niedomagań, niezależnych od Departamentu Zdrowia, stwierdzam z całą stanowczością, że Służba Zdrowia była odpowiednio przygotowana do zadań wojennych, zarówno pod względem organizacyjnym, personalnym, jak i pod względem zaopatrzenia materiałowego. Natomiast realizacja tych przygotowań nie mogła być całkowicie przeprowadzona, a to z powodu gwałtownie rozwijających się operacji wojennych i realizacja ta była już niezależna od Departamentu Zdrowia. Czy wykazane braki i niedomagania wpłynęły na funkcjonowanie Służby Zdrowia w czasie tak krótkiego okresu wojny, trwającego około 2 tygodni zaledwie? Do pewnego stopnia tak, ale nie zaważyły one całkowicie na funkcjonowaniu Służby Zdrowia, gdyż nawet tak zasadnicze ujemne pociągnięcie organizacyjne, jak zcentralizowanie składnic sanitarnych nie było najważniejszym powodem braku materiału sanitarnego w oddziałach walczących. Były bowiem przewidziane polowe składnice sanitarne po jednej dla każdej armii, które były całkowicie i dobrze wyposażone, a które jednakże nie były wykorzystane, gdyż o żadnych transportach kolejowych w ciągu tego krótkiego czasu wojny nie mogło być mowy w danym więc wypadku każda walcząca jednostka powinna mieć zdeponowany materiał sanitarny w rejonie swego działania, a takie przygotowanie zaopatrzenia nie może być nigdy przewidziane.

Czy Służba Zdrowia spełniła swoje zadanie w czasie wojny?

Należy stwierdzić, że tak, czego choćby dowodem jest, że wśród tych, którzy przekroczyli granicę Polski nie spotyka się lekarzy pułkowych, komendantów kompanii sanitarnych, szpitali polowych, Szefów Sanitarnych dywizji i armii – musieli więc oni do końca spełniać swoje funkcje. Spotyka się przeważnie lekarzy szpitali wojennych i to z tych szpitali wojennych, które były ewakuowane i które otrzymały rozkazy ewakuacyjne od bezpośrednich władz wojskowych. Ci lekarze stanowią tylko małą cząstkę całej funkcjonującej Służby Zdrowia w czasie wojny. O pracy lekarzy, którzy pozostali z armią mogą sądzić tylko ich bezpośredni zwierzchnicy i to tacy, którzy całkowicie wywiązali się ze swych zadań.

Następne pytanie, czy Służba Zdrowia spełniła swoje zadanie, gdyby walki trwały dalej t.j. gdyby nie wkroczyły wojska bolszewickie?

Otóż kategorycznie można twierdzić, że tak, gdyż pomimo utraty składnic centralnych i najważniejszych źródeł zaopatrzenia w Warszawie, pomimo utraty polowych składnic sanitarnych, pozostało jeszcze duże źródło zaopatrzenia jakim jest Lwów i gdzie Departament

Zdrowia zrobił odpowiednie przygotowania, następnie pozostał cały rynek w Rumunii, gdzie wszystko można było dostać i gdzie były już przeprowadzone zamówienia. Były już zmontowane szpitale wojenne na tyłach, spływające szpitale ewakuowane były doprowadzane do porządku, a sposób zaopatrzenia jednostek walczących i ewakuacja rannych zastosowałyby się do zaistniałych warunków. Poza tym Państwowy Zakład Higieny zaczął odtwarzać się w Łucku. Rezerwa personalna lekarzy była duża. Również był do dyspozycji wojska materiał sanitarny, znajdujący się w składnicach Ubezpieczalni Społecznych na terenach niezajętych przez nieprzyjaciela.

III. Zaopatrzenie sanitarne.

1/ Istniały 2 jednostki zaopatrzenia sanitarnego, podporządkowane Kierownictwu Zaopatrzenia Sanitarnego w Warszawie mianowicie: Główna Składnica Sanitarna Nr l w Warszawie na Powązkach oraz Główna Składnica Sanitarna Nr 2 w Przemyślu.

2/ Ilość 2 Składnic na czas pokoju była wystarczająca o ile byłyby one odpowiednio rozbudowane. Ponieważ Główna Składnica Sanitarna Nr 2 w Przemyślu miała bardzo małe pomieszczenie i nie mogła się rozbudować, po długich staraniach Departamentu Szef Sztabu Głównego zgodził się na budowę nowej Składnicy w Kraśniku, która miała być ukończona w r.[oku] 1940 i dokąd miała być przeniesiona Główna Składnica Sanitarna Nr 2 z Przemyśla. Składnica w Kraśniku była zakrojona na dużą skalę i wraz z przetwórniami miała być urządzona według najnowocześniejszych wymagań. Nad jej urządzeniem były zrobione specjalne studia zagranicą: w Niemczech, we Włoszech i we Francji. Na urządzenia wytwórni i składnicy były już przeprowadzone zamówienia. Na czas wojny ilość 2 składnic jest niewystarczająca, gdyż jest niebezpiecznie uzależniać się od centralnego zaopatrzenia, zarówno ze względów operacyjnych, jak i transportowych. I na tym stanowisku zawsze stał Departament Zdrowia. Ponadto jeżeli chodzi o zapasy mobilizacyjne przewidziane tabelami należności dla jednostek mobilizowanych, to właściwie wszystkie 10 Kadr [Zapasowych] Szpitali Okręgowych były również Składnicami Sanitarnymi, gdyż zawierały one cały materiał sanitarny dla mobilizowanych jednostek Służby Zdrowia do polowych Składnic Sanitarnych i szpitali wojennych włącznie. Wysokość wyposażenia mobilizacyjnego zużywalnego dla jednostek zdeponowana w kadrach była obliczona na okres 1 miesiąca wojny, biorąc pod uwagę straty, obliczane na podstawie wielkiej wojny europejskiej.

3/ Pomieszczenie Składnicy w Warszawie nie było odpowiednie, ale musiała tam pozostać, gdyż tylko w Warszawie były odpowiednie budynki. Dla Składnicy Nr 2 długo szukało się odpowiedniego terenu w Centralnym Okręgu Przemysłowym i jako najodpowiedniejszy pod względem terenowym znaleziono teren w Kraśniku.

4/ Istniejące dawniej 10 Składnic Sanitarnych Okręgowych zcentralizowano około 10 lat przed wojną na rozkaz Szefa Sztabu Głównego, który w ogóle reorganizował zaopatrzenie armii, centralizując je. Powyższe było spowodowane względami oszczędnościowymi, redukcją personelu.

5/ Sposób zaopatrywania formacji podczas pokoju był zupełnie racjonalny i dostateczny. Aby nie dopuścić do marnowania materiału, dla wszystkich formacji był ustalany corocznie przez Departament Zdrowia kontyngens materiałowy. Jednak żadnej formacji Departament nie odmówił, jeżeli złożyła dodatkowe umotywowane zapotrzebowanie. System ten dawał duże oszczędności, które szły na wyposażenie wojenne, a te formacje, które rzeczywiście potrzebowały więcej materiału, zawsze dodatkowo ten materiał otrzymywały.

W ostatnich tygodniach przed wojną wszyscy lekarze pułkowi i kompanie sanitarne Wielkich Jednostek, które osiągnęły pogotowie wojenne, czerpały materiał ze swego wyposażenia wojennego; co 10 dni natomiast Wielkie Jednostki składały zapotrzebowania do wysokości 100% wyposażenia wojennego i uzupełnienia te były im doraźnie wysyłane centralnie z Głównej Składnicy Nr l w Warszawie. To samo dotyczy również i Szpitali Okręgowych, które zasadniczo czerpały ze swego kontyngensu, ale którym każde zapotrzebowanie było realizowane centralnie. Opatrunków osobistych specjalnie Szpitalom Okręgowym nie przesyłało się i nie składały na nie zapotrzebowania, gdyż rezerwę opatrunków osobistych posiadały kompanie sanitarne, a nie Szpitale Okręgowe, którym do ich pracy opatrunki osobiste nie były potrzebne.

6/ Zapasy materiału sanitarnego i sprzętu sanitarnego znajdujące się w Kadrach Szpitali Okręgowych jako zapasy mobilizacyjne łącznie z polowymi składnicami sanitarnymi obliczone były na 1 miesiąc wojny i przy stratach, obliczonych na podstawie ostatniej wielkiej wojny europejskiej. Zapasy natomiast w Składnicach Sanitarnych Wojskowych, łącznie ze Składnicą P.C.K. oraz Składnicami Ubezpieczalni Społecznych na okres dalszych 6 miesięcy wojny z tym, że będą funkcjonowały przetwórnie w Głównej Składnicy Nr l i Składnicy P.C.K. w Warszawie. W roku 1939 miała być ukończona budowa Składnicy w Kraśniku i w roku 1940 miała ta Składnica wraz z przetwórniami już funkcjonować.

7/ Kierownik Zaopatrzenia Sanitarnego, któremu bezpośrednio podlegały Składnice Sanitarne ściśle współpracował z Departamentem Zdrowia i zawsze wszystkie braki i niedomagania były omawiane i bezpośrednio usuwane w ramach możliwości Departamentu. W ostatnich tygodniach przed wojną Składnice miały rzeczywiście nadmiar pracy, szczególnie Składnica Nr 1 w Warszawie, a to ze względu na doraźne zarządzenia, wydawane przez Sztab Główny, co do wyposażenia w bardzo krótkich terminach

nowych jednostek, które dotąd organizacją wojenną nie były przewidziane, a których było bardzo dużo. Również przesyłane były po skompletowaniu t.zw. II zestawy t.j. przedmioty, które ze względu na trudność konserwacji nie były deponowane w magazynach mobilizacyjnych dla jednostek, co do których zarządzono pogotowie wojenne. To też składnica musiała nieraz pracować dniem i nocą, gdyż o ile personel pomocniczy można było sobie uzupełnić, to personel oficerski musiał pracować ten sam. Ze względu na redukcję grupy oficerów aptekarzy, którą Sztab Główny przeprowadził na parę lat przed wojną, nie pozwolono Departamentowi rozszerzyć ram personalnych w obsadzie oficerskiej Głównych Składnic Sanitarnych.

8/ Polowe Składnice Sanitarne według planu mobilizacyjnego miały osiągnąć pogotowie około 15 dnia mobilizacji. W czasie obecnej wojny mogły one jednak wcześniej być uruchomione, gdyż istotą ich jest materiał, a personelu niewiele posiadają. Jednak nie funkcjonowały one i nie mogły funkcjonować, gdyż do tego celu trzeba było użyć transportów kolejowych, a te nie funkcjonowały wcale. Środków samochodowych natomiast nie było. Z 1 dniem wojny Składnice Polowe przeszły do dyspozycji Naczelnego Dowództwa.

9/ W dniu 4 wojny t.j. bezpośrednio przed ewakuacją Departamentu Zdrowia z Warszawy, Departament nie otrzymał żadnych zleceń, co do Składnic, w szczególności co do Składnicy Nr l w Warszawie. Sprawa ta miała być uregulowana po ewakuacji Ministerstwa Spraw Wojskowych i nie przez Departament Zdrowia. Po przyjeździe Departamentu na nowe m.p. [miejsce postoju] w Tarnogórze, Departament Zdrowia już nie miał łączności z Warszawą i Szef Departamentu meldował II Wiceministrowi [Spraw Wojskowych] o konieczności ewakuacji Składnicy z Warszawy. Kto ostatecznie zarządził i kto kierował jej ewakuacją, nie wiem. Po częściowej ewakuacji Składnicy z Warszawy i skierowaniu jej w kierunku Łucka.

Szef Departamentu Zdrowia wydał polecenie płk apt. [Michałowi] Szmiglowi[90], który był wtedy w Departamencie, aby wyszukał odpowiednie pomieszczenie w Łucku i po przyjściu transportu Składnicy do Łucka, Składnica ta z polecenia Szefa Departamentu miała rozwinąć się w Łucku. Natomiast delegat Departamentu Zdrowia na OK [nr] VI i [nr] X otrzymał zlecenie, ażeby Główną Składnicę Sanitarna Nr 2 po wyewakuowaniu z Przemyśla skierować do Ottyni – 30 km na północ od Kołomyi, w ten sposób na tyłach Armii Departament Zdrowia chciał utworzyć 2 ośrodki zaopatrzenia: Łuck i Ottynia.

[90] Płk stanu spoczynku mgr farmacji Michał Szmigiel (30 IX 1881–?) jako emeryt wojskowy mieszkał w Warszawie; został zmobilizowany po wybuchu wojny i przydzielony do dyspozycji Szefa Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych.

W Dubnie, kiedy Departament otrzymał rozkaz przesunięcia się w kierunku na Kołomyję, Szef Departamentu Zdrowia wydał polecenie, ażeby Główna Składnica Sanitarna Nr l po przyjściu do Łucka została skierowana również do Ottyni. Jaki materiał ewakuowano, dokładnie nie wiem.

10/ Mogły zajść wypadki, że już w 2 dniu wojny pewne formacje odczuwały brak materiału sanitarnego. Powyższe mogło być spowodowane tym, że lekarz formacji, czerpiąc bezpośrednio przed wojną z wyposażenia wojennego, nie dopilnował, ażeby stale miał 100% wyposażenie wojenne. Wszelkie uzupełnienia bowiem przed wojną były wysyłane doraźnie i zasadniczo dochodziły bardzo szybko. Mógł być również adres źle wskazany, co czasem zdarzało się. Następnie mógł lekarz formacji nie mieć kontaktu z kompanią sanitarną, która posiadała zapasy materiału opatrunkowego. Wreszcie kompania sanitarna mogła być rozbita, które to wypadki miały miejsce. Trudno bowiem sobie wyobrazić, ażeby cała dywizja miała tak wielkie straty w jednym czy w ciągu 2 dni, ażeby cały zapas w punktach opatrunkowych i w kompanii sanitarnej został wyczerpany.

11/ Zasadniczo zaopatrywanie w materiał sanitarny powinno odbywać się w ten sposób, że lekarze pułkowi doraźnie swe braki powinni uzupełniać z zapasów kompanii sanitarnej, Kompania Sanitarna natomiast dla pułków i dla siebie pobiera z polowej składnicy sanitarnej. Niestety wojna od pierwszego dnia przybrała charakter wojny nieregularnej i tak gwałtowny, z całkowitym sparaliżowaniem tyłów i środków transportowych, że Naczelne Dowództwo nie mogło wykorzystać polowych Składnic Sanitarnych i znormalizować zaopatrzenia sanitarnego. W danym wypadku polowe Składnice Sanitarne powinny być zmobilizowane wcześniej i podsunięte do miejsc koncentracji już w okresie zagrożenia, ale to już od Departamentu Zdrowia nie zależało i tego Departament Zdrowia wyjednać nie mógł.

12/ Obsada personalna w momencie mobilizacji w Składnicach Sanitarnych i w Kadrach Szpitali Okręgowych nie była dostateczna. Wynikło to z powodu nakazanej redukcji grupy oficerów aptekarzy, jak już wspomniałem w punkcie 7. Ten czynnik nie wpłynął jednakże na możność wcześniejszego wykorzystania jednostek zmobilizowanych. Dla sprawnego funkcjonowania zaopatrzenia sanitarnego w czasie wojny powinno być więcej oficerów aptekarzy służby stałej w Składnicach w czasie pokoju.

13/ Zaopatrzenie zestawów „mob" [mobilizacyjnych] było racjonalne i dostateczne. Nad tym pracowała przez długie lata specjalna Komisja z udziałem lekarzy specjalistów i wszystkie ich żądania były uwzględnione. Również dotyczy to rozmieszczenia materiału w skrzyniach. Pod tym względem nasze zestawy mogły służyć wzorem dla wielu armii obcych. Naturalnie w czasie wojny znalazły się pewne głosy krytyczne specjalistów, ale to dlatego, że specjaliści często różnią się co do wyboru swych narzędzi pracy.

14/ Materiał sanitarny dla zmobilizowanych jednostek sanitarnych był wydawany w Kadrach Zapasowych Szpitali Okręgowych według planu mobilizacyjnego. Pewne braki były tylko w autoklawach. Również szpitale wojenne miały zasadniczo tylko 50% swego wyposażenia oraz stare, czasem niekompletne zestawy chirurgiczne oraz brak aparatów rentgenowskich. Zasadniczo jednak wszystkie szpitale wojenne z posiadanym wyposażeniem w 1 okresie wojny mogły funkcjonować. Mogły ponadto korzystać z cywilnych aptek miejscowych. Uzupełnienia dla tych szpitali miały być przesłane ze Składnic Sanitarnych w okresie mobilizacji, względnie po uruchomieniu szpitala. Również były zamówione i wykonywane autoklawy, aparaty rentgenowskie oraz nowe zestawy chirurgiczne. Poza tym wszystkie jednostki miały 100% wyposażenia.

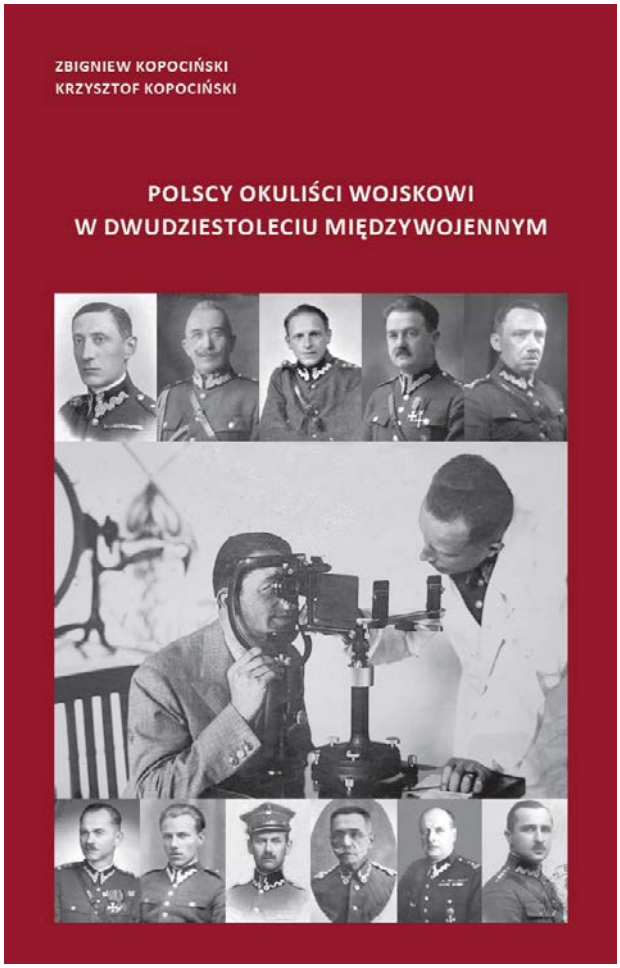
15/ Jaskrawym wypadkiem podczas wojny, że personel z rodzinami został wyewakuowany, a materiał pozostawiono, był ten wypadek, że ewakuowano MSWojsk. wraz z rodzinami na rozkaz Ministra Spraw Wojskowych, a Składnice zaopatrzenia pozostawiono na miejscu. Do składnic tych należała również Główna Składnica Sanitarna Nr 1 w Warszawie.

16/ Komu zostały powierzone i oddane w opiekę pozostawione podczas ewakuacji zapasy w Składnicach Sanitarnych i kadrach zapasowych – o tym powinien był decydować Dowódca Okręgu Korpusu.

17/ Zaopatrzenie w maski przeciwgazowe wojska i ludności cywilnej było regulowane całkowicie przez Dowództwo O.P.L.Gaz. i do tej sprawy Departament Zdrowia nie miał żadnego wglądu.

BIUL GŁ BIBL LEK HIST
2026, nr 4, s. 267–272

Katarzyna B. Fulbiszewska
Ośrodek Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej, Katowice



Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, *Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym,* Wyd. Quaestio, Wrocław 2025, ss. 710 + 199 fot., ISBN 978-83-65815-82-8

Nie tyko front. Historia medycyny wojskowej do korekty![1]

Przez dekady w polskiej historiografii wojskowej dominowała narracja skupiona na działaniach frontowych, opowiadana głównie przez pryzmat bitew, strategii i bohaterów pierwszej linii. Narracja prosta, efektowna i… wybrakowana. Im dalej od pola walki, tym większa cisza. A w tej ciszy ginie coś kluczowego: medycyna wojskowa, bez której żadna armia nie mogłaby funkcjonować. Nie jest to niewinne przeoczenie, lecz utrwalony schemat opowiadania historii, który upraszcza rzeczywistość do granic zniekształcenia. Armia pozbawiona zaplecza medycznego nie jest „bohaterska" – jest po prostu niezdolna do działania. Ten oczywisty fakt przez lata spychano na margines badań, jakby był niewygodnym przypisem do „właściwej" historii. Bez lekarzy wojskowych – ich wiedzy, codziennej pracy i decyzji podejmowanych często w ekstremalnych warunkach – historia wojska pozostaje niepełna, a miejscami wręcz zafałszowana.

W grudniu 2025 r. dr Zbigniew Kopociński i dr Krzysztof Kopociński – wojskowi lekarze okuliści ze 105. Kresowego Szpitala Wojskowego w Żarach, członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej oraz doświadczeni badacze dziejów polskiej medycyny militarnej – opublikowali długo oczekiwaną, dziesiątą już książkę pt. „Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym". Monografia ta nie tylko wypełnia istotną lukę badawczą, ale również pokazuje skalę wcześniejszych zaniedbań.

W tym kontekście szczególnie wymowne stają się słowa Zbigniewa Herberta: „Spośród wszystkich zmysłów najmądrzejsze są oczy. Oczy chronią duszę od zamętu". To motto, przywołane przez autorów publikacji, nabiera tu znaczenia wykraczającego poza literacką metaforę – staje się wezwaniem do patrzenia uważniej, pełniej i bez wygodnych uproszczeń, także na historię wojska.

Efektem pięciu lat intensywnej pracy jest nowatorskie i pierwsze tak szerokie opracowanie, które ujmuje wojskową okulistykę okresu międzywojennego nie jako ciekawostkę, lecz jako realny element w strukturach wojskowej służby zdrowia II RP. Autorzy przywracają widoczność środowisku niemal nieobecnemu w oficjalnej narracji historycznej – przedwojennym oftalmologom. Było to środowisko zorganizowane, rozwijające się i aktywne naukowo. To nie była „medyczna dekoracja armii", lecz jeden z ważnych warunków jej sprawności. Autorzy zwracają uwagę także na fakt, że dział okulistyki był ważną częścią struktury podległej Departamentowi Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych II RP, a ówcześni oftalmolodzy „stanowili istotną część polskiej okulistyki".

[1] Tekst ukazał się pierwotnie w: „ProMedico. Pismo Śląskiej Izby Lekarskiej" (Katowice), czerwiec 2026 r., nr 330, s. 30 oraz w „ProMedico INFO": https://promedico.info/ – Redakcji „ProMedico" dziękujemy za zgodę na przedruk!

W ciekawy i wnikliwy sposób Autorzy rekonstruują proces wyodrębniania się okulistyki jako specjalizacji. Równie istotne jest ukazanie codziennej praktyki lekarskiej – od najczęstszych problemów zdrowotnych, przez metody diagnostyczne i terapeutyczne, po imponującą działalność naukową i udział lekarzy w systemie orzecznictwa wojskowego. Na przykładzie Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, dziesięciu Szpitali Okręgowych: w Warszawie (Mokotowski), Chełmie (Lublinie), Grodnie, Łodzi, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Toruniu, Brześciu nad Bugiem, Przemyślu oraz Szpitala Obszaru Warownego Wilno i Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich szeroko i szczegółowo opisują organizację oddziałów ocznych, ich obsadę kadrową i zakres działania.

Książka nie tylko opisuje, ale też porządkuje i koryguje wcześniejsze ustalenia. Historia Zjazdów Okulistów Polskich zostaje doprecyzowana, liczba lekarzy w najwyższych stopniach wojskowych – zweryfikowana, a wiele funkcjonujących dotąd przekonań poddanych krytycznemu przeglądowi. Okazuje się, że utrwalony przez lata „stan wiedzy" wymagał jednak gruntownej rewizji.

Monografię tworzy: osiem rozdziałów, wstęp, epilog i podsumowanie, bibliografia, indeks nazwisk i nazw geograficznych, wykaz skrótów, spis rycin, fotografii i tabel oraz trzy aneksy. Wartością dodaną są liczne fotografie, z których część została zaprezentowana bądź opisana po raz pierwszy w historiografii. Pośród nich znajdują się fotografie artefaktów okulistycznych z Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Śląskiej Izby Lekarskiej – wyposażenia przedwojennego gabinetu okulistycznego – pochodzących z kolekcji prof. dr. hab. n. med. Stefana Pojdy.

Znaczącym atutem publikacji jest aneks obejmujący biogramy 74 okulistów – w wielu przypadkach po raz pierwszy przedstawione tak obszernie. Materiał ten nie tylko dokumentuje dorobek środowiska, lecz także przywraca pamięć o osobach dotąd pomijanych lub marginalizowanych w badaniach. Trudno oprzeć się wrażeniu, że chodzi o całe pokolenie specjalistów, wcześniej „rozproszone" w przypisach lub przemilczane. Autorzy ukazują lekarzy, którzy nie tylko leczyli, lecz także współtworzyli standardy medycyny wojskowej – często bez rozgłosu, ale z realnym wpływem na funkcjonowanie armii. To na tyle ciekawe postacie, że Autorzy postanowili w Epilogu rzucić trochę światła na ich życie i działalność w czasie okupacji i po zakończeniu wojny.

Równie ważne jest ukazanie tych lekarzy jako ludzi wielowymiarowych, a nie wyłącznie bezosobowych trybików systemu. Autorzy przypominają, że wojskowy lekarz nie był wyłącznie „technicznym wykonawcą procedur", lecz również uczestnikiem życia publicznego, sportowego i społecznego. Wszystkich wielbicieli sportu, w szczególności piłki nożnej, z pewnością zainteresują dokonania na tym polu dwóch znakomitych

okulistów: ppłk. dr. Zygmunta Żołędziowskiego – prezesa Polskiej Ligi Piłki Nożnej, a jednocześnie kierownika sekcji piłkarskiej WKS „Legia" Warszawa, i ppłk. dr. Edmunda Rosenhaucha, prezesa Żydowskiego Klubu Sportowego „Makkabi" Kraków.

Śląski wątek tej monografii reprezentuje postać mjr. dr. Felicjana Tarasa Wołkowińskiego (ur. w Gubczy w 1888 r., zm. w Wilkowicach w 1957 r.) – wybitnego okulisty, który z czasem zmienił specjalizację, zastępując oftalmoskop stetoskopem. Po wojnie był członkiem naszej Izby, a jego akta osobowe do dziś przechowywane są w Archiwum ŚIL. Ukończył Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie w 1916 r., a w czasie I wojny światowej pełnił m.in. funkcję ordynatora oddziału okulistycznego w szpitalu wojskowym w Kijowie. Do Wojska Polskiego wstąpił w 1919 roku, obejmując stanowisko naczelnego lekarza 12. Pułku Ułanów Podolskich. Brał udział w wojnie polsko-ukraińskiej. W kolejnych latach kierował oddziałami okulistycznymi w szpitalach okręgowych Wojska Polskiego w Grodnie i Przemyślu. W połowie lat 20., zmagając się z gruźlicą, trafił jako pacjent do szpitala wojskowego w Rajczy – by wkrótce zostać jego komendantem oraz ukończyć specjalizację z chorób wewnętrznych, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń płuc. W latach 30., ze względu na pogarszający się stan zdrowia, przeszedł do pracy cywilnej i aż do wybuchu II wojny światowej pełnił funkcję dyrektora Sanatorium Polskich Kolei Państwowych w Wilkowicach koło Bielska. W czasie okupacji nieprzerwanie leczył mieszkańców Wilkowic i okolic, a po wojnie objął stanowisko dyrektora Sanatorium Kolejowego w Bystrej-Wilkowicach.

Dr Dr Kopocińscy w publikacji „Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym" pokazują, że wiedza historyczna stanowi fundament rozwoju wojskowej służby zdrowia i bez niej nie sposób zrozumieć jej współczesnego kształtu, a także przypominają o często niedocenianej, codziennej pracy personelu medycznego, której pamięć powinna być traktowana jako obowiązek. Niewątpliwie jej wysoki poziom merytoryczny, istotny wkład w stan badań oraz wzorcowy charakter, być może stanie się punktem odniesienia i inspiracją dla dalszych analiz w innych obszarach medycyny wojskowej.

Wojskowi okuliści II Rzeczypospolitej, m.in. Ignacy Abramowicz, Teodor Bałłaban, Władysław Pol, Witold Starkiewicz, stanowili nie tylko elitę specjalistów w swojej dziedzinie, lecz także przykładnych oficerów – odważnych i bez reszty oddanych służbie, którzy nierzadko narażali własne życie, a czasem je tracili. Wśród nich byli zarówno generałowie, jak i profesorowie, a wielu zdobyło znaczący autorytet w kraju i poza jego granicami. To właśnie oni położyli podwaliny pod rozwój okulistyki w wojskowej służbie zdrowia, na których opiera się działalność współczesnych poradni, oddziałów i klinik.

Autorzy publikacji – sami związani z wojskową okulistyką i historią medycyny – składają w niej hołd swoim poprzednikom, przywracając ich pamięci zbiorowej.

Historia wojska bez medycyny to nie skrót – to selekcja, która wygodnie usuwa z pola widzenia to, co niewygodne, trudne i codzienne. Nie jest to więc jedynie kwestia uproszczenia narracji, lecz świadomego zawężenia perspektywy, eliminującego to, co niewidoczne i nieefektowne, a przez to często pomijane. Najnowsze dzieło braci Kopocińskich przypomina – bez publicystycznej przesady, lecz z wyraźną stanowczością – że ta rzekoma „druga linia" stanowi w istocie jeden z fundamentów funkcjonowania armii. Siła tej monografii nie sprowadza się wyłącznie do rzetelności opracowania, ale polega także na czymś subtelniejszym: zgodnie z przytoczonym w niej mottem pozwala ona „widzieć", a nie tylko patrzeć. Porządkuje obraz przez lata rozproszony i fragmentaryczny, przywracając należne miejsce tym, którzy pozostawali na marginesie głównej narracji.

Monografia „Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym" to nie tylko studium historyczne, lecz także wyraźny głos w dyskusji o tym, jak opowiadać historię państwa i jego instytucji. Pokazuje jasno, że bez uważnego „widzenia" perspektywy lekarzy – ich pracy, kompetencji i doświadczeń – obraz funkcjonowania społeczeństwa pozostaje nie tylko niepełny, ale również pozbawiony głębi.

Najważniejsze nie jest więc samo to, że powstała dobra książka. Istotniejsze jest to, co ujawnia niejako mimochodem: że polska historia wojskowa wciąż bywa opowiadana wybiórczo, wygodnie i zbyt wąsko. Bez tej korekty spojrzenia opowieść o wojsku pozostaje nie tylko niepełna, lecz także zniekształcona. A bez uwzględnienia roli lekarzy przestaje być po prostu uczciwa.

GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA
CENTRUM NAUKOWEJ INFORMACJI MEDYCZNEJ
CENTRALNA BIBLIOTEKA MEDYCYNY

ROK I Nr 2 2025

ISSN 3071-8775
eISSN 3071-8767

BIULETYN Historia Głównej Biblioteki Lekarskiej



Serdecznie polecamy poprzednie numery „Biuletynu GBL – Historia”, które dostępne są na stronie internetowej Głównej Biblioteki Lekarskiej
https://www.gbl.waw.pl/

Wiceminister Nauki w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej

Rafał E. Stolarski

We wtorek, 24 marca 2026 r., Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej miał przyjemność gościć Panią Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dr Karolinę Zioło-Pużuk.

Karolina Zioło-Pużuk jest absolwentką Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie ukończyła studia z wiedzy o kulturze. Obroniła doktorat i przez kilka lat pracowała naukowo na University of Sheffield w Wielkiej Brytanii.

Jako prodziekan ds. studenckich i kształcenia ustawicznego na Wydziale Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie odpowiadała za organizację procesu dydaktycznego i współpracę z młodzieżą akademicką.

Od roku 2001 związana jest z administracją publiczną. Doświadczenie zdobywała w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwie Kultury oraz Narodowym Banku Polskim, gdzie kierowała zespołem ds. społecznej odpowiedzialności organizacji.

Od roku 2020 była zastępcą szefa Kancelarii Senatu, a od wielu lat angażuje się w działalność Centrum im. Ignacego Daszyńskiego. Jej specjalizacje obejmują PR, komunikację i zarządzanie w środowiskach wielokulturowych.

17 stycznia 2025 r. została powołana na stanowisko Sekretarza Stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Pani Wiceminister została oprowadzona po zabytkowym budynku przy ul. Jazdów 1A przez Dyrektora Głównej Biblioteki Lekarskiej dr. Feliksa Orchowskiego wraz z zespołem. Wizyta była również okazją do rozmów o kierunkach rozwoju naukowego Głównej Biblioteki Lekarskiej, w tym o przyszłej współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Pani Wiceminister zadeklarowała wsparcie dla rozwoju działalności naukowej naszej Biblioteki.



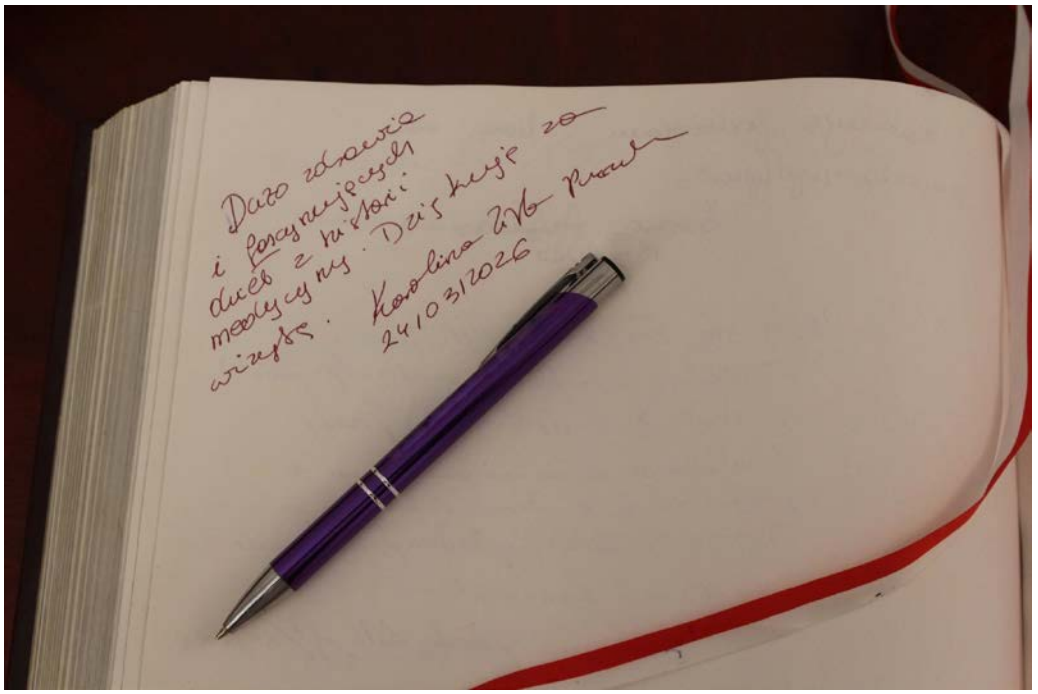
Fragment spotkania w Dziale Starej Książki Medycznej GBL

Fot. DSKM GBL



Pani Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dr Karolina Zioło-Pużuk wpisuje się do Księgi Pamiątkowej Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. DSKM GBL



Wpis Pani Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Fot. DSKM GBL

Konferencja „By leczyć ciało ludzkie konieczna jest wiedza o całości zjawisk. Wyzwania zdrowotne, choroby i profilaktyka na przestrzeni dziejów”

prof. dr hab. Iwona Arabas, Instytut Historii Nauki PAN
dr Jolanta Epsztein, Instytut Historii PAN
Katarzyna Słojkowska, Główna Biblioteka Lekarska

W dniu 16 kwietnia 2026 roku w siedzibie Instytutu Historii im. Tadeusza Manteuffla Polskiej Akademii Nauk, w pięknej Sali im. Joachima Lelewela, odbyła się konferencja naukowa „By leczyć ciało ludzkie konieczna jest wiedza o całości zjawisk. Wyzwania zdrowotne, choroby i profilaktyka na przestrzeni dziejów”.

Po uroczystym otwarciu obrad konferencji przez organizatorów reprezentowanych przez prof. dr. hab. Bartosza Kaliskiego (Instytut Historii im. Tadeusza Manteuffla PAN), prof. dr. hab. med. Krzysztofa J. Filipiaka (Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego), dr. n. med. Feliksa Orchowskiego (Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki w Warszawie) i prof. dr hab. Joannę Schiller-Walicką (Instytut Historii Nauki im. L. i A. Birkenmajerów PAN) uczestnicy wysłuchali czternastu referatów, pogrupowanych w trzech panelach.

Pierwszy panel, moderowany przez prof. dr hab. Iwonę Arabas, kierowniczkę Pracowni Historii Nauk Przyrodniczych i Medycznych Instytutu Historii Nauki PAN, otworzył prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak (CMKP) referatem pt. *Jak zmienia się postrzeganie profilaktyki i prewencji*, poświęconym ewolucji rozumienia oraz definiowania podstawowych czynników ryzyka w świetle aktualnej wiedzy medycznej 2026 roku. W wystąpieniu

przedstawiono historyczne i współczesne ujęcie klasycznych czynników ryzyka chorób przewlekłych, takich jak palenie tytoniu, otyłość, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz niedostateczna aktywność fizyczna. Prelegent omówił również proces rozszerzania katalogu czynników ryzyka o tzw. czynniki nieklasyczne, wynikający z postępu badań epidemiologicznych i rozwoju medycyny prewencyjnej. Wskazano między innymi na znaczenie braku szczepień ochronnych u osób dorosłych, zaburzeń snu, dysfunkcji życia seksualnego, czynników psychospołecznych oraz szeroko pojętych zagrożeń środowiskowych. Szczególną uwagę poświęcono wpływowi zanieczyszczenia powietrza i wody, przewlekłej ekspozycji na hałas oraz nadmiernego zanieczyszczenia światłem w przestrzeni miejskiej na zdrowie populacyjne i ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych.

Następnie zebrani wysłuchali wystąpienia dr n. med. Renaty Paligi (IHN PAN), która przedstawiła temat *Okoliczności naukowe i polityczne mające wpływ na powstanie Polskiego Towarzystwa Hematologów w 1950 r.* Prelegentka przedstawiła okoliczności powstania organizacji, wskazując, że mimo iż inicjatywa została podjęta przez środowisko uczonych o ugruntowanym autorytecie naukowym, proces organizacyjny i dalsze funkcjonowanie instytucji zostały w istotnym stopniu podporządkowane wpływom politycznym. Analiza zaprezentowanego kontekstu historycznego ukazała mechanizmy prowadzące do postępującego upolitycznienia życia naukowego, w tym marginalizacji badaczy uznawanych za niewygodnych z perspektywy nowej władzy oraz zastępowania ich osobami wykazującymi lojalność wobec obowiązującego systemu politycznego. Wystąpienie podkreślało również wpływ tych procesów na autonomię środowiska akademickiego oraz kierunki rozwoju instytucji naukowych w analizowanym okresie

Kolejna prelegentka prof. dr hab. Anna Landau-Czajka (IH PAN) wygłosiła referat pt. *„Gdyby kózka nie skakała". Przedstawianie przyczyn chorób w podręcznikach szkolnych dla dzieci najmłodszych od XIX do XXI w.*, poświęcony ewolucji sposobu przedstawiania choroby w podręcznikach na przestrzeni XIX i XX wieku. W wystąpieniu ukazano przemiany narracji dotyczącej odpowiedzialności dziecka za własną chorobę – od XIX-wiecznego przekonania, że choroba stanowi konsekwencję winy dziecka, poprzez dominujące na początku XX wieku interpretacje wiążące zachorowanie z nieostrożnością lub zaniedbaniem zasad higieny, aż po okres międzywojenny, w którym coraz wyraźniej akcentowano współczucie wobec dzieci i odchodzono od przypisywania im odpowiedzialności za stan zdrowia. Prelegentka zwróciła również uwagę na ponowne pojawienie się narracji odwołujących się do wzorców XIX-wiecznych w okresie po II wojnie światowej oraz na przełomie XX i XXI wieku.

Następnie dr Adam Tyszkiewicz (Wydział Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego) wygłosił referat *„Biała zaraza" na papierze. Polski plakat antygruźliczy okresu międzywojennego w kontekście międzynarodowym*. Prelegent dokonał analizy polskiej twórczości plakatowej o tematyce ftyzjatrycznej w ujęciu komparatystycznym, zestawiając rodzime realizacje z tradycjami m. in. francuskimi, niemieckimi, angielskimi i amerykańskimi. Wystąpienie było próbą odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób polscy artyści adaptowali międzynarodowe kody wizualne – alegorie choroby, personifikacje śmierci czy symbolikę krzyża lotaryńskiego – do lokalnych uwarunkowań społeczno-kulturowych.

Piąty był referat Pauliny Kowalskiej (IHN PAN) pt. *Protokoły sekcji zwłok jako źródło historyczne. Badania nad materiałami archiwalnymi krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej*, w którym prelegentka zaprezentowała wyniki badań nad protokołami sekcji zwłok sporządzanymi w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej w latach 1918–1939, traktowanymi jako specyficzny typ źródła do mikrohistorii miasta. Analizowany korpus obejmował kilka tysięcy protokołów, sporządzanych na użytek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, przechowywanych obecnie w Bibliotece Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Z kolei zamykająca panel Katarzyna Słojkowska (GBL) zaprezentowała temat *Zbiory archiwalne Głównej Biblioteki Lekarskiej jako warsztat historyka medycyny*, przedstawiając zwięzłą charakterystykę historycznych archiwaliów gromadzonych przez Bibliotekę od samego początku jej istnienia.

Po ożywionej dyskusji i przerwie rozpoczął się drugi panel konferencji, moderowany przez Piotra Gnidiuka (GBL), w którym zostały wygłoszone cztery referaty. Pierwsze było wystąpienie dr Agnieszki Polak (Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie) pt. *Praktyki empiryczne w ujęciu historycznym i kulturowym*. Prelegentka podjęła próbę analizy praktyk empirycznych w ujęciu historycznym i kulturowym, koncentrując się na mechanizmach ich trwania, adaptacji oraz reinterpretacji w różnych kontekstach społecznych. Szczególną uwagę poświęciła napięciom między wiedzą empiryczną a wiedzą naukową, a także czynnikom kulturowym i społecznym wpływającym na akceptację, marginalizację lub ponowne włączanie tych praktyk do oficjalnych dyskursów medycznych.

Następnie lek med. Robert Księżopolski (IHN PAN) wygłosił referat pt. *Ziołolecznictwo w ocenie lekarzy i farmaceutów w okresie II RP*, w którym przedstawił tezę, że w międzywojennej Polsce zioła i preparaty lecznicze pochodzenia roślinnego należały do popularnych środków stosowanych przez pacjentów jako uzupełnienie diety oraz w samo-

leczeniu, pomimo rosnącej dostępności nowych leków chemicznych. Ówczesny rozwój badań farmaceutycznych nad właściwościami roślin leczniczych, w tym przede wszystkim badań fitochemicznych i farmakognostycznych w Europie i w Polsce, przyczynił się do wzrostu zainteresowania substancjami roślinnymi wśród naukowców i lekarzy różnych specjalności. Sformułowano wówczas zasady fitoterapii, czyli program nowoczesnego ziołolecznictwa, opartego na badaniach naukowych roślin leczniczych, praktykowanego przez lekarzy i farmaceutów

W kolejnym referacie pt. *Uzdrowiska, zdrojowiska i kąpieliska – turystyka i profilaktyka zdrowotna w świetle „Słownika geograficznego Królestwa Polskiego i innych krajów słowiańskich”* dr Adrianna Sznapik i dr Elżbieta Nowosielska (IH PAN) omówiły sieć uzdrowisk i mniej formalnych zdrojowisk odnotowanych w źródle oraz zanalizowały ich rozmieszczenie regionalne, zakres oferowanych usług i sposoby przyciągania kuracjuszy. Ponieważ „Słownik” jest wydawnictwem niejednorodnym i wieloautorskim, a informacje o opiece i profilaktyce zdrowotnej były traktowane jako uzupełniające, zgromadzone dane zostały skonfrontowane z innymi wybranymi źródłami, co pozwoliło na przedstawienie pełniejszego obrazu lecznictwa uzdrowiskowego na ziemiach polskich pod zaborami.

Zamykająca panel dr Jolanta Epsztein (IH PAN) przedstawiła referat pt. *Nostryfikacje dyplomów lekarzy żydowskich na Uniwersytecie Wileńskim (1923–1939)*, w którym dokonała analizy procesu legalizacji i nostryfikacji dyplomów lekarskich w II Rzeczypospolitej, ze szczególnym uwzględnieniem roli Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, jako jednej z kluczowych instytucji odpowiedzialnych za uznawanie zagranicznych kwalifikacji medycznych. W centrum uwagi znalazła się sytuacja lekarzy pochodzenia żydowskiego, którzy ze względu na stosowane przez polskie uczelnie *numerus clausus* zmuszeni byli wybierać uczelnie zagraniczne. Prelegentka ukazała, w jaki sposób formalne procedury uznawania dyplomów stawały się narzędziem kontroli dostępu do zawodu, a niekiedy również polem napięć narodowościowych i wyznaniowych.

Po dyskusji i przerwie moderatorka dr Jolanta Epsztein przeprowadziła trzeci panel konferencji, zapraszając do wystąpień czterech prelegentów. Jako pierwszy referat pt. *Zaparcia jako problem medyczny i kulturowy. Ewolucja interpretacji i terapii od starożytnego Egiptu do XXI wieku* wygłosił Łukasz Grotowski, niezależny badacz historii medycyny i historii terapii manualnych. Prelegent dokonał analizy historycznej, która ukazała zmiany w sposobach postrzegania zdrowia i choroby oraz ewolucję metod leczenia. Wykazała ona, że skuteczne leczenie wymagało znajomości całego organizmu oraz uwzględnienia różnic w płci, wieku i statusu społecznego pacjentów.

Kolejny referat pt. *Reklamy o charakterze medycznym na łamach polskiej prasy emigracyjnej na przełomie XIX i XX w.* wygłosiła dr Elżbieta Nowosielska (IH PAN). Celem wystąpienia było zaprezentowanie debaty na temat reklamy medycznej na łamach najpopularniejszych pism emigracyjnych, w oparciu o materiały zebrane w czasie prac nad kolejną częścią „Bibliografii historii Polski XIX i XX wieku" poświęconej prasie emigracyjnej w latach 1865–1918.

W następnej kolejności uczestnicy konferencji wysłuchali referatu prof. dr hab. Tadeusza Epszteina (IH PAN). Wystąpienie pt. *Medycyna i magia w opiece nad chorymi w domach ziemiańskich na Ukrainie w XIX w.* omawiało tematykę związaną z opieką nad chorymi w polskich domach ziemiańskich w XIX w. w oparciu o zachowane materiały archiwalne i źródła drukowane. Prelegent wskazywał na rękopisy jako na wartościowe źródła, zawierające zalecenia lekarskie, receptury domowych lekarstw i zabiegów przewidywanych na określone dolegliwości. Pokazują one skalę zainteresowań domowych „lekarzy" i źródła ich wiedzy. W XIX w. nawet w społeczności elitarnej, wykształconej, jaką było środowisko ziemiańskie, nadal silne były przesądy związane z pomocą lekarską. Bardzo często w jednym domu stosowano zarówno metody zalecane przez ówczesną medycynę oficjalną, jak i przepisy czerpane z tradycji ludowych.

Blok wystąpień zamknęła Katarzyna Czajka-Kominiarczuk, przedstawiając referat pt. *Śmiertelna strzykawka kontratakuje. Narracja o szczepieniach i pandemiach w kinie popularnym.* Prelegentkę interesowało przede wszystkim, jak medium tak popularne i wpływające na wizję świata jak kino, przedstawia zorganizowany proces radzenia sobie z masowymi zarażeniami, jak widzi rolę państwa (zwłaszcza w kontekście sczepień), ale też jak kształtuje podejście do zarażonych – czy stawia na empatię, czy wykorzystuje ich jako metaforę większego zagrożenia (jak w filmie „Jestem legendą").

Konferencja zakończyła się dyskusją i podsumowaniem, w którym organizatorzy podkreślili, że wystąpienia prelegentów – medyków i historyków, stały się przestrzenią, w której doświadczenie kliniczne spotkało się z refleksją metodologiczną, a wiedza o ciele z wiedzą o kontekście społecznym i kulturowym. Obrady potwierdziły, że historię medycyny najlepiej opowiadać wielogłosem, w dialogu interdyscyplinarnym, z uwzględnieniem wiedzy fachowej lekarza i warsztatu historyka.



Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej
dr n. med. Feliks Orchowski otwiera konferencję

Fot. DSKM GBL



Zastępca Dyrektora Instytutu Historii Nauki PAN
prof. dr hab. Joanna Schiller-Walicka otwiera konferencję; za stołem prezydialnym widoczna dr Jolanta Epsztein (IH PAN)

Fot. DSKM GBL



Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak wygłasza referat

Fot. DSKM GBL



Prof. dr hab. Anna Landau-Czajka (IH PAN) wygłasza referat;
obok widoczna prof. dr hab. Iwona Arabas (IHN PAN)

Fot. DSKM GBL



Paulina Kowalska (IHN PAN) wygłasza referat

Fot. DSKM GBL



Katarzyna Słojkowska (GBL) wygłasza referat

Fot. DSKM GBL



Dyskusja międzypanelowa; głos zabiera prof. dr hab. Andrzej Karpiński (IH PAN). Za stołem prezydialnym widoczna prof. dr hab. Iwona Arabas (IHN PAN)

Fot. DSKM GBL



Dyskusja międzypanelowa; głos zabiera dr n. med. Renata Paliga (IHN PAN), obok widoczna prof. dr hab. Iwona Arabas (IHN PAN)

Fot. DSKM GBL

Noc Muzeów 2026

Katarzyna Słojkowska & Rafał E. Stolarski

W sobotę 16 maja 2026 r. ujazdowski pawilon Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie w godzinach 18:00–23:00 otworzył swoje podwoje dla wszystkich gości uczestniczących w warszawskiej Nocy Muzeów. Ideą przewodnią tegorocznej odsłony tej cyklicznej imprezy kulturalnej w naszej placówce był humor lekarski. Zespół DSKM GBL przygotował na tę okazję okolicznościową wystawę „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!".

Humor i satyra od dawna towarzyszą medycynie i zawodowi lekarza. Choć medycyna jest dziedziną poważną (jak zauważa stara sentencja, „lekarz jest pierwszą osobą, którą spotykamy na naszej drodze życiowej, i również ostatnią, gdy opuszczamy świat doczesny"), związaną z leczeniem chorób i ratowaniem życia, w kulturze i codziennym życiu często pojawia się również jej humorystyczne przedstawienie. Dowcipy, anegdoty oraz satyryczne utwory literackie pokazują lekarzy i pacjentów w sposób żartobliwy, zwracając uwagę na różne sytuacje, które mogą mieć miejsce podczas wizyty lekarskiej lub w procesie leczenia.

Satyra lekarska nie służy jedynie rozrywce, ale także pozwala lepiej zrozumieć relacje między lekarzem a pacjentem oraz pokazuje ludzką stronę medycyny. Dzięki humorowi łatwiej jest zmniejszyć stres i napięcie związane z chorobą, wizytą u lekarza czy pobytem w szpitalu. Humor pomaga również personelowi medycznemu radzić sobie z trudnymi i odpowiedzialnymi obowiązkami.

Wystawa „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!" zaprezentowana w świeżo wyremontowanej przestrzeni historycznego pawilonu została przygotowana wyłącznie na bazie zbiorów własnych DSKM GBL, między innymi w oparciu

o materiały prof. Stefana Wesołowskiego (1908–2009), który w czasach studenckich (1927–1933) był aktorem, autorem tekstów i reżyserem słynnej przed wojną „Szopki Medycznej". Narrację wystawy zbudowano w oparciu o 20 plansz, uzupełnionych bibliotecznymi obiektami w gablotach.

Zwiedzający mogli podczas tej nocy po raz pierwszy zobaczyć odtworzony Gabinet prof. Stanisława Konopki – twórcy i pierwszego, wieloletniego dyrektora naszej instytucji, w którym prezentowane są autentyczne pamiątki związane z Profesorem. Pracownicy DSKM GBL służyli wszystkim zainteresowanym gościom informacjami o naszym patronie, historii budynku i zgromadzonych w nim zbiorach. Wspierali nas z wielką pasją i zaangażowaniem wolontariusze – dr Maria J. Turos i Łukasz Grotowski – niezależny badacz historii medycyny i historii terapii manualnych.

Maria J. Turos – doktor nauk medycznych, etyk i teolog, pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Rady Naukowej GBL, pasjonatka historii medycyny wojskowej, szczególnie przełomu XVIII i XIX wieku, oraz kolekcjonerka – tak zrelacjonowała przygotowane przez DSKM GBL wydarzenie:

„Tegoroczna Noc Muzeów w Dziale Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej była – by nie nadużywać truizmów – taka, jaka powinna być w kameralnej instytucji. Prelekcje o różnych aspektach żartu i słownictwa medycznego, jakie odbywały się w sali Czytelni, gromadziły grupy osób zainteresowanych tematem, co wyrażało się w licznie zadawanych pytaniach. Takich właśnie w pełni kameralnych spotkań było pięć – czyli (a krzesła były dodatkowo dostawiane) w sumie wysłuchało ich ponad pięćdziesiąt osób, co nie jest małą liczbą.

Był również - wzorem dużych muzeów, gdzie bywają ekspozycje tzw. jednego obrazu – jeden, a raczej dwa samodzielne obiekty. Pierwszy to satyryczna rycina Stefana Szpakowskiego. Pytań o Bohaterów zaprezentowanych w tak niekonwencjonalnej formie miałam bardzo dużo. Drugim był stary aparat do znieczulenia «Tiberius», gdzie również po demonstracji oraz opisie, jak działał, pytań i ciekawych dyskusji było sporo. W tym nawet zdarzyły się fachowe.

Nie obeszło się – już pod koniec imprezy – bez wizyty na piętrze, gdzie padło kilka pytań o instrumenty chirurgiczne z początków XIX wieku.

Jak na miejsce i czas – było to przedsięwzięcie w moim odbiorze ze wszech miar udane i wyrażam głęboką wdzięczność, iż mogłam w nim uczestniczyć, przygotowując temat prelekcji".

Nasza tegoroczna oferta przygotowana z okazji Nocy Muzeów spotkała się z miłym odbiorem publiczności, o czym świadczą liczne pozytywne wpisy w księdze pamiątkowej. Odwiedziło nas w sobotę ponad 400 osób!

Warto dodać, iż całą zawartość wystawy „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!” wszyscy zainteresowani znajdą w książce wydanej przez Główną Bibliotekę Lekarską!

Informacje i zamówienia: Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, e-mail: sekretariat@gbl.waw.pl, tel. Sekretariat: 22 849 78 51 do 53.



Noc Muzeów 2026 w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej

Fot. DSKM GBL



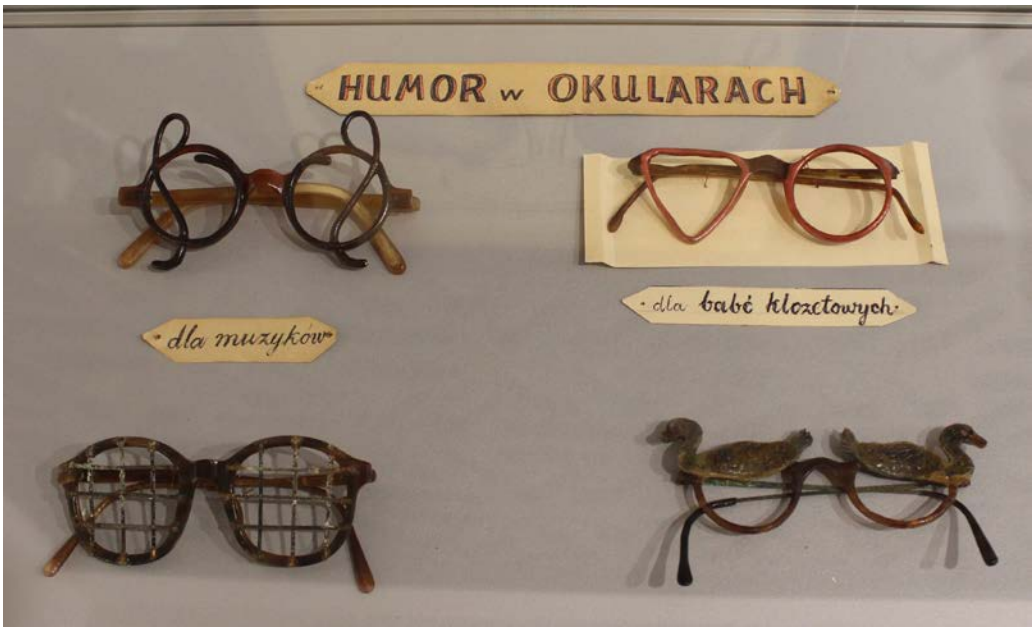
Okolicznościowa wystawa „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!”

Fot. DSKM GBL



Okolicznościowa wystawa „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!”

Fot. DSKM GBL



Fragment ekspozycji

Fot. DSKM GBL



Dr Maria J. Turos podczas wykładu w Czytelni Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. DSKM GBL



Łukasz Grotowski w Gabinecie dr. Władysława Biegańskiego

Fot. DSKM GBL



Goście oglądający wystawę stałą

Fot. DSKM GBL



Zespół Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie, od lewej: Magdalena Świec-Szalbierz, Michał Sadowski, Larysa Witkowska (kierownik), Rafał E. Stolarski, Katarzyna Słojkowska, Emilia Przyborowska

Fot. DSKM GBL



Okładka książki „«Przychodzi baba do lekarza…» – czyli o medycynie na wesoło!", proj. graf. Natalia Kulka, GBL

Fot. DSKM GBL

XII Warszawska Konferencja Onkologiczna

Larysa Witkowska

W środę 27 maja 2026 r. w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie przy ul. Roentgena 5, w Auli im. prof. Tadeusza Koszarowskiego, odbyła się XII Warszawska Konferencja Onkologiczna — jedno z najważniejszych wydarzeń naukowych poświęconych współczesnej onkologii, gromadzące lekarzy, naukowców oraz przedstawicieli środowisk medycznych z Polski i zagranicy. Konferencję zorganizowali: Narodowy Instytut Onkologiczny, Polskie Towarzystwo Onkologiczne i Onco Transfer.

Jak informują organizatorzy tego naukowego wydarzenia: „Warszawska Konferencja Onkologiczna stanowi prestiżową platformę wymiany wiedzy i doświadczeń, gromadząc ekspertów z dziedziny onkologii, przedstawicieli świata nauki, lekarzy klinicystów oraz specjalistów zajmujących się nowoczesnymi metodami diagnostyki i terapii nowotworów. Podczas tegorocznej edycji skupimy się na kluczowych zagadnieniach dotyczących nowoczesnej diagnostyki, innowacyjnych terapii onkologicznych oraz cyfryzacji opieki zdrowotnej. […] Tegoroczna edycja obejmuje trzy kluczowe bloki tematyczne: I. Sesja Inauguracyjna – Aktualne Trendy i Przyszłość Onkologii w Polsce, […] II. Sesja Naukowa – Postępy w Badaniach i Osiągnięcia Naukowe, […], III. Sesje Edukacyjne – Warsztaty i Dyskusje Eksperckie”.

Konferencji towarzyszyła wystawa planszowa poświęcona prof. Kazimierzowi Pelczarowi (1894–1943), który był wybitnym lekarzem, profesorem medycyny i jednym z pionierów polskiej onkologii. Studiował medycynę na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, a następnie prowadził badania naukowe w Polsce, Niemczech i Francji. Od roku 1930 był profesorem Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, gdzie kierował Katedrą Patologii Ogólnej i Doświadczalnej.

W roku 1931 prof. Pelczar założył w Wilnie pierwszy ośrodek zajmujący się leczeniem i badaniem nowotworów – Wileński Zakład Badawczo-Leczniczy dla Chorych na Nowotwory. Był także autorem wielu prac naukowych z zakresu onkologii, hematologii i patologii.

Podczas II wojny światowej prof. Pelczar angażował się w pomoc uchodźcom i działalność konspiracyjną. Został aresztowany przez współpracującą z Niemcami litewską policję bezpieczeństwa Saugumę i rozstrzelany w Ponarach pod Wilnem 17 września 1943 roku. Uznawany jest za jednego z twórców nowoczesnej polskiej onkologii.

Ekspozycję przygotował Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie, który przechowuje dokumenty związane m.in. z działalnością prof. Pelczara w Zakładzie Badawczo-Leczniczym dla Chorych na Nowotwory w Wilnie.

W konferencji uczestniczyli Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej dr n. med. Feliks Orchowski oraz Kierownik DSKM GBL Larysa Witkowska, którzy zaprezentowali uczestnikom XII Warszawskiej Konferencji Onkologicznej przygotowaną wystawę.



Zaproszenie na wystawę planszową poświęconą prof. Kazimierzowi Pelczarowi (1894–1943)

Fot. Larysa Witkowska DSKM GBL



Jedna z plansz wystawy

Fot. DSKM GBL



Wystawa w holu Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

Fot. DSKM GBL



Plansza tytułowa wystawy poświęconej prof. Kazimierzowi Pelczarowi

Fot. DSKM GBL



Fragment wystawy

Fot. DSKM GBL

Uroczyste otwarcie zrekonstruowanego Gabinetu prof. Stanisława Konopki oraz kolejne „Wolffiana”

Rafał E. Stolarski

W czwartek 18 czerwca 2026 r. w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej miała miejsce uroczystość niezwykła – otwarcie zrekonstruowanego gabinetu, w którym pracował twórca i pierwszy Dyrektor GBL prof. Stanisław Konopka – połączona z dorocznymi tzw. „Wolffianami” upamiętniającymi postać Augusta Ferdynanda Wolffa.

Stanisław Józef Konopka (ur. 24 maja 1896 r. w Pilźnie – zm. 3 września 1982 r. w Warszawie) był lekarzem, historykiem medycyny, bibliografem, bibliofilem, bibliotekoznawcą, organizatorem medycznego bibliotekarstwa naukowego, twórcą oraz autorem „Polskiej Bibliografii Lekarskiej XIX wieku” i „Polskiej bibliografii lekarskiej za okres wojny światowej w latach 1939–1945”, podpułkownikiem Wojska Polskiego, więźniem niemieckich obozów koncentracyjnych, wydawcą, redaktorem, działaczem społecznym, członkiem towarzystw naukowych, nauczycielem akademickim, profesorem nadzwyczajnym, kierownikiem referatu biblioteki i wydawnictw Wojskowego Instytutu Sanitarnego, Biblioteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego Wojska Polskiego, naczelnikiem Wydziału Naukowo-Wydawniczego Ministerstwa Zdrowia, kierownikiem Zakładu Historii Medycyny Akademii Medycznej, twórcą i pierwszym dyrektorem – w latach 1945–1970 – Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie.

Dyrektor Stanisław Konopka na co dzień urzędował w swoim gabinecie zlokalizowanym w głównym budynku Biblioteki – przy ul. Chocimskiej 22 w Warszawie, a prezentowane pomieszczenie w Dziale Starej Książki Medycznej przy ul. Jazdów 1A jest jego rekonstrukcją.

Uroczystość połączona została z upamiętnieniem Augusta Ferdynanda Wolffa, którego postać przypomina tablica pamiątkowa wmurowana 22 maja 1997 r. w ścianę budynku Działu Starej Książki Medycznej GBL.

August Ferdynand Wolff (ur. 1768 r. w Lesznie – zm. 6 kwietnia 1846 r. w Warszawie) był lekarzem, współorganizatorem Szkoły Lekarskiej w Warszawie (która po wielu przekształceniach funkcjonuje do dziś jako Warszawski Uniwersytet Medyczny), prezesem Rady Ogólnej Lekarskiej, współtwórcą Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, członkiem czynnym Towarzystwa Królewskiego Warszawskiego Przyjaciół Nauk.

August Ferdynand Wolff to jeden z twórców Akademii Lekarskiej, która dała początek nauczaniu medycyny w Warszawie, a także pierwszy prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Co roku na warszawskim Jazdowie, tuż przed dorocznym świętem Towarzystwa – „Wolffianami", składane są wieńce i znicze pod tablicą upamiętniającą tę wybitną postać.

Uroczystość swoją obecnością zaszczycili następujący Goście: prof. dr hab. n. med. Tadeusz Tołłoczko – w latach 1990–1996 Rektor Akademii Medycznej w Warszawie; prof. dr hab. n. med. Witold Mazurowski – weteran walk o niepodległość oraz nestor polskiej neurochirurgii, który skończył właśnie 100 lat!; prof. Paweł Włodarski – Dziekan Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; prof. Bibiana Mossakowska – Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego; Andrzej Malinowski – Prezes Zarządu Fundacji Polskiego Korpusu Pokoju; dr Beata Zawadowicz – Prezes Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego; dr Justyna i Grzegorz Kwitkiewiczowie – Okręgowa Izba Lekarska; prof. Dagmara Mirowska-Guzel – Prezes Towarzystwa Naukowego Warszawskiego; dr Bożena Hoffman – Okręgowa Izba Lekarska; dr Marta Sobczyńska – Dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego; Patryk Gruszczyński – Prezes Fundacji Nestor; prof. Filip M. Szymański – Dziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; dr Jan Tarczyński – Dyrektor Centralnej Biblioteki Wojskowej; Grażyna Jermakowicz – p.o. Dyrektora Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; dr Maria J. Turos – Warszawski Uniwersytet Medyczny, Członek Rady Naukowej GBL; Rafał Kolaszyński – Skarbnik Zarządu Polskie Towarzystwo Ekspertów i Biegłych Sądowych.

Uroczystość rozpoczęła się od oficjalnego powitania przybyłych przez Dyrektora GBL dr. n. med. Feliksa Orchowskiego oraz Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. dr. hab. n. med. Jerzego Jurkiewicza, po którym złożone zostały kwiaty pod tablicami upamiętniającymi postać prof. Stanisława Konopki i Augusta Ferdynanda Wolffa, wmurowanymi w ścianę budynku Działu Starej Książki Medycznej GBL.

Po złożeniu kwiatów nastąpiło uroczyste przecięcie wstęgi przed zrekonstruowanym Gabinetem prof. Stanisława Konopki, którego dokonał Dyrektor GBL dr n. med. Feliks Orchowski w towarzystwie zaproszonych Gości.

Po otwarciu Gabinetu prof. Stanisława Konopki nasi Goście zaproszeni zostali do Sali konferencyjnej, gdzie wysłuchali okolicznościowego przemówienia prof. Jerzego Jurkiewicza oraz historycznego wykładu, ilustrowanego slajdami, autorstwa dr Marii J. Turos, zatytułowanego „Wolff i Staszic podają sobie ręce”[1].

Następnie miała miejsce część artystyczna – występ Anny Kutkowskiej-Kass (sopran koloraturowy), której towarzyszyła pianistka Ewa Pelwecka. Solistka – z zawodu lekarz pediatra – wspaniale wykonała następujące utwory: Fryderyk Chopin – pieśń „Śliczny chłopiec” op. 74 nr 8 (słowa Józef Bohdan); Fryderyk Chopin – pieśń „Moja pieszczotka” op.74 nr 12 (słowa Adam Mickiewicz); Wolfgang Amadeusz Mozart – aria Królowej Nocy z opery „Czarodziejski Flet” – „Der Holle Rache”; Jacques Offenbach – aria Olympii (lalki) z opery „Opowieści Hoffmana”; Daniel François Esprit Auber – kuplety Manon z opery „Manon Lescaut”; Emmerich Kalman – Czardasz Silvy z operetki „Księżniczka czardasza”, oraz Augustin Lara – pieśń Granada.

W dalszej kolejności wystąpił w składzie 15-osobowy chór „Medicantus” Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Jego dyrygentką i współtwórczynią od roku 2009 jest Beata Herman – absolwentka Akademii Muzycznej w Warszawie i ceniona chórmistrzyni. Chór wykonał trzy pieśni – m.in. „Hymn lekarzy” z towarzyszeniem Anny Kutkowskiej-Kass.

Na zakończenie części oficjalnych uroczystości Dyrektor GBL dr n. med. Feliks Orchowski złożył serdeczne życzenia prof. Jerzemu Jurkiewiczowi z okazji 35-lecia pełnienia przez Niego funkcji Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Życzeniom towarzyszył bukiet słoneczników i okolicznościowy tort przygotowany przez Dział Starej Książki Medycznej GBL oraz „Sto lat!” odśpiewane przez wszystkich zgromadzonych.

Po zakończeniu uroczystości uczestnicy zaproszeni zostali na poczęstunek przygotowany przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, a także mogli zwiedzić otwarty właśnie Gabinet prof. Stanisława Konopki; w miłej, nieformalnej już atmosferze spotkanie trwało do godziny 18:00.

[1] Tekst referatu zob. s. xx–xx.



Początek uroczystości – złożenie kwiatów pod tablicami pamiątkowymi prof. Stanisława Konopki i Augusta Ferdynanda Wolffa

Fot. DSKM GBL



Prof. dr. hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz – Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, i Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej dr. n. med. Feliks Orchowski przed złożeniem kwiatów pod pamiątkowymi tablicami

Fot. DSKM GBL



Prof. Jerzy Jurkiewicz otwiera uroczystość krótkim wykładem

Fot. DSKM GBL



Goście zgromadzeni na uroczystości

Fot. DSKM GBL



Dr Maria J. Turos wygłasza naukowy referat zatytułowany „Wolff i Staszic podają sobie ręce”

Fot. DSKM GBL



Występ Anny Kutkowskiej-Kass z towarzyszeniem chóru „Medicantus” Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Fot. DSKM GBL



Kwiaty i tort dla prof. Jerzego Jurkiewicza z okazji 35-lecia pełnienia funkcji Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Fot. DSKM GBL



Uroczyste przecięcie wstęgi przed zrekonstruowanym Gabinetem prof. Stanisława Konopki – wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej Grzegorz Kwitkiewicz, Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz i Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej dr Feliks Orchowski

Fot. DSKM GBL



Uroczyste przecięcie wstęgi przed zrekonstruowanym Gabinetem prof. Stanisława Konopki – wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej Grzegorz Kwitkiewicz i Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej dr Feliks Orchowski

Fot. DSKM GBL



Uroczyste przecięcie wstęgi przed zrekonstruowanym Gabinetem prof. Stanisława Konopki Fot. DSKM GBL

Fot. DSKM GBL



Uroczyste przecięcie wstęgi przed zrekonstruowanym Gabinetem prof. Stanisława Konopki – wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej Grzegorz Kwitkiewicz, Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz i Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej dr Feliks Orchowski

Fot. DSKM GBL



Zrekonstruowany Gabinet prof. Stanisława Konopki

Fot. Ireneusz Gawliński, GBL

Piknik naukowy „Pola Radości”

Larysa Witkowska

W sobotę 20 czerwca 2026 r. odbyła się II edycja rodzinnego pikniku naukowego „Pola Radości”, w którym uczestniczył Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie.

Inicjatorem i organizatorem wydarzenia był Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – PIB, we współpracy z burmistrzem Piotrem Krasnodębskim, Radą i Zarządem Dzielnicy Ochota m.st. Warszawy oraz Stowarzyszeniem SARCOMA. Piknik, na którym przygotowano ponad 20 stanowisk, odbył się w Parku im. Marii Skłodowskiej-Curie przy historycznej siedzibie Instytutu Radowego – placówce, której powstanie zainicjowała Maria Skłodowska-Curie.

Wydarzenie o bogatym programie miało charakter międzypokoleniowego spotkania, oferując liczne atrakcje dla uczestników niemal w każdym wieku.

Stanowiska podzielono na strefy tematyczne. W części naukowej, przeznaczonej dla uczelni i instytutów, zaprezentowały się m.in. Instytut Biochemii i Biofizyki PAN oraz Wydziały Chemii, Biologii i Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego. Goście mogli wziąć udział w ciekawych i zaskakujących eksperymentach. W strefie ochrony zdrowia i profilaktyki proponowano bezpłatne badania oraz rozmowy o zdrowiu i edukacji prozdrowotnej. Podczas czterogodzinnego wydarzenia na plenerowej scenie odbywały się wykłady z zakresu nauki i medycyny.

Dział Starej Książki Medycznej GBL (DSKM GBL) włączono do części historycznej pikniku obok Muzeum Marii Skłodowskiej-Curie oraz Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Odwiedzający stanowisko DSKM GBL zostali zaproszeni do twórczej i poznawczej zabawy, zgodnej z duchem słów Marii Skłodowskiej-Curie:

„Jestem z tych, którzy wierzą, iż Nauka jest czymś bardzo pięknym. Uczony jest w swojej pracowni nie tylko technikiem, lecz również dzieckiem wpatrzonym w zjawiska przyrody, wzruszające jak baśń czarodziejska”.

Dużym zainteresowaniem i popularnością – szczególnie wśród najmłodszych uczestników – cieszyło się tworzenie „POLONków i RADków”, czyli świecących slime’ów, które miały przybliżyć dziecięcej wyobraźni pojęcia promieniotwórczości i radioaktywności. Aby zapoznać gości z mniej znanymi faktami z życia noblistki, pracownicy DSKM GBL przygotowali liczne materiały biograficzne poświęcone Marii Skłodowskiej-Curie oraz jej najbliższej rodzinie (zdjęcia, skany materiałów archiwalnych – wybrane fragmenty wspomnień brata Marii – dra Józefa Skłodowskiego). Dużą uwagę wzbudziły reprodukcje zdjęć Instytutu Radowego z początków jego działalności. Na stanowisku znalazły się także liczne kolorowe quizy z wiedzy o medycynie, Głównej Bibliotece Lekarskiej i samej Skłodowskiej, a dla najmłodszych – tematyczne kolorowanki oraz świecące, brokatowe tatuaże, również nawiązujące do promieniotwórczości. Licznie przybyłym dopisała piękna, słoneczna pogoda.



Fragment stanowiska Działu Starej Książki Medycznej GBL
na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”

Fot. DSKM GBL



Fragment stanowiska Działu Starej Książki Medycznej GBL
na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”

Fot. DSKM GBL



Stanowisko Działu Starej Książki Medycznej GBL na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”
– burmistrz dzielnicy Ochota Piotr Krasnodębski i Emilia Przyborowska z DSKM GBL

Fot. DSKM GBL



Stanowisko Działu Starej Książki Medycznej GBL na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości” – burmistrz dzielnicy Ochota Piotr Krasnodębskim, Larysa Witkowska i Emilia Przyborowska z DSKM GBL

Fot. DSKM GBL



Dzieci bawią się na stanowisku Działu Starej Książki Medycznej GBL na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”, pośrodku Larysa Witkowska – kierownik DSKM GBL

Fot. DSKM GBL



Dzieci bawią się na stanowisku Działu Starej Książki Medycznej GBL
na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”

Fot. DSKM GBL



Stanowisko Działu Starej Książki Medycznej GBL na rodzinnym pikniku naukowym „Pola Radości”
– stoją Magdalena Świec-Szalbierz i Emilia Przyborowska z DSKM GBL

Fot. DSKM GBL

Pani Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej

Rafał E. Stolarski

W środę 8 lipca 2026 r. Dział Starej Książki Medycznej GBL odwiedziła Pani Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. dr hab. inż. Maria Mrówczyńska. Pani Wiceminister ukończyła Wydział Melioracji i Inżynierii Środowiska Akademii Rolniczej we Wrocławiu na kierunku geodezja i kartografia. W roku 2006 uzyskała stopień doktora, a w 2013 – doktora habilitowanego nauk technicznych w dyscyplinie geodezja i kartografia. Z Uniwersytetem Zielonogórskim związana jest od 1999 roku. W latach 2016–2019 była prodziekanem ds. nauki Wydziału Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska, a od 2019 do 2020 – dyrektorem Instytutu Budownictwa oraz przewodniczącą Rady dyscypliny naukowej inżynieria lądowa i transport, zaś w latach 2020–2023 – prorektorem ds. współpracy z gospodarką.

Prof. dr hab. inż. Maria Mrówczyńska jest autorką lub współautorką monografii oraz podręczników, a także ponad 130 publikacji z zakresu wykorzystania sztucznej inteligencji do rozwiązywania zagadnień z geodezji inżynieryjnej oraz zastosowań AI w budownictwie, planowaniu przestrzennym i inżynierii środowiska. W obecnej kadencji zasiada w Komitecie Geodezji Polskiej Akademii Nauk, Stowarzyszeniu Geodetów Polskich oraz Polskim Związku Inżynierów i Techników Budownictwa.

Prof. dr hab. inż. Maria Mrówczyńska odpowiada w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego za sprawy dotyczące innowacji i rozwoju oraz organizacji uczelni, kształcenia i spraw studenckich.

Była to pierwsza wizyta Pani Wiceminister w naszej placówce, w związku z tym oprowadzona została przez Dyrektora GBL dr. Feliksa Orchowskiego, Zastępcę Dyrektora ds. Organizacyjnych Roberta Guta i kierownika Działu Starej Książki Medycznej Larysę Witkowską, w towarzystwie wszystkich pracowników Działu udzielających szczegółowych wyjaśnień, po całym zabytkowym budynku przy ul. Jazdów 1A, a także zapoznała się z naszymi unikalnymi zbiorami bibliotecznymi, archiwalnymi i muzealnymi.

Po zwiedzeniu naszego budynku Pani Wiceminister została zaproszona do Auli im. prof. Józefa Czekierskiego, gdzie w klimatycznym wnętrzu, przy poczęstunku przygotowanym przez pracowników Działu Starej Książki Medycznej, odbyły się rozmowy i dyskusje o kierunkach rozwoju Głównej Biblioteki Lekarskiej i pomocy w tym procesie Ministerstwa Zdrowia. Dyrekcja GBL zaprezentowała nasze dotychczasowe dokonania, zwłaszcza w obszarze publicznej misji biblioteki, jej systematycznie zwiększającą się rolę i wkład w rozwój nauki – nie tylko w wymiarze polskim, ale i światowym, stałą współpracę z innymi, wiodącymi placówkami naukowymi, wyzwania cyfryzacyjne stojące przed GBL oraz prace nad organizacją Muzeum Medycyny GBL i możliwościami jak najszerszego udostępniania jej unikalnych zbiorów. Pani Wiceminister w ożywionej dyskusji zapewniła o stałej współpracy i zadeklarowała pomoc Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w rozwoju naszej Biblioteki.



Pani Wiceminister prof. Maria Mrówczyńska zwiedza stałą ekspozycję
Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL



Pani Wiceminister prof. Maria Mrówczyńska w Auli im. prof. Józefa Czekierskiego – Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjnych Robert Gut, Dyrektor GBL dr Feliks Orchowski oraz część zespołu Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL



Prezentacja najcenniejszych zbiorów bibliotecznych Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL



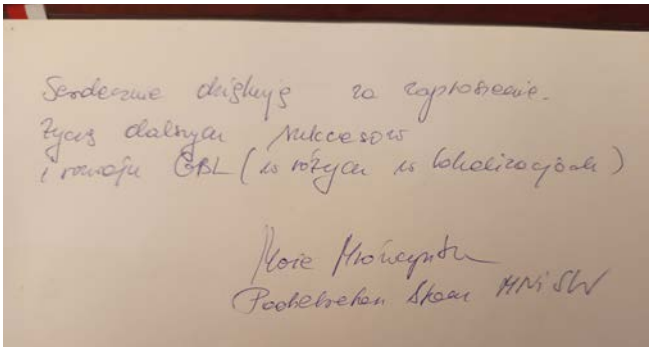
Prezentacja najcenniejszych zbiorów bibliotecznych Działu Starej Książki Medycznej GBL

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL



Dyrektor GBL dr Feliks Orchowski i Pani Wiceminister prof. Maria Mrówczyńska podczas obrad

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL



Wpis do Księgi Pamiątkowej Działu Starej Książki Medycznej GBL
Pani Wiceminister prof. Marii Mrówczyńskiej

Fot. Rafał E. Stolarski, DSKM GBL

Wernisaż wystawy „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich” w Muzeum Niepodległości w Warszawie

Katarzyna Słojkowska

We wtorek 14 lipca 2026 roku, w Pałacu Przebendowskich/Radziwiłłów – głównej siedzibie Muzeum Niepodległości w Warszawie – odbył się uroczysty wernisaż czasowej wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich”. Wydarzenie zostało zorganizowane przez Dział Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie we współpracy z Muzeum Katyńskim oraz Muzeum Niepodległości.

Ekspozycja ma na celu uczczenie pamięci wybitnych polskich lekarzy – oficerów Wojska Polskiego, rezerwistów i ochotników związanych ze Szpitalem Ujazdowskim (w latach 1930–1939 Szpitalem Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego), którzy w kwietniu i maju 1940 roku zostali zamordowani przez NKWD na mocy decyzji władz Związku Sowieckiego. Wystawa przypomina ich nie tylko jako ofiary Zbrodni Katyńskiej, ale przede wszystkim jako żywe postaci reprezentujące suwerenną Polskę – znakomitych naukowców, pionierów medycyny, profesorów, społeczników, a także mężów i ojców. Prezentowane materiały archiwalne ze zbiorów Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej oraz Muzeum Katyńskiego ukazują ich postawę, dorobek i patriotyzm. Wystawę planszową uzupełnia obraz Marcina Belofa (1966–1990) pod tytułem „Ofiara sowietów – zbrodnia katyńska” ze zbiorów Muzeum Niepodległości w Warszawie.

Podczas uroczystości głos zabrali: p.o. dyrektor Muzeum Niepodległości w Warszawie Katarzyna Legawiec, kierownik Działu Historii i Badań Naukowych Muzeum Niepodległości w Warszawie dr Jacek Konik, kierownik Działu Starej Książki Medycznej Głównej

Biblioteki Lekarskiej Larysa Witkowska, sprawująca pieczę nad zbiorami archiwalnymi Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej Katarzyna Słojkowska i kierownik Działu Zbiorów Muzeum Niepodległości Małgorzata Karolina Piekarska.

Wśród licznie przybyłych gości obecni byli kierownik Muzeum Katyńskiego w Warszawie Sebastian Karwat, p.o. dyrektor Instytutu Pileckiego Karol Madaj, kierownik Ośrodka Informacji Naukowej Centralnej Biblioteki Wojskowej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego Arkadiusz Wingert oraz przedstawiciele Rodziny Katyńskiej w Warszawie.

Wystawa była prezentowana w Pałacu Przebendowskich/Radziwiłłów (Al. Solidarności 62, Warszawa) do 30 września 2026 roku. Kuratorem ekspozycji był dr Jacek Konik.



Przed wejściem do Muzeum Niepodległości w Warszawie, 14 lipca 2026 r.

Fot. Katarzyna Słojkowska, DSKM GBL



P.o. dyrektor Muzeum Niepodległości w Warszawie Katarzyna Legawiec

Fot. Muzeum Niepodległości



Kierownik Działu Historii i Badań Naukowych Muzeum Niepodległości w Warszawie dr Jacek Konik, kurator wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich”

Fot. Muzeum Niepodległości



Współautorka wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich” Katarzyna Słojkowska i kierownik Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej Larysa Witkowska

Fot. Muzeum Niepodległości



Fragment wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich”

Fot. Muzeum Niepodległości



Fragment wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich”

Fot. Muzeum Niepodległości



Goście wernisażu wystawy w Muzeum Niepodległości

Fot. Muzeum Niepodległości



Współautorka wystawy pt. „Lekarze Szpitala Ujazdowskiego w mogiłach katyńskich” Katarzyna Słojkowska i kierownik Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej Larysa Witkowska

Fot. Muzeum Niepodległości

Spotkanie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny Głównej Biblioteki Lekarskiej

Paweł Rozdżestwieński, Rafał E. Stolarski

W dniu 4 września 2026 r. o godz. 11:00 w Warszawie, w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej przy ul. Jazdów 1A,w auli im. prof. Józefa Czekierskiego, odbyło się posiedzenie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki (w organizacji).

W spotkaniu uczestniczyli wszyscy członkowie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny GBL, tj.:

- prof. dr hab. Jacek Bonarek (Akademia Piotrkowska),
- prof. dr hab. Grzegorz Motyka (Wojskowe Biuro Historyczne),
- dr hab. n. med. Krzysztof Siemianowicz (Naczelna Izba Lekarska / Śląska Izba Lekarska),
- dr Maria J. Turos (Warszawski Uniwersytet Medyczny),
- prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski (Uniwersytet Warszawski),
- a także pracownicy Działu Starej Książki Medycznej GBL:
- Rafał E. Stolarski – sekretarz spotkania,
- dr Paweł Rozdżestwieński – sekretarz spotkania.

W programie obrad, które otworzył i prowadził Dyrektor GBL dr n. med. Feliks Orchowski, znalazły się: omówienie działań organizacyjno-prawnych związanych z organizacją Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny GBL od czerwca 2026 r.; przedstawienie poszczególnych kandydatów do Rady Naukowej; ustalenie dalszych działań Rady Naukowej.

Zarządzeniem wewnętrznym Nr 23/2026 Dyrektora Głównej Biblioteki Lekarskiej z dn. 3 września 2026 r. członkowie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny GBL powołani zostali w skład Honorowego Komitetu Organizacyjnego ds. Naukowych do oceny referatów zgłoszonych na konferencję naukową pt. „Biblioteka w świecie przemian – między słowem, drukiem, pamięcią, cyfryzacją a nowoczesnym pośrednictwem zdobywania i przekazywania wiedzy", która odbędzie się 19 listopada 2026 r. w Warszawie.







Posiedzenie Rady Naukowej Centrum Badań nad Historią Medycyny Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki, Warszawa, 4 września 2026 r.

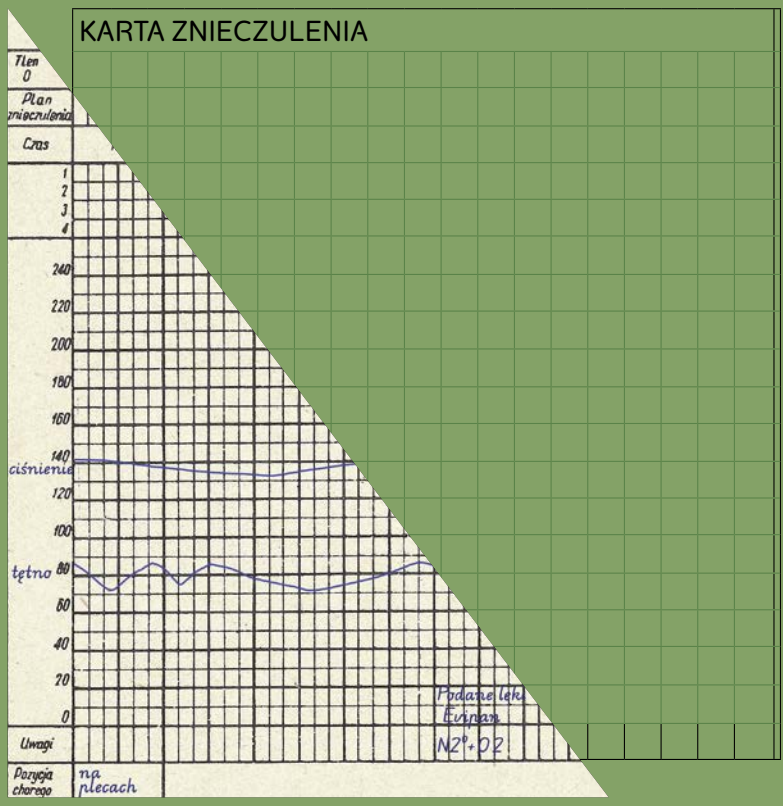
Fot. DSKM GBL

POLECAMY NOWOŚĆ!

MARIA J. TUROS

SZAMAN i JUSTYSIA II

MIECZYSŁAW JUSTYNA 1909–2001



N A S I A U T O R Z Y



Błażej Cecota

doktor nauk humanistycznych, wykładowca akademicki (Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Akademia Piotrkowska), autor kilku książek i kilkudziesięciu artykułów dotyczących przede wszystkim zagadnień związków chrześcijańsko-islamskich, przewodnik turystyczny, prezes piotrkowskiego oddziału PTTK,



Anita Chodkowska

absolwentka Instytutu Bibliotekoznawstwa Uniwersytetu Warszawskiego oraz studiów podyplomowych Instytutu Historii i Archiwistyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, zastępca Dyrektora Polskiej Akademii Nauk Archiwum w Warszawie. Interesuje się metodologią opracowywania archiwów prywatnych i historią Warszawy lat międzywojennych.



Katarzyna B. Fulbiszewska

miłośniczka historii medycyny (i nie tylko), od 2017 roku zawodowo związana ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach. Koordynuje prace Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL oraz sprawuje opiekę nad Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL. Autorka felietonów z cyklu „Potyczki z historią", publikowanych na łamach „Pro Medico" i w internetowym serwisie „Pro Medico Info". Laureatka Medalu Śląskiej Izby Lekarskiej za zasługi dla samorządu lekarskiego (2024) oraz wyróżnienia Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny – Medalu Władysława Szumowskiego (2024).



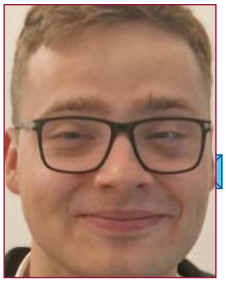
Ryszard Rybka

absolwent Wydziału Historii Uniwersytetu Jagiellońskiego, historyk wojskowości i regionalny. Przedmiotem jego prac badawczych są dzieje Wojska Polskiego w latach II RP i kampania wrześniowa 1939 roku. Autor licznych artykułów i biogramów. Współautor takich książek jak: „Rocznik Oficerski 1939", „Najlepsza broń. Plan mobilizacyjny «W» i jego rozwinięcie", „Awanse oficerskie w Wojsku Polskim 1935–1939". Członek Rady Historii i Dziedzictwa Narodowego Powiatu Bocheńskiego.



Katarzyna Słojkowska

absolwentka Wydziału Historycznego Uniwersytetu Warszawskiego, adiunkt archiwalny w Polskiej Akademii Nauk Archiwum w Warszawie, w którym zajmuje się opracowaniem, ewidencją i popularyzacją zasobu, opiekun zbiorów archiwalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie. Autorka i współautorka licznych publikacji i wystaw.



Kacper Sielski

licencjat historii oraz organizator i uczestnik wielu inicjatyw mających na celu aktywizację osób z niepełnosprawnościami zarówno w Akademii Piotrkowskiej, jak i społeczności miasta Piotrkowa Trybunalskiego. Zainteresowania związane z szeroko pojętym ogrodnictwem, sadownictwem, rolnictwem i permakulturą, tak współcześnie jak, i w różnorodnych kontekstach historycznych. Bardzo dziękuję moim Dziadkom i Rodzicom za zainteresowanie mnie wspomnianą tematyką przyrodniczą i kontakt z nią; cieszę się, iż udało się to połączyć dzięki mojemu Promotorowi dr. Błażejowi Cecocie.



Justyna Sowińska

od 1999 roku związana z Archiwum Państwowym w Opolu, gdzie początkowo zajmowała się opracowywaniem akt wytworzonych po 1945 roku. Obecnie angażuje się w popularyzację zasobu archiwalnego oraz działalność edukacyjną i kulturalną poświęconą historii lokalnej. Autorka i współautorka publikacji naukowych oraz popularnonaukowych, ze szczególnym uwzględnieniem okresu międzywojennego i PRL.



Maria Joanna Turos

doktor nauk medycznych, magister teologii, filozof i etyk, związana z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Autorka kilkunastu książek z zakresu historii medycyny, w tym pierwszej w języku polskim biografii wybitnego chirurga epoki napoleońskiej Dominique'a Jeana Larreya, a także wielu artykułów zamieszczanych m.in. na łamach „Medycyny Nowożytnej" i „Studia nad epoką napoleońską". Historię traktuje jako źródło o niewyczerpanych możliwościach, gdzie każdy łyk pobudza większe pragnienie.



Agnieszka Wielosik

absolwentka kulturoznawstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Pracownik oddziału Głównej Biblioteki Lekarskiej w Radomiu, na stanowisku starszego bibliotekarza. Autorka artykułów z dziedziny historii i kultury, publikowanych na łamach „Biuletynu GBL" od 2020 roku.

KONFERENCJA NAUKOWA

GŁÓWNA BIBLIOTEKA LEKARSKA im. Stanisława Konopki

BIBLIOTEKA W ŚWIECIE PRZEMIAN

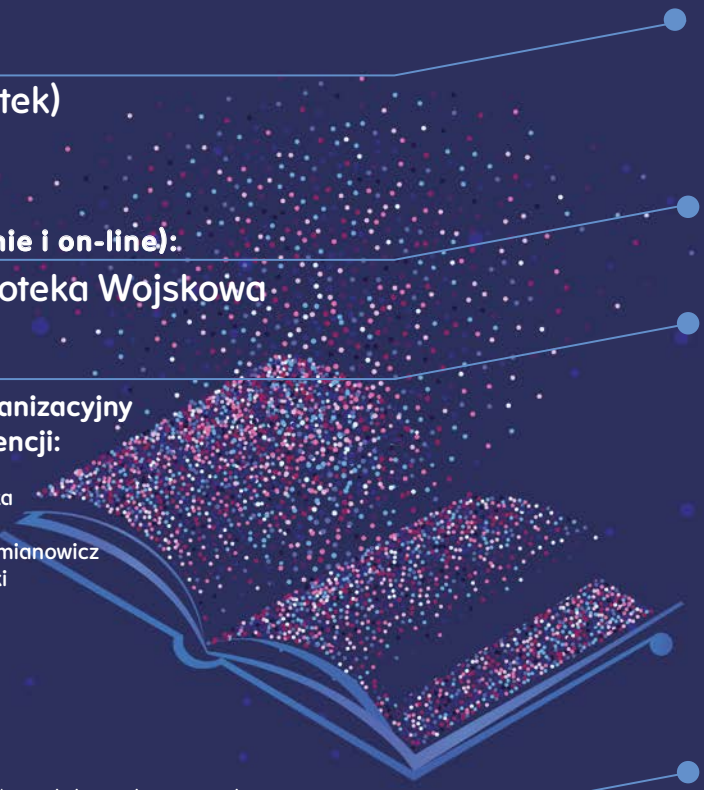
między słowem, drukiem, pamięcią, cyfryzacją a nowoczesnym pośrednictwem zdobywania i przekazywaniem wiedzy

TERMIN:

19.11.26 (czwartek)
9:00-17:00

MIEJSCE (stacjonarnie i on-line):

Centralna Biblioteka Wojskowa



Honorowy Komitet Organizacyjny ds. Naukowych Konferencji:

- prof. dr hab. Jacek Bonarek,
- prof. dr hab. Grzegorz Motyka
- dr n. med. Maria J. Turos
- dr hab. n. med. Krzysztof Siemianowicz
- prof. dr hab. Piotr Zaborowski

Więcej informacji na stronie:
https://www.gbl.waw.pl/konferencja-biblioteka-w-swiecie-przemian-w-warszawie

ORGANIZATOR:
Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki

Partner:

CENTRALNA BIBLIOTEKA WOJSKOWA

INFORMACJE DLA AUTORÓW

PRZYGOTOWANIE RĘKOPISÓW:

Do każdego manuskryptu należy dołączyć list motywacyjny i oświadczenie autora. Manuskrypty powinny być napisane prostym, zwięzłym językiem polskim lub angielskim, stosując stronę czynną. Tekst powinien być zrozumiały dla ludzi nie będących specjalistami w danej dziedzinie. Tekst powinien być napisany poprawnie pod względem gramatycznym, stylistycznym, semantycznym, logicznym i formalnym.

Główny tekst manuskryptu należy napisać w standardowym edytorze tekstu kompatybilnym z komputerem PC (np. Microsoft Word) przy użyciu czcionki Times New Roman o rozmiarze 12, z podwójnymi odstępami w całym tekście i przesłać w formacie .doc/.docx lub .rtf. Funkcja automatycznego dzielenia wyrazów musi być wyłączona.
Greckie i inne znaki specjalne można używać wyłącznie poprzez wstawienie do tekstu jako "Symbol". Zaleca się nie podkreślać tekstu, przypisy kolejno numerowane wpisywać na dole odpowiedniej strony.

Wszystkie wymiary i pomiary muszą być podane w systemie metrycznym. Szczególną uwagę należy zwrócić na dobór odpowiedniej analizy danych, a wyniki badania statystycznego należy uwzględnić w części dotyczącej wyników.
Skróty, jeżeli są stosowane, należy podawać w nawiasach przy ich pierwszym wystąpieniu w tekście (oddzielnie w streszczeniu i w tekście głównym). Należy unikać skrótów nieakceptowanych przez międzynarodowe grupy ekspertów.

ARTYKUŁY NALEŻY UKŁADAĆ W NASTĘPUJĄCE ROZDZIAŁY:

Artykuły oryginalne:

Strona tytułowa, Streszczenie i słowa kluczowe, Wstęp, Metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski, Podziękowania, Stwierdzenie o konflikcie interesów, Wykaz skrótów, Piśmiennictwo, Spis do rycin, Ryciny, Spis do tabel, Tabele. Manuskrypt powinien zawierać 3000 słów.

Artykuły przeglądowe:

Strona tytułowa, Streszczenie i słowa kluczowe, Tekst główny podzielony na podtytuły, Podziękowania, Oświadczenie o konflikcie interesów, Wykaz skrótów, Piśmiennictwo, Spis do rycin, Ryciny, Spis do tabel, Tabele. Manuskrypt powinien zawierać 3500 słów.

CZĘŚCI RĘKOPISU:

1. Strona tytułowa.

Na stronie tytułowej należy podać tytuł manuskryptu o długości nie większej niż 60 znaków; afiliację wszystkich autorów i adresy instytucji: imię i nazwisko, pełny adres instytucji, telefon i e-mail autora korespondującego.

2. Streszczenie i słowa kluczowe.

Streszczenie powinno być obszerne, ale zwięzłe i zawierać nie więcej niż 250 słów i w artykułach oryginalnych powinno być podzielone na cztery akapity: Cel, Metody, Wyniki, Wnioski.

W artykułach poglądowych należy zachować niepodzielność. Po streszczeniu należy umieścić listę 5–7 starannie dobranych słów kluczowych. W streszczeniu należy używać wyłącznie popularnych skrótów.

3. Wprowadzenie.

Wstęp powinien przedstawiać aktualny stan wiedzy, cel i podłoże badań oraz wyjaśniać, na ile oryginalny jest ten cel.

4. Metody.

Metody powinny opisywać badaną grupę, stosowane metody i analizę statystyczną. Procedury eksperymentalne powinny być podane wystarczająco szczegółowo, aby inni badacze mogli je odtworzyć. Jeśli to możliwe, należy podać źródło różnych materiałów wykorzystanych w badaniu.

5 Wyniki.

Wyniki należy przedstawić w zwarty i logiczny sposób. Należy pamiętać, że wykresy są bardziej czytelne niż tabele lub wyniki prezentowane w postaci zwykłego tekstu.

6. Dyskusja.

Uzyskane wyniki należy omówić w świetle wcześniejszych badań i dostępnej literatury. W dyskusji nie należy powtarzać wyników zaprezentowanych w części dotyczącej wyników.

7 Wnioski.

Wnioski powinny nawiązywać do celów pracy i być przedstawione w precyzyjnej formie.

8. Podziękowania.

Autorzy powinni najpierw podać źródła wszelkiego wsparcia pracy w formie grantów, sprzętu lub leków przedstawionych w artykule, a następnie podać wszelkie wpisy osobiste.

9. Oświadczenie o konflikcie interesów.

Należy dołączyć szczegółowe ujawnienie wszelkich konkurujących interesów (finansowych lub innych), które mogły mieć wpływ na badanie lub wnioski wyciągnięte z badania. Jeżeli nie, należy podać, że autorzy nie zgłaszają żadnych konfliktu interesów.

10. Lista skrótów.

Autorzy powinni zdefiniować wszystkie niestandardowe skróty przy ich pierwszym pojawieniu się w tekście oraz podać ich listę. Standardowe skróty nie muszą być umieszczane na liście.

11. Referencje.

Autorzy muszą zadbać o to, aby wszystkie źródła cytowane były prawidłowe, a źródła zawarte w tekście głównym zostały także uwzględnione w wykazie piśmiennictwa.

W piśmiennictwie należy wymienić wszystkie źródła bibliograficzne cytowane w tekście, w kolejności alfabetycznej. Cytaty w tekście należy umieścić w nawiasach kwadratowych. W nazwach czasopism należy stosować standardowe skróty (wg Index Medicus).

Czasopisma

Podaj kolejny numer referencyjny, podaj pierwszych 3 autorów, a następnie „i in." tytuł artykułu, tytuł czasopisma (w skrócie Index Medicus), rok, tom (cyfry arabskie), numer, pierwsza i ostatnia strona.

Numerowane odniesienia do korespondencji osobistej, danych niepublikowanych oraz rękopisów „w przygotowaniu" lub „zgłoszonych do publikacji" są niedopuszczalne. Jeżeli jest to konieczne, materiał taki można umieścić w odpowiednim miejscu tekstu.

Książki

Należy podać kolejny numer referencyjny, nazwisko i inicjał(y) autora(ów)/redaktora(ów), tytuł, wydawcę, miejsce i rok wydania. Odniesienie do konkretnego rozdziału powinno zawierać: nazwisko i inicjały jego autora(ów), tytuł rozdziału, nazwisko i inicjały autora(ów)/redaktora(ów) książki, tytuł, wydawcę, miejsce i rok wydania oraz strony.

12. Spis do rycin i zdjęć.

Spis do rycin powinien być wyczerpujący, ale zwięzły Tytuł ilustracji oraz dokładne źródło pochodzenia.

13. Ryciny i zdjęcia.

Ryciny i zdjęcia należy numerować sekwencyjnie cyframi arabskimi. Autorzy powinni przesłać wersję elektroniczną rycin zawartych w odrębnych plikach. Każdą rycinę i zdjęcie należy zatytułować i wskazać miejsce, w którym mają się pojawić w tekście głównym. Ryciny należy nadsyłać w formatach: TIF lub JPG w standardowych rozdzielczościach (tj. 300 dpi dla zdjęć, 600 dpi dla grafiki liniowej), ale NIE NALEŻY UŻYWAĆ plików PDF, PPT lub PS w przypadku tekstu lub rysunków, ponieważ nie można ich używać do celów składu.

14. Spis do tabel i tabele.

Tytuł tabeli powinien być podany w pierwszym wierszu spisu. Tabele należy przygotować z takimi samymi umiejętnościami, przemyśleniami i starannością jak tekst. Najlepiej przygotować je w edytorze tekstu i kolejno ponumerować (Tabela 1, Tabela 2, itd.). Tabele powinny uzupełniać, a nie powtarzać informacje zawarte w tekście głównym. Każda tabela powinna być umieszczona na osobnej stronie z krótkim tytułem; numer i tytuł tabeli pojawiają się nad tekstem tabeli. Wszystkie kolumny tabeli muszą mieć nagłówek, a wszelkie skróty należy objaśnić w przypisach. NIE umieszczamy rysunków, tabel ani żadnych innych elementów nietekstowych w tekście głównym. Ryciny i tabele można dodać na końcu tekstu rękopisu lub jako osobne pliki uzupełniające.

UWAGI KOŃCOWE/POLITYKA REDAKCJI

Przyjęcie materiału do Teki Redakcyjnej nie oznacza, że materiał zostanie opublikowany. Materiałów nie zamówionych Redakcja nie zwraca.

Redakcja po konsultacji z Autorem i po uzyskaniu jego pisemnej zgody ma prawo do zmiany tytułów przekazanych tekstów oraz skracania, adiustacji i korekty tekstów.

W przypadku gdy przekazany tekst wymaga wprowadzenia znacznych zmian, GBL może zwrócić pracę Autorowi w celu jego przeredagowania. O tym, czy przekazany tekst wymaga znacznych zmian skutkujących jego zwrotem Autorowi celem przeredagowania, decyduje Kolegium Redakcyjne.

Jeżeli w pracach zamieszczane są materiały chronione prawem autorskim (np. okładka, zdjęcia, ilustracje innych autorów), Autor zobowiązany jest dołączyć stosowne zgody na ich wykorzystanie.

Jeżeli praca złożona w GBL była już uprzednio drukowana w innym wydawnictwie i jest chroniona prawem autorskim, wówczas Autor musi uzyskać zgodę na przedruk od podmiotu, któremu przysługują prawa do tekstu.

Prace w formie elektronicznej należy nadsyłać do GBL,
na e-mail: biul.hist@gbl.waw.pl


GŁÓWNA
BIBLIOTEKA
LEKARSKA
im. Stanisława Konopki