

# Dega, Wiktor

---

## Zapiski do autobiografii. Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu

---

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 29/2, 258-322

---

1984

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

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.





Ryc. 1 Prof. dr med. Wiktor Dega (1976)

Wiktor Dega

## ZAPISKI DO AUTOBIOGRAFII

### MOJA DROGA ŻYCIOWA DO WIEDZY I ZAWODU \*

Z medycyną zetknąłem się we wczesnym dzieciństwie. Mieszkałem z rodzicami w Poznaniu przy małej uliczce Św. Piotra. Naprzeciw naszej kamienicy znajdował się szpitalik dla dzieci oraz przedszkole. Było to dla mnie nieszczęściem, a zarazem szczęściem. Nieszczęściem, bo zarażałem się od dzieci przedszkola po kolei wszystkimi zakaźnymi chorobami dziecięcymi. Szczęściem, bo przebyte choroby uodporniły mnie (nie było wtedy antybiotyków), tak że później nie wiedziałem, co to jest absencja chorobowa. Szczęściem było i to, że poznałem z bliska lęk przed śmiercią i wdzięczność, że nie chciała ona skorzystać ze swej kosa. Zwłaszcza ciężko przechodziłem szkarlatynę oraz dyfteryt, gdy mi groziło uduszenie z powodu zajęcia krtani.

Wdzięczność czułem do mej Matki, która tak troskliwie pielęgnowała mnie. Pełen wdzięczności byłem także dla naszego domowego lekarza, którym był dr Bolesław Krysiwicz, pracujący jako pediatra w szpitaliku naprzeciwko nas.

Był uosobieniem dobroci w moich oczach i zjawiał się zawsze we wszystkich zagrożeniach i ratował mnie. Wtedy nie wiedziałem nic, że opiekował się mną znany lekarz-społecznik, założyciel szpitalika. Ulica, na której mieszkaliśmy, i szpital otrzymał w PRL nazwę ul. Bolesława Krysiwicza.

Jego obecność, jak również dobroć mojej Matki i Jej gotowość niesienia pomocy nie tylko mnie, ale i innym, skłoniły mnie zapewne, że już jako 5—6 letni chłopiec pragnąłem być lekarzem.

---

\* Druga część autobiografii naukowej, nad którą Autor pracuje, obejmie okres od Powstania Warszawskiego do chwili obecnej (przyp. Red.).

## 1. LATA MŁODZIEŃCZE

Chodziłem do gimnazjum Marii Magdaleny w Poznaniu. Był to okres zaboru pruskiego. Językiem wykładowym był niemiecki. W klasach przeważająca większość uczniów była polska (ok. 70%). Toteż w przerwach międzylekcyjnych dominował język polski. Dorastając, wielu z nas czuło potrzebę poznawania historii i literatury polskiej. Rodzice zgodzili się, żebym chodził z Januszem Zeylandem na prywatne lekcje tzw. polskiego do pani Rakowskiej przy ul. Półwiejskiej. Janusz Zeyland mieszkał w tej samej kamienicy. Bawiliśmy się na podwórku, chodziliśmy wspólnie do gimnazjum. Był to mój najserdeczniejszy przyjaciel i przez długie lata łączyły nas wspólne przeżycia, aż rozdzieliła nas Jego śmierć. Prof. dr med. Janusz Zeyland — znany badacz gruźlicy u dzieci — został zastrzelony przez hitlerowców w pierwszych dniach powstania warszawskiego w 1944 r.

Rok 1913 zbliżył nas szczególnie, gdyż obaj przyłączyliśmy się do podziemnego ruchu skautowego, prowadzonego na ziemiach zachodnich przez Towarzystwo Tomasza Zana (TTZ), a w 1914 r. wstąpiliśmy do Tajnej Organizacji Niepodległościowej (TON). Była to organizacja niezależna, choć regulaminy wojskowe i stary karabin Manlichera do ćwiczeń otrzymaliśmy z galicyjskiego ruchu strzeleckiego. Byliśmy przekonani, że wojna światowa, w której wybuch wierzyliśmy, da nam okazję wywalczenia niepodległości nie tylko oświatą, lecz przede wszystkim z bronią w ręku.

Był to okres ciężkiej harówki, wkuwania regulaminów wojskowych, zaprawiana się w musztrze wojskowej i w nocnych marszach ćwiczebnych, ale zarazem świetna nauka dyscypliny i autodyscypliny, niezrażania się trudnościami i pokonywania ich. Obok zajęć wojskowych, których ukoronowaniem było uzyskanie stopnia podchorążego, biegły normalne zajęcia szkolne. Wszystko musiało się odbywać w ścisłej tajemnicy przed kolegami szkolnymi, a także przed rodzicami. Każda wsypa groziła wyrzuceniem z gimnazjum, a ojcom naszym utratą posady.

Dziś zdaję sobie z własnego doświadczenia jasno sprawę, jak niebezpieczny jest dla chłopca wiek 17—18 lat. Jak łatwo można nadużyć młodzież w tym wieku. Sam będąc najgłębiej przekonany o świętości naszych ideałów niepodległościowych i o słuszności sposobu jej zdobywania, a będąc zarazem zobowiązany do bezwzględnego wykonania otrzymanego rozkazu, byłbym wykonywał każdy rozkaz bez zawahania. Czyny tak spreparowanej psychologicznie młodzieży zależą wtedy tylko od poczytalności ich przywódców. Na szczęście nasze przywództwo było poczytalne. Ten okres wyrobił u mnie duże zrozumienie dla spraw młodzieżowych. W osądzaniu poczynań młodzieży należy zawsze zacząć od doszukiwania się ich pierwotnych motywów.

## 2. NA WOJENNYCH FRONTACH

W 1914 r. wybuchła wojna światowa. Moi starsi koledzy szkolni otrzymali zaraz powołanie do wojska — oczywiście niemieckiego, jako że Poznań należał do zaboru pruskiego. Większość z tych kolegów zginęła na froncie, a wśród nich nasz prezes TTZ — Henryk Bukowski, mój sąsiad na ławie szkolnej i przyjaciel.

Dnia 6 września 1915 r. sam otrzymałem pozew do wojska niemieckiego. Ponieważ należałem do TON, uważałem za obozwiązek przedłożenie pozwu swemu przełożonemu i otrzymałem zgodę jako oddelegowany do armii pruskiej. Jakże to było naiwne, gry dziś na to spoglądam, ale był to objaw funkcjonowania dyscypliny.

Byłem wtedy w niższej prymie gimnazjalnej. Za rok miałem zdawać maturę. Ponieważ urodziłem się 7 grudnia 1896 r. otrzymałem pozew w 1915 r., podczas gdy moi koledzy, którzy byli o kilka tygodni młodszy, jak np. Janusz Zeyland, lecz urodzili się w 1897 r., ukończyli gimnazjum z maturą i udali się na studia. Janusz Zeyland zaczął studiować medycynę w Berlinie.

Fakt, że zamiast studiować muszę tułać się po frontach w mundurze pruskim, był dla mnie psychicznie bardzo bolesny. Jedyną korzyścią była zaprawa fizyczna. Przenoszenie wojsk wzdłuż frontu odbywało się wtedy pieszo. Kilkudniowe marsze z pełnym rynsztunkiem po 30 km na dobę, z noclegami gdzie przypadło, było czymś normalnym. Początkowo formacja nasza działała na froncie wschodnim pod Baranowiczami.

Tutaj wiosną 1917 r. przeżyłem pierwszy atak gazowy zastosowany przez Niemców. Przez całą noc nosiliśmy metalowe butle gazowe układając je na przedpolu naszych rowów strzeleckich. Gdy kierunek wiatru wydawał się przychylny, saperzy odkręcili kurki butli i wiatr miał nieść chmurę gazu na pozycje nieprzyjacielskie. Lecz wiatr okazał się niezbyt obliczalny i część gazu przeniosła się na sąsiednie odcinki niemieckich rowów strzeleckich szerząc popłoch. Próby tej nie powtarzano na naszym odcinku.

Latem przeniesiono nasz batalion nad rzekę Serwecz. Był to spokojny odcinek frontu. Szeroka dolina dzieliła rowy niemieckie od okopów rosyjskich. Tutaj przeżyłem niezapomniane chwile rewolucji w Rosji i ogłoszenia zawieszenia broni. Przebłysk końca wojny (niestety złudny) wywołał wielką radość i nadzieję. Natychmiast próbowaliśmy sprawdzić wiarygodność zawieszenia broni. Małymi grupkami zbliżyliśmy się do linii rosyjskich, gdzie żołnierze rosyjscy okazali te same zamiary. Zaraz też zaczął się handel wymienny: machorka, którą bardzo ceniliśmy, puszki żywnościowe, części odzieży itp.

Trudno pojąć, jak wzajemna wrogość może powstać i ustać na rozkaz. Ludzie, którzy do siebie jeszcze wczoraj strzelali, w przekonaniu,

że dobrze czynili, dziś podawali sobie ręce uśmiechnięci i pełni nadziei, że wzajemna udręka ustała.

Dla nas jednak nie ustała udręka. Osłabienie działań na wschodnim froncie wykorzystali Niemcy przygotowując wielkie ofensywy na froncie zachodnim. Wojska z frontu wschodniego przerzucano na front zachodni. Dywizja niemiecka, do której przynależała nasza jednostka wojskowa, przeniosła się z północy na Polesie, gdzie tonęliśmy w błocie nad brzegami Prypeci (wiosna 1918 r.), a krótko potem przewieziono nas kolejną na front zachodni, początkowo do Alzacji.

Tutaj w kwietniu 1918 r. ukazał się rozkaz dywizji, który umożliwił zdanie matury tym żołnierzom gimnazjalistom, których powołanie do służby wojennej przerwało tak jak mnie naukę szkolną. W maju 1918 r. wydelegowano mnie do Koblencji nad Renem, gdzie wraz z innymi żołnierzami gimnazjalistami zdałem maturę. Szczęście moje nie miało granic. Zaraz też immatrykułowałem się korespondencyjnie na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Berlinie. Ku mojej wielkiej radości przysłano mi kartę immatrykulacji jako studenta medycyny. Karta ta ułatwiła mi później wydostanie się z piekła ofensywy wpraw pod St. Quentin, później pod Chateaux-Thierry pod Paryżem, a w końcu pod Le Cateau, gdzie wkroczyły wojska amerykańskie w kontrofensywę francuską.

Korzystając z zamieszania w odtransportowywaniu rannych żołnierzy z frontu na tyły, udało mi się dzięki mej karcie studenta medycyny przyłączyć jako eskorta do jednego z transportów.

W ten sposób znalazłem się we wrześniu 1918 r. w szpitalu dla rannych żołnierzy w München-Gladbach w Nadrenii. Tu znów dzięki mej karcie studenta medycyny przyłączono mnie do pomocy lekarzom.

Trudno mi było uwierzyć w swoje szczęście. Karta immatrykulacyjna zachowała się do dziś. Przechowuję ją jak relikwię.

W listopadzie 1918 r. wybuchła żołnierska rewolucja w Niemczech. Powstały „Rady Żołnierskie”. Przeczekałem pierwszy zamęt, jaki powstał. W początku grudnia opuściłem szpital w München-Gladbach i po kilkudniowej tułaczce z kolejowymi transportami, które wiozły wracających z frontu żołnierzy, dotarłem wreszcie do Poznania.

### 3. POWSTANIE WIELKOPOLSKIE

Mój pobyt w domu potrwał zaledwie kilka dni i zamiast wymarzonego wyjazdu na studia medyczne rozpoczął się drugi etap w mojej wojaczce. W Poznaniu bowiem zastałem już niektórych moich kolegów z TTZ i TON, między innymi Janusza Zeylanda, i dowiedziałem się o przygotowaniach do powstania, w które się natychmiast włączyłem. W Poznaniu panowały niemieckie „Rady Żołnierskie”.

Gdy przyjechał do Poznania Ignacy Paderewski, przydzielono mnie, jak również Janusza Zeylanda i innych kolegów z TON, do grupy ochrony Jego osoby. Na dworcu kolejowym utworzyliśmy wokół Jego powozu szpaler, trzymając się za ręce i chroniąc go przed naporem wiwatującego tłumu. Noc z 27 na 28 grudnia spędziłem z Janusz Zeylandem w kompanii ochrony w holu Muzeum Wielkopolskiego, położonym tuż naprzeciw hotelu Bazar, w którym zatrzymał się Paderewski.

Gdy 27 grudnia 1918 r. wybuchło powstanie, zdobyliśmy magazyny wojskowe przy ul. Artyleryjskiej w Poznaniu, co umożliwiło nasze umundurowanie i uzbrojenie oraz wzięcie udziału w walkach na Starym Rynku, mających na celu oczyszczenie śródmieścia z wojsk niemieckich. Ułokowano nas w koszarach „Szóstaków” przy ul. Bukowskiej i przydzielono do 1 Pułku Strzelców Wlkp. Później pułk ten został przemianowany na 10 Pułk Strzelców Wlkp.

Ponieważ z wojska niemieckiego wyniosłem stopień podoficera, zostałem dowódcą sekcji. W krótkim czasie awansowałem na plutonowego.

Nie chciałem korzystać z mojej karty immatrykulacyjnej. Jako członek TON uważałem za swój obowiązek walkę z bronią w rękę.

W dniu 5 i 6 stycznia brałem udział w zdobywaniu gmachu Urzędu Pocztowego przy Dworcu Zachodnim w Poznaniu oraz w odbiciu z rąk niemieckich lotniska na Ławicy pod Poznaniem. W dniu 19 kwietnia 1919 r. otrzymałem nominację na sierżanta. W dniu 5 maja 1919 r. wysłano nasz pułk na północny front. Tutaj nadeszła 25 V 1919 moja nominacja na podporucznika i zarazem na dowódcę VII Kompanii Piechoty 10 Pułku Strzelców Wlkp.; brałem wówczas udział w walkach pod Pa-terkiem.

W dniu 27 czerwca 1919 r. przeniesiono nasz pułk na front galicyjski i wołyński na odsiecz Lwowa. Brałem tu udział w ofensywie w kierunku Husiatyna nad Zbruczem. W dniu 30 sierpnia 1919 r. wróciliśmy znów do Wielkopolski na front południowy.

#### 4. STUDIA DLA MEDYKÓW WOJSOWYCH W WARSZAWIE

Gdy zakończyła się wojenna akcja powstańcza, przeniesiono mnie 22 października 1919 r. do Baonu Zapasowego 68 p.p. (10 Pułk Strzelców Wlkp.). Ponieważ uzyskanie zwolnienia ze służby wojskowej było zupełnie niemożliwe, zacząłem starać się o urlop na kurs dla medyków wojskowych celem rozpoczęcia studiów lekarskich. Takie kursy prowadziły uniwersytety w Warszawie i we Lwowie. Trudne były starania, ale w końcu otrzymałem wymarzony urlop i w początku stycznia 1920 r. wyjechałem z moim przyjacielem Januszem Zeylandem do Warszawy.

Znalezienie tzw. pokoju „meblowanego” było bardzo trudne. Po długim szukaniu znaleźliśmy wreszcie pomieszczenie u pewnej wdowy,

p. Szymańskiej, przy ul. Ordynackiej 13 m. 7. Pani ta odnajęła już wszystkie pokoje sublokatorom, lecz zaoferowała nam kuchenną wnękę zasłoniętą kotarą. Skłonił ją do tego mój przydział kartek na węgiel, kaszę i cukier, który to przydział wiązał się z moją 3-miesięczną delegacją wojskową na studia. We wnęce stały wzdłuż ścian dwa wąskie łóżka żelazne. Gdy siedliśmy z Januszem na nich, stykały się nasze kolana.

Mimo tego prymitywu ocenialiśmy naszą sytuację jako luksusową. Tuż obok wnęki stał w kuchni czynny piec, który nie tylko grzał, ale dawał wszystkie kulinarne możliwości. Z pieca korzystali wszyscy lokatarzy.

W dniu 17 stycznia 1920 r. dokonała się nasza immatrykulacja na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Nasze szczęście było pełne. Upajała mnie świadomość, że po tylu latach tułania się po frontach zacząłem nareszcie studiować.

Przystąpiłem do studiów tak jak ktoś bardzo wygłodzony zabiera się do jedzenia. Nie przepuściłem żadnego wykładu. Na szczęście zakupiłem sobie w Poznaniu wszystkie potrzebne podręczniki, wydane w języku niemieckim; polskie bowiem nie były osiągalne. Posiadanie podręczników dało mi wielką szansę gruntownego uczenia się. Na wykładach przyswajałem sobie polską terminologię. Nie uświadomiłem sobie jeszcze wtedy, jakie duże znaczenie miała znajomość języka obcego.

Raz w tygodniu miał prof. Leon Petrażycki wykłady z filozofii. Odbywały się one w auli, która była zawsze zatłoczona słuchaczami. Prof. Petrażycki przedstawiał w swych wykładach syntezę różnych zagadnień. Czynił to w porywający sposób, stąd ta frekwencja, ja zaś starałem się nie opuszczać żadnego z wykładów, mimo że nie były one dla mnie obowiązkowe.

Dziś zdaję sobie sprawę z wielkiego znaczenia, jakie miały takie wykłady. Uczyły one powiązania przyczyn i skutków zjawisk naukowych, życiowych czy społecznych i uczyły przewidywania skutków w przyszłości, a więc przezorności w ocenach. Obecne specjalizacje zawodowe zacieśniają się coraz więcej, a wykłady syntetyzujące poglądy mogą chronić nas przed zawężeniem się własnych poglądów.

Po ukończeniu pierwszego trymestru, który zaliczono uczestnikom wojennym jako semestr i po powrocie do swej jednostki wojskowej otrzymałem przydział jako medyk do Szpitala Wojskowego we Wrześni. Zaraz jednak poczyniłem starania, by otrzymać delegację na następny trymestr.

Wyjechaliśmy znów z Januszem Zeylandem do Warszawy i ukończyliśmy letni trymestr. W dniu 3 lipca 1920 r. wróciłem do mojego Baonu Zapasowego 68 p.p. w Poznaniu. W dniu 8 sierpnia 1920 r. zostałem przeniesiony do Dowództwa Kompanii Zapasowej Sanitarnej Nr. 7 w Poznaniu jako dowódca Kompanii Szkoleniowej. W dniu 25 listopada 1920 r. otrzymałem nominację na porucznika. Dnia 10 stycznia 1921 r.



otrzymałem bezterminowy urlop z wojska, co dało mi swobodę kontynuowania studiów.

Janusz Zeyland miał mniej szczęścia w swej służbie frontowej. Wrócił bowiem z frontu jako inwalida z powodu złamania szyjki kości udowej. Koń, na którym jechał przewrócił się i, przygniatając Janusza swoim ciężarem, spowodował owe złamanie. Janusz otrzymał aparat ortopedyczny odciążający złamane biodro, co umożliwiło mu chodzenie, a tym samym podjęcie przerwanych studiów medycznych. Toteż w połowie stycznia 1921 r. pojechaliśmy do Warszawy, gdzie przyjęła nas nasza gospodyni przy ul. Ordynackiej odnajmując nam tym razem jeden ze swoich pokojów.

Były to studia wielce uciążliwe dla Janusza z powodu konieczności noszenia aparatu ortopedycznego. Mimo to byliśmy szczęśliwi, że mogliśmy zaliczyć zimowy trymestr, który nam zaliczono jako drugi semestr.

W przerwie międzysemestralnej, latem 1921 r., Janusz poddał się operacji. Złamana szyjka udowa nie zrosła się. Prof. dr Ireneusz Wierzejewski, kierownik Kliniki Ortopedycznej w Poznaniu, wzmocnił złamaną szyjkę przeszczepem kostnym, pobranym z kości piszczelowej Janusza.

Było to w owym czasie wielką nowością techniczną. Profesor pozwolił mi przyglądać się operacji. Wykonał ją z imponującą techniką, a wynik operacji zdecydował, że postanowiłem obrać chirurgię ortopedyczną i ortopedię jako swoją specjalizację po ukończeniu studiów.

Operacja uwolniła bowiem Janusza po kilku miesiącach od ciężaru noszenia aparatu ortopedycznego. Przeżyłem z nim jego wielką radość, że może znów chodzić bez aparatu i być niezależnym od pomocy osób drugich. Nie zapomniałem nigdy tej radości. Będąc już chirurgiem chętnie wypracowywałem metody operacyjne, które uwalniały pacjentów od noszenia aparatów ortopedycznych (wiotkie porażenia kończyn, gruźlica stawów, skrzywienia kręgosłupa i in.).

Zimowy i letni semestr 1921/22 odrobiliśmy w Warszawie, a tym samym tzw. „physicum”.

Trudności finansowe oraz fakt, że Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego uruchomił studia kliniczne skłoniło nas do przeniesienia się do Poznania. W dniu 14 kwietnia 1922 r. nastąpiło moje zwolnienie z wojska.

## 5. STUDIA MEDYCZNE W POZNANIU

Tutaj więc, jesienią 1922 r. rozpoczęły się moje studia kliniczne. Wykładowcami byli w klinikach znani lekarze specjaliści, którzy otrzymali nominacje na profesorów, jak prof. Wincenty Jezierski — internista,

prof. Adam Karwowski — specjalista w chorobach skórnych, prof. Witold Kapuściński — okulista, prof. Kazimierz Nowalkowski — chirurg, prof. Ireneusz Wierzejewski — ortopeda. Nie byli oni naukowcami, lecz znakomitymi praktykami. Od nich nauczyłem się najwięcej praktycznej medycyny, co mi później pozwoliło dawać sobie radę we wszystkich sytuacjach życiowych, gdy musiałem działać jako lekarz ogólny. Utwierdziło mnie to w przekonaniu, że dla studenta medycyny wartość jego wychowawcy nie tyle leży w jego osiągnięciach naukowych, ile w jego doświadczeniu praktycznym i umiejętności przekazywania tego doświadczenia studentowi.

Profesorowie naukowcy przybyli z innych zaborów, jak prof. Stefan Borowiecki — neurolog, prof. Antoni Jurasz-senior — otolarynolog, prof. Antoni Jurasz — chirurg, prof. Ludwik Skubiszewski — anatomo-patolog, prof. Stanisław Horoszkiewicz — medycyna sądowa, prof. Adam Wrzosek — historia medycyny, antropologia, prof. Eugeniusz Piasecki — wychowanie fizyczne i higiena szkolna, prof. Tadeusz Kurkiewicz — histologia, prof. Stefan Różycki — anatomia opisowa, prof. Ignacy Hofmann — patologia.

Liczba studentów nie była duża. Na wykłady obowiązkowe przybywało 50—60 osób. Wykłady nieobowiązkowe miały mniejsze uczestnictwo. Np. u prof. Jurasza-seniora, który wykładał otolarynologię, zjawiało się na wykładzie ok. 10—12 studentów. Wykłady odbywały się przy ul. Szkolnej w pomieszczeniach suterenowych, których okna zwracały się na ul. Podgórną. Wszyscy studenci mieli opóźnienia w studiach z powodu różnych okoliczności wojennych. Wiek ich liczył ok. 30 i więcej lat. Prof. Jurasz-senior sadzał nas na kanapie i krzesłach wokoło stołu, na którym ustawiał słoje z preparatami anatomicznymi. Mogliśmy brać je do ręki i oglądać podczas wykładu. Duży nacisk kładł na ćwiczenia praktyczne. W tej małej grupie w bezpośrednim kontakcie z Profesorem nauczyliśmy się w krótkim czasie bardzo dużo. Był to bardzo ekonomiczny sposób intensywnego nauczania.

U niektórych profesorów, jak u prof. Borowieckiego, neurologa i psychiatry, istniał zwyczaj, że kandydat ubrany, możliwie odświętnie, przedstawiał się profesorowi przed egzaminem. Profesor wypytywał o odbytych studiach, warunkach bytowych itp. i ustalał z studentem termin egzaminu.

To nawiązanie bezpośredniego kontaktu z profesorem odbierało lęk przed egzaminem. Egzaminator i egzaminowany spotykali się na egzaminie jako znajomi i wstyd nam było wykazać się brakiem wiadomości. Ten kontakt z profesorem niemal zmuszał nas do uczenia się.

Wszystkie okresy wakacyjne wykorzystywałem, by „famulować” na różnych oddziałach, jak: wewnętrzny, gruźliczy, skórny itd. „Famulus” był w owym czasie mile widziany. Nie było ich dużo. Ordynator znalazł

dla niego zawsze jakieś praktyczne zatrudnienie (zastrzyki, płukanie żołądka, proste badania laboratoryjne itp).

Podczas jednej z takich praktyk na oddziale noworodków na Piekarach przeraził mnie wygląd niektórych wcześniaków, odwodnionych, o starczych twarzach. Zgłosiłem prof. K. Jonscherowi swe wątpliwości, czy w ogóle warto zajmować się takimi nieudanymi zaczątkami człowieka. Prof. Jonscher wysłuchał mnie spokojnie i odpowiedział: „Wyobraźcie sobie, Kolego, że ja też byłem takim wcześniakiem”. Było to dla mnie jednym z pouczeń, które miało podstawowe znaczenie dla mego myślenia lekarskiego.

Później jako ortopeda doskonale rozumiałem zastrzeżenia niektórych rodziców, co do celowości leczenia ich kalekich dzieci.

Inną przygodę miałem podczas praktyki wakacyjnej u dra Pomorskiego, znanego chirurga poznańskiego.

Pozwolił mi asystować podczas operacji na szczęce. Asysta moja polegała na trzymaniu haków. Operacja przebiegała gładko i byłem dumny, że podczas zabiegu nie usłyszałem żadnej nagany. Sądziłem, że spisałem się dobrze. Tymczasem po skończonym zabiegu dr Pomorski podziękował mi za „pomoc”, ale dodał: „widać, że Kolega nigdy nie asystował”. Byłem tym trochę urażony, ale później zrozumiałem, że o wartości pracy podczas zabiegu chirurgicznego nie decyduje dobre samopoczucie operatora czy asysty.

Bardzo pouczające było dla mnie zastępstwo wakacyjne dra Kulińskiego z Wągrowca, dyrektora tamtejszego dużego, wówczas nowego szpitala.

Panował w owym czasie zwyczaj, że lekarze praktykujący w terenie poszukiwali studentów ostatniego roku studiów na zastępstwa wakacyjne. Wywieszali swe oferty na czarnej tablicy „Bratniej Pomocy”.

Latem 1923 r. zgłosiłem się właśnie do dra Kulińskiego w Wągrowcu na jego ogłoszenie. Nie miałem żadnych zahamowań, by przejąć to zastępstwo. Byłem bowiem głęboko przekonany, że posiadam potrzebne przygotowanie i wiadomości. To dobre samopoczucie pozwoliło mi wykonywać małe zabiegi operacyjne i zestawiać złamania. Do moich obowiązków należały wyjazdy na wieś do chorych, często czekały na mnie 2—3 furmanki na raz.

Wyjazdów tych bałem się mocno. Była to zawsze większa bezpośrednia ekspozycja. Rodzina czekała na lekarza i spodziewała się dobrej porady. Toteż starałem się w czasie jazdy wypytać woźnicę, który zazwyczaj był członkiem rodziny i dowiedzieć się nieco szczegółów o chorym i jego chorobie. Dla pewności zabierałem ze sobą poradnik diagnostyczno-recepturowy, z którego korzystałem ukradkiem, gdy tylko pozwoliły na to okoliczności.

Okres zastępstwa lekarza dawał mi duże zadowolenie. Byłem pełen zapału i dobrych chęci. Nie miałem w pobliżu żadnego lekarza, którego

mógłbym poradzić się, że wszystko załatwiałem dobrze. Dziś z zażenowaniem oceniam ten okres, bowiem wiem, jak wiele spraw załatwiałem niewłaściwie. Brak doświadczenia przy wzmożonym samopoczuciu jest wielkim wrogiem lekarza i takimż niebezpieczeństwem dla chorych.

Ilekróć spotykałem się później z młodymi lekarzami, pewnymi siebie i wierzącymi w słuszność swych koncepcji medycznych i upierających się przy nich sztywno — myśl moja uciekała do tego właśnie okresu, gdy sam nie byłem inny.

Na szczęście dziś rzadko się zdarza, by student bez dyplomu mógł uprawiać praktykę lekarską bez pomocy doświadczonych lekarzy.

#### 6 OKRES ASYSTENCKI

Dzień 1 kwietnia 1924 r. był jednym z tych dni które są kamieniami milowymi na drodze mego życia. Zacząłem realizować swe marzenie specjalizowania się w chirurgii ortopedycznej i ortopedii. Pomógł mi w tym kontakt, jaki nawiązałem z prof. drem Ireneuszem Wierzejewskim z okazji operacji, której dokonał u mego przyjaciela Janusza Zeylanda.

Prof. Wierzejewski przyjął mnie jako pomocniczą siłę naukową do swej Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego przy ul. Gąsiorowskich 7 w Poznaniu.

W dniu 1 lipca 1924 r. otrzymałem etat zastępcy młodszego asystenta. Dyplom dra wszech nauk lekarskich uzyskałem 6 IX 1924 r.

Klinika działała na bazie Zakładu Ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskich i na zasadzie unii personalnej. Prof. Wierzejewski był zarazem dyrektorem kliniki, jak i zakładu. Sam Zakład stanowił własność towarzystwa „Charitas”. Zastępcą prof. Wierzejewskiego w kierownictwie zakładu był dr Michał Grobelski. Asystentami na etatach uniwersyteckich byli dr Franciszek Raszeja oraz moja osoba. Dr Raszeja był o kilka miesięcy starszy ode mnie i rozpoczął asystenturę w klinice pół roku wcześniej ode mnie, tj. w październiku 1923 r. Obaj podlegaliśmy w pracy drowi Michałowi Grobelskiemu, który był prymariuszem zakładu.

Zakład liczył ok. 60 łóżek dla dorosłych i dla dzieci. Pokoje były podzielone według systemu klas, istniejącego wtedy powszechnie w szpitalnictwie polskim. Chory samopłacący mógł wybierać klasę, według której chciał opłacać leczenie. Pierwsze klasy miały pokoje jednoosobowe. W drugiej klasie były po 2—3 łóżka, leczyli się tu urzędnicy państwowi, którym skarb państwa pokrywał w części koszty leczenia. Ubezpieczalnia Społeczna opłacała koszty leczenia swym członkom w trzeciej klasie. Zajmowali oni pokoje większe po 5—6 łóżek.

W pracy naszej nie było różnicy między kliniką a zakładem. Zakład Gąsiorowskich był wprawdzie zakładem fundacyjnym. Fundusz zakładu stopniał jednak całkowicie z powodu dewaluacji pieniądza po I wojnie

światowej. Zakład musiał więc być samowystarczalny gospodarczo, a dr Grobelski był odpowiedzialny za gospodarkę finansową i administracyjną. Świadczenia uniwersytetu ograniczały się do opłacenia etatu profesora oraz dwu naszych etatów asystenckich, tj. Raszei i mojego oraz do przyznania pewnego funduszu na zakup książek dla biblioteki zakładu.

Każdy z nas miał swój oddział chorych, którymi musiał się opiekować, tj. pisać historię choroby, przygotować całą dokumentację, zaproponować program leczenia, przygotować chorego do operacji, asystować przy niej oraz prowadzić leczenie pooperacyjne. Operacje wykonywali prof. Wierzejewski lub dr Grobelski. Stopniowo dopuszczali nas do własnego wykonania zabiegów. Rozpoczynaliśmy od przedłużenia ścięgien Achillesa w stopkach końsko-szpotowych lub spastycznych. Później, gdy nabyliśmy pewnej biegłości technicznej, wolno nam było realizować własne projekty operacyjne, uprzednio akceptowane.

To zaufanie, jakie okazywał nam prof. Wierzejewski, zmuszało nas do ostrożności, by nie zawieść go; z drugiej strony zachęcało nas do pokazania, co już umiemy.

Prof. Wierzejewski był nadzwyczajny jako szef. Nie hamował nas w naszej pracy, był wyrozumiały i pełen życzliwości, nie okazywał nigdy zazdrości, jeśli mieliśmy jakieś sukcesy w naszych pracach, publikacjach czy w naukowych wystąpieniach na posiedzeniach lub zjazdach itp.

Dr Grobelski spełniał swe zadania wzorowo, z starannością i wielkim poczuciem sprawiedliwości.

Kol. Raszeja był doskonałym współtowarzyszem pracy. Nasze zajęcia i obowiązki mogliśmy sobie sami rozkładać zgodnie z naszymi planami, toteż nasza współpraca układała się idealnie.

Personel zakładu nie był liczny, ale bardzo przywiązany do miejsca pracy, sumienny i pracowity. Zakład miał umowę z Wyższą Szkołą Pielęgniarstwa, toteż obsada pielęgniarska była doborowa. Pielęgniarki były po maturze i wносиły dużą kulturę w swoją pracę na oddziałach. Harmonia w pracy zakładu była duża. Wychowałem się w niej, uważając ten styl pracy za coś całkiem normalnego.

Zakład był mały, z powodu czego pewne pomieszczenia miały wielofunkcyjne przeznaczenie z wyjątkiem sali operacyjnej, która była tabu. Siostra Melania czuwała z wielką gorliwością nad aseptyką. Obok sali aseptycznej była mała sala opatrunkowa, a dalej „gipsownia” z aparaturą do gipsowania. Było to duże pomieszczenie i służyło zależnie od pory dnia i od okoliczności różnym celom. Tutaj badaliśmy po południu chorych nowo przyjętych. Tutaj też wygłaszał prof. Wierzejewski swe wykłady dla studentów. W gipsowni ćwiczyliśmy wieczorami z Raszeją szermierkę na szable, a okresowo odbywały się mecze na szable z kolegami z Kliniki Położniczej, którzy również uprawiali ten sport.

Zakład posiadał swój oddział rentgenowski, mały oddział fizykoterapii, małe laboratorium oraz Przykliniczne Warsztaty Ortopedyczne, za-

trudniając 2—3 mechaników ortopedycznych. Warsztaty zaopatrywały chorych w protezy, aparaty, gorsety i obuwie ortopedyczne.

Wierzejewski imponował nam swymi pomysłami w budowie aparatów ortopedycznych, które konstruował w warsztatach. Lubował się w tych konstrukcjach. Sam pracował — nim zaczął studia lekarskie — jako mechanik-technik w Poznańskich Zakładach Cegielskiego. Należał do Cechu Rzemieślniczego i miał prawo egzaminowania kandydatów na mistrzów techniki ortopedycznej.

Fakt, że Warsztaty Ortopedyczne znajdowały się przy klinice, powodował, że istniała ścisła współpraca lekarza z technikiem ortopedycznym. Lekarz mógł przedstawić bezpośrednio technikowi projekt aparatu, technik z kolei wypowiadał swe uwagi. Obaj dokonywali przymiarki aparatu. Chory przechodził pod okiem lekarza i technika okres wypróbowania przydatności otrzymanego przyrządu ortopedycznego i uczył się posługiwać się nim. Lekarz i technik mieli pewność, że aparat spełni swe zadanie, gdy chory opuści szpital.

Jest to — moim zdaniem — najlepszy model zaopatrywania chorych w sprzęt zaopatrzenia ortopedycznego. Respektuje on maksymalnie potrzeby chorego, pobudza inwencyjność konstruktorską lekarza ortopedycznego i technika, sprzyja tym samym rozwojowi nowych technik w zaopatrzeniu ortopedycznym.

Niestety nie udało mi się dziś nakłonić Ministerstwo Zdrowia i OS, by stworzyło administracyjnie taki model. Zahamowało to udział Polski w światowym postępie w zaopatrzeniu ortopedycznym. Spowodowało brak zainteresowania się lekarzy-ortopedów techniką zaopatrzenia ortopedycznego, a w końcu pozbawiło ludność sprawnego zaopatrzenia w protezy, aparaty i obuwie ortopedyczne. Stąd ustawiczne skargi ludności w prasie.

Biuro administracyjne naszego zakładu składało się z jednego księgowego i z jednej sekretarki. Obie te osoby prowadziły całą rachunkowość załatwiały wszelkie zamówienia, łącznie z dostarczeniem wszelkich materiałów potrzebnych dla Warsztatów Ortopedycznych. Jedna pielęgniarka tzw. gospodarcza odpowiadała za wyżywienie, szpitalną bieliznę itp.

Dziś trudno zrozumieć, jak mogły 2 osoby załatwić całą rachunkowość oraz korespondencję zakładu i kliniki a także zabezpieczyć potrzeby warsztatów ortopedycznych. Uczciwość pracowników i zaufanie do nich były podstawą sprawnego współdziałania.

Program dnia pracy w zakładach był mniej więcej taki, że rano o 8-ej rozpoczynały się operacje, po czym w gipsowni opatrywaliśmy chorych leżących na oddziałach: męskich, kobiecych i dziecięcych. Po sprzątnięciu gipsowni i sali opatrunkowej rozpoczynało się przyjmowanie chorych ambulatoryjnych. W południe lekarze zbierali się w tzw. przez personel „gabiniecie lekarskim”. Była to właściwie biblioteka lekarska, zawierająca bogate zbiory książek fachowych, starannie uzupełniana w

bieżącą literaturę krajową i zagraniczną. Nie było specjalnego bibliotekarza. Mieliśmy ją pod wspólną opieką i mogliśmy z niej korzystać w każdej chwili, co było bardzo cenne w naszej pracy.

„Gabinet lekarski” był zarazem pokojem rekreacyjnym dla lekarzy. Tutaj też jadaliśmy obiady i kolacje. Jako asystenci nie mieliśmy określonych godzin pracy. Naszym obowiązkiem natomiast było zaopiekowanie się chorymi.

Zajęcia przedpołudniowe kończył zazwyczaj obiad. Przed i po kolacji każdy z nas zbadał swoich nowo przyjętych chorych.

Prof. Wierzejewski cieszył się wielkim autorytetem, toteż do kliniki przybywali chorzy ze szczególnie ciężkimi przypadkami schorzeń. Sam porywał swoją osobowością, swoim znakomitym poczuciem humoru, swoją bezpośredniością i wyrozumiałością. Miał gruntowną wiedzę w dziedzinie ortopedii i chirurgii ortopedycznej. Szkolił się u takich mistrzów jak: Angerer, Fritz Lange w Monachium i Konrad Biesalski w Berlinie, u którego był prymariuszem.

Prof. Wierzejewski był świetnym operatorem, pełnym inwencji zmierzającej do stałego poprawiania metod operacyjnych i ulepszania ich wyników. Lubował się w pracach doświadczalnych, m. in. nad przeszczepami ścięgien nerwów i kości. Jako zwierzęta doświadczalne używał świnię z hodowli znajdującej się przy zakładzie. Przeszczepy kostne zaczęły w tym okresie wchodzić w użycie w Polsce — zwłaszcza w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej (usztynienia pozastawowe, usztynienia kręgosłupa metodą Albee’go i.n.).

Sam zachęcał Raszeję i mnie do opracowań naukowych i do opublikowania ich, co odpowiadało nam bardzo.

Byłem dumny, gdy pozwolił mi opublikować swoją metodę plastyki kciuka. Była to moja pierwsza publikacja, którą przyjęło do druku poważne czasopismo francuskie „Revue d’Orthopédie” (t. XIII. 6. 1926).

Ileć raz ktoś z nas opracował jakiś temat do druku, prof. Wierzejewski cieszył się ogromnie. Końcowe przedstawienie pracy odbywało się przeważnie przy kieliszku koniaku i kufelku piwa, którą to kombinację uwielbiał Wierzejewski.

Ta radość szefa z naszych postępów i łatwość dostępu do bogatego piśmiennictwa w naszej bibliotece wyrobiły w nas nawyk gruntownego opracowywania wszystkich „przypadków” i do wychwytywania i opracowywania tzw. „specjalnych przypadków”.

Przypadki te musieliśmy przedstawiać na posiedzeniach naukowych, które organizowało Towarzystwo Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej, założone przez prof. Antoniego Jurasza, chirurga oraz naszego prof. I. Wierzejewskiego, jak również na ogólnokrajowych zjazdach, które organizowały Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Towarzystwo Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej lub Polskie Towarzystwo Przyrodników i Lekarzy.

Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne ukonstytuowało się podczas swego zjazdu w Poznaniu w 1928 r., zarejestrowało się w Poznaniu w dniu 10 listopada 1928 r. Na wniosku o rejestrację towarzystwa figurują nazwiska: dr Henryk Cetkowski, Franciszek Raszeja oraz Wiktor Dega.

Do pierwotnej liczby dwu asystentów dołączyli w 1928 r. dr Roman Zieliński oraz dr Józef Wolszczan. Dr Zieliński przeniósł się później do Katowic jako ortopeda; zmarł przedwcześnie. Dr Józef Wolszczan organizował i prowadził Katedrę i Klinikę Ortopedyczną Uniwersytetu w Wrocławiu. Tam też habilitował się jako docent w 1946 r. Zmarł również przedwcześnie, bo w 1948 r.

## 7. STUDIA WE FRANCJI

Latem 1925 r. Wierzejewski przyniósł z Dziekanatu Wydziału Lekarskiego UP wiadomość, że otrzymał do dyspozycji stypendium Rządu Francuskiego na roczne studia medyczne we Francji i zapytał mnie, czy nie chciałbym skorzystać z tej okazji. Było to spełnienie największego z mych marzeń. Nie tyle pociągała mnie zagranica, ile okazja sprawdzenia samego siebie, a raczej sprawdzenia wartości moich studiów przygotowujących mnie jako lekarza. Tak się bowiem składało w mym życiu, że moją naukę gimnazjalną skróciła służba wojskowa. Zdałem wprawdzie maturę, ale była ona „wojenna”.

Moje studia lekarskie jako uczestnika powstania wielkopolskiego i żołnierza-ochotnika, biorącego udział w walkach wyzwoleniczych w Wielkopolsce i pod Lwowem (lata 1918—1922), odbywały się w Warszawie w ulgowych warunkach. Z tego powodu zaliczono mi dwukrotnie trymestr jako semestr.

Studia kliniczne odbyłem w Poznaniu na nowo utworzonym Wydziale Lekarskim, gdzie wiele zajęć prowadzili lekarze-specjaliści mianowani wykładowcami uniwersyteckimi.

Nękał mnie więc niepokój, jakim ja mogę być lekarzem i specjalistą z takim wybrakowanym przygotowaniem.

Korzystanie ze stypendium było utwarunkowane zdaniem egzaminu ze znajomości języka francuskiego. Szczęśliwie złożyło się, że zaraz po podjęciu pracy w Klinice postanowiliśmy z Frankiem Raszeją brać regularne lekcje francuskiego. Zналиśmy dobrze język niemiecki ze szkoły, ale francuskiego było za mało, by korzystać z naszej fachowej biblioteki. Moja szkolna znajomość francuskiego była słaba, a te kilka miesięcy lekcji podciągnęły mnie niewiele. Z obawą więc stanąłem przed moim egzaminatorem z ramienia uniwersytetu. Był nim prof. Wojciech Grabowski.



Po wypytaniu o cel mego wyjazdu do Francji przedłożył mi gruby tom „Varsovie” i kazał przeczytać oraz przetłumaczyć kilka zdań francuskich. Po krótkiej rozmowie orzekł dobrotliwie: „No, po powrocie z Francji będzie Pan lepiej mówił po francusku” i wydał mi zaświadczenie zdanego egzaminu. Nigdy nie zapomniałem, jak wielkim dobrodziejstwem może być pobłażliwość i życzliwość. Gdybym jej nie doznał ze strony prof. Grabowskiego, moje całe życie zawodowe ułożyłoby się inaczej.

Radość wyjazdu tłumiała choroba mego ojca, który od lat cierpiał na wątrobę, a krótko przed moim wyjazdem lekarz rozpoznał „guzy przerzutowe w wątrobie”, nie nadające się do operowania. Wyjeżdżając z Poznania miałem przeświadczenie, że będę musiał przerwać mój pobyt we Francji, by zobaczyć jeszcze ojca.

Na szczęście lekarze mają prawo korzystania z wielkiego przywileju: mogą się mylić w swych rozpoznaniach! Ojciec mój przeżył ze swymi „przerzutami” dalsze 30 lat.

Stypendium Rządu Francuskiego wynosiło 150 franków. Koszty podróży musiałem pokryć sam. Na szczęście prof. Wierzejewski potraktował mój pobyt we Francji jako płatny urlop naukowy, dzięki czemu otrzymałem z kraju swą miesięczną pensję 240 zł., co odpowiadało wartości ok. 50 dolarów USA.

W tym okresie każdy bank zagraniczny odręcznie wymieniał złote polskie na walutę swego kraju.

Moją pracę w klinice odrabiał w tym czasie dr Raszeja. Tak bowiem umówiliśmy się z Raszeją, który planował identyczny urlop naukowy w następnym roku, a wtedy ja odrabiałem jego prace w klinice. Prof. Wierzejewski zaakceptował naszą umowę.

Ponieważ miałem możliwość wyboru miejsca studiów, wybrałem na pierwsze półrocze Lyon. Uczyniłem to dlatego, że miasto to było siedzibą twórców nowoczesnej (wówczas) chirurgii kostno-stawowej we Francji. Tutaj działał Ollier i jego uczniowie. Zgłosiłem się do prof. Gabriela Nové-Josseranda, kierownika Kliniki Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej. Przyjął mnie życzliwie, a na moje tłumaczenie, mój język francuski jest daleki od doskonałości odpowiedział: „Byłbym bardzo szczęśliwy, gdybym potrafił tak mówić po polsku jak Pan po francusku”.

Klinika mieściła się w starym budynku Szpitala Miejskiego (La Charité). Pomieszczenia chorych były duże, po 10, 20 i więcej łóżek. Urządzenie szpitala było stare. Było to moje pierwsze rozczarowanie. Wyobrażałem sobie naiwnie, że zagranicą wszystko w medycynie będzie lepsze inteligentne i wyszkolone pielęgniarki w klinice przewyższały swymi

Tymczasem nasza Poznańska Klinika Ortopedyczna okazała się „cacikiem” w porównaniu z „landarami” lyońskiego szpitala miejskiego. Nasze inteligentne i wyszkolone pielęgniarki w klinice przewyższały swymi umiejętnościami lyońskie siostry zakonne. Nawet urządzenia sal opera-

cyjnych nie wyróżniały się niczym szczególnym. Żaden z operatorów nie operował lepiej niż mój prof. Wierzejewski.

Okresowo odbywały się posiedzenia naukowe lyońskich towarzystw naukowych. Chodziłem na nie pilnie. Za stołem pokrytym zielonym sukniem zasiadali promineneci medyczni. Znałem ich tylko z piśmiennictwa, tutaj zobaczyłem osobiście. Młodzież asystencka zajmowała miejsca na ławkach amfiteatralnych. Prawo głosu mieli tylko członkowie towarzystwa. Oni też przedstawiali nie tylko swoje publikacje, ale także elaboraty zgłaszane przez asystentów.

Pierwsze posiedzenie zrobiło na mnie głębokie wrażenie, szczególnie gdy toczyła się dyskusja między prominentami nad wygłoszonymi tematami. Urzekał mnie sposób, w jaki przedstawiali swe poglądy lub uzasadniali ich odmienność. Dyskusję cechowała powaga, rzeczowość, zwięzłość i wzajemne poszanowanie.

Te posiedzenia naukowe uświadomiły mi, że nie mury i urzędnicy decydują o poziomie pracy medycznej, lecz wiedza i kultura. Odtąd zacząłem inaczej patrzeć i oceniać wszystko, z czym się stykałem.

Ujmujące były wykłady tzw. polikliniczne, które prowadził raz w tygodniu prof. Nové-Josserand. Odbywały się one w amfiteatralnej sali wykładowej, w pośrodku której stał stół do badania. Profesor pokazywał sposób badania dzieci, które w danym dniu rodzice przyprowadzali do ambulatorium. Badaniu na sali wykładowej towarzyszyła matka dziecka i lekarz z ambulatorium.

Była to znakomita lekcja praktycznego postępowania lekarza, który ma zbadać dziecko, ustalić rozpoznanie i udzielić matce porady. Dzieci przeważnie płakały, gdy miało rozpocząć się badanie. Profesor nie irytował się nigdy. Pozwolił dziecku płakać. Wysłuchał ze spokojem relacji matki i lekarza ambulatoryjnego, a potem pogłaskał dziecko i powiedział: „Tais-toi” (milcz). Jego uspakajający głos działał niemal magicznie. Dziecko spojrzało na profesora ze zdumieniem i przestało płakać.

Audytoryum było zawsze pełne słuchaczy i asystentów. Słuchacze mieli prawo stawiać pytania i dyskutować z profesorem, z czego korzystali przeważnie asystenci.

Na tej sali odbywały się wszystkie wykłady wygłaszane przez różnych wykładowców na wybrane tematy. Zapowiedź ich można było znaleźć na czarnej tablicy przed salą wykładową.

Chętnie chodziłem na te wykłady. Temat jednego z pierwszych takich wykładów, których byłem świadkiem brzmiał: *Typy złamań szyjki kości udowej*. Temat był tak prosty, że nie spodziewałem się usłyszeć niczego nowego. Poszedł raczej dla wprawienia się językowego. Tymczasem referent ujął temat nieoczekiwanie ciekawie, omawiając właściwości poszczególnych typów złamań z punktu widzenia krążenia i statyki. Referent mówił pięknym stylem, jasnym i zrozumiałym, tak że słuchałem półtoragodzinnego wykładu w pełnym skupieniu.

Dowiedziałem się, że w szkołach francuskich kładzie się duży nacisk na poprawną stylistykę i dykcję. Każdy zaś chirurg-ortopeda uważa za swój obowiązek odrabiania stażu w prosektorium, aby zdobyć dobre podstawy dla swej przyszłej pracy chirurgicznej.

Środowisko uniwersyteckie w Lyonie stwarzało stale okazje do doształcania się. Usiłowałem korzystać z każdej nadarzającej się okazji. Tak też dostałem się dzięki poparciu prof. Nové-Josseranda na kurs doształcający organizowany przez prof. Mouriquanda z chirurgii dziecięcej (2 XI — 15 XI 1925 r.) Nabyte wiadomości przydały mi się bardzo później, gdy w czasie okupacji pełniłem funkcję ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Karola i Marii w Warszawie.

W klinice prof. Nové-Josseranda pełniłem funkcję asystenta zagranicznego (*assistant étranger*) z nominacji rektora Uniwersytetu w Lyonie i brałem udział w codziennych zajęciach kliniki łącznie z asystowaniem podczas operacji.

Karta asystenta upoważniła mnie do korzystania z biblioteki uniwersyteckiej. Każdy czytelnik mógł sam wyjmować poszukiwaną książkę z półki i stawiał w to miejsce ową kartę tekturową ze swoim nazwiskiem i adresem. Posługiwać się książką można było tylko w czytelni. Wychodząc należało złożyć książkę u bibliotekarza, a tekturową kartę zostawić na półce w miejscu książki. W ten sposób każdy czytelnik, który zainteresował się tą samą książką, miał zawsze możliwość porozumienia się z aktualnym jej użytkownikiem.

Przed wyjazdem do Francji zacząłem opracowywać zagadnienie „włóknistości kości” (*ostitis fibrosa*). Zebrałem już spory materiał kliniczny i anatomopatologiczny. Stronę bioptyczno-anatomiczną opracowaliśmy wspólnie z drem Januszem Zeylandem, który w owym czasie był asystentem Zakładu Anatomii Patologicznej UJ.

Biblioteka w Lyonie dała mi pełny dostęp do oryginalnego piśmiennictwa na opracowywany temat. Odszukałem więc wszystkie oryginalne prace autorów, których cytowałem w swojej pracy. Wielu autorów cytowałem nie z oryginalnych ich publikacji, lecz za innymi autorami. Ku memu zdumieniu stwierdziłem, jak nieraz teksty wtórnych cytatów odbiegały od tekstów oryginalnych. Niektórzy autorzy naginali nawet treść pierwotnego cytatu do swoich teorii.

Nauczyło mnie to ostrożności w poleganiu na autentyczności wtórnych cytatów w sprawach, które mają zasadnicze znaczenie naukowe.

W czasie pobytu w Lyonie chodziłem chętnie przyglądać się operacjom kostno-stawowym wykonywanym przez wybitnych chirurgów, takich jak Tavernier, Patel, Bérard, Laroyenne i inni. Był to okres, w którym zaczęto stosować zespalenie złamań za pomocą blaszek metalowych. Były to dla mnie zupełnie nowe metody. Szczególnie chętnie przyglądałem się operacjom Taverniera. Pamiętam, jak kiedyś operował zestarzałe złamanie przedramienia z dużym przemieszczeniem odłamów.

Odstłonił odłamy kostne zręcznie, jak gdyby mięśnie rozchyłały się same, i zestawiał złamane kości z taką prostotą, że wykonanie zabiegu wydało mi się niezmiernie łatwym. Byłem wówczas początkującym chirurgiem. Dopiero po latach zrozumiałem, jak wielkiego doświadczenia chirurgicznego potrzeba do tego.

Duże znaczenie miało dla mnie poznanie wielkich chirurgów w pracy, obserwowanie ich indywidualnego sposobu operowania, ich podejścia do asysty i do chorych. Ceniłem bardzo poznanie lekarzy czy asystentów różnych narodowości, którzy przebywali w Lyonie na stażach naukowych, ich motywów studiów, ich planów życiowych itd. Z niektórymi nawiązały się przyjazne stosunki. Szczególnie zaprzyjaźniłem się z drem Radulescu, asystentem z Cluj w Rumunii. Po latach spotkaliśmy się w Mamai na zjeździe rumuńskich ortopedów w 1964 r., na który to zjazd właśnie on mnie zaprosił. Tutaj dowiedziałem się, że stał się założycielem ortopedii w Rumunii oraz był powszechnie ceniony i znany jako akademik.

Oczywiście trafiłem w Lyonie na Polaków. Gdzie ich nie było! Okazało się, że była to grupa oficerów polskich (płk. Suszyński, mjr Witort i kpt. Radliński) którzy przebywali już dłuższy czas w Lyonie w związku z umową o dostawę pojazdów samochodowych dla wojska polskiego przez fabrykę Berlieta. Zaznajomili mnie oni z personelem konsulatu polskiego w Lyonie, gdzie też spędziłem Wigilię Boże Narodzenia oraz Nowy Rok, który obchodzą Francuzi szczególnie uroczyście.

Kapitan Radliński mieszkał w Lyonie wraz z żoną i małą córeczką na wzgórzu St. Foy. Okresowo zapraszał nas na „rodaków rozmowy”, które były i ciekawe i wesołe. Kończyły się zazwyczaj późno. Autobusy przestały już kursować. Wzgórze St. Foy było wysokie. Schodząc pieszo rozkoszowaliśmy się światelkami śpiącego miasta. Gdy zeszlismy, zaczynało się już budzić życie w halach targowych. Zaczynały zjeżdżać się wozy z kwiatami, warzywami i różnymi towarami. Żelazną regułą było, że niezależnie od pory powrotu każdy z nas stawał do swej pracy w normalnym czasie.

Z majorem Witortem chodziliśmy dość regularnie na koncerty, kiedy występowała znakomita orkiestra Lamoureux. Po koncercie tradycyjnie wstępowaliśmy do małej tawerny na szklanekę czerwonego wina z przygryzaniem kawałka sera. Była to znakomita kolacja, podczas której toczyliśmy ciekawe dyskusje.

W Lyonie mieszkałem przy Quai de Rhône u stróżki domu (concierge) p. Archimbaux. Była to starsza niewiasta, wdowa; zajmowała stróżówkę, która składała się z małego pokoju. Z tego pokoju wchodziło się do drugiego, jeszcze mniejszego pomieszczenia po kilku stopniach schodów. Odnająłem to pomieszczenie za dość niską opłatą. Komfort nie był mi potrzebny, chodziło mi głównie o spanie, ważna natomiast była cena. Gdy po pierwszej nocy chciałem wyjść z pokoju, drzwi były zabaryka-

dowane stołem i krzesłem. Pani Archimbaux z otwartością tłumaczyła się: „Bo wie pan, o Polakach różnie mówią”. Była ona i pod innymi względami przezorną niewiastą. Rano piła zawsze herbatę z rumem i uzasadniała to twierdzeniem: „ça chasse la grippe” (to przepędza grype).

Asystentami w klinice prof. Nové-Josseranda byli André Rendu, Lucien Michel, F. Pouzet. Rendu był najstarszym i zastępował profesora. Podziwiałem go, gdy operował rozszczepy podniebienia. Potrafił bowiem posługiwać się nożem chirurgicznym w lewej ręce z równą zręcznością jak w prawej. Był on mańkutem, który wyćwiczył sobie sprawność prawej ręki. Dr Lucien Michel zaprosił mnie kiedyś na kolację do swego domu i tutaj po raz pierwszy (zimną 1925 r.) zobaczyłem radio na kryształki i słuchaliśmy muzyki nadawanej z Paryża.

Pouzet był najmłodszym i najbardziej mi bliskim. Podziwiałem go, gdyż opracowywał monografię o gruźlicy stopy.

Gdy zbliżył się koniec mego pobytu w Lyonie prof. Nové-Josserand urządził pożegnalne przyjęcie w domu. Opowiadał nam o swoim mistrzu Ollier i przypominał słowa, jakie Ollier przekazał swoim asystentom i jakie on sam chciałby także mi dalej przekazać: „Travaillez, travaillez et le reste vous viendra par surcroît!”

Słowa te wryły mi się głęboko w pamięć i stały się wytyczną w dalszym układaniu swego życia zawodowego.

Z prof. Nové-Josserandem utrzymywałem kontakt aż do Jego śmierci. Wprowadził mnie jako członka do Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego, a później przyczynił się do uzyskania dla mnie członkostwa Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (SICOT).

Z metod leczenia, które poznałem w Lyonie mogę wymienić: pogląd na leczenie wrodzonego zwichnięcia biodra; gruźlicy kostno-stawowej; operacje rozszczeptów podniebienia i warg zajęczych, co przydało mi się później w Szpitalu Karola i Marii w Warszawie (1940—44); operacje końsko-szpotowej stopy porażonej na skutek poliomyelitis metodą Nové-Josseranda. Była to bardzo pomysłowa operacja, którą po powrocie do kraju często stosowałem. Zabieg ten usuwał deformację stopy, stabilizował ją, a rygiel tylny, blokujący ruch zginania podszwowego, zapobiegał opadaniu stopy.

Wyjeżdżając do Francji obrałem — jak już wspomniałem — Lyon jako miejsce pierwszego mego pobytu, a nie Paryż. Spodziewałem się, że łatwiej o swoją się w prowincjonalnym środowisku, gdzie liczba wolontariuszy w klinikach jest zazwyczaj mniejsza niż w mieście stołecznym. Gdy po czterech miesiącach pobytu w Lyonie udałem się do Paryża, zwiedziłem po drodze Strasburg oraz Nancy. W Strasburgu w Alzacji, którą przyłączono po I wojnie światowej do Francji, chciałem zobaczyć

przy pracy prof. René Leriche'a, który wsławił się swymi operacjami na nerwowym układzie wegetatywnym. Operacje te były w owym czasie nowością. Dzięki tej operacji uratował niejedyn chory swą nogę przed amputacją, która groziła z powodu niedokrwienia powodowanego zarastaniem tętnic kończyn (choroba Bürgera). Przez 3 dni przyglądałem się wraz z licznymi innymi lekarzami — gośćmi operacjom Leriche'a na mózgu i układzie nerwowym. Byłem zaskoczony delikatnością i precyzją, z jaką wykonywał zabiegi, nie spiesząc się nigdy.

W Nancy chciałem poznać miasto, które tak bardzo było związane z historią Polski oraz spotkać się z prof. M. Froelichem, kierownikiem Uniwersyteckiej Kliniki Ortopedycznej. Prof. Froelicha znałem z piśmiennictwa jako autora kątowej osteotomii podkrętarzowej, stabilizującej biodro w przypadkach zestarzałych zwichnięć stawu biodrowego. Operacja ta odpowiadała niemieckiej metodzie Adolfa Lorenza znanej jako „bifurkacja”. Pomysł operacji pochodzi od Edouarda Kirmissona (1892), a Froelich stosował tę metodę od 1902 r. Niemcy odkryli ją na nowo w okresie I wojny światowej. Metoda miała duże znaczenie w stabilizacji zwichnięć tego biodra.

Do Paryża przybyłem 5 marca 1926 r. Paryż był szczytem moich marzeń. Oszołomił mnie rozmachem architektury, pięknem budowli o historycznym znaczeniu, obfitością życia tętniącego dniami i nocą, liczebnością teatrów i kin. Rozkład miasta jest tak przejrzysty, a posługiwanie się metrem jest tak proste, że nie czułem się zagubiony w tym mieście. Początkowo tylko nie doceniałem rozległości miasta.

Gdy w pierwszych dniach chciałem udać się do Ministerstwa Spraw Zagranicznych, poprzez które otrzymałem stypendium, sprawdziłem na mapie, że znajduję się zaledwie w odległości 2—3 skrzyżowań ulic od gmachu Ministerstwa, a więc nie warto posługiwać się metrem. Tymczasem droga od skrzyżowania do skrzyżowania okazała się nieoczekiwanie długa i zabrała tyle czasu, że nim doszedłem do celu, natrafiłem na przerwę obiadową. Nie zwróciłem należytej uwagi na podziałkę planu miasta.

W Lyonie oświadczyła mną całkowicie żądza zdobywania wiedzy. W Paryżu spędzałem przed południem czas w szpitalu, a po południu na poznawaniu miasta. Prof. Louis Ombrédanne zgodził się przyjąć mnie jako wolnotariusza do swej Kliniki Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej w Hôpital des Enfants Malades. Tutaj zginąłem w tłumie wolnotariuszy z całego świata.

Jak dobrze zrobiłem, że wybrałem Lyon na początek mej edukacji zagranicznej!

Mając już pewne doświadczenia, szybko zorientowałem się, w jaki sposób mogłem najwięcej skorzystać z doświadczeń kliniki. Na wykłady prof. Ombrédanne'a chodziłem, gdy tylko było to możliwe, zwłaszcza na wykłady tzw. polikliniczne. Były one prowadzone podobnie jak w Lyo-

nie. I tutaj osobowość prof. Ombrédann'a nadawała im szczególnego uroku. Ponośli go temperament. Wykład jego był niezmiernie żywy, jasny, lubił włączać błyskotliwe uwagi. Był apodyktyczny. Gdy jednak ktoś w dyskusji podczas wykładu podważył jakąś jego tezę, odpowiadał z życzliwością i wielkim poczuciem humoru. Sala wykładowa była zawsze nabita.

Klinika Ombrédanne'a odznaczała się wielką postępowością. Chętnie podejmowała nowe metody w chirurgii ortopedycznej, poddawała je kontroli i szukała nowych rozwiązań.

Operacje, które Ombrédanne wykonywał, obfitowały nieraz w gesty teatralne, mające jednak znaczenie dydaktyczne. Utkwiła mi w pamięci operacja, podczas której Ombrédanne pobrał piłą tarczową długi przeszczep z kości piszczelowej. Przeszczep miał służyć do stabilizacji skoliozytycznego kręgosłupa u młodej dziewczyny. Gdy wyjął cały przeszczep, zdjął z niego ostentacyjnie błonę okostną i odrzucił jako rzecz zbędną. W ten sposób dał wyraz swemu pogładowi, że okostna — jego zdaniem — nie odgrywa żadnej roli w przebudowie przeszczepu.

Innym ciekawym zagadnieniem, które tu bliżej poznałem, była plastyka daszka biodrowego. Opracowywał to zagadnienie Marcel Lance, jeden z asystentów Ombrédanne'a. Z własnego doświadczenia naszej poznańskiej kliniki wiedziałem, że po repozycji zwichniętego biodra, zwłaszcza u starszych dzieci, panewka nie zawsze sama pogłębi się wystarczająco, aby objąć zreponowaną głowę kości udowej od góry. Wtedy głowa ta zaczyna się wysuwać z panewki. Powstaje nawrót zwichnięcia, bądź częściowy, bądź całkowity.

Utrzymujący się po repozycji defekt stropu panewki staje się więc przyczyną niepowodzenia zachowawczej repozycji wrodzonego zwichnięcia.

Usunięcie tego defektu niepokoiło chirurgów od dawna. Już w 1891 r. F. König próbował chirurgicznie obniżyć strop. Później chirurdzy obniżali strop panewki w różny sposób i wypełniali lukę nad stropem przeszczepami kostnymi (Ferguson — 1904, Lexer — 1914, Albee — 1921, Fairbank — 1922, Spitzky — 1924). Ale dopiero prace Marcelego Lance'a przyczyniły się do upowszechnienia tej metody. Miałem szczęście, że mogłem poznać jego metodę z bliska. Interesowało mnie to tym bardziej, że u nas w kraju wrodzone zwichnięcie biodra było zjawiskiem częstym. Zdawałem sobie sprawę, że metoda Lance'a wniesie duży postęp w leczeniu tej wady i poprawi jej wyniki. Postanowiłem zastosować tę metodę po powrocie do kraju.

W Paryżu jeszcze w większym stopniu niż w Lyonie uświadomiłem sobie, że siłą nauki francuskiej jest dobra organizacja, dotyczy to zarówno badań naukowych, jak i dydaktyki oraz kształcania. Ortopedia w Paryżu nie dysponowała w owym czasie nowoczesnymi budyn-

kami. Często rozczarowywał mnie wygląd starego barakowego budynku, który kontrastował z nowoczesnym urządzeniem we wnętrzu.

Popołudnie przeznaczałem na zwiedzanie Paryża. W tym celu sprawiłem sobie przewodnik po Paryżu. Były w nim różne warianty zwiedzania zależnie od czasu, jakim dysponował zwiedzający. Niektóre obiekty można było zwiedzać bezpłatnie w określone dni i godziny. Według tego rozkładu ustaliłem plan systematycznego zwiedzania poszczególnych obiektów.

Rozpocząłem od zwiedzania Muzeum Luwru, przeznaczając na to kilka dni. Codziennie przeżywałem radość poznawania czegoś nowego i zawsze ciekawego.

Po kilku tygodniach zwiedzenia większości obiektów poleconych przez przewodnik zdawało mi się, że następne będą coraz mniej atrakcyjne. Z takim nastawieniem poszedłem zwiedzać kościół na wyspie La Chapelle. Tymczasem, gdy przekroczyłem mroczne wejście, nieoczekiwanie rozbłysło wnętrze kościoła różnobarwnością przepięknych witraży, na które właśnie padały promienie popołudniowego słońca.

Wśród moich wędrówek po szpitalach paryskich poznałem dra Marcela Debeyré'a. Był on ordynatorem Oddziału Ortopedii dla dorosłych w Paryżu. Dojeżdżał okresowo jako konsultant do Szpitala Morskiego w Berck-Plage, położonym nad brzegiem morza w Cieśninie Kaletańskiej (Pas-de-Calais). Szpital zajmował się wyłącznie leczeniem chorych z gruźlicą kostno-stawową. Dr Debeyré uzyskał dla mnie zgodę prof. Sorrela, dyrektora Szpitala w Berck-Plage, na kilkudniowy pobyt celem zaznajomienia się ze sposobami leczenia gruźlicy kostno-stawowej. Zależało mi na tym bardzo, bo u nas w Polsce gruźlica kostno-stawowa była również plagą lecznictwa ortopedycznego.

W owym czasie streptomycyna nie była znana. Głównym środkiem leczenia było unieruchomienie i odciążenie chorych stawów. Opatrunki gipsowe i aparaty ortopedyczne spełniały te zadania. Naświetlania słońcem służyły jako bodźcowe leczenie uzupełniające. Dodanie bodźca klimatycznego miało potęgować działanie słońca.

W Szwajcarii posługiwano się górskim bodźcem klimatycznym. Najbardziej znanym było sanatorium w Leysin.

We Francji rozwinęła się tzw. talassoterapia, tj. posługiwanie się klimatem morskim jako bodźcem leczniczym.

Zwiedzanie Berck-Plage dało mi znakomitą okazję poznania zasad stosowania talassoterapii. Było to osobliwe miasteczko. Niektórzy pacjenci osiedlili się tu po wyzdrowieniu. Zakładali tutaj sklepiki handlowe, kawiarnie itp. dostosowane do obsługi chorych leczących się, którzy tu zajeżdżali na swych wózkach-stołach, by poczynić zakupy.

Wózek-stół miał typową dla Berck-Plage konstrukcję. Spełniał zarówno cel leczniczy jak lokomocyjny. Plaża nadmorska była wypełniona wózkami z chorymi, którzy leżąc na nich naświetlali się.



Utworzenie dużych szpitali specjalnych dla gruźlicy kostno-stawowej, wymagającej wielomiesięcznego, a nawet kilkuletniego leczenia, odciążyło wydatnie szpitale paryskie i dawało chorym nadzieję na wyleczenie.

Po latach — w czasie okupacji — gdy nie było można stosować ani helioterapii wysokogórskiej ani talassoterapii i gdy nie istniała jeszcze streptomycyna, przekonałem się, że najistotniejszym czynnikiem w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej było prawidłowe unieruchomienie opatrunkiem gipsowym i właściwe odciążenie chorej części ciała. Wyniki leczenia w warunkach miejskich okazały się wtedy wcale nie gorsze od wyników uzyskiwanych w specjalnych sanatoriach. Było to pocieszeniem dla wszystkich chorych, którzy nie mogli korzystać z reklamowanych ośrodków specjalnych.

#### 8. MARZENIA W DRODZE POWROTNEJ

Podczas powrotu pociągiem do kraju układał mi się w myślach bilans mego pobytu we Francji i zaczął rysować się plan dalszego postępowania. Wysunęły się dwa zagadnienia:

— rozwinięcie sprawy leczenia wrodzonego zwichnięcia biodra oraz — wdrożenie metod operacyjnych, które uwolnią chorych od noszenia aparatów ortopedycznych.

Na to ostatnie zagadnienie naprowadziły mnie dwie poznane metody operacyjne, a mianowicie metoda Nové-Josseranda opadającej porażonej stopy. Dzięki tej operacji stopa staje się kształtna i stabilna oraz nośna bez wzmocnienia jej zaopatrzeniem ortopedycznym.

Druga metoda opierała się na tzw. mechanizmie Puttiego (rekurwacja kolana i stabilne ustawienie stopy w zgięciu podszwowy). Metoda ta przywraca porażonej kończynie dolnej zdolność dźwigania ciężaru ciała mimo porażenia mięśni i bez potrzeby aparatu ortopedycznego.

Poznanie osoby prof. Puttiego stało się moim następnym marzeniem. Prof. Vittorio Putti urzędował w Instytucie Ortopedycznym im. Rizoliego w Bolonii we Włoszech. Do chęci poznania Puttiego pobudził mnie jeszcze jeden ważny powód. Putti był zwolennikiem bardzo wczesnej repozycji wrodzonego zwichnięcia biodra i to nie jednorazowej, jak to czyni metoda Lorenza, którą posługiwaliśmy się dotychczas. Putti uzyskiwał repozycję przez powolne rozstawianie nóg niemowlęcia za pomocą odpowiednich przyrządów.

Postanowienie odwiedzenia Puttiego w Bolonii łagodziło uczucie smutku, że opuszczałem Francję, która dała mi tyle radości w wchłanianiu wiedzy. Był to chyba mój najpiękniejszy okres w życiu — podobny do okresu narzeczeństwa. Okres jak gdyby zaślubin z nauką.

Najcenniejsze było dla mnie, że zdobyłem pewną miarę, która pozwoliła mi ocenić rzeczywistość. Przekonałem się, że moje studia lekarskie

w kraju były całkiem dobre oraz że posiadam takie same szanse pracy w Klinice w Poznaniu jak zagranicą. Trzeba tylko po prostu pracować, ale zarazem trzeba wiedzieć jak i w jakim kierunku. Tego nauczyłem się we Francji.

#### 9. POWRÓT DO POZNAŃSKIEJ KLINIKI

Do kraju wróciłem w maju 1926 r. tuż po przewrocie majowym. Fale wzburzenia, jakie wywołał on w społeczeństwie i wśród młodzieży studiującej, uspokoiły się. W naszej klinice poznańskiej życie toczyło się normalnie.

Zgodnie z umową Franek Raszeja wyjechał wkrótce do Niemiec — do Monachium — na studia specjalne, analogiczne do moich we Francji. Jego obowiązki asystenckie w klinice przejąłem na siebie, tak jak on to uczynił podczas mej nieobecności.

Kochany był ten nasz „Wierzej”, że pozwolił na to. Czynił to z dobroci i z życzliwości, nie zdawał sobie nawet dobrze sprawy z tego, jak bardzo rozwój asystenta zależy od szefa. Zawsze marzyłem, gdy już byłem szefem kliniki, by kierownicy Klinik Ortopedycznych zbierali się co pewien czas przy okrągłym stole i omawiali sprawy szkolenia asystentów, a także studentów. Jakie korzyści wynosiliby wszyscy, gdyby kliniki mogły systematycznie wymieniać asystentów na krótkie okresy; asystenci poznaliby innych szefów i metody pracy innych klinik.

Marzeń tych nie udało się zrealizować z powodu różnych przeszkód; wśród nich były i „drugie posady” samych asystentów, którymi obciążali się dla wyrównania budżetów domowych, oraz sprawy zamieszkania. A szkoda. Doksztalcać się przecież można nie tylko za granicą!

Po wyjeździe Raszei częściej asystowałem do operacji i częściej też mogłem sam operować. Wierzejewski pozwolił mi zastosować metodę operacyjną według Lance'a, z czego też chętnie korzystałem. Gromadził się materiał obserwacyjny.

Równocześnie z zabiegami operacyjnymi biegła praca tzw. naukowa, polegająca na opracowywaniu przypadków, które tworzyły jakies zagadnienie.

#### 10. ZAGADNIENIA GUZÓW OLBRZYMIOKOMÓRKOWYCH

Jednym z nich było zagadnienie guzów olbrzymiokomórkowych. Spotkałem się z nimi po raz pierwszy w klinice przez przypadek. Było to jeszcze kilka miesięcy przed moim wyjazdem do Francji, gdy do polikliniki naszej zgłosił się zrozpaczony ojciec 7-letniego chłopca, któremu chirurgdzy proponowali odjęcie nogi z powodu właśnie takiego guza. Udo

było wrzecionowato zgrubiałe, a zdjęcie rentgenowskie wykazało duży ubytek charakterystyczny dla guza olbrzymiokomórkowego. Sposób powstawania guza, jego rozwój kliniczny i stan chłopca nie przemawiały za złośliwością guza, toteż za zgodą ojca zaniechałem amputacji nogi, ograniczyłem się do radykalnego chirurgicznego usunięcia guza i do wypełnienia powstałej jamy z kości przeszczepami kostnymi pobranymi z kości piszczelowej chłopca. Rana wygoiła się bez powikłań. Usunięty materiał guza przesałem do Janusza Zeylanda, który pracował jako asystent w Zakładzie Anatomii Patologicznej UP, celem zbadania histopatologicznego. Badanie to potwierdziło, że guz jest olbrzymiokomórkowy, lecz komórki olbrzymie nie zdradzają żadnych cech złośliwości. Przeszczepy wygoiły się, zapoczątkowując normalną przebudowę kości udowej.

Fakt ten zainteresował Janusza Zeylanda. Odszukał on wszystkie słoje z preparatami, które znajdowały się w zbiorach muzealnych zakładu, a które miały napis „guz olbrzymiokomórkowy”. Pochodziły one z amputacji, których dokonano z powodu takiego rozpoznania.

Janusz Zeyland zadał sobie trud, żeby wszystkie te preparaty ponownie przebadac histologicznie; ku jego wielkiemu zdumieniu stwierdził, że większość amputacji dokonano niepotrzebnie.

Skłoniło to nas obu do podjęcia dalszych badań tego spornego i bardzo dyskutowanego działu patologii kostnej. W wyniku tego obaj opublikowaliśmy oddzielnie i razem kilka publikacji w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. Moja pierwsza publikacja opierała się na operacjach i obserwacjach 6 przypadków. Ogłosił ją w 1927 roku „Polski Przegląd Chirurgiczny”.

Mój pobyt w Lyonie przydał mi się bardzo, gdyż biblioteka uniwersytecka w Lyonie pozwoliła mi przestudiować w oryginałach całe piśmiennictwo dotyczące tego zagadnienia.

Po powrocie Franka Raszei z Monachium zacząłem czynić starania o wyjazd do Bolonii, na który zgodzili się zarówno prof. Wierzejewski, jak i F. Raszeja. Nadeszła też zgoda Prof. V. Puttiego. Pełnia szczęścia!

## 11. STUDIA WE WŁOSZECH

Zaraz po powrocie z Francji zacząłem uczyć się języka włoskiego i odkładać wszelkie oszczędności. Koszty podróży i pobytu we Włoszech musiałem pokryć w całości sam.

W końcu lutego 1927 r. wyjechałem pociągiem przez Czechosłowację, Austrię do Włoch. Jak pięknym wydawał mnie się ten świat nawet z okien pociągu!

W Bolonii zgłosiłem się zaraz do prof. V. Puttiego, przystojnego mężczyzny w sile wieku, o pięknej harmonijnej twarzy i ciemnych, bardzo żywych oczach. Był kawalerem i mieszkał w instytucie, któremu po-

święcił cały swój czas. Był on jego dyrektorem i zarazem dyrektorem Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu w Bolonii.

Instytut mieścił się w starym poklasztorzym budynku, położonym na zalesionym wzgórzu. St. Michele in Bosco, dominującym nad miastem. Cały kompleks budynków klasztornych wykupił swego czasu Rizzoli i kazał go przebudować na cele szpitalne dla osób kalekich. Stąd Istituto Ortopedico Rizzoli nosił jego nazwisko.

Instytut wyróżnił się znakomitą organizacją prac klinicznych i naukowo-badawczych. Liczne działy o specjalnym przeznaczeniu służyły znakomicie dydaktyce. W dziale dokumentacji klinicznej zwiedzający mógł poznać całą dokumentację, jaką posługiwał się instytut. Wszystkie wzory historii chorób i formularzy dokumentacyjnych były wyłożone do wzglądu. Formularze historii chorób miały różne odmiany. Odrębny formularz był przeznaczony dla wrodzonego zwichnięcia biodra, odrębny dla gruźlicy kostno-stawowej, porażen poliomielitycznych itd. W każdej historii choroby były rubryki z różnymi szczegółami, które lekarz, spisując historię choroby danego pacjenta, musiał uwzględnić. Putti chciał przez to uzyskać pewną porównywalność wyników leczenia. Wyniki operacyjne były systematycznie kontrolowane komisyjnie przez grupę asystentów w tym celu powołanych. Był to dobry zwyczaj, który wprowadziłem później we własnej klinice. Taka obiektywna kontrola pozwoliła wykryć słabe punkty w sposobie leczenia lub w wykonawstwie stosowanej metody operacyjnej. Wnioski z badań kontrolnych pozwalały ulepszać metody, sprzyjały postępowi w lecznictwie.

Muzeum anatomopatologiczne zawierało bogaty materiał dydaktyczny. Obok każdego preparatu anatomopatologicznego znajdował się opis kliniczny, przebieg radiologiczny, opis histopatologiczny itd.

Wystawione materiały anatomopatologiczne były uporządkowane według rodzaju schorzeń, a więc np. wrodzone zwichnięcia bioder, wrodzone wady, skoliozy, schorzenia kręgosłupa, schorzenia reumatoidalne, gruźlica, nowotwory itd. Sale muzealne były jak wielka książka anatomopatologiczna z wspaniałym atlasem. Służyły one w znakomity sposób autodydaktyce. Spędziłem tu wiele, wiele godzin.

Muzeum radiologiczne było zorganizowane w podobny sposób. Można tu było poznać radiologiczny przebieg licznych schorzeń układowych, charakterystyczne cechy radiologiczne różnych jednostek chorobowych. Liczne stojaki z diapozytywami uzupełniały zbiory. I to muzeum było skarbnicą dla każdego, który chciał się dokształcić.

Pracownia malarsko-rysunkowa miała ograniczony dostęp. Tutaj działał asystent malarz i grafik, którego zadaniem była dokumentacja rysunków potrzebna do publikacji lub do wykładów. W owym czasie nie istniała jeszcze fotografia małoobrazkowa. Toteż w sali operacyjnej znajdowało się na wysokiej specjalnej drabince krzesło, na którym siedział asystent grafik. Umieszczał się on tak za operatorem, że dobrze wi-

dział z góry pole operacyjne. Putti operując, wskazywał pewne fazy w przebiegu operacji, które rysownik ujmował szkicowo. Po zakończeniu operacji Putti przeglądał szkice z rysownikiem, który nanosił odpowiednie korekty i uzupełnienia. W ten sposób powstały wspaniałe atlasy Puttiego oraz ilustracje prac naukowych, które wychodziły z Instytutu Rizzoliego. W pracowni rysunkowo-malarskiej można było oglądać albumy rysunków dokumentacyjnych.

Biblioteka naukowa instytutu była to dużo sala z bogatymi zbiorami naukowych książek w różnych językach. Liczne gabloty zawierały bieżące światowe piśmiennictwo ortopedyczno-traumatologiczne.

Sufity i ściany wzbogaciła oryginalna boazeria i freski.

Każdy asystent, a także wolontariusz, miał tu swój stolik i lampkę. Ja także otrzymałem swoje miejsce.

Bibliotekarzem wieloletnim był p. Ugo Barberi. Jego też się radziłem, gdzie mógłbym tanio zamieszkać. Zaproponował mi pokój u siebie w domu. I tak zamieszkałem przy via Arienti w dużym pokoju o grubych murach z głęboko osadzonym oknem zasłanianym drewnianymi żaluzjami. Pokój był zimny, nie posiadał ogrzewania, a ja naiwnie wyobrażałem sobie Włochy jako cieplejszy kraj. Ale i tu, podobnie jak w Lyonie, przychodziłem do owego pokoju tylko na spanie, spędzając cały czas w instytucie, a wieczory w jego muzeach i bibliotece.

Dopiero tu w Bolonii dowiedziałem się, że Instytut Rizzoliego miał sławę światową i szybko zrozumiałem dlaczego. Prof. Putti zaś był jedną z czołowych osobistości w świecie ortopedycznym. Amerykanie często wzywali go na konsultację. Wśród wolontariuszy było wielu młodych amerykańskich ortopedów. Niektórzy przyjeżdżali bardziej w celach snobistycznych niż naukowych. Doksztalcenie się w Europie, a w szczególności u Puttiego, poprawiało im rzekomo szanse praktyki prywatnej. Właśnie niektórzy z tych wolontariuszy spędzali więcej czasu na kortach tenisowych aniżeli w instytucie, co było mnie całkowicie niezrozumiałe.

Główny sztab asystentów Puttiego składał się z doświadczonych ortopedów, jak Oscar Scaglietti, zastępca Puttiego; Raffaele Zanolì, Mario Camurati, Giulio Faldini, Pasquale del Toro i in.

Pierwszy okres mego pobytu w Bolonii był dla mnie psychicznie trudny. Mój włoski język był słaby, co utrudniało mi początkowo zbliżenie się do włoskich kolegów. Ten sam powód utrudniał mi kontakt z kolegami amerykańskimi. Tu do mej słabej znajomości języka angielskiego doszedł jako przeszkoda stan moich finansów, który kontrastował z zamożnością Amerykanów. Czulem się więc w pierwszych tygodniach mego pobytu odosobniony, a zimny i mroczny pokój nie poprawiał nastroju. To wszystko razem przyczyniło się zapewne do tego, że w pewnym momencie ogarnęła mnie ogromna tęsknota za krajem. Była

ona chwilami tak silna, że chciałem sobie przysiąc: już nigdy więcej nie wyjadę za granicę. Na szczęście nie przysiągłem. Wkrótce zresztą zaadaptowałem się.

Ten przejściowy nastrój tęsknoty za krajem utkwiał mi głęboko w pamięci jako niebezpieczny czynnik, który łatwo może paraliżować plany. Później dowiedziałem się, że nie byłem w tym odosobniony. Zjawisko to chce się porównać z objawem przejścia na „drugi oddech” w wysiłkach sportowych. Kto nie zdobędzie się na przetrwanie tego okresu, przegrywa. Umiejętność przejścia na „drugi oddech” jest w ogóle w życiu jednym z warunków powodzenia.

Praca dzienna w instytucie rozpoczynała się spotkaniem prof. Puttiego w dużym pokoju z asystentami. Każdy ordynator wywieszał radiogramy swoich pacjentów. Putti przechadzał się od negatoskopu do negatoskopu i wysłuchiwał relacji asystentów. Często pytał o dane statystyczne, o szczegóły z piśmiennictwa itp. Gdy odpowiedzi nie były zadowalające, asystent usłyszał: „wrócimy jutro do tych zdjęć”.

Asystenci bali się tych porannych kolokwiiów, musieli przygotowywać się starannie do nich. Rozmowom tym bowiem przysłuchiwała się grupa lekarzy i wolontariuszy. Rozmowy były kontynuowane przy łóżku chorego podczas obchodu i uzupełniane badaniem klinicznym. Nauczyło mnie to, jak ważne jest staranne badanie chorego dla zaplanowania leczenia, a w szczególności dla programowania zabiegu operacyjnego. Sam zabieg operacyjny był precyzyjnym realizowaniem ustalonego planu. Kontrastowało to z dominacją intuicji, z jaką u nas prof. Wierzejewski podchodził do zabiegów operacyjnych.

Nie każdy jednak operator posiadał intuicję Wierzejewskiego, dzięki której uzyskiwał swe świetne wyniki. Tu przekonałem się, że bezpieczniej jest wyłączyć intuicję i inwencyjność w projektowanie planu operacyjnego i w przewidywanie trudności w przebiegu operacji. W czasie operacji istotna jest umiejętność chirurga w pokonywaniu tych trudności. Zmiana planu operacyjnego w czasie zabiegu staje się wtedy rzadkością.

Niektóre operacje Putti wykonywał w sali operacyjnej, która posiadała amfiteatr dla widzów. Duże wrażenie zrobiła na mnie pierwsza operacja wrodzonego zwichnięcia u dziecka, którą wykonywał Putti w tej sali. Uderzająca była techniczna prostota zabiegu (*repositio simplex*). Po przecięciu skóry Putti rozsunął mięśnie, przeciął podłużnie torebkę stawową i zwichniętą głowę kości udowej wprowadził do panewki. Natychmiast wykonano kontrolne zdjęcie rentgenowskie, które potwierdziło udaną repozycję. Audytorium oklaskami nagrodziło operatora.

Putti lubił pewną teatralność. Po operacji zarzucił na siebie dużą białą pelerynę jak togę i udał się do siebie.

Leczenie gruźlicy kostno-stawowej odbywało się w specjalnym zakładzie afiliowanym z instytutem. Zakład mieścił się w Cortina d'Ampezzo

w górzystych Abruzzach. Tutaj stosowano modną ówczasie helioterapię. Zakład miał swego ordynatora, a Putti wizytował zakład okresowo. Zakład ten poznałem dopiero po latach.

W obrębie instytutu znajdowały się duże Warsztaty Ortopedyczne (Officine Orthopediche). Wytwarzały one zaopatrzenie ortopedyczne dla chorych instytutu i dla innych placówek w kraju i za granicą. Było to duże przedsiębiorstwo, w którym pracowało kilku inżynierów konstruktorów. Realizowali oni pomysły Puttiego. Tu powstawały nowe modele protez kończyn, aparatów ortopedycznych, gorsetów korekcyjnych itd. Tu wyrabiono narzędzia chirurgiczne, stoły operacyjne pomysłu Puttiego, przyrządy do fizjoterapii itd.

Jeden z takich stołów oraz dłuta do plastyki stawów zakupiła nasza poznańska klinika ortopedyczna. Są one jeszcze dziś w częściowym użyciu.

Instytut Rizzoliego był w owym czasie inspiratorem licznych nowych koncepcji w leczeniu zachowawczym i operacyjnym i w konstrukcjach zaopatrzenia ortopedycznego. Koncepcje te były podejmowane przez ośrodki ortopedyczne na całym świecie i przyczyniły się do intensywnego rozwoju ortopedii w okresie przedwojennym. Tu poznałem, jakie istotne znaczenie ma organizacja pracy w placówce ortopedycznej. Tu nauczyłem się tzw. myślenia kategoriami ortopedycznymi, poznałem wiele nowych metod leczenia zachowawczego i operacyjnego, które stały się podstawą późniejszych moich własnych badań i prac. Poznałem przede wszystkim Vittoria Puttiego, który odegrał dużą rolę w moim dalszym życiu jako chirurga ortopedy.

Z Bolonii zrobiłem wypad do Mediolanu, aby poznać prof. Francesco Galeazzi. Był on znany ze swej oryginalnej metody leczenia skolioz. Metoda ta polegała na zakładaniu gorsetów gipsowych w zgiętej pozycji tułowia w przyrządzie, który skonstruował Galeazzi. Przyrząd pozwalał dokonać korekcji garbu żełbrowego przez dawkowaną detorsję. Doraźne wyniki były bardzo przekonywające.

Nasza poznańska Klinika Ortopedyczna sprowadziła jeden taki przyrząd Galeazziego. Prof. Wierzejewski interesował się bowiem leczeniem skolioz. Nowością dla mnie był w Mediolanie Istituto dei Rachitici. Był to zakład fundacyjny przeznaczony pierwotnie dla dzieci rachitycznych, a później dla dzieci zniekształconych innymi chorobami i wadami. Zakład ten był afiliowany z kliniką prof. Galeazziego. Dzieci przechodziły leczenie ortopedyczne, zachowawcze i operacyjne. Miały zapewnioną naukę szkolną. Osobliwością zakładu było, że jego wychowankami zainteresowali się profesorowie miejscowej Szkoły Sztuk Plastycznych. Uczyli oni poszczególne dzieci wykonywania różnych wyrobów artystycznych — typu cepeliowskiego według dzisiejszej nomenklatury. Zadziwiająco, jak wiele dzieci ma utajone uzdolnienia arty-

styczne, które dają się wyzwolić i rozwinąć. Niektóre z tych dzieci zdobyły w ten sposób zawód, który pozwolił im żyć mimo kalectwa.

Na zwiedzanie Włoch nie było finansów ani czasu. Jedynie przyjazd do Bolonii dra Juliusza Zaremby z Krakowa spowodował, że wspólnie zwiedziliśmy w ciągu dnia Florencję.

Dr Zaremba, późniejszy profesor i kierownik Kliniki Ortopedycznej w Krakowie, znał Bolonię, bo spędził tu pewien czas jako wolontariusz w Instytucie Puttiego.

Drugą okazję, tym razem do zwiedzenia Wenecji, dał mi przyjazd do Włoch prof. I. Wierzejewskiego z żoną. Pojechałem do Wenecji na spotkanie z Nim. Radość moja z tego przyjazdu była wielka, bo mogłem na gorąco podzielić się swymi wrażeniami z instytutu w Bolonii. Nie zapomnę naszej wspólnej wycieczki na Lido. Po wspaniałej kolacji w bardzo wesołych nastrojach wracaliśmy do hotelu, gubiąc się ku wielkiemu niezadowoleniu pani Profesorowej w labiryncie wąskich, krętych uliczek Wenecji.

## 12. W KLINICE POZNAŃSKIEJ PO POWROCIE Z WŁOCH

Po powrocie z Włoch zacząłem inaczej patrzeć na organizację naszej pracy w klinice. Wprowadzenie nowego wzoru karty ambulatoryjnej, którą wypełniała sekretarka dla każdego chorego przed jego badaniem, skróciło czas badania bez uszczerbku dla chorego. Z Frankiem Raszeją dokonaliśmy ściślejszego podziału naszej pracy w klinice. Uzyskaliśmy przez to więcej czasu dla naszych badań naukowych.

Każdy z nas miał swój kierunek badań. Jeśli chodzi o mnie, to interesowały mnie zawsze nowe koncepcje, które w świecie stały się aktualnymi i dyskusyjnymi w dziedzinie ortopedii.

### A. ZAGADNIENIE GRUŻLICY KOSTNO-STAWOWEJ

Jednym z tych zagadnień było chirurgiczne leczenie gruźlicy kostno-stawowej. Nowa koncepcja polegała na zastąpieniu unieruchomienia zewnętrznego przez opatrunek gipsowy unieruchomieniem wewnętrznym za pomocą przeszczepów kostnych, które pobierano najczęściej z kości piszczelowej chorego. Umieszczano je poza ogniskiem gruźliczym w taki sposób, by blokowały ruch w chorym odcinku kośćca. Prof. Wierzejewski lubował się w stosowaniu tej metody w leczeniu gruźlicy kręgosłupa. Wzorował się na postępowaniu, które opracował amerykański ortopeda F. Albee. Umieszczał on przeszczepy kostne w wyrostki kolczyste kręgow zniszczonych oraz zdrowych położonych powyżej i poniżej. Przeszczepy kostne zrastały się z wyrostkami kolczystymi i stworzyły jednolity blok kostny, który unieruchamiał chory odcinek kręgosłupa.



Był to ogromny postęp w leczeniu gruźlicy kręgosłupa, skracał znacznie okres leczenia i dawał lepsze wyniki.

Któregoś dnia zgłosił się w naszym ambulatorium młody robotnik fizyczny z powodu wieloletniego bólu w stawie barkowym, uniemożliwiającym pracowanie. Zdjęcie rentgenowskie wykazało rozległe zmiany gruźlicze w głowie kości ramiennej i stawie ramiennie-łopatkowym. Wpadłem na pomysł, by utworzyć most kostny między zdrową częścią łopatki a zdrową częścią kości ramiennej tuż poniżej chorego ogniska. Przeszczep wgoił się i wyłączył ruch w chorym stawie. Ból ustał i chory mógł znów posługiwać się chorą kończyną górną do pracy fizycznej korzystając z ruchów łopatki.

Byłem bardzo dumny ze swego pomysłu, a chory zadowolony z wyniku. Metodę tę opisałem w 1929 r. w „Chirurgii Narządu Ruchu”. Pracę tę przesłałem prof. Nové-Josserandowi, który przedstawił ją na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgów w Lyonie w dniu 16 maja 1929 r. (Lyon Chirurgical 1929). Nie podzielał on jednak mego optymizmu wskazując, że wycięcie zniszczonej głowy kości ramiennej według Olliera daje te same wyniki nie pozbawiając kończyny ruchu. Słuszność tej uwagi potwierdziły moje dalsze własne doświadczenia.

#### B. ZAGADNIENIE OPIEKI NAD KALEKAMI

Inne zagadnienie, które mnie w owym czasie pasjonowało ma swoją odrębną historię.

Zacząło się od uroczystości, którą prof. Wierzejewski — krótko po moim powrocie z Francji — zorganizował w 1926 r. w naszej klinice ku pamięci i czci Per Henryka Linga, twórcy szwedzkiej gimnastyki leczniczej, z okazji 150 rocznicy jego urodzin (1776—1839).

Dlaczego to uczynił?

Jednym powodem był fakt, że prof. Wierzejewski był zarazem wicedyrektorem studium Wychowania Fizycznego (dyrektorem był prof. dr Eugeniusz Piasecki), a drugim powodem, że był zwolennikiem gimnastyki leczniczej, ale raczej gimnastyki aparaturowej, którą wypracował Zander, również Szwed z pochodzenia. Nadmienić tu muszę, że Wierzejewski był uczniem prof. Konrada Biesalskiego, założyciela i dyrektora Zakładu dla Dzieci Kalekich w Berlinie (Oskar-Helene-Heim). Wierzejewski był jego pierwszym asystentem w latach 1909—1912, co dało mu okazję poznania zagadnień dziecka kalekiego.

Podczas uroczystości na cześć Per Henryka Linga Wierzejewski przedstawiał swój plan opieki nad kalekami, o którego realizację walczył przez całe swoje życie. Po raz pierwszy wysłuchałem z ust Wierzejewskiego jego „credo” życiowe. Zrobiło to na mnie wielkie wrażenie. Dzień ten zaliczam do jednego ze zwrotnych w swoim życiu, co się okazało dopiero później.

## C. WRODZONA DYSPLAZJA BIODRA

Podstawowym zagadnieniem naukowym, które wzbudziło moje zainteresowanie już we Francji, było wrodzone zwicnięcie stawu biodrowego. Widziałem, jak Marcel Lance kształtował chirurgicznie dysplastyczną panewkę w przypadkach, gdy straciła zdolność uczynić to sama. W Paryżu dowiedziałem się, że Vittorio Putti stara się przywracać normalny kształt dysplastycznemu biodru przez odpowiednie ustawienie kończyn dolnych już u niemowlęcia. Wrodzona wada biodra okazuje się więc odwracalną, a sterowanie nią leży w rękach naszych. Toteż uważałem, że chcąc dociekać przyczyn takiej sterowalności trzeba poznać mechanizm rozwoju stawu dosłownie „ab ovo”, tj. w łonie matki. Zachęciła mnie do tego tym bardziej lektura dzieła Le Damanyego (*La luxation congénitale de la hanche* 1912 i 1923) oraz publikacje Grafa i Harrensteina (1909 i 1928), które potwierdzały tezę Le Damanyego, a mianowicie, że wrodzona dysplazja biodra jest właściwością człowieka, który nie zdołał się jeszcze w swej budowie anatomicznej przystosować do swej pionowej postawy, którą przybrał jako „homo erectus”.

Wierzejewski pozwolił mi urządzić laboratorium na strychu kliniki dla prowadzenia badań. Moim zadaniem było prześledzić rozwój stawów biodrowych u płodów ludzkich. Jako materiał posłużyły mi płody ludzkie martwo urodzone — z Kliniki Położniczej w Poznaniu.

Do antropometrycznych pomiarów skonstruowałem sobie specjalny przyrząd. Aby nie błądzić, korzystałem z konsultacji dra Michała Ćwirko-Godyckiego, asystenta prof. dra Adama Wrzóska, kierownika Katedry Antropologii UP. Prof. Wrzosek sam zainteresował się moją pracą i opublikował kilka fragmentów mej pracy w „Przeglądzie Antropologicznym” (1932, 1933).

W miarę wzrastania liczby przebadanych płodów, gromadzony materiał stawał się coraz ciekawszy. Nasunęła się więc myśl, by całość badań ująć jako pracę habilitacyjną.

W tym samym czasie Franciszek Raszeja prowadził swoje własne badania doświadczalne i kliniczne nad jontoforezą. Miały być podstawą do pracy habilitacyjnej. Wierzejewski udzielił nam obu swej zgody na habilitowanie się.

Moje badania bioder posuwały się naprzód. Po zbadaniu 100 stawów biodrowych u 50 płodów ludzkich różnego wieku płodowego, począwszy od III/IV miesiąca ciąży, zarysowały się wyraźne wnioski, które można było jednoznacznie sformułować. Panewka, która początkowo była głęboka, staje się stopniowo bardziej płytka i ustawia się bardziej stromo. Równocześnie główka wraz z szyjką kości udowej zwiększa stopniowo swój kąt przodozgięcia. Oba te zjawiska sumują się i zmniejszają wyraźnie zwartość mechaniczną stawu. Szczytowe nasilenie tych zmian notuje się u dojrzałego płodu. Noworodek ludzki rodzi się więc z niesta-

bilnymi stawami biodrowymi. Można ten stan określić jako fizjologiczną dysplazję stawów biodrowych.

U dwóch noworodków zmiany były tak zaawansowane, że wytworzył się w biodrze stan przedzwichnięciowy (preluksacyjny).

Stwierdzenie to miało zasadnicze znaczenie dla profilaktyki tzw. wrodzonego zwichnięcia i uzasadniało w pełni dążenie Puttiego do wczesnego zachowawczego leczenia bioder dysplastycznych.

Wyniki swych badań przedstawiłem na XIII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w dniu 27 IX 1929 r. w Wilnie (*Księga pamiątkowa zjazdu 1930*).

Wnioski z tej pracy wydały mi się tak odpowiedzialne z różnego punktu widzenia, że postanowiłem je zweryfikować przez zbadanie dalszych 100 bioder. Wyniki badań tej drugiej serii pokrywały się z wynikami z pierwszej serii. Ująłem więc całość badań wraz z dokumentacją w jedną publikację pt. *Badania z dziedziny etiologii wrodzonego zwichnięcia biodra* (praca ukazała się drukiem w „Chirurgii Narządu Ruch” w 1932 r.).

### 13. CHOROBA I ŚMIERĆ PROF. WIERZEJEWSKIEGO

W grudniu 1926 r. nadeszło do naszego zakładu telegraficzne polecenie z miejsca wczasów, na których przebywał Wierzejewski, by wstawić łóżko do gabinetu profesora, który miał nieszczęśliwy wypadek.

W tym okresie mieszkałem w zakładzie — w małym pokoiku i pełniłem niejako funkcję stałego lekarza dyżurnego. Gdy wieczorem przywieziono prof. Wierzejewskiego na noszach i umieszczono go w jego gabinecie, musiałem mu zmienić opatrunek i to ściśle według jego wskazań. Nie chciał, by poprosić kogokolwiek z chirurgów. Oświadczył stanowczo, że będzie się leczył sam. Trzymał się tego uparcie, co skończyło się nieszczęśliwie, bo przyplątała się infekcja gronkowca.

Wierzejewski lubił bardzo towarzystwo, toteż codziennie miał odwiedziny licznych przyjaciół i znajomych. Gościł ich chętnie przeważnie koniakiem i winem. Wieczorami, gdy już wszyscy goście odeszli, musiałem mu dotrzymywać towarzystwa, co wynikało z mej funkcji permanentnego, nocnego lekarza dyżurnego. Gdy wszedłem do jego pokoju powitał mnie: „Chłopyszku, zajrzyj tylko do szafy, tam za stołem bielizny musi być jeszcze jedna butelka hungarikona, kazałem odstawić ją dla nas, wszystko inne już wypili”. Powtarzało się to co wieczór. Były to dla mnie niezapomniane gawędy do późnej nocy.

W dniu 16 lipca 1929 r. Wierzejewski uległ wypadkowi samochodowemu, podczas którego doznał złamania mostka i okaleczeń twarzy. Dołączyło się powolne zapalenie wsierdza (*endocarditis lenta*) i tej chorobie uległ. Zmarł w dniu 8 marca 1930 r.

Uroczystości pogrzebowe rozpoczęły się w Zakładzie im. Gąsiorowskich, skąd wynieśliśmy trumnę jego na naszych barkach. Uczestniczyły tłumy ludzi, a wśród nich przedstawiciele uniwersytetu i władz miejskich, lekarze, studenci, pacjenci, znajomi i wielbiciel. Prof. Wierzejewski zmarł licząc 49 lat, a więc w sile wieku, mając przed sobą do spełnienia wielkie zadania jako naukowiec, wychowawca młodzieży i społecznik. Ortopedia polska poniosła ciężką stratę. Bezpośrednie skutki Jego zgonu dały się natychmiast odczuć w Zakładzie naszym, a zwłaszcza w Klinice.

#### 14. KOMPLIKACJE W POSTĘPOWANIU HABILITACYJNIM

Skomplikowała się sprawa naszych rehabilitacji. F. Raszeja był w lepszym położeniu. Ukończył bowiem swoją doświadczalną część pracy habilitacyjnej wcześniej. Ukazała się pt.: *Doświadczalne i kliniczne badania nad jontoforezą* w „Chirurgii Narządu Ruchu” w 1929 r. (druga część kliniczna wyszła w 1930 r.). Pojechał on ze swoją rozprawą do przebywającego na leczeniu w Warszawie prof. Wierzejewskiego i uzyskał od niego pisemną akceptację pracy habilitacyjnej. Habilitacja Raszei przeszła gładko.

Ja miałem tylko ustną akceptację. Wierzejewski widział tylko jej pierwszą część. Musiałem więc szukać promotora. Zgodził się nim być prof. dr Antoni Jurasz, kierownik Kliniki Chirurgicznej, do którego chodziłem jako student na wykłady. Okazywał mi zawsze dużo życzliwości. Gdy jednak przedłożyłem mu pracę, czułem, że ma do niej jakąś niechęć. Proponował różne zmiany stylistyczne i ociągał się z wydaniem decyzji.

Złożyło się jednak szczęśliwie, że natrafiłem na ogłoszenie konkursowe dla prac naukowych przewidujące stypendium im. Feliksa Sommera. Przesłałem więc swoją pracę do jury, które urzędowało w Warszawie. Ku mojej wielkiej radości otrzymałem w lipcu 1931 r. wiadomość o przyznaniu mi nagrody.

W jury zasiadali ortopedzi warszawscy. Fakt, że specjaliści zaopiniowali dodatnio moją pracę, przyczynił się do tego, że prof. Jurasz krótko potem przyjął moją rozprawę.

Zrozumiałem jego wątpliwości. Praca moja bowiem zawierała liczne pomiary antropologiczne, tabele statystyczne, rozważania biomechaniczne, słowem wszystko, co było dalekie od zainteresowań prof. Jurasza jako chirurga części miękkich.

Nasz Zakład im. Gąsiorowskich był powiązany z Uniwersytetem tylko unią personalną przez osobę prof. Wierzejewskiego jako dyrektora zarówno Zakładu, jak i Kliniki Ortopedycznej. Właściwym administratorem Zakładu był dr Michał Grobelski. Zawsze był zastępcą prof. Wierzejewskiego. Wykonywał swoją funkcję bardzo gospodarnie i wzoro-

wo. Toteż po śmierci prof. Wierzejewskiego Zarząd Towarzystwa „Charitas” mianował dra Michała Grobelskiego dyrektorem.

Pokrzyżowało to plany F. Raszei, który miał nadzieję, że zostanie kierownikiem Kliniki Ortopedycznej jako docent i następca prof. Wierzejewskiego. Ponieważ pertraktacje między Uniwersytetem a Towarzystwem „Charitas” nie doprowadziły do ugody, F. Raszeja opuścił Zakład.

Mnie natomiast kwestura wstrzymała z dniem 1 października 1930 r. wypłatę pensji asystenckiej, gdyż w tym dniu upłynął termin nominacji na st. asystenta. Na mój wniosek dziekan przedłużył nominację z poleceniem dokonania inwentaryzacji majątku Kliniki Ortopedycznej w ku z jej likwidacją i ukończenia inwentaryzacji do końca stycznia 1931 r.

W tym okresie zgłosiłem w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego swą prośbę o dopuszczenie mnie do habilitacji. W Wydziale było dużo profesorów, którzy byli mi życzliwi i poparli moją kandydaturę. Dziekan otworzył mój przewód habilitacyjny.

Po odejściu z kliniki F. Raszeja próbował — z poparciem profesorów należących do ugrupowania sanacyjnego — utworzyć wprawdzie jakąś jednostkę ortopedyczną poza Zakładem, by po nominacji na docenta czynić starania na reaktywizację Kliniki Ortopedycznej gdziekolwiek. Taką odskocznią dla niego stała się poradnia ortopedyczna, którą Zakład Ubezpieczeń Społecznych utworzył w Swarzędzu pod Poznaniem.

W roku 1935 Uniwersytet zgodził się na reaktywowanie Kliniki Ortopedycznej w Collegium Marcinkowskiego, które mieściło się w Zakładzie Garczyńskich na Wildzie — Poznań. Uniwersytet otrzymał Zakład ten w darze na własność. Tutaj urzędował F. Raszeja do wybuchu wojny światowej w 1939 r.

Ja zaś pozostałem w Zakładzie im. Gąsiorowskich, gdzie praca toczyła się normalnie. Z Raszeją opuścił nas dr Roman Zieliński, który przeniósł się na praktykę do Katowic. Pozostał dr Józef Wolszczan jako asystent. Mnie przypadła funkcja prymariusza zakładu. Dyrektorem był Michał Grobelski.

Plany F. Raszei, popierane przez niektórych sanacyjnych członków Wydziału Lekarskiego, przyczyniły się do przewlekania mego procesu habilitacyjnego tak, że zatwierdzenie mej habilitacji przez Senat Wydziału Lekarskiego nastąpiło dopiero w dniu 10 maja 1933 r. Na zatwierdzenie habilitacji przez Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego W. Jędrzejewicza czekałem do 14 kwietnia 1934 r.

## 15. PRACA W STUDIUM WYCHOWANIA FIZYCZNEGO UP

Po moim powrocie z Francji w 1926 r. prof. dr Eugeniusz Piasecki, dyrektor Studium Wychowania Fizycznego UP zaproponował mi — za zgodą prof. Wierzejewskiego — przyjęcie funkcji lekarza studium, nie-

zależnie od mej asystentury w Klinice Ortopedycznej. Zgodziłem się na to chętnie, gdyż spodziewałem się, że nowa funkcja pozwoli mi poznać z bliska arkana ruchu stosowanego w ćwiczeniach cielesnych i w sporcie u osób zdrowych. Jako ortopeda miałem codziennie do czynienia z patologią narządu ruchu. Moje nadzieje wiązałem z tą okolicznością, że metodologię zajęć praktycznych w studium prowadził b. wychowanek Centralnego Instytutu Gimnastyki, założonego przez Per Henryka Linga w 1813 r. w Sztokholmie. Był nim wizytator wychowania fizycznego — Walerian Sikorski.

Koncepcja gimnastyki szwedzkiej, która polegała na koncentrowaniu ćwiczeń ruchowych na określony punkt ciała celem poprawienia jego funkcji, bardzo mnie pociągała. Widziałem w niej duże możliwości zastosowania w Klinice Ortopedycznej.

W Studium WF pracowałem jako lekarz przez 10 lat. Towarzyszyłem jako lekarz wszystkim praktycznym kursom, które studium organizowało dla studentów wychowania fizycznego oraz dla lekarzy specjalizujących się w higienie szkolnej i wychowaniu fizycznym. Nauczyłem się szermierki, pływania, narciarstwa i zasad taternictwa.

Kursy te dawały mi dużo okazji do zbierania materiałów obserwacyjnych, które później opublikowałem, jak np. *Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom w narciarstwie* („Wychowanie Fizyczne” 1935) oraz *Wady postawy jako przeszkody w nauce pływania crawllem* („Wychowanie Fizyczne” 1937). Praca ta była przedstawiona podczas Olimpiady w 1936 r. w Berlinie na Międzynarodowym Kongresie Lekarzy Sportowych (*Pamiętnik Kongresu 1937 r.*).

W latach 1928 i następnych byłem kierownikiem Miejskiej Poradni Sportowo-Lekarskiej w Poznaniu, co rozszerzyło moje wiadomości z traumatologii sportowej.

Po zakończeniu mej pracy habilitacyjnej zaczęło interesować mnie zagadnienie wady postawy człowieka. Wadliwa postawa ciała jest częstym zjawiskiem u dzieci. Podobnie jak wrodzone zwichnięcie biodra wiąże się ona z niewystarczającą adaptacją człowieka jako „homo erectus” do pionowej pozycji. Zagadnienie wad postawy było w swym czasie żywo omawiane w piśmiennictwie światowym. Ponieważ wada postawy w dużym stopniu jest odwracalna — podobnie jak wrodzona dysplazja biodra — nasunął mi się plan zorganizowania możliwości jej zwalczania. U nas w kraju nie zajmowano się tym zagadnieniem prawie wcale, mimo że bardzo dużo dzieci szkolnych miało złe postawy, a gimnastyka szkolna miała za cel tylko poprawienie ogólnej sprawności fizycznej dziecka. Gimnastykę tę należało uzupełnić gimnastyką korekcyjną, do czego najlepiej nadawał się system Linga.

Postanowiłem zorganizować kurs gimnastyki wyrównawczej dla dzieci szkolnych z wadami postawy. Przygotowałem w indywidualnych wy-

kładach magister wychowania fizycznego (p. Ansionowę), która zgodziła się bezinteresownie prowadzić lekcje gimnastyki wyrównawczej w sali gimnastycznej jednej ze szkół podstawowych. Dyrektorka tej szkoły chętnie udostępniała nam salę i chętnie pozwoliła mi zbadać dzieci szkolne z tejże szkoły. Zbadałem dzieci w wieku 10—12 lat, gdyż z doświadczenia wiedziałem, że w okresie przed pokwitaniem postawa pogarsza się. Wszystkie wybrane dzieci, które miały wady postawy i zostały wytypowane na kurs, były badane ortopedycznie przeze mnie oraz przeszły badania pediatryczne przez moją żonę dr Marię Żelewską-Dega — specjalistkę w pediatrii.

Przed rozpoczęciem kursu dyrektorka szkoły zgodziła się na zorganizowanie zebrania rodziców dzieci wybranych na kurs. Wyjaśniłem im cel kursu, z którego dzieci mogą skorzystać, jeśli zechcą. Dzieci otrzymały specjalny jednolity strój gimnastyczny, który pozwolił obserwować pracę mięśni podczas ćwiczeń.

Pierwszy kurs odbył się w 1931 r. za zgodą Kuratora Oświaty oraz Decernatu WF przy Magistracie Miasta Poznania, który pokrył koszty uzupełnienia sali gimnastycznej niezbędnym sprzętem. Cały kurs odbył się bezinteresownie — z dobrej woli wszystkich stron. Dzieci były badane na początku, w środku i pod koniec roku szkolnego. Dla dokumentacji opracowałem schemat badań. Każde dziecko miało swoją kartę przewidującą periodyczność badań przez kilka lat.

Kurs ten traktowałem jako eksperymentalny dla wypracowania metodyki ćwiczeń i obserwowania reakcji dzieci. Moim dążeniem było, aby wprowadzić gimnastykę wyrównawczą jako uzupełnienie normalnej gimnastyki do wszystkich szkół i aby uzyskać zgodę Kuratora na to. Chcąc uzasadnić to dążenie, musiałem udokumentować jego potrzebę. W tym celu wdrożyłem systematyczne badania dzieci szkół poznańskich. Sam rozpocząłem od badań dzieci pierwszej klasy i to w chwili wstąpienia do szkoły oraz po ukończeniu pierwszego roku szkolnego. Statystycznie można było wykazać wyraźne pogorszenie się postaw w ciągu roku jako wynik sedentaryjności zajęć szkolnych.

Wyniki badań opublikowałem w „Wychowaniu Fizycznym” w 1934 (*Zagadnienie postawy dzieci w pierwszym roku szkolnym*) oraz w „La Medicine Scolaire” w 1935 r., a także w „Nowinach Lekarskich” w 1935 roku. (*Znaczenie postawy w wychowaniu fizycznym z punktu widzenia zdrowia*). Badania rozszerzyłem również na starsze dzieci. Do badań tych prócz mojej żony włączyli się lekarka M. Stobiecka i lekarz E. Szczygieł. Oboje byli absolwentami Studium Wychowania Fizycznego. Nakłoniłem ich do napisania prac magisterskich na temat częstości wad postawy u dzieci szkolnych.

Wszystkie badania były prowadzone według jednolitego schematu badań, który opracowałem. Wszyscy byli przeszkoleni w technice badań, W ten sposób wyniki wszystkich badań były porównywalne. Badania

wykazały, że ok. 60% dzieci szkół poznańskich miało wadliwe postawy, wykazując tendencję do pogarszania się. Tendencja ta nasiliła się u dziewcząt w wieku pokwitania. Wyniki powyższe przekonały Kuratora Okręgu Szkolnego. Wyraził on zgodę na wprowadzenie gimnastyki do dwu szkół powszechnych dla dziewcząt i zatwierdził etaty dla kierowniczek prowadzących ćwiczenia. Kierowniczkę dla drugiej szkoły (p. Pilarska) przygotowałem w podobny sposób jak pierwszą. Odtąd ich praca była odpłatna. Praca lekarska pozostała bezinteresowną.

Kursy te cieszyły się poparciem rodziców, którzy sami pilnowali by uczestnictwo ich dzieci było regularne. Wyniki odpowiadały oczekiwaniom.

W Poznaniu kursy trwały kilka lat. Urwały się, gdy opuściłem Poznań w 1937 r. Wzór poznańskich kursów przejęła Warszawa.

#### 16. STUDIA W SZWECJI

Rok 1931 pozwolił mi zrealizować moje marzenie poznania kraju Per H. Linga i jego gimnastyki w oryginalnym zastosowaniu. Prof. dr Patrik Haglund, kierownik Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu w Sztokholmie, zgodził się na moją prośbę przyjąć mnie jako wolontariusza do swego zakładu.

Mój szef, dyrektor Michał Grobelski, akceptował mój wyjazd. Dnia 16 lipca 1931 r. wyjechałem do Szwecji w towarzystwie mej żony, która była asystentką Studium Wychowania Fizycznego, bardzo zaangażowaną przy tym w interesującej mnie tematyce.

Przed wyjazdem nauczyłem się przez kilka miesięcy języka szwedzkiego u naszego lektora uniwersyteckiego. Gdy jednak w Szwecji próbowałem mówić moją szwedzczyzną, np. w pociągu, na poczcie, natychmiast odpowiadano mi po niemiecku. W tym okresie język niemiecki był drugim językiem w Szwecji, którego uczono już w szkole podstawowej. Dopiero po II wojnie światowej język angielski wyparł język niemiecki. Nie miałem więc żadnych trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem.

Prof. Patrik Haglund należał do czołowych ortopedów w Europie. Znałem go z jego książki *Prinzipien der Orthopädie*. Jego klinika mieściła się w starym budynku fundacyjnej Szkoły dla Kalek (Vanförestalten) na Grave Turegatan. Nie istniały jeszcze w owym czasie nowe gmachy Karolinska Institutet, później wybudowane. Zwiedziłem je po wojnie.

W 1904 r. panowała w Szwecji ciężka epidemia choroby Heine-Medina. Nie było w tym kraju prawie rodziny, którą ominęła ta epidemia. Wstrząśnięte społeczeństwo zespoliło się w wysiłkach, by zabezpieczyć



ofiarom epidemii należytą opiekę. Stąd powstała w Szwecji wzorowa organizacja opieki nad kalekami. Ośrodkiem tej organizacji był Sztokholm. Poznanie jej przeze mnie było bezcenne.

Prof. Haglund przychodził do Zakładu codziennie około dziesiątej i spotykał się w altanie — w ogródku ośrodka przyzakładowego — ze swoimi lekarzami i siostrą przełożoną. Dr H. Nilsonne, który był jego zastępcą, przedstawiał sytuację chorych oraz bieżące sprawy codzienne. Podczas dyskusji podawno kawę i pieczywo. Spotkania te miały charakter niemal familijny. Wolno było mi brać w nich udział, co czyniłem chętnie. Dały mi wgląd w załatwianie codziennych spraw.

W klinice, która liczyła około 200 łóżek, pracowało 6 asystentów, którzy operowali, opiekowali się chorymi i obsługiwali kolejno na zmianę ambulatorium. Każdy z nich miał w tygodniu swój określony dzień ambulatoryjny. Na dzień ten stawali do kontroli ci chorzy, których dany lekarz operował względnie leczył. Było to znakomite rozwiązanie. Każdy chory, który leczył się w klinice, miał po jej opuszczeniu zapewnioną kontynuację leczenia przez swego lekarza. Lekarz zaś miał możliwość osobiście kontrolować wyniki swych operacji względnie leczenia.

W ambulatorium pracowała tylko jedna siostra, bardzo doświadczona i biegła. Ona wypełniała wydrukowany kwestionariusz, dotyczący historii choroby i fotografowała obowiązkowo każdego chorego. W tym celu stał w jednym kącie pokoju aparat fotograficzny na sztalugach — gotowy do zdjęć. Przed nim stawał chory. Każdy chory otrzymywał swój numer. Numerem tym była oznaczona historia choroby oraz duża koperta, w którą umieszczano się historię choroby z naklejoną fotografią chorego. W tę kopertę wkładano klisze rentgenowskie chorego oraz wszelkie wyniki innych badań danego chorego.

Był to praktyczny system. Gdy chory wracał do badania kontrolnego lub do kliniki, odszukano kopertę z jego numerem, a w kopercie lekarz znajdował wszystkie dane chorego łącznie ze zdjęciami rentgenowskimi.

System ten tak mi się spodobał, że wprowadziłem go w użycie we wszystkich jednostkach szpitalnych, które później sam prowadziłem. Okazał się do dziś wysoce ekonomiczny i przydatny, sprzyjając utrzymaniu ciągłości kontroli leczenia.

Przy klinice działała szkoła dla kalek. Założeniem szkoły było, żeby inwalida nauczył się nie tylko jakiegoś zawodu, ale by nabył takich kwalifikacji, które przewyższały przeciętne wymagania w danym zawodzie. Jeśli nauczył się introligatorstwa, to możliwie artystycznego. Materiał do oprawy dostarczała Królewska Biblioteka Uniwersytecka. Jeśli nauczył się krawiectwa, to musiał opanować krój wyższej kategorii. Wychodzono z założenia, że pracujący inwalida wytrzyma łatwiej konkurencję ze zdrowymi fachowcami, jeśli będzie miał wyższe od nich kwalifikacje zawodowe. Dziewczęta, które uczyły się krawiectwa, otrzy-

mywały opuszczając szkołę w darze maszynę do szycia, co im ułatwiało start życiowy.

W owym okresie odbywał się ciekawy proces sądowy między Szwedzką Izbą Lekarską a Zrzeszeniem Kinezyterapeutów. W Szwecji działały szkoły gimnastyki leczniczej. Absolwent takiej szkoły miał prawo otwierać prywatną praktykę i leczyć chorych. Zdarzało się czasami, że leczenie takie przyniosło szkodę chorym, którzy później szukali pomocy lekarskiej, np. zaostrzenie się procesu gruźliczego kręgosłupa po ćwiczeniach ruchowych. Proces wygrała Izba Lekarska. Sąd orzekł, że kinezyterapeuci mogą leczyć tylko takich chorych, których badał lekarz, ustalił rozpoznanie i polecił kinezyterapię.

Orzeczenie to ma znaczenie jeszcze dziś, nawet u nas, gdzie leczenie jest bezpłatne, lecz gdzie mgr wychowania fizycznego leczy chorych w oderwaniu od lekarza dlatego, że tenże nie jest obeznany z kinezyterapią.

W czasie pobytu w Sztokholmie nauczyłem się masażu szwedzkiego i sposobu stosowania gimnastyki szwedzkiej. Było to podstawą, że Uniwersytet Poznański powierzył mi lektorat z tych dziedzin w Studium Wychowania Fizycznego.

W drodze powrotnej zwiedziliśmy Instytut Gimnastyki Leczniczej w Lund. Dyrektorem jego był major J. J. Thulin, u którego praktykował swego czasu wizytator Walerian Sikorski. Wracaliśmy przez Danię, gdzie w Kopenhadze wizytowałem Uniwersytecką Klinikę Ortopedyczną i poznałem jej kierownika prof. Paula Guildała, czołowego duńskiego ortopędy. Skorzystałem, by zwiedzić Dom dla Kalek, jeden z najstarszych w Europie. Głównym zadaniem tego zakładu było przystosowanie młodzieży kalekiej do życia i nauczania dobranego zawodu. Tu też poznałem wybitnego ortopędy i działacza społecznego dra Kund Jansena, z którym przez długie lata utrzymywałem kontakt poprzez współpracę w Międzynarodowym Towarzystwie dla Kalek (późniejszym Międzynarodowym Towarzystwie Rehabilitacji), w którym dr Jansen rozwijał swą żywą działalność organizacyjną.

Podróż ta miała dla mnie zasadnicze znaczenie w ukształtowaniu moich poglądów na rolę ortopedii i kinezyterapii w rozwiązywaniu zagadnień opieki nad kalekami. Nie żałowałem też nigdy kosztów tej podróży, które pokrywałem z własnych oszczędności.

#### 17. ĆWICZENIA FUNKCJONALNE STOSOWANE W ZAKŁADZIE

Po powrocie do naszego zakładu im. Gąsiorowskich namówiłem dyr. dra M. Grobelskiego do wybudowania pomieszczeń dla sali gimnastycznej w podwórzu zakładowym. Przeszkoliłem w gimnastyce leczniczej i w masażu szwedzkim 3 nasze pielęgniarki z Wyższej Szkoły Pielę-

gniarskiej w Poznaniu. Z wielką ochotą przyjmowały moje stałe pouczenia i wywiązywały się świetnie z powierzonych zadań.

W tym okresie wiedeński traumatolog prof. L. Böhler opublikował swą metodę funkcjonalnego leczenia złamań kości i stawów. Metoda ta polegała na możliwie anatomicznym zestawieniu złamanych kości czy stawów i unieruchomieniu w tak założonym opatrunku gipsowym, że pozwalał na wczesne uruchomienie chorego. Metodę Böhlera przejęliśmy natychmiast w zakładzie. Otworzyła ona szeroko drzwi na stosowanie zasady funkcjonalnego leczenia nie tylko w przypadkach złamań, ale także chorych po operacjach kostno-stawowych, w przewlekłych schorzeniach stawów, w przypadkach porażen różnej etiologii. Było to postępowanie, które dziś zwiemy rehabilitacją funkcjonalną.

#### 17. ZJAZD W BOLONII

Korzystając z zaproszenia Włoskiego Towarzystwa Ortopedycznego wziąłem udział w zjeździe naukowym, który odbył się w Bolonii w 1932 r. Był to narodowy zjazd z udziałem gości zagranicznych, podczas którego przedstawiłem dotychczasowe swe doświadczenia z plastyką daszka dysplastycznego stawu biodrowego. Podkreśliłem, że istotą korekcji defektu stropu panewki winno być obniżenie całego stropu tak, aby pokrywał on całą górną powierzchnię głowy kości udowej. W tym celu należy naddłutować kość biodrową półokrężnie ponad górnym brzegiem całej górnej połowy panewki, tak aby można ją było w całości obniżyć i domodelować do powierzchni całej głowy kości udowej. Stwierdzenie to nabrało szczególnego znaczenia w okresie, gdy około 20 lat później zaczęto publikować różne nowe metody rekonstrukcji dysplastycznego stropu panewki (Salter, Penberton, Dega, Chiari).

Zjazd w Bolonii miał dla mnie duże znaczenie.

Otóż podczas zjazdu odwiedził mnie w hotelu prof. Marino Ortolani. Wizyta bardzo mnie zaskoczyła, bo nazwisko Ortolanigo zna każdy ortopeda w świecie, który zajmuje się dysplazją biodra. Ortolani należy do najgorętszych propagatorów wczesnego leczenia wrodzonej dysplazji biodra, a objaw Ortolanigo, opisany przez niego, ułatwia wykrywać tę wadę wcześniej. Czuję się bardzo zaszczycony tą wizytą, a jeszcze bardziej zaproszeniem do odwiedzenia go w mej drodze powrotnej do kraju w Ferrarze, gdzie znajdował się Instytut dla Dzieci, którego był dyrektorem. Obiecał mi pokazać swe zbiory muzealne preparatów wczesnych stadiów dysplazji u dzieci, które miały dysplazję bioder i zmarły z powodu przypłatanej choroby. Było tych preparatów ponad 200. Zbiór Ortolanigo należy chyba do największych w świecie. Przez kilka godzin oglądaliśmy preparaty i porównywaliśmy je z dokumentacją kliniczną

i rentgenologiczną. Była to dla mnie lekcja pokazowa o najwyższym znaczeniu.

Na pytanie, jak doszedł do takiego olbrzymiego zbioru, gdy mnie udało się znaleźć 4 preparaty preluksacji na 100 płodów badanych, Ortolani wyjaśnił, iż jest on pediatrą i jako taki zainteresował się koncepcją Puttiego wczesnego leczenia dysplazji bioder; aby leczyć, trzeba ją wpięrować. Badał więc każde niemowlę, które przyszło do poradni instytutu lub było przyjęte do niego. Nabrał dużego doświadczenia, które pozwoliło mu opracować i opublikować swą znaną w świecie metodę badania.

Ale skąd tyle preparatów? W miesiącach letnich dużo dzieci w Ferrarze i w okolicy choruje na czerwonkę. Śmiertelność dzieci leczonych w Instytucie jest wtedy duża, a wśród zmarłych znajdują się dzieci mające dysplazję bioder. Nie było jeszcze wtedy antybiotyków.

Aby lepiej opanować sytuację pielęgnacji i leczenia dzieci w instytucie, Ortolani przyjmował chore dzieci wraz z matkami, które pod kontrolą pielęgniarek pielęgnowały swe dzieci. Śmiertelność spadła przez to wybitnie, a matki uczyły się zasad pielęgnowania. Ten sposób leczenia i pielęgnowania stał się czynnikiem szerzenia oświaty sanitarnej wśród miejscowej ludności.

Między Ortolanim a mną powstała więź przyjazna. Spotykaliśmy się jeszcze kilka razy z okazji różnych zjazdów i wymienialiśmy swe publikacje. Z Ferrary pojechałem do Mediolanu, skąd samolotem wróciłem do kraju.

#### 19. MIĘDZYNARODOWY ZJAZD W LONDYNIE

Rok następny 1933 dał mi nową okazję do wyjazdu za granicę. Jako członek Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego pojechałem z żoną do Paryża, aby wziąć udział w tzw. Dniach Ortopedycznych, a stamtąd do Londynu, gdzie odbywał się zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów Ortopedycznych (SICOT).

Dla ortopedów zjazdy te mają największe znaczenie. Odbywają się co 3 lata. Spotykają się na nich ortopedzi z całego świata. Było to moje pierwsze wejście w ten świat. Spotkałem tu osoby, których nazwiska znałem z podręczników i publikacji naukowych. Znalazłem wśród nich prof. Nové-Josseranda i prof. Puttiego. W delegacji czeskiej byli prof. J. Zahradnicek, prof. B. Frejka, prof. M. Jaroš, prof. O. Hnevčkovský i inni. W delegacji węgierskiej — prof. A. Gläuber. Delegacja polska była dość duża, między innymi prof. Adam Gruca, dr Leon Kalina, dr Witold Reklewski.

Prof. Putti nakłaniał mnie jeszcze przed rokiem, podczas mego pobytu w Bolonii, abym właśnie na tym zjeździe przedstawił swe badania

nad stanami przedzwichnięć wrodzonych bioder, co też uczyniłem. Był to mój pierwszy występ przed tym międzynarodowym gremium. Wykład miał tytuł: *A propos de l'état de preluzation de la hanche chez les nouveaux-nés* i ukazał się w *Pamiętniku Zjazdowym* (Londyn 1933).

Podczas zjazdu prof. Putti i prof. Nové-Jossérand zgłosili moją kandydaturę na członka SICOT. Kandydatura została przyjęta.

Organizatorzy zjazdu urządzali różne wycieczki. Zwiedziliśmy m. in. Szpital w Alton.

Wśród zwiedzających poznałem prof. H. A. T. Fairbanksa, który jeszcze przed M. Lancem opublikował swą metodę plastyki daszka stawu biodrowego

Zwiedziliśmy też Oxford z jego College i wszelkimi osobliwościami. Podczas zwiedzania poznaliśmy prof. Bastos y Ansart z żoną. Opowiadał nam o wstrząsających wydarzeniach w Madrycie, które skłoniły go, że stanął po stronie rewolucji. Ta przyjazna więź znalazła wyraz w kontakcie korespondencyjnym i wymianach publikacji. Po raz wtóry i ostatni spotkałem prof. Bastos y Ansart w Madrycie w roku 1957 podczas zjazdu SICOT, o czym będzie mowa później. Z okazji jego śmierci wydano książkę pamiątkową, do której napisałem artykuł.

## 20. MIĘDZYNARODOWY ZJAZD W BOLONII I RZYMIE

W roku 1936 wykorzystałem swój urlop, aby z żoną wziąć udział w zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (SICOT), który w części odbył się w Bolonii, a w drugiej części w Rzymie. Na zjazd ten wyjechała cała grupa ortopedów polskich, m. in. prof. Adam Gruca, prof. Juliusz Zaremba, dr Leon Kalina, dr Kazimierz Kessler.

Pierwsza część zjazdu odbyła się w Instytucie im. Rizzoliego w Bolonii. Gospodarzem był prof. Vittorio Putti. Spotkałem tu prof. Nové-Josséranda i dawnych znajomych z Francji, Włoch i Szwecji.

Gwoździem zjazdu była telekinematografia jako najświeższa nowość kinematografii włoskiej. Na ekranie można było obserwować wprowadzanie główki kości udowej w dysplastycznym stawie biodrowym.

Po zakończeniu części zjazdowej w Bolonii specjalny pociąg przewiózł uczestników zjazdu z Bolonii do Rzymu. W czasie jazdy dr O. Scaglietti, jeden z asystentów Puttiego, a nasz dobry znajomy, odszukał nas, tj. prof. Grucę i mnie w pociągu i prosił, abyśmy byli w pogotowiu podczas przyjęcia towarzyskiego, które odbędzie się w muzeum na Kapitolu tegoż wieczoru na cześć uczestników zjazdu. Czeka nas tam niespodzianka.

Grupa polska sądziła z odcieniem zazdrości, że dostaniemy jakieś ordery. Tymczasem prof. Putti, który leczył dziecko Mussoliniego, uzyskał

u niego zgodę, że Duce przyjmie grupę około 30 przedstawicieli różnych krajów biorących udział w zjeździe. Odbyło się to w nieco osobliwy sposób. Scaglietti wyprowadził prof. Gruceę, żonę moją i mnie z przyjęcia do autobusu, który stał przed Kapitołem. Starannie identyfikowano przed wejściem do autobusu każdego z osobna według listy. Po krótkiej jeździe wjechaliśmy w szeroką bramę dużego budynku. Bramę zaraz zamknięto. Okazało się, że byliśmy w Palazzo Veneto. W hali na piętrze przeglądano paniom torebki, panom obmacywano kieszenie. Wszelkie przedmioty trzymane w ręku, np. aparaty fotograficzne, musieliśmy odłożyć na stole. Po tej ceremonii wpuszczono całą grupę do wielkiej sali. W głębi stało podium. Prof. Putti ustawił nas w jednym szeregu. Po chwili czekania otworzyły się w głębi sali drzwi i ukazał się Mussolini — ubrany w biały mundur. Był on średniego wzrostu, silnej budowy. Wszedł sprężystym krokiem na podium. Uniesieniem ręki wyciągniętej prosto w górę il Duce powitał swych gości.

Moje ortopedyczne oko zanotowało natychmiast dużą lordozę lędźwiową, która ujawniła się, gdy Duce wznosił rękę do góry.

Całość rozczarowała mnie swą rażącą teatralnością. Po krótkim przemówieniu Mussolini podszedł do nas i podał każdemu rękę, podczas gdy Putti przedstawiał nas kolejno. Po tej ceremonii autobus zawiózł nas z powrotem na przyjęcie do Kapitolu ku zadowoleniu naszej grupy polskich kolegów, że nie było żadnych orderów.

Zjazd pozwolił nam poznać nieco Włochy. W Rzymie organizatorzy pokazali większe osiągnięcia z ostatnich lat. Byli z nich bardzo dumni. Zwrócili uwagę na elektryfikację kolei, na wielki nowo wybudowany stadion sportowy. Forum Mussolini, imponujące domy opiekuńcze dla osób starych. Zwiedziliśmy nowo powstałe miasto uniwersyteckie, Città Universitaria, z licznymi klinikami specjalistycznymi, m.in. Kliniką Ortopedyczną kierowaną przez prof. Marino Zucco, antagonistę prof. Puttiego. Najwięcej mnie jednak interesowało poznanie wielkiego Instytutu Carlo Forlanini. Instytut ten zajmował się badaniem i leczeniem gruźlicy. Był to wielki kompleks budynków. Znałem instytut z opowiadań Janusza Zeylanda, który specjalizował się w zagadnieniach gruźlicy. Jako klinicysta podziwiałem rozwiązanie stosowania helioterapii w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Jeden blok był na ten cel tak zbudowany, że pokoju chorych miały swoje werandy, będące niejako przedłużeniem pokoju. Każde łóżko chorego miało kółka, co pozwalało z łatwością je wysuwać na nasłonecznioną werandę. Oczywiście naświetlania były ściśle dawkowane.

Podczas tych zwiedzeń poznałem młodego ortopeda niemieckiego (dr Eckhardt), który — jak dowiedziałem się później — odgrywał dużą rolę w organizacji opieki społecznej w hitlerowskim urzędzie. Zachwycał się tymi osiągnięciami i tłumaczył mi, że to jest tylko możliwe, jeśli przy-

mie się zasadę, że praca jest ważniejsza niż złoto. Zasada ta jest piękna, ale złoto trzeba wypracować własną pracą, a nie sięgać po cudzą siłę roboczą, jak to czynili Mussolini i Hitler.

Po zjeździe przedłużyliśmy z żoną nasz pobyt, by obejrzeć choć najważniejsze zabytki Rzymu. Zwiedziliśmy również Neapol, Pompeje, Capri, Florencję. Trudno dziś uwierzyć, że mogliśmy sobie na to pozwolić z naszych wypracowanych pensji asystenckich. Ułatwiła nam to wymiana złotych polskich na tzw. liry turystyczne po niższym kursie, co Włosi wprowadzili dla poparcia turystyki.

Po powrocie do kraju praca w zakładzie toczyła się normalnie. Zastępował mnie dr Józef Wolszczan. Przybyli nowi asystenci: dr Witold Piotr i dr Witold Jeske.

## 21. PRZENIESIENIE SIĘ DO BYDGOSZCZY

W 1937 r. otrzymałem równocześnie dwie propozycje — na objęcie ordynatury oddziału ortopedycznego w Gdyni i w Bydgoszczy. W Gdyni istniał szpital sióstr zakonnych. Siostry te postanowiły utworzyć w szpitalu Oddział Ortopedyczny z szeroką możliwością uprawiania praktyki prywatnej. Druga propozycja przyszła z Zarządu Miejskiego m. Bydgoszczy. Właśnie uruchamiano tam nowy wielospecjalistyczny szpital miejski na 600 łóżek przy ul. Curie-Skłodowskiej. Szukano ordynatorów dla poszczególnych oddziałów. Miasto miało ambicje zahamować dążenie ludności do leczenia się w szpitalach niemieckich w Gdańsku, gdzie leczenie było wysoko postawione, a ludności polskiej czyniono różne udogodnienia ze względów politycznych. Miasto chciało więc odpowiednio wyposażyć piękny budynek szpitalny i nadać mu reprezentatywną rangę. Z taką argumentacją przedstawił mi dyrektor nowego szpitala, dr Stefan Soboczyński, propozycję zorganizowania oddziału ortopedycznego w tej nowej placówce. Przyrzekł przy tym, że uwzględni wszystkie dezyderaty odnośnie wyposażenia oddziału i że będę mógł sam decydować o urządzeniu oddziału, z tym że oddział ortopedyczny miałby być nieduży, około 20 łóżek.

Chociaż Gdynia, jako okno na świat, warunkami materialnymi bardzo kusila, wybrałem Bydgoszcz. Gdy w początkach 1937 r. otrzymałem tę propozycję, szpital był w stadium wykańczania wnętrza. Mogłem więc pokierować rozplanowaniem oddziału ortopedycznego i zadecydować o jego urządzeniu. Dyrektor dr Soboczyński dotrzymał swego przyrzeczenia. Miałem więc wolną rękę w dokonaniu potrzebnych adaptacji pomieszczeń, które po przedyskutowaniu dyr. Soboczyński zaakceptował. Mogłem nawet sam wybrać i zamówić narzędzia chirurgiczne w firmach poznańskich i warszawskich. Firma mebli szpitalnych Grzybowskiego w

Warszawie wykonała ortopedyczno-chirurgiczny stół operacyjny według moich wskazówek, opierając się na zaletach modelu stołu Puttiego i polskiego modelu stołu Opackiego. Otrzymałem zgodę na urządzenie sali gimnastycznej w obrębie oddziału ortopedycznego i dopilnowałem, by stolarz wykonał odpowiednio wszystkie drabinki i cały drewniany sprzęt potrzebny do ćwiczeń gimnastycznych. Miałem już pewne doświadczenie, gdyż swego czasu urządziłem salę gimnastyczną w naszym zakładzie w Poznaniu. Szpital przewidywał centralny oddział fizjoterapii obsługujący wszystkie oddziały, podobnie jak oddział rentgenowski.

Oddział ortopedyczny mieścił się na III najwyższym piętrze. W pobliżu oddziału znajdowała się oszklona kopuła nad dość dużym pomieszczeniem, które wolno mi było wyposażyć w lampy kwarcowe i przeznaczyć na solarium dla pacjentów. W pobliżu był duży taras, który służył tym samym celom na otwartym powietrzu. Dyr. Soboczyński zgodził się, że w II etapie uzupełni się taras pomieszczeniami z jedną ścianą otwartą zwróconą na taras, co umożliwi łatwe przesuwanie chorych w łóżkach na kółkach z pokoju na taras i odwrotnie. Przyświecał mi wzór, który widziałem w Instytucie Gruźlicy Carlo Forlaniego w Rzymie.

Dyr. Soboczyński obiecał, że otrzymam etat na zatrudnienie nauczycielki, która będzie prowadziła zajęcia szkolne dla dzieci podczas ich pobytu w szpitalu. Zgodził się on także na utworzenie przyszpitalnych warsztatów ortopedycznych, które będą zaopatrywały pacjentów w protezy i aparaty ortopedyczne i przeznaczył na ten cel pomieszczenia suterrenowe.

Miałem więc miraż królestwa, w którym będę mógł prowadzić swą pracę według koncepcji, jaka przyświecała ortopedii powiązanej z rehabilitacją.

Warunki pracy, jakie mi Zarząd Miejski Bydgoszczy zapewnił, uważałem za idealne. Oprócz określonej pensji miesięcznej przyznano mi prawo do leczenia prywatnego pacjentów „na I klasie”. Szpital, jak wszystkie inne w tym czasie, posiadał pomieszczenia jedno-, dwu- i wielołożkowe. Leczenie było dla wszystkich klas jednakowe. Różnica w klasach polegała tylko na opłacie za komfort pobytu w szpitalu. Rozliczanie się z chorymi za leczenie i zabiegi operacyjne było dokonywane ściśle według przyjętych taryf. Tak więc prywatny chory, korzystający z I klasy, płacił za zabiegi operacyjne według tabeli (małe, średnie i duże zabiegi) i należność tę, jak i należność za całość leczenia szpitalnego, wpłacał do kasy miejskiej. Kasa ta wypłacała należność za zabiegi operacyjne miesięcznie razem z pensją, przy czym dochód z zabiegów operacyjnych był procentowo rozliczany automatycznie: na szpital, na operatora, na asystę i na personel pomocniczy sali operacyjnej, gipsowni i sal zabiegowych.



Ordynator nie miał więc żadnych rozliczeń finansowych z pacjentem. Asystenci i personel pomocniczy byli zadowoleni z dodatkowego wynagrodzenia, chętni do pracy i zainteresowani nią.

Podobną umowę miał kierownik warsztatów ortopedycznych. Otrzymywał on oprócz stałej pensji miesięcznej pewien procent od obrotu, co miało wybitny wpływ na wydajność pracy i jakość produkowanego zaopatrzenia ortopedycznego.

Umowy te wpłynęły na to, że miałem chętny i życzliwy zespół ludzi do pracy. Chorymi opiekowały się siostry zakonne, które, nie będąc właścicielkami szpitali, odpowiadały tylko za stronę pielęgnowania chorych.

Wynająłem mieszkanie pięciopokojowe na narożniku ul. Słowackiego i ul. Gdańskiej i przenieśliśmy się w listopadzie 1937 r. wraz z żoną i dwiema córeczkami oraz z całym dobytkiem do Bydgoszczy. Dla żony była to uciążliwa decyzja, bo musiała porzucić swą pracę jako asystentka Studium Wychowania Fizycznego UP i jako lekarka zatrudniono w różnych placówkach pediatrycznych. Weszła w zupełnie obce nam środowisko — początkowo niezupełnie przychylnie.

Ze mną przenieśli się do Bydgoszczy również dr Witold Piotr, który zamieszkał jako asystent i permanentny lekarz dyżurny w szpitalu oraz technik ortopedyczny, który pracował w Warsztatach Ortopedycznych w Zakładzie im. Gąsiorowskich w Poznaniu i chciał się usamodzielnic.

Gdy przeprowadziłem się do Bydgoszczy, szpital był w trakcie przyjmowania chorych. Nasz oddział ortopedyczny wypełnił się szybko. Na całym Pomorzu nie było żadnej placówki ortopedycznej. Postanowiliśmy z drem Piotrem, że będziemy przyjmować każdego chorego skierowanego do nas bez względu na ciężkość jego schorzenia. Skorzystały z tego szpitale okoliczne, przysyłając nam chorych, z którymi nie mogli się uporać i których chcieli się pozbyć. Mieliśmy więc od początku pełne ręce roboty i codziennie odbywały się operacje. Posiadaliśmy własną salę operacyjną aseptyczną, septyczną, gipsownię i salę opatrunkową. Kilka spektakularnych przypadków, które przytrafiły się zaraz na początku, przyczyniły się do wyrobienia nam pewnej opinii.

Przypominam sobie młodą niewiastę, która leżała kilka miesięcy w Zakładzie w Kocborowie z powodu porażenia obu kończyn dolnych. Objawy wskazywały, że przyczyną porażenia był ucisk na rdzeń. Nie było wtedy neurochirurgów i przypadki takie operował ortopeda. Złożyło się szczęśliwie, że podczas operacji znalazłem mały twardy guzek pozardzeniowy, który usunąłem. Po zastosowaniu fizjoterapii i ćwiczeń cofnęły się porażenia i chora zaczęła chodzić. Zrobiło to na wszystkich duże wrażenie.

Innym przypadkiem spektakularnym był mężczyzna, który przyszedł z krwawiącą raną po zgięciowej stronie nadgarstka i nie mógł zginać

palców. Skaleczył się szkłem pękniętej butelki do fermentacji wina. Po podwiązaniu krwawiących naczyń i po zeszcyciu przeciętych ścięgien rana wygoiła się szczęśliwie bez powikłań. Po ćwiczeniach i fizjoterapii palce odzyskały swe ruchy. Pacjent był szczęśliwy i rozgłaszał ten fakt.

Nasza normalna praca chirurgiczno-ortopedyczna okazała się bardzo potrzebna. Wynikało to ze wzrastającego napływu chorych.

Gdy zgłosił się chory w godzinach popołudniowych lub wieczornych, załatwiał go dr Witold Piotr. Ponieważ nie miał on jeszcze potrzebnego doświadczenia, miał polecenie przywołania mnie telefonem, jeśli sprawa wymagała natychmiastowej decyzji. Pod oknem mego mieszkania, na przeciwległej stronie ulicy, znajdował się postój taksówek. Wystarczyło przez okno skinąć, a taksówkarz podjeżdżał natychmiast i w ciągu kilku minut po telefonie byłem w szpitalu.

Dyrektor Soboczyński był zaskoczony tym zapotrzebowaniem łóżek i dodał do naszego oddziału 10 łóżek z sąsiedniego oddziału, a gdy i to nie starczyło, otrzymaliśmy prawo kłaść naszych przyjętych chorych na wolne miejsca w innych oddziałach. Były okresy, że liczba chorych ortopedycznych wzrastała do 90 łóżek. Było to ciężkie dla nas obydwu, ale świadomość, że jesteśmy coraz bardziej potrzebni, radowała nas oraz cały personel pielęgniarstwa i pomocniczy. Nikt nie utyskiwał. Wytworzyła się pewna harmonijna więź pracy.

Dyrektor szpitala w uznaniu tego podwyższył nam pensje i dodał etat dla drugiego asystenta. Był nim dr Leon Flisikowski. Później dodał jeszcze etat dla trzeciego asystenta, którym został dr Rauch. Wszyscy asystenci mieszkali w szpitalu, co ich bardzo związało z pracą szpitalną.

W podobny sposób rozwijały się przyszpitalne warsztaty ortopedyczne. Pan T. Nowacki był kierownikiem, zaopatrzeniowcem, księgowym i wykonawcą sprzętu ortopedycznego. Dyrekcja szpitala darzyła go zaufaniem i pozwoliła, że sam zaopatrywał warsztaty w potrzebne materiały, narzędzia itp., oczywiście za odpowiednim rozliczeniem się.

Pan Nowacki był pracowitym i zręcznym technikiem. Pracował szybko i akuratanie. Bez oporów przyjmował uwagi lekarskie. Zaopatrywał naszych chorych szpitalnych i ambulatoryjnych w potrzebne im aparaty ortopedyczne. Produkcja aparatów trwała zawsze bardzo krótko. Szczytem sprawnego działania było zaopatrzenie pacjenta w protezę kończyny dolnej w ciągu trzech dni. Była to norma, którą przestrzegaly Warsztaty Ortopedyczne Instytutu Rizzoliego w Bolonii. W Londynie firma Desutter produkowała protezy aluminiowe. Poszczególne części protezy były maszynowo tłoczone. Można było z nich złożyć całą protezę. Nawiązałem kontakt z tą firmą, przysyłającą formularze ze schematami, na które należało nanieść wymiary kilkuta i zdrowej nogi pacjenta. Według tych wymiarów firma dobierała części protezy i wysyłała je za opłatą, uiszczoną przez pacjenta w złotówkach. Pan Nowacki zestawiał

części protezowe w całość według przysłanej instrukcji i w ciągu trzech dni pacjent otrzymał protezę gotową do chodzenia.

Aluminiowe protezy były w swoim czasie bardzo modne z powodu ich lekkości. Nie wytrzymały jednak próby życiowej — jak się okazało później — z powodu dużej wrażliwości na temperatury zewnętrzne. Zwłaszcza zimą ziębiły kikut.

Do Bydgoszczy przeniósłem się jako docent, chyba jedyny w owym czasie w kraju, który przeniósł swą działalność z placówki uniwersyteckiej w teren. Nie zwalniało to mnie z obowiązku wygłoszenia raz w miesiącu dwugodzinnego wykładu dla studentów. Tytuł, godzinę i miejsce wykładu należało wywiesić na czarnej tablicy przed Dziekanatem Lekarskim. Z tego obowiązku wywiązywałem się skrupulatnie i raz w miesiącu wyjeżdżałem do Poznania. Wykłady były fakultatywne i odbywały się w godzinach popołudniowych. Ponieważ nie miałem do dyspozycji chorych, których mógłbym demonstrować podczas wykładu, a nie chciałem, by wykład był werbalny, obrałem jako temat wykładów: *Błędy w rentgenodiagnostyce narządu ruchu*. Jako materiał demonstracyjny służyły mi przeźrocza, które sam sobie robiłem ze szpitalnych rentgenogramów.

Nadmienić tu muszę, że za pieniądze otrzymane z przyznanej mi nagrody im. Feliksa Sommera zakupiłem małoobrazkowy aparat fotograficzny „Leica” wraz z kompletem soczewek i przyborów do fotografowania z bliska oraz z rzutnikiem dla projekcji przeźroczy.

Aparatura „Leica” była wielką nowością fotograficzną, która akurat ukazała się. Prócz aparatu fotograficznego nabyłem przybory do wywoływania taśmy filmowej oraz przyrząd do powiększania zdjęć i urządziłem w łazience ciemnię. Fotografowałem namiennie. Zachowała mi się dokumentacja fotograficzna ze zjazdów w Szwecji, Bolonii, Rzymie, Paryżu i Londynie. Na zjazdy te przygotowywałem sobie sam przeźrocza do moich wykładów. Zachowały mi się do dziś niektóre.

Zwyczaj własnego przygotowywania sobie przeźroczy do wykładów przydał mi się teraz dla moich wykładów docentowskich. Mając własny rzutnik byłem niezależny od wyposażenia sali wykładowej.

Prof. dr Leon Padlewski, dyrektor Zakładu Mikrobiologii UP udostępnił swoją salę wykładową dla moich wykładów. Tak więc zjawiałem się co miesiąc ze swoją skrzynką z projektorem i przeźroczeniami w określonym dniu i o oznaczonej godzinie, nie licząc na jakąś frekwencję studentów. Byłem nawet zdziwiony, gdy początkowo zastałem na sali kilku słuchaczy. Ku memu zadowoleniu liczba ta wzrastała z czasem, a dyskusje podczas wykładu były często żywe.

Wyjazdy co miesiąc dawały mi zawsze okazję do odwiedzenia rodziców, u których nocowałem oraz do spotkania z moimi bliskimi przyjaciółmi gdzieś na wspólnej kolacji, podczas której omawialiśmy aktualności minionego miesiąca.

## 22. ZJAZD W SZWAJCARII

W czerwcu 1938 r. otrzymałem jako członek Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego zaproszenie do udziału w „Dniach Ortopedycznych”, które wspólnie organizowało Francuskie i Szwajcarskie Towarzystwo ortopedyczne. To ostatnie było gospodarzem „Dni” i przewidywało poznanie placówek ortopedycznych kolejno w Zurychu, Lozannie i w Genewie. Nad Europą wisiała już w tym okresie groźba wojny. W kraju propaganda głosiła o głodzie w Niemczech, gdzie zamieniają masło i mięso na armaty. Moje pierwsze rozczarowanie nastąpiło w restauracji dworcowej w Berlinie. Przeglądając kartę dań, znalazłem tam obfity wybór potraw mięsnych, które można było dowolnie zamówić, a potwierdzał to rzut oka na talerze gości restauracyjnych.

Mając czas do wieczora, skorzystałem z okazji zwiedzenia Berlina autokarem Biura Turystycznego. Natrafiłem na wycieczkę, w której przeważali Niemcy. Gdy przejeżdżaliśmy ulicą, na której znajdował się sklep masarski z oknem wystawowym, w którym m. in. wisiały grube kiełbasy holsztyńskie, autor zatrzymał się i przewodnik wskazał je, mówiąc: „Gdy przyjeżdżam tu z grupą wycieczkową, w której są Polacy, zapytują mnie, czy te kiełbasy są prawdziwe, czy są tylko atrapami. Naiwni myślą, że u nas nie ma mięsa”.

Było to moje drugie rozczarowanie co do prawdziwości wielkiej propagandy.

Wieczorem wsiałem do pociągu, który mnie wiozł do Zurychu. W wagonie sypialnym miałem za współlokatora Szwajcara, bardzo rozmownego. Był on właścicielem wytwórni katgut, tj. nici wyrabianej z jelit zwierzęcych, a używanej przez chirurgów do zeszywania tkanek ludzkich. Chwalił się dobrą dla niego konstelacją kupiecką, bo wozi swój katgut do Hiszpanii. Zaopatrywał on zarówno wojska frankistowskie, jak i rewolucyjne. Opowiadał, jak straszną jest wojna i jak samoloty niemieckie, obniżając swój lot, ostrzeliwują z karabinów maszynowych pozycje wojsk czerwonych. Jest przy tym tak piekielny hałas, że trudno go wytrzymać.

Przypomniało mi się to opowiadanie we wrześniu 1939 r., gdy sam przeżyłem naloty „stukasów” niemieckich na nasze wojska i naszą ludność podczas ich ucieczek na szosach. Wojna w Hiszpanii była dla Niemców znakomitym poligonem ćwiczebnym.

Gdy pociąg nasz zajechał na dworzec w Zurychu, stał na sąsiednim peronie pociąg wypełniony młodzieżą niemiecką, śpiewającą pełnymi głosami „Horst Wessel-Lied”. Na ramionach nosili swastyki hitlerowskie, a wokół wagonu kręciło się kilku mężczyzn w brunatnych koszulach ze swastykami. Nikt się nimi nie interesował i nie zakazywał śpiewu.

W Zurychu odbywała się właśnie w tym czasie duża międzynarodowa wystawa. Na niej znalazłem wielką tablicę z rysunkami dróg międzynarodowych biegnących przez Szwajcarię i łączących północ z południem i wschód ze zachodem. „Carrefour des Nations”. Tablica głosiła z naciskiem, że Szwajcaria będzie bronić tego skrzyżowania i że każdy Szwajcar jest gotów stanąć w obronie. Istotnie, każdy dorosły zdrowy Szwajcar posiadał swój pełny ekwipunek w domu i odrabiał ćwiczenia wojskowe w dni wolne od pracy. Szwajcaria obawiała się, że Hitler zajmie ją, zablokuje to skrzyżowanie dróg i położy swe łapy na gromadzone tu banki światowe.

Mimo tych nastrojów zagrożenia wojną zjazd pozwolił zapomnieć o nich i odbył się normalnie. Zurych dał mi okazję poznania słynnego zakładu „Balgrist”. Był to stary szpital fundacyjny — subwencjonowany przez Kantony — na 140 łóżek dla dzieci głównie z porażeniami poliomyelitycznymi, z mózgowymi porażeniami i ze skoliozami. W projekcie była budowa nowego Balgristu z nowoczesnymi urządzeniami. Dyrektorem Balgristu był prof. dr Richard Scherb. Zasłynął on ze swych badań chodu człowieka za pomocą skonstruowanego przez siebie chodnika ruchomego. Konstrukcja polegała na tym, że badany stanął na szerokiej taśmie, która, napięta na wałkach, poruszała się ich obrotami, a stojący na niej człowiek był zmuszony wykonać nogami ruchy chodzenia. Szybkość chodu można było regulować aż do biegu włącznie. Chód na miejscu pozwolił przez dotyk palcami wyczuwać skurcz mięśni, gdy napinały się w poszczególnych fazach ruchu. Później Scherb uzupełnił badania palpacyjne zapisem myokinezygraficznym. Aby uzyskać myokinezygram, Scherb umieszczał pod główne punkty obciążenia stopy (pięta, główki I i V kości śródstopnej) czujniki elektryczne. Kolejność obciążania czujek rejestrowała aparatura podczas chodu i przenosiła sygnały na papier w formie krzywej zapisu.

Badania te ustaliły, które mięśnie działają synergistycznie w tej samej fazie chodu, jakie mięśnie i w jakich warunkach stają się antagonistami oraz jakie mięśnie nie podlegają woli działając automatycznie. Badania Schorba były w swym czasie bardzo aktualne i potrzebne dla podejmowania decyzji, które mięśnie należy przeszczepić w przypadkach porażen poliomyelitycznych.

Zaznajomiłem się z drem M. Francillonem, asystentem prof. Scherba i z jego badaniami mikroskopowymi w przypadku wrodzonego zwinięcia biodra. Prof. Scherb sprawił mi zaszczyt, prosząc o wspólne podpisanie karty wprowadzającej dra M. Francillona jako członka do Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego. Przyjęcie do towarzystwa wymagało podpisu dwu członków wprowadzających. Dr Francillon został później następcą prof. Scherba jako kierownik uniwersyteckiej kliniki ortopedycznej. Był moim rówieśnikiem. Zaprzyjaźniliśmy się bardzo

i spotykaliśmy się na różnych zjazdach zagranicznych. Prof. Francillon wspomniał mi żartobliwie, że jestem jego ortopedycznym ojcem chrzestnym.

Innym asystentem, którego poznałem u prof. S. Scherba, był dr L. Burckhard. To on zjawił się w 1948 r. w Poznaniu, gdy odbudowywałem własną Klinikę Ortopedyczną. Przyjechał jako przedstawiciel Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża i przywiózł nam dużą część naszego parku maszynowego dla Przyklinicznych Warsztatów Ortopedycznych. Były to cenne precyzyjne tokarki, wiertarki i podobne maszyny do budowy protez.

Francuskie „Dni Ortopedyczne” miały i mają do dziś swój odrębny charakter, różniący je od zjazdów towarzystw ortopedycznych. „Dni Ortopedyczne” są imprezą określonej placówki ortopedycznej, która organizuje spotkanie i przedstawia swoje sposoby pracy, swe metody operacyjne i lecznicze oraz demonstruje wyniki osiągnięte. „Dni” mają charakter raczej praktyczno-kliniczny.

Szwajcarzy zastosowali się do tego zwyczaju i dali nam pogląd na specyfikę działalności głównych klinik i szpitali w Zurychu, Lozannie i Genewie. Była to dla mnie niezwykła okazja poznania nie tylko licznych, nowych dla mnie metod leczenia, ale także poznania najwybitniejszych przedstawicieli ortopedii szwajcarskiej.

### 23. W PRZEDDZIEŃ WYBUCHU II WOJNY ŚWIATOWEJ

Po około 10-dniowym pobycie (oczywiście na własny koszt), wróciłem do kraju. Żona nie mogła mi tym razem towarzyszyć z braku pieniędzy, które wydaliśmy na przeprowadzkę i urządzenie mieszkania. W lipcu wyjechaliśmy na dwutygodniowy urlop do Wisły i tu spotkaliśmy się z naszymi przyjaciółmi poznańskimi. Panowało już ogólne przekonanie, że wybuch wojny zbliża się. Toczyły się dyskusje, dokąd najlepiej udać się w razie jej wybuchu. W Bydgoszczy panowało wyraźne podniecenie.

Wśród moich pacjentów miałem również oficerów Wojska Polskiego. Mówili oni, że plany wojenne przewidują przechodzenie Bydgoszczy z rąk do rąk w toczących się walkach. Jednym z moich pacjentów był kupiec dużego sklepu, tzw. kolonialnego. Był on Niemcem. Nim go poznałem, leczył się bezskutecznie wkładkami z powodu dokuczliwych bólów stóp. Ponieważ stwierdziłem u niego chorobę Bürgerera, skierowałem go do Berlina do profesora, o którym wiedziałem, że wykonuje w tych przypadkach sympatektomię, która była wówczas najnowocześniejszym leczeniem w tej chorobie powodowanej zarastaniem się tętnic kończyn dolnych. Pacjent wrócił szczęśliwy z Berlina, bo bóle, stóp ustąpiły, i był mi bardzo wdzięczny. Zaraz po moim powrocie z urlopu

przyszedł i radził mi gorąco, by jak najrychlej opuścić z rodziną Bydgoszcz. Okazało się, że Niemcy mieszkający w Bydgoszczy mieli już przed wybuchem wojny porozdzielane funkcje administracyjne i inne, jakie mieli podjąć zaraz po rozpoczęciu działań wojennych; mój pacjent miał również przewidzianą funkcję wysokiej rangi, jak się później okazało.

Skracając nasz urlop z powodu grożącego wybuchu wojny, wróciliśmy 22 sierpnia 1939 r. do domu. Tu znalazłem już pozew do odbycia ćwiczeń wojskowych z równoczesnym powiadomieniem o nominacji na kapitana rezerwy.

Kierownictwo oddziału szpitalnego przekazałem drowi Witoldowi Piotrowi.

Dnia 25 sierpnia stawilem się do Szpitala Okręgowego w Toruniu, zgodnie z rozkazem.

W Wiśle uradziliśmy, że najbezpieczniejszym miejscem pobytu dla żony i córeczek (5 i 7 lat) jest Nałęczów, leżący w samym środku Polski, gdyż będzie chyba najpóźniej objęty zawieruchą wojenną. Tam też zamówiliśmy pokój dla żony i dzieci i przesłaliśmy zadatek pieniężny. W dniu 25 sierpnia żona z dziećmi opuściła Bydgoszcz, zabierając rzeczy osobiste dla siebie i dzieci. Cudem dostała się do przepełnionego pociągu jadącego do Warszawy, a stamtąd dalej do Nałęczowa. W mieszkaniu pozostała nasza gosposia, która przeniosła się z nami z Poznania do Bydgoszczy

Dla mnie wyjazd żony i dzieci z Bydgoszczy był wielkim uspokojeniem, miałem bowiem w wyobraźni perspektywę walk o Bydgoszcz ze zmiennym losem.

Rzeczywistość była prostsza i okrutniejsza. Niemcy zajęli miasto zdecydowanie, a znana „rzeź bydgoska” przekroczyła wszelką wyobraźnię. Zginęli wtedy przez rozstrzelanie m. in. wszyscy lekarze, którzy zostali w mieście. Dr Piotr zdołał uciec zawczasu. Oddział przejął dr Rauch, tj. ten asystent, który przyłączył się do nas jako ostatni. Był on Niemcem, a przybył jako wtyczka hitlerowska, o czym dowiedzieliśmy się później.

Okazało się, że powołanie mnie do wojska, jak również przeniesienie się z Poznania do Bydgoszczy było opatrnościowe. Okolicznościom tym zawdzięczam życie. Gdybym należał do DOK Poznań, otrzymałbym przydział mobilizacyjny — jak inni docenci i lekarze do formacji wojskowych, które szybko dezorganizowały się, a lekarze dostali się do obozu w Białobielisku i żaden z nich nie wrócił.

Otrzymawszy przydział mobilizacyjny do DOK Toruń musiałem opuścić Bydgoszcz, co mnie uratowało od „rzezi bydgoskiej”. A gdybym nawet cudem uniknął „rzezi”, zaopiekowałoby się mną gestapo, które mnie poszukiwało i kilkakrotnie przesłuchiwało naszą gosposię. Jak starannie Niemcy przygotowywali akcję wyłapywania upatrzonych ludzi, świad-

czy m. in. następujący fakt. Jeszcze za mojej bytności w Poznaniu, krótko przed moim przeniesieniem się do Bydgoszczy, zjawił się przedstawiciel wydawnictwa „Who's Who”, w którym mieli znaleźć się m. in. wszyscy naukowcy. Należało wypełnić kwestionariusz, który między innymi zawierał takie dane, jak udział w akcjach wojennych, w Powstaniu Wielkopolskim, odznaczenia wojskowe itd. Do kwestionariusza należało doreczyć fotografię z własnoręcznym podpisem. Z tym wydaniem „Who's Who” gestapo wychwytywało powstańców wielkopolskich. I jako takiego poszukiwali mnie w Bydgoszczy. Mój pacjent niemiecki zaglądał od czasu do czasu do mojego mieszkania. Pewnego dnia przyszedł do naszej gosposi i zapowiedział, że mieszkanie będzie zajęte przez lekarza z kraju nad bałtyckiego (Baltendeutscher), dra Blancka, i że będzie je musiała opuścić. Poleciał mi powiedzieć, że nic nie mógł zrobić, by moje mienie uratować. Jego argumenty, że uratowałem go przed amputacją nóg i że jestem dobrym człowiekiem, nie miały żadnego znaczenia. Gestapowcy odpowiedzieli mu, że to wszystko może się zgadzać, ale nie zmienia faktu, że byłem powstańcem wielkopolskim.

W Toruniu dowiedziałem się, że mój pozew na ćwiczenia wojskowe był tajną mobilizacją.

Okręgowy Szpital Wojskowy zmienił się w jednostkę wojenną i przygotowywał się do przyjęcia rannych. Komendantem naszym był płk. Jaworski.

#### 24. KAMPANIA WRZEŚNIOWA

Dnia 1 września padły pierwsze bomby lotnicze na Polskę. Zaczęli napływać ranni do szpitala. Liczba ich wzrastała lawinowo. Byli to przeważnie żołnierze z terenów walk na Pomorzu. Pracowałem na oddziale chirurgicznym, do którego przydzielono kilku lekarzy. Nie byli oni chirurgami (neurolog dr Kaczyński, rentgenolog dr Antoni Tomicki, obaj z mego szpitala w Bydgoszczy, interniści i in.). Nie mieli żadnej wprawy w asystowaniu ani w opatrywaniu rannych. Sytuacja poprawiła się, gdy zgłosił się zupełnie prywatnie młody lekarz, który zapytał się, czy może mi w czymś pomóc. Był nim dr Stefan Wesołowski, mieszkający w Warszawie. Wraciał właśnie z wczasów nad morzem, gdzie go zaskoczyły działania wojenne. Jego specjalnością była urologia, znał dobrze chirurgię. Obecnie jest wybitnym profesorem urologii. Wspólna praca szła nam bardzo składnie. Pracowaliśmy wtedy w dzień i w noc, aż zmęczenie stało się tak skrajne, że zacząłem zasypiać podczas mycia rąk do operacji. Wtedy kładłem się na kilka godzin do łóżka w jednej z pustych sal i zasypiałem kamiennym snem. Rannych bowiem ewakuowano szybko, tak że niekiedy sala była pusta mimo stałego przyływu świeżych rannych.



Jak głębokim był ten sen przekonałem się, gdy któregoś dnia obudziłem się z zimna. Spostrzegłem, że wszystkie szyby okien były potłuczone. Dowiedziałem się, że przyczyną była bomba lotnicza, która spadła w pobliżu szpitala.

Nigdy nie wiedziałem kogo operuję, gdyż ewidencję chorych prowadził ktoś inny.

Prawie nigdy nie robiłem opatrunków po raz drugi, gdyż rannych odtransportowywano szybko.

Dnia 4 września otrzymaliśmy w godzinach wieczornych rozkaz ewakuowania lekarzy i personelu operacyjnego ze szpitala bez względu na pozostałych rannych, których ewakuacją miał zająć się ktoś inny. Mieliśmy spieszyć się, gdyż most w Toruniu miał być wysadzony w powietrze. Przejechaliśmy więc przez most sanitarkami. W mojej sanitarce byli lekarze i personel sali operacyjnej. Zabraliśmy ze sobą możliwie dużo instrumentów i materiałów chirurgicznych. Wyjechawszy z Torunia z przerażeniem spostrzegliśmy wokół pałace się stogi i wioski, znak groźby sytuacji. Dojechaliśmy do Ciechocinka, gdzie zajęliśmy kwatery w pensjonatach (pustych). Ledwo zasnęliśmy, obudził nas rozkaz, że ekipa chirurgiczna ma natychmiast wrócić do Szpitala Wojskowego w Toruniu, bo jest gwałtownie potrzebna. Udział miał być ochotniczy. Zgłosiłem się ochotniczo i udaliśmy się sanitarką z drem Stefanem Wesółwskim oraz pielęgniarkami sali operacyjnej do Torunia. Most jeszcze stał. W szpitalu znaleźliśmy istotnie dużo świeżych rannych pozbawionych jakiegokolwiek opieki chirurgicznej. Pracowaliśmy do wieczora. Praca była uciążliwa, gdyż mieliśmy bardzo mało instrumentów. Nie mogłem zdobyć piły do amputacji uda, dokonałem jej za pomocą dużego pilnika do paznokci i dokończyłem ręcznym złamaniem. Na noc wróciliśmy do Ciechocinka. Ranni pozostali w szpitalu. Krótco po przejeździe przez most słyszeliśmy detonację wysadzanego mostu. Następnego dnia cały nasz konwój ewakuacyjny wyruszył. Nie wiedziałem, kto nim dowodzi, dokąd jedziemy. Nie było żadnych zebrzań oficerskich, żadnej informacji. Konwój stopniowo malał. W końcu nasza mała grupa dotarła do Dobrzelina pod Żychlinem. Po drodze przyłączył się do nas uciekinier z zajętego już przez Niemców terenu. Przedstawił się jako ksiądz Sowiński, który pozostał z nami do końca jako kapelan ku wielkiemu zadowoleniu rannych.

W Dobrzelinie ulokowaliśmy się w szopie i przygotowaliśmy ją jako szpitalne pomieszczenie. Wkrótce dyrektor Grzybowski z Dobrzeleńskiej Cukrowni stawił nam do dyspozycji pałacyk, który również zamieniliśmy w szpital z salą operacyjną. W Dobrzelinie znaleźli się prócz mnie dr Ludwik Błażek, chirurg z Inowrocławia, dr Leon Krzymiński — ginekolo Bydgoszczy i dr Stanisław Sroczyński — lekarz naczelny uzdrowiska w Ciechocinku i in., których nazwiska zapomniałem.

Specjalnym zadaniem dra Sroczyńskiego było słuchanie radia, które znajdowało się w mieszkaniu dyr. Grzybowskiego. Codziennie mieliśmy świeże informacje, co się dzieje w świecie, a przelotni uciekinierzy, którzy przygodnie zatrzymali się w Dobrzelinie, przynosili nam przerażające wiadomości o tym, co się dzieje w Poznańskim i na Pomorzu.

W tym okresie rozpoczęły się walki w kotle kutnowskim i nad Bzurą. Zalała nas natychmiast fala rannych, wśród których znaleźli się również żołnierze niemieccy.

Zacząły się pojawiać trudności aprowizacyjne. Z wielką pomocą przyszła nam miejscowa ludność. Dużą trudność sprawiła nam ucieczka personelu pielęgniarskiego, zwłaszcza wśród ochotniczych sanitariuszek. Czasami zgłaszały się pojedynczo nowe, ale zatrzymywały się 2—3 dni i wędrowały dalej.

Sytuacja naszego szpitala w Dobrzelinie zmieniła się zasadniczo, gdy pewnego dnia zgłosiła się grupa sióstr zakonnych Elżbietanek, które wraz z przełożoną uciekły na wozie konnym z Poznania. Siostry zaoferowały nam swą pomoc — szczególnie cenną, gdyż były obeznane z pracą szpitalną. Musiały opuścić swój szpital w Poznaniu. Wśród nich najcenniejszymi były siostry operacyjna oraz siostra gospodarcza. Mając do dyspozycji wóz z koniem, mogła objeżdżać sąsiedzkich gospodarzy. Wkrótce chorzy nasi otrzymali pościel i bieliznę. Poprawiło się wyżywienie. Obecność kwalifikowanych chirurgów, doświadczonej siostry operacyjnej i fachowa pielęgnacja podniosła znacznie poziom pracy szpitala. W szpitalu zapanował ład i porządek.

Szpital nasz w Dobrzelinie odwiedzali sporadycznie lekarze z pociągu ewakuacyjnego, który wyruszył z Poznania i ugrzązł na torach niedaleko Żychlina. Odwiedził nas doc. dr Jan Krotowski z Kliniki Chirurgicznej. Zatrzymał się nawet kilka dni u nas. Nie mógł jednak pogodzić się z improwizowanymi warunkami w jakich pracowaliśmy jako chirurdzy. Wyruszył więc dalej do Warszawy. Odwiedził nas także prof. dr Antoni Jurasz, dyrektor Kliniki Chirurgicznej, promotor mej pracy habilitacyjnej. Opuścił on swój pociąg ewakuacyjny i wrócił do niego. Odwiedzali nas różni znajomi w drodze swej ucieczki.

Jeden z nich przywiózł mi od naszej gospozi z Bydgoszczy wiadomość, że jeżeli zaraz nie wrócę do Bydgoszczy, stracę mieszkanie wraz z całym mieniem. Najbardziej przykra była mi myśl, że stracę swoją bibliotekę, w którą tyle oszczędności włożyłem i która stała się cennym zbiorem najnowocześniejszej fachowej literatury krajowej, a zwłaszcza zagranicznej.

W miarę pogarszania się sytuacji naszych wojsk w kotle kutnowskim, ogarniała szpital coraz większa panika. Los naszego szpitala oceniliśmy jako przesądzony. Zaczęła się ucieczka personelu, a nawet oficerów lżej rannych. Mnie samego ogarniały wyrzuty sumienia, że nie zjawiając się w Bydgoszczy stracę cały swój dobytek. Od znajomych w

Dobrzelinie otrzymałem ubranie cywilne. Ubrałem się w nie i któregoś dnia stanąłem w nim na progu szpitala. Nie mogąc zdobyć się na przekroczenie progu, stałem tu chwilę. Wewnątrz pojawiał się coraz większy opór i zdecydowanie. Wróciłem więc do wnętrza, wdziałem z powrotem swój mundur i z podziękowaniem oddałem pożyczone ubranie. Krótco potem nadeszła wiadomość, że mieszkanie moje zostało zajęte. Spadł mi kamień z serca. Los sam zdecydował. Rozproszyły się moje wyrzuty sumienia.

W dniu 10 września rozpoczęły się naloty bombowe. Bomby padały w sąsiedztwie szpitala. Ja stałem podczas tego nalotu przy łóżku chorego, któremu akurat poprawiałem opatrunek. Podmuchi bomby był tak silny, że odrzucił łóżko chorego. Żelazna rama łóżka uderzyła mnie w podudzie, łamiąc je. Zaopatrzył mnie fachowo opatrunkiem gipsowym podchorąży (Pogorzała), b. asystent płk. Sokołowski. Dzięki temu dobremu założeniu marszowego gipsu mogłem wkrótce kontynuować swe obowiązki.

Linia frontu zbliżała się coraz bardziej do nas. W dniu 17 września otrzymaliśmy rozkaz ewakuowania szpitala. Mieli pozostać tylko ciężko ranni — niezdolni do transportu oraz lekarze, którzy ochotniczo chcieli pozostać przy rannych. Postanowiłem pozostać wraz z rannymi oraz z drem Błażkiem i drem Sroczyńskim. Do ewakuacji jednak nie doszło.

Front był już blisko Dobrzelina. Wiedzieliśmy, że Niemcy wezmą nas do niewoli. Nikt nie wiedział, jak obejdą się z nami. Wszyscy oczekiwaliśmy najgorszego. Ks. Kapelan Sowiński miał wiele roboty, bo wszyscy chcieli być zaopatrzeni przez niego.

Nocą słyszeliśmy nieustanny turkot przejeżdżających czołgów na pobliskiej szosie. O świcie niemieccy żołnierze z karabinami maszynowymi obstawili budynek szpitalny. Wyszedłem do nich i oświadczyłem, że budynek — to szpital z rannymi. Odebrali mi rewolwer, o który pytali, i poszli dalej. Po krótkim czasie przyszedł jakiś niemiecki Oberst (pułkownik) ze świtą, dokonał przeglądu pomieszczeń, zastał kilku rannych żołnierzy niemieckich. Podziękował nam za opiekę nad nimi i poszedł. Wkrótce zjawił się Hauptmann Vogt, który oświadczył, że jesteśmy szpitalem jeńców wojennych i że on sprawuje nad nami władzę.

W szpitalu zakwaterowano załogę żołnierzy niemieckich, na pewien czas. Byli to rezerwiści pobrani do wojska. Pocięszali nas zapewniając, że będzie nam świetnie („Ihr werdet es prima haben”). Opowiadali, że nowy ład w Niemczech jest wspaniały. Sami mogli wybudować domki rodzinne, pomagając sobie wzajemnie, „Kraft durch Freude” daje im duże udogodnienia, mogą kupować nawet samochody (Volkswagen), które są tanie, podobnie jak lekarstwa. Słowem: prima. Oni wierzyli rzeczywiście w wielką przyszłość.

Zachowanie się wojskowych władz niemieckich w stosunku do rannych żołnierzy polskich i do nas — lekarzy było rzeczowe i poprawne.

Nie wolno nam było opuszczać szpitala, ale mogliśmy wychodzić do ogrodu otaczającego szpital. Liczba rannych — przywożonych z terenu walk — spadła znacznie i wkrótce dopływ ustał całkowicie. Nasza praca lekarska ograniczyła się teraz do robienia opatrunków. Ekipa żołnierzy niemieckich, która pilnowała nas, odjechała. Gdy Niemcy zaczęli wywozić rannych i zabrali lekarzy nie będących chirurgami do Łodzi, wielu lżej rannych uciekło ze szpitala. Uciekło również kilku lekarzy, jak dr Antoni Tomicki — rentgenolog i dr Kaczyński — specjalista w chorobach skórnych. Obaj wrócili do Bydgoszczy. Tu zostali natychmiast ujęci i rozstrzelani, jak dowiedziałem się później. Ucieczki te uszły nam płazem, bo nikt z Niemców nie interesował się ewidencją rannych. Była zadziwiająca różnica między zachowaniem się przedstawicieli regularnego wojska niemieckiego a późniejszym zachowaniem się wojsk SS.

W szpitalu staliśmy się my — lekarze prawie bezrobotni. Kilka opatrunków, zmienianych u naszych rannych, zabierało nam zaledwie godzinę czasu przed południem. Początkowo odczuwałem to jako ulgę, a po kilku dniach brak mi było pracy. Zrozumiałem wtedy, jak wielkim błogosławieństwem dla człowieka jest praca.

Przez cały czas działań wojennych nie wiedziałem nic, co się dzieje z żoną i dziećmi ani gdzie przebywają. Tak samo żona nie wiedziała niczego o mnie.

Pierwszą wiadomość otrzymała od mężczyzny z obandażowanym przedramieniem, który udał się do Nałęczowa, a któremu dał dla żony dr Stefan Wesołowski swą wizytówkę z dopiskiem: „Wiedziałem Wiktora w dniu 17 września, był zdrow i cały”. Dr Wesołowski znajdował się gdzieś w okolicy Sochaczewa. Wiadomość doszła do rąk żony 17 października.

W końcu października zamierzała (p. Wanda Tarnowska) wyjechać do swych krewnych w Radomiu jedna z mieszkanek Dobrzelina. Pracowała on ochotniczo przy chorych w naszym szpitalu. Przyniekła, że spróbuje odszukać żonę w Nałęczowie, co jej się też udało.

W pierwszych dniach listopada 1939 r. miało nastąpić nakreślenie granicy tzw. Generalnej Guberni, a szpital nasz w Dobrzelinie otrzymał rozkaz przeniesienia się wraz z rannymi i personelem do Łowicza. Było to nasze szczęście, gdyż Łowicz leżał w obszarze Guberni, podczas gdy Dobrzelin przynależałby do „Reichu”. W dniu naszej przeprowadzki spostrzegłem nagle postać mojej żony wchodzącej po schodach likwidującego się szpitala. Ogarnął mnie w pierwszej chwili lęk o jej dalszy los i przywitałem ją słowami, których nie może mi wybaczyć do dziś: „Po coś tu przyjechała”?

Wiedziałem, że wyjechała na teren „Reichu”, a ponadto, że musimy się za chwilę rozstać. Sanitarki transportowe czekały na nas.

Po tym niefortunnym przywitaniu zalała mnie fala uczucia szczęścia uświadamiając sobie, że żona i dziewczynki przetrwały ten tragiczny okres bezdomności, w dodatku bez pieniędzy. Przyjazd żony do Dobrzelina okazał się jednak szczęśliwym trafem. Rodzice p. Wandy, której ojciec był urzędnikiem cukrowni, mieli swój domek w Dobrzelinie i przygarnęli do siebie żonę i córeczki. Żona pomagała w gospodarstwie. Jako lekarka — pediatra nie mogła znaleźć urzędowej pracy, lecz była wysoce przydatna, gdy dzieci we wsi i okolicy chorowały.

Szczęściem dla nas był fakt, że szpital nasz przeniesiono do Łowicza na teren Guberni. Wszystkie bowiem szpitale jeńców wojennych, które znajdowały się na terenie przydzielonym do „Reichu”, zostały zlikwidowane. Lekarze i lżej ranni dostali się do „oflagów”. Ciężej rannych przewieziono do Łodzi.

W Łowiczu ulokowano nasz szpital w pomieszczeniach jakiegoś gimnazjum. Byliśmy nadal szpitalem jeńców wojennych, a Hauptmann Vogt był nadal naszym komendantem.

Ludność miejscowa, która w określone dni mogła odwiedzać rannych, zaopiekowała się nimi w sposób nad wyraz ofiarny. Opieka lekarsko-chirurgiczna była wystarczająca. Nie posiadaliśmy, oczywiście, aparatury rentgenowskiej ani żadnej możliwości stosowania wyciągów, drutów itp. Staraliśmy się jednak zabezpieczyć chorych możliwie optymalnie.

Pewnego dnia otrzymałem wiadomość z Dobrzelina, że Basia, moja starsza siedmioletnia córeczka złamała przedramię. Żona prosiła, by udzielić jej pomocy. Hauptmann Vogt udzielił mi trzydniowego urlopu pod warunkiem, że komendant miejscowy zapewni mi przewóz. Udałem się więc do niego i przedstawiłem tragizm sytuacji, że będąc chirurgiem ortopedą nie mogę udzielić pomocy własnemu dziecku, znajdującemu się niewiele kilometrów ode mnie. Komendant potraktował mnie jako oficera — jeńca i tłumaczył się, że nie może dać mi do dyspozycji swego wozu, ale wystawi mi glejt na przejazd kolejowy. Uczynił wszystko na oficerskie słowo honoru, że wróce.

Gdy wysiadłem z pociągu w Żychlinie w pełnym umundurowaniu wojskowym z dystynkcjami oficerskimi i z opaską Czerwonego Krzyża na ramieniu, powstała na dworcu konsternacja. Wpierw u żandarmów niemieckich, którzy po okazaniu przepustki przepuścili mnie, a potem wśród ludności cywilnej, widząc umundurowanego oficera polskiego idącego swobodnie i samotnie. Samotność skończyła się szybko, bo otoczyła mnie chmara dzieci i dorosłych, w których to towarzystwie wkroczyłem do Dobrzelina.

Trudno wyobrazić sobie naszą radość. Nikt się tu nie spodziewał mnie. Po miesiącach rozłąki i niepewności znaleźliśmy się znów razem. Złamanie przedramienia Basi okazało się pęknięciem kości promieniowej bez przemieszczenia, które żona już sama zaopatrzyła opatrunkiem gipsowym. Noc spędziłem w gościnnym domu państwa Tarnowskich

i nazajutrz wróciłem koleją do Łowicza. To zadziwiające ludzkie postępowanie względem polskiego oficera — jeńca było możliwe tylko dlatego, że władza terenowa leżała w rękach oficerów regularnej armii niemieckiej.

#### 25. NOWE ŻYCIE W OKUPOWANEJ WARSZAWIE

W dniu 1 kwietnia 1940 r. przyszedł rozkaz zlikwidowania całego szpitala. Ciężej chorych odtransportowano do Szpitala Ujazdowskiego, zaś lekarze, a wśród nich i ja, mieliśmy udać się indywidualnie pociągiem. Jechaliśmy w naszych mundurach z przepaskami Czerwonego Krzyża. Zgodnie z poleceniem zgłosiłem się w Szpitalu Ujazdowskim. Zastałem tu doc. dra Jana Krotowskiego oraz dra Komzę — asystenta prof. Raszei z Poznania. Pełnili oni funkcje ordynatorów oddziału w Szpitalu. Nikt mnie nie ewidencjonował i nikt mnie nie chciał zatrudnić w Szpitalu Ujazdowskim. Był bowiem nadmiar lekarzy. Zdjąłem więc mundur i rozpocząłem życie cywilne na własną rękę. Odszukałem mego kolegę dra Mieczysława Łuzińskiego, który sam wysiedlony wraz z rodziną z Poznania zamieszkał w Warszawie u rodziny swych teściów — również wysiedlonych z Ostrowa. Zajmowali oni mieszkanie przy ul. Lwowskiej 5. Oni to mnie przygarnęli na pierwsze moje dni w Warszawie. W Warszawie miałem kilku znajomych i przyjaciół. Operowałem ich dzieci jeszcze w Poznaniu.

Gdy ich odwiedziłem, ucieszyli się wizytą bardzo, ugościli, ale nie mogli mi wskazać żadnego punktu zaczepienia. Zawiodły mnie również próby zaczepienia się jako asystenta w którymś ze szpitali czy klinik. Przeważnie radzono mi, abym nie liczył na Warszawę, a raczej przeniósł się np. do Radomia, gdzie łatwiej znajdę pracę. Nie miałem jednak ochoty na to i wolałem odczekać i przetrwać.

Któregoś dnia stałem na narożniku ul. 28 Sierpnia, gdy z jadącego tramwaju wyskoczył mężczyzna, przewrócił się, wstał sam, lecz chwycił lewą rękę za prawy bark. Podeszedłem do niego, przedstawiłem się jako lekarz i wyraziłem przypuszczenie, że może ma złamanie szyjki ramiennej albo zwichnięcie głowy ramiennej. Im prędzej nastąpi nastawienie, łatwiejsze ono będzie i pozbędzie się bólu. Ponieważ na ul. Śniadeckich miał swój gabinet lekarski dr Leon Kalina, mój dobry znajomy, zaprowadziłem tam swego nieszczęśnika. Okazało się, że pacjent ma zwichnięcie, które dr Kalina nastawił w krótkiej narkozie, jaką dawałem. Z pobranego honorarium otrzymałem 50 zł. Były to moje pierwsze w Warszawie zarobione pieniądze.

Nastrój w Warszawie wśród ludności był ponury. Na froncie zachodnim opór armii francuskiej załamał się. Padł Paryż. W tym właśnie dniu dostałem gwałtownego ataku kamicy żółciowej i znalazłem się w Klinice Chorób Wewnętrznych — prowadzonej przez prof. Witolda Orłowskiego

Leżałem na oddziale doktora, a później prof. Wincentego Hartwiga. Rozpoznanie brzmiało bardzo precyzyjnie: kamień w przewodzie wyprawiającym woreczka żółciowego (późniejsza moja operacja potwierdziła to rozpoznanie).

Mój pobyt w szpitalu dał żonie powód do uzyskania przepustki z komendantury w Kutnie na jednodniowy wyjazd z Dobrzelina do Warszawy. Postanowiliśmy wtedy, że pozostaniemy w Warszawie i że żona poczyni starania, by uzyskać pozwolenie przeniesienia się z Dobrzelina do Warszawy.

Po opuszczeniu szpitala udało mi się uzyskać zgodę na zajęcie pokoju w mieszkaniu na II piętrze przy ul. Lwowskiej 5. Mieszkała tu staruszka Żydówka z leciwą gospożą. Rodzina opuściła ją. Staruszka pozostała sama i chętnie odstąpił mi jeden pokój. Tu też ulokowała się żona z dziećmi po przyjeździe z Dobrzelina. Byliśmy szczęśliwi, że będziemy już teraz razem.

Po niedługim czasie staruszka musiała udać się do getta wraz z gospożą. Zarejestrowałem się w Warszawskim Związku Lekarzy i uzyskałem przydział mieszkania ze zgodą na otwarcie praktyki prywatnej. Do pustego mieszkania przyjęliśmy pięć znajomych pań, wysiedlonych z Poznania. Były to: dr med. Stefania Łazarewicz, Stanisława Łuczkiwicz, sekretarka Dziekanatu UP wraz z siostrą Werą Łuczkiwicz oraz p. Hala Tomaszewska, pracownica Kwestury UP z jej siostrą Zofią Tomaszewską. Zjawiła się też nasza gospoża, która zdołała opuścić Bydgoszcz. Powstały więc dla wszystkich optymalne warunki bytowania.

Nawiązałem kontakt z Lecznicą przy ul. Emilii Plater i tu mogłem operować dorosłych pacjentów. Wśród nich znajdowały się osoby, u których trzeba było pozorować leczenie, a czasem były osoby, które pod poduszką skrzętnie chowały rewolwer. Byli to przeważnie ranni partyzanci.

W maju 1940 r. zmarł nagle dr Tomasz Wiśniewski, ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu im. Karola i Marii. Założycielem i dyrektorem szpitala był prof. Władysław Szenajch. Niemcy zdjęli go z urzędu, ale czuwał on nad swoim szpitalem i był w nieoficjalnym kontakcie z lekarzami swymi, a zwłaszcza z prof. drem Janem Bogdanowiczem. Dyrektorem komisarycznego Szpitala był dr Zbigniew Kajkowski — wysiedlony z Gdyni.

Zgłosiłem się więc do prof. Szenajcha z zapytaniem, czy zaakceptowałby moją kandydaturę na ordynatora po zmarłym drze Wiśniewskim. Po porozumieniu się ze swoimi byłymi współpracownikami prof. Szenajch zgodził się, a urząd magistracki mianował mnie ordynatorem.

Szpital im. Karola i Marii przy ul. Karolkowej był szpitalem dla dzieci. Miał on budowę pawilonową. Był więc pawilon gospodarczo-administracyjny, pawilon internistyczny, zakaźny, chirurgiczny. Ten ostatni stał się moim królestwem.

Moje zjawienie się i moja specjalność chirurgiczno-ortopedyczna zmieniła nieco profil oddziału. Dotychczas dominowała chirurgia miękka, a teraz doszła chirurgia kostno-stawowa. Naturalnym stał się więc podział pracy. Pieczę nad chirurgią „miękką” przejął znakomity chirurg dr Tadeusz Hroboni i dr Witold Szonert. Jako nowi asystenci zostali przyjęci dr Aleksandra Kurowska, dr Witold Jeske i dr Władysław Barcikowski.

W krótkim czasie zespół lekarzy, pielęgniarek i salowych oddziału zgrał się znakomicie i wytworzyła się atmosfera wzajemnego zaufania. Była ona konieczna, aby szpital mógł pełnić inne jeszcze zadania, które mu przypadły. Od czasu do czasu znalazły się na oddziale dzieci żydowskie bądź dla leczenia bądź dla przejściowego przechowania. Za to groziła kara śmierci lub co najmniej obóz. Od czasu do czasu zjawiał się ktoś, kto prosił mnie o wizytowanie chorego w domu. Ale zamiast adresu podano mi narożnik określonej ulicy lub jakiś punkt w mieście i godzinę, w której mam tam przybyć. Tam ktoś inny czekał na mnie i zaprowadził mnie do mieszkania, w którym leżał młody człowiek przeważnie z jakimś złamaniem postrzałowym. Nigdy nie wiedziałem, czy to partyzant względnie żołnierz. Zawsze był już zaopatrzony, ale lekarz jego miał wątpliwości co do dalszego postępowania i chciał to ze mną przekonsultować.

Raz sam prof. Jan Bogdanowicz zaprowadził mnie do mieszkania, gdzie leżał młodzieniec z rozległymi śladami pobicia. Był on jednym z tej grupy więźniów, których wieziono z przesłuchania przez gestapo na Alei Szucha, a których odbito przez naszych na ul. Długiej. Opowiadał nam, że Niemcy aresztowali go wraz z ojcem i opisał sposób, w jaki ich obu przesłuchiowano. Podstawą tego przesłuchania było strącenie ze schodów półpiętrowych oraz wrzucenie do wanny z zimną wodą, gdy tracili przytomność. Był dumny, że nikogo nie sypnął. Nie wiedział, co stało się z ojcem.

Podziwiałem sposób organizowania moich tego rodzaju konsultacji. Starano się zawsze o zapewnienie mi największego bezpieczeństwa.

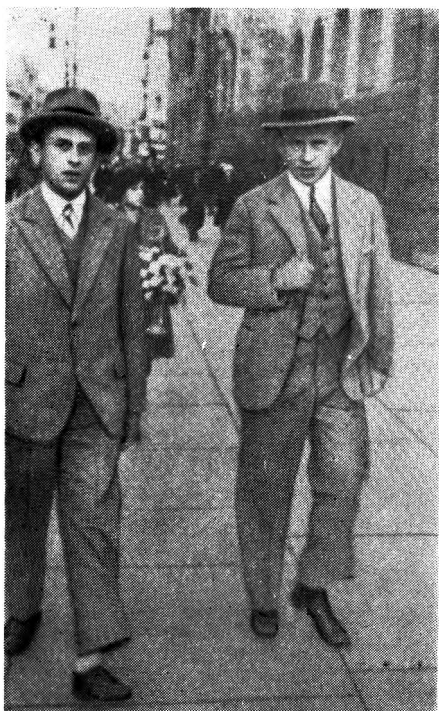
Przez cały czas mej pracy w szpitalu nie mieliśmy żadnej wsypy mimo licznych kontroli szpitala przez agentów niemieckich. Straciliśmy tylko kol. Szonerta, którego gestapo zabrało z domu i słuch po nim zaginęła.

W szpitalu jako lekarze rozpoczynaliśmy operacje o 8 rano. Dojeżdżałem tramwajem z końcowego przystanku ul. 28 Sierpnia do końcowego przystanku ul. Młynarskiej. Miałem więc zawsze zapewnione miejsce siedzące, a że przejazd trwał około 1/2 godziny, więc zabierałem ze sobą książkę naukową, którą chciałem przestudiować. Nauczyłem się tak wyłączać się, że tłok w tramwaju nie przeszkadzał mi. W ten sposób przestudiowałem kilka dzieł.

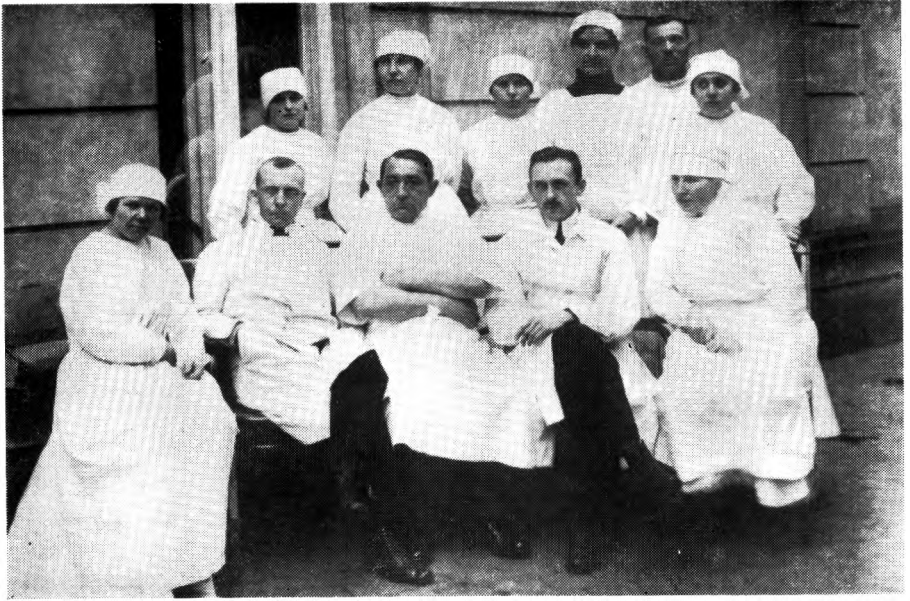




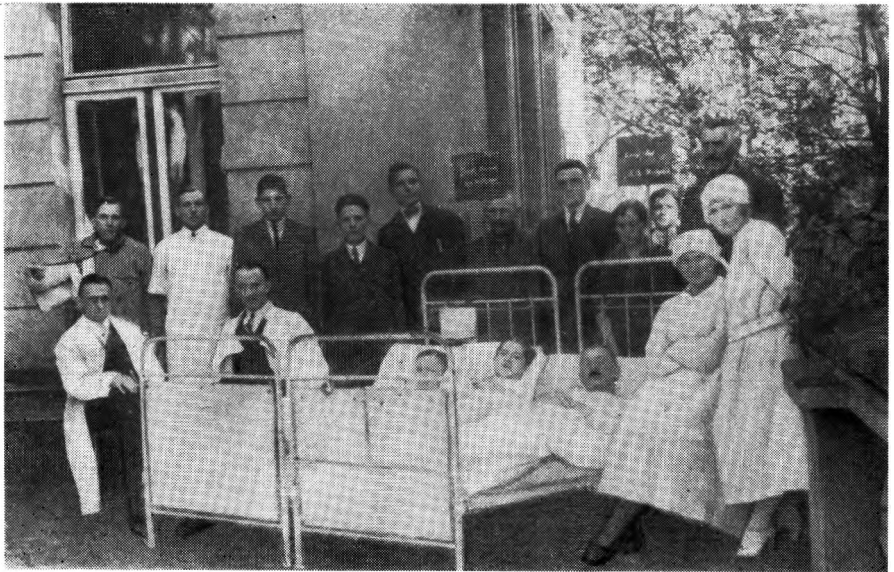
Ryc. 2 Powstanie wielkopolskie — wyjazd na front nad Notecią, styczeń 1919 r.; trzeci od lewej — sierżant W. Dega



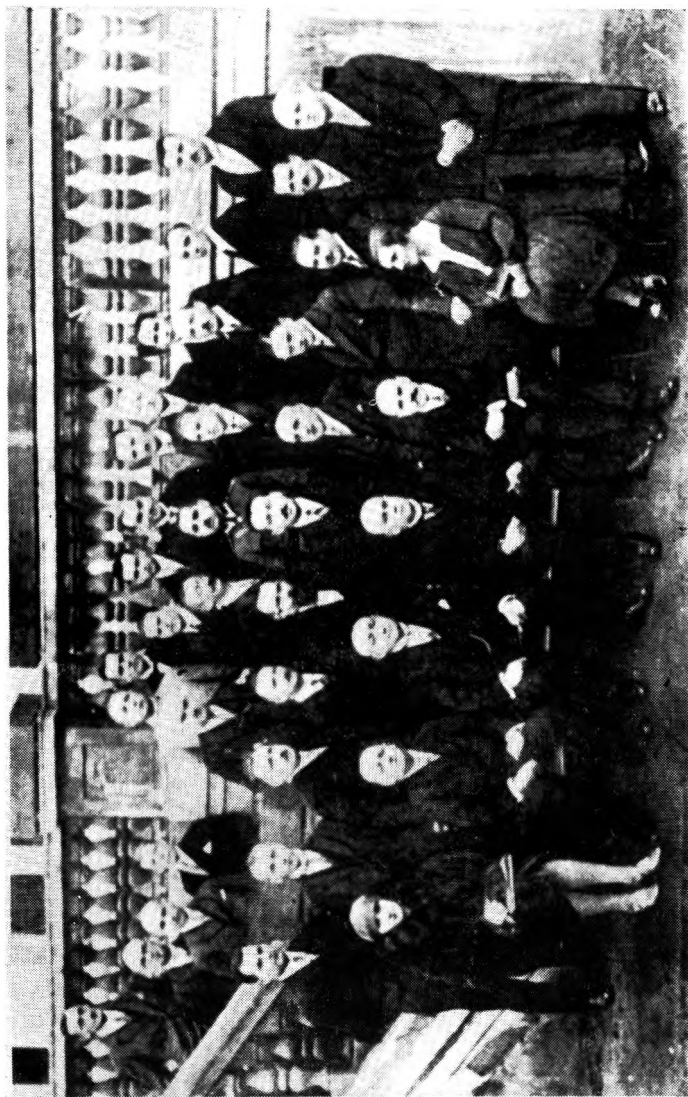
Ryc. 3 Poznań 1926 r. Od lewej: dr W. Dega i dr Janusz Zeyland



Ryc. 4 Na tarasie Zakładu im. Gąsiorowskich w Poznaniu — 1927 r. Siedzą od lewej: dr Michał Grobelski, prof. Ireneusz Wierzejewski i dr W. Dega



Ryc. 5 Na tarasie Zakładu im. Gąsiorowskich — 1927 r. Siedzą od lewej: dr W. Dega i Franciszek Raszeja



Ryc. 6 I Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Poznaniu — 1928 r. Trzeci od lewej siedzi prof. I. Wierzejewski; stoją: drugi rząd z lewej — dr M. Grobelski; trzeci rząd, czwarty od lewej — dr W. Dega, szósty — dr F. Raszeja

**UNIWERSYTECKA KLINIKA ORTOPEDYCZNA**  
**POZNAŃ, GĄSIOROWNICZE 7 - TELEFON 6098-6379**

L. DZ. \_\_\_\_\_

POZNAŃ, DZIA \_\_\_\_\_

102 \_\_\_\_\_

Zebrani w dniu 10.11.1928. w Klinice Ortopedycznej U.P. niżej podpisani lekarze specjaliści chirurgji i ortopedji postanawiają założyć Polskie Towarzystwo Ortopedyczne na podstawie załączonego statutu.

*Prof. Dr Ireneusz Wierzejewski*

*Dr Michał Grobelski*

*Henryk Cetkowski*

*Franciszek Raszeja*

*Wiktor Dega*

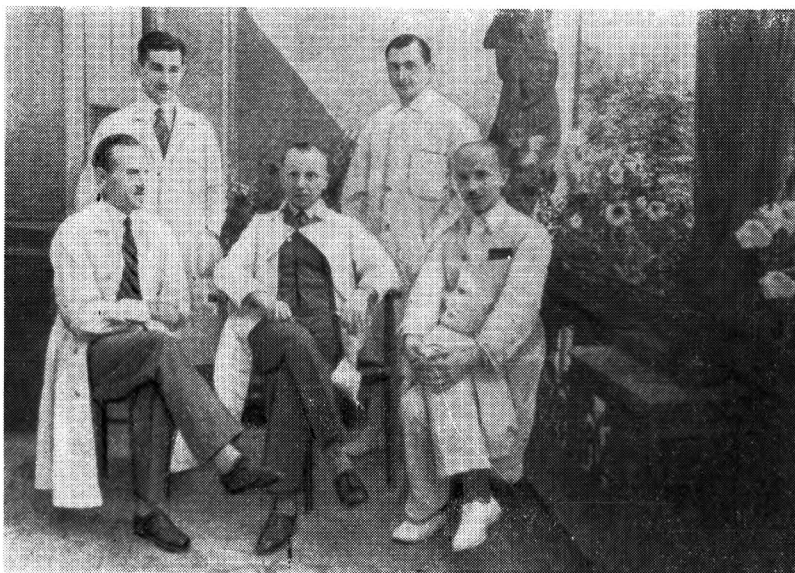
Ryc. 7. Dokument założenia Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego — Poznań 1928 r. Podpisali: prof. Ireneusz Wierzejewski, dr Michał Grobelski, dr Henryk Cetkowski, dr Franciszek Raszeja, dr Wiktor Dega



Ryc. 8 Wykład dla rodziców dzieci podczas kursu gimnastyki wyrównawczej w sali Studium Wychowania Fizycznego UP — 1931 r.



Ryc. 9 Dr W. Dega na tarasie Zakładu im. Gąsiorowskich — 1929 r.



Ryc. 10 Na tarasie Zakładu im. Gąsiorowskich — 1933 r. Siedzą od lewej: dr W. Dega, dr M. Grobelski, dr Józef Woszczan; stoją od lewej: dr Witold Piotr i dr Czesław Śmiałek



Ryc. 11 Zachowawcze nastawienie wrodzonego zwicnięcia stawu biodrowego (dziś nie stosowane) — 1936 r. Drugi od lewej: dr W. Piotr, czwarty — dr W. Dega



Ryc. 12 Profesor W. Dega — 1960 r.



W szpitalu pracowałem tylko przed południem. Dr Hroboni, który mieszkał na terenie szpitala, pełnił dyżury popołudniowe i nocne. W południe udawałem się, jeśli była potrzeba, do lecznicy przy ul. Emilii Plater i operowałem względnie odwiedzałem swoich pacjentów. Po południu przyjmowałem w domu pacjentów, o ile ktoś zjawił się. Żona jako pediatra znalazła pracę. W ten sposób oboje mieliśmy wypełniony dzień i zabezpieczony byt. Dzieci chodziły do szkoły Emilii Plater.

Dnia 1 sierpnia 1944 r. około godz. 16 udałem się z ul. Lwowskiej do Lecznicy przy ul. Emilii Plater. Wiedziałem o wybuchu powstania i chciałem być w tym punkcie opatrunkowym przed jego wybuchem. Po drodze przejeżdżała kolumna wojsk niemieckich. Widać było nieład w ich szeregach, szli obok obladowanych wozów.

W Lecznicy zastałem już zorganizowany punkt. Rozpoczęła się strzelanina w mieście. Pierwsi ranni zaczęli pojawiać się. Przez noc pozostałem w Lecznicy. Gdy usłyszałem odgłosy kilofów, zrozumiałem, że to budowanie barykady, a więc plan opanowania Warszawy przez powstańców nie powiódł się. Zdałem sobie sprawę, że ciężkie dni stoją przed nami.

*Виктор Дега*

#### МОЙ ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ К ЗНАНИЯМ И ПРОФЕССИИ

1. Юношеские годы; 2. На военных фронтах; 3. Великопольское восстание (1918—1919 гг.); 4. Курсы для военфельдшеров в Варшаве; 5. Учеба в познанском мединституте; 6. Ассистентский период; 7. Учеба в Париже; 8. Мечты при возвращении в Польшу; 9. Возвращение в познанскую клинику; 10. Вопрос гигантоклеточных опухолей; 11. Учеба в Италии; 12. В познанской клинике после возвращения из Италии а) вопрос костно-суставного туберкулеза б) вопрос патронажа калек в) врожденная дисплазия; 13. Болезнь и смерть проф. Вежевского; 14. Осложнения в ходе восстановительной терапии; 15. Работа на Курсах физического воспитания при познанском университете а) изучения неправильной осанки детей школьного возраста б) курсы корригирующей гимнастики; 16. Учеба в Швеции; 17. Функциональные упражнения, применяемые на кафедре; 18. Итальянский съезд в г. Болонья; 19. Международный съезд в Лондоне; 20. Международный съезд в г. Болонья и Риме; 21. Переезд в г. Быдгощ; 22. Съезд в Швейцарии; 23. Накануне второй мировой войны; 24. Сентябрьская кампания; 25. Новая жизнь в оккупированной Варшаве; 26. Варшавское восстание 1944 года

*Wiktor Dega*

#### MON CHEMIN VERS LA SCIENCE ET VERS MON MÉTIER

1. Années de jeunesse. 2. Combats du front. 3. L'insurrection de la Grande-Pologne (1918—1919). 4. Etudes pour les médecins militaires à Varsovie. 5. Etudes en médecine à Poznań. 6. Vie d'assistant. 7. Etudes en France. 8. Rêves sur le



chemin de retour. 9. Retour à la clinique de Poznań, 10. Problèmes des tumeurs mégacytes. 11. Etudes en Italie. 12. La clinique de Poznań après le retour d'Italie: a. questions de tuberculose osseuse; b. problèmes de protection des invalides; c. dysplasie de hanche chez les nouveau-nés. 13. Maladie et mort du professeur Wierzejewski. 14. Difficultés avec la thèse d'Etat. 15. Travail au Centre d'Education Physique de l'Université de Poznań: a. études sur les défauts de la colonne vertébrale chez les enfants à l'âge scolaire; b. Cours de la gymnastique corrective. 16. Etudes en Suède. 17. Exercices fonctionnels pratiqués à l'Institut. 19. Congrès italien à Bologne. 19. Congrès international à Londres. 20. Congrès international à Bologne et à Rome. 21. Installation à Bydgoszcz. 22. Congrès en Suisse. 23. A la veille de la III-e guerre mondiale. 24. En campagne de septembre 1939. 25. Vie nouvelle à Varsovie sous l'occupation nazie.

W. Dega

#### MEIN LEBENSWEG ZUM WISSEN UND BERUF

1. Die Jünglingsjahre; 2. An den Kriegsfrenten; 3. Der Aufstand in Großpolen (1918—1919); 4. Hochschulstudien für Militärärzte in Werschau; 5. Medizinisches Studium in Posen; 6. Assistentenperiode; 7. Studium in Frankreich; 8. Träume auf dem Rückwege; 9. Rückkehr in die Posener Klinik; 10. Das Problem der Riesenzellentumoren; 11. Studium in Italien; 12. In der Posener Klinik nach der Rückkehr aus Italien: a) das Problem der Gelenkknöchentuberkulose, b) das Problem der Krüppelfürsorge, c) die angeborene Hüftdysplasie; 13. Prof. Wierzejewskis Krankheit und Tod und seine Folgen; 14. Komplikationen im Habilitationsverfahren; 15. Die Arbeitsstätte am Lehrstuhl für Körpererziehung an der Universität Posen: a) Untersuchung der Haltungsfehler bei den Schulkindern, b) Kurse der Ausgleichsgymnastik; 16. Studium in Schweden; 17. Angewandte funktionelle Übungen im Institut; 18. Italienischer Kongress in Bologna; 19. Internationaler Kongress in London; 20. Internationaler Kongress in Bologna und Rom; 21. Übersiedlung nach Bydgoszcz (Bromberg); 22. Der Ärztetag in der Schweiz; 23. Am Tag vor dem Ausbruch des II. Weltkrieges; 24. Septemberfeldzug; 25. Neues Leben im besetzten Warschau;