

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KRAKOWIE

FARMACJA KRAKOWSKA



ROK XII / nr 4 / 2009



Kompleksowa usługa:
projekt, wykonanie, dostawa do siedziby firmy

logotyp firmy
wizytówki i papiery firmowe
pieczętka
koperty firmowe
strona internetowa firmy

ulotki i plakaty reklamowe
billboardy
foldery reklamowe

a po pracy...
imprezy okolicznościowe
wyjazdy integracyjne
katering
przewozy osób

Jeden telefon, jedna faktura

Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Krakowie

Farmacja Krakowska



Dwumiesięcznik, rok XII / nr 4 / 2009

Wydawca:

© Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie

30-382 Kraków, ul. Kobierzyńska 98/68

tel. 0-12 264-25-14, 0-12 264-25-53, 0-12 264-25-54, fax 0-12 264-25-09

<http://www.oia.krakow.pl>

e-mail: redakcja_bfk@oia.krakow.pl

Redaguje kolegium w składzie:

mgr farm. Barbara Sanowska – redaktor naczelna

mgr farm. Piotr Józwiakowski – prezes OIA

dr n. farm. Maciej Bilek – z-ca redaktora naczelnego, e-mail: mbilek@tlen.pl

mgr farm. Iwona Dymarczyk, mgr farm. Joanna Typek, e-mail: jtypek@op.pl

Maciej Kołaczkowski, Jadwiga Wojdyła

Stali współpracownicy:

Paweł Kubica, e-mail: p_kubica@yahoo.com

Maciej Strzemiński, e-mail: maciej.strzemiński@poczta.onet.pl

Realizacja wydawnictwa:

Hector Studio

Kraków, ul. Kazimierza Wielkiego 1/15

tel. kom. 0-601 40-65-39

e-mail: ll@gk.pl

Skład, łamanie: Leszek Liskiewicz

Projekt okładki: Atilla Leszek Jamrozik

Fotografia: Adam Olszowski

Na okładce obraz Piotra Stachiewicza „Hygiea”,

będący własnością Muzeum Farmacji w Krakowie, ul. Floriańska 25

Redakcja nie zwraca niezamówionych materiałów i zastrzega sobie prawo do skrótu,
nie odpowiada za treść ogłoszeń.

ISSN 1505-8166

Nakład: 2600 egzemplarzy



SPIS TREŚCI

Rozmowa z prezesem	4
Informacje bieżące	8
Kalendarium	9
Informacje Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie	11
Prawnik radzi	15
Wykaz obowiązujących aktów prawnych	17
Nowości wydawnicze	18
Co farmaceuta wiedzieć powinien	19
Od natury do receptury	25
Rośliny lecznicze	29
Misce, fiat	31
Wywiad	35
Apteki Małopolski	40
Varia	46
Przed 100 laty polska prasa farmaceutyczna pisała... ..	48
Z dawnej apteki	49
Warto przeczytać	50



ROZMOWA Z PREZESEM

Panie Prezesie, w ostatnich tygodniach polską farmację zelektryzowało kilka bardzo ważnych wiadomości. Zacznijmy od wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który orzekł, że posiadanie i prowadzenie apteki może być zastrzeżone wyłącznie dla farmaceutów. Czy dla Polski i polskiej farmacji decyzja ta może mieć jakiegokolwiek następstwa? Czy możliwy jest powrót do postulowanego przez nasze środowisko postulatu – „apteka tylko dla farmaceuty”?

Proces toczył się na wniosek Włoch i Niemiec, gdzie ustawodawstwo warunkuje tzw. *reżim prawny własności aptek* i zezwala, aby apteki mogli prowadzić jedynie farmaceuci. Motywuje się to w tych krajach koniecznością zagwarantowania należytej jakości zaopatrywania ludności w leki. Taki stan prawny został zaskarżony, a głównym argumentem „przeciwko” była swoboda gospodarcza. Trybunał orzekł jednak, że apteka jest miejscem szczególnym, a lekarstwa – niosące ze sobą wiele zagrożeń – nie są zwykłymi towarami handlowymi. Nam, jako polskim farmaceutom może pomóc do jedynie w tym, że jeżeli na forum władz np. Naczelnej Izby Aptekarskiej, powróci chęć przyjęcia stanowiska, że apteka powinna należeć tylko do farmaceuty, to wśród władz Izby nie będzie mógł paść kontrargument, że nie ma takiej możliwości, że nie zezwoli nam na to Unia lub przepisy o swobodzie gospodarczej.

Kolejne pytanie dotyczy wprowadzonego w Polsce przez firmę AstraZeneca systemu sprzedaży bezpośredniej swych produktów. Proszę wyjaśnić, na czym polega ten mechanizm, jakie są już i jakie będą w przyszłości jego konsekwencje. Na czym polegają kontrowersje wokół sprzedaży bezpośredniej?

System sprzedaży bezpośredniej daje możliwość wpływania firmie na dystrybucję danej grupy preparatów. W mniemaniu firmy jest to najbardziej sprawiedliwe rozwiązanie. Do wprowadzenia w życie takiego rozwiązania wystarczy założyć hurtownię farmaceutyczną lub skład konsygnacyjny, który zaopatruje w leki wybranych operatorów. Ci zaś zajmują się jedynie bezpośrednim zaopatrywaniem aptek i są logistycznie odpowiedzialni za to, aby lek dotarł do danej placówki. Po złożeniu zamówienia u takiego operatora, jest ono przekazywane do firmy prowadzącej sprzedaż bezpośrednią, a ta z kolei zleca zrealizowanie takiego zamówienia. Co za tym idzie? Po pierwsze – zmuszeni jesteśmy do kupowa-

nia leków danej firmy wyłącznie u wybranych przez nią operatorów. Po drugie – to firma, prowadząca sprzedaż bezpośrednią, kreuje popyt i podaż. Decyduje, czy można w ogóle kupić jej leki, czy nie oraz, czy i jaki będzie dana apteka miała limit w zakupie jej produktów. Argumentacja firmy AstraZeneca przy wprowadzaniu sprzedaży bezpośredniej była taka, że jej leki wypływają z Polski zagranicę. Mnie to tłumaczenie nie przekonuje. Naczelna Rada Aptekarska, po przeprowadzonej na przełomie czerwca i lipca konferencji prawników, określiła już swoje stanowisko na ten temat: działanie firm AstraZeneca i AstraZeneca Polska stanowi jaskrawe naruszenie przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, poprzez stosowanie praktyk ograniczających konkurencję oraz praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Jednocześnie Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wystąpił do Głównego Inspektora Farmaceutycznego z wnioskiem o wszczęcie postępowania administracyjnego celem zbadania zgodności z prawem działań firm AstraZeneca i AstraZeneca Polska. Kolejny wniosek adresowany jest do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w którym zawiadamia, że zachodzi podejrzenie stosowania praktyk ograniczających konkurencję oraz praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Osobna korespondencja skierowana została do Ministra Zdrowia. Opisano w niej monopolistyczne działania firm.

Panie Prezesie, w ostatnich tygodniach poszerzone zostały listy leków dostępnych poza aptekami. Jak Pan odnosi się do tej decyzji?

Jest to kompletnym błędem. Cały świat wycofuje się z pozaaptecznej sprzedaży leków! Amerykanie na przykład obliczyli ile kosztowało ich system opieki zdrowotnej to, że leki były tak szeroko dostępne. Chodzi tu o działania niepożądane i ich skutki. Niemożliwe jest jednak całkowite wyeliminowanie rynku pozaaptecznego. Moim zdaniem powinien istnieć system sprzedaży pozaaptecznej, bardzo jednak okrojony. Powinien być to system polegający na tym, że np. na stacjach benzynowych dostępne są leki OTC, typu leków przeciwbólowych lub stosowanych w chorobie lokomocyjnej. Leki takie powinny być dostępne jednak wyłącznie w postaci opakowań dwutabletkowych. Przyjmujemy wówczas, że leki te wydają osoby niewykwalifikowane, które nie mają kompletnego pojęcia o tym, że ta sama substancja, dajmy na to paracetamol, jest składnikiem wielu różnych leków, a tym bardziej – że osoby te nie będą wiedzieć, że dany lek może mieć szkodliwe działanie. Taki system dystrybucji nazwałbym „systemem dowolnego wyboru”. Kklient przychodzi na stację benzynową, wie, że boli go głowa i chce kupić lek na ból głowy. Nie oczekuje żadnej dodatkowej pomocy od osoby niewykwalifikowanej. Drugim miejscem, gdzie mogłyby być dostępne leki to sklepy zaopatrzenia medycznego i sklepy zielarskie. Tam opakowania leków mogą być większe, gdyż obsługuje nas osoba posiadająca już jakąś wiedzę z zakresu farmacji.

Panie Prezesie, jakie są obecnie losy ustawy „Prawo farmaceutyczne”? Czy powołany został już przy Ministerstwie Zdrowia, wzmiankowany ostatnio przez Pana, zespół ekspertów?

Zespół ekspertów został powołany. Tyle wiemy. Podobno pracuje, nikt jednak nie wie, kto wchodzi w jego skład. Z izbami aptekarskimi nie prowadzi się żadnych rozmów, ani nie przedstawia, jaki kształt planuje się nadać nowemu projektowi.

Chciałbym dziś porozmawiać na temat grupy zawodowej niezwiązanej wprawdzie z naszą Izbą Aptekarską, ale obecną w życiu niemal każdej apteki. Mam na myśli techników farmacji. Jakie jest obecnie ich położenie? Czy ich wykształcenie odpowiada powierzonym im czynnościom? Jaka jest przyszłość zawodu?

Bardzo szanuję tę grupę zawodową. Technik farmaceutyczny jest nierozłącznie związany z polskimi aptekami. Zasób magistrów farmacji jest zbyt mały, aby pokryć zapotrzebowanie na fachowych pracowników apteki, a ponadto technik ma swoje, wyjątkowe możliwości i jest w aptece bardzo potrzebny. Przecież receptury uczy się znacznie dłużej niż my, magistry! Natomiast bardzo niepokojącą kwestią związaną z technikami farmacji jest powstanie szeregu szkół, a właściwie „szkółeczek”, które kształcą techników farmaceutycznych – w moim mniemaniu – tylko po to, aby zarobić na utrzymanie szkoły. Nie przygotowują one zupełnie do zawodu. Odnoszę wrażenie, że dążenie techników do wprowadzenia w życie dwustopniowego systemu kształcenia, rozpoczynającego się technikum farmaceutycznym, nie jest dobrą drogą. Wydaje mi się, że powinniśmy pozostać przy systemie jednostopniowym, czyli studiach magisterskich. Sam zresztą najpierw ukończyłem technikum farmaceutyczne, a potem dopiero poszedłem na studia. I zawsze powtarzam: dla „chcącego” technika, zdanie egzaminu wstępnego na studia farmaceutyczne oraz ich ukończenie nie jest żadnym problemem! Technicy potrafią się także świetnie zorganizować, mają swój Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych, przy którym prowadzone są szkolenia. Ponadto w nowym projekcie ustawy o zawodach medycznych jest szereg wytycznych, mówiących o pracy technika farmaceutycznego. Jeżeli projekt ten przejdzie, oznaczać będzie to, że technicy zyskają dodatkowe oparcie organizacyjne w Ministerstwie Zdrowia. Oznaczać to będzie także, że podlegać będą szeregowi praw.

A jakim obecnie prawom i instancjom podlegają technicy farmacji?

Właściwie żadnym! Technik farmaceutyczny, kończący technikum, idzie do apteki i odbywa tam dwuletni staż podyplomowy, którego przebieg i zasady opisuje odnośne rozporządzenie. Następnie otrzymuje zaświadczenie o odbyciu stażu, także o określonym wzorze. Bardzo dużo uprawnień – choć nieformalnie – przekazali technikowi dobrowolnie sami magistry farmacji, włącznie z udzielaniem informacji na temat leku.

Przy jakich czynnościach technicy pracują w aptekach najczęściej?

W zasadzie technik jest równoprawnym pracownikiem apteki z magistrem farmacji: ekspediuje leki i wyroby medyczne, wykonuje leki recepturowe. Jedyne ograniczenia dotyczą sporządzania i wydawania grup leków bardzo silnie działających, odurzających i psychotropowych.

Na koniec pytanie nawiązujące do „tematu numer jeden” światowych mediów: „kryzys”. Czy osławiony „kryzys” widać w aptekach i w przemyśle farmaceutycznym? Czy osłabienie globalnej gospodarki przekłada się na funkcjonowanie małopolskich aptek?

Ja w farmacji żadnego kryzysu nie widzę. Nie zauważyłem także, żeby specjalnie w aptekach zmniejszyła się sprzedaż, żeby ludzie mniej korzystali z leków. Tym bardziej więc kryzys nie dotknie firm farmaceutycznych, które produkują to, co my sprzedajemy! Mniej pieniędzy na rynku może oznaczać jedynie spadek sprzedaży produktów wydawanych odręcznie.

Dziękuję bardzo za rozmowę.

Z mgr. farm. Piotrem Józwiakowskim, prezesem krakowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, rozmawiał Maciej Bilek.





INFORMACJE BIEŻĄCE

Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie

ul. Kobierzyńska 98/68, 30-382 Kraków

tel. 264-25-13, 264-25-14, 264-25-53, 264-25-54, fax 264-25-09

Nr konta: 36 1020 2892 0000 5702 0016 1745

Biuro w Krakowie czynne:

w poniedziałki od godz. 9⁰⁰ do 17⁰⁰

od wtorku do piątku od godz. 9⁰⁰ do 15³⁰

Prezes

mgr farm. Piotr Józwiakowski pełni dyżury:

w poniedziałki od godz. 12⁰⁰ do 17⁰⁰, w czwartki i piątki od godz. 12⁰⁰ do 14⁰⁰

Kierownik biura

Jadwiga Wojdyła

Radca prawny OIA

mgr Janusz Brol dyżuruje w poniedziałki od godz. 14⁰⁰ do 17⁰⁰

Wysokość składek członkowskich:

- Kierownicy aptek ogólnodostępnych i hurtowni farmaceutycznych: 65 zł
- Inne osoby pełniące kierownicze funkcje na stanowiskach związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty oraz kierownicy aptek szpitalnych i zakładowych: 35 zł
- Pozostali członkowie Izby (w tym pracujący emeryci i renciści): 20 zł
- Emeryci i renciści niepracujący: 5 zł



KALENDARIUM

- 1.06.2009 r.** **Kraków** – zebranie naukowe „Nowoczesna diabetologia”.
- 15.06.2009 r.** **Kraków – Wydział Farmaceutyczny CMUJ** – udział V-ce Prezesa Witolda Juchy w zebraniu komisji kwalifikacyjnej na specjalizację z farmacji aptecznej.
- 17.06.2009 r.** **Warszawa** – udział Prezesa Piotra Józwiakowskiego w spotkaniu zespołu ekspertów do opracowania programu kursów w szkoleniach ciągłych.
- 22-23.06.2009 r.** **Ożarów Mazowiecki** – szkolenie dla Okręgowych Sądów Aptekarskich i Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej.
- 23.06.2009 r.** **Warszawa** – posiedzenie Prezydium NRA.
- 24.06.2009 r.** **Warszawa** – posiedzenie NRA.
- 30.06.-1.07.2009 r.** **Warszawa** – narada robocza prawników Okręgowych Izb Aptekarskich. Temat główny: ustawa o zawodzie farmaceuty.
- 6.07.2009 r.** **Kraków** – ślubowanie farmaceutów odbierających prawo wykonywania zawodu.
- 9.07.2009 r.** **Kraków** – spotkanie Prezesa Piotra Józwiakowskiego z Dyrektorem Muzeum Farmacji Zbiegniewem Bela i Panią Kanclerz CMUJ – Ewą Pędracką-Kwaskowską w sprawie mebli aptecznych z likwidowanej Apteki „Pod Złotym Słoniem” przy Placu Wszystkich Świętych.
- Kraków** – spotkanie Prezesa Piotra Józwiakowskiego z dr Agnieszką Skowron w sprawie organizacji konferencji „Opieka Farmaceutyczna”.

- 9.07.2009 r.** **Kraków** – udział Prezesa Józwiakowskiego i V-ce Prezesa Juchy w spotkaniu z firmą zajmującą się sporządzaniem wniosków o dotacje unijne na szkolenia.
- 10.07.2009 r.** **Warszawa** – udział Prezesa w spotkaniu Komitetu wypracowującego strategię dla samorządu.
- 15.07.2009r.** **Kraków** – Prezydium ORA.
- 17.07.2009r.** **Kraków** – Wydział Farmaceutyczny – spotkanie Prezesa Józwiakowskiego z Dziekanem – prof. Janem Krzekiem w sprawie współpracy.





INFORMACJE OIA W KRAKOWIE

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

Znak: Śląski OW NFZ/WGL-IV-1-074-12-119-w/bc/09 Katowice, dnia 17.07.09

Pan
Mgr farm. Piotr Józwiakowski
Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej
w Krakowie
ul. Kobierzyńska 98
30-382 Kraków

Szanowny Panie Prezesie,

Uprzejmie informuję, że do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęła informacja od pana mgr farmacji Tomasza Kusia, dotycząca problemów realizacji na terenie woj. małopolskiego recept podlegających refundacji wystawionych na kuponach usług medycznych (KUM) w zakładach opieki zdrowotnej woj. śląskiego mieszkańcom woj. małopolskiego. Proszę uprzejmie o zwrócenie PT farmaceutom prowadzącym apteki uwagi, że recepty na leki refundowane i materiały medyczne wystawione na kuponach usług medycznych powinny być realizowane na tych samych zasadach, co inne recepty, zgodnie z § 38 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich. Jednocześnie zwracam uwagę, że żółty kolor kuponu nie jest istotny dla realizacji recepty, natomiast w aptece realizacji podlega jej oryginał.

Z poważaniem

*Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
Zygmunt Klosa*

Do wiadomości:
Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ
a/a



**GŁÓWNY INSPEKTOR
FARMACEUTYCZNY**

Warszawa, dnia 08-07-2009 r.

GIF-P-024-6-1/MW/09

**Pan
Grzegorz Kucharewicz
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
ul. Długa 16
00-238 Warszawa**

Szanowny Panie Prezesie,

Uprzejmie informuję Pana Prezesa, że podczas Konferencji Głównego Inspektora Farmaceutycznego z Wojewódzkimi Inspektorami Farmaceutycznymi i Kierownikami Delegatur Wojewódzkich Inspektoratów Farmaceutycznych, która odbyła się w Ustroniu w dniach 21 – 23 czerwca 2009 r., diskutowana była m.in. sprawa sposobu obliczania wieku kierownika apteki, który ukończył 65 lat i pełni tę funkcję na podstawie zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego wyrażonej w trybie art. 88 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zam.).

W załączniku przesyłam kopię pisma Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 8 lipca 2009 r. znak GIF-P-024-6/MW/09 przedstawiającego stanowisko w powyższym zakresie. Przedmiotowe pismo zostało skierowane do wszystkich wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych.

Z poważaniem

*Główny Inspektor Farmaceutyczny
Zofia Ulz*





**GŁÓWNY INSPEKTOR
FARMACEUTYCZNY**

Warszawa, dnia 8 lipca 2009 r.

GIF-P-024-6/MW/09

Wojewódzcy Inspektorzy Farmaceutyczni wszyscy

Nawiązując do dyskusji podczas Konferencji Głównego Inspektora Farmaceutycznego z Wojewódzkimi Inspektorami Farmaceutycznymi i Kierownikami Delegatur Wojewódzkich Inspektoratów Farmaceutycznych, która odbyła się w Ustroniu w dniach 21 - 23 czerwca 2009 r., poniżej przedstawiam stanowisko dotyczące sposobu obliczenia wieku kierownika apteki, który ukończył 65 lat i pełni tę funkcję na podstawie zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego wyrażone w trybie art. 88 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2006 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.):

Zgodnie z treścią art. 88 ust. 2 i 3 ustawy - Prawo farmaceutyczne kierownikiem apteki może być farmaceuta, który nie przekroczył 65 roku życia. Za zgodą wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego wydaną na wniosek zainteresowanego po zasięgnięciu opinii okręgowej izby aptekarskiej wskazany okres może być przedłużony do 70 roku życia.

Rozbieżność budzi sposób ustalenia dokładnej daty ukończenia 65 i 70 roku życia. Czy przepisy prawa farmaceutycznego należy rozumieć w ten sposób, iż datę ukończenia 65/70 roku życia należy łączyć z datą urodzenia czy z końcem roku kalendarzowego, w którym kierownik apteki ukończył wskazany w przepisach wiek.

Przepisy Prawa farmaceutycznego nie wskazują jak należy obliczać terminy określone w latach. Również Kodeks postępowania administracyjnego nie reguluje tych zasad, ograniczając się w art. 57 do sposobu obliczania terminów określonych w dniach, w tygodniach i w miesiącach.

W celu wypełnienia tej luki zasadne wydaje się zastosowanie przepisów Kodeksu cywilnego.

Kodeks cywilny w art. 112 stwierdza, iż termin oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - w ostatnim dniu tego miesiąca. **Jednakże przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia.**

Stosowanie więc do dyspozycji art. 112 zd. 2 k.c. przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa nie z końcem ostatniego dnia, lecz z jego początkiem. Oznacza to, że np. osoba urodzona w dniu 5 lutego 200 r. o godz. 13.00 osiągnie pełnoletność o północy z 4 na 5 lutego, a nie w dniu 5 lutego 2018 r. o godz. 24.00 (tak: *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna - komentarz do art. 112 kodeksu cywilnego*; A. Kidyba (red.), K. Kopczyńska-Pieczniak, E. Niezbecka, Z. Gawlik, A. Janiak, A. Jedliński, T. Sokołowski oraz *Kodeks cywilny. Księga pierwsza. Część ogólna - komentarz do art. 112 kodeksu cywilnego*; K. Piasecki, Zakamycze, 2003.).

Za takim rozumieniem wskazanych przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne przemawia także wykładnia językowa i systemowa.

Zgodnie z dyrektywą wykładni językowej, gdy nie ma w tekście prawnych definicji legalnych interpretowanym zwrotom prawnym nie należy nadawać znaczenia odmiennego od potocznego, chyba że istnieją dostateczne racje przepisania im odmiennego znaczenia.

Ustawa – Prawo farmaceutyczne posługuje się zwrotami: „nie przekroczył 65 roku życia”, „ukończył 65 lat” i „do 70 roku życia”. Nie zaś np.: „do końca roku kalendarzowego, w którym ukończył 65/70 lat” czy „przez rok, w którym ukończył 65/70 lat”.

Tak więc, dokonując wykładni językowej zwrotów używanych w ustawie – Prawo farmaceutyczne należy uznać, iż łączy ona ściśle moment, do którego farmaceuta może pełnić funkcję kierownika apteki z datą jego urodzin.

Także wykładnia systemowa, która polega na ustaleniu znaczenia interpretowanej normy w kontekście całego systemu prawa przemawia za takim rozumieniem przedmiotowych przepisów.

Wprawdzie szeroko rozumiane prawo administracyjne nie definiuje wskazanych pojęć, jednakże orzecznictwo i piśmiennictwo jednoznacznie uznają, iż ukończenie określonego wieku należy łączyć ściśle z datą urodzenia (tak: Komentarz do ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych [w:] A. Bartosiewicz, R. Kubacki, PIT. Komentarz, Lex, 2009; Komentarz do ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. 04.39.353), [w:] K. Antonów, M. Bartnicki, Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz, Zakamycze, 2004; wyrok Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15.09.2004 r.; III Aua 1326/03).

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że termin/wiek wskazany w przepisach art. 88 ust. 2 i 3 ustawy – Prawo farmaceutyczne upływa z początkiem dnia odpowiadającego dacie urodzenia.

Główny Inspektor Farmaceutyczny
Zofia Ulz



PRAWNIK RADZI

Apteka dla aptekarza?

Istotny dla naszego środowiska wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (z 19 maja 2009 r.) stwierdzający, iż „**swoboda przedsiębiorczości i swobodny przepływ kapitału nie stoją na przeszkodzie uregulowaniom krajowym, które uniemożliwiają osobom niebędącym farmaceutami posiadania i prowadzenia apteki**”, rodzi szereg kontrowersji, zarówno prawnych, jak i gospodarczych.

Dokładnie pamiętam, jak w toku prac reaktywujących powstanie samorządu aptekarskiego, bardzo mocno była podnoszona kwestia uregulowań prawnych stosujących zasadę – „apтека dla aptekarza”. Ale już wówczas w środowisku występowały różne zdania odrębne, modyfikujące tą zasadę – głównie w ten sposób, że „apтека dla aptekarza”, przy przyjęciu jednak dodatkowego zastrzeżenia, że również dla „dzieci aptekarza i innych następców prawnych” (nie będących magistrami farmacji) z tytułu praw do dziedziczenia. Występujący wówczas brak konsekwencji i determinacji ze strony środowiska aptekarskiego doprowadził do takiej sytuacji prawnej, że – w imię racji obejmującej swobodę działalności gospodarczej – o koncesję, a później zezwolenie na prowadzenia apteki mógł ubiegać się każdy (zarówno osoby fizyczne, jak i osoby prawne).

Późniejsze zmiany legislacyjne ugruntowały zasadę swobodnego dostępu do możliwości ubiegania się o zezwolenie na prowadzenie apteki, co więcej w coraz szerszym zakresie o zezwolenia takie występowały osoby prawne. Problem „apтека dla aptekarza” uległ pewnemu „zapomnieniu”, natomiast środowisko aptekarskie bardziej zainteresowane było zmianami legislacyjnym obejmującymi przyjęcie zasad „terytorialnych” i „populacyjnych”, zmierzających do ograniczeń w powstawaniu nowych aptek. Co więcej, coraz bardziej odchodzono od zasady „apтека dla aptekarza”, przyjmując zasadę umożliwiającą następcom prawnym przejmowania zezwoleń na prowadzenie apteki. Osoba przejmująca – następcą prawny – nie musiał wykazywać się tytułem magistra farmacji.

To tylko kilka uwag dotyczących konsekwencji wynikających z ewentualnego wdrożenia zasad zawartych w przedmiotowym wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Wydaje się być koniecznym, aby przed przystąpieniem do prac zmierzających do wprowadzenia powyższych rewolucyjnych zmian ustawowych, przeprowadzić dogłębne badania i analizy określające stanowisko całego środowiska. Uważam, że w tej sprawie powinien wypowiedzieć się każdy farmaceuta w formie przesłanej przez władze samorządowe ankiety.



Niewykonywanie pracy zmniejsza czas przysługującego urlopu

Zgodnie z art. 152 kodeksu pracy, pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu wypoczynkowego. Jednocześnie pracownik nie może zrzec się prawa do urlopu. Wymiar urlopu warunkowany jest czasem zatrudnienia (jest to ogólny czas zatrudnienia, a nie u danego pracodawcy) i wynosi: 20 dni dla pracownika zatrudnionego krócej niż 10 lat i 26 dni dla pracownika zatrudnionego co najmniej 10 lat. Z tytułu ukończenia studiów wyższych, do okresu pracy od którego zależy wymiar urlopu wlicza się 8 lat. Są to ogólne zasady dot. ustalania wymiaru urlopu, jednak przysługujący urlop może zostać – u danego pracodawcy – obniżony proporcjonalnie do czasu w którym pracownik nie świadczył pracy. Ustalenie urlopu proporcjonalnego (art. 155² kodeksu pracy) stosuje się do pracownika powracającego do pracy u dotychczasowego pracodawcy w ciągu roku kalendarzowego, po trwającym **co najmniej 1 miesiąc** okresie:

- urlopu bezpłatnego,
- urlopu wychowawczego,
- odbywania zasadniczej służby wojskowej lub jej form zastępczych, okresowej służby wojskowej, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych,
- tymczasowego aresztowania,
- odbywania kary pozbawienia wolności,
- nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy.

Jest to katalog zamknięty i ustawodawca nie przewidział innych okoliczności mogących skutkować proporcjonalnym obniżeniem urlopu. Z tym jednak, że w danym roku okresy to mogą być sumowane (np. dwa miesiące urlopu wychowawczego, a następnie miesiąc urlopu bezpłatnego – razem 3 miesiące). Należy jednocześnie zauważyć, iż proporcjonalne naliczanie czasu urlopu ma zastosowanie jedynie (bez wyjątków) w przypadku nie świadczenia pracy przez okres co najmniej 30-tu dni. Obniżenie urlopu obejmuje – za każdy miesiąc – 1/12 wymiaru urlopu.

Analogiczna zasada obejmuje pracowników podejmujących pracę po raz pierwszy. Pracownik taki uzyskuje prawo do urlopu z upływem każdego miesiąca pracy w wymiarze 1/12 wymiaru urlopu przysługującego mu po przepracowaniu roku. Prawo do kolejnego urlopu pracownik nabywa z początkiem każdego następnego roku kalendarzowego.

Janusz Brol - radca prawny OIA w Krakowie

lipiec 2009 r.



WYKAZ OBOWIĄZUJĄCYCH AKTÓW PRAWNYCH

Obejmuje okres od 1 marca 2009 r. do 30 kwietnia 2009 r.

Dz.U.09.38.299 z 10.03.2009 r.

- **ustawa** o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dz.U.09.39.321 z 13.03.2009 r.

- **rozporządzenie** w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki

Dz.U.09.52.419 z 31.03.2009 r.

- **ustawa** o konsultantach w ochronie zdrowia

Dz.U.09.95.788 z 19.04.2009 r.

- **ustawa** o zmianie ustawy prawo farmaceutyczne





NOWOŚCI WYDAWNICZE

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy bardzo aktywne było Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Seria „Biblioteka lekarza rodzinnego” powiększyła się o dwie pozycje: „**Nadciśnienie tętnicze**” oraz „**Choroby wieku podeszłego**”.

Pierwsze opracowanie, pod redakcją naukową Adama Windaka oraz Tomasza Kazimierza Grodzickiego, omawia obszernie definicje, klasyfikacje, epidemiologię oraz patofizjologię nadciśnienia tętniczego. Wiele miejsca poświęcono na opisanie obrazu klinicznego choroby i możliwego postępowania diagnostycznego, zarówno w nadciśnieniu pierwotnym jak i wtórnym. Szczegółowo opisano możliwości leczenia nadciśnienia tętniczego, uwzględniając nie tylko ogólne zasady farmakoterapii (także u dzieci i kobiet w ciąży) oraz grupy leków i zasady ich wyboru, ale również postępowanie niefarmakologiczne i edukację prozdrowotną. Każdy z rozdziałów opatrzony został repetytorium. W książce nacisk położony został także na *ciągłość, zespołowość i koordynację opieki nad chorymi na nadciśnienie tętnicze*.

Nie mniej interesująco prezentuje się książka „Choroby wieku podeszłego”, autorstwa Tomasza Kostki i Małgorzaty Ewa Koziarskiej-Rościszewskiej. Opisane zostały tu m.in. zagadnienia zmian związanych ze starzeniem się organizmu oraz – bardzo szczegółowo – choroby, dotykające najczęściej osoby starsze: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, przewlekłą niewydolność serca, wady serca, cukrzycę, nieotrzymanie moczu i stolca. Wiele miejsca poświęcono infekcjom, zaburzeniom psychogeriatrycznym. Osobno omówiono farmakoterapię w geriatrici.

Pozycją, wydaną przez PZWL, adresowaną do farmaceutów, jest „**English for pharmacists**” Anny Kierczak. Wedle recenzji wydawniczej *podręcznik zawiera słownictwo, teksty oraz typowe konstrukcje gramatyczne używane w języku farmaceutycznym naukowym i potocznym, z uwzględnieniem różnorodnych zastosowań: konferencje, korespondencje, prezentacje leków, rozmowy handlowe, wykorzystanie nowoczesnych form wymiany informacji, jak: faks, e-mail, internet. Ponadto książka zawiera oryginalne teksty ze źródeł fachowych, ćwiczenia gramatyczne, appendyksy z tabelami językowymi i wskazówkami dotyczącymi codziennej pracy farmaceuty*. Do podręcznika dołączone są dwie płyty CD z nagraniem tekstami.

Opracował
Dr n. farm. Maciej Bilek



CO FARMACEUTA WIEDZIEĆ POWINIEN

Pierwotniaki chorobotwórcze cz. III

***Toxoplasma gondii* - diagnostyka laboratoryjna i farmakoterapia**

W poprzednim artykule, dotyczącym biologii i chorobotwórczości pierwotniaka *Toxoplasma gondii*, wspomniano, iż diagnostyka laboratoryjna toksoplazmozy jest procesem bardzo złożonym. Ze względu na to zostanie ona przedstawiona Czytelnikom „Farmacji Krakowskiej” w sposób ogólny – szczegółowe jej omówienie wykracza bowiem poza możliwości wydawnicze biuletynu.

Złożoność tej tematyki wynika między innymi z faktu, iż panel metod diagnostycznych, stosowanych w diagnostyce toksoplazmozy u osób immunokompetentnych (u których układ immunologiczny działa prawidłowo), jest odmienny od panelu metod stosowanych u pacjentów z dysfunkcją układu immunologicznego (chorzy na AIDS z nieprawidłowym indeksem limfocytów T CD4⁺/CD8⁺, pacjenci leczeni lekami immunosupresyjnymi i poddawani długotrwałej kortykosteroidoterapii, chorzy po przeszczepach).

Ogólnie, metody stosowane w diagnostyce inwazji pierwotniakiem *T. gondii* można podzielić na takie, które umożliwiają:

- a) bezpośrednie wykrycie pasożyta w materiałach biologicznych lub
- b) w sposób pośredni wskazują na zarażenie pierwotniakiem (metody serologiczne).

U osób immunokompetentnych stosuje się metody, które w sposób pośredni pozwalają na wykrycie pierwotniaka oraz określenie fazy zarażenia. W tym celu wykorzystuje się metody immunologiczne, które służą oznaczaniu obecności i/lub miana przeciwciał anti-*T. gondii* w klasach IgG, IgM, IgA i ewentualnie w klasie IgE. Natomiast u osób z deficytami układu odpornościowego stosuje się metody polegające na bezpośrednim wykryciu pasożyta w materiałach biologicznych, poprzez stwierdzenie obecności samych tachyzoitów *T. gondii* np. w płynie mózgowo-rdzeniowym i/lub cyst w tkankach oraz metody biologii molekularnej takie jak PCR (reakcja łańcuchowa polimerazy – jakościowa) lub *Real-Time PCR* (reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym – ilościowa), pozwalające na bezpośrednie stwierdzenie DNA pasożyta w badanym materiale biologicznym.

U osób z dysfunkcją układu immunologicznego, szczególnie w zakresie odpowiadania humoralnej, ze względu na zaburzoną (obniżoną) syntezę immunoglobulin, nie zaleca się stosowania metod serologicznych w diagnostyce toksoplazmozy.

Jak wspomniano wcześniej metody pośrednie umożliwiają wykrywanie swoistych przeciwciał anti-*T. gondii* w surowicy krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, a zatem zastosowanie tych metod u pacjentów z obniżoną odpornością może prowadzić do uzyskania wyników fałszywie ujemnych i postawienia błędnej diagnozy lekarskiej. Mówiąc jasniej, w przypadku zarażenia pierwotniakiem *T. gondii*, metody serologiczne nie zawsze są w stanie wykryć obecność swoistych przeciwciał i/lub określić właściwe ich miano w badanych próbkach. W związku z tym, u pacjentów z zaburzoną funkcją układu immunologicznego powinno się stosować metody diagnostyczne pozwalające na bezpośrednie wykrycie samego pierwotniaka lub jego DNA.

Podział metod diagnostycznych stosowanych w diagnostyce toksoplazmozy

Metody diagnostyczne umożliwiające bezpośrednie wykrycie pasożyta

- 1. Barwienie metodą MGG trofozoitów (tachyzoitów) *T. gondii*** w materiałach biologicznych, takich jak płyn mózgowo-rdzeniowy (PMR), popłuczyny pęcherzykowo-oskrzelowe (BAL), materiały biopsyjne (najczęściej z mózgu), aspiraty szpiku kostnego. Metoda ta pozwala na bezpośrednie uwidocznienie pierwotniaka, ale niestety cechuje się niską czułością (wyniki fałszywie ujemne), gdyż pierwotniak może występować w tych materiałach biologicznych w małych ilościach.
- 2. Metody biologii molekularnej.** Matryca (materiał biologiczny) stosowana w tych metodach jest różnorodna: PMR, biopaty, krew obwodowa, krew pępowinowa, płyn z amniocentezy lub krew pobrana na drodze kordocentezy (u kobiet ciężarnych). Metody biologii molekularnej, przede wszystkim PCR i jego pochodne (*PCR-like*), takie jak *nested-PCR*, *Real-Time PCR* cechują się bardzo wysoką czułością, swoistością analityczną i diagnostyczną (sięgającą 100%). U pacjentów z zaburzoną funkcją produkcji immunoglobulin mają dużą przewagę nad metodami serologicznymi, dlatego też są coraz bardziej popularne i coraz częściej stosowane w diagnostyce toksoplazmozy u tych chorych. Metody te pozwalają na wykrycie już minimalnych ilości DNA pasożyta w różnych materiałach biologicznych. Metody takie jak PCR są uważane za „złoty standard” u pacjentów z obniżoną syntezą immunoglobulin, wynikającą z obecności i przebiegu samej choroby podstawowej (np. AIDS) lub też długotrwałego stosowania leków immunosupresyjnych. Metoda PCR jest szczególnie rekomendowana w diagnostyce neurotoksoplazmozy, tzw. encefalopatii toksoplazmowej w przebiegu zespołu AIDS oraz u innych pacjentów z agammaglobulinemiami.

Metody pośrednie

Metody pośrednie, jak wspomniano na wstępie artykułu, są rutynowo stosowane u pacjentów immunokompetentnych, czyli u tych, u których układ immunologiczny odpowiedzialny za syntezę immunoglobulin działa sprawnie. Stosowanie metod pośrednich u takich pacjentów, ze względu na zachowaną zdolność produkcji przeciwciał, nie stwarza ryzyka uzyskania wyników fałszywie ujemnych w przypadku zarażenia *T. gondii*. Badania serologiczne pozwalają na oznaczenie obecności i poziomu swoistych przeciwciał anty-*T. gondii* w klasach IgG, IgM, IgA oraz IgE i w większości przypadków odróżnienie ostrej fazy zarażenia od przewlekłej. Przeciwciała klas IgM, IgA i IgE są uważane za markery ostrej fazy. Obecność w surowicy osób zarażonych swoistych przeciwciał klasy IgG przy równoczesnym braku przeciwciał pozostałych klas wskazuje, że zarażenie przechodzi w fazę przewlekłą.

Wybrane metody serologiczne pozwalające na określanie obecności i/lub miana przeciwciał anty-*T. gondii*:

- 1. Odczyn immunofluorescencji pośredniej (Indirect Immunofluorescence Assay, IIF).** Odczyn pozwala na określenie miana przeciwciał anty-*T. gondii* w klasach IgM i IgG. Wyniki podawane są w jednostkach międzynarodowych (IU/ml). Niewątpliwą zaletą tego odczynu jest prostota jego wykonania i stosunkowo niski koszt badania, wadą natomiast subiektywizm odczytu. Odczyn ten ze względu na swoje parametry analityczne szczególnie jest przydatny do oznaczania przeciwciał w klasie IgM, natomiast w przypadku klasy IgG może dawać wyniki fałszywie dodatnie (dodatni wynik testu w przypadku zarażenia odległego w czasie) w przypadku, kiedy we krwi osoby badanej występuje na przykład czynnik reumatoidalny (RF).
- 2. Metoda ISAgA,** odczyn aglutynacji immunoadsorbcyjnej. Metoda ta jest techniką półilościową, wykorzystywaną w detekcji przeciwciał klas IgA, IgE i IgM. Natomiast według dostępnej literatury metoda ta jest szczególnie przydatna w oznaczaniu przeciwciał w klasie IgM. Cechuje się wysoką czułością i swoistością.
- 3. Metoda immunoenzymatyczna ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay).** Jest to najbardziej rozpowszechniona w Polsce i na świecie metoda analityczna, pozwalająca na wykrywanie obecności i oznaczania miana swoistych przeciwciał anty-*T. gondii* w klasach IgG, IgM, IgA i IgE. Wiele firm diagnostycznych oferuje zestawy komercyjne służące do wykrywania wymienionych klas przeciwciał. Laboratoria diagnostyczne bardzo chętnie wykorzystują tę technikę analityczną ze względu na jej prostą metodykę, dostępność na rynku, niezbyt wygórowaną cenę zestawów oraz standaryzującą odczynu. Metoda opiera się na reakcji antygen-przeciwcielo. Dołki (celki) w mikropłytkce opłaszczone są antygenem *T. gondii*. Po dodaniu surowicy pacjenta następuje związanie antygeny w dołku z przeciw-

ciałami anty-*T. gondii* (oczywiście w przypadku ich obecności w surowicy). Po etapie inkubacji i przepłukaniu mikropłytki odpowiednim buforem, dodawany jest koniugat, który zawiera antyprzeciwciała skoniugowane z peroksydazą chrzastą lub TMB, wiążące się z kompleksem antygen-przeciwciało w dołku. Po kolejnej inkubacji i dodaniu roztworu stopującego (najczęściej 1N kwas siarkowy), następuje zmiana barwy roztworu w dołku, którą odczytuje się spektrofotometrycznie (kolorymetrycznie), przy odpowiedniej długości fali na czytniku do mikropłytek ELISA.

Metoda ELISA ze względu na to, iż pozwala na równoczesne wykrywanie obecności różnych klas przeciwciał anty-*T. gondii* jest wykorzystywana, szczególnie u kobiet ciężarnych do określania fazy zarażenia i odróżniania fazy ostrej od przewlekłej. Metoda posiada niestety pewne ograniczenia. W przypadku, kiedy we krwi pacjenta jest obecny czynnik reumatoidalny RF, są obecne przeciwciała przeciwjądrowe (ANA, ANCA i inne) lub w przypadku, kiedy pacjent zażywa leki o charakterze przeciwciał monoklonalnych (np. lek przeciwplatek Abciximab, prep. ReoPro), metoda ta może dawać wyniki fałszywie dodatnie. Jest to bardzo istotne szczególnie w przypadku kobiet ciężarnych, u których zawsze należy stosować szerszy panel badań diagnostycznych, np. oznaczenie awidności przeciwciał IgG, technika *Western-blot*, czy referencyjny odczyn barwny Sabina-Feldmana. Przydatna może okazać się także metoda PCR, pozwalająca na wykazanie parazytemii (występowania pasożyta we krwi) w przebiegu ostrej fazy zarażenia.

- 4. Test barwny Sabina-Feldmana.** Jest to test lityczny, w którym jako antygen wykorzystuje się żywe komórki *T. gondii* (szcepek RH), uzyskiwane z wysięku otrzewnowego myszy. Test ten uważany jest za „złoty standard” w diagnostyce laboratoryjnej toksoplazmozy. Cechuje się bowiem wysoką czułością i swoistością. Wykonywany jest on obecnie wyłącznie w laboratoriach referencyjnych i wykorzystywany zawsze w przypadkach wymagających potwierdzenia zarażenia *T. gondii*.

Strategia diagnostyczna u kobiet ciężarnych

We Francji i Austrii prowadzi się obowiązkowe, profilaktyczne badania serologiczne w kierunku toksoplazmozy u ciężarnych. W Polsce, zgodnie z wytycznymi z 1995 roku, podobnie jak i w większości krajów europejskich, nie ma obowiązku wykonywania badań w kierunku toksoplazmozy i oznaczania obecności przeciwciał anty-*T. gondii* u kobiet w ciąży. U wszystkich kobiet planujących ciążę i ciężarnych zaleca się jednak wykonywanie badań screeningowych i oznaczanie swoistych przeciwciał w klasach IgG i IgM.

Ryzyko przeniesienia zarażenia *T. gondii* na płód występuje u matek, które na były pierwotną inwazją *T. gondii* (uległy po raz pierwszy zarażeniu) w czasie ciąży.

Kobiety, które przed zajściem w ciążę były seronegatywne, powinny więc pozostać pod stałą kontrolą lekarską i wykonywać profilaktyczne badania serologiczne w każdym trymestrze ciąży. Przyjmuje się, że u kobiet, które przed zajściem w ciążę wykazywały obecność swoistych przeciwciał anty-*T. gondii* (były seropozytywne) ryzyko przeniesienia inwazji na płód (nawet w przypadku powtórnego zarażenia się pasożytem) jest bliskie zera.

Należy podkreślić, iż stwierdzenie obecności przeciwciał klasy IgM (uważanych za marker ostrej fazy) u ciężarnej nie zawsze jest wystarczające, aby rozpoznać aktywną postać toksoplazmozy. Badania wykazały, że u niektórych osób mogą występować tzw. przetrwałe przeciwciała IgM, których obecność w surowicy stwierdza się nawet po upływie 3 lat od momentu zarażenia. Tak więc u kobiet ciężarnych, u których w surowicy wykrywa się swoiste IgG i IgM anty-*T. gondii* powinno się wykonać dodatkowo badanie w kierunku swoistych IgA (ewentualnie także IgE) i oznaczenie tzw. awidności przeciwciał IgG. Wyniki tych dodatkowych testów zwykle pozwalają na odróżnienie fazy ostrej od przewlekłej, a tym samym na oszacowanie ryzyka przeniesienia inwazji na płód.

Farmakoterapia toksoplazmozy

W leczeniu toksoplazmozy stosuje się obecnie spiramycynę (prep. Rovamycine), pirymetaminę (prep. Daraprim) oraz sulfonamidy np. sulfadoksynę, sulfadiazynę. Sulfadoksyna była dostępna na rynku jako preparat złożony z pirymetaminą (prep. Fansidar), ale została wycofana ze sprzedaży. Sulfadiazyna obecnie jest dostępna w Polsce tylko w postaci soli srebrowej (prep. Dermazin) i jest stosowana tylko zewnętrznie w dermatologii. W najnowszej literaturze naukowej istnieją doniesienia o innych lekach stosowanych w farmakoterapii toksoplazmozy na świecie, np. azytromycynie (np. prep. Sumamed) oraz atowakwonie (atovaquone, w Polsce lek występuje tylko w połączeniu z proguanilem, prep. Malarone – stosowany w leczeniu malarii). Preparat prosty, zawierający sam atowakwon, nie jest dostępny w Polsce.

Ze względu na szczególne niebezpieczeństwo, jakie niesie za sobą zarażenie seronegatywnych kobiet pierwotniakiem *T. gondii* w okresie ciąży i możliwość przeniesienia inwazji na płód, autorzy chcieliby zwrócić szczególną uwagę na temat farmakoterapii i chemioprophylaktyki u kobiet ciężarnych.

W ostrym pierwotnym zarażeniu *T. gondii* podczas ciąży, ryzyko zarażenia rozwijającego się płodu można zmniejszyć po natychmiastowym zastosowaniu leczenia. Konieczność rozpoczęcia leczenia następuje w chwili potwierdzenia na podstawie badań laboratoryjnych ostrej fazy toksoplazmozy u kobiety ciężarnej. W Polsce lekiem z wyboru jest makrolid spiramycyna (ATC: J 01 FA 02), naturalny antybiotyk wytwarzany przez grzyb z gatunku *Streptomyces ambofaciens*. Lek ten stosuje się w przypadku rozpoznania ostrej fazy toksoplazmozy w I trymestrze ciąży. Spiramy-

czynę podaje się w dawce 9 mln j.m./dobę w trzech dawkach podzielonych do końca trwania ciąży. Antybiotyk ten działa parazytostatycznie. Spiramycyna kumuluje się w łożysku, ograniczając przedostawanie się tachyzoitów *T. gondii*, obecnych w monocytach krwi obwodowej matki. Lek bardzo dobrze przenika do monocytów. Jego stężenie wewnątrzkomórkowe jest 20 razy większe od zewnątrzkomórkowego i w związku z tym jest aktywny w stosunku do tachyzoitów pierwotniaka *T. gondii*, pasożytujących obligatoryjnie wewnątrzkomórkowo. Antybiotyk przenika przez barierę łożyskową, ale jego stężenie we krwi płodu wynosi 1/3 stężenia leku we krwi matki. Poza tym spiramycyna nie ma działania teratogenne i toksyczne dla płodu. Istnieje tylko kilka doniesień kazuistycznych w literaturze fachowej, mówiącej o wystąpieniu wydłużenia odcinka QT w EKG noworodka w następstwie podawania spiramycyny w czasie ciąży.

Częstość przełożyskowej transmisji tachyzoitów wrasta wraz z biegiem ciąży (I trymestr około 18%, II trymestr 25%, natomiast w trzecim trymestrze ciąży wynosi aż 70%). W związku z tym w przypadku stwierdzenia ostrej fazy toksoplazmozy u kobiety ciężarnej w II lub III trymestrze istnieje konieczność bardziej agresywnego leczenia przeciw pasożytniczego. Zaleca się podawanie pirymetaminy w skojarzeniu z sulfonamidami w kursach czterotygodniowych, naprzemiennie ze spiramycyną.

Należy również podkreślić, iż konieczność leczenia skojarzonego pirymetaminą z sulfonamidami występuje również w przypadku, kiedy fazę ostrą toksoplazmozy stwierdzono w I trymestrze ciąży, ale pomimo włączenia spiramycyny do leczenia, doszło do zarażenia płodu – stwierdzono obecność DNA pierwotniaka w płynie owodniowym lub we krwi pępowinowej metodą PCR, lub występujące u płodu charakterystyczne zmiany patologiczne w badaniu USG.

Piśmiennictwo u autorów

*Mgr Piotr Nowak, Diagnosta Laboratoryjny
Asystent Laboratorium Parazytologii
Oddziału Laboratoryjnego Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Krakowie
p-nowak@hotmail.com*

*Dr n. biol. Agata Pietrzyk, Diagnosta Laboratoryjny
Kierownik Pracowni Parazytologii
Zakładu Bakteriologii, Ekologii Drobnoustrojów i Parazytologii
Katedra Mikrobiologii Wydziału Lekarskiego UJ CM*





OD NATURY DO RECEPTURY

Znikająca substancja

*Istota ziarnisto-krystaliczna, biała; w małych kawałeczkach bezbarwna, przezroczysta, z połysku i w dotknięciu jakby tłustawa, łamliwa, krucha i do zębów przylegająca, smaku korzenno-gorzkiego, zrazu rozgrzewającego, potem chłodzącego, o właściwej wońi przenikliwej, która w zwykłej ciepłocie zwolna wprawdzie, lecz bez pozostałości się ulatnia, przestająca zaś tworzy kryształy sześciennie. Tak opisuje właściwości kamfory „Komentarz do VII. wydania farmakopei austrackiej” magistra Wilhelma Zajączkowskiego. Obecnie, choć związek ten, należący do monoterpenów trójcyklicznych, na szerszą skalę otrzymywany jest na drodze syntez chemicznych, to w stanie naturalnym występuje w olejku eterycznym drzewa kamforowego (*Cinnamomum camphora*).*

Kamforowce to olbrzymie długowieczne drzewa, należące do rodziny wawrzynowatych (*Lauraceae*). Osiągają wysokość do 50 metrów, masywny pień rozrasta się nawet do pięciu metrów średnicy, a wiek jaki mogą osiągać to 1000 lat! Pierwotnie drzewa te występowały w południowych Chinach, na Tajwanie, w Japonii oraz północnym Wietnamie. Sposoby otrzymywania kamfory oraz jej właściwości lecznicze znane były od dawna w Chinach i Japonii. Do Europy ta tajemnicza substancja dotarła w średniowieczu za pośrednictwem Arabów. Również łacińska nazwa kamfora wywodzi się od arabskiego *kafir* i oznacza krede, biały proszek. Za czasów Paracelsusa powszechnie używano kamfory, chociaż pochodzenia jej nie znano, zaliczając do *żywic ulatniających się z wnętrza ziemi*. Po raz pierwszy pochodzenie i sposób otrzymywania kamfory opisano w XVI wieku, po odkryciu przez Portugalczyków Formozy (dzisiejszy Tajwan). Mieszkańcy tej wyspy uważali drzewo kamforowe za dar bogów, nie mieli bowiem – cytując „Wiadomości Farmaceutyczne” z 1922 roku – *innych środków do życia, drzewo to jest ich jedynym żywicielem. Takich zakątków na kuli ziemskiej jest niewiele, w których życie ludzkie zależałoby od jednego drzewa*.

Według informacji magistra Zajączkowskiego, pochodzących z drugiej połowy XIX wieku *surową kamforę wyrabiają w Chinach i Japonii. W Chinach, a szczególnie na wyspie Formozie, kamforowiec krają na kawałki, które w naczyniach nakrytych ogrzewają z wodą dotąd, dopóki ulatniająca się kamfora nie zacznie się osadzać na łopatkach, służących do mieszania płynu. Ciecz tę, szczelnie nakrytą odstawiają do ostygnięcia, poczem wydzieloną kamforę zbierają, układają ją wstawami z ziemią w kotłach miedzianych, które pokrywają hełmami lub garnkami i tak kamforę przekraplają. Ta kamfora ma barwę szarą, zawiera wodę i obce przymieszki*.

Po opanowaniu Tajwanu przez Chińczyków, zmonopolizowali oni handel kamforą *na prawach tak surowych, iż ścięcie jednego drzewa kamforowego przez mieszkańca Formozy pociągało skazanie na śmierć obwinionego*. Cytowane powyżej „Wiadomości Farmaceutyczne” podawały, że *monopol oparty był na tak bezwzględnie surowych prawach, iż w jednym roku 1720 dwustu mieszkańców Formozy skazano na śmierć za wysuwanie się z pod praw monopolowych. (...) Surowość i bezwzględność praw monopolowych zmusiła mieszkańców Formozy do powstania*.

Kamforowce obecnie uprawiane są we wschodniej Afryce, Australii, Ameryce Południowej, na Antylach, Kaukazie i południowej Europie. Prowadzone w Australii jako drzewa ozdobne szybko się rozprzestrzeniły, doprowadzając do zaburzeń w naturalnych ekosystemach. Drewno kamforowca jest cennym surowcem do produkcji mebli, twarde i wytrzymałe, skutecznie – dzięki zawartej kamforze – odstrasza owady. Od dawna było wykorzystywane do wyrobu skrzyni, w których przewożono ubrania, stanowiąc naturalną ochronę przeciwko molom.

Kamfora to substancja wykorzystywana nie tylko w lecznictwie. Pod koniec XIX, wieku wraz z odkryciem pierwszego tworzywa sztucznego, jakim był celuloz, zwiększyło się zapotrzebowanie na jego podstawowy składnik – kamforę. Jednocześnie wzrosła jej cena. Jak podaje „Kronika Farmaceutyczna” z 1910 roku *wskutek zdolności rozpuszczania się nitrocelulozy w kamforze, otrzymuje się materiał niesłychanie plastyczny, mogący przybierać wszystkie kształty, wszelkie zabarwienia, być przezświecającym, a nawet przezroczystym. Zdolność ta czyni z celulozoidu materiał cenny, a kamforze nadaje tak wyjątkowe znaczenie i chociaż kamfora nie jest jedynym rozpuszczalnikiem nitrocelulozy, nie dało się jej do dziś dnia zastąpić niczym innym w tym stopniu, by ta zamiana nie powodowała zaniku, a przynajmniej znacznego zmniejszenia się plastyczności mieszaniny; liczne próby czynione celem zastąpienia kamfory innym rozpuszczalnikiem dały wynik ujemny i utrwaliły wyższość i monopol kamfory*.

Celuloz, odkryty przypadkiem, szybko znalazł zastosowanie w przemyśle. Posłużył m.in. do wytworzenia pierwszej taśmy filmowej i mimo, że stał się powodem pożarów niejednej sali kinowej, to przez długi czas cieszył się powodzeniem, przyczyniając się do rozwoju kinematografii. Stosowany był także do wyrobu galanterii (kołnierzyki, mankiety do koszul, koloratki). O problemach w przemyśle pisała cytowana wcześniej „Kronika Farmaceutyczna” z 1910 roku: *wytwórcy celulozoidu (...) widzieliby chętnie inną materię zdolną zastąpić lub przynajmniej dopełnić kamforę. Każdy zresztą wie, że połączenie w jednym roztworze stałym dwu tak palnych materij jak nitroceluloza i kamfora nie jest wolne od niebezpieczeństwa ani dla wytwórcy, ani dla nabywcy*. Wzrastające zapotrzebowanie na kamforę i wysoka jej cena, skłaniały do poszukiwań syntetycznych metod otrzymywania tej substancji.

Odkrycia syntetycznej kamfory dokonał aptekarz nazwiskiem Kindt. Wydarzenie to miało miejsce w pracowni aptecznej, podczas przygotowywania *Liquor arthriticus Patti*. Po przesyleniu terpentyny chlorowodorem wydzieliły się kryształy, podobne kształtem i o zapachu właściwym kamforze. Odkrycie to dotarło do naukowców, a otrzymywana tą metodą kamfora przyjęła wówczas nazwę „sztucznej kamfo-

ry Kindta". Kariera celuloidu już minęła, ale syntetyczna metoda otrzymywania kamfory z terpentyny nadal jest wykorzystywana.

Dawniej kamfora stosowana była doustnie w osłabieniu, w przewlekłej niewydolności oddechowej, naczynioruchowej, zatruciach i zapaści. Podawana podskórnie, jako 20% roztwór olejowy, przy zatruciach narkotykami, omdleniach, osłabieniach czynności serca. Obecnie stosowana jest wyłącznie zewnętrznie. Omyłkowe spożycie kamfory, np. w postaci olejku kamforowego, może być groźne w przypadku małego dziecka. Dawka 1 gram kamfory określana jest jako śmiertelna dla niemowlęcia.

Kamfora (*Camphora*), jako surowiec farmaceutyczny, wykorzystywana jest do przyrządzania leków o działaniu rozgrzewającym, od-

każającym, wywołuje odczucie zmniejszenia bólu – *Ol. Camphoratum, Camphora unguentum*. Stosowana w bólach mięśniowych, reumatycznych, nerwobólach. Wykorzystywana jest również jako składnik leków przeciwtrądzikowych, gdyż wykazuje silne właściwości odkażające, ułatwia oczyszczanie wągrów, zapobiega powstawaniu ropni. Najnowsza „Farmakopea Polska VIII” normalizuje dawki, określając stężenie kamfory dla maści i mazideł 1-10% i roztworów 0,1-1%. Kamfora trudno rozpuszcza się w wodzie, bardzo łatwo w etanolu, łatwo w olejach tłustych, bardzo trudno w glicerolu.



Naczynie apteczne, służące do przechowywania kamfory. Ze zbiorów autorki.



Przedwojenne ampulki z olejowym rozwiązaniem kamfory, wyprodukowane przez firmę Parke, Davis & CO ze Stanów Zjednoczonych. Ze zbiorów autorki.

Również w gotowych preparatach spotykamy się z kamforą. Najczęściej stosowany jest spirytus kamforowy (10% roztwór etanolowy) oraz olejek kamforowy (10 cz. kamfory w 90 cz. oleju rzepakowego). Wchodzi także w skład maści, stosowanych przy przeziębieniu: Rub Arom, VapoRub, Pulmex. Należy jednak pamiętać, że kamfora jest silnym alergenem kontaktowym. Maści, spirytus kamforowy i olejek kamforowy mogą być stosowane tylko u dzieci starszych i przy zachowaniu ostrożności, by środki te nie dostały się na błony śluzowe nosa lub jamy ustnej dziecka.

Piśmiennictwo u autorki

Mgr farm. Joanna Typek





ROŚLINY LECZNICZE

Serdecznik pospolity – *Leonurus cardiaca* L.

Nazwa rodzajowa serdecznika wywodzi się od greckiego *leon* – lew oraz *ura* – ogon, natomiast etymologii nazwy gatunkowej możemy się doszukiwać w greckim terminie *kardiakos* – pomagający sercu, lub w łacińskim *cardiacus* – sercowy, leczący serce. Serdecznik pospolity można spotkać pod nazwami ludowymi jako lwi ogon, lwie serce lub gęsia stopa. W literaturze natrafiamy niekiedy na łaciński synonim tej rośliny *Leonurus villosus*. O serdeczniku pisali Teofrast i Dioskurides. W XV w. Lonicerus, Fuchs i Matthiolus opisali jego zastosowanie jako *spasmolyticum*, *adstringens* i *emmenagogum*. Na właściwości lecznicze serdecznika zwrócił uwagę dyrektor Akademii Rolniczej w Koloszwarze (dziś Cluj-Napoca w Rumunii). Dzięki odpowiedniej akcji informacyjnej przeprowadzonej wśród lekarzy i farmaceutów rumuńskich, profesorowi Paterowi udało się wprowadzić serdecznik do szerszego stosowania.

Serdecznik jest rośliną należącą do rodziny *Lamiaceae* (dawniej *Labiatae*). W obrębie gatunku *Leonurus cardiaca* L. występują trzy odmiany: *var. villosus*, *var. crispus*



Leonurus cardiaca L.

Serdecznik pospolity. Rysunek piórem autorstwa Anny Strzemskiej.

i *var. vulgaris*. W lecznictwie chińskim i japońskim wykorzystuje się *Leonurus silincus* L., a w rosyjskim *Leonurus quinquelobatus* Gilb.

Obecnie serdecznik pospolity występuje w Polsce powszechnie na całym niżu i pogórzu, na stanowiskach suchych i nasłonecznionych. Serdecznik jest reliktem dawnych kultur (*ergasilipophyta*), tj. rośliną dawniej hodowaną, a dziś utrzymującą się jedynie w stanie dziczycałm, często na stanowiskach ruderalnych. Fitosocjologicznie serdecznik pospolity jest rośliną typową dla związku *Arction lappae*, do którego należy opisane na Jurze Krakowskiej i powszechne w całym kraju zbiorowisko *Leonureto-Arctietum tomentosi*. Ma status kenofitu, czyli rośliny obcej, zadomowionej po odkryciu Ameryki. Jest gatunkiem irano-turańskim, pochodzącym prawdopodobnie z umiarkowanych stref Azji, Himalajów i Wchodniej Syberii. Rozprzestrzenił się w Europie, Azji Mniejszej i Ameryce Północnej.

Serdecznik pospolity osiąga wysokość od 30 do 150 cm. Posiada grubą, wzniesioną, czterokanciastą łodygę, której powierzchnia jest bruzdkowana i niekiedy fioletowonabiega. Liście ciemnozielone, od spodu jaśniejsze, górne trójścięzne lub kłapowane, dolne 5-7-dłoniastosieczne. Cała roślina jest silnie owłosiona i wydaje słaby, nieprzyjemny zapach. Kwiaty zebrane w nibykółki wyrastają w kątach górnych liści. Budowa kwiatu jest typowa dla rodziny *Lamiaceae*. Korona koloru różowolila z silnie owłosioną wargą górną. Kwiaty pojawiające się od sierpnia do września są przedprątne, co zabezpiecza rośliny przed samozapyleniem. Serdecznik zapylany jest głównie przez trzmiele, a nasiona (rozłupki złożone z czterech niełupek) rozsiewane są przez zwierzęta.

W lecznictwie stosuje się ziele serdecznika - *Leonuri herba*, otrzymane przez zbiór górnych części pędów i wysuszone w warunkach naturalnych lub w suszarniach w temp. 35°C. W surowcu zidentyfikowano trzy glikozydy bufadienolidowe. Ziele zawiera również irydoidy (leonuryd, ajugol, galirydozyd i reptozyd), fenylpropanoidy (werbaskozyd, leonozyd A i B, lawandulifoliozyd), kawolidy (4-O-rutozyd kwasu kawowego), związki protoalkaloidowe (leonurynę, betonicynę, stachydrynę, furycynę), flawonoidy pochodne kwercetyny, apigeniny i kemferolu, związki diterpenowe i triterpenowe. Stwierdzono również śladowe ilości olejku eterycznego, sitosterole, garbniki, kwasy organiczne i sole mineralne.

Surowiec wykazuje działanie hipotensyjne, uspokajające i ułatwia zasypianie, prawdopodobnie dzięki obecności protoalkaloidów. Działa również słabo nasercowo, zmniejszając częstość skurczów mięśnia sercowego i moczopędnie, stąd dawniej był zalecany jako lek zastępczy dla typowych surowców nasercowych zawierających kardenolidy. Napary z ziele można stosować w zmianach miażdżycowych, nadciśnieniu i nerwobólach. Serdecznik ma również znaczenie w fitoterapii schorzeń układu oddechowego jako *expectorans*. Ma również zastosowanie w homeopatii.

Serdecznik pospolity jest rośliną bardzo miododajną i nektaruje nawet w czasie suszy. Miód z serdecznika jest jasnożółty, o swoistym zapachu i łagodnym smaku.



MISCE, FIAT ...

Misce, fiat spirituosa medicata

Wraz z upowszechnieniem się procesu destylacji, a w późniejszym okresie rektyfikacji, do aptek wprowadzone zostały postaci leku, w których – jako rozpuszczalnik – wykorzystywano mniej lub bardziej rozcieńczony etanol. Prócz poprawy trwałości leków alkohol dawał możliwość rozpuszczenia wielu substancji nierozpuszczających się w wodzie. Jedną z postaci leków, których główny składniki stanowił etanol były spirytusy lecznicze.

W podręcznikach i manualach z XIX i XX wieku można zauważyć różnice w klasyfikacji spirytusów. Część autorów spirytusami leczniczymi nazywała wszystkie alkoholowe roztwory substancji lotnych lub czasem też stałych, otrzymywane przez rozpuszczanie, destylację lub macerację surowców farmakognostycznych. Inni wyodrębniali z tej grupy spirytusy aromatyczne i spirytusy mydlane.

Od wód leczniczych i aromatycznych spirytusy, prócz rodzaju rozpuszczalnika, różniły się ilością rozpuszczonych substan-



XIX-wieczne naczynie apteczne na spirytus rozmarynowy, pochodzące z pra-skiej apteki „Pod Złotym Wężem”.

Ze zbiorów Joanny Typek i Macieja Bileka.

cji lotnych, których zawartość wynosiła od 1 do 10%, a czasami nawet 20%. Sporządzano je na bazie alkoholu 90-95%, rzadziej 60-80%, analogicznie jak znane już czytelnikom „Farmacji Krakowskiej” wody lecznicze. Substancje do produkcji spirytusów leczniczych, tak samo jak i innych preparatów galenowych, musiały spełniać wymagania farmakopei i być najlepszej jakości. Używane roztwory etanolu miały swoje nazwy i tak 99% roztwór nazywano spirytusem bezwodnym, 95% – spirytusem stężonym (*spiritus vini concentratus*), 70% – spirytusem rozcieńczonym (*spiritus vini dilutus*).

Do najczęściej sporządzanych spirytusów należały przygotowywane przez rozpuszczanie olejków eterycznych spirytusy proste (anyżowy, aromatyczny, gorczycowy, lawendowy, miętowy), spirytusy złożone (arcydzięglowy i nostrzykowy) oraz sporządzane przez domieszanie lub rozpuszczanie substancji chemicznych – eterowy, eterowo-żelazisty, jodyna, spirytusowy roztwór jodu do użytku wewnętrznego, spirytus kamforowy oraz spirytus mrówczany.

Spiritus Amonii anisatus – krople anyżowe, spirytus anyżowy przyrządzano przez rozpuszczanie olejku anyżowego i amoniaku w etanolu. Stosowano je jako środek wykrztuśny w mieszkankach. Przechowywanie tego spirytusu w zbyt niskiej temperaturze powodowało wtrącenie się kryształków anetolu – głównego składnika olejku, można je było jednak łatwo rozpuścić przez wstawienie butelki z kroplami anyżowymi do naczynia z ciepłą wodą. „Farmakopea Polska IV” wprowadziła krople z chlorkiem amonu, zamiast amoniaku, które miały odczyn zasadowy i nie powodowały niezgodności takich jak np. rozkład alkaloidów w odwarze z ipekakuany.

Spiritus Sinapis – spirytus gorczyczny, sporządzano przez rozpuszczenie olejku gorczycznego w etanolu. Stosowany był jako środek rumięjący skórę (*rubefaciens*) przeciw bólom reumatycznym.

Spiritus aetherus – spirytus eterowy, otrzymywany przez zmieszanie eteru, spirytusu i wody. Był środkiem cucącym, przeciwbólowym, działającym obwodowo, stosowano go w zapaściach, stanach przedomdleniowych, w bólach żołądka i kolce wątrobowej. Należał do wykazu środków odurzających.

Spiritus aetherus ferratus – spirytus eterowo-żelazisty, składający się z roztworu chlorku żelazowego i spirytusu eterowego. Jak poprzedni należał do wykazu środków odurzających.

Spiritus Angelicae compositus – złożony spirytus arcydzięglowy, przygotowywano z olejku arcydzięglowego, walerianowego i jałowcowego oraz kamfory, 95% spirytusu i wody. Stosowany był jako środek pobudzający łaknienie, usuwający zaburzenia trawienia i moczopędny, zewnętrznie do nacierania jako środek lekko drażniący.

Spiritus camphoratus – spirytus kamforowy, zawierający 10% kamfory był stosowany jako środek powodujący przekrwienie skóry, słabo antyseptyczny i lekko znieczulający. Stosowany w bólach mięśniowych i stawowych oraz nerwobólach, rozczuwający.

Spiritus formicus – spirytus mrówczany, składający się z 50 cz. kwasu mrówkowego, 700 cz. spirytusu i 250 cz. wody, stosowano zewnętrznie do nacierań w bólach mięśniowych, stawowych i nerwobólach. Jego starszą odmianą był *Spiritus formicus verus* (spirytus mrówczany właściwy), do przyrządzania którego używano 1000 cz. mrówek leśnych, 1000 cz. spirytusu i 1000 cz. wody. Mrówki zebrane do odpowiedniego naczynia należało zabić przez oblanie częścią spirytusu, przenieść do miedzianego i rozetrzeć na miazgę, a następnie zalać resztą alkoholu z wodą i pozostawić do maceracji na 2-3 dni od czasu do czasu mieszając. Po tym czasie macerat należało powoli destylować zbierając pierwsze 1000 cz. cieczy.

Solutio Iodi spirituosa pro usu interno – spirytusowy roztwór jodu do użytku wewnętrznego, czyli jodyna w jej pierwotnej postaci, taka jakiej używano w IX w., otrzymywano przez zmieszanie jodu z 90% spirytusem (w późniejszym okresie zaczęto stosować spirytus 95%). Jod w etanolu rozpuszczał się niezbyt łatwo, nie można go było jednak podgrzać, gdyż wtedy oba odczynniki reagowały, co ujemnie wpływało na działanie leku. Na zimno jod powoli reagował z wodą, przez co lek ten nie mógł być długo przechowywany. Spirytusowy roztwór jodu do użytku wewnętrznego był stosowany w celu wprowadzenia jodu do organizmu w chorobach tarczycy, przeciwko sklerozie oraz w celu wstrzymania wymiotów u ciężarnych.

Solutio Iodi spirituosa – spirytusowy roztwór jodu, nazywany potocznie jodyną, był stabilizowanym, przez dodanie jodku potasu, roztworem jodu w etanolu. Wprowadzenie jodku potasu zapobiegało tworzeniu szkodliwego, działającego drażniąco na tkanki jodowodoru, a w związku z tym przedłużało znacznie okres przydatności leku. Rozwór zawierający około 3% jodu działał odkażająco i był stosowany na małe rany, do dezynfekcji pola operacyjnego, do pędzlowania dziąseł, oraz na skórę przeciwko egzemom i grzybicom. Rozcieńczony był używany do płukania gardła i ust.

Spiritus salicylatus – spirytus salicylowy 2%, stosowany zewnętrznie na skórę, jako lek odkażający; również w stanach zapalnych skóry pochodzenia bakteryjnego.

Odrębną podgrupę spirytusów stanowiły spirytusy mydlane. W „Farmakopei Polskiej II” znaleźć możemy przepisy na trzy spirytusy mydlane:

Spiritus Saponato-camphoratus – spirytus mydlano-kamforowy, zwany też „opodeldokiem”, był mieszaniną spirytusu kamforowego, mydlanego, amoniaku oraz olejku tymiankowego i rozmarynowego. Stosowano go jako środek pobudzający krążenie krwi w skórze, wywierał działanie słabo przeciwbólowe w bólach gośćcowych, mięśniowych i stawowych, w nerwobólach, do nacierań w stanach przeziębienia.

Spiritus Saponatus – spirytus mydlany powstawał przez całkowite zmydlenie oliwy lub innego oleju tłustego ługiem potasowym i dodanie wody oraz etanolu. Dobrze oczyszczał skórę oraz działał odkażająco, stosowano go do dezynfekcji rąk, zmywania skóry w dermatologii, oczyszczania pola operacyjnego oraz w połączeniu z innymi lekami do nacierań.



XIX-wieczne naczynie apteczne na *Spirius Vini Cognac*.

Ze zbiorów Joanny Typek i Macieja Bileka.

z drewna dębowego, stawał się właściwym koniakiem. Ojczyzną koniaku jest miasto Cognac w Francji, od którego napój wziął swą nazwę. Sposób wytwarzania koniaku powodował, że jego cena była wysoka, a w sprzedaży pojawiały się w zależności od sposobu otrzymania: koniaki podrobione, koniaki zafałszowane oraz koniaki sztuczne. W celu sprawdzenia jakości należało wykonać rozbiór chemiczny koniaku w sposób, który podano w farmakopei przy monografii *Vinum*.

W „Polskim Manuale Farmaceutycznym” Jana Podbielskiego i Mariana Rostafińskiego z 1932 r. podano 52 przepisy na spirytusy lecznicze, w „Farmakopei Polskiej II” umieszczono monografie 14 spirytusów, a w „Farmakopei Polskiej III” jest ich już tylko 9. Obecnie w sprzedaży znajduje się pięć spirytusów wytwarzanych na skalę przemysłową – salicyłowy, salicyłowy z aloesem, kamforowy, mrówkowy, lawendowy.

Piśmiennictwo u autora

Spiritus Saponis kalinis
 – uzyskuje się przez zmydlenie oleju lnianego ługiem potasowym z dodatkiem etanolu, po czym dodaje się ponownie etanolu oraz olejku lawendowego i sączy. Stosowany jak poprzedni do dezynfekcji rąk i zmywania skóry.

W „Komentarzu do VIII wydania Farmakopei Austriackiej” znajduje się monografia szczególnego spirytusu, przyrządzanego inaczej niż opisane wyżej spirytusy lecznicze – jest to *Spirius Vini Cognac*, czyli „koniak”, otrzymywany przez destylację wina. Sam destylat nie stanowi jednak gotowego koniaku, dopiero po długim przechowywaniu w beczkach dębowych, podczas którego zachodziły różnego rodzaju procesy chemiczne, a do alkoholu przechodziły substancje

Paweł Kubica



WYWIAD

Mam wciąż dużo pomysłów

Czytelnicy „Farmacji Krakowskiej” doskonale znają cykl artykułów, poświęcony małopolskim aptekom. Opisywani w nim farmaceuci byli osobami niezwykle wszechstronnymi – obok prowadzenia aptek, podejmowali liczne inicjatywy społeczne. Ze wszystkich sił starali się zmieniać swoje małe ojczyzny. Wydawać by się mogło, że epoka takich zaangażowanych w życie społeczne aptekarzy dawno już minęła. Kto dziś ma na to czas? Otóż okazuje się, że są takie osoby! Panią magister farmacji Annę Leszczyńską, właścicielkę apteki w Lanckoronie, długo prosiliśmy o rozmowę. Odmawiała twierdząc, że nie robi tak naprawdę nic nadzwyczajnego! Byliśmy jednak innego zdania. Wreszcie udało się nam namówić ją na rozmowę.

Jak zaczęły się Pani związki z Lanckoroną? Dlaczego to właśnie Lanckoronę wybrała Pani jako miejsce swej działalności – zawodowej i społecznej?

W dzieciństwie dziadek zabierał mnie na wycieczki, na wzgórza okalające rodzinne Sułkowice. Pokazywał mi widniejącą na horyzoncie górę Zamkową, a obok wieżę kościoła. Opowiadał o rycerzach, domach rzeźbionych w drewnie, ludziach dźwigających miasto z największych klęsk wojennych i żywiołowych. To była kraina daleka, niemal baśniowa. Parę lat po studiach, kiedy nadarzyła się okazja prowadzenia apteki w Lanckoronie, nie namyślałam się ani chwili. Lanckorona spełnia moje marzenia. Noszę ją w sercu, na co dzień i od święta!

Czy wybór Lanckorony okazał się słuszny?

Od dwudziestu lat jestem zwykłym wiejskim aptekarzem, któremu udało się odnaleźć najpiękniejsze miejsce na ziemi. Tu oprócz interesującej historii poznałam wielu wspaniałych i ciekawych ludzi. Razem postanowiliśmy obudzić do życia Towarzystwo Przyjaciół Lanckorony, założone w 1962 roku przez profesora Antoniego Krajewskiego, które po jego śmierci, z powodu braku chętnych do pracy, było bardzo mało aktywne. Stworzyliśmy niewielką grupę chętnych do pracy społecznej i wzięliśmy się do roboty. Dziś Towarzystwo liczy 86 członków.

Pokaźna liczba!

Tak i wciąż rośnie. Ostatnio dołączył do nas Jacek Zieliński z zespołu Skaldowie. Pan Jacek często bywa w Lanckoronie. Trzy lata temu skomponował muzykę do wiersza naszego kolegi Jacka Wojsa „Anioł w miasteczku” oraz przepięknie go zaśpiewał.

Jakie są najważniejsze kierunki działania Towarzystwa Przyjaciół Lanckorony?

Zgodnie ze statutem TPL postawiło sobie za cel ochronę dziedzictwa narodowego. Najpierw wymyśliliśmy, że będziemy wydawać własną gazetę – kwartalnik „Kurier Lanckoroński”. Praca wyglądała mniej więcej tak: schodziliśmy się wieczorami u mnie tzn. u nas, Leszczyńskich, bo wraz z mężem i córeczką zajmowaliśmy wówczas służbowe mieszkanie nad apteką i schodziliśmy do apteki wklepywać na komputerze teksty, które powstawały na górze. Jeden dyktował, a drugi pisał. Pamiętam jedno śmieszne zdarzenie. Otóż wypadła moja kolej na pisanie. Zeszliśmy z koleżanką do apteki, ale jak to baby miałyśmy jeszcze wiele innych spraw do omówienia, więc zrobiłyśmy przerwę w pisaniu. Nagle koleżanka krzyczy: *Anka zobacz co tu jest napisane – uciekajmy*. Na czarnym tle ekranu przesuwał się czerwony napis „ten komputer zaraz wybuchnie”. Był to oczywiście żart mojego informatyka – taki wygaszacz ekranu. Ponieważ koleżanka nie miała jeszcze do czynienia z komputerem – autentycznie – zerwała się do ucieczki! Wówczas nie było w gminie jeszcze żadnego publicznego komputera, więc użyczałam aptecznego.

„Kurier Lanckoroński” to nieomalże wizytówka Lanckorony. Zyskał sobie uznanie w szerokich kręgach czytelników i regionalistów.

Owszem, to niezwykle pismo, poruszające tematy historyczne, ale także bieżące. Jest przepięknie, ręcznie ilustrowane rysunkami pana Kazimierza Wiśniaka, znanego krakowskiego scenografa, współtwórcy „Piwnicy pod Baranami”. O wartości Kuriera świadczy przyznana nagroda dla najlepszej gazety lokalnej.

Towarzystwo Przyjaciół Lanckorony to jednak nie tylko „Kurier”. To także szereg pięknych inicjatyw. Proszę nam opowiedzieć, co jeszcze robi Towarzystwo?



Członkowie krakowskiego Bractwa Kurkowego w czasie zakończenia tegorocznego Rajdu Szlakiem Konfederacji Barskiej.

Zajmujemy się renowacją tablic pamiątkowych, kaplic, oznaczamy trasy turystyczne, wykonujemy tablice informacyjne na obiektach historycznych, zabezpieczamy ruiny Zamku Lanckorońskiego, oczyszczamy alejki spacerowe. Bardzo ciekawą inicjatywę podjęliśmy w ubiegłym roku – postanowiliśmy odrodzić las cisowy na zboczach góry lanckorońskiej. Oczyszcziliśmy miejsca i posadziliśmy dwieście cisów. W trosce o upiększanie krajobrazu, zainicjowaliśmy tak-

że konkurs na najpiękniejszy przydomowy ogródek. Ogrody są prześliczne, od klasycznych, typowo wiejskich z malwami, nagietkami do bardzo wypielegnowanych, nowoczesnych. Dokumentacja zdjęciowa, którą posiadam jest tak bogata, że zastanawiam się nad wydaniem albumu „Ogrody Lanckorony”. Corocznie przyznajemy trzy nagrody, aby zachęcić innych do dbałości o swoje otoczenie.

Pani nazwisko nieodłącznie związane jest ze słynnymi Rajdami Szlakiem Konfederacji Barskiej. Co to za inicjatywa?

Nasze Towarzystwo utworzyło wokół Lanckorony Szlak Konfederatów Barskich. Lanckorona była jedną z głównych warowni tego pierwszego polskiego powstania zbrojnego przeciwko zaborcom. Wokół istnieje spora liczba miejsc związanych z toczącymi się tutaj walkami Konfederatów Barskich z wojskami rosyjskimi w latach 1768-1772. Są to przeważnie mogiły, kapliczki, krzyże i obeliski upamiętniające tamte wydarzenia. Wszystko to usystematyzowaliśmy, oznaczyliśmy, większość obiektów odrestaurowaliśmy, a w muzeum utworzyliśmy Izbę Konfederatów. Wtedy wpadł mi do głowy pomysł rajdu, jako imprezy cyklicznej. Pomyślałam, że mogłaby to być przepiękna lekcja historii dla wszystkich, którzy odwiedzają Lanckoronę. Pomysł się spodobał i od trzech lat, zawsze w maju, organizujemy Rajd Szlakiem Konfederacji Barskiej.

Jak wyglądają te rajdy?

Rajd pomyślany jest tak, aby na wesoło, w formie zabawy, zainteresować uczestników historią konfederacji. Zakończenie odbywa się pod ruinami Lanckorońskiego Zamku. Zawsze staramy się mieć jakąś historyczną niespodziankę. W tym roku zaszczyliło nas swoją obecnością Bractwo Kurkowe (wraz z Królem Kurkowym) w przepięknych strojach. Organizacja imprezy wymaga ogromnego zaangażowania, gdyż odbywa się na rozległym terenie, a i uczestników jest bardzo dużo. Dziś już mogę powiedzieć, że pomysł był trafiony, bo forma imprezy bardzo się podoba.

Rajdy Szlakiem Konfederacji Barskiej to nie jedyna Pani inicjatywa. Drugą są wystawy rękodziela mieszkanek Lanckorony. Jaka była ich geneza?

Od pewnego czasu zastanawiałam się, jak pod-



Pani mgr farm. Anna Leszczyńska (siedzi jako trzecia lewej) w stroju mieszkanki lanckorońskiej.



Wystawa koronek lanckorońskich.

w aptece doskonale poznałam społeczność gminy i odkryłam, że wiele tutejszych pań trudni się koronkarstwem, hafciarstwem oraz tworzy wiele pięknych ozdób na własne potrzeby. Swoje „robótki” zaliczają do zwykłych zajęć domowych. Całą tą, w moim odczuciu, wielką pracę postanowiłam pokazać światu.

Zapewne nie było łatwo. Jak udało się Pani zachęcić lokalną społeczność do wzięcia w niej udziału?

Przyznam, że wykorzystałam wypracowany autorytet i zdobyte przez lata pracy zaufanie. Zmobilizowałam artystki koronkowego rzemiosła do działania i urządzenia wystawy. Przepiękne koronki rozpięłyśmy w ramach tworząc obrazy, a całość urządziłyśmy w starej lanckorońskiej chałupie przy rynku. Do wystroju użyłyśmy starych mebli pozbieranych po strychach. Efekt był tak imponujący, że przez trzy miesiące nie pozwolono nam rozebrać wystawy, a autorki wystawy poczuły się szczęśliwe i wyróżnione. W następnym roku już same zgłaszały się, z tym, co chciałyby zaprezentować. I tak powstały cykliczne wystawy rękodzieła w Lanckoronie.

W samej Lanckoronie działania promocyjne kwitną, czy poza nią również?

W ramach promocji Lanckorony, w 2007 roku, zorganizowałam Izbę Ludową w Krakowie. Zebrałam od twórców ludowych: ceramikę, kwiaty z bibuły, rzeźby w drewnie, wycinanki, malowidła na szkle, eksponaty z muzeum, a drewniane stoiska dopełniły reszty. My oczywiście wystąpiłyśmy w strojach mieszczek lanckorońskich, które posiadamy i dumnie prezentujemy również przy innych okazjach. W ramach kolejnych inicjatyw planujemy rozszerzenie Szlaku Konfederacji Barskiej o Tyniec i Suchą Beskidzką.

nieść samoocenne mieszkańców. Ponieważ Lanckorona jest miejscowością turystyczną, zauważyłam, że miejscowi porównują się z przyjezdnymi i czują się gorsi, jakby niedowartościowani. Szczególnie kobiety, które pracują jako gospodynie domowe. Przez lata pracy

Osobiście najbardziej zachwycony byłem inną Pani inicjatywą... Budki dla ptaków, które można odbierać w aptece!

Jako Towarzystwo Przyjaciół Lanckorony, w ramach akcji „Zapraszamy ptaki do Lanckorony”, wykonaliśmy 150 budek lęgowych dla szpaków i sikorek, które rozdaliśmy mieszkańcom. Miejscem dystrybucji była moja apteka, by wszyscy wiedzieli, gdzie po budkę przyjść i w jakich godzinach.



Pani mgr farm. Anna Leszczyńska wraz z pacjentem, odbierającym budkę lęgową.

W Polsce pokutuje wielowiekowy przesąd – ludzie nie pracują społecznie, bo wspólne działanie, działanie dla dobra ogólnego nie jest ugruntowane prawdziwą państwowością. Polski przez ponad 120 lat nie było, a po krótkich 20 latach wielkiego zrywu narodowego w czasie 20-lecia międzywojennego, naszej niepodległości pozostawało wiele do życzenia. Dziś, kiedy jak nigdy dotąd, znowu potrzeba osób, które pracują nie tylko dla własnego dobra, ale także – dla ogólnego, podstawowym kryterium jest zysk i pieniąż. Czym dla Pani jest praca społeczna?

Praca społeczna to nie przymus, to pasja. W ten sposób realizuję siebie, daje mi to ogromną radość i satysfakcję. Mam nadzieję, że pozostawia też coś dla następnych pokoleń, może nie materialnego, może coś bardziej ulotnego, ale jednak. W dzisiejszym, tak zmaterializowanym świecie, większość osób powie: *nie ma co robić, to pracuje społecznie*. Niech i tak będzie. Pomimo upływających lat mam wciąż dużo pomysłów i jeśli tylko sił wystarczy, będę je realizować!

Osoba pracująca społecznie nie działa oczywiście z myślą o jakichkolwiek zyskach i korzyściach. Czasem jednak spotykają ją przesympatyczne wyrazy uznania. Pani również została niedawno odznaczona. I dodajmy: nie był to Złoty Krzyż Zasług...

Rzeczywiście, otrzymałam Order Kwiatu Paproci za trwałą rozwój oraz promocję regionu. Jest to wyróżnienie za pracę społeczną przyznawane przez kapitułę orderu pod przewodnictwem wójta gminy. To oczywiście też forma zabawy, ale bardzo sympatycznej.

Z mgr. farm. Anną Leszczyńską rozmawiał Maciej Bilek



APTEKI MAŁOPOLSKI

Historia aptekarstwa w Nowym Targu

Część pierwsza, historie aptek „Pod Orłem” i „Pod Opatrznością”

Pierwszą wzmianką, dotyczącą aptekarstwa w Nowym Targu, do której udało się dotrzeć, jest pismo Wydziału Gminy w Nowym Targu z 30 października roku 1851, adresowane do samego cesarza Franciszka Józefa! Czytamy w nim: *Najjaśniejszy panie! Raz pod 7 czerwca, drugi raz pod dniem 5 sierpnia do Presidium Obwodowego Sandeckiego, a trzeci raz pod dniem 5 października 851 do Krakowskiej Komisji Gubernialnej wniósł podpisany Wydział żalobę na Abrahama Blumenfelda, izraelitę i doktora miejskiego o znie wagę publiczną (...). W roku 847. gdy lud na epidemii chorował napisał 1012. sztuk recept fałszywie ponajwiększej części i kazano Miastu 843. Z. Reńskie (...) za lekarstwa zapłacić, a lud pytany czyli brał jakie lekarstwa, odparł przeszło 3/4 części lekarstw brania, i na to przysięgać ofiarował się, bo chociaż doktor u ludu niebył to recept mnóstwo napisano i fałszywych nazwisk; numerów domu nawrzucono bez liku; to oszustwo uczynił dla aptekarza Bochusza i co obydwaj blisko na 2000 ZR. W.W. Kasę miejską okradli napisaniem fałszywych recept, pewno wporozumieniu nietylko z aptekarzem Bohuszem ale i owczasowym burmistrzem Józefem Wrnickim, na okradzenie to Kasy naszej miejskiej spisknęli. (...) Wydział gminy miasta Nowego Targu w Galicyi obwodzie Sandeckim położonego. Z powyższego dokumentu wynika, że w 1847 roku nowotarskim aptekarzem był Bochusz.*

W roku 1853 aptekarzem w Nowym Targu był magister farmacji Franciszek Dziorkowski i pozostawał nim w roku 1860, gdyż jako taki figuruje w wykazie właścicieli *realności* w Nowym Targu, płacących podatek na kontrybucje.

W dniu 21 grudnia 1874 roku właścicielem apteki w Nowym Targu został magister farmacji Michał Kwieciński (ur. 1845).

Niezwykle ciekawe – choć, jak się wydaje, nieco przekoloryzowane – wspomnienie o postaci magistrza Kwiecińskiego pozostawił Stanisław Jankowski, długoletni dyrektor szkoły w Odrowążu, którego pamiętniki przedrukowane zostały w „Almanachu Nowotarskim” z roku 1997.

Pisze on: *w Nowym Targu była znana w całym powiecie osobistość. Znałem po części jego przeszłość, bo się nieraz z nim miało stosunki. Biedny farmaceuta ożenił*



Ogłoszenie zamieszczone w „Czasopiśmie Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego” (1879, nr 23, s. 361).

się z wdową po aptekarzu w Nowym Targu i z czasem przyszedł do majątku. Miał dom w rynku, gdzie była apteka, miał duże grunta i kapitały. Trzymał parę pięknych koni. Nikt takich nie miał w powiecie. U niego koncentrował się cały ruch polityczny powiatu. Tam się schodzono na karty i popijawę. Sam aptekarz nie pchał się nigdy do żadnych godności; ale wiele znaczył i jego poparcie było skuteczne. Toteż miał wielu, przyjaciół, tym bardziej, że był gościnnie i szczerzy. Lubił karty i polowania w młodszych latach, frairki, a nade wszystko kieliszek. Gdy przyszedł na niego taki okres szalony, to przyjaciele mawiali: „aptekarz pije”, i wtenczas przez cały tydzień było u niego gwaro i głośno. W pożyciu małżeńskim nie był szczęśliwy /był bezdzietny/, a nawet w późniejszych czasach żyli w separacji, chociaż pod jednym dachem. Był to bliski krewny, bo brat cioteczny ks. Proboszcza, ale w Ludźmierzu rzadko bywał, bo księży nie lubił. Natomiast proboszcz bywał u niego w Nowym Targu często. Aptekarzowa, znacznie starsza, już pięćdziesiątkę mająca, ale zdrowa i energiczna. Przyjeżdżała czasem na odpust do Ludźmierza z papierosem w ustach, powożąc sama ładnymi końmi. Lubiła towarzystwo męskie, zwłaszcza księży, była miłośniczką kart, a i kieliszkiem wina nie gardziła. Proboszcz szanował oboje szczególnie, bo mu jako studentowi pomagała, a zresztą, bo ja wiem, może tam i w tem grała rolę ta okoliczność, że była bezdzietna a bardzo bogata.

Michał Kwieciński, wbrew cytowanej powyżej opinii, był głęboko zaangażowany w życie Nowego Targu i pełnił rozliczne funkcje społeczne! Był radnym miejskim i jako taki wchodził w skład różnych komisji urzędowych, np. komisji powołanej do przeprowadzenia wizji lokalnej i wyceny nieruchomości. Piastował funkcję wiceburmistrza. Jako delegat Rady Miejskiej, należał do Wydziału Nowotarskiej Szkoły Powszechniej Uzupełniającej, powołanej w roku 1892. W 1886 r. został kasjerem miejskim. W tym samym roku wchodził w skład Wydziału Powiatowego przy radzie Powiatowej w Nowym Targu oraz stał na czele nowotarskiej Komisji Sanitarnej. W roku 1894 powołano go do Komitetu obchodów rocznicy Kościuszkowskiej. Był członkiem Komitetu Kościółka św. Anny i Cmentarza. Uczestniczył także, jako członek, w działaniach nowotarskiej straży pożarnej.

Michał Kwieciński zmarł 1 grudnia 1895 roku. Apteka przeszła na własność jego spadkobierców, którzy w roku 1897 sprzedali ją Konstantemu Wilczyńskiemu. Magister Wilczyński urodził się w Warszawie, jako syn Andrzeja. Po ukończeniu Szkoły Powiatowej w roku 1879, wstąpił na studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. 12 lipca 1881 uzyskał dyplom magistra farmacji i bardzo szybko – już jako członek Gremium Aptekarzy Galicji Zachodniej – wydzierżawił krakowską aptekę Józefa Kaczkowskiego. W roku 1883, na posiedzeniu Gremium Aptekarzy Galicji Zachodniej, został wybrany sekretarzem Gremium na trzyletnią kadencję.

W Nowym Targu Konstanty Wilczyński poszedł w ślady swego poprzednika – Michała Kwiecińskiego i także angażował się społecznie, sprawując w roku 1901 funkcje kasjera miejskiego.

Apteka Konstantego Wilczyńskiego, jako jedna z nielicznych, doczekała się literackiego portretu – opisał ją w swych „Wspomnieniach 1891-1970” Stanisław Sheybal, pionier polskiej fotografii artystycznej. Wspominając spędzone w Nowym Tar-

gu dzieciństwo pisze: *W okresie przebywania w tym mieście najbliższą towarzyszką mojego życia była matka. Z nią się najlepiej wówczas rozumiałem, ona jedna (tak mi się przynajmniej zdawało) traktowała mnie poważnie. Razem chodziliśmy po A–B nowotarskiego rynku, które było wówczas miejscem spacerów i spotkań mieszkańców miasta. Przy A–B stał drewniany, parterowy domek z facjatką, a w nim była apteka. Z rodziną jej właściciela matka się przyjaźniła i częstośmy ten domek odwiedzali. Był tam chłopak w moim mniej więcej wieku i z nim lażłem po dziwnych i tajemniczych zakamarkach domu. Pamiętam jakąś opuszczoną, zawaloną rupieciami sien, w niej resztki rozebranych schodów, prowadzących kiedyś na poddasze. W otworze wyciętym w suficie, przez który kiedyś wchodziło się schodami, tkwiła teraz zwyczajna drabina. Dlaczego schody zostały rozebrane? Długo mnie to intrygowało. Ale gdy pytałem o to syna aptekarza, ten uparcie milczał a na twarzy malował się niepokój i strach. Aż pewnego razu głosem drżącym ze wzruszenia opowiedział mi historię, która mnie zadziwiła.*

– *Tam, na górze – powiedział – jest pokój, w którym mieszkała moja prababka. I tam umarła. A teraz straszy. Tam nie wolno chodzić. Nie wolno? Ano, zobaczymy – pomyślałem. Od razu bowiem postanowiłem rzecz zbadać osobiście. I pewnego dnia, gdy na świecie gasło już światło dzienne i wszyscy siedzieli w ogrodzie, wkradłem się do sieni i wdrapałem po drabinie na poddasze. W ścianie naprzeciw wejścia od razu spostrzegłem drzwi i po ich otwarciu znalazłem się w pięknym, staromodnie urządzonym i dość czysto utrzymanym pokoju. Okno było zastonięte koronkową firanką i wewnątrz panował zmrok. Nad łóżkiem wisiał dość duży obraz przedstawiający piękną, młodą kobietę. To pewnie ona, prababka – pomyślałem i urzeczony jej urodą wpatrzyłem się w niesamowite oczy patrzące z portretu. Nagle oczy te drgnęły. Przyjrzałem się bacznie. Ależ tak! Te oczy żyją. Gdziekolwiek stanę, obracają się w moim kierunku. I wciąż patrzą na mnie. A teraz cała twarz ożyła. Już drgnęły usta, rozchylają się wargi, zaraz portret przemówi. Ogarnęło mnie niesamowite przerażenie. Poderwałem się i z wraskiem wybiegłem z pokoju, po czym spiesźnie, płatając nogi, zacząłem się spuszczać w dół po drabinie. Z połowy jej wysokości runąłem bezwładnie na ziemię. Zacytowane wspomnienia są także pierwszym źródłem historycznym, które z całą pewnością potwierdza lokalizację apteki w nowotarskim rynku.*

W roku 1902, w czasie słynnego strajku pracowników apteki galicyjskich, zorganizowanego przez Towarzystwo Farmaceutyczne „Unitas”, Konstanty Wilczyński pospieszył z pomocą do Krakowa, do apteki magistra Bartmańskiego. Wszyscy pracownicy aptek, w celu wywarcia presji na pracodawców, solidarnie odmówili pracy. W aptekach pozostali jedynie właściciele oraz ich znajomi, dzięki czemu placówki te mogły funkcjonować. Postawa Wilczyńskiego oraz kilkunastu innych farmaceutów spotkała się ostrym potępieniem na łamach organu prasowego Towarzystwa „Unitas” – „Kronik Farmaceutycznej”. W kpiącym artykule „Lista honorowych członków zawodu” osoby te nazwano *lamistrstkami*, oskarżając jednocześnie o to, że *nie zawahali się dla kilkodniowego zarobku stanąć za recepturą po kilkunastoletniej nieraz nieobecności w zawodzie na to, aby nas tem przedzej zepchnięto w przepaść. W tem sympatycznym towarzystwie znajdują się obok nędzarzy i bogacze, obok siwowłosych starców magistrowie z niedawno otrzymanem pięcioleciem.*

1 stycznia 1902 roku apteka nowotarska przeszła na własność Czesława Wieniawyl-Zubrzyckiego z Rzeszowa, który po upływie kilkunastu dni... sprzedał ją magistrowi farmacji Emilowi Scheinowi. Nazwisko Schein znane było wówczas wszystkim mieszkańcom Nowego Targu: wszak to właśnie Herman Schein był przez kilkadziesiąt lat ich lekarzem miejskim. Doktor Schein (1845-1920) objął tę posesję w roku 1873 i obowiązki lekarza miejskiego sprawował nieprzerwanie do śmierci, zyskując sobie wielki szacunek, który znalazł wyraz w nadaniu mu tytułu honorowego obywatela Nowego Targu. Doktor Schein miał dwojkę dzieci - Joannę oraz Emila. Emil Schein urodził się w roku 1874 w Nowym Targu. Podobnie jak ojciec był wyznania mojżeszowego. Studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim odbywał w latach 1892-1894, dyplom magistra farmacji uzyskując 15 lipca 1894 roku.

Apteka w Nowym Targu należała do magistra Scheina do roku 1925, mieściła się w kamienicy przy Rynku, pod numerem 13. Sam Emil Schein pracował w niej jednak tylko do października 1909 roku, kiedy to wydzierżawił aptekę Augustowi Christowi.

Magister August Jan Christ urodził się w Bochni. W roku 1892 złożył egzamin na podaptekarza przed komisją egzaminacyjną Gremium Aptekarzy Małopolski Zachodniej. Studia farmaceutyczne ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim w roku 1892. W roku 1903 wymieniony jest jako pracownik apteki w Bochni, będący członkiem Funduszu Pensyjnego Farmaceutów Galicyjskich. August Christ nie był zapewne zadowolony z roli dzierżawcy apteki nowotarskiej, gdyż od roku 1910, co kilka miesięcy, z rzadko spotykaną wytrwałością, występował o przyznanie mu koncesji na prowadzenie aptek: w marcu 1910 roku w Tarnobrzegu i Sanoku, w kwietniu 1910 - w Bochni, w maju 1910 - w Krakowie, we wrześniu 1912 - w Samborze lub Tarnowie, w październiku 1912 - w Żywcu i Jaworowie.

W Nowym Targu przyszedł na świat syn Christa - Ferdynand, w przyszłości także magister farmacji. Jego ojcem chrzestnym był późniejszy wybitny profesor farmacji stosowanej Marek Gatty-Kostyal. W roku 1918 August Christ zmarł na zapalenie płuc, a wkrótce wdowa po nim otrzymała zawiadomienie, że... jej nieżyjący mążonek otrzymał koncesję na prowadzenie apteki w Jaworznie! W drodze wyjątku władze, pomimo śmierci Christa, utrzymały w mocy swą decyzję, dzięki czemu wdowa, wraz trójką małych dzieci, mogła utrzymywać się z dzierżawy apteki. Wspomniany wcześniej syn Augusta Christa - Ferdynand, studia farmaceutyczne rozpoczął w roku 1937 i dokończył je po II wojnie światowej w roku 1948. Wedle wspomnień jego żony, pani Zofii Christ z Krakowa, po uzyskaniu dyplomu magistra farmacji, pracę podjął w aptece należącej do matki i niedługo przed nacjonalizacją w roku 1951 został jej kierownikiem. Następnie kierował upaństwowioną już apteką. W latach pięćdziesiątych przeniesiony został służbowo do pracy w aptece przy ul. Karmelickiej w Krakowie.

W latach 1913-1914 nowotarską aptekę prowadził doktor Herman Schein, co było pogwałceniem obowiązującego prawa i musiało się zapewne spotkać z ostrą interwencją Gremium Aptekarskiego.

Od 1 sierpnia 1920 do 31 sierpnia 1927 roku apteka była dzierżawiona przez Eugeniusza Dąbrowskiego, absolwenta studiów farmaceutycznych na Uniwersytecie

APTEKA W NOWYM TARGU
Rynek, (obok kościoła)
 ∴ pozostaje obecnie pod nowym zarządem ∴
Eugeniusza Dąbrowskiego
 magistra farmacyi, b. kierownika aptek krakowskich
 i posiada na składzie
**świeże środki lecznicze krajowe i za
 graniczne.**

Reklama nowotarskiej apteki pod zarządem Eugeniusza Dąbrowskiego. Reprodukacja z „Gazety Podhalańskiej” (1919, nr 52).

OGŁOSZENIE.
JĄŁOWIEC
 (baccae Juniperi)
 wysyła 4½ kg. netto
 za pobraniem 300 Mk
Mr E. DĄBROWSKI
 APTEKA
 W NOWYM TARGU
 MAŁOPOLSKA.

Reklama nietypowej działalności nowotarskiej apteki, dzierżawionej przez magistra Eugeniusza Dąbrowskiego, zamieszczana niemal przez cały rok 1921 w „Kronice Farmaceutycznej”.

**4½ kg. Baccae juniperi (net-
 to) wysyła za pobraniem 300 Mk.**
Mr. Eugeniusz Dąbrowski
 apteka w Nowym Targu, Rynek
 Małopolska.

Reklama apteki Eugeniusza Dąbrowskiego, zamieszczana w roku 1921 w „Wiadomościach Farmaceutycznych”.

Jagiellońskim, w latach trzydziestych dzierżawcę apteki w Czernejewie. W roku 1920 w aptece „Pod Orłem” (w tym roku po raz pierwszy pojawia się w dokumentach nazwa apteki) przyjmowane były zapisy do Polskiego Czerwonego Krzyża. Zapisujący się musieli złożyć w aptecę datki w kwocie 20 marek, na rzecz *ran-nych i chorych żołnierzy naszej armii*. Nie wiadomo, czy magister Schein w latach dwudziestych przebywał w Nowym Targu, jednak w rok po śmierci swego ojca przekazał na rzecz miejscowej ochronki niemłą kwotę 15000 marek.

W roku 1925 apteka w Nowym Targu przeszła na własność spadkobierców Emila Scheina, którzy nadal dzierżawili ją magistrowi Dąbrowskiemu. 1 listopada 1927 roku aptekę kupił Adolf

Milet, urodzony 26 stycznia 1881 roku. O postaci tej wiadomo bardzo niewiele, przed I wojną światową, od roku 1911 był dzierżawcą apteki „Pod Zgodą” w Buczaczu. Adolf Milet angażował się w życie społeczne małopolskich farmaceutów, będąc członkiem Towarzystwa Popierania Nauk Farmaceutycznych w Krakowie.

Apteka Milleta, ze względu na doskonałe położenie w Rynku nowotarskim, przyciągała bardzo wielu pacjentów. Milet pozostawał także w dobrych kontaktach z lekarzami, ordynującymi w kamienicach w Rynku, którzy kierowali swych pacjentów do apteki „Pod Orłem”.

Losy apteki Milleta po wybuchu II wojny światowej nie są znane. Wiadomo jednak, że decyzją Prezydenta Wydziału dla Spraw Zdrowotnych Rządu Generalnego Gubernatorstwa z dnia 10 marca 1941 r., apteka ta została zlikwidowana, a koncesja na prowadzenie apteki w nowotarskim Rynku cofnięta. W przekazujących tę informację „Wiadomościach Aptekarskich”, organie prasowym Izby Aptekarskiej w *Izbie Zdrowia dla Generalnego Gubernatorstwa*, nie podano żadnego uzasadnienia, dlaczego doszło do likwidacji.

W dzień po likwidacji apteki „Pod Orłem”, 11 marca 1941 roku, Szef Referatu dla Aptek i Środków Lecznicznych Okręgu Krakowskiego Wydziału Zdrowia, rozpiisał *przetarg na aptekę (...) w miejsce apteki Milleta*. W kilka miesięcy później, w styczniu 1942 roku, Izba Aptekarska w Izbie Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa wydała dla magistra farmacji Jana Wellnera, prawomocną koncesję na prowadzenie apteki w nowotarskim rynku. Wallner aptekę uruchomił już w lutym 1942.

Jan Wellner był absolwentem studiów farmaceutycznych we Lwowie z roku 1922. Apteka znajdowała się w kamienicy pod numerem 18 i otrzymała nazwę „Pod Opatrznością”. Wedle „Deklaracji w sprawie podatku przemysłowego” za rok 1944, zachowanego w nowotarskim Archiwum Państwowym, w aptecę „Pod Opatrznością” zatrudnionych było pięciu pracowników umysłowych oraz jeden robotnik kwalifikowany.

Po wojnie apteka przeszła na własność Okręgowego Urzędu Likwidacyjnego, magister Wellner pozostawał zaś jej dzierżawcą. Pracownikiem apteki był Józef Sułkowski, absolwent studiów farmaceutycznych we Lwowie z roku 1936.

Piśmiennictwo u autora



Lokal w rynku nowotarskim pod numerem 18, gdzie mieściła się apteka „Pod Opatrznością”. Zdjęcie z początku lat pięćdziesiątych XX wieku. Fotografie ze zbiorów Muzeum Podhalańskiego PTTK w Nowym Targu.

Dr n. farm. Maciej Bilek



VARIA

Na ziołowym dopingu

Lista leków zakazanych w sporcie, opracowana i aktualizowana przez Światową Agencję Antydopingową (*World Anti-Doping Agency*, WADA), nie zawiera żadnych surowców zielarskich. Czy słusznie? Czy nie stwarza to furtki dla sportowców i lekarzy? A może jest celowe?

Świat roślin dostarcza wielu biologicznie aktywnych substancji. Część z nich, ze względu na swoje właściwości, znajduje zastosowanie w sporcie. Stosowane są zwłaszcza surowce zielarskie o działaniu pobudzającym, przyspieszającym tętno i rozszerzającym oskrzela. Ważną rolę odgrywają także środki moczopędne, pozwalające na szybkie obniżenie masy ciała i uwydatniające rzeźbę mięśni. Stosowane są także środki znieczulające miejscowo, przeciwbólowe, przeciwzapalne, antystresowe, tonizujące, antyoksydacyjne oraz redukujące tkankę tłuszczową.

Co prawda na liście substancji zakazanych w sporcie znajdują się niektóre substancje obecne w surowcach zielarskich, ale samych ziół lista nie zawiera. Tak więc zakazana jest efedryna, ale ziele przęśli już nie, morfina tak, ale opium nie. Wykaz WADA zawiera m.in. kokainę (zawartą w liściu kokainowca), która pobudza ośrodkowy układ nerwowy i układ współczulny, przyspiesza akcję serca, zwiększa ciśnienie krwi, rozszerza drzewo oskrzelowe. Efedryna (z ziele przęśli) zwęża naczynia krwionośne, powoduje rozkurcz mięśniówki gładkiej oskrzeli, podnosi ciśnienie krwi. Katyna (w liściu katy) działa pobudzająco i euforyzująco, strychnina natomiast (nasiona kulczyby) nasila przewodnictwo nerwowe. Poza listą znalazła się kofeina, która dawniej była zakazana w większych ilościach. Związek ten występuje w licznych, powszechnie stosowanych surowcach roślinnych, takich jak nasiona kawy, liść herbaty, ziele *mate* czy guarana. Kofeina jest klasyfikowana jako psychoanaleptyk, analeptyk ośrodkowego oddechowego oraz naczynioruchowego.

Lista ziół stosowanych w sporcie jest długa. Niektóre z nich są nam znane. Żeń-szeń, eleuterokok, cytryniec, różeniec, aralia mandzurska, kordyceps, sarsaparilla, sasafras, dzięgiel chiński – w mniejszych dawkach działają tonizująco, w większych pobudzająco. Wiele z tych surowców zawiera albo steroidy albo zbliżone strukturalnie związki triterpenowe lub lignany. Substancje te są bardzo podobne do stosowanych w siłowniach anabolików. W przypadku niektórych surowców w ogóle nie poznano składników odpowiedzialnych za aktywność biologiczną.

Aminiek egipski powoduje rozszerzenie oskrzeli oraz naczyń wieńcowych. Ziele stroiczki rozdętej pobudza ośrodek oddechowy. Liść miłorzębu oraz głóg poprawia-

ją krążenie. Zawarta w opium morfina działa przeciwbólowo. Zabronionym anestetykiem lokalnym jest kokaina. Zwiększone wydalenie moczu możemy osiągnąć po zastosowaniu ziela nawłoci, ziela skrzypu, liścia brzozy lub owocu jałowca. Niektórym pewności siebie dodaje halucynogenna marihuana. Wybór jest duży, pokusa szybkiego efektu też.

Specyficzną formą dopingu jest antydoping, a więc podanie rywalowi sportowemu środków, które skutecznie osłabiają jego kondycję. Znajdują tu zastosowanie głównie środki przeczyszczające, jak popularny olej rycynowy, senes, kruszyna czy rzewień. Można także zastosować środki wymiotne (np. korzeń ipekakuany) lub halucynogenne (np. gałka muszkatołowa).

Nie są znane oficjalne dane dotyczące dopingu środkami ziołowym. Nie ulega jednak wątpliwości, że środki te są stosowane. Wydaje się to być nagminnie praktykowane nie tylko w sporcie. Wykrycie tych środków w płynach biologicznych (np. mocz, krew) zawodników nie może jednak stanowić podstawy posądzenia o niedopuszczalny doping – nie są to przecież środki zakazane. Wielu fachowców przecierało oczy widząc spektakularne osiągnięcia chińskich sportowców w ostatnich latach. Czy były to rzeczywiście wyczyny sportowe, czy może raczej owoc chińskiej medycyny tradycyjnej opartej o zioła?

Kontrola antydopingowa na Igrzyskach Olimpijskich w Pekinie nie wykazała stosowania przez chińskich zawodników żadnych niedozwolonych środków. Prawdopodobnie dlatego, że kontrole przeprowadzali głównie chińczycy. Nie wszystkim wspomagającym się farmakologicznie sportowcom udaje się jednak zatuszować przestępstwo. Przekonał się o tym kolarz Karl Donnelly, u którego podczas Tour of Mournes w 1997 roku stwierdzono nadmierny poziom pseudoefedryny. Z podobnych przyczyn zdyskwalifikowano w 1996 roku na Igrzyskach w Atlancie włoską skoczkinię wzwyż Antonellę Bevilacqua. Nadmierny poziom efedryny stwierdzono także u np. Diego Armando Maradony w meczu przeciwko Nigerii na Mistrzostwach Świata w 1994 r. We wszystkich trzech przypadkach sportowcy przekonywali organizacje sportowe o braku złej woli, a winę przenosili na przyjmowane środki ziołowe. Mimo to zostali zdyskwalifikowani, ponieważ każdy profesjonalista musi w pełni świadomie korzystać z jakichkolwiek terapii.

Doping będzie praktykowany, czy tego chcemy czy nie. Ba, będzie się rozwijał! Warto, by gremia decyzyjne dobrze przyjrzały się substancjom pochodzenia roślinnego tak, aby rywalizacja była choć trochę sprawiedliwsza. Dlaczego jeszcze tego nie uczyniono? To trudne pytanie pozostaje wciąż bez odpowiedzi. Jedno jednak wiemy na pewno: doping surowcami roślinnymi, które są generalnie uważane za słabiej działające od syntetyków, w równym stopniu może prowadzić do kalectwa lub zgonu. Pamiętajmy, w roślinach tkwi wielka siła – *in planta magna latet virtus!*

Piśmiennictwo u autora

Dr n. farm. Radosław J. Ekiert



PRZED 100 LATY POLSKA PRASA FARMACEUTYCZNA PISAŁA...

Dotkliwe straty materialne wyrządziła kol. Mg. F. Ignacemu Bojarskiemu żywiółwa tucza, która nawiedziła 3. lipca b. r. Budzanów. Tucza, jakiej nie pamiętają najstarsi ludzie tamtejsi, załała cały ogród, i dostała się do piwnicy aptecznej niszcząc całe urządzenia i materiały. Woda dosięgła w piwnicy wysokości 180 ctm., unosząc ze sobą belki, które pływając tłukły wszystkie butle i słoje. Straż pożarna przybyła na ratunek z sikawkami, które nie zdołały w pierwszym dniu wypompować wszystkiej wody.

Przenikliwość promieni słonecznych przez ciało. Twórca terapii światła Finsen sądził, że działanie światła na organizm ludzki jest tylko powierzchowne. Najnowsze badania stwierdziły, że co najmniej słońce południowe Nicei i okolic górzystych działa o wiele głębiej. Opakowana szczelnie płyta fotograficzna, umieszczona na piersi człowieka, daje dowód, że promienie słoneczne naświetlające plecy przenikają całą klatkę piersiową. Doświadczenia te spowodują może doniosłe następstwa w leczeniu choroby i t.p.

Zamknięcie publicznej apteki. Starostwo w Buchaczu zarządziło zamknięcie apteki spadkob. śp. Lisowskiego w Uściu Zielonem, gdyż po upływie czasu dzierżawy przez dotychczasowego dzierżawcę nie zgłoszono dla tej apteki żadnego ukwalifikowanego zarządcy.

Nekrologia. 23 b.m. zmarł w Krakowie kol. Mr. Jan Sygietyński w 45 roku życia. W zmarłym tracimy dobrego i zacnego kolegę, który tuż u wrót ziszczenia się swych pragnień – otrzymania koncesyi – pada podcięty śmierci kosą. Koledzy krakowscy zmarłego wzięli bardzo liczny udział w pogrzebie i złożyli na trumnie wieniec. Jako nadwyżkę pozostałą z zakupna wienca na trumnę śp. kol. Sygietyńskiego złożono na Zakład Braci Tercjarzy 18 koron.

Cytaty zaczerpnięto z działu „Wiadomości bieżące” „Czasopisma Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego” oraz „Kroniki Farmaceutycznej” z lipca i sierpnia 1909. Zachowano oryginalną pisownię i interpunkcję.

Opracował
Dr n. farm. Maciej Bilek



Z DAWNEJ APTEKI

U. Populeum (Unguentum populeum) – maść topolowa

Maść zawierająca zmacerowane świeże pączki topolowe *Gemmae Populi* z topoli czarnej- *Populus nigra* L., była cenniejszym i skutecznym środkiem na obrzmiałe i bolesne hemoroidy. Stosowano ją również przeciw wypadaniu włosów i w egzemach.



Ung. Picis (Unguentum picis) – maść dziegiowa

Maść z dziegiem drzewnym *Pix liquida*, zazwyczaj był to dziegieć sosnowy (*Pix liquida Pini*) lub brzozywy (*Pix Betulae*).

Preparat o właściwościach antyseptycznych stosowany w leczeniu egzemy, łuszczycy oraz trądu.

Puszki apteczne, fajans, Holandia, XVIII-XIX w. (ze zbiorów Muzeum Farmacji w Krakowie)

Iwona Dymarczyk



WARTO PRZECZYTAĆ

Nakładem nowotarskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Historycznego, ukazała się książka autorstwa dra n. farm. Macieja Bileka pt. *„Apteki i aptekarze południowej Małopolski do 1951 roku”*.

Na ponad 400 stronach, opisane są historie aptek w dzisiejszych powiatach: nowotarskim, tatrzańskim, myślenickim, suskim oraz limanowskim. W bogato ilustrowanej książce znajdu-

ją się losy aptek w Nowym Targu, Rabce, Krościenku nad Dunajcem, Czarnym Dunajcu, Szczawnicy, Jabłonce Orawskiej, Zakopanem, Poroninie, Myślenicach, Dobczycach, Suchej Beskidzkiej, Makowie Podhalańskim, Jordanowie, Zawoi, Limanowej, Mszanie Dolnej oraz Tymbaruku. Zaprezentowane zostały także sylwetki farmaceutów, pracujących w aptekach: właścicieli, dzierżawców, szeregowych pracowników oraz historie ich rodzin.

Książka będzie dostępna w księgarniach w Zakopanem, Krakowie i Nowym Targu. Można ją także zamawiać bezpośrednio, pod adresem mailowym pth.nt@poczta.fm, lub numerem telefonu wydawcy: 502-418-742.

