

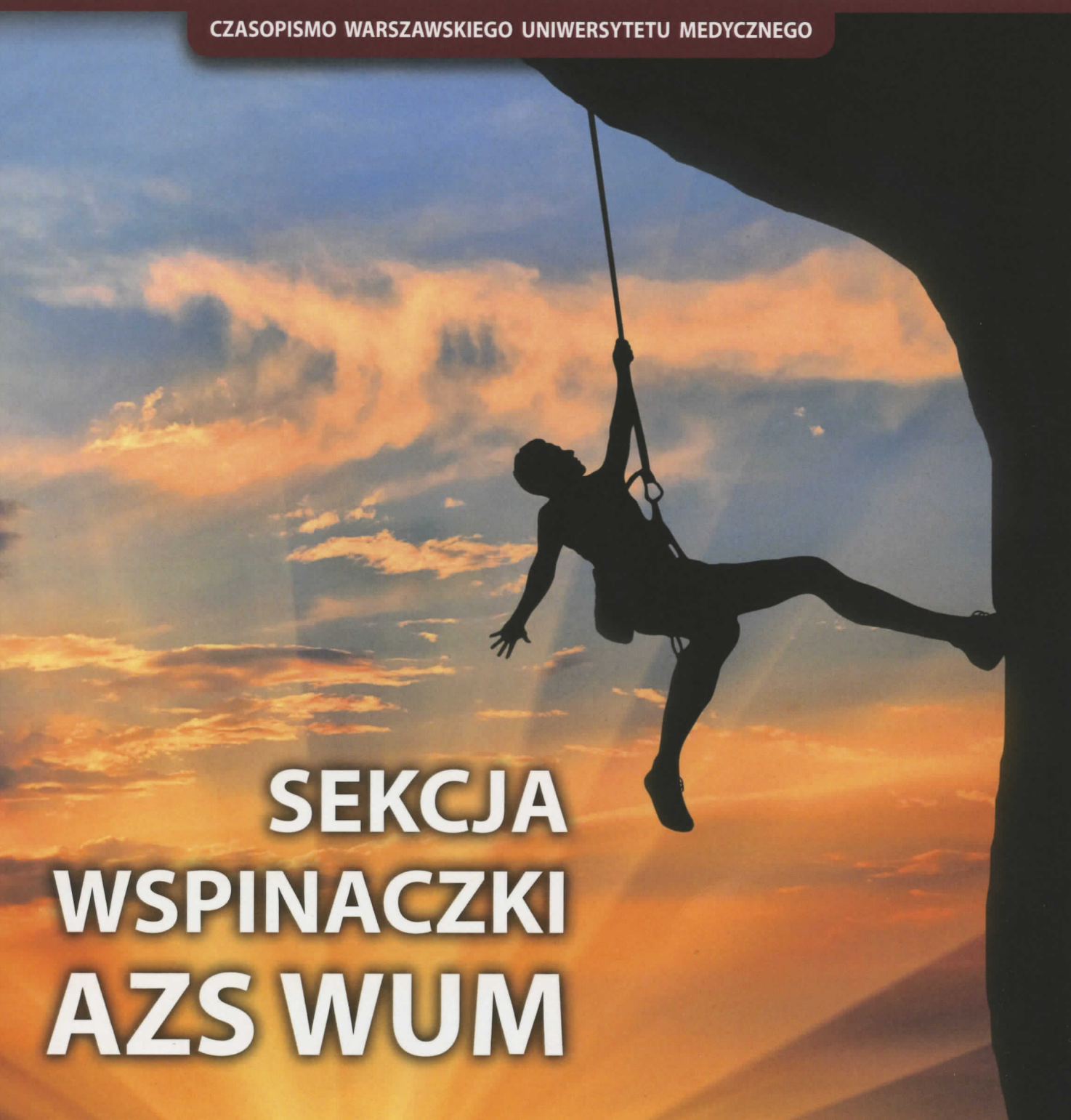
MDW

Medycyna • Dydaktyka • Wychowanie

WARSZAWA
ROK LII
ISSN 0137-6543

10
2020

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO



SEKCJA WSPINACZKI AZS WUM

INAUGURACJA
Inauguracja roku
akademickiego 2020/2021
str. 2

INFORMACJE
Eksperti WUM o tegorocznych
Nagrodach Nobla
str. 8

OBLICZA MEDYCYN
Chirurgia
metaboliczna
str. 23



Fotografia obrazu Antoine'a Josepha Wiertza, »Przedwczesny pogrzeb«, 1854, za: Wellcome Collection

NA GRANICY ŻYCIA I ŚMIERCI, CZYLI RZECZ O POCHÓWKACH NIE DO KOŃCA ZMARŁYCH, PORODACH TRUMIENNYCH I TAFEFOBII

Krzysztof Schoeneich, Adam Tyszkiewicz
Muzeum Historii Medycyny WUM

Granice, które oddzielają życie od śmierci, są w najlepszym razie niejasne i mgliste. Kto odważy się stwierdzić, gdzie kończy się jedno, a zaczyna drugie?

Edgar Allan Poe, *Przedwczesny pogrzeb*,
tłum. Stanisław Wyrzykowski,
Poznań 2010

Na Cmentarzu Ewangelicko-Augsburskim w Warszawie, przy murze od strony ulicy Młynarskiej, znajduje się grób zmarłej w 1793 roku Anny Reginy Kilemann. Charakterystycznym jego elementem jest barokowa, specjalnie stylizowana na uszkodzoną płytę, z której wyłania się postać młodej kobiety trzymającej za rączkę niemowlę. Każdy kto bez przewodnika zatrzyma się w tym miejscu po raz pierwszy, zastanawia się, skąd

tu taka oryginalna dekoracja. I ma rację! Z nagrobkiem tym wiąże się bowiem dramatyczna, powtarzana do dnia dzisiejszego w Warszawie na zasadzie legendy historia – jakoby Anna Regina – żona Podstarszego stowarzyszenia stołecznych intrologatorów – Jana Jerzego Krzysztofa Kilemanna miała zostać pochowana żywcem i, co najtrudniejsze do uwierzenia, urodzić pod ziemią dziecko. Taki przynajmniej opis można odnaleźć w historycznej prasie oraz najważniejszej publikacji poświęconej temu cmentarzowi autorstwa Eugeniusza Szulca¹. Czy rzeczywiście kobietę tę, będącą dodatkowo jeszcze w zaawansowanej ciąży, złożono do grobu za wcześniej, nie rozpoznawszy u niej np. letargu? Dziś oczywiście, po ponad dwustu latach, nie sposób odpowiedzieć na to pytanie, można jedynie snuć na ten temat różne przypuszczenia. Jedno jest natomiast pewne, przypadków pochowania żywcem było w historii dużo więcej, a lęk przed taką możliwością uzyskał nawet fachową nazwę w nauce, tj. tafefobia [od greckich słów *taphos* (grób) i *phobos*

¹ E. Szulc, *Cmentarz Ewangelicko-Augsburski*, Warszawa 1989, s. 264-265.



Grób Anny Reginy Kilemann na Cmentarzu Ewangelicko-Augsburskim w Warszawie, fot. Wanda Widomska, Dział Fotomedyczny WUM

(strach)]. Prześledźmy zatem to mrozące krew w żyłach zjawisko z punktu widzenia zarówno medycyny, jak i nauk humanistycznych. Zapytamy także specjalistów z zakresu medycyny sądowej oraz psychiatrii naszego Uniwersytetu, czy w czasach współczesnych spotyka się przypadki takich pochówków lub tego rodzaju lęk wśród pacjentów.

Strach przed przedwczesnym złożeniem do grobu ma bardzo odległe historyczne korzenie. Od zarania dziejów ludzie przekazywali sobie z ust do ust historie o odkryciu mogił, w których ciała

ludzkie znajdowały się w nienaturalnych pozycjach, często z powyrywaniem włosów i połamanymi paznokciami, a same miejsca pochówków nosiły ślady bezładnej w swych szansach na powodzenie walki pod ziemią. W takich okolicznościach miał umrzeć ponoć Tomasz à Kempis oraz Piotr Skarga, co przyczyniło się też do wstrzymania procesu ich beatyfikacji. Wiele takich historii pochodzi zwłaszcza z przełomu XVIII i XIX wieku, kiedy likwidowano dawne nekropolie i przenoszono szczątki ludzkie na nowe cmentarze; rozpowszechnił je również

nurt romantyzmu i pojawienie się gotyckiej literatury grozy. Coraz więcej artystów wykorzystywało tego rodzaju makabryczną treść w swoich dziełach sztuki, stała się ona też częstym tematem rozmów na salonach towarzyskich po obydwu stronach Oceanu Atlantyckiego.

Wielu słynnych ludzi wyrażało głośno swoje obawy odnośnie do przekroczenia tej niepoznanej granicy w trosce o wykluczenie błędów związanych z ustaleniem ostatecznego zgonu, m.in. prezydent Stanów Zjednoczonych Jerzy Waszyngton, duński bajkopisarz Hans Christian Andersen



Ilustracja z dzieła Jacques'a Bénigne Winslowa, »The Uncertainty of the Signs of Death, and the Danger of Precipitate Interments and Dissections«, London 1746

czy Fryderyk Chopin. Ten ostatni prosił nawet przed śmiercią: „Gdy ten kaszel mnie zadusi, zaklinam Was, każcie otworzyć ciało moje, żebym nie został pochowany żywcem”². Z tego też powodu jego serce oddzielono od ciała po stwierdzeniu zgonu, po czym za sprawą siostry pianisty Ludwika Jędrzejewiczowej trafiło ono do Warszawy i dziś spoczywa w kościele pw. Świętego Krzyża.

Lęk przed przedwczesnym pogrzebem jest głęboko zakorzeniony w historii,

² H. Opieński, *Listy Fryderyka Chopina*, Warszawa 1937.

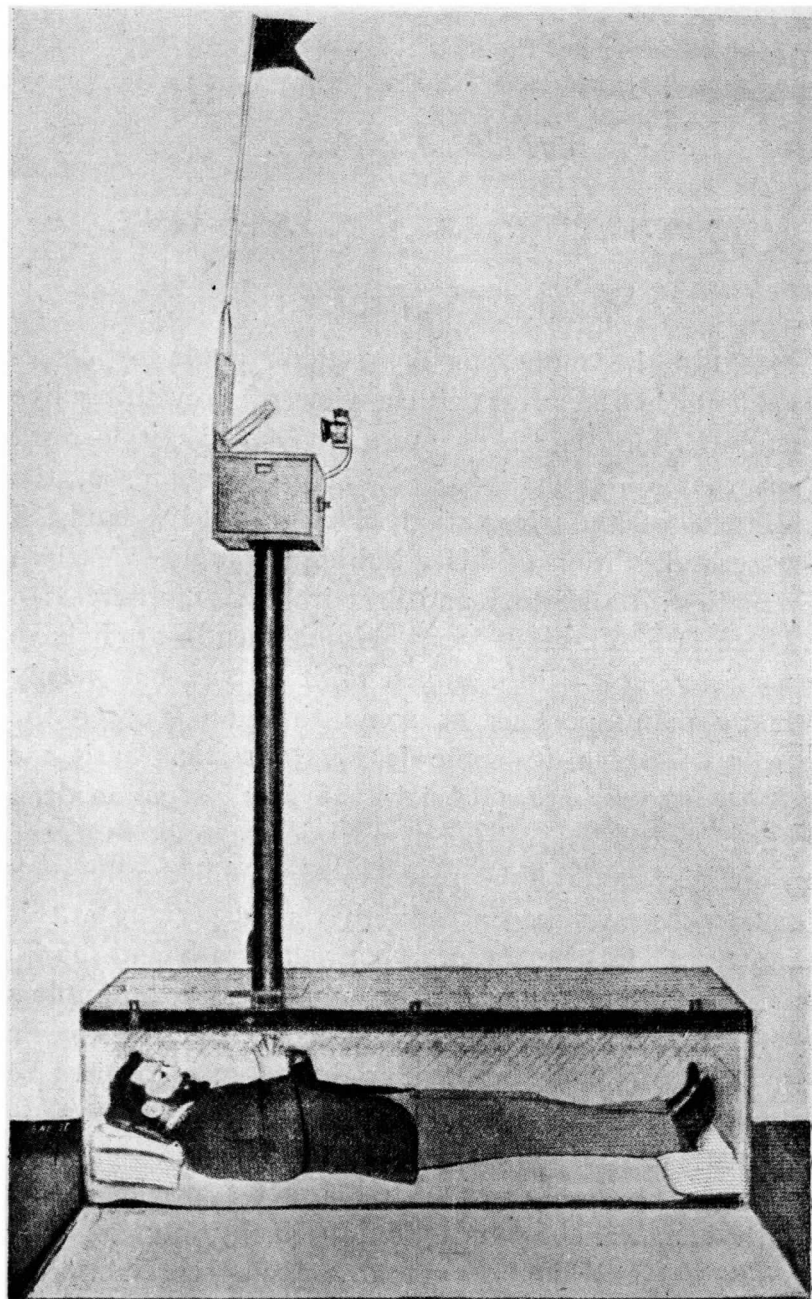
ale dopiero pod koniec XVIII wieku przybrał takie rozmiary, że wielu naukowców zaangażowało się w badanie pozornej śmierci i sposobów wybudzania osób połączonych w letargu. Angielski lekarz James Curry zdefiniował absolutną śmierć, którą można było rozpoznać po braku oddechu i bicia serca, bezruchu ciała i utracie wrażliwości na ból spowodowany nakłuciem i gorącem, oraz pozorną śmierć, gdzie podstawowe funkcje życiowe były tylko wstrzymane i nadal można je było przywrócić, gdyby tylko została podjęta

odpowiednio szybko reanimacja. Z kolei włoski lekarz Pietro Manni napisał esej pt. *Praktyczny podręcznik dotyczący opieki nad pozornie zmarłym*, podejmując w nim temat odpowiedniej reanimacji osób będących w stanie letargu. Warto także wspomnieć o Jacques'u Bénigne Winslowie, który w 1740 r. zasugerował, że jedyną naprawdę niezawodną oznaką śmierci jest początek rozkładu zwłok i zalecił lekarzom, w celu upewnienia się, że denat naprawdę nie żyje, np. wsypywanie do nosa i nacieranie dziąseł zmarłego

takimi specyfikami jak papryka, tabaka, sok z cebuli lub czosnku. Winslow zalecał też, co dziś może wzbudzać grozę, a z pewnością zniesmaczenie, wlewanie do ust zmarłym ciepłego moczu i lewatywę z dymu tytoniowego³.

Jak widać, niegdyś zdiagnozowanie zgonu wcale nie było takie oczywiste, jak może się nam, współcześnie żyjącym, wydawać. Bez nowoczesnej technologii, takiej jak elektrokardiogramy, dawni lekarze mogli tylko palcami wyczuwać tętno i za pomocą lusterek przytkniętych do ust denata sprawdzić, czy jeszcze ewentualnie oddycha. Prawidłowe rozpoznanie śmierci stało się łatwiejsze wraz z wynalezieniem stetoskopu przez René Laenneca w 1816 r. Trzeba jednak mieć na uwadze, że XIX-wieczne stetoskopy były znacznie mniej czułe niż ich dzisiejsze odpowiedniki. Nawet w XXI wieku, przy dostępnej obecnie technologii, granica między życiem a śmiercią jest często mglista. Wciąż toczy się debata, głównie etyczna, na temat tego, kiedy następuje „ostateczna śmierć” i jaka jest jej definicja, ponieważ mimo tego, że mózg może przestać funkcjonować, ciało może pozostać podłączone do aparatury podtrzymującej życie.

Ograniczenia technologiczne nie były jedynym czynnikiem wpływającym na możliwość przedwczesnego pochówku: decyzja o orzeczeniu zgonu często leżała w gestii lekarzy posiadających niewielkie lub wręcz żadnego formalnego przeszkolenia. Nawet jeśli medyk posiadał odpowiednie kwalifikacje, dawna medycyna miała ograniczoną wiedzę na temat schorzeń neurologicznych, takich jak padaczka lub katatonia połączona z katapleksją, które były często odpowiedzialne za tzw. pozorną śmierć, czyli zjawisko letargu. Tak więc zdarzały się w przeszłości przypadki, że „pozornie zmarli” nagle ożywali nawet podczas pogrzebu. To połączenie nieufności co do umiejętności lekarzy wraz z częstą potrzebą szybkiego pochówku, szczególnie w czasie epidemii np. cholery, ospy, dżumy, powodowało zrozumiałe obawy opinii publicznej przed pogrzebaniem za życia. Nie dziwi zatem rozpowszechniony dawniej zwy-



Przykładowy projekt grobu chroniącego przed pochowaniem żywcem, Wellcome Collection

czaj dwu lub trzydniowego czuwania przy zwłokach, dziś już, uregulowany prawnie (zwłoki osób zmarłych nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu, z wyjątkiem zwłok osób zmarłych na niektóre choroby zakaźne, które powinny być pochowane na najbliższym cmentarzu w ciągu doby od chwili śmierci), jako jeden ze sposobów upewnienia się, że faktycznie zmarły nie żyje⁴. A jakie czynniki obecnie potwierdzają ostateczną śmierć człowieka? Pytanie to i kilka innych zadaliśmy prof. Pawło-

wi Krajewskiemu – lekarzowi medycyny sądowej z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Paweł Krajewski: To zależy od sytuacji. Inaczej wygląda to np. na ulicy czy w domu, inaczej w warunkach szpitalnych. Aby stwierdzić zgon w warunkach zewnętrznych (dom, ulica), poza stwierdzeniem braku czynności życiowych należy potwierdzić występowanie wczesnych znamion śmierci – plam opadowych i stężenia pośmiertnego. Jeżeli tych wczesnych znamion śmierci nie ma, wtedy podejmuje się czynności resuscytacyjne.

3 M. Cascella Pietro Manni (1778–1839) and the care of the apparently dead in the Age of Positivism, „Journal of Medical Biography”, 2014, s. 1-7.

4 Art. 9 pkt 1 i pkt 3 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Natomiast w warunkach szpitalnych są bardziej zaawansowane procedury potwierdzania zgonu.

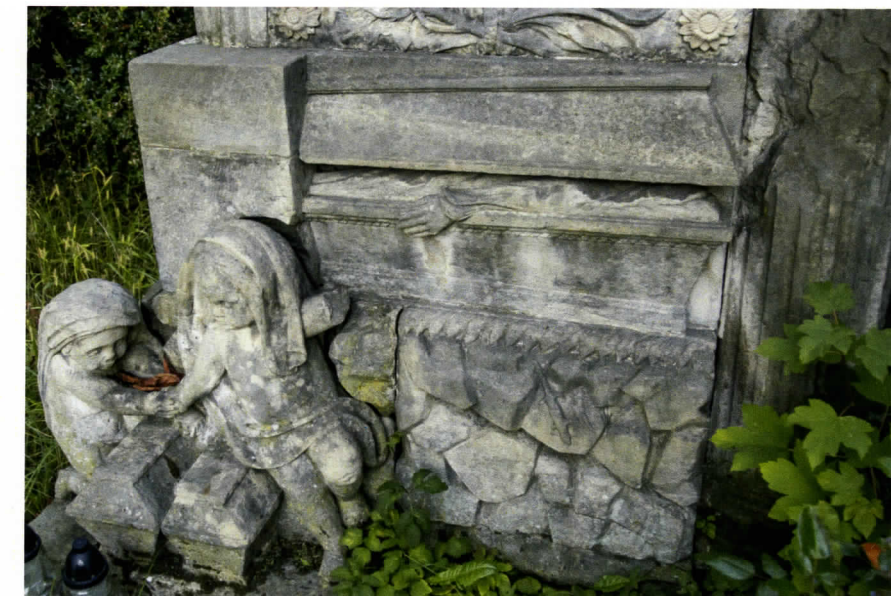
Adam Tyszkiewicz i Krzysztof Schoeneich: Czy wyobraża sobie Pan Profesor sytuację, że obecnie człowiek mógłby zostać pochowany np. w stanie letargu?

Paweł Krajewski: Obecnie nie wyobrażam sobie takiej sytuacji, aczkolwiek okazjonalnie zdarzały się i zdarzają pomyłki w samym stwierdzaniu zgonu. W odleglejszej przeszłości dochodziło do nich często podczas epidemii, co wiązało się z pośpiechem w dokonaniu pochówku oraz utratą przytomności przez ciężko chorych pacjentów.

Adam Tyszkiewicz i Krzysztof Schoeneich: Czy słyszał Pan Profesor o sytuacjach, że przeznaczone do sekcji zwłoki ludzkie nagle zaczynają przejawiać oznaki życia?

Paweł Krajewski: Kilka lat temu było głośno w Polsce o 91-letniej kobiecie, która spędziła 11 godzin w chłodni domu pogrzebowego. Lekarz rodzinny stwierdził śmierć i wypisał kartę zgonu. Jakież było zdziwienie jej bliskich, gdy dostali telefon z zakładu pogrzebowego, że ich krewna jednak żyje! Słyszałem też o przynajmniej jednym przypadku przedwczesnego stwierdzenia zgonu u ofiary wypadku komunikacyjnego, gdy ofiara była zaklinowana i dostęp do niej był utrudniony, co przeszkadzało w czynnościach zespołu ratowniczego. Natomiast ta pomyłka została naprawiona przez następny zespół, już po wydobyciu ciała z samochodu przez straż pożarną.

Powracając do historii, cofnijmy się ponownie do XIX wieku. W „stuleciu pary” ludzki lęk przed przedwczesnym pochówkiem podsyłał dodatkowo amerykański pisarz Edgar Allan Poe. W jego noweli *Przedwczesny pogrzeb* (1844) narrator przebudowuje swój rodzinny grobowiec, wyposażając go w wyszukane mechanizmy mające umożliwić ucieczkę, magazyn na żywność oraz otwory na światło i powietrze, na wypadek gdyby został pogrzebany żywcem. Możliwe, że Poe



Nagrobek Elisabeth Eckelt na Cmentarzu Ewangelicko-Augsburskim w Warszawie, fot. Wanda Widomska, Dział Fotomedyczny WUM

wykorzystywał nastroje tamtych czasów w celu lepszej sprzedaży swojej książki, ale można też zaryzykować stwierdzenie, że jego publikacja upowszechniła jeden z bardziej przedziwnych wynalazków tych czasów – tzw. bezpieczne trumny, które uwydatniały niepewność ludzi co do precyzyjnego określenia momentu śmierci oraz strach przed przedwczesnym pogrzebem. Trumna bezpieczeństwa była dla „zmarłego” szansą do zasygnalizowania światu, że żyje i w pewnym stopniu środkiem na ukojenie za życia obaw przed pochowaniem żywcem.

Za prototyp trumny bezpieczeństwa uważa się tę, w której został pochowany mieszkaniec Manchesteru, Robert Robinson w 1791 roku. Jego zwłoki zostały złożone w mauzoleum wyposażonym w specjalne drzwi, które mógł otwierać z zewnątrz pełniący służbę wartownik. W trumnie Robinsona znajdował się szklany panel. Przed śmiercią Robinson poinstruował rodzinę, aby okresowo obserwowała trumnę. Jeśli na szybie pojawiłyby się oznaki kondensacji pary wodnej z oddechu, należało go natychmiast usunąć z trumny. Około 1792 roku książę Ferdynand z Brunszwiku zbudował pierwszą trumnę bezpieczeństwa, która miała szklany panel i rurkę zapewniającą dopływ świeżego powietrza. Trumna miała zamek umieszczony wewnątrz, a dwa klucze umieszczono w kieszeni księcia: jeden do samej trumny, a drugi do drzwi grobowca. W ciągu kilku następnych dziesięcioleci trumny bezpieczeństwa mogły poszczycić

się jeszcze bardziej nowatorskimi funkcjami, a prawie wszystkie projekty zawierały elementy dzwonka, zainstalowanego na powierzchni i połączonego z wnętrzem trumny za pomocą linki. Jak pisze Lloyd G. Stevenson w „Bulletin of the History of Medicine” [...] *pojawił się nowy biznes – wyposażanie grobów nie tylko w systemy wentylacyjne, ale także w rurki mówiące i urządzenia sygnalizacyjne (dzwonki, migające światła i chorągiewki), aby pozornie zmarli mogli się skomunikować z powierzchnią ziemi.*⁵ Bezpieczna trumna została także zaprojektowana przez Polaka Wojciecha Kwiatkowskiego – miała ona rurę doprowadzającą powietrze z powierzchni ziemi i wystającą na kilka centymetrów nad jej powierzchnię. Do jej końca przymocowany był kłębek jaskrawej wełny lub pęczek piór. Osoba pochowana w letargu, w momencie przebudzenia za pomocą urządzenia opartego na sprężynie wystrzeliwała kłębek w powietrze, który miał zadziałać jak dzisiejsze racje ratunkowe.

Dość oryginalne środki zapobiegawcze przedwczesnemu pochówkowi pojawiły się w Niemczech. Między 1790 a 1860 rokiem wybudowano tam około 30 kostnic przedpogrzebowych, tzw. *Leichenhauser*, w których trzymano zwłoki zmarłych, dopóki nie rozpoczął się proces rozkładu. Zwłoki spoczywały na cynkowych tacach wypełnionych środkiem

⁵ Lloyd G. Stevenson *Suspended animation and the history of anesthesia* „Bulletin of the History of Medicine” Vol 49, nr 4, 1975, s. 482-511.

antyseptycznym, aby zmniejszyć ryzyko infekcji i opóźnić proces gnicia, a wokół tac układano kwiaty, aby ukryć nieuniknione zapach śmierci.

Jest prawdopodobne, że stąd właśnie wziął się zwyczaj ozdabiania grobów kwiatami na pogrzebach. Zmarłym do ręki przymocowywano sznurek połączony z dzwonkiem w sąsiednim pomieszczeniu, w którym czuwał przeszkolony pracownik, gotowy udzielić pierwszej pomocy. Zwyczaj ten zawędrował także do Polski, konkretnie do Poznania, gdzie w latach 20. XIX w. podczas likwidacji lokalnego cmentarza odkryto zwłoki spoczywające w trumnach w nienaturalnych pozach. Mieszkańców miasta ogarnął z dnia na dzień strach, co skłoniło hrabiego Edwarda Raczyńskiego do ufundowania w 1848 roku domu dla pozornie zmarłych – prawie że hotelu, zwanego Przysionkiem Śmierci. Posiadał on podobną konstrukcję jak niemieckie *Leichenhauser* – (plany budynku sprowadził Raczyński zresztą z Niemiec) – dzielił się na trzy pomieszczenia. W jednym układano na katafalkach zwłoki kobiet, w drugim mężczyzn. Obok znajdowało się pomieszczenie dozorczy, który czuwał, czy nieboszczycy nie dają oznak życia. By pomóc mu w tym niewdzięcznym zadaniu, do kończyn zwłok przytwierdzano specjalne dzwoneczki. W przypadku powrotu z zaświatów któregoś z nieszczęśników stróż wzywał lekarza, który przeprowadzał reanimację.

Obawa przed pogrzebem żywcem zaczęła zanikać w XX wieku, gdy pojawiły się nowe praktyki pogrzebowe. Po skremowaniu ciała lub po jego zabalsamowaniu można było mieć absolutną pewność, że dana osoba nie żyje. Współczesnym odpowiednikiem tego schorzenia mógłby być strach przed pobraniem narządów od pacjenta, który jeszcze żyje. Obecnie tafefobia wydaje się być dość rzadkim zaburzeniem psychiatrycznym; różne

formy innych fobii są znacznie bardziej rozpowszechnione. Temat takiego lęku poruszyliśmy w rozmowie z dr. hab. Tadeuszem Nasierowskim z Katedry Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

Adam Tyszkiewicz i Krzysztof Schoeneich: Czy zdarzyło się w Pana karierze spotkać osobę, która obawiała się pogrzebania żywcem?

Tadeusz Nasierowski: Nie spotkałem się współcześnie z takim przypadkiem. Mam w swojej pracy kontakt z pacjentami psychotycznymi, mającymi urojenia, lęki, co skutkuje zerwaniem kontaktu z realną rzeczywistością, ale żaden z nich nie przejawiał takich obaw. Oczywiście jeszcze 100–200 lat temu takie fobie mogły istnieć, natomiast zmieniało się to wraz z upływem czasu i zmianą uwarunkowań kulturowych.

Adam Tyszkiewicz i Krzysztof Schoeneich: Jakby Pan określił główne objawy tafefobii?

Tadeusz Nasierowski: Jest to zaburzenie lękowe, charakteryzujące się tym, czym inne fobie – czyli pojawia się strach przed konkretnym zjawiskiem lub sytuacją, które bardzo często nie stanowią realnego zagrożenia. Objawami są bardzo duży niepokój, wzmożona potliwość, wzrost ciśnienia, tachykardia. We współczesnej klasyfikacji psychiatrycznej takiej fobii już się jednak nie wymienia. Tafefobię w dzisiejszych czasach zastąpił raczej lęk egzystencjonalny, strach przed śmiercią, gdy ktoś nie jest na nią przygotowany. Obecnie często spotykanym zjawiskiem, jak kiedyś tafefobia, jest klaustrofobia – czyli strach przed znalezieniem się w zamkniętej przestrzeni. Nie wiązałbym tego ostatniego jednak z lękiem przez śmiercią.

Adam Tyszkiewicz i Krzysztof Schoeneich: Gdyby dzisiaj zgłosił się do Pana Profesora pacjent z objawami tafefobii, jak wyglądałaby procedura leczenia?

Tadeusz Nasierowski: Wszystko zależałoby od etapu, na jakim pacjent znajdowałby się i czy wcześniej nie podejmowano jakichś działań w kierunku udzielenia mu pomocy. Nie ma obecnie takiego leku, który rozwiązywałby całkowicie kwestię lęków; poza tym mogą się z tym wiązać kolejne problemy, np. uzależnienia, szczególnie przy dużych dawkach i ciągłym przyjmowaniu przez dłuższy czas leków psychotropowych (zwłaszcza benzodiazepin), które także powodują, że pacjent nie najlepiej funkcjonuje, czy to społecznie, czy zawodowo. Zaleciłbym zatem raczej psychoterapię, szczególnie na początkowym etapie rozwoju takiego zaburzenia.

Na koniec powróćmy jeszcze raz do historii Anny Reginy Kilemann i oceńmy, czy rzeczywiście, zgodnie z tym, co donosiła warszawska legenda, mogło dojść pod ziemią do narodzin dziecka w tak makabrycznych okolicznościach? Uspokajamy jednak. Najpewniej nic takiego nie miało miejsca, albowiem dla sytuacji tej można znaleźć naukowe wytłumaczenie. Znaleźliśmy je w książce prof. Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego, a potwierdziliśmy u prof. Pawła Krajewskiego – najprawdopodobniej po pogrzebie doszło do tzw. porodu trumiennego, zjawiska, kiedy w zwłokach zanika już stężenie pośmiertne i dochodzi do zwiótczenia mięśni, a jednocześnie pod wpływem gazów gnilnych wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej i dochodzi do wypchnięcia płodu na zewnątrz ciała zmarłej matki⁶. Resztę historii, jak można łatwo się domyślić, dodała ludzka wyobraźnia... ■

⁶ W. Grzywo-Dąbrowski, *Badanie zwłok i miejsca gdzie były znalezione*, Warszawa 1959, s. 31.

Bardzo dziękujemy prof. dr. hab. Pawłowi Krajewskiemu oraz dr. hab. Tadeuszowi Nasierowskiemu za udzielenie wywiadów w październiku 2020 r.
Pozwoliły nam one lepiej zrozumieć tytułowy temat.