

Gutt, Romuald Wiesław

Rozwój nauk medycznych w Polsce w latach 1919-1951

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 36/1, 87-132

1991

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.



Romuald Wiesław Gutt**ROZWÓJ NAUK MEDYCZNYCH W POLSCE W LATACH 1919-1951***

W jednym z poprzednich tomów *Historii Nauki Polskiej* (T. 3, Wrocław 1977 s. 602-618) zwrócono uwagę na dwa stadia rozwoju nauk medycznych: adaptacji i upowszechniania istniejących zdobyczy oraz stadium dochodzenia do własnych, samodzielnych osiągnięć. Podział ów, łatwo dostrzegalny w czasach Oświecenia, można odnieść również do następnych stuleci. Gdy medycyna w kraju naszym zdołała osiągnąć poziom światowy i wtedy, gdy byłoby można pokusić się już o szukanie umiejscowionych w czasie proporcji między jednym i drugim stadium, zaszyły właśnie okoliczności zmuszające do wyścigu żelaza i wyścigu krwi, koniecznych i potrzebnych, aby znamieniem mających nadejść czasów mógł być stać się wyścig pracy, w odrodzonej i suwerennej ojczyźnie.

Polscy lekarze współdziałali z ruchem niepodległościowym, lekarz nigdy jednak nie może zapominać o potrzebach chwili, troszczył się więc o zdrowie powierzonych sobie ludzi, świadom tego, by „pracować dla tej ziemi która nas zrodziła i wykarmiła” i tak postępować, „żeby nie zawieść położonego zaufania” (Jan Filip Kulesza). Pracować dla tej ziemi przyszło niejednemu poza jej granicami, zawsze z myślą, aby poziom wiedzy lekarskiej w niczym nie ustępował ogólnoswiatowemu (Walery Jaworski).

Tuż po odzyskaniu niepodległości ruszyły pełną parą wydziały lekarskie, jak i towarzystwa naukowe, w wielu przypadkach jedynie kontynuujące swą działalność, zapoczątkowaną jeszcze w okresie zaborów.

Wiek XVIII ustąpił miejsca nadchodzącemu stuleciu w okolicznościach dramatycznych, pełnych napięcia i wstrząsów. Zmiany zasługujące w ocenie retrospektywnej na miano doniosłych, nadające kierunek rozwojowi poszczególnych dyscyplin stały się dostrzegalne dopiero w latach trzydziestych XIX stulecia. Równie niepostrzeżenie stulecie to przeszło w wiek bieżący, w sprawach nauki także niezgodny z kalendarzem. Wiek XIX przetrwał do końca pierwszej wojny światowej, toteż próba oceny rozwoju nauk medycznych po roku 1919 dotyczy okresu niemowlęcego, następnie okresu dorastania medycyny XX stulecia, nowego, zatem innego. Ukierunkowanie nauk medycznych ilustrują do pewnego stopnia nagrody Nobla, przyznane między rokiem 1919 a 1951. Było ich w sumie czterdzieści trzy. Na odkrycia z zakresu biochemii przypadło wśród nich szesnaście (= 37,2 procent). Próba oceny z uwzględnieniem dziesięciu lat poprzedzających zakończenie pierwszej wojny i tyłuż wykraczających poza przyjętą tu granicę czasu potwierdza ową preferencję.

* Praca przygotowana w 1981 r. dla V tomu „Historii nauki polskiej”. Autor zmarł w 1988 r. Tekst pochodzi z papierów pośmiertnych udostępnionych przez rodzinę.

Tab. 1. Nagrody Nobla w latach 1908-1961

Lata	Medycyna	Chemia	Fizyka	Ogółem
1908-18	8	10	12	30
1919-51	43	36	34	113
1952-61	20	12	20	52
Ogółem	71	58	66	195

Należy jednak nie tracić z oczu, że nagrody te niekoniecznie musiały obejmować najdonioślejsze odkrycia i że laureatom, ponad wszelką wątpliwość zasłużonym dla nauki, możnaby przeciwstawić drugie tyle, jeżeli nie więcej naukowców przeoczonych bądź zapomnianych, zasłużonych w równym, często może nawet większym stopniu z tego chociażby względu, że niejednokrotnie ich osiągnięcia warunkowały możliwość prowadzenia badań później wyróżnianych i nagradzanych. Przytoczone liczby mają więc charakter jedynie orientacyjny.

Zbliżone dane ukazuje analiza publicystyki medycznej omawianego okresu. Trzeba jednak podkreślić, że podręczniki, monografie i periodyki traktowane jako źródła ukazują nie to, co w danym okresie było osiągnięciem, lecz to, co w optymalnym układzie rzeczy mogło być osiągnięciem. Rzeczy nowe, warte przemyślenia czy przedyskutowania, w sumie abstrakcyjne, najczęściej skądinąd początkowo odrzucane, nie pociągały za sobą radykalnych zmian w zawodowej rutynie; zmiany takie na ogół bywały zastrzeżone dopiero dla następnego pokolenia. Trzeba wskazać, że różnica między tym, co osiągalne i osiągalne bynajmniej nie maleje, lecz wręcz przeciwnie, w miarę upływu czasu staje się coraz większa. Cechą XX stulecia jest nieustanne pogłębianie przepaści między teorią i praktyką.

Tab. 2. Medyczne nagrody Nobla w latach 1908-1961

Lata	Bio- chemia	Mikrobiologia i serologia	Fizjo- logia	Nauki kliniczne	Inne nauki teoretyczne	Ogółem
1908-18	1	2	1	3	1	8
1919-51	16	7	10	5	5	43
1952-61	7	6	-	3	4	20
Ogółem	24 =33,8%	15 =21,1%	11	11	10	71 =100%

Osiągnięcia medycyny należałoby oceniać z trojakiemu punktu widzenia: co uzyskiwała nauka, czym mógł dysponować lekarz praktyk oraz jak przedstawiało się korzystanie ze świadczeń lekarskich. To ostatnie wiąże się z organizacją służby zdrowia, nie zawsze i nie we wszystkim zadowolającą.

Wpiew rzut oka wstecz: Jędrzej Śniadecki narzekał, że przesadnie naukowe wychowywanie medyków „daje z jednej strony napuszonych i nieznośnych bakałarzy, na których spojrzeć bez wzdrygnięcia ramionami nie można, z drugiej pełne pokoje i sale pretendentów do nauki, rozumu i dowcipu, na których wspomnienie drży rozsądek, a którzy są prawdziwą klęską i zarazą terażniejszych towarzyszt”. Otóż naukowe wychowywanie przyszłych lekarzy stało się jeszcze bardziej przesadne, nadto, zwłaszcza gdy po drugiej wojnie powstały nowe uczelnie medyczne, można było tu i ówdzie dostrzec wadliwie pojmowaną konkurencję, daleką od potrzebnej i stymulującej rywalizacji, często za to bliską monoteizmowi doktrynalnemu, sprzecznemu z duchem medycyny, najbardziej eklektycznej spośród wszystkich nauk. Na jednym z kolejnych spotkań laureatów nagrody Nobla (r. 1979) Richard L.M.Synge porównał niektóre pseudonaukowe zapędy do wysiłku alchemików, dręczonych żądzą otrzymywania złota i jednocześnie zwrócił uwagę na sprawę marnotrawstwa, wiążącego się z trudnymi do zaspokojenia ambicjami.

Studiujący medycynę chce zostać lekarzem, może przy tym bądź obok tego stać się naukowcem. Pewien odsetek absolwentów istotnie poświęci się pracy badawczej, przeważając większość stanowią jednakże przyszli lekarze. Otóż w XX stuleciu dość często zapomina się o tym, co jest celem kształcenia, co zaś jedynie środkiem doń wiodącym. W ubiegłym stuleciu zjawisko to nie rzucało się w oczy.

Po zakończeniu I wojny nie dostrzegało się zdecydowanych różnic wyposażenia zakładów czy klinik, podobny stan rzeczy utrzymał się w poszczególnych krajach do schyłku lat czterdziestych. W latach dwudziestych praca naukowa odbywała się w warunkach raczej skromnych. Nieodzowna aparatura nie była na ogół zbyt trudno dostępna. W zakładach teoretycznych istniał pewien standard, wywodzący się z czasów Pasteura, Kocha, czy Nenckiego; kliniki uniwersyteckie starały się o wyodrębnienie „swojego” problemu, co nie wpływało jednakże na ogólny tok pracy. O tym, jakie zaszły zmiany, mówi zwięzła notatka prasowa: z końcem 1975 roku na łamach szwajcarskiego dziennika zamieszczono zdjęcie; przed wejściem do kliniki w Zurychu stoi profesor oraz ośmiu asystentów. W r. 1924 tych dziewięciu lekarzy miało tam pod opieką 208 chorych. Po upływie pięćdziesięciu lat liczba łóżek uległa zmniejszeniu do 180, za to liczba lekarzy wzrosła do 132. Gdy więc w przyszłości historyk medycyny zechce uzyskać wgląd w to półwiecze, ta właśnie notatka, skojarzona z przytoczoną wypowiedzią laureata nagrody Nobla umożliwi mu dokonanie oceny zwięzłej i bardzo treściwej.

Innym nowym zjawiskiem stało się stopniowe zanikanie autorytetów. Na pierwszy plan zaczęły wysuwać się zespoły badawcze, trudno jednak było w XX wieku mówić nadal o szkołach medycznych, tak bardzo typowych dla wcześniejszych stuleci. Bezspornie, dostrzegało się owe szkoły nawet po zakończeniu działań wojennych i jeszcze wtedy podręczniki bywały dziełami jednego autora (Orłowski, Supniewski, Tempka, Venulet i in.), u schyłku lat czterdziestych rysował się już całkiem wyraźnie nowy prąd.

Publicystyka XX stulecia różni się znacznie od XIX-wiecznej. Periodyków było podówczas mniej, jakkolwiek i tak zbyt wiele; by mogły być śledzone na bieżąco. Dawniejsze publikacje były śmielsze, nosiły bardziej wyraźne piętno indywidualności, w stylu i w treści. Po II wojnie stały się bardziej standardowe.

Uczeni ubiegłego stulecia napotykali na liczne trudności zupełnie niezależne od spraw naukowych. Schoenlein czy młody Virchow poznali je tak jak u nas Ignacy Baranowski, Szokalski, Nencki, Strasburger i wielu innych. Po roku 1933 zaszły w Europie zjawiska nasilone w sposób przekraczający najbardziej pesymistyczną wyobraźnię.

Wojna uniemożliwiła w niektórych krajach pracę badawczą, utrudniła wymianę doświadczeń. Oczywiście medycyna, w szczególności chirurgia czy nauka o chorobach zakaźnych, niejedno zyskały, trudno jednak oprzeć się przeświadczeniu, że cena za owe zdobycze była mimo wszystko za wysoka.

Osiągnięcia na licznych odcinkach są bardzo duże, choć ich suma ukazuje, że „ignorabimus” Du Bois-Reymonda zawiera jednak istotę rzeczy. Nie określa granic ani topografii, tym wyraźniej jednak daje się dostrzec istotę rzeczy, im bardziej rozległy jest postęp nauki. Osiągnięcia nie mogą także przesłonić bezradności na wielu odcinkach, czy zupełnej bezsilności na innych. Zwątpienie, jeśli staje się krańcowe, przynosi tyleż samo szkody, co i przesadny optymizm. W każdym razie w piśmiennictwie medycznym XX stulecia coraz częściej jawi się określenie *aporia*, tj. bezdroże lub bezradność.

NAUCZANIE MEDYCYNY

Po odzyskaniu niepodległości istniało w Polsce pięć wydziałów lekarskich (Warszawa, Kraków, Poznań, Lwów, Wilno). Po zakończeniu działań wojennych czynnych było siedem (Lublin, Kraków, Warszawa, Poznań, Wrocław, Gdańsk, Łódź), po r. 1948 doszły jeszcze trzy (Szczecin, Rokitnica-Zabrze, Białystok).

Tab. 3. Liczba studiujących w roku akademickim 1926/27*

	Ogółem	Wydział lekarski	Wydział farmaceutyczny	Wydział teologii	Wydział prawa
Warszawa	9.047	1.113	279	240**	2.467
Lwów	6.463	779	-	99	2.007
Kraków	5.706	537	156	163	1.518
Poznań	3.622	616	-	-	1.350
Wilno	2.806	596	176	130	765

* Z pominięciem niektórych fakultetów

** Wraz z teologią ewang. i prawosł.

(Wg Trzaski-Everta-Michalskiego)

Program nauczania nie uległ większym zmianom, wszędzie był bardzo zbliżony do wzorów z przełomu stulecia. Rozróżniano nadal wykłady i ćwiczenia obowiązkowe oraz zalecane. Nie posiłkowano się testami egzaminacyjnymi. Utrzymał się dawny schemat: zaliczenie wykładów oraz ćwiczeń i zajęć praktycznych. Kołokwium końcowe warunkowało dopuszczenie do egzaminu, powtarzanego w razie niepowodzenia w drugim terminie, wyznaczanym przez egzaminatora. Ewentualna druga poprawka wymagała już zgody dziekana, choć w gruncie rzeczy zależało to od egzaminatora: o ile niepowodzenie nie zostało wpisane do protokołu, poprawek mogło być więcej, bez zwracania się do dziekanatu.

Dawne rygorozą nazywano grupami egzaminacyjnymi, ukształtowanymi następująco: grupa I — chemia i fizyka, przy czym chemia tu i ówdzie stanowiła dwa odrębne przedmioty: organiczna i nieorganiczna; grupa II — anatomia prawidłowa, fizjologia, chemia fizjologiczna, biologia i histologia; grupa III — patologia ogólna i mikrobiologia; grupa IV — anatomia patologiczna i farmakologia z recepturą; grupa V — choroby wewnętrzne, choroby dziecięce, psychiatria i neurologia, dermatologia i położnictwo, laryngologia oraz radiologia z ortopedią; grupa VII — higiena i medycyna sądowa. Niektóre przedmioty zdawano łącznie, liczba egzaminów w każdym razie przekraczała dwadzieścia.

Tab. 4. Liczba studiujących i absolwentów

Rok akademicki	Studiujący		Absolwenci	
	med.	stom.	med.	stom.
1937/38	3.881	481	520	85
1945/46	6.111	1.928	432	82
1946/47	7.814	2.137	383	250
1947/48	8.626	2.650	345	181
1948/49	9.376	3.588	353	245
1949/50	11.109	4.280	909	776
1956/57	20.121	4.323	2.918	279

(*Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia*. GUS, Warszawa 1969).

Dwa pierwsze lata przedkliniczne zawsze były wysyczone, trzeci rok studiów uchodził za wypoczynkowy. Oto dane porównawcze z lat 1937 i 1947: przed wojną wykłady i ćwiczenia w klinice propedeutycznej — po cztery godziny tygodniowo — rozpoczynały się w trymestrze zimowym, tj. VIII, w r. 1947 o trymestr wcześniej, jedne i drugie w wymiarze pięciogodzinnym. Farmakologię, wykładaną przed wojną na czwartym roku, przeniesiono na trzeci. Nie uległa zmianie liczba godzin wykładowych z anatomii patologicznej — po pięć w każdym trymestrze trzeciego roku. Po wojnie suma zajęć z tego przedmiotu, łącznie z ćwiczeniami, wzrosła z jedenastu do trzynastu tygodniowo. Zajęcia w VII trymestrze z dwudziestu czterech godzin tygodniowo wzrosły po wojnie do trzydziestu ośmiu, w VIII trymestrze liczba ich z trzydziestu pięciu wzrosła do czterdziestu jeden, w trymestrze IX z dwudziestu siedmiu do trzydziestu dziewięciu. Mimo to trzeci rok studiów w dalszym ciągu mógł uchodzić za wypoczynkowy. Studia kliniczne przyjęły odmienny styl dopiero po oderwaniu wydziałów lekarskich od uniwersytetów.

Zgodnie z ustawą z dnia 13 lipca 1920 r., nieznacznie modyfikowaną w latach 1921, 1925 i 1928, władze uczelni kształtowały się według hierarchii: zebranie ogólne profesorów, senat, rektor uczelni, rady wydziałów, dziekani.

Lata 1918-1950 to jak wspomniano schyłkowy okres szkół. Cechy odmiennie, zarysowujące się z końcem lat czterdziestych, nie musiały być dostrzegane na bieżąco.

Od zakończenia I wojny stopniowo zanikał obyczaj wędrowek z uczelni na uczelnię. Możliwość dokonywania wyboru miejsca wysłuchiwania poszczególnych przedmiotów był jednak zjawiskiem pozytywnym, przysparzającym samodzielności przyszłym absolwentom.

tom. Opinia poszczególnych ośrodków czy katedr nie była najczęściej wytworem legendy, toteż chęć pobierania nauki od jej przedstawicieli wybiegających poza stereotyp była w pełni zrozumiała. Tu właśnie, w dydaktyce, łatwiej niż gdziekolwiek indziej dostrzec, że *duo cum faciunt idem, non est idem*.

Nie będzie wyrazem postępu, jeśli s z k o ł a zacznie w miarę upływu czasu zmieniać się w s z k ó ł k ę, tak jak nie jest wyrazem postępu, gdy indywidualność wykładowcy zaczyna rozpychać się w anonimowości coraz bardziej licznych pomocniczych pracowników dydaktycznych, reprezentujących zaledwie ortodoksję, niejednokrotnie pojmowaną oraz egzekwowaną *ad litteram*.

Dziesięć Akademii Medycznych posiadało — rozpoczynając swą działalność — 306 samodzielnych pracowników nauki na pełnym etacie oraz 50 na niepełnym, nadto 2 292,5 etatu dla pomocniczych pracowników nauki. Była to w ocenie pierwszego dyrektora Departamentu Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia kadra przypadkowa i zmienna, „nie można było mówić o dydaktykach i wychowawcach ani o pracownikach nauki w ścisłym tego słowa znaczeniu” (Ksawery Rowiński).

Studia medyczne uchodziły przed wojną za trudne, liczba miejsc była ograniczona, nauczanie było jednak łatwiejsze. Spory o *numerus clausus* bądź *numerus nullus*, często burzliwe, wpływały ujemnie na tok zajęć, nie były jednakże powodowane niedostatkami programów nauczania.

Po zakończeniu wojny liczba studiujących uległa raptownemu zwiększeniu, zapanowała ciasnota, zakłady i kliniki nie mogły zostać należycie wyposażone, choć i tak wiele znaczyła pomoc obca (UNRRA, Szwecja). Powojenne przygotowanie młodzieży do studiów wyższych trudno było określić jako wystarczające czy zadowalające. Mimo to pierwsze lata powojenne nie pobudzały do pesymistycznych rozmyślań. Lata okupacyjne nie zdewastowały starych szlaków, zdołano utrzymać styl. Poczucie odpowiedzialności nauczycieli i zapał do studiów ludzi świadomych tego, że wojna ukradła im szereg lat akademickich stwarzały warunki po temu. Koła medyków rozpoczęły natychmiast działalność wydawniczą i samokształceniową w zakresie języków obcych, gdy nie było jeszcze lektoratów.

Niestety, rok akademicki 1949/50 był ostatnim odcinkiem tradycyjnej drogi. Powstały wspomniane już Akademii Medyczne jako odrębne, jednokierunkowe uczelnie wyższe. Innowacja ta szybko okazała się posunięciem niefortunnym.

Gdy więc w przeddzień sześćsetlecia Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpisano wśród krakowskich absolwentów wydziału lekarskiego ankietę, zaledwie 2,5% zapytywanych nie dostrzegало żadnych braków. Niedobory wykładów z interny wyniosły w opinii byłych studentów Akademii Medycznej 26,5%, niedobory ćwiczeń z tego przedmiotu aż 53,7%. W zakresie innych przedmiotów niedobory te wyrażały się: w chirurgii 16,9 i 58,4%, w pediatrii 22,8 i 43,7%, w ginekologii z położnictwem 17,7 i 60,5%. Interesujące, że 43% zapytywanych wysunęło postulat uzupełniania programu przedmiotami humanistycznymi (J. Bejnarowicz). Historyka nauki zainteresuje w przyszłości, dlaczego uczelnie techniczne pozostały związane z Ministerstwem Szkół Wyższych, nauki medyczne zaś oderwano od instytucji utworzonej w PRL właśnie po to, by czuwała nad całokształtem szkolnictwa wyższego.

Padające tu i ówdzie chętliwe sformułowania o „potrojeniu liczby uczelni wyższych” — obok Akademii Medycznych powstały także oddzielne uczelnie rolnicze — mogły sprawić zaledwie chwilową radość jednostkom uprawiającym kult statystyki i podatnym na mitologię, niezdolnym jednak do spoglądania w przyszłość.

W r. 1966 członkowie Wydziału Medycznego PAN wystąpili z memoriałem wskazującym na potrzebę rychłego powiązania wydziałów lekarskich z uniwersytetami. Uznali, że od momentu oderwania wydziałów lekarskich od starych uczelni macierzystych upłynął okres wystarczająco długi, aby pokusić się o ocenę i stwierdzić, że „nie znajdziemy nikogo wśród ludzi poważnych i mających poczucie odpowiedzialności, kto mógłby zaprzeczyć, że nauczanie lekarskie jest u nas źle postawione, jego wyniki są niedostateczne i na tym tle obecny stan i poziom medycyny polskiej jest więcej niż niezadowolający, co wszystko razem budzi największą troskę o dalszy rozwój nauk medycznych”. Apel ów pozostał bez rezonansu. Kolejne lata ukazały, że autorzy memoriału H.Brokman, Fr.Czubalski, L.Fleck, Fr.Groer, J.Heller, J.Konarski, M.Michałowicz, E.Mikulaszek, J.Miodoński, A.Opalski, W.Orłowski, L.Paszkievicz, B.Skarżyński, St.Skowron, T.Tempka i W.Zawadowski mieli całkowitą słuszność.

Dawne fakultety medyczne dysponowały aparatem administracyjnym, nieodpowiednim, lecz proporcjonalnym do potrzeb. Akademii Medycznej od początku cechował przerost administracji. Hiperplazja taka, opisana przez C.N.Parkinsona, nie mogła nie niszczyć podłoża. Stopniowo, lecz bardzo konsekwentnie forma zaczęła dominować nad treścią. Jan Miodoński wskazywał, że postęp leży nie w komplikowaniu, lecz w upraszczaniu metod eksploatacji danego urządzenia. Wskazywał i na to, że „nie wolno wykładowcy ani na chwilę zapominać o całości medycyny, nie wolno lekkomyślnie zamulać umysłu studenta zbędnymi szczegółami”, zwracał uwagę, że kształcenie studenta ma dać takie przygotowanie, aby student był w stanie samodzielnie przyswajać sobie wiedzę.

Po odzyskaniu niepodległości Polska dysponowała trzema uczelniami promującymi lekarzy. Uniwersytet Warszawski przyznawał kończącym studia jedynie tytuł lekarza, Uniwersytet Jagielloński oraz Uniwersytet Jana Kazimierza nadawały tytuł doktora wszech nauk lekarskich (*medicinae universae doctor*). Uniwersytet Warszawski oraz Poznański natychmiast przejęły ów zwyczaj, jedynie Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie pozostał przy tytule lekarza.

Na mocy art. 95 Ustawy z dn. 13 lipca 1920 r. niższymi stopniami naukowymi miały być: magister, licencjat, lekarz, inżynier i architekt dyplomowany. Posiadanie takiego stopnia warunkowało uzyskiwanie stopnia doktora, poprzedzone przedstawieniem samodzielnie wykonanej pracy, zatwierdzonej przez właściwą komisję, po czym następował egzamin ścisły z przedmiotu głównego oraz jednego przedmiotu pobocznego. Zgodnie z brzmieniem Ustawy minister WRiOP wydał zarządzenie o ujednoczeniu procedury, mające obowiązywać od roku akademickiego 1928/29. Sejm jednakże uchwalił przedłużenie do 1932 r. ustawy austriackiej. Od roku 1933 obowiązywał stopień doktora medycyny. Zwyczaj ten utrzymał się do r. 1952. Trudno oprzeć się przekonaniu, że odebranie stopnia doktora wszech nauk lekarskich było krzywdzące i nie przyniosło bynajmniej pożytku nauce. Niejedna bowiem dysertacja — „samodzielnie wykonana” — była pierwszą i jednocześnie ostatnią, jedyną „pracą” kandydata do stopnia naukowego, pracą ogłaszaną drukiem bądź przechowywaną jedynie w archiwach uczelni.

Można przyjąć, że stwarzanie przedziałów między lekarzem działającym w klinice czy instytucie naukowym a lekarzem praktykiem nie leży w niczym interesie. Uwagi

Władysława Biegańskiego o świątyni nauki i zajmowanym w niej miejscu przy ołtarzu czy w przedsionku, w niczym nie straciły na aktualności¹

Studia, egzekwowanie zdobytych wiadomości; treść i forma. Sięgnijmy po przykład kolokwium z anatomii. Grupa preparująca naczynia i nerwy kończyny zamierza zaliczyć ów preparat. Wymoczone uprzednio w formalinie pozszypane postronki, konfrontowane z atlasem anatomicznym, nie wniosą już chyba nic nowego. Starszy asystent, proszony o przeegzaminowanie, nie jest w humorze, odrzuca kilkakrotnie prośbę, wreszcie egzaminuje i oblewa wszystkich, dając im „odstawkę” na trzy dni. Okres ów mija i następnym razem zdają wszyscy. Trzy dni, z czego dwa dni w tygodniu były przeznaczone na popołudniowe zajęcia z chemii fizjologicznej, przed południem odbywały się obowiązkowe wykłady. Ile zatem czasu można było poświęcić na „nauczenie się” anatomii naczyń i nerwów kończyny?

Prawdopodobnie nikt nie zechciałby twierdzić, że anatomia prawidłowa nie jest przedmiotem ważnym, podstawowym. Idzie jednak o to, że w trakcie kolokwium padały często pytania o szczegóły i szczególiki, które ulatniały się z pamięci tuż po zdaniu kolokwium czy egzaminu. Argument o gimnastyce pamięci nie wytrzymuje krytyki, tu więc, w tym kontekście, wypadałoby raczej wrócić do słów profesora Miodońskiego o niepotrzebnym zamulaniu umysłów studentów (p.w.). Gdy profesor Rowiński mógł być orzec, że kadra pomocnicza Akademii Medycznej nie zawsze była na poziomie, nie musi to oznaczać, że przedtem wszystko było zadowalające..

Ocena wycinka dziejów — tu dziejów nauczania medycyny — jak każda próba oceny winna doprowadzić do jakichś wniosków. Jeżeli dzieje medycyny ocenia zajmujący się nimi lekarz, będą to wnioski bliższe medycynie niż historiozofii.

Nauczanie medycyny w XX stuleciu, biorące początek — tu do dyskusji — od Boerhaavego czy J.P.Franka, było do końca omawianego okresu konsekwentne. Nowe zdobycze pociągały, czasem urzekały, budziły polemikę, zapładniały myśl, owocując jednak najczęściej dopiero w warsztacie młodszego pokolenia. Bez względu na amplitudę zapatrywań, nie tracono z oczu zasadniczego rozgraniczenia: co jest celem, co zaś jedynie środkiem doń wiodącym. W połowie XX stulecia można było dostrzec, że wielu ludzi nauki, wśród nich także wielu dydaktyków, już nie potrafi nakreślić tej granicy.

Jeżeli trafne jest spostrzeżenie, że prawo nie nadąza za życiem, można będzie zapewne wykroczyć tu o dwa lata wprzód i zacytować fragment orzeczenia Sądu Najwyższego z końca 1953 r. Oceniono tam, że medycyna należy obecnie do nauk ścisłych i „nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość materialną”, w związku z czym nie można jej ujmować jako sztuki (Bolesław Popielski). Stanowi to wyraz ducha czasu — wszak już u schyłku lat czterdziestych posiłkowanie się określeniem „psyche” było arcynewskazane — zdolnego całkowicie lekceważyć to wszystko, co stanowi najwyższą wartość człowieka. Jednocześnie można dostrzec i to, że medycyna, coraz bardziej rozpadająca się na specjalności i podspecjalności będzie przez wielu uważana za sumę

1 Nie musiało dziwić, jeżeli czasem padały określenia, że studia zwane wyższymi niejednokrotnie bywają szkołą niższych instynktów. Przede wszystkim bardzo dowolny był poziom egzaminów, nie tylko z poszczególnych przedmiotów i w różnych uczelniach, lecz nawet z tego samego przedmiotu, zaliczanego przez tego samego egzaminatora. Określenie „gielda egzaminacyjna” nie jest „naukowe”, mimo to należy do historii. Tak jak przedmiotem wnikliwych studiów bywały niejednokrotnie obyczaje, nawyki czy humor egzaminatora i zespół czynników nań wpływających. Byłoby dobrze uświadomić sobie, że określenia „naukowiec” i „dydaktyk” nie są bynajmniej synonimami.

nauk, składających się na całość tej gałęzi wiedzy. Bardzo to zagraża nauczaniu medycyny. Student nie wynosi z uczelni przeświadczenia, że medycyna jest czymś bez porównania więcej niż ową sumą i zawiera więcej elementów nieznanymi niż znanych. Te ostatnie zdołano poznać nawet drobiazgowo i miejscami tak dokładnie, że stała się całkowita — przynajmniej chwilowo — bezużyteczność praktyczna licznych szczegółów. Co więcej, niejednokrotnie trudno dostrzec możliwości integracji wielu elementów. Jest to być może wyrazem dekadencji rozwijanej w tradycyjny sposób nauki i jej nowa era rozpocznie się może jutro czy pojutrze i wtedy ktoś dokonując oceny dnia dzisiejszego, znajdzie w nim zalążki nowej, przyszłej nauki, bardziej przydatnej w praktyce — przynajmniej na jakiś czas — niż to, co osiągnięto w ciągu dwudziestu kilku stuleci.

Współczesny historyk logiki orzekł, że jedną z największych wad filozofii współczesnej jest brak umiaru. To jak gdyby echo 106 *Listu* Seneki czy sarkastycznego osądu Petroniusza. Otóż program wielu przedmiotów medycznych jest nacechowany właśnie brakiem umiaru. Istnieje różnica między wyłożeniem przedmiotu w sposób mogący ukształtować pojęcie o przedmiocie, samym przez się bądź wkomponowanym w całość wiedzy lekarskiej i tymże przedmiocie wykładanym z najdrobniejszymi szczegółami, którymi wykładowca mógłby operować na wąskospecjalistycznym kongresie naukowym, lecz nawet i tam, poza ścisłym gronem, napotkałby pełne uszanowanie potakiwanie, jednakże bez prób podejmowania dysputy. Tymczasem właśnie takie szczegóły bywają wykładane i o nie bywa pytany student w trakcie egzaminu, co nie musi pociągnąć niemiłych następstw, jeżeli egzaminator ma szerszy światopogląd, będzie natomiast często ogromnie niemiłe w trakcie kolokwium, warunkującego dopuszczenie do egzaminu, jeżeli egzaminuje pomocniczy pracownik nauki, który zanim zdołał wyrobić sobie konkretny światopogląd, mogący ukazać proporcje najróżniejszych zagadnień, już zna swój przedmiot, ale tylko ów przedmiot, traktowany nawet nie pierwszoplanowo, lecz na prawach wyłączności.

Zjawisko to jest groźne i jeżeli można mu zapobiec, to chyba jedynie wprowadzając do nauczania medycznego więcej elementów humanistycznych, na równi traktowanych.

OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE

Po zakończeniu I wojny można było dostrzec, że biochemia, wtedy jeszcze nazywana chemią fizjologiczną, ma już ugruntowaną pozycję. Wiek XX ukazał większą niż do owej pory współzależność poszczególnych nauk. Wszystkie były uzależnione od postępów chemii, zarówno nauka o czynności narządów i układów, w warunkach zdrowia i choroby, jak i nauki morfologiczne. Z cytologii wyrosła cytochemia i cytoenzymologia. Wśród wielkich architektów biochemii, historyk współczesny wymienił Jakuba Karola Parnasa, obok Embdena, Warburga i Meyerhofa (M.Florkin), wspominając „szkołę Parnasa” i jej osiągnięcia z lat dwudziestych oraz trzydziestych (W.Mozołowski, T.Baranowski i inni).

Coraz więcej uwagi poświęcano układowi wewnątrzwydalniczemu oraz przemianom mineralnym. Do ważnych osiągnięć trzeba zaliczyć wyjaśnienie struktury nukleotydów (Phoebus A. Levene, r. 1925), otrzymanie krystalicznej ureazy (James B. Sumner, r. 1926) i określenie struktury białkowej enzymów (John H. Northrop, r. 1930 nn.). Kierunkowskazem stało się określenie wzoru cholesterolu (Adolf Windaus i Heinrich Otto Wieland, r. 1931) i stwierdzenie o rok później, że cholesterol i estrogeny mają identyczny rdzeń (J.O.Bernal). Rok 1933 obfitował w szczególnie ważne spostrzeżenia. James B. Collip wykrył powiązania między przysadką i koroną nadnerczy, Hans A. Krebs

i Kurt Henseleit opisali cykl przemian mocznika, Gustaw Embden i Otto Meyerhof — cykl przemian glikolizy i fermentacji. W latach 1935-36 Parnas i Baranowski opisali proces fosforylacji glikogenu, doniosłe znaczenie miały także doniesienia Parnasa na temat fosfofruktokinazy (1938 r.).

Ważne dla nauki było zapoczątkowane w połowie lat trzydziestych znakowanie izotopowe (Rudolf Schoenheimer, David Rittenberg, Jakub K. Parnas). U schyłku lat czterdziestych Fritz A. Lipmann wyizolował i określił koenzym A, uczestniczący w cyklu Krebsa, w przemianach kwasów tłuszczowych i karboksylowych, w syntezie sterydów oraz porfiryn.

Praca naukowa sprowadza się do umiejętności dostrzegania w porę Ameryki, gdy obrana droga wiedzy z założenia do Indii. Dostrzeżenie w porę oznacza dla jednych przystanek i eksplorację poszczególnych sektorów nowego ładu, dla innych zaś natychmiastową eksploatację złazisk. Do dzieła przystępują teoretycy i wraz z nimi, obok nich, czasem nawet przed nimi praktycy. Między dokonaniem odkrycia a wykorzystaniem najczęściej jednak upływa kilkanaście lat. Nie każde odkrycie bywa trafnie ocenione na bieżąco. Czasem odwrotnie — budzi natychmiast duże zainteresowanie. Wkrótce po odkryciu insuliny (Frederick Grant Banting i Charles Herbert Best, r. 1921), John J. Abel otrzymał ją w postaci krystalicznej (r. 1926), w dziesięć lat później Hans Christian Hagedorn usprawnił terapię dzięki otrzymaniu insuliny protaminowej, związku o przedłużonym działaniu. Wykrycie prolanów A i B (Bernhard Zondek i Selmar Ascheim) przysłużyło się najpierw diagnostyce (1926), pobudziło jednak, podobnie jak poprzednie badania (Edgar Allen i Edward A. Doisy, r. 1923) do rozwiązywania dalszych zagadek i w roku 1931 Adolf F.J. Butenandt wyodrębnił związek nazywany androsteronem, w rok później określił strukturę estronu. W 1935 r. Ernst Laqueur otrzymał z jąder zwierzęcych testosteron, zaś Doisy krystaliczny estradiol, nieco wcześniej Butenandt i niezależnie od niego Ulrich Westphal, Max Hartmann, Karl Slotta i in. otrzymali progesteron. Jeśli zważyć, że do otrzymania grama estradiolu trzeba było 2 mln jajników świń, czy do grama testosteronu 12 tys. jąder byka, zrozumiałe, że o pożytku mogła być mowa dopiero po odkryciu syntetycznego otrzymywania tych związków, co powiodło się ostatecznie w latach czterdziestych.

Coraz większe zainteresowanie budziły hormony kory nadnerczy. Badania zapoczątkował Walter Myers u schyłku ubiegłego stulecia. Młody uczony, zainteresowany działaniem jadu żmij *in vitro* w eksperymencie na zwierzętach wykazał, że działanie hemolityczne jadu odbywa się zgodnie z prawidłami działania toksyna — antytoksyna. Większe dawki jadu zmieszane z surowicą zawierającą antytoksyny nie powodowały hemolizy, jednakże działały letalnie.

Myers przekonał się, że sporządzenie zawiesiny z dodatkiem substancji korowej nadnerczy zapobiega zejściu śmiertelnemu. Nie było to działanie swoiste i zależało od obecności substancji zawartej w nadnerczach. Niestety Myers zmarł, nie osiągnąwszy trzydziestego roku życia. Badania podjęli z końcem lat dwudziestych Banting oraz Frank A. Hartmann, George N. Stewart, Wolbur W. Swingle, Joseph J. Pfiffner i in., na szerszą skalę podjęli je Tadeusz Reichstein, Edward C. Kendall oraz Oskar P. Wintersteiner. Pracowali oddzielnie, stąd rozbieżność mianownictwa (Tab. 5).

Tab. 5. Mianownictwo hormonów kory nadnerczy

Nazwa przyjęta	Synonimy, nazwy używane w piśmiennictwie bieżącym
11-dezoksykortykosteron	związek Q (Reichstein), hormon przemiany elektrolitowej
17-oksy-11-dezoksykortykosteron kortykosteron	związek S (Reichstein) składowa B (Kendall), związek H (Reichstein)
11-dehydrokortykosteron	składowa A (Kendall)
11-oksykortykosteron	składowa F (Kendall), związek M (Reichstein)
17-oksy-11-dehydrokortykosteron	kortyzon, składowa E (Kendall), składowa F (Wintersteiner), związek Fa (Reichstein)

U schyłku lat trzydziestych Philip S. Hench przekonał się o przeciwrumatycznym działaniu kortyzonu. Był to impuls do badań nad syntezą kortykosterydów, uwieńczonych powodzeniem w latach pięćdziesiątych.

W jaki sposób powstaje barwnik krwi, dowiedziano się u schyłku omawianego okresu, kontynuując nie zawsze dostrzegane bądź doceniane badania Marcellego Nenciego, jak określenie hematoporfiryny jako izomeru bilirubiny (1888 r.), czy stwierdzenie, że redukcja heminy daje hemopirrol. Poprzez ten związek stwierdzono, że hemina składa się z czterech pierścieni pyrolowych (W.Kunster, R.Willstatter, H.Fischer i in.). Identyfikacja hematoidyny i bilirubiny została definitywnie potwierdzona dopiero w roku 1923 (H.Fischer i F.Reindel). Badania D.Shemina i D.Rittenberga wykazały, że hem powstaje z glicyny i kwasu bursztynowego, wytwarzanego w cyklu Krebsa. Zdołano poznać miejsca blokady syntezy hemoglobiny oraz jej tło. H.A.Itano i J.V.Neel opisali w roku 1950 dziedziczną anomalię hemoglobiny, polegającą na odmiennym układzie aminokwasów w globinie. Spostrzeżenia z tej dziedziny zaczęły się mnożyć w następnych latach (Edington i Lehmann, r. 1954, Rigas, r. 1955, Gerald i Diamond, r. 1958 i in.). Jest to znamieny przykład współzależności teorii i praktyki. Jeszcze w połowie bieżącego stulecia usiłowano tworzyć podziały niedokrwistości oparte wyłącznie na morfologii, jakkolwiek przed wybuchem II wojny można już było dostrzec, że hematologia nie może już być traktowana jako nauka oceniana jedynie w oparciu o te kryteria.

Józef Piotrowski omawiając u schyłku ubiegłego stulecia nowe osiągnięcia hematologii zwrócił uwagę, że krew zawsze odgrywała dużą rolę w medycynie, toteż historia hematologii „jest poniekąd historią całej medycyny”. Trafny ów osąd nie stracił aktualności: zakłócenia enzymologiczne i procesy odpornościowe śledzimy badając krew. W latach trzydziestych, w jednym z najpoważniejszych podówcza dzieł z zakresu medycyny wewnętrznej (Mohr i Staehelin), rozdział poświęcony chorobom krwi i układu krwiotwórczego pióra P.O.Morawitza obejmował około 200 stron. Z początkiem lat czterdziestych, w opracowaniu L.Heilmeyera, liczył sobie już ponad 700 stron. W piątym wydaniu, opracowanym również przez Heilmeyera i jego zespół, na pierwszą część dzieła, obejmującą jedynie hematologię ogólną, przypada 786 stron (1968 r.), część druga,

wydana w dwa lata później, omawiająca choroby układu czerwonokrwinkowego liczy 1082 stronie.

Choroby układu krwiotwórczego, dwutomowe dzieło Tadeusza Tempki wydane w latach 1950-1951 jest podsumowaniem ówczesnej wiedzy i w pewnym sensie zamknięciem określonego rozdziału nauki o krwi. Następne lata zmusiły do całkowitego przewartościowania kardynalnych pojęć. Inną formą podsumowania ówczesnej wiedzy, z jednoczesnym zasygnalizowaniem nowych kierunków były obrady I Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów (Kraków, 28-30 maja 1950 r.). W dyskusjach klinicznych na pierwszym planie znajdowała się nadal komórka, w ciągu trzech następnych lat uwidocznił się już nowy kierunek i pamiętnik II Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów mówi przede wszystkim o białkach.

W roku 1937 Norbert Henning i Erik Undritz, niezależnie od siebie, wyrazili przypuszczenie, że komórki plazmatyczne są komórkami gruczołowymi, następnie Undritz wykazał eksperymentalnie ich powiązania z produkcją białek. Były to spostrzeżenia słuszne, lecz nieco przedwczesne. Istotę rzeczy zdołano poznać dopiero w latach siedemdziesiątych. Plazmocyt, opisany jako twór limfopochodny (Waldeyer, r. 1875, Głuziński, r. 1906) miał według innych pochodzić z tkanki łącznej, długo także był uważany za komórkę „przejęciową” (Heilmeyer, Moeschlin, Rohr), jeszcze inni przyjmowali, że posiada odrębną komórkę macierzystą (Curllett i in.). Frank Macfarlane Burnet udowodnił, że plazmocytu wytwarzają przeciwciała i wprowadził pojęcie „pamięci odpornościowej”. Badania najnowszej daty potwierdziły unitarystyczną teorię hemopoety.

Warunkiem prawidłowości przemian jest równowaga kwasowo-zasadowa. Obok oznaczania poziomu sodu, potasu, wapnia, do badań ilustrujących rozmiary postępu medycyny należy oznaczanie mocznika, kreatyniny, cukru, enzymów i białek. Zdołano poznać, że do uczynienia około trzystu enzymów nieodzowna jest obecność magnezu. Gospodarka tym ważnym kationem jest sterowana przez układ hormonalny.

Bezspornie więc rozwój nauk medycznych uwarunkowała chemia. Jeśli uświadomić sobie, że u schyłku omawianego tu okresu mijają zaledwie sto lat od stwierdzenia identyczności protoplazmy zwierzęcej i roślinnej (Ferdinand Cohn, r. 1850, Wrocław) bądź nieco więcej niż pół wieku od wprowadzenia określeń anabolizm i katabolizm (Walter H. Gaskell, r. 1886, Cambridge), można śmiało mówić o stromej krzywej rozwoju, starając się jednak nie tracić z oczu, że postęp nauki obejmował przede wszystkim teorię, w medycynie stosowanej zaś uwidocznił się głównie na odcinku diagnostyki. Terapia natomiast nie rozwijała się i nie rozwija równolegle. Osiągnięcia dużej rangi przypadły na lata trzydzieste i powojenne, mimo to jednak w połowie XX stulecia niewiele było jednostek chorobowych dających leczyć się przyczynowo. Wszystko zatem jest względne i zależy od kąta widzenia.

Wspomniano o badaniach nad barwnikiem krwi i pochodnymi. Zawartość żelaza we krwi była znana od XVIII stulecia, w 1825 r. wiadomo było, że zawiera je właśnie hemoglobina. Minęło ćwierć stulecia i Moleschott wyraźnie mówił o chorobie wynikającej z niedoboru żelaza, podkreślając jej wielopostaciowość symptomatologiczną. Przeoczono to spostrzeżenie i natura blednicy (*chlorosis*) została wyświetlona dopiero w latach trzydziestych bieżącego stulecia, zresztą nie bez oporów, trwających ponad piętnaście lat. Podobne opory towarzyszyły pierwszym pracom na temat różnorodności tła licznych — po pokonaniu oporów coraz liczniejszych — niedokrwistości hemolitycznych nabytych i nieco później wrodzonych, określanych jako enzymopatie.

Zawsze szukano odpowiedzi na pytania „jak” i „dlaczego” dzieje się to, co zaprzęta uwagę. Wiedza zawsze była i jest porównywaniem, zawsze można powtórzyć za Kuzan-

czykiem, że *comparativa est omnis inquisitio*, chodzi jedynie o przesłanki, jak i sposoby czynienia pomiarów. Wreszcie i to odgrywa niemałą rolę, czyją uwagę zaprzatają owe pytania. Bolesław Skarżyński, jeden z współautorów cytowanego uprzednio krytycznego memoriału, zwracającego uwagę na niezadawalający poziom medycyny, o kilkanaście lat wcześniej wskazywał, że przed wojną nie dostrzegało się tendencji do prac zespołowych i w kraju naszym „nie istniało żadne planowanie prac badawczych”, gdy wiadomo z dziejów, że odkryć naukowych, zwłaszcza odkryć o znaczeniu kamieni milowych, nie można zaplanować. Można je rozbudować, gdy są dokonane, można ukierunkować dalsze badania, lecz i tu planowanie często zawodzi. Do nauki bowiem nie można przymierzać kategorii przemysłowych, produkcyjnych. Niedaleka przyszłość miała pokazać, że nawet i tam planowanie może dać żalosne rezultaty, brzemienne w następstwa zdolne obciążyć wiele pokoleń.

Niejedno spostrzeżenie czy odkrycie było przedwczesne. O tym, że pomysł nie będzie przydatny, gdy jawi się przed czasem, wiedział Wincenty Kadłubek. Spostrzeżeń takich, zrodzonych *ante diem*, było w medycynie dużo. Niemałą trudność stwarzało także rugowanie z medycyny dogmatyzmu, sekciarstwa i beźmyślnej rutyny (A. Wrzosek).

Niektóre dawne spostrzeżenia można dziś potwierdzić, jakkolwiek przesłanki będą zupełnie odmienne, wiele trzeba całkowicie odrzucić. Jeśli więc — dla przykładu — Baumes, twórca pierwszego chemicznego schematu w patologii (r. 1798; 1806) zaliczał blednicę do chorób wynikających z niedostatku ciepła, można mu przyznać słusność, jak i wtedy, gdy określa anemię jako chorobę z niedoboru tlenu, nie powtórzymy natomiast poglądu, że z braku ciepła miałyby powstawać puchlina wodna, czy skaza moczanowa z niedoboru tlenu. Jeśli kryteria chemiczne w patologii są dziś odmienne, to dlatego, że inne są metody pomiaru i poddawane ocenie bywają inne elementy.

Dzięki wprowadzeniu chemii do badania struktury można było wykrywać w utkaniu białko, glikogen, lipidy, złogi metali i in. Robert Feulgen (r. 1924) zajął się pomiarami cytofotometrycznymi jąder komórkowych i powiązał morfologię z genetyką. Dzięki mikroskopowi elektronowemu można było poznać strukturę ergastoplazmatyczną niektórych komórek oraz włókna kollagenowe mezenchymy. Mikroskop kontrastujący fazy (r. 1943) umożliwił zbadanie chromosomów. Niezwykle ważne było wprowadzenie przez M.I. Arinkina badań bioptrycznych szpiku (r. 1928), podjętych natychmiast przez szkołę krakowską (Tempka). Wcześniejsze próby zażyciowego uzyskiwania szpiku, datujące się sprzed I wojny były zawiłe technicznie, nadto były przedwczesne, jeśli zważyć, że u schyłku stulecia Władysław Biegański w swym znakomitym na owe czasy podręczniku *Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych* (1896) wspominał o zapoczątkowaniu badań hematologicznych, żywiąc przy tym przekonanie, że „nie można nawet marzyć o tym, żeby badania te mogły znaleźć szersze zastosowanie w klinice”. W książce tej, liczącej 898 stron, na choroby krwi i narządów krwiotwórczych, włączone do rozdziału zatytułowanego *Choroby ogólne, niezakaźne*, przypadło zaledwie dwadzieścia trzy strony. Zapatrywanie to nie było zresztą odosobnione i może warto przypomnieć, że w kilka lat później Eduard Heinrich Henoch, jeden z pionierów pediatrii i bystry obserwator, stwierdził był, że choć pisze się wiele o zmianach w krwi, nie dały one do owej pory „żadnych rezultatów posiadających wartość dla diagnostyki i terapii” i przyznał, że jeśli idzie o niego, to badania te „raczej zagmatwały mu obraz kliniczny niż rozjaśniły”. Takie właśnie wypowiedzi unaoczniają, jak bardzo rozrosły się po I wojnie poszczególne dyscypliny kliniczne.

Równie przedwczesne były pierwsze próby nakłuwania śledziony, wykonywane systematycznie dopiero w połowie lat trzydziestych. W Polsce zapoczątkował je Tempka

(r. 1935), zajmujący się jednocześnie uzyskiwaniem materiału do badań pochodzącego z nakłuwania węzłów chłonnych; w klinice lwowskiej prowadził je B. Petryński (r. 1937). Zainteresowano się także biopsją wątroby, następnie tarczycy (Tempka i współpr., r. 1948) i skóry (Fr. Walter, K. Lejman).

W omawianym okresie cenne było udoskonalenie bronchoskopii, a także upowszechnienie gastroskopii (R. Schindler, r. 1923), udoskonalonej technicznie z początkiem lat trzydziestych (Schindler i Norbert Henning). Duże znaczenie miało wprowadzenie cholecystografii. Everts A. Graham i Warren H. Cole posłużyli się w 1924 r. solą sodową jodoftaleiny jako środkiem cieniującym, w r. 1927 Edgar Moniz zapoczątkował radiologiczne badanie naczyń mózgowych, po dziesięciu latach stało się możliwe radiologiczne badanie aorty (A. Castellanos i R. Pereiras).

Inną cenną zdobyczą było cewnikowanie serca, wynik autoeksperymentu Wernera Foressmanna (1929 r.). Gdy uczony ten zamierzał utworzyć przewód habilitacyjny, wówczas Sauerbruch, autorytet w sprawach chirurgii, odparł, że przedstawiając „takie sztuczki” byłoby można habilitować się w cyrku, lecz nie w „przyzwoitej niemieckiej klinice”. Wystarczyło zatem ćwierć stulecia, aby renomowany chirurg zdołał zapomnieć o swych pionierskich krokach u Mikulicza i odrzuconej początkowo torakochirurgii.

W dyscyplinach operacyjnych wielką rolę odegrały postępy koagulologii. Po zakończeniu I wojny badania nad procesem krzepnięcia krwi prowadzili William H. Howell, Paul O. Morawitz, Pierre Nolf, Jacques Roskam, Fritz Koller, Paul A. Owren i in. Badania o przełomowym znaczeniu zapoczątkował w latach trzydziestych Armand J. Quick. W czasie II wojny pojawiło się ponowne zainteresowanie zagadnieniem fibrynoлізу.

Bardzo cenne były także osiągnięcia usprawniające znieczulanie. Otrzymanie pantokainy (R. Fussganger, O. Schaumann, r. 1931) oraz evipanu (H. Weese, r. 1932) i licznych pochodnych bardzo pomogło chirurgowi. Inny krok naprzód to skonstruowanie sztucznego serca (J. H. Gibbon, r. 1931). Lecz równie ważną rolę odgrywa w chirurgii przygotowanie chorego do zabiegu, chociażby wyrównanie krążenia, czy usprawnienie przemiany materii. Od roku 1926 weszły do lekospisu środki analeptyczne, jak cardiazol (H. Hildebrandt) i coramina (E. Faust, Fr. Uhlmann). U schyłku lat dwudziestych eksperyment wykazał, że kamfora nie usprawnia czynności serca (R. Bodo), choć w tym właśnie celu stosowano ją przez szereg lat i w opinii praktyków lek ten uchodził za skuteczny. Może więc określenie *sanatio spontanea* nie powinno być wyługowane z codziennego słownika lekarskiego? W każdym razie staje się zrozumiałym sceptycyzm ludzi takich jak chirurg Erwin Liek czy filozof Constantin Brunner, zajmujący się także medycyną. Brunner orzekł u schyłku lat dwudziestych, że jeśli medycyna jest córką doświadczenia, wówczas on sam wolałby być leczony raczej przez matkę. Okres II wojny, kiedy tak często i na tak wielu odcinkach wypadało zapomnieć o nauce i opierać się jedynie na doświadczeniu, pamiętając o tym, aby wkalkulować tu elementy takie jak zaufanie do leczącego czy chęć wyzdrowienia, nadaje owemu na pozór sarkastycznemu osądowi zupełnie odmienną rangę i treść. Nie oznacza to, aby należało przechodzić obojętnie obok zdobyczy farmakoterapii. Sulfonamidy (r. 1935 nn.), antybiotyki (r. 1940 nn.), środki tuberkulostatyczne (r. 1946, 1951), largactil (r. 1950), leki o działaniu przeciwzapalnym, jak fenylobutazon i pochodne (H. Stenzl, r. 1950), tak jak wspomniane już sterydy i ich pochodne, jak insulina, czy witaminy, otrzymywane syntetycznie, bardzo wzbogaciły arsenał lekowy pierwszej połowy XX wieku. Nie należy jednocześnie ukrywać znanej z góry namiastkowości postępowania. Tak więc stosowanie w leczeniu białaczek i nowotworów związków antagonistycznych wobec kwasu foliowego (aminopetryna, ametopte-

ryna, S.Farber, r. 1948) czy odpowiedników puryn (merkaptopuryna, G.B.Ellion i in., r. 1948 nn.), czynników alkilujących (iperyt azotowy, A.Gilman, F.S.Philips, r. 1946) i pochodnych, jak busulfan czy chlorambucil, bądź leków typu demekolcyny (Moeschlin) nie jest w gruncie rzeczy leczeniem. Środki te pozwalają jedynie na uzyskanie remisji, o różnym, krótkim zazwyczaj czasie trwania. Przetwory te nie są przy tym obojętne dla poszczególnych narządów i układów, lepiej zatem, jak sądziło wielu w okresie międzywojennym i co znalazło potwierdzenie w ostatnich latach (K.R.Rai, A.Sawitsky i in.), w niektórych przypadkach wstrzymać się z podawaniem cytostatyków, niż je stosować tylko dlatego, że są dostępne i w „jakis sposób” jednak działają. Odkrycie wielu nowych leków, jak i wprowadzenie licznych badań wzbogacających diagnostykę zrodziło liczne zastrzeżenia natury etycznej i deontologicznej. Biopsja narządów czy endoskopia zdołały rozbudować się już w bardzo znacznym stopniu, chociaż nie widać bynajmniej równoległych postępów terapii. Jawi się więc zagrożenie, że stosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych bądź posiłkowanie się najnowszymi lekami mogłoby być tu i ówdzie traktowane jako sztuka dla sztuki, z obarczaniem chorego, bez uchwytnych dlań pożytków. Podobne zastrzeżenia można odnieść także do przetaczania krwi. W tym kontekście, gdy rozumować historycznie, nasuwa się na myśl bardzo modny ongiś upust krwi. Celsus podkreślał, że nie jest to bynajmniej sposób nowy, posiłkowanie się upustem w każdej bez mała chorobie natomiast stanowiło jego zdaniem nowość. Otóż to jego *nullum paene morbum esse in quo non mittatur* wypadało powtórzyć w latach powojennych, czyniąc nieznaczne unowocześnienie: należało „upust” zastąpić tam „przetaczaniem”. Transfuzja krwi jest nierazdko zabiegiem jedynym, zdolnym uratować, zabiegiem często najważniejszym, co nie oznacza, aby mogła być nadużywana.

Po pierwszych próbach przetaczania krwi konserwowanej, przeprowadzonych w roku wybuchu I wojny światowej, posłużyli się nim w jej schyłku Anglicy, zaopatrując w krew konserwowaną czołwki chirurgiczne na froncie zachodnim. Pierwsze banki krwi powstały po zakończeniu wojny w Anglii oraz w ZSRR. Nie było to jednak bynajmniej jednoznaczne z upowszechnieniem transfuzji, nie wszędzie, nawet w ośrodkach klinicznych, istniały warunki do oznaczania grupy serologicznej. Fakt, że w Warszawie pracował Ludwik Hirszfeld, zajmujący się grupami krwi od lat przedwojennych, nie odegrał większej roli dla klinik, co znakomicie ilustrują słowa Stanisława Laskownickiego:

„Wracając do Lwowa w roku 1924 (z kliniki w Paryżu — R.W.G.) przywoziłem z sobą w małych rurczkach szklanych surowicę grupy A oraz B i zorganizowałem na Klinice Chirurgicznej systematyczne stosowanie transfuzji krwi oraz małą stację stałych krwiodawców”.

Wit Rzepecki przypomniał, że w latach 1929-1935 organizację krwiodawstwa cechował chaos. Odpowiednie przepisy prawne znalazły się w rozporządzeniu Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 r. Dawców krwi było wówczas niewiele, posiłkowano się krwią pochodzącą z upustów leczniczych, jak i krwią wynaczynioną do jamy opłucnej bądź otrzewnej, czasem zaś krwią osób zdrowych, nagle zmarłych w wypadkach. Krwią konserwowaną posługiwano się w czasie II wojny na wszystkich frontach. Po jej zakończeniu przetaczanie krwi zdołało upowszechnić się wszędzie, choć nie brakowało głosów doświadczonych chirurgów zwracających uwagę, że przetaczanie krwi bywa nieodzowne jedynie w stanach skrajnego wykrwawienia i osąd, że tylko transfuzja może uratować życie wypadła uważać za nazbyt apodyktyczny (Józef Bogusz).

Jeśli więc w klinice pediatrycznej we Lwowie dokonano w roku 1939 po raz pierwszy w świecie wymiennej transfuzji krwi u noworodka z erytroblastozą (Stanisław Progulski i Irena Lille-Szyszkowicz), był to nie tylko wyczyn na miarę światową, jeśli zważyć, że

istota konfliktu serologicznego nie była podówczas znana, lecz i jedyny sposób uratowania dziecka, przebadanego następnie po dziesięciu latach (Stanisław Kubicz). Przetaczanie krwi konserwowanej jako metodę rutynową częstokroć wypadało uznać za błędne, słowa zatem o nadużywaniu przetaczań były uzasadnione. Idzie przecież o działanie hemodynamiczne i mogą je z powodzeniem wyrzucić płyny krwiozastępcze. Pewnym usprawiedliwieniem może być fakt, że jeszcze w latach pięćdziesiątych nie odróżniano wirusów A i B, chorzy na żółtaczkę jeszcze wtedy byli hospitalizowani na oddziałach wewnętrznych szpitali, jakkolwiek w czasie II wojny, czy nawet przed wojną (Wł. Mikułowski, lata dwudzieste) nie ulegało wątpliwości, że zapalenie wątroby jest chorobą zakaźną.

Nauka polega na odróżnianiu zjawisk pewnych od prawdopodobnych, na szukaniu potwierdzenia dla tych ostatnich i przenoszenia ich do poprzedniej grupy. Szukanie odpowiedzi na pytania „jak” i „dlaczego” jest wyrazem rozumowania. Innymi słowy najważniejszym przedmiotem w nauczaniu medycyny mogła być i długo istotnie była patologia ogólna, nazywana także patofizjologią bądź fizjopatologią. Julian Wałowski określił ją jako gramatykę praktycznych nauk lekarskich. Bardzo trafne sformułowanie, gdyż każda dziedzina nauki posiada własny język i chociaż w razie potrzeby byłoby można porozumieć się choćby na migi, wypada jednak dbać o to, by język ów nie stawał się narzeczem. Otóż w połowie XX stulecia uczyniono zarzut, że nie wiadomo, jakie zajęcia praktyczne miałyby właściwie obejmować patofizjologia, mająca stanowić jedynie „przedmiot werbalny”, zaczęto się tedy spychanie jej na drugi plan, z jednoczesnym wysuwaniem na to miejsce anatomii patologicznej. Najbardziej wnikliwa znajomość struktury nie wystarczy jednak do tego, by wytłumaczyć, co zachodzi w trakcie procesu chorobowego. Lekarz mógł jako student znać dobrze anatomię patologiczną, niekoniecznie musiał stykać się z nią po ukończeniu studiów. Każdy lekarz natomiast powinien posługiwać się rozumowaniem, nie schematami. Skądinąd określenie „przedmiot werbalny” nie jest pejoratywne: każde słowo jest pojęciem, do zrozumienia i opanowania przedmiotu bywają potrzebne nie gesty i symbole, lecz słowa. Symbole po prostu zastępują słowa i jeśli pomagają przekazywać określone pojęcia, spełniają właśnie rolę słów. Tak samo schematy. Ponieważ słowa bywają wieloznaczne i w następstwie tego mogą wypaczyć pojęcia, niepodobieństwem staje się pomijanie gramatyki. Otóż luki na tym odcinku ujawniły się już po kilku latach. Do końca omawianego okresu patologia ogólna była jednak traktowana jako przedmiot podstawowy. Wszelako można już było dostrzec prodromy mającej nadejść bardzo mylnie pojmowanej „amerykanizacji” nauczania. *Patologia ogólna* pióra Karola Kleckiego była podręcznikiem trudnym, napisanym sucho, od pewnego momentu podręcznikiem zdecydowanie przestarzałym, zwolennicy reform przeoczyli najwidoczniej, że jednym z pierwszych podręczników dostarczonych po zawieszeniu broni z drugiej półkuli była wielokrotnie wznawiana książka Ch. Besta i N.H. Taylora *The Physiological Basis of Medical Practice*, będąca podręcznikiem patofizjologii, traktowanym w uczelniach anglosaskich, zgodnie zresztą z tytułem, właśnie jako podstawa nauk lekarskich. Zagadnienia takie jak zaburzenia procesów przemiany materii, wraz z nauką o mikroelementach, zaburzenia gospodarki tlenowej, zakłócenia krążenia, gospodarka hormonalna, nauka o zapaleniu, czy w końcu etiologia ogólna to problemy absorbujące uwagę każdego lekarza, bez względu na obraną specjalność.

Patologia ogólna integruje wiedzę medyczną, uczy rozumowania i ukazuje, jak wiążą się z sobą i jak bardzo współzależne są poszczególne dziedziny nauk lekarskich. Na przełomie stulecia patolog Richard Paltauf wskazywał na potrzebę wydzielenia sekcji

patofizjologii doświadczalnej, mikrobiologii, chemii oraz patomorfologii. Rozwój przeszedł w innym kierunku: mikrobiologia, biochemia, czy patomorfologia stały się odrębnymi przedmiotami, zdołały się wyemancypować, patofizjologia natomiast została odepchnięta w cień. Czy jednak nie powinna jako patologia ogólna nadal dominować, pozostawiając wyodrębnionym katedrom zagadnienia szczegółowe? Wielce prawdopodobne, że historia medycyny, opracowującego kiedyś w przyszłości wiek XIX, zainteresuje ta sprawa.

Dyscyplina integrująca wiedzę medyczną jest nieodzowna. W podręczniku immunologii ogólnej i doświadczalnej wydanym w 1972 r. jest mowa o dwóch oddzielnych układach komórek limfoidalnych: pochodzących z mezynchymy grasicy oraz z równoważnika bursy Fabriciusa. Rzecz ciekawa, w roku 1972 autor nie posiłkuje się jeszcze określeniami limfocyty T i B. Określa jednak komórki z bursy Fabriciusa jako plazmocyty, syntetyzujące immunoglobuliny (Rzucidło). Grasicca zatem znalazła się w kręgu powszechnego zainteresowania. Warto przypomnieć, że anatom już w latach czterdziestych mówił o dyskutowanych wtedy dwóch teoriach: imigracji limfocytów do grasicy oraz ich transformacji (Benninghoff). Anatom ów określił plazmocyty jako twory zdecydowanie limfopochodne i pisał o roli grasicy w procesach odpornościowych. Tymczasem w latach owych toczyły się namiętne spory o komórkę plazmatyczną i choć mnożyły się coraz liczniejsze doniesienia (Astrid Fagraeus i in.), ujednoczenie zapatrywań nastąpiło dopiero w latach siedemdziesiątych. Jeżeli więc każde odkrycie wymaga jakiegoś okresu inkubacji, trudno nie dostrzec, że nieodzowne jest podsumowywanie osiągnięć na poszczególnych odcinkach.

Przy tym wszystkim należałoby częściej mieć na uwadze słowa Tadeusza Kotarbińskiego, że medycyna jest w swej istocie umiejętnością osiągania głównego celu, innego niż cel poznawczy. „Celem jest przywracanie zdrowia i zapobieganie jego utracie”. Wiele spośród wspomnianych tu osiągnięć zaspokoilo — przynajmniej na razie — jedynie cel poznawczy. Osiągnięciem głównego celu można w omawianym okresie nazwać opanowanie niedokrwistości złośliwej, uwieńczone odkryciem kobalminy. Punktem wyjścia stał się przypadek, wynikły z poczucia całkowitej bezsilności. George Hyot Whipple wykrawiał doświadczalnie psy, starając się określić, jaki pokarm wpływa na szybkość odnowy krwi i przekonał się, że jest nim surowa wątroba. Istniały jednak inne metody pokonywania niedokrwistości pokrwotocznej, o niedokrwistości złośliwej natomiast wiadano podówczas tyle, że jej tło nie zostało poznane, nie istniała także żadna możliwość wyleczenia. George Richard Minot sięgnął po surową wątrobę. Anemią złośliwą zajmował się od roku 1912, wiedział to jedynie, że podając wątrobę chorym swym nie zaszkodzi. Wkrótce jednak mógł być przedstawić dwudziestu siedmiu chorych, którzy przeżyli dłużej niż pozwalało rokowanie, czuli się dobrze, nadto ich obraz krwi był zupełnie odmienny od stwierdzonego przed zapoczątkowaniem kuracji. Lekiem ratującym wykrawione psy było zawarte w wątrobie żelazo, trudno było jednak orzec, czym jest składnik zdolny znormalizować hemopoezę chorych na niedokrwistość złośliwą. Minot i Edwin J. Cohn podjęli próby wyizolowania czynnika powodującego remisję i w roku 1927 ukazało się pierwsze doniesienie na temat wyciągu wątrobowego. W 1929 r. William Bosworth Castle wskazał na rolę soku żołądkowego i ogłosił swą teorię dwóch czynników: zewnątrzpochodnego i wewnątrzpochodnego. Do badań przystąpili William P. Murphy, Reginald Fritz, Robert Monroe, Einar Meulengracht i in. Max Gansslen otrzymał w roku 1930 bezbiałkowy wyciąg wątrobowy nadający się do wstrzykiwania.

W roku 1941 R. Mitchell ze współpracownikami wyodrębnił ze szpinaku substancję przyspieszającą wzrost *Lactobacillus lactis* i *Streptococcus lactis*. W dwa lata później

E.L.Stokstad wyodrębnił z substancji tej kwas foliowy, zaliczony do brupy witamin B, w 1945 r. R.B.Angier otrzymał związek ów syntetycznie. Wkrótce stwierdzono, że niedobór kwasu foliowego wiedzie do niedokrwistości megaloblastycznej i może spowodować remisję w niektórych przypadkach niedokrwistości złośliwej, czasem jednak zawodzi bądź nawet pogarsza obraz kliniczny. W roku 1947 Mary S. Short zwróciła uwagę na czynnik zawarty w oczyszczonych wyciągach wątrobowych również przyspieszający wzrost *Lactobacillus lactis*. W następnym roku, niezależnie od siebie, czynnik ten wyizolowali E.L.Rickes i E. Lester Smith. Związek ten, nazwany witaminą B₁₂, zawierał kobalt — stąd nazwa kobalamina — i już w 1949 r. zdołano określić w przybliżeniu wzór sumaryczny witaminy.

Żelazo zawarte w wątrobie stanowiło budulec, kobalamina była katalizatorem. Wkrótce doświadczenia wykazały, że witamina B₁₂ i kwas foliowy są katalizatorami w procesie syntezy nukleoproteidów: kwas foliowy jest potrzebny do wytworzenia tyminy, która dzięki kobalamini łączy się z dezoksyrybozą tworząc tymidynę. Niedokrwistość megaloblastyczna będzie rezultatem niedoboru jednego bądź drugiego czynnika, etiologia jest odmienna i oba te środki nie mogą zastępować się wzajem. L.S.P.Davidson, L.I.Davis i J.Innes opisali dokładnie megaloblastyczną niedokrwistość ciężarnych. Wkrótce okazało się, że jej tło stanowi niedobór kwasu foliowego. Natomiast niedokrwistość o podobnych cechach, występująca u nosicieli bruzdogłowca szerokiego (*Diphyllobothrium latum*, dawn. *Bothriocephalus latus*) sprowadza się do wychwytywania kobalaminy przez pasożyty. Tu oczywiście leczeniem będzie jedynie zlikwidowanie pasożyta, u ciężarnych natomiast należy stosować kwas foliowy, nie kobalaminę.

Jak bardzo sugestywne były osiągnięcia bakteriologii świadczy fakt, że jeszcze w roku 1928 Davidson poszukiwał flory, rzekomo swoistej dla anemii złośliwej. Supozycja Huntera zdołała przetrwać czterdzieści lat. Nie mogąc potwierdzić roli streptokoków, Hunter tuż przed I wojną wiązał anemię złośliwą z modnym podówczas zakażeniem ogniskowym. W okresie międzywojennym literatura na temat „ognisk” była niezmiernie obfita, znajdując licznych rzeczników, przez wielu jednak została od samego początku odrzucona. Zastosowanie kobalaminy, czy wcześniej nawet występowanie przełomu po doprowadzeniu wątroby potwierdzało dawny, przeoczony na bieżąco i później zapomniany pogląd Eduarda Rindfleischa, dostrzegającego już w roku 1890, że istotę choroby stanowi gromadzenie się w szpiku komórek niezdolnych do dojrzewania.

Best i Taylor określili istotę rzeczy przenośnią, że organizm „głoduje wśród obfitości pożywienia”.

Niedokrwistość jeszcze przed I wojną przez wielu określana jako zespół objawów, stanowi klasyczny przykład choroby wynikającej z niedoboru budulca względnie katalizatorów. O leczeniu decyduje więc znajomość etiologii i patogenez, tego zatem, o czym mówi patologia ogólna. Choć postęp nauki był w omawianym okresie duży, niejednokrotnie można stosować jedynie leczenie substytucyjne i wtedy zagadnienie wkracza już w granice filozofii zawodu, dziedziny niezbyt lubianej w XX stuleciu. Niedokrwistość złośliwa, omówiona tu jako przykład, do niedawna śmiertelna, stała się najłatwiejszą do leczenia, wszelako bez możliwości wyleczenia.

Prawdopodobnie białaczka jest także określeniem zbiorczym dla szeregu odrębnych etiologicznie chorób. Przypomina to choroby wywoływane przez „miazmaty”, dzięki mikrobiologii poszatowane na oddzielne jednostki nozologiczne, czy „niedokrewność”, sprowadzającą się, jak wspomniano, do podobnych objawów o różnym tle. Po tragicznym eksperymencie z Hiroszimy już w schyłku omawianego okresu wiadomo było, że białaczka szpikowa i limfatyczna to choroby, których nie należy zamieszczać w tym samym

rozdziale podręcznika. Dane porównawcze sugerują, że choroby poliferycyjne układu limfatycznego stały się bardziej częste niż po I wojnie, trudno jednak nie wysunąć zastrzeżeń dotyczących interpretacji danych.

Tab. 6. Leukemia

	r. 1917	połowa XX w.
ostra białaczka	54,5%	60%
przewlekła białaczka szpikowa	33,8%	15%
przewlekła białaczka limfatyczna	11,5%	25%

(G.Ward [w:] W.Queisser: *Das Knochenmark*, Stuttgart 1978)

Idzie o to, że białaczka szpikowa przebiega z reguły z wyraźnymi objawami klinicznymi i stosunkowo długo bywała rozpoznawana bez oglądania hemogramu, podczas gdy jedynym objawem białaczki limfatycznej może być przez wiele lat tylko hiperlimfocytoza, często wykrywana zupełnie przypadkowo, w trakcie badań kontrolnych, wykonywanych rutynowo dopiero po II wojnie światowej. Możliwości badania zabarwionego obrazu krwi istniały teoretycznie od schyłku lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, u progu XX wieku zaprowadzono metody barwienia krwi stosowane do dziś (May i Grunwald, Giemsa, Pappenheim, Wright i in.), tyle jedynie, że badanie obrazu krwi upowszechniło się dopiero na początku lat trzydziestych, zresztą i tak nie z dnia na dzień. Po I wojnie zatem niejedna limfadenozą, dająca zaliczyć się do stadium określanego za naszych czasów jako zerowe (Rai, Sawitsky i in.) mogła ująć uwagi wszystkich, poczynając od chorego, który mógł nie odczuwać żadnych dolegliwości, kończąc na lekarzu, nie interesującym się obrazem krwi, jeśli nawet zajmował się pacjentem. Z podanego tu zestawienia (Tab. 6) wiążące mogą być zatem jedynie dane odnoszące się do ostrej białaczki, tu zaś dostrzeżemy, że w ciągu półwiecza nastąpiły bardzo nieznaczne przesunięcia.

Tak zatem, jak data odkrycia grup serologicznych (1901, 1902) czy wykonania pierwszego przetoczenia krwi konserwowanej (1914) może wprowadzić interpretatora w błąd, również i daty zapoczątkowania diagnostyki mikroskopowej w chorobach wewnętrznych wtedy dopiero mają wartość historyczną, jeśli są oceniane w oparciu o znajomość tego, co działo się w laboratorium badawczym, lecz w gabinecie lekarza czy przy łóżku chorego.

Innym przykładem osiągnięcia pozwalającego osiągnąć główny cel (T.Kotarbiński, p.w.) jest odkrycie sulfonamidów czy antybiotyków. Gerhard Domagk stwierdził w roku 1932 bakteriostatyczne działanie prontosilu czerwonego. Doświadczenia na myszach, zakażonych paciorkowcami były zachęcające. W trzy lata później, w pierwszym doniesieniu na temat nowych leków, Domagk opisał wyleczenie własnej córki. Jesienią 1935 r. grupa francuskich badaczy (Trefouel, Nitti i Bovet) wykazała, że podobne działanie wywierają inne pochodne para-sulfanilamidowe. Wkrótce poznano około stu związków, nieznacznie różniących się od siebie, niejednokrotnie jedynie nazwą. U nas pierwszymi związkami produkowanymi w kraju była septazina i antistreptina. Jak bardzo potrzebne były takie leki świadczy fakt, że w roku 1940 urzędy patentowe miały w swych wykazach

1300 preparatów, do roku 1951 liczba ich wzrosła do 6500 (Issekutz). W 1946 r. Domagk zauważył, że związki sulfotiazolowe i sulfotiodiazolowe hamują wzrost prątków gruźlicy. Rezultatem prowadzonych dalej badań były tiosemikarbazon (Conteben, r. 1946) i hydrazyd kwasu izonikotynowego (r. 1951).

Dostrzeżenie antybiotycznych właściwości *Penicillium notatum* przez Aleksandra Fleminga (r. 1928) nie miało rezonansu, zainteresowanie pojawiło się bezpośrednio przed wybuchem wojny. W latach 1940 i 1941 Howard Florey i Ernst Chain pracowali w Stanach Zjednoczonych na czele trzydziestodzieciuosobowej grupy badaczy i w rok później otrzymali 122 miliony jednostek penicyliny; w roku 1943 można było omówić wyniki leczenia pięciuset pacjentów. W roku tym zdołano wyprodukować już sześć bilionów jednostek. Ludność cywilna otrzymała penicylinę w roku 1947. Drugim antybiotykiem była streptomycyna (Selman Waksman, r. 1944), w 1947 r. Paul R. Burkholder i David Gottlieb otrzymali chloramfenikol, w rok później Benjamin M. Duggar odkrył aureomycynę. Firma Parke i Davis rozpoczęła produkcję syntetycznego chloramfenikolu w roku 1949, od 1950 r. weszły do lecznictwa oksytetracykliny.

W pierwszym okresie antybiotyki dały wiele korzyści i wtedy tylko korzyści. Szkody polekowe nie były jeszcze znane, mało kto przeczuwał podówczas cały potencjał zagrożenia w razie bezkrytycznego posiłkowania się nowymi lekami. Na maskujące działanie penicyliny zwrócił uwagę Włodzimierz Mikułowski już w 1949 r. Nieco później zdołano poznać niebezpieczeństwa wynikające z uodpornienia szczepów bakteryjnych oraz zagrożenie występowaniem grybic narządowych. W roku odkrycia chloramfenikolu nikt nie przypuszczał, że po upływie dwudziestu lat lek ów zostanie umieszczony jako pierwszy na liście środków toksycznych, zagrażających aplazją szpiku (P.C.Bithell i M.M.Wintrobe, r. 1967; G.Keiser, r. 1970).

Optimum stanowiła by więc zasada, aby antybiotyki podawać jedynie wtedy, gdy bez ich pomocy mogłoby dojść do poważnych zaburzeń (W.A.R.Thomson). Aby tak być mogło, musi istnieć stała wymiana doświadczeń i dobrze zorganizowane szkolenie poddyplomowe. Tu szczególnie odpowiedzialne zadanie przypada naukowym stowarzyszeniom medycznym, ogólnym i obejmującym poszczególne specjalności, o czym niżej. W połowie ubiegłego stulecia Pirogow nie ukrywał bezsilności chirurga wobec róży, zgorzeli przyrannej, tężca, czy wszelkich powikłań ropnych. Dzięki postępowi serologii z jednej i farmakoterapii z drugiej strony można było jeszcze przed upływem stu lat mówić o pokonaniu tego zagrożenia. Pokonanie nie jest oczywiście tożsame z pełnym zwycięstwem — byłoby trudno przeoczyć fakt, że między rokiem 1951 a 1960 liczba zgonów z powodu tężca sięgała na świecie miliona („Lancet”, Ed. 1966, II, 482) — w każdym razie uwalnia od poczucia całkowitej bezradności. Zadowolenie mogło być u schyłku lat czterdziestych tym większe, że nie znano wtedy grasujących nagminnie zakażeń śródszpitalnych. Chirurgia mogła rozwinąć się dzięki postępowi anestezjologii, wprowadzeniu krwiodawstwa oraz stosowaniu płynów krwiozastępczych, jak i dzięki rozwojowi nauki o równowadze kwasowo-zasadowej, o gospodarce mineralnej, dzięki postępowi kardiologii, obok możliwości posiłkowania się sulfonamidami i następnie antybiotykami. Można było oczekiwać rozwoju torakochirurgii, kardiochirurgii, czy chirurgii ośrodkowego układu nerwowego. Niejednokrotnie, zwłaszcza tuż po zakończeniu I wojny, oczekiwano za wiele, nie brakowało zatem głosów krytyki nawet ze strony chirurgów. Z jednej strony kontynuowane były wspaniałe tradycje Mikulicza, Rydygiera i innych pionierów nowoczesnej chirurgii, z drugiej narastał sceptycyzm i u schyłku lat dwudziestych gdański chirurg Liek namiętnie mówił o bezdrożach wadliwie pojmowanej chirurgii, przypominając nawet ironiczną ocenę Hyrtla („*Jus impune occidendi chirurgorum*”). Prawdą jest,

że i tu dużą rolę odegrała moda i niejeden wyrostek robaczkowy usunięto w latach dwudziestych niepotrzebnie.

Upowszechnienie leków bakteriostatycznych przyczyniło się do mutacji drobnoustrojów, toteż podręcznikowy, „typowy” przebieg licznych chorób spotykany w latach dwudziestych, po wojnie pojawiał się jedynie w podręcznikach. W jej trakcie można było na przykład spotkać płatowe zapalenie płuc z klasycznym przełomem w siódmym dniu choroby, na początku lat pięćdziesiątych obraz taki należał do rzadkości. Na to miejsce zaczęły częściej występować odoskrzelowe zapalenia płuc. Zmianie uległ także przebieg chorób zakaźnych.

Wbrew przewidywaniom, leki bakteriostatyczne nie zdołały wyrugować chorób wenerycznych, jakkolwiek liczba świeżych zakażeń kilowych po II wojnie nie sięgała nawet połowy zarejestrowanych po I wojnie. Po znacznym spadku zachorowań w połowie lat dwudziestych, dostrzeżony w latach światowego kryzysu ekonomicznego ponowny ich wzrost, bliski powojennemu².

Zapoczątkowana u nas po wojnie akcja „W” dała rezultaty przejściowo dobre i u schyłku omawianego okresu panowały zapatrywania optymistyczne. Korzystniejsze, zwłaszcza na dłuższą metę efekty przyniosła walka z gruźlicą. Większość zainteresowanych nie spodziewała się po wojnie, że choroby weneryczne zaczną szerzyć się ponownie, niewielu oczekiwało takiego momentu, kiedy miało okazać się, że sanatoria przeciwgruźlicze stoją pustką i wypada zamieniać je na zakłady leczenia chorób płuc, bądź po prostu na szpitale o zwykłym profilu.

Do osiągnięć naukowych okresu międzywojennego należy zaliczyć również wprowadzenie elektroencefalografii (Hans Berger, r. 1924). Wskaźnik światowy zachorowań na epilepsję wynosi 0,4% („Lennox”, r. 1945), jest zatem wysoki. Rozleglejsze badania toczą się od wprowadzenia do terapii związków hydantoinowych (H.H.Merritt, J.Putnam, r. 1938), następnie oksazolidynowych (M.A.Spielman, r. 1944). Okazało się jednak wkrótce, że przetwory te mogą nie być obojętne dla układu krwiotwórczego (Rohrbach), mogą także upośledzać przemiany enzymatyczne ustroju.

Epilepsja nie jest także odrębną jednostką chorobową, lecz stanowi zespół objawów o rozmaitym tle. Interesowała zawodowo neurologów i psychiatrów, choć zmiany psychiczne dostrzega się zaledwie u 5 do 15 procent chorych (A.Dowżenko), przy czym nie wiadomo, czy objawy psychopatii czy charakteropatii zależą bezpośrednio od choroby, mogącej z punktu widzenia patologicznego interesować przede wszystkim angiologa. Ketz wskazał, że w roku 1949 w Stanach Zjednoczonych okazało się, po przeprowadzeniu rozległej ankiety, że jedynie 14% społeczeństwa uważa epilepsję za chorobę psychiczną.

Gdy idzie o nowoczesne leczenie, epilepsja powinna interesować również hematologa: nowe leki mogą uszkodzić narząd krwiotwórczy i doprowadzić do aplazji szpiku. Po ujawnieniu tego szybko dostrzeżono, że można niedopuszczyć do tego podając chorym kwas foliowy. Dlatego też nieodzowna jest stała wymiana doświadczeń, aby można było adaptować na bieżąco wspomniane na wstępie zdobycze, upowszechniać je i czynić własne spostrzeżenia.

W kraju naszym istniały dobre tradycje w tym względzie.

2 Obecnie ponowny wzrost zaobserwowano po roku 1957 (Światowa Org. Zdrowia). Interesujące są wyniki pewnej ankiety: 13,8% dziewcząt i 3,4% chłopców nie ma wyrobionego poglądu na ten temat. (S.Borelli: *Zum Problem der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und zu Fragen der Prostitution*. „Wiss. Beiblatt zur *Materia Medica Nordmark*” Nr. 65, 1971, s. 1-27).

W KRĘGU ZAINTERESOWAŃ UCZONYCH POLSKICH

Wielkość narodu, mówił Stanisław Cat-Mackiewicz, nie polega na odrzucaniu wszystkiego co obce, lecz na asymilowaniu tego, co jest dobre i pożyteczne. Nie można więc twierdzić, że nauka jest w jakimś kraju „lepsza” i w innym „gorsza”. Idzie o asymilowanie dorobku ogółnoświatowego, co od zarania dziejów odgrywało wielką rolę właśnie w medycynie, najbardziej eklektycznej spośród wszystkich nauk. Warunkiem postępu jest wymiana doświadczeń, doprawdy bowiem nic pożądanego na ziemi, jak prawdziwa rozmowa, lecz i przy tym nic trudniejszego (Mickiewicz). Spośród towarzystw naukowych krzewiących działalność po odzyskaniu niepodległości, sześć powstało jeszcze w okresie rozbiorów. Były to Towarzystwo Chirurgów Polskich (r. 1889, Ludwik Rydygier), Polskie Towarzystwo Higieniczne, powstałe w r. 1898 jako Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (Bolesław Prus, Józef Polak i in.), Polskie Towarzystwo Balneologiczne (r. 1905, Ludomir Korczyński), Towarzystwo Internistów Polskich, wyłonione w r. 1907 z Sekcji Medycyny Wewnętrznej, obradującej na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich (Władysław Antoni Gluziński, Roman Renecki, Kazimierz Rzędkowski i Józef Latkowski, przy współudziale chirurga Ludwika Rydygiera), tuż po nim, z okazji XI Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich powstała sekcja okulistyczna, stanowiąca zawiązek Towarzystwa Okulistów Polskich (r. 1911, Bolesław Wicherkiewicz) i Polskie Towarzystwo Pediatriczne, założone w roku 1918 z inicjatywy Ludwika Andersa, dyrektora Domu Wychowawczego im. Ks. Boduena w Warszawie. Kolejny oddział Towarzystwa powstał w r. 1921 w Łodzi, następnie w Wilnie, we Lwowie i w Poznaniu.

Pierwszym stowarzyszeniem specjalistycznym założonym w niepodległej Polsce było Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (r. 1920, Rafał Radziwiłowicz) oraz w tym samym roku Polskie Towarzystwo Dermatologiczne (Franciszek Kryształowicz, Robert Bernhardt, Roman Leszczyński, Jan Lenartowicz i Franciszek Walter). Z połączenia lokalnych stowarzyszeń lwowskiego (r. 1909) i warszawskiego (r. 1912) powstało w r. 1921 Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne (Jan Szmurło, Feliks Erbrich, Ludwik Guranowski). Również w 1921 r. założono Polski Komitet do Zwalczania Raka (Henryk Barylski), mające wcześniejszą tradycję jako Komitet do Badania i Zwalczania Raka przy Warszawskim Towarzystwie Higienicznym (r. 1906, Mikołaj Reichman). Komitet przekształcił się w Polskie Towarzystwo Przeciwrakowe w r. 1948 (Ludwik Paszkiewicz). W roku 1922 zostało utworzone Towarzystwo Ginekologów Polskich (Adam Czyżewicz), w r. 1925, z inicjatywy Karola Mayera, Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne. W trakcie obrad XIV Zjazdu Chirurgów Polskich (r. 1928) wyłoniła się myśl zorganizowania Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (Ireneusz Wierzejewski). Od roku 1929 istniało Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa (Bolesław Jakimiak), współpracujące z Międzynarodowym Towarzystwem Szpitalnictwa, utworzonym w r. 1931 w Wiedniu (Tadeusz Mogilnicki, Władysław Szejnach). W roku 1930 dostrzeżono celowość zorganizowania Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca (Witold Orłowski), przekształconego w r. 1945 w Polskie Towarzystwo Reumatologiczne (Mieczysław Michałowicz). Jako następne powstało Polskie Towarzystwo Neurologiczne (r. 1933) i w rok później Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą, przekształcone w roku 1951 w Polskie Towarzystwo Ftyzjatriczne. W r. 1937 zorganizowano Stowarzyszenie Lekarzy sportowych oraz Polskie Towarzystwo Fizjologiczne (Kazimierz Białaszewicz). Podczas XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich (r. 1937) zrodziła się inicjatywa utworzenia Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii, działającego od r. 1938

(Wiktor Grzywo-Dąbrowski). Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne istnieje od roku 1947 (Jan Muszyński), od roku zaś 1948 — Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej (Janina Hurynowicz). Z Towarzystwa Chirurgów wyłoniło się Polskie Towarzystwo Urologiczne (r. 1949, Wacław Lilpop). Wreszcie, w roku 1950, powstało wspomniane już uprzednio Polskie Towarzystwo Hematologiczne (Tadeusz Tempka), w roku 1951 zaś Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne (Artur Ber) oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (Aleksander Ujejski).

Na zlecenie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia połączono w roku 1951 siedemnaście lokalnych towarzystw w Polskie Towarzystwo Lekarskie (Eugeniusz Kodejszko), jako stowarzyszenie lekarzy wszystkich specjalności. Z uwagi na zniesienie Izby Lekarskich i Lekarsko-Dentystycznych (Dz.U. RP nr 36 z dnia 26 sierpnia 1950 r., poz. 326) i całkowitą niekompetencję Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w tym względzie, Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu przypadł obowiązek opracowania Zasad Etyczno-Deontologicznych, zasad trzeźwych i cennych, nie posiadających jednakże mocy egzekutywnej.

Pewnego rodzaju osobliwość stanowi fakt, że Polskie Towarzystwo Historii Medycyny powstało dopiero w roku 1957 (Stanisław Konopka). Decyzja o założeniu Towarzystwa zapadła na I Zjeździe polskich historyków medycyny w roku 1924 (Kraków), powstały jednak tylko koła lokalne (r. 1925) — w Krakowie, w Poznaniu oraz we Lwowie.

Tab. 7. Ważniejsze Zjazdy Naukowe

Towarzystwo	1919 - 1939	1945 - 1951
Chirurgiczne	(1921) 14	(1947) 3
Dermatologiczne	(1922) 6	(1948) 2
Ginekologiczne	(1923) 9	(1948) 1
Internistyczne	(1923) 8(9)	(1947) 3
Neurologiczne	(1937) 1	(1949) 1
Onkologiczne	(1924) 4	(1949) 1
Otolaryngologiczne	(1922) 14	(1946) 6
Pediatryczne	(1922) 5	(1948) 2
Psychiatryczne	(1920) 19	(1945) 3
Radiologiczne	(1927) 8	(1947) 5

(W oparciu o *Słownik Pol. Tow. Nauk. PAN*)

O potrzebie wymiany doświadczeń i doksztalcania się była mowa w okresie działalności Komisji Edukacji Narodowej. Jeden z pierwszych kodeksów deontologicznych opracowanych po odzyskaniu niepodległości zawierał apel: „Jako praktyk udoskonalał się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia” (Tulczyński). Było to samo przez się zrozumiałe, skoro nowszy kodeks, obowiązujący do wybuchu II wojny, mówił jedynie o potrzebie dotrzymywania kroku postępowi nauki (r. 1935). W okresie międzywojennym doskonalenie zawodowe oraz uzupełnianie wiedzy było możliwe dzięki wspomnianym towarzystwom specjalistycznym. Zjazdy i kongresy naukowe stwarzały okazję do podsumowywania osiągnięć, własnych i obcych; równie

cenna, jeśli nie cenniejsza nawet była działalność oddziałów terenowych i kół poszczególnych towarzystw.

W ciągu XIX wieku 1868 Polaków uzyskało stopień doktora medycyny, z czego 229 promocji odbyło się w uczelniach ongiś polskich. Spośród 46 uczelni do roku 1918 przeważająca większość, bo 33 znajdowała się na terenie państw zaborczych. Gdy idzie o liczbę doktoratów z XIX stulecia, na pierwsze miejsce wysunął się Berlin (336), po nim Montpellier (209), Wilno (171), Paryż (171), Wiedeń (136), Greifswald (121), Petersburg (113), Wrocław (109) i Dorpat (108). Z 26 uczelni — okresowo 28 — z językiem wykładowym niemieckim wyszło 1059 doktorów medycyny, z 6 (wzgl. okresowo 8) z językiem wykładowym rosyjskim łącznie 366. W 10 uczelniach francuskich, szwajcarskich oraz belgijskich promowano 443 Polaków (St.Konopka). Wywarło to określone piętno w pierwszych latach istnienia Polski niepodległej. W latach dwudziestych jednakże podjęto szerszy kontakt z Francją, a także z uczelniami amerykańskimi, w ubiegłym stuleciu skądinąd pozostającymi pod wyraźnym wpływem nauki niemieckiej.

Choć istniało duże zainteresowanie postępami nauki, duży odsetek lekarzy ograniczał się do praktyki, traktując medycynę przede wszystkim jako zawód. Dociekania naukowe toczono jednakże nie tylko w ośrodkach uniwersyteckich.

Wspomniano uprzednio, że tuż po I wojnie nie było jeszcze nowoczesnego zaplecza diagnostycznego. Zarówno w klinice, jak i w szpitalu miejskim czy powiatowym chirurg nie mógł posłużyć się cholecystografią bądź gastroskopią, nie znał grupy krwi chorego i nie nastawiał się na obligatorywne przetaczanie krwi. Mocz pacjenta tu i tam badano w sposób rutynowy, można było oznaczyć leukocytozę, choć długo bez jednoczesnego obejrzenia hemogramu. Chirurg rozpoznawał, ustalał wskazania i operował, nie mając u swego boku anestezjologa. Nie w każdej klinice bywał przyzywany internista, aby ocenić stan narządu krążenia, gdyż chirurg znał diagnostykę ogólną. Odwrotnie, internista nie kierował do chirurga i nie przyzywał go na oddział, gdy zachodziła potrzeba zbadania *per rectum*. W dużym skrócie można określić, że jeśli do II wojny istniały konsylia, to u schyłku lat czterdziestych weszły w modę „skierowania” do specjalistów, ile że zaczęto przywiązywać coraz większą wagę do dokumentacji („na piśmie!”), choć tak pojmowana dokumentacja miała z punktu widzenia naukowego wartość zdecydowanie niewielką.

Po I wojnie wiele zależało od biegłości manualnej chirurga, od intuicji, od znajomości sztuki, przy czym chirurg w klinice wiedział, że ma nauczyć innych swej sztuki, że powinien po sobie zostawić następców, zdolnych także przekazywać swą wiedzę młodszemu kolegom.

Chory trafiał do kliniki z wstępnym rozpoznaniem, tam weryfikowanym. Bardzo często i bez porównania częściej niż w II połowie obecnego stulecia rozpoznania te bywały trafne, co oczywista nie musiało być i nie jest regułą. Znakomite dzieło lipskiego internisty Maxa Burgera, poświęcone błędnym rozpoznaniom w klinice, wydane w przekładzie na język polski z początkiem lat pięćdziesiątych unaoczniało, że omyłki diagnostyczne mogą zdarzać się wszędzie.

W latach dwudziestych można było nie być pomawianym o pozę, gdy ktoś z kręgów lekarskich powtarzał za greckim mędrce, że *ars medica tota in observatione*, wtedy bowiem lekarz uczył się obserwować i umiał to czynić.

Licznym przedstawicielom medycyny w naszym kraju pojmowali od dawna i dawali temu temu niejednokrotnie wyraz po obu wojnach, że nauki medyczne „muszą stworzyć jak najdogodniejsze i najlepsze warunki bytowania człowieka” (Bolesław Skarżyński). Pracownicy nauki mieli być współodpowiedzialni za zwalczanie chorób, zapobieganie im, za walkę z przedwczesnym starzeniem się ludzi pracy. Po pierwszej wojnie było to, można

sądzić, łatwiej zrozumiałe, choć warunki do realizacji były podówczas mniej dogodne. Po drugiej wojnie natomiast wielokrotnie na czoło wysuwała się mylnie pojmowana „naukowość” (p. w., Śniadecki, Tatarkiewicz) i zdarzało się czasem, że ludzie nauki spoglądali na medycynę jedynie przez swój własny warsztat, nie starając się nawet o uzyskanie wglądu, jak przedstawia się medycyna poza klinikami i instytutami. Życie lubi paradoksy, lecz właśnie wtedy, gdy medycyna stała się u nas gałęzią uspołecznioną, zaczęła pogłębiać się przepaść między instytucjami naukowymi a gabinetem w szpitalu czy przychodni. Można było po II wojnie często spotkać pogląd, że „naukowiec” jest synonimem „dydaktyka”, choć ta właśnie koincydencja bywa raczej rzadka. W okresie międzywojennym dobry dydaktyk był przede wszystkim dobrym, często znakomitym praktykiem. Wiedza i doświadczenie ludzi nie dysponujących właściwie żadnymi ułatwieniami diagnostycznymi musiały być i bezspornie były większe niż ich następców. Stąd i większa wartość tego, co osiągnęli i pozostawili jako dorobek trwały. Pracowali oczywiście naukowo, byli jednak bardziej bliscy ubiegłemu stuleciu i nie tracili z oczu, że coś, co uchodzi za prawdę naukową, jutro może być już tylko błędem; pojmowali, że miarą postępu może być to, w jakim stopniu jutrzejsza prawda będzie mniejszym błędem od poprzedniego. Wiedzieli, że nowa prawda będzie na razie herezją, wkrótce jednak stanie się już tylko ortodoksją (Th.Huxley), gdzie zaś mowa o ortodoksji, nie będzie miejsca dla postępu. Mistrzowie XIX stulecia i kontynuatorzy ich dzieła wkładali w swą sztukę więcej indywidualności. Można było słusznie mówić o poszczególnych „szkołach”. W ciągu półwiecza na miejsce szkoły i mistrza zaczął wysuwać się anonimowy zespół badawczy, skłonny wyżej stawiać wyposażenie warsztatu niż doświadczenie nauczyciela bądź własne. Mistrzowie sztuki lekarskiej bezustannie uczyli, że słowo drukowane należy bezwzględnie konfrontować z życiem. Naukowcy dogmatyczni, nauczał Włodzimierz Mikułowski, „chcwi za wszelką cenę nowości, biorą każdy świeży towar za dobrą monetę i sami stają się ofiarami próżnej taniej pychy parweniuszów” (1955) i tak jak Mieczysław Michałowicz, często wykraczał poza medycynę szkolną, z drugiej strony wysoko cenił kazuistykę, dostrzegając w niej rodzaj skrótów naukowych, dających porównać się do wzorów w matematyce czy fizyce, czy do „aforyzmów, maksym, aperçu w filozofii” (1964). Mikułowski podkreślał, że obowiązkiem profesora kliniki jest uczyć poznawania początków choroby, zatem objawów subiektywnych, gdy medycy uczą się od razu w sali chorych, zamiast w ambulatoriach, gdzie mieliby sposobność poznawania pierwszych objawów choroby. W doskonaleniu poddyplomowym wielką rolę odgrywają posiedzenia towarzystw naukowych. Wszystkie instruktywne przypadki chorobowe winny być demonstrowane, zwłaszcza gdy w czymkolwiek odbiegają od wzoru podręcznikowego. Długo nie znajdowało to zrozumienia bądź szerszego zrozumienia. Mikułowski w ciągu siedmiu lat (1924-1931) demonstrował na posiedzeniach Towarzystwa Pediatrycznego 100 przypadków na ogólną liczbę 253 (tj. 40%). Tę formę nauczania kontynuował po wojnie w Krakowie, demonstrując wszystko, co warte było pokazania, zarówno w trakcie wykładów dla studentów, jak i na posiedzeniach naukowych.

Duże znaczenie miały posiedzenia odbywane w mniejszych ośrodkach. Po I wojnie pięć miast uniwersyteckich, posiadających wydziały lekarskie dysponowało 53 klinikami i 68 zakładami teoretycznymi. Wykładało 116 profesorów, 29 docentów i 373 asystentów (rok 1928). W uczelnianych więc zadaniem naczelnym było szkolenie kadry naukowej; nie zawsze prelegent kliniczny mógł pojechać z odczytem, obowiązek dokształcania spoczywał zatem na doświadczonych praktykach w mniejszych ośrodkach. Równie dużą rolę odgrywały wspomniane już zjazdy i kongresy naukowe. Tu nie zawsze pojmowano, że nadmierna ilość może pogorszyć bądź przynajmniej spłycić jakość. Niektóre towarzystwa

pojęły to dość szybko, regulaminy spotkań, jakkolwiek doświadczenie wykazało, że dobre chęci nie mogą starczyć za uczynek, nie brakło bowiem w dalszym ciągu zjazdów przeładowanych referatami, nadto przewodniczący sesji, bez względu na to, które Towarzystwo obradowało, często spotykał się z absolutnym nieprzestrzeganiem reguł obowiązujących prelegentów i dyskutantów. Ekonomia czasu, własnego i cudzego, nie była u nas raczej nigdy doceniana. Można dostrzec jeszcze jedno zjawisko: referat zjazdowy ogłoszony drukiem na ogół spełniał warunki, inaczej na sali obrad. Sprawozdania z różnych zjazdów ukazują, że raziła często dysproporcja między długim wstępem, a zbyt zwięzłym referatem w ścisłym znaczeniu. Po wojnie głównym celem było nadrobienie kilkuletniej straty, nic więc dziwnego, że programy zjazdów były często zbyt wysycone, obradowano nadto w kilku sekcjach jednocześnie, co nie mogło zadowalać wszystkich uczestników. Jeśli zjawisko to do roku 1951 nie było jeszcze nazbyt rażące, w latach późniejszych można było wielokrotnie dostrzec, że istotę zjazdu stanowią kuluarowe wymiany zdań. Zwracano na to uwagę również w lekarskim piśmiennictwie zagranicznym.

Tematyka zjazdów była i nadal jest podobna na całym świecie. Omawia się sprawy nowe oraz to, co najczęściej pochłania uwagę w pracy zawodowej. Nasilenie poszczególnych chorób bywa okresami różne, nie małą rolę odgrywa i tutaj pewnego rodzaju moda. Gdy więc idzie o szkolenie, częstokroć nieporównanie cenniejsze były skromne posiedzenia terenowe, organizowane przez oddziały bądź koła, z zapraszaniem prelegentów z zewnątrz bądź organizowane we własnym zakresie.

W klinikach i zakładach toczyły się dociekania i badania, szukano odpowiedzi na elementarne pytania: jak i dlaczego dzieje się tak, nie inaczej. Fernelowski podział na fizjologię, patologię i terapię (r. 1567) nigdy nie zawierał słupów granicznych. W okresie międzywojennym więcej uwagi poświęcano zagadnieniom naukowym w powiązaniu z praktyką, po wojnie niejednokrotnie wysuwała się na czoło sama teoria.

Na ogół każda klinika miała określony profil naukowy, nie rezygnując jednak z całości.

Od powstania pierwszych towarzystw w rodzaju Royal Society i podobnych coraz bardziej konieczna w miarę upływu czasu była instytucja nadrzędna koordynująca współpracę ludzi nauki wszędzie, gdzie ją uprawiano. W poprzednich tomach *Historii nauki polskiej* wskazano, że klimat psychiczny sprzyjający rozwojowi nauki pojawił się w kraju naszym na progu katastrofy, toteż dopiero w roku 1872 mogła powstać Akademia Umiejętności w Krakowie, od zarania nosząca charakter ogólnopolski i po odzyskaniu niepodległości przekształcona w Polską Akademię Umiejętności. Jesienią 1920 r. powstała myśl, aby niezależnie od PAU stworzyć Akademię Nauk Lekarskich (St.Bądryński, Fr.Krzyształowicz i in.). Minister WRiOP zatwierdził pierwszych 27 członków, niestety nie dopełniono formalności, akt utworzenia tej instytucji nie ukazał się w żadnym organie urzędowym (T.Bilikiewicz). W 1922 r. liczba członków czynnych wzrosła do 38, dokonano także wyboru członków korespondentów. Rokowania w sprawach natury formalnej toczyły się długo, w końcu Akademia Nauk Lekarskich została rozwiązana, na jej miejsce zaś stworzono IV Wydział Polskiej Akademii Umiejętności. Zmiana statutu została zatwierdzona w 1930 r. W następnym roku utworzono Komitet Porozumiewawczy towarzystw naukowych. Inauguracja Komitetu Naukowego Medycznego odbyła się w 1936 r. (K.Kostanecki, St.Ciechanowski, Ks. Lewkowicz, Fr.Walter, A.Oszacki, W.Orłowski, L.Karwacki, Wł.Filiński, B.Kryński, W.Nowicki, M.Franke, W.Kapuściński).

Tomasz Bilikiewicz wskazał, że Polska Akademia Nauk nie powstała w próżni, gdy powołano ją do życia na I Kongresie Nauki Polskiej (1951 r.); niestety nie uszanowano tradycji i zlekceważono historię, choć ona to właśnie uczy, że niedostrzeganie historii jest

możliwe tylko na krótką metę, pożytku daje bardzo niewiele, szkody za to wyrządza olbrzymie. U schyłku lat czterdziestych można było już dostrzec pewnego rodzaju przegięcia interpretacyjne, sprowadzane do wspólnego mianownika krytyki założeń idealistycznych. Zaczynał się rozrost dogmatyzmu, często sztywnego, absolutnie nie dopuszczającego do jakiegokolwiek obiektywnej oceny. Zaczęto szafować nazwiskiem Pawłowa, czyniąc to w sposób dający wiele do myślenia wszystkim, którzy znali i cenili dorobek tego wielkiego uczonego. Tak bowiem jak w okresie tarć religijnych, ci, którzy powoływali się na Biblię, rzadko mieli ją w ogóle w rękę, również i „rzecznicy” Pawłowa — później Miczurina, Łysenki, Lepieszyńskiej — nie znali dzieł, na które byli skłonni powoływać się przy każdej sposobności, nie znali nie tylko szczegółów, lecz nawet podwalin tej nauki. Stwarzali natomiast pięknie wyasfaltowaną jezdnię wszelkiego rodzaju oportunistom i ludziom koniunktury. Nauka Pawłowa oczywiście nic na tym nie straciła, poniosła jednakże straty nauka polska.

Jednym z minusów był całkowity brak zrozumienia zjawisk psychicznych (B.Skarżyński), wynikający nie tyle z nieprzekonywujących hipotez materializmu mechanistycznego, ile także z ignorancji ludzi rozmiłowanych w sianiu fermentu i stwarzaniu klimatu pozwalającego na załatwianie czysto osobistych porachunków, wywodzących się najczęściej z zespołu zjawisk określonych przez Maxa Schelera mianem psychicznego samozatrucia.

Sprawa Akademii Umiejętności była wielokrotnie poruszana, niestety rzadko na gruncie oficjalnym. Ponieważ dogmatykom na ogół brak poczucia humoru, w sprawie tej udawało się czasem wystąpić satyrykom. Jeśli materiałami zasługującymi na miano historycznych — historią zaś jest to wszystko, co działo się w danym okresie — mogą być nie tylko archiwa, warto może wspomnieć, że na łamach tygodnika satyrycznego ukazał się w okresie odwilży dowcip rysunkowy, ukazujący, że sprawa Akademii nie była obojętna: znajdujemy na rycinie gabinet laryngologa. Ówczesny prezes PAN przygotowuje się do badania, przed nim stoi laryngolog; do profesora Kotarbińskiego zwraca się profesor Miodoński: „Niech PAN powie AU...”

Czy ludzie nauki w Polsce mieli w trudnym okresie odwagę cywilną? Zapewne nie wszyscy, miał ją przecież jednak przeważający odsetek naukowców, chociażby autorzy przytoczonego uprzednio memoriału w sprawie wydziałów lekarskich i ich oderwania od uczelni macierzystych, jak uczeni rządu Tadeusza Bilikiewicza, zdolnego głosić *coram publico* to, co odpowiadało faktom. Można więc powtórzyć za Lichtenbergiem, że zwykły zdrowy rozsądek nie popełnia tylu błędów, co połowiczna uczoność.

W okresie międzywojennym uczeni polscy dochodzili do licznych samodzielnych osiągnięć, częstokroć znanych dobrze poza granicami kraju, przedstawianych na międzynarodowych zjazdach i kongresach bądź ogłaszanych na łamach pism obcojęzycznych. Tyle jedynie, że wszystko to, u nas i na całym świecie, było kontynuacją dociekań zapoczątkowanych w ubiegłym stuleciu. Rozszerzone horyzonty ukazywały zjawiska bezspornie nowe, nie na tyle jednak oryginalne, aby mogły natychmiast wpłynąć na kierunek rozumowania. Często nowe badania ukazywały przede wszystkim bezradność medycyny. Nie należy przeoczać faktu, że leczenie substytucyjne nie jest wyleczeniem, podobnie leczenie objawowe staje się formą pomocy w wielu wypadkach coraz bardziej skutecznej, nie stanowi jednak rozwiązania problemu. Zdobywszy takich było dużo, niejednokrotnie zdolnych nawet przesłonić istotę rzeczy, to mianowicie, że jawi się kolejna forma postępowania w gruncie rzeczy nadal paliatywnego. U schyłku XIX wieku oczekiwano za wiele, podobnie w okresie międzywojennym czy po zawieszeniu broni. Ani więc doktryna o swoistej etiologii nie rozwiązała wszystkiego, ani odkrycie antybio-

tyków nie pokonało wielu chorób, w przebiegu których drobnoustroje odgrywają rolę bezsporną. Dokładne poznanie faz przemiany materii nie zawsze mogło usprawnić leczenie. Jeżeli okazywało się, że do rozumowania wypada włączyć elementy dziedziczne, wraz z wiedzą rozrastało się poczucie bezradności i bezsilności. Doznania ludzi nauki miały w ciągu dziejów i w ciągu indywidualnego życia uczonych dużą amplitudę. Charakterystyczne są słowa Behringa, kiedy to zamierzający poświęcić się pracy naukowej Hans Much zwrócił się do niego i usłyszał, że jeśli chce coś osiągnąć, wówczas powinien zapomnieć to, czego uczył się do owej pory, bo to nonsens, jak i nonsensem miało być prawie wszystko, co zawierała literatura naukowa. Gdyby zamierzał jednak kroczyć szybko naprzód, niechaj przyjmie to wszystko i włączy się w nurt, „wtedy jednakże nie u mnie...” Jeżeli nie każdy spośród ludzi nauki powiedział to kiedykolwiek publicznie czy w zaciszu swojej pracowni, niejeden rozumował podobnie, czasem dochodząc do ocen nazbyt skrajnych.

Naukowiec XIX stulecia i kontynuator jego kierunku nie musiał być zarozumiały — choć niejeden bywał — i nie musiał żywić nadmiernego optymizmu, w każdym razie zarówno u schyłku XIX wieku, jak i w okresie międzywojennym raczej nie było miejsca na nihilizm. Często natomiast, jakkolwiek popularyzatorzy medycyny woleli o tym nie mówić, jawił się sceptycyzm. *Cogito ergo sum* przyjmowało niejednokrotnie zmodyfikowane brzmienie *dubito ergo sum* (Mikułowski). Zdobytcze wspomniane uprzednio nie-rzadko przesłaniały fakt, że medycyna jest daleka od doskonałości. Ludziom nauki rzucały się w oczy narządy i układy, tak jak widz w teatrze — nawet gdy oprócz solistów dostrzega pozostałych anonimowych członków zespołu — rzadko myśli o scenarzyście i jego pomocnikach, gdy w latach trzydziestych można było uświadomić sobie, że niezmiernie ważną rolę odgrywa chociażby współczulny układ nerwowy, czy odgrywa ją tkanka łączna, wreszcie to wszystko, co składa się na psychikę człowieka chorego. Jeżeli w całokształcie życia ludzkiego emocje zawsze odgrywały większą rolę niż rozum, dlaczego w sprawach zdrowia i choroby miałyby być inaczej? Określenie „nauka” wiąże się jednak z pomiarem i możliwością wyrażenia go liczbą czy wzorem, stąd okresy obniżonego zainteresowania sprawami nie dającymi się mierzyć. Po to jednak, aby mogły paść słowa „bądźmy skromni” (Tadeusz Kielanowski) nieodzowny był okres, w którym dominowało przeświadczenie o nieomyślności, jeśli nie całkiem osiągniętej, to w każdym razie już bliskiej owego momentu.

Wiele na to wskazuje, że skromność, przyprawiona stosowną dawką sceptycyzmu, pozwoli dostrzec zupełnie nową drogę. Ostatecznie coraz dokładniejsze cyzelowanie nauki o budowie czy nauki o czynności nie przyniosło rozwiązania.

W KRĘGU PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Łatwo dostrzegalny, tragiczny w swym wyrazie i przynębiający podział na Polskę A, B i C uwidaczniał się szczególnie jaskrawie w sprawach medycyny stosowanej. W roku 1928 z 9422 zarejestrowanych lekarzy 2160 przebywało w Warszawie, lekarzy zamieszkałych na wsi było 981. Wskaźnik na 10 tysięcy ludności wynosił średnio 3.1, w miastach jednak był czterokrotnie wyższy (12.5).

Tab. 8. Personel służby zdrowia

Rok	Lekarze	Lekarze dentyści	Farmaceuci	Pielęgniarki
1936	12.917	3.686	3.787	6.674
1946	7.732	1.581	2.414	6.064
1950	9.200	2.370	3.817	18.361
1951	9.743	2.903	4.065	26.779

(wg Rocznika Statystycznego GUS)

W roku 1930 istniało 716 szpitali (bez wojskowych), w tym prywatnych — 113; łączna liczba łóżek wynosiła wtedy 64.494, co oznaczało znaczny wzrost, gdy zważyć, że w roku 1922 było ich 40.009, zaś w roku 1926 — 57.313. Liczba szpitali w r. 1948 wynosiła 555, liczba łóżek przypadających na 10 tysięcy ludności z 15.4 w r. 1938 wzrosła po dziesięciu latach do 31.4, nastąpiło zatem duże zagęszczenie pomieszczeń szpitalnych, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby personelu. Gdy zważyć, że niektóre leki, na przykład antybiotyki, stanowiące przedmiot dumy świata nauki, jeszcze w latach pięćdziesiątych były reglamentowane, ich zdobywanie zaś połączone z niezwykle uciążliwą procedurą administracyjną (zapotrzebowanie na lek, wystawiane przez lekarza leczącego było sygnowane przez ordynatora i następnie przedkładane komisji) można ocenić sytuację jako zdecydowanie trudną. Choć dane statystyczne rzadko bywają wiążące, mogą jednak służyć jako wskaźniki orientacyjne. Tab. 9 ukazuje porównawczą sytuację w niektórych krajach w r. 1950.

Tab. 9. Liczba lekarzy oraz stomatologów na 10 tys. ludności w roku 1950

Albania	1.3	
Austria	19.0	
Dania	13.2	
Francja	10.6	
Niemiecka Republika Demokratyczna	12.4	(r. 1958)
Niemiecka Republika Federalna	17.6	(r. 1951)
Polska	4.6	(tj. 3.7 + 0.9)
Rumunia	9.4	
Szwajcaria	17.1	
ZSRR	14.7	

(źródło jak tab. 8).

W 1920 r. powołano kasy chorych, przekształcone w 1933 r. w Ubezpieczalnię Społeczną, odsetek ubezpieczonych był jednak niewielki. Liczba ich, wynosząca w roku 1924 zaledwie 1.613 tys., wzrosła po trzech latach do 1.783 tys. Ogromnie niewesoła, czasami wręcz tragiczna była sytuacja ludności wiejskiej. Gdy idzie o stronę organizacyjną, Ubezpieczalnia stworzyła warunki zadowalające, co można było dostrzec w 1950 r., gdy sprawy lecznictwa znalazły się w gestii wydziałów zdrowia, Ubezpieczalni pozosta-

wiono zaś tylko sprawy finansowe. Wydziały zdrowia nie skorzystały z doświadczeń ubezpieczalnianych i na szereg lat w lecznictwie zapanował stan rzeczy pozostawiający wiele do życzenia. Przerost administracji odbił się bardzo niekorzystnie na świadczeniach, zarówno pod względem formy, jak i treści. Ilustracją może nietypową, w każdym razie znamionną może być chociażby to, że każdy lekarz zatrudniony w Ubezpieczalni otrzymywał bezpłatnie dwumiesięcznik „Wiadomości Lekarskie” — organ ZUS. W piśmie tym przedstawiano najnowsze zdobycze medycyny, omawiana była organizacja pracy na codzień, oddzielną część stanowiła medycyna pracy, dalej poradnik rozpoznawczo-leczniczy, streszczenia z prasy i przegląd piśmiennictwa, kronika i informacje ZUS, w końcu listy czytelników. Ostatni zeszyt tego cennego pisma ukazał się w 1950 r. (redaktor naczelny — Ryszard Kunicki). Pojmowano więc, że lekarz praktyk bezwzględnie musi być stale informowany o tym, co się dzieje w nauce i jak to wygląda w zetknięciu z codziennością zawodową.

Jeśli zważyć, że również w roku 1950 zlikwidowano Izby Lekarskie, zaś członkostwo w towarzystwach lekarskich było zalecane, lecz nie było nigdy obowiązkowe, łatwo dostrzec, że sprawami postępu nauki bądź pozostałą tematyką interesował się ten jedynie, kto chciał, nie mając od owej pory takiego choćby drobnego bodźca jak własny organ prasowy, otrzymywany w miejscu pracy.

Po I wojnie istniało na terenie byłej Kongresówki zaledwie 8 większych zakładów farmaceutycznych, na terenie byłego zaboru austriackiego 15 i pruskiego 8. Ogółem zarejestrowano 62 firmy, w tym 22 o wyraźnym profilu produkcyjnym (Kikta). Powstawały następnie nowe przedsiębiorstwa, inne likwidowano. Wiele leków trzeba było importować, szybko jednak zdołano uruchomić produkcję własną nowych środków. W roku wybuchu II wojny polski przemysł farmaceutyczny mógł być pokrywać około trzech czwartych zapotrzebowania.

Po odzyskaniu niepodległości ruchy migracyjne sprzyjały szerzeniu się chorób zakaźnych. Kompetencje władz w tych sprawach regulowała ustawa z dnia 19 lipca 1919 r., w połowie lipca roku następnego powstał urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza Do Walki Z Epidemiami. Obowiązywało zgłaszanie zachorowań na dżumę, ospę, cholera, salmonellozy, czerwonkę, szkarlatynę, dyfterię, zapalenie opon mózgowych, odrę, różę, koklusz, malarię i zakażenie pępowiny; z chorób przewlekłych — trąd, gruźlica, jaglica i twardziel. Zgłaszano także wszelkie antropoozonozy oraz masowe zatrucia. Miasta powyżej 50 tys. mieszkańców winny były posiadać własne zakłady badania żywności (Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 22 marca 1928 r.). Po II wojnie powstały w ramach reorganizacji służby zdrowia wojewódzkie, powiatowe oraz miejskie stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Stan sanitarny nie był zadowalający. U młodzieży stwierdzano następstwa niedożywienia bądź wadliwego odżywiania, odesetek zachorowań na krzywicę, gruźlicę był wysoki, jak i odesetek wad postawy. W roku szkolnym 1928/29 na tysiąc uczniów 13.2 było zaatakowanych wszawicą (chłopczy 5.5, dziewczęta 24.2). Jednym z ważnych odcinków stała się higiena szkolna, popierana od pierwszej chwili przez licznych pediatrów.

Od 1927 r. istniała Naczelna Państwowa Rada Zdrowia. Jednostkami służby zdrowia kierowały jednak poszczególne ministerstwa, we własnym zakresie. Stąd duże rozbieżności natury organizacyjnej, jak i łatwo uchwytnie różnice. Najszybciej i najbardziej zadowalająco załatwiła te sprawy kolej. Szpitale Górniczej Spółki Brackiej czy szpitale hutnicze mogły w niczym nie odbiegać od ówczesnych szpitali berlińskich, niejednym szpitalu prowincjonalnym na terenie Polski B czy C musiał nasuwać skojarzenia z salą nr 6 Czechowa. Nie znaczy to, aby szpitale prowincjonalne musiały dysponować gorszymi

lekarzami; często wręcz przeciwnie, lekarz o wyższych kwalifikacjach obierał właśnie prowincję, w pełni świadomości, że tam nie będzie mógł liczyć na pomoc. W okresie międzywojennym „mały” czy „duży” szpital stanowiły pojęcia bardzo względne, tak jak określenia ośrodek prowincjonalny czy duże miasto. Pawia z czasów J.P.Franka była prowincją, gdyby ją porównać z niektórymi miastami w XX stuleciu. W medycynie stosowanej idzie najczęściej o uzdolnienia czy talenty osobnicze, o zapał do pracy, o poczucie odpowiedzialności. Rozumując historycznie należy nie zapominać o tym, że wspomniany przed chwilą Frank napotykał także na rozliczne utrudnienia i szykany.

Medycyna była wolnym zawodem, aparat fiskalny nie miał w swych założeniach zniechęcania lekarzy do pracy, przedstawiciel wolnego zawodu sam doskonale wiedział, że kto chce brać, ten musi również dawać, lecz nie komuś za coś, lecz jedynie swym chorym. Mógł więc lekarz na prowincji dysponować elektrokardiografem wcześniej niż szpital, mógł posiadać także zestaw nowoczesnych wzierników czy mikroskop bardziej nowoczesny od szpitalnego.

Coś w rodzaju mini-laboratorium należało często do wyposażenia gabinetu lekarza ogólnopraktykującego. Niejeden praktyk mógł sobie pozwolić na posiadanie własnej lampy kwarcowej. Szpitale zaś były wyposażone rozmaicie. Starano się na ogół o to, aby szpital posiadał aparaturę rentgenowską oraz pełny asortyment sprzętu chirurgicznego. W szpitalach wykonywano badania rutynowe krwi i moczu oraz podstawowe badania z zakresu bakteriologii. Metody barwienia opisane przez Ziehla i Neelsena (r. 1885), tak jak o rok starsza metoda Grama przyjęły się bez porównania szybciej niż metoda Maya i Grünwalda czy Giemsy, wykorzystywane w hematologii, pierwotnie jednak przeznaczone dla parazytologa. Może więc dlatego właśnie, że w naszej strefie klimatycznej malaria należała do rzadkości — choć znano ją dobrze z XIV czy XV stulecia — nie korzystano z tych badań. Panoptyczna metoda Pappenheima, stosowana w hematologii, służyła jednakowo ośrodkom dużym i małym, jednakże dopiero w latach trzydziestych posilkowano się nią częściej. Metodą rutynową było oznaczenie szybkości opadania krwinek, nazywane od czynnika Biernackiego. Maki Takata opisał próbę sublimatową pomagającą odróżnić zapalenie płucododroszki od płatowego (r. 1925). Staub i Jezler zastosowali ją w diagnostyce chorób wątroby. Nie pojmowano jeszcze wtedy ogólnego znaczenia prób opierających się na chwiejności białek surowicy. O ile próba sublimatowa znalazła szybko zastosowanie (zwłaszcza gdy zmodyfikowali ją technicznie Nancke i Sommer), to w naszym kraju rzadko posługiwano się próbą wprowadzoną przez Oscara Weltmanna, zwaną „wstęgą koagulacyjną”. Była to niezmiernie cenna próba, ukazująca zmiany w dwóch kierunkach: skrócenie wstęgi stanowiło wyraz przewagi frakcji globulin alfa, wydłużenie zaś frakcji — globulin gamma, lecz biorąc historycznie, jest to także wyraz „mądrości wstecz”: trzeba było dopiero upowszechnienia nauki o białkach surowicy, by docenić te sprawy, wtedy zaś, gdy pojmowano czym są, można było liczyć na to, że jeśli tu i ówdzie nie zaczęto posilkować się chromatografią bibułową, to moment ów jest bliski. Po II wojnie upowszechniła się próba tymolowa MacLagana oraz bardziej poręczna próba z siarczanem kadmu, opisana przez Wuhrmanna i Wunderly'ego. Wiele szpitali oraz placówek lecznictwa otwartego zaczęło po wojnie rutynowe oznaczanie poziomu białka ogólnego w osoczu bądź w surowicy (R.A.Philipps i D.D. van Slyke). Istniały zatem warunki do jednoczesnego śledzenia zmian zachodzących w obrazie morfologicznym krwi, jak i surowicy. U schyłku omawianego okresu można było jednak dostrzec, że preferowane będą wszelkie metody ilościowe. Badania takie wymagają precyzyjnej aparatury, zdolnej nadto cieszyć oko, co jest łatwo zrozumiałe, jeśli zważyć, jak kraj został wyniszczony podczas zmagania wojennych i w jakim stopniu mogło imponować wszystko

przychodzące z zachodu. Przeoczono jakoś, że można zakupić, czasem przyjąc w darze owe precyzyjne aparaty, potem jednak trzeba będzie starannie je konserwować (sprawa etatów dla konserwatora mogłaby stanowić przedmiot obszernej dysertacji historycznej), nadto dysponować warunkami do sporządzania najróżniejszych roztworów i odczynników, często także barwników. Otóż nie każda placówka posiadająca drogi sprzęt pomiarowy dysponowała chociażby wystarczająco dokładną wagą analityczną czy pH-metrem, niektóre ciecze zatem mogły mieć jedynie przybliżony skład bądź stężenie. Wyniki badań mogły wtedy, tak jak aparatura, cieszyć oko użytkownika; jeśli jednak był on świadomy wspomnianych, prozaicznych wymogów, musiały tylko smucić. Von Norden wskazywał u schyłku ubiegłego stulecia, że liczba ma w sobie coś imponującego, nie zawsze jednak pamięta się o tym, w jaki sposób liczba została uzyskana. Otóż po zawieszeniu broni pamiętano o tym jeszcze mniej: byle metoda była nowa!

Do badań rutynowych należało oznaczanie czasu krzepnięcia oraz czasu krwawienia. Korzystano z metod opisanych przed I wojną. Inne próby z zakresu koagulacji (Quick) znalazły zastosowanie dopiero po zakończeniu działań wojennych. W praktyce codziennej wykonywano badanie zawartości żołądka oraz badania kału (obecność pasyżtów, krew utajona).

Wcześniej zwrócono uwagę na nieswoistość odczynu Wassermann'a (r. 1906), jak i na niepewność innych odczynów sprzed I wojny (Michaelis r. 1907, Kolmer r. 1909). Od roku 1941 zaczęto stosować odczyn kardiolipinowy (M.C.Pangborn), test Nelsona został opracowany w roku 1949. Wiadomo było jednak i jest nadal, że wszystkie stosowane metody mogą dawać odczyny fałszywie dodatnie.

Ruchy migracyjne ludności po II wojnie przyczyniły się, tak jak poprzednio, do rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych i zaraźliwych, jakkolwiek nasilenie ich było w różnych regionach odmienne. Zarówno w roku 1918, jak i po 1945 dzień powszedni lekarza wyglądał inaczej niż w krajach oszczędzonych przez wojnę. Aby lekarz praktyk mógł działać, nieodzowna stała się współpraca z ludźmi nauki. Ludwik Hirszfild zorganizował masowe badania serologiczne kiły, Stefan Slopek pracował nad szczepionką przeciwdrurową, Rudolf Weigl prowadził walkę z dudem plamistym, Edward Mikulaszek zajął się immunologią, Henryk Brokman biegunkami niemowlęcymi, Franciszek Groer gruźlicą wieku dziecięcego, Marcin Kacprzak higieną publiczną, Brunon Nowakowski medycyną pracy, Feliks Przesmycki organizacją badań bakteriologicznych, Włodzimierz Mikułowski ambulatoriami dla niemowląt, znajdując dopiero po wojnie warunki realizacji swych postulatów z lat dwudziestych, jak chociażby wprowadzenie pielęgniarstwa społecznego, wzywającej mieszkanek. To kilka przykładów, nieprawdopodobieństwem byłoby wyszczególnienie wszystkich lekarzy w taki czy inny sposób zasłużonych.

Do roku 1950 nie dostrzegano się niezadowolenia z usług lekarskich. Jawiły się oczywiście narzekania, nie ma bowiem w dziejach okresu, który byłoby od nich wolny, przeważała jednak wdzięczność, społeczeństwo ceniło sobie możliwość uzyskania pomocy, lekarze byli świadomi tego, że oczekuje się od nich więcej niż od pracowników zatrudnionych w ścisłym wymiarze godzin. Niemałą rolę odegrało i to, że jedni i drudzy — lekarze i pacjenci — zachowali bardzo świeże wspomnienia z wojny. Do roku 1950 medycyna w naszym kraju była już uspołeczniona, a jeszcze nie zbiurokratyzowana, to zaś, jak nauczyło doświadczenie lat późniejszych, znaczy bardzo wiele.

W omawianym okresie sprawa dotyczyła strony formalno-prawnej. Zmiana wolnego zawodu w uspołeczniony była z tego punktu widzenia posunięciem radykalnym, trudno było jednak, aby uświadomił to sobie w taki właśnie sposób ogół zainteresowanych bezpośrednio czy pośrednio, uświadomienie tego sobie nie mogło nadto dokonać się z

dnia na dzień. Lekarz wiedział więc, że reprezentuje zawód odpowiedzialny i z założenia poważny, tymczasem mógł niejednokrotnie dostrzec, że zawód ów — gdy idzie o stopę życiową bądź pozycję socjalną — nie został potraktowany w sposób mogący świadczyć o zrozumieniu roli lekarza czy docenieniu jego roli w społeczeństwie, w którym narastał mit o lekarzach-milionerach, wywodzący się zwłaszcza z wojennych spostrzeżeń, które niekoniecznie mogły stanowić uzasadnioną podstawę do uogólniania. W imię prawdy historycznej wypada stwierdzić, że kto spośród lekarzy traktujących rzetelnie swe obowiązki zaakceptował uspołeczenie w sposób właściwy, nie ułatwiał sobie bynajmniej życia na codzień. Któż obserwuje lepiej od dziennikarza? Otóż wieloletni redaktor najpoczytniejszego po wojnie tygodnika, późniejszy wicepremier dostrzegł istotę rzeczy: „Bardzo poważne grupy pracujących — pisał u schyłku lat siedemdziesiątych — na przykład robotnicy w przemyśle lekkim, lekarze nie uprawiający prywatnej praktyki, nauczyciele, niżsi urzędnicy administracji państwowej, żyły na skraju biedy. Ich zarobki i tak już bardzo niskie, przez wiele lat nie uległy zwiększeniu”. Istotnie w roku 1951 lekarz skierowywany na nakaz pracy otrzymywał był pobory poniżej 600 zł, wraz z dyżurami osiągał niecały tysiąc złotych miesięcznie. W tym samym czasie — aby posłużyć się konkretnym przykładem — piękny album *Wit Stwosz* kosztował 300 złotych. Za to bardzo tanie były podręczniki medyczne, dla studentów i lekarzy, nie wydaje się jednak, aby w podobnym stanie rzeczy mogły spełniać swój cel. Lekarz praktyk bowiem, w szczególności gdy nie prowadził praktyki prywatnej, był zmuszony do pracy w wymiarze dziesięciu i pół godziny dziennie, obok licznych dyżurów. Niedobór kadr pociągał za sobą konieczność zwiększania limitu godzin. Tak więc w województwie katowickim, ostatniego grudnia 1951 roku, kończącego omawiany okres, przedstawiciele Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia uchwalili dwunastogodzinny dzień pracy. Nie zaważyło to zbyt na wysokości poborów, jeśli pierwsze siedem godzin pracy kwalifikowano jako zarobek u pierwszego pracodawcy, następne godziny zaś, najczęściej w lecznictwie otwartym, lub odwrotnie — lecznictwie zamkniętym dla lekarzy zatrudnianych etatowo w przychodniach — wynagradzał wg zeznań podatkowych już drugi pracodawca. W takim stanie rzeczy dyżury były obliczane jako dochód od trzeciego pracodawcy, co pociągało za sobą praktycznie biorąc nieodpłatność kolejnych dyżurów, gdy przekraczały liczbę 6 lub 7 miesięcznie. O tym ogół społeczeństwa nie wiedział, mało prawdopodobne także, aby kiedykolwiek miał pisać o tym historyk medycyny w przyszłym stuleciu.

Apele mające zachęcić lekarzy z ośrodków pozauniwersyteckich do pracy naukowej mogły być w zasadzie trafiać w próżnię; gdy jednak przegląda się zestawienia już to publikacji (St.Konopka), już to zestawienia prac na stopień doktora medycyny (Z.Woźniewski), okazuje się, że niemały odsetek lekarzy z ośrodków prowincjonalnych starał się o czynienie spostrzeżeń i ogłaszanie ich na łamach prasy fachowej. Stąd wnioski, że wielu lekarzy pojmowało swą rolę społeczną i swój zakres obowiązków. Postulaty wysuwane przez izby lekarskie były realizowane, nawet gdy zarobki — powtórzy raz jeszcze słowa Mieczysława Rakowskiego — nie uległy zwiększeniu.

MEDYCYNA OKRESU WOJNY

W trakcie międzynarodowej konferencji lekarzy i prawników w Düseldorfie (r. 1969) wiele uwagi pochłonął „syndrom KZ”. Prelegenci zwrócili uwagę, że około 64% ludzi za drutami cierpiało na biegunki, u ponad połowy występowały obrzęki (58%), urazy głowy (57%), niewiele mniej niż połowa odniosła uraz kręgosłupa (43%). Wśród uszkodzeń późnych na pierwszym miejscu znalazły się zaburzenia osobowości, choroby

układu krążenia oraz choroby układu łącznotkankowego. W obozach do rzadkości należała choroba nadciśnieniowa, cukrzyca, nadczynność tarczycy oraz astma. Zmiany miażdżycowe natomiast (aorta, naczynia wieńcowe, zastawki, wsierdzie, naczynia mózgu) znajdowano u ludzi 20, 30-letnich. Obserwacja byłych więźniów ujawniła dwukrotnie więcej chorób nowotworowych i chorób przemiany materii oraz czterokrotnie więcej chorób układu krążenia, wątroby i trzustki. Po powrocie z obozu często pojawiała się choroba nadciśnieniowa, za drutami osoby te miały skłonność do spadku ciśnienia tętniczego krwi (Fr, Błaha). Z punktu widzenia patologa wypada zwrócić uwagę na dwa momenty: ludzie przebywający za drutami byli pozbawieni tłuszczu i białka zwierzęcego, pokarm ich stanowiły węglowodany bez cukru. Zmiany miażdżycowe stwierdzano sekcyjnie; za życia ludzie ci nie odczuwali duszności ani zawrotów głowy, nie podawali żadnych przykładów dających powiązać się „podręcznikowo” z miażdżycą. Przyczynę ich zgonu stanowiły zakażenia. Cukrzyca zatem wyraźnie zależy od diety, tak jak miażdżycza nie zależy od dowozu materiałów cholesterogennych.

W tych sprawach szerokość geograficzna nie odegrała żadnej roli. W omawianym okresie w ciągu sześciu lat znano wszędzie dobrze poszczególne objawy, choć za krótko było, aby można już wtedy ocenić to, co zaliczamy do zmian późnych. Brakowało natomiast oceny w oparciu o zarejestrowane i podsumowane dane.

Odrębny rozdział stanowią eksperymenty na człowieku, przeprowadzane z perfidią i okrucieństwem w obozach hitlerowskich. Te bezprecedensowe przejawy masowego zwyrodnienia mają w tej chwili bardzo obszerną literaturę.

W Norymberdze Temida nosiła opaskę ze sztucznego tworzywa, symbolizującą jak dawniej bezstronność, przecież jednak tworzywo było przezroczyście. Proces ów nie przeszedł do historii prawa zasługując na miano wzorowego. Jego przebieg wykazał w każdym razie, jak bardzo prymitywna była psychika zbiorowości nawet w tak postępowym stuleciu. Wszelkie osiągnięcia i zdobycze nauki czy techniki nie znaczą nic i nie odgrywają żadnej roli wobec bezmyślnego konformizmu mas, tak spragnionych wodza, że skłonnych zapominać o swym człowieczeństwie, bez względu na to, jakiego postannictwa oczekiwano właśnie od człowieka nowych czasów. Trudno przy tym orzec, który akt jest trudniejszy do wy tłumaczenia: pożar biblioteki w Aleksandrii, czy palenie ksiązek i rękopisów na klinicznym dziedzińcu we Wrocławiu bądź w innych miastach uniwersyteckich III Rzeszy?

Po Wrześniu tragicznym dla nas, lecz nie zmuszającym bynajmniej do odwracania głowy z rumieńcem wstydu, wszystkich umundurowanych obowiązywał regulamin służby zdrowia poszczególnych armii, do których zostali wcieleni. W okupowanym kraju Ubezpieczalnia kontynuowała swą działalność, obok PCK, współdziałającego z Radą Główną Opiekuńczą. Ludzie konspiracji zorganizowali podziemną służbę zdrowia wojskową, powiązaną ze wspomnianymi instytucjami. Wcześniej pomyślano o tym, aby nie przerywać nauczania.

Zapoczątkowali je w Warszawie Witold Orłowski i Ludwik Paszkiewicz, następnie Franciszek Czubalski i Jan Zaorski postarali się o oficjalne otwarcie średniej szkoły sanitarnej, będącej sztyldem dla tajnego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W Warszawie, potem w Krakowie, Częstochowie i Kielcach działał Tajny Uniwersytet Ziemi Zachodnich, w którego uruchomieniu wielką rolę odegrał Adam Wrzosek oraz Karol Meyer. Tajne studia w Krakowie zainicjowali Franciszek Walter, Stanisław Maziarski, potem Aleksander Oszaeki, Jan Miodoński, Stefan Schwarz i inni.

Pewien odsetek studentów narodowości polskiej korzystał z uruchomionych we Lwowie przez (i głównie dla) Ukraińców „Medizinische Fachkurse”. Wymagało to dużej

ostrożności, zarówno ze strony słuchaczy, jak i Polaków tam zatrudnionych, przedtem pracowników Uniwersytetu Jana Kazimierza, którzy zbiegiem okoliczności nie znaleźli się na liście egzekucyjnej 1941 r. Skądinąd Ukraińcy starali się o to, aby podporządkować sobie kliniki i szpitale w Krakowie (J. Bogusz).

Jesienią 1940 r. przeprowadzono w Edynburgu rozmowy w sprawie utworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego. Przyczynili się do tego Antoni Jurasz, Jerzy Fegler, Włodzimierz Koskowski, oraz płk. lek. Władysław Gergovich jako reprezentant sztabu gen. Sikorskiego. Z początkiem marca 1941 r. Polski Wydział Lekarski (Polish School of Medicine) rozpoczął działalność, trwającą do 31 marca 1949 r. Wykładało 24 Polaków oraz 6 Anglików, później liczba polskich wykładowców wzrosła do 37. Wydział ów ukończyło 228 studentów, przewinęło się ich w sumie 337, część jednak przerwała studia, inni przenieśli się do uczelni brytyjskich, jedna studentka zmarła. Doktoryzowało się 19 lekarzy (Hasik i Juszczyk).

Pomyślano również o szkolnictwie wyższym dla Polaków internowanych w Szwajcarii. Początek dały wykłady dla prawników (Grangeneuve), potem gdy obóz znalazł się bliżej Fryburga, zorganizowano studia politechniczne, medyczne, weterynaryjne i filozoficzne. Wykłady i zajęcia dla medyków odbywały się w szpitalu kantonalnym w Winterthurze; gdy dostrzeżono postępy w nauce, internowani mogli dojeżdżać do Zurichu. Dyplomy obozowe wymieniono na uczelniane dopiero po zawieszeniu broni. Były to studia organizowane przez władze polskie, indywidualnie natomiast Polacy studiowali we Francji, w Belgii czy w innych krajach, gdzie ich rzuciły wojenne losy. Przeważająca większość studiujących powróciła do kraju.

PARALELE I PERSPEKTYWY

Po obu wojnach, na początku zatem i na końcu omawianego okresu, można było dostrzec wiele zagadnień z punktu widzenia lekarskiego podobnych, różniących się oczywista w takim stopniu, w jakim z militarne punktu widzenia różniły się obie wojny światowe. Sposoby niszczenia życia ludzkiego bądź powodowania trwałego kalectwa postarano się udoskonalić w bez porównania większym stopniu niż sposoby ulepszenia życia. Nic w tym nowego, gdyż w porównaniu z opaską uciskową z czary Sosiasa koń trojański był owocem bardziej zawilego procesu rozumowania.

Liczne doświadczenia czasów nowszych, zebrane chociażby podczas odwrotu znad Berezyny, pod Solferino, pod Sadową wzbogaciły chirurgię. To samo ukazuje piśmiennictwo lekarskie po obu wojnach. Po drugiej, kiedy to zatarły się pojęcia front i tyły, doszło kolejne doświadczenie: oto w 1948 roku zarejestrowano w Hiroszynie bardzo nasilony wzrost zachorowań na białaczkę szpikową. Nastąpił potem nieznaczny spadek, w roku 1951 tj. w sześć lat po użyciu bomby atomowej, wypadało zarejestrować szczyt zachorowań, sugestywny, impregnujący pamięć każdego, kto miał sposobność rzucić okiem na dane zestawione w układzie współrzędnych. Wskaźnik zachorowalności na 10 tysięcy mieszkańców wynosił wówczas w Japonii 1.5, wśród osób znajdujących się w odległości od kilometra do półtora kilometra od centrum wybuchu wyniósł 28.0, poniżej kilometra 128.0 (P. Aleksander, r. 1957). Doświadczenie z wiosny 1954 r. przeprowadzone na Bikini z użyciem bomby o sile równej 15x10 ton trójnitoluenu wykazało skażenie obszaru 17 tysięcy kilometrów kwadratowych. „Wychowanie pod Verdun” straciło zatem siłę wymowy.

O „miazmatach”, umieszczanych na drodze wkracającego nieprzyjaciela mówiono za czasów Marka Aureliusza, wieloletnie spory o miazmaty i *contagium vivum*

zakończyły się opisem i zróżnicowaniem drobnoustrojów, o wojnie bakteriologicznej była mowa w czasie obu wojen światowych. Sposób określania — miazmaty czy bakterie — nie stanowi tu bynajmniej istoty zagadnienia; idzie o tok rozumowania, o intencje.

Po I wojnie zagadnieniem kluczowym stała się u nas rozbudowa szpitali, klinik i zakładów naukowych; po II wojnie na czoło wysunęła się przede wszystkim odbudowa zniszczonych obiektów. Planowano także ich rozbudowę, choć na pierwszym miejscu znalazł się przemysł, po nim zaś budownictwo mieszkaniowe, dostosowane do wymogów higieny i potrzeb człowieka w XX stuleciu. Budowano po zawieszeniu broni nie korzystając jeszcze z żadnych unowocześnionych sposobów, metodami starymi lub przestarzałymi, nadto w warunkach nierzadko improwizowanych, nie przewidując wtedy, że zastosowanie nowych metod zacznie się niezwykle szybko kojarzyć ze słowem remont, czy remont kapitalny. Odczuły to bardzo kliniki i szpitale, ich kierownicy i dyrektorzy tracili czas na studiowanie budżetów.

Powojenna migracja ludności i niedożywienie sprzyjały po roku 1919 czy po 1945 szerzeniu się chorób zakaźnych. Znalazło to odzwierciedlenie w zarządzeniach władz (p.w.). Jeszcze w połowie 1951 r. Minister Zdrowia, mówiąc o planowaniu, podkreślił, że znaczenie szczególne ma na obecnym etapie zwalczanie przede wszystkim chorób zakaźnych, zaplanowano także podniesienie stanu sanitarno-epidemiologicznego kraju (Ks.Rowiński).

W warunkach rozpoczynającej się stabilizacji zaczęły ujawniać się następstwa trudnych przeżyć, liczniejszych po II wojnie niż po roku 1918. Mylnie pojmowany „nerwizm w patologii” automatycznie zepchnął na dalszy plan sprawy psychiatrii, zwłaszcza w praktyce na codzień. Wypada wskazać, że jeśli każdy miniony okres zasługuje właściwie na to, aby mógł zostać nazwany okresem błędów, to nie jest bynajmniej konieczne, tym mniej potrzebne, aby miał być okresem wypaczeń. Dostrzegano je na bieżąco, jednakże bez rezonansu. Wspomniane na początku zakwalifikowanie medycyny do rzędu „nauk ścisłych” ukazało po latach, że sprowadzanie do wspólnego mianownika udaje się jedynie w matematyce.

Polscy naukowcy po I wojnie mieli już za sobą szereg lat pracy, często badawczej lub obok tego dydaktycznej, gdy reprezentowali dziedziny w ścisłym znaczeniu kliniczne, byli jednocześnie doświadczonymi praktykami, lecz i niejeden teoretyk medycyny część doby poświęcał wykonywaniu praktyki. Eksperyment pasjonował także ludzi bardzo młodych, odbywających studia. Przykładem może być dwudziestoletni Janusz Supniewski, pochłonięty eksperymentami tuż po odzyskaniu niepodległości, w latach późniejszych renomowany farmakolog, o nazwisku nieobcym całemu światu. Interniści Antoni Gluźniński, Witold Eugeniusz Orłowski, Arkadiusz Puławski, Edward Żebrowski, Mściwój Semerau-Siemianowski, Włodzimierz Filiński, Wincenty Jezierski, Zenon Orłowski, Józef Latkowski, Tadeusz Tempka, Roman Rencki i wielu innych przedstawiali uczniom i kolegom zagadnienia dobrze przemyślane i znane. Zajmowano się więc skazami krwotocznymi, ziarnicą, chorobami krążenia, cukrzycą, nowymi metodami diagnostycznymi, postęпами terapii, wszystkim — biorąc ogólnie — czym interesował się w danym okresie cały świat naukowy. Czy poszczególne osiągnięcia bądź spostrzeżenia miały charakter trwały i czy znaczyły doprawdy wiele? Należy stwierdzić, że cenne jest każde spostrzeżenie, trudno natomiast orzec, w jakim stopniu bądź w jakim znaczeniu będzie trwałe. Wspomniano uprzednio szereg ważniejszych odkryć i zdobyczy wskazując jednocześnie, co wypada podkreślić, że była to kontynuacja nauki z lat poprzednich. Mogły to być zatem spostrzeżenia w danej chwili ważne i urzekające, szybko jednak przysłuszane przez nowsze doniesienia. Gdy zatem na XVI Zjeździe Towarzystwa

Internistów Polskich w roku 1951 powiedziano bardzo wiele na temat białaczki, doniesienia te już wkrótce miały stanowić materiał wyłącznie historyczny. Podobnie z pierwszymi doniesieniami na temat białek surowicy i ich roli w patologii czy klinice. Będzie więc mowa o pogłębianiu wiadomości, o rozszerzaniu wiedzy, nie zaś o znalezieniu nowego kierunku. Ocena historii *in statu nascendi* najczęściej jest tylko koniunkturą, tak jak dziecko prawdziwie „cudowne” i utalentowane nie będzie tych cech ujawniać w kolebce. Trzeba czasu, trzeba lat. Być może więc historik medycyny w nadchodzącym stuleciu przemknie przez omawiane tu lata kilkoma zaledwie zdaniem i zatrzyma się dopiero przy nazwisku Watsona, Cricka i Wilkina.

Może o stulecie później medycyna XIX czy XX stulecia zostanie tylko członem — może ostatnim członem — medycyny czasów Oświecenia czy Odrodzenia, rozpocznie się bowiem era zupełnie nowa? Czy zapoczątkuje ją biologia molekularna, czy bioelektronika, a może coś nie posiadającego do tej pory nazwy, trudno orzec. Idzie o to, że praca naukowa nie znosi próżni. Nie było jej w warsztatach polskich ludzi nauki.

W chirurgii modyfikacje wprowadzane przez Bronisława Kadera, Maksymiliana Rutkowskiego, Jana Glatzla, Hilarego Schramma, Zygmunta Radlińskiego, Henryka Hilarowicza i wielu innych częstokroć miały znaczenie lokalne. Odgrywały rolę w prowadzonych przez nich ośrodkach, szybko jednak gdzie indziej znajdowano nowe warianty, podawane do wiadomości publicznej w bardziej sprzyjających momentach i łatwiej asymilowane na szerokim forum. Wiktor Dega zapewnił normalny rozwój kończyn dolnych niezliczonej rzeszy noworodków, nim jego metody zdołały się upowszechnić, tak jak prace Adama Grucy nad alloplastyką.

Prace Jerzego Konorskiego przyczyniły się do dokładniejszego poznania czynności mózgu, tak jak badania Jana Miodońskiego z audiometrii czy operacyjnego leczenia otosklerozy mają wartość nieprzemijającą. Osiągnięciem na skalę światową jest krioelekstrakcja zaćmy wprowadzona przez Tadeusza Krwawicza. Dorobek Jana Stanisława Olbrychta na polu medycyny sądowej jeszcze długo będzie wzorem dla młodszych pokoleń, z uwagi zaś na zakres tematów, wzorem niedoścignionym.

Bezpośrednio po zawieszeniu broni najważniejsze stały się zagadnienia dydaktyczne. Choć brak nowoczesnego sprzętu badawczego nie był podówczas nazbyt rażący, eksplozja techniki przypadła bowiem na lata późniejsze, mimo wszystko trudno było o prowadzenie usystematyzowanych prac. W roku 1950 powstała Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia (Ludwik Paszkiewicz). W tym samym roku rozpoczęto przygotowania do pierwszego Kongresu Nauki Polskiej. Przewodniczącym Sekcji Nauk Medycznych został fizjolog Franciszek Czubalski, w jej skład weszli: F. Adamanis, T. Baranowski, A. Biernacki, B. Bobrański, L. Hirsfeld, J. Jakubowski, S. Krauze, Cz. Murczyński, B. Nowakowski, E. Paluch, F. Przesmycki, K. Rowiński, B. Skarżyński, W. Straszewicz, E. Sym, J. Świderski, F. Walter i W. Zawadowski. Zamierzano przedstawić na Kongresie program walki z chorobami i śmiertelnością, zaplanować podniesienie stanu sanitarnego kraju, przeanalizować aktualny stan wiedzy lekarskiej i biologicznej, nadto zająć się koordynacją poczyną.

Tab. 10. Liczba medycznych publikacji 1945—1951

Rok	Liczba publikacji
1945	543
1946	1.725
1947	2.472
1948	3.124
1949	3.860
1950	4.980
1951	5.392

(wg St. Konopki)

Konieczne było stworzenie warunków pracy naukowej, o co starano się już w latach czterdziestych, organizując pierwsze instytuty. Przed wojną istniał Państwowy Zakład Higieny oraz Instytut Radowy, ufundowany w roku 1932 ze składek społeczeństwa. Do roku 1951 powstały dalsze podobne placówki, zajmujące się wybiórczo zagadnieniami reumatologii, hematologii, dermatologii i wenerologii, gruźlicy, medycyny pracy oraz leków, powstał także Instytut Matki i Dziecka oraz Instytut Psychoneurologiczny. W omawianym okresie zainteresowanie było skupione na zagadnieniach organizacyjnych. Czy instytuty spełnią pokładane nadzieje, można było wtedy jedynie przewidywać. Czas ukazał, że nie należy uogólniać. Prócz dobrej organizacji nieodzowne bywa także osobiste zaangażowanie czy doświadczenie poszczególnych zespołów. Sześć okupacyjnych lat musiało spowodować duży niedosyt informacyjny. Łatwiej było więc podjąć pracę Państwowemu Zakładowi Higieny czy Instytutowi Radowemu, już w 1951 r. przekształconemu w Instytut Onkologiczny, z filiami w Krakowie i Gliwicach; nie odczuwał — przynajmniej w takim stopniu — większego niedosytu istniejący od 1946 r. Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Tu bowiem wykorzystywano w pełni doświadczenia wojenne. Inne placówki były całkowicie nowe i nie przez wszystkich docenione. O ile bardzo szybko powstawały najróżniejsze przychodnie i polikliniki, jak skórno-wenerologiczne czy pediatryczne, o tyle początkowo nie miały odsetek utożsamiał Instytut Hematologii z czymś w rodzaju centrali krwiodawstwa i nie pojawiła się myśl o zorganizowaniu przychodni hematologicznych tym potrzebniejszych, że rutynowe badania laboratoryjne krwi bardzo rzadko mogły zaspokoić potrzeby.

O tym, jak potrzebna była wymiana informacji, świadczy fakt, że w 1945 r. ukazywało się zaledwie 11 czasopism lekarskich; w roku 1948 było ich bez mała czterokrotnie więcej.

Zapatrywania poszczególnych członków Komisji Nauk Medycznych, przygotowującej materiały kongresowe, nie były jednakowe. Jedni pojmowali, że okres trudny, czy bardzo trudny nauka w kraju naszym ma dopiero przed sobą, inni natomiast żywili przekonanie, że uporano się już z trudnościami i że okres bezradności minął. Jedno było wspólne: wiara we własne siły, a także szacunek dla dorobku cudzego i własnego. Dominowała zatem nadal treść, nie forma.

Ważne zadania stanęły przed Radą Naukową przy Ministrze Zdrowia. Należało pomyśleć o kryteriach do wyodrębniania poszczególnych specjalności lekarskich, o

szkoleniu specjalistycznym oraz trybie egzekwowania wiadomości, a także o szkoleniu poddyplomowym. Było od początku oczywiste, że Instytuty, już istniejące czy zaplanowane na najbliższą przyszłość, będą mogły szkolić zaledwie drobną część przyszłych specjalistów, tym więcej, że w miastach uniwersyteckich dawał się we znaki również gład mieszkaniowy, uniemożliwiający doskonalenie się lekarzom spoza tych miast. Zdecydowano więc, że wyodrębni się szpitale w terenie, uprawnione do specjalizowania w określonych dyscyplinach. Jakkolwiek program i regulamin specjalizacji został opracowany odgórnie, poziom szkolenia nie był ujednoczony. Zaczęto od weryfikacji dokumentów posiadanych przez lekarzy specjalistów, po roku 1951 weszły w życie egzaminy na I oraz II stopień. Z perspektywy czasu można ocenić, że należało wtedy pomyśleć o egzaminie państwowym, warunkującym prawo wykonywania zawodu. Nie pomyślano o tym jednak i co więcej, w połowie 1950 r. zlikwidowano Izby Lekarskie, jedyne instytucje autorytatywne i kompetentne, mogące nie dopuścić do obniżania poziomu fachowego, jak i do większych i mniejszych wykroczeń natury deontologicznej.

Zdołano osiągnąć dużo, jeśli zaś w najtrudniejszym okresie tuż po zakończeniu działań wojennych nie pojawił się chaos, można to przypisywać tradycjom medycyny w Polsce, jak i wysokim kwalifikacjom moralnym ludzi zawiadujących sprawami zawodu lekarskiego.

Los nie pozwolił po I wojnie cieszyć się zbyt długo niepodległą Ojczyzną wielu uczonym, szybko bowiem odeszli: Napoleon Cybulski, Ignacy Baranowski, Zygmunt Kramsztyk, Józef Polak, Tadeusz Browicz, Rafał Radziwiłłowicz, Alfred Sokołowski, Seweryn Sterling, Edward Flatau, Kazimierz Dłuski i wielu innych.

Nadszedł Wrzesień, po latach dopiero oceniony w sposób bezstronny, jeżeli zaś bitwa pod Kutnem jest obecnie wykładana i komentowana we wszystkich wyższych szkołach wojennych na świecie, warto pamiętać, że mimo olbrzymich niedociągnięć i braków, służba zdrowia zdała ów egzamin praktyczny, pod Kutnem, czy gdziekolwiek indziej.

Nadszedł potem dzień 6 listopada 1939 r. Krakowscy uczeni znaleźli się za drutami obozu koncentracyjnego; po latach Stanisław Pigoń mówił o biologicznej sile przetrwania, podbudowanej heroizmem równowagi duchowej. Nadeszła tragiczna noc z 3 na 4 lipca 1941 r. we Lwowie i potem rok 1943 — jesień — gdy Sonderkommando ekshumowało tysiące zwłok, wśród nich profesorów i docentów Uniwersytetu Jana Kazimierza. Miejsc takich i równie tragicznie zapisanych w pamięci dat było więcej.

Zanim umilkły działa, zostały otwarte podwoje Wydziału Lekarskiego w Lublinie, następnie kolejno w wyzwolanych miastach. Gdy w Warszawie jedynym mostem łączącym obie części miasta był pontoniak, ludzie powiązani z Uniwersytetem nie tracili czasu na debaty, czy stolica nie powinna zostać raczej przeniesiona do Łodzi: przystąpili do odgruzowywania uczelni. W innych miastach posiadających wydziały lekarskie wiadomo było, że jest ciasno i ubogo, co nie wpłynęło na opóźnienie terminu rozpoczęcia zajęć. O tym właśnie zamierzano mówić na I Kongresie Nauki Polskiej, wykorzystując doświadczenia zebrane w trakcie pierwszych lat powojennych.

Zabrakło jednakże spojrzenia wprzód. Prognozy kongresowe okazały się bardziej optymistyczne niż ukazały kolejne lata. Nie starano się dostrzec, że medycyny nie powinno się oceniać sumą odkryć i wynalazków, jedyną bowiem miarą osiągnięć jest to, co medycyna osiągnęła w praktyce, w jakim stopniu może pomagać i ratować. Petroniusz narzekał, że młodzież szkolna nie widzi i nie słyszy tego właśnie, co będzie potrzebne w życiu, w pracy zawodowej, w przyszłości. Tymczasem właśnie tak nierzadko bywa w trakcie studiów. Nadmiar teorii, niedosyt praktyki — to właśnie można usłyszeć od

absolwentów wydziałów lekarskich, gdy z dyplomem w rękę zasiadają za swoim biurkiem i spoglądają w twarz powierzanych sobie ludzi szukających pomocy. Medycyna nie jest „sztuką dla sztuki”. Nauki medyczne winny rozrastać się i rozbudowywać po to, aby lepsza mogła być pomoc choremu, aby coraz bardziej skuteczna mogła być profilaktyka. W latach pięćdziesiątych można było niejednokrotnie dostrzec zbytni podziw dla zagranicy, chwilami sprawiający wrażenie czegoś w rodzaju kompleksu niższości. Jan St. Olbrycht ocenił kiedyś bardzo trafnie, że samochód jest znakomitym środkiem lokomocji, wymagającym jednakże autostrady, czy conajmniej dobrego gościńca, zawiedzie natomiast, gdy przyjdzie odbyć podróż przez las czy wertepy. Można tam dotrzeć bez trudu linijką myśliwską, czy zwykłą furmanką. Tak niejednokrotnie przedstawia się codzienność lekarska, i to bez względu na szerokość geograficzną. Medycyna jest sumą wiedzy o człowieku, przeznaczonej dla człowieka, dla jego dobra. Należy więc rozbudowywać poszczególne dyscypliny medyczne, nie tracąc z oczu podstawowego zagadnienia, że medycyna musi wykraczać daleko poza mury kliniki czy instytutu badawczego. Uplęnięto ćwierć wieku od I Kongresu Nauki Polskiej, zanim dano temu wyraz. Podkreślił to Tadeusz Kielanowski na Konferencji Lekarzy i Humanistów.

W licznych publikacjach naukowych roi się dziś od logarytmów i elementów analizy statystycznej, zdolnych tworzyć barierę, zza której nie ma odwagi zerknąć chory człowiek.

Adam Wrzosek, Tadeusz Bilikiewicz, Ksawery Rowiński w swych wykładach propedeutycznych kładli zawsze duży nacisk na sprawy humanizmu. Zwraca się na to uwagę w trakcie omawiania zasad etyki zawodowej i deontologii.

W końcu: coraz częściej jawi się obecnie w publikacjach medycznych nazwisko Władysława Biegańskiego. Mówił on przed laty, że rozpisujemy się obszernie o uczonych lekarzach, milczymy natomiast uparcie o cichych i zasłużonych lekarzach-społecznikach (Afor. II. XXXI). Może więc należałoby nie zapominać o tym, że medycyna od kilku dziesiątków lat jest dziedziną uspołecznioną. Modnym określeniem jest dziś „lekarz pierwszego kontaktu”. Jaki będzie ów lekarz, zależy od postępów nauki, od właściwego szkolenia. Miejmy nadzieję, że o sukcesach takich właśnie będzie mógł pisać autor rozdziału poświęconego medycynie, przeznaczonego do VI tomu tego dzieła.

Artykuł wpłynął do Redakcji w czerwcu 1990 r.

PIŚMIENNICTWO*

A. Opracowania bibliograficzne i historyczne

Aleksandrowicz J.: *Rys historyczny rozwoju hematologii w Polsce*. Postępy Wiedzy Med. 1956, III, 343-351.

Babin M.: *Geneza i założenia prawne ustawy „O obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” z dnia 19 maja 1920 roku*. Arch. Hist. Med. 1978, XLI, 183-194.

Barański J.: *Zarys historii otolaryngologii polskiej w okresie 1918-1939*. Acta Biol. Med. Soc. Sci. Gedan. 1966, 10, 5-70.

Bayer St.: *Losy rannych i chorych żołnierzy Armii Krajowej wziętych do niewoli niemieckiej po 2 października 1944 r.* Arch. Hist. Med. 1972, XXXV, 343-350.

* W wykazie piśmiennictwa Redakcja zachowała układ zapisu bibliograficznego przyjęty przez Autora.

- Bilikiewicz T.: *Prehistoria i geneza Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności* [w:] *Polska Akademia Umiejętności 1872-1952. Materiały Sesji Jubileuszowej*, Kraków 14.12.1972. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1974, s. 17-59.
- Bilikiewicz T.: *Wspomnienia autobiograficzne*. Kwart. Hist. Nauki i Techn. 1978, XXIII, 3-51.
- Bilikiewicz T., Galus J.: *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Warszawa 1962.
- Bilikiewicz T., Wszelaki St.: *Krótki zarys dziejów nauki o chorobach zakaźnych* [w:] *Ostre choroby zakaźne*. Warszawa 1956, t. 1, s. 13-126.
- Bloomfield A.L.: *A Bibliography of Internal Medicine. Communicable Diseases*. Chicago 1958.
- Bloomfield A.L.: *A Bibliography of Internal Medicine. Selected Diseases*. Chicago 1960.
- Bochall R.: *Die „Behringschuler“ Paul Romer und Hans Much*. Med. Mschr. 1961, 15, 691-695.
- Bogusz J. [Red.]: *Okupacja i medycyna*. T. I-IV. Warszawa 1971-1979.
- Bonin W. von, Bagge E., Herrlinger R.: *Laureaci nagrody Nobla*. Warszawa 1969, s. 124-157.
- Borzęcki T., Szumlański W., Górecki Z. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1917-1921*. Tom XLII-XLVI. Warszawa 1928.
- Brzeziński T.: *Służba zdrowia I Dywizji Piechoty im. T.Kościuszki i jej udział w bitwie pod Lenino*. Arch. Hist. Med. 1978, XLI, 413-422.
- Chojna J. Wł.: *Zarys dziejów urologii polskiej*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1974.
- Czarnecki W. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1925*. Tom L. Warszawa 1929.
- Czarnecki W. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1926*. Tom LI. Warszawa 1929.
- Demel M.: *W służbie Hygei i Syreny. Życie i dzieło dr. Józefa Polaka*. Warszawa 1970.
- Demel M.: *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło dr. Stanisława Kopczyńskiego*. Warszawa 1972.
- Demel M.: *Siedem pasji doktora Dobrzyckiego*. Warszawa 1974.
- Demel M.: *Wysoko jak król Zygmunt. Życie i dzieło dr. Stanisława Markiewicza*. Warszawa 1977.
- Dziak A.: *Historia powstania Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego*. Wiadom. Lek. 1975, 28, 1609-1616.
- Fels E.: *Die Isolierung des Progesterons, wie sie die Arbeitsgruppe Slotta-Ruschig-Fels erlebte*. Ther. Gegenw. 1977, 116, 774-800.
- Fijałek J., Machalski J.: *Publiczna opieka zdrowotna u początków Polski niepodległej*. Arch. Hist. Med. 1978, XLI, 393-404.
- Florkin M.: *A History of Biochemistry* [w:] *Comprehensive Biochemistry* (Ed. M.Florkin, E.H.Stotz). Vols. 31-33 A. Amsterdam-Oxford-New York 1975-1979.
- Foster W.D.: *A Short History of Clinical Pathology*. Edinburgh-London 1961.
- Foster W.D.: *A History of Medical Bacteriology and Immunology*. London 1970.
- Gallus J.: *Dzieje Państwowego Szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych w Krakowie-Kobierzynie*. Przegl. Lek. 1967, XXIII, 653-659.
- Garnuszewski Z.Jr.: *Początki, rozwój i zmierzch torakoplastyki w Polsce*. Arch. Hist. Med. 1978, XLI, 43-57.
- Giędosz Br., Gaertner H. [Red.]: *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów, Kraków 28.V. - 30.V.1950*. Warszawa 1953.

- Gorecki Z. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1922*. Tom XLVII. Warszawa 1932.
- Gorecki Z. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1923*. Tom XLVIII. Warszawa 1933.
- Gorecki Z. [Red.]: *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego 1924*. Tom XLIX. Warszawa 1933.
- Gutt R.W.: *W sprawie rozwijania badań z zakresu historii nauk medycznych w Polsce*. Arch. Hist. Med. 1972, XXXV, 213-218.
- Gutt R.W.: *Dzieje niedokrwistości złośliwej*. Studia i Materiały z Dziejów Nauki Polskiej. Seria B. Z. 22, 1972, s. 127-157.
- Gutt R.W.: *Historyczny aspekt choroby społecznej*. Kwart. Hist. Nauki i Techn. 1973, XVIII, 103-121.
- Gutt R. W.: *Entwicklungsstufen der neuzeitlichen Hämatologie*. Janus 1973, 60, 279-308.
- Gutt R.W.: *Dzieje nauki o krwi*. Warszawa 1975.
- Gutt R.W.: *Paweł Ehrlich i obecna nauka o limfocytach*. Przegl. Lek. 1978, 35, 707-710.
- Gutt R.W.: *Towarzystwo Internistów Polskich [w:] Słownik Polskich Towarzystw Naukowych [Red. L.Łoś]*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1978. T. 1, s. 402-404.
- Gutt R.W.: *Erfahrung und Ratio. Medizinische Logik als Grundlage der medizinischen Propädeutik einst und jetzt*. Beiträge z. Universitätsgeschichte Halle-Wittenberg 29 [T. 36]. Halle/Saale 1980, s. 75-79.
- Gutt R.W.: *Deontologiczne aspekty diagnostyki lekarskiej*. Probl. Dydaktyki Med. i Wychowania. Poznań 1981, 12, 91-104.
- Gutt R.W.: *Rozważania o historii, filozofii i socjologii medycyny*. Arch. Hist. Med. 1981, XLIV, 85-91.
- Hasik J., Juszczyk J.: *Dzieje Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego i Akademii Medycznej (1919-1979)*. Poznań 1979.
- Heilmeyer L.: *Lebenserinnerungen*. Stuttgart-New York 1971.
- Heintel H. [Oprac.]: *Quellen zur Geschichte der Epilepsie*. Bern-Stuttgart-Wien 1975.
- Henschen F.: *Grundzüge einer historischen und geographischen Pathologie [w:] W.Doerr, E.Uehlinger: Spezielle pathologische Anatomie*. Bd. 5. Berlin-Heidelberg-New York 1966.
- Herman E.J.: *Historia neurologii polskiej*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1975.
- Issekutz B.: *Die Geschichte der Arzneimittelforschung*. Budapest 1971.
- Jakubik A., Ryn Z.: *Pseudomedyczne eksperymenty w obozach hitlerowskich. Bibliografia polska 1945-1971*. Przegl. Lek. 1973, 30, 72-75.
- Kaiser W., Trenckman U.: *Aus der Frühgeschichte der kardiologischen Diagnostik*. Zschr. ges. inn. Med. 1980, 35, 454-462.
- Kaffa-Korbut K.: *Stosunki zdrowotne [w:] Wielka Encyklopedia Powszechna Wyd. Gutenberga*. Kraków, t. XIII, s. 91-101.
- Kielanowski T.: *Mój życiorys naukowy*. Kwart. Hist. Nauki i Techn. 1978, XXIII, 561-592.
- Kietlicz-Wojnacki W.: *Polskie osiągnięcia naukowe na obczyźnie*. Lublin 1980.
- Kikta T.: *Przemysł farmaceutyczny w Polsce (1823-1939)*. Warszawa 1972.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1926-1927*. Warszawa 1928.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1938*. T. I-III. Warszawa 1938.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1945*. Warszawa 1948.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1946*. Warszawa 1951.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1947*. Warszawa 1952.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1948*. Warszawa 1953.

- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1949*. Warszawa 1954.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1950*. Warszawa 1954.
- Konopka St.: *Polska Bibliografia Lekarska 1951*. Warszawa 1955.
- Konopka St.: *Polskie Towarzystwo Historii Medycyny. Jego założenie, działalność i możliwości rozwoju*. Arch. Hist. Med. 1967, XXX, 307-316.
- Konopka St.: *Polski Wydział Lekarski w Edynburgu (W 35-lecie jego założenia)*. Arch. Hist. Med. 1976, XXXIX, 125-139.
- Konopka St.: *Główna Biblioteka Lekarska w Warszawie*. Arch. Hist. Med. 1980, XLIII, 3-20.
- Krukowska H. [Red.]: *Franciszek Groer. Życie i działalność*. Warszawa 1973.
- Laskownicki St.: *Szpada, bagniet, lancet. Moje wspomnienia*. Wyd. II. Kraków 1979.
- Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome*. 5. A., München-Berlin-Wien 1972.
- Leńko J.: *Rys historyczny Polskiego Towarzystwa Urologicznego*. Urol. Pol. 1954, 7, 189-198.
- Lick R.F.: *Die Geschichte der angewandten Magenphysiologie*. Uetersen 1967.
- Lieben F.: *Geschichte der physiologischen Chemie*. Leipzig-Wien 1935.
- Liek E.: *Irrwege der Chirurgie*. München 1929.
- Lipmann F.: *Wanderings of a Biochemist*. New York-London-Sydney-Toronto 1971.
- Long E.R.: *A History of Pathology*. New York 1965.
- Mani N.: *Die historischen Grundlagen der Leberforschung*. Teil II, Basel 1967.
- Markowski Wł., Szewko St.: *Sylwetki lekarzy i farmaceutów obrońców Modlina w 1939 r.* Arch. Hist. Med. 1980, XLIII, 243-263.
- Mikułowski Wł.: *Zarys historii Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*. Przegl. Lek. 1971, XXVIII, 293-296.
- Nowicki S.: *Zarys dziejów Towarzystwa Chirurgów Polskich*. Pol. Tyg. Lek. 1966, 21, 817-819.
- Odrowąż-Szukiewicz H.: *Wojskowa służba zdrowia na Sadybie podczas Powstania Warszawskiego*. Arch. Hist. Med. 1978, XLI, 447-463.
- Ongaro C.: *Storia dell'Ematologia [w:] Trattato Italiano di Medicina Interna* [Ed. P. Introzini]. Parte III: *Malattie del sangue e degli organi emopoietici*. 2 ed., Firenze 1978, s. 3-14.
- Orłowski T. [Red.]: *Pamiętnik II Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów Polskich, Gdańsk-Wrzeszcz 1-2.VI.1953*. Pol. Arch. Med. Wewn. 1953, z. 6a, s. 875-1045.
- Popielski B.: *Rys historyczny Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii*. Pol. Tyg. Lek. 1966, 21, 857-861.
- Roskam J.: *Plaquettes sanguines, hemostase spontanee et thrombose. Apercu historique*. Bruxelles-Med. 1970, 50, 785-789.
- Rotschuh K.E.: *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart 1978.
- Rotschuh K.E.: *Medicina historica. Zum Selbstverständnis der historischen Medizin*. Janus 1980, LXVII, 7-19.
- Rowiński Ks.: *Autobiografia*. Kwart. Hist. Nauki i Techn. 1979, XXIV, 3-43.
- Rudowski W.: *Wkład Polaków do rozwoju nauk biomedycznych*. Arch. Hist. Med. 1977, XL, 1-8.
- Rzepecki W.: *O dawcy, który latami sprzedawał ponad 14 litrów swej krwi rocznie*. Arch. Hist. Med. 1980, XLIII, 439-444.
- Schadewaldt H.: *Geschichte der Allergie*. München-Deisenhofen 1979.
- Schwarz St.: *Zarys dziejów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Ginek. Pol. 1973, 44, 751-775.

- Sillo-Seidl G.: *Arzte ohne Nobel-Preis*. Acta Congr. Intern. XXIV Hist. Artis Med. Budapest 1976, T. II, s. 1613-1619.
- Skarżyński B.: *Nauki medyczne [w:] Dziesięć lat rozwoju nauki w Polsce Ludowej*. Warszawa 1956, s. 453-483.
- Skrobacki A.: *Album Lekarzy-Pionierów Okręgu Mazurskiego 1945-1946*. Olsztyn 1980.
- Skulimowski M.: *Zarys dziejów Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie*. Przegl. Lek. 1967, XXIII, 362-366.
- Słownik Polskich Towarzystw Naukowych* [Red. L.Łoś]. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1978, T. I, s. 303-407.
- Straszyński A.: *Zarys dermatologii*. Warszawa 1951, s. 29-30.
- Sześćsetlecie medycyny krakowskiej* [Red. L.Tochowicz] T. II: *Historia katedr*. Kraków 1964.
- Szumowski Wł.: *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. T. III. Kraków 1935.
- Tempka T., Lisiewicz J.: *Historia rozwoju polskiej hematologii*. Przegl. Lek. 1965, XXI, 191-193 i 294-296.
- Towpik J.: *Rys historyczny rozwoju Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. Nauka Polska 1964, 12, 102-109.
- Tulczyński A.: *Polskie Lekarskie Kodeksy Dentologiczne*. Warszawa 1975.
- Wąsowicz Z.: *Z historii założenia i działalności Polskiego Towarzystwa Balneologicznego*. Pam. Pol. Tow. Balneol. 1930, 9, 1-23.
- Woźniewski Z.: *Rozprawy na stopień doktora medycyny polskich wydziałów lekarskich. Okres międzywojenny*. Warszawa 1969.
- Woźniewski Z.: *Rozprawy na stopień doktora medycyny, stomatologii i farmacji w latach 1945-1952*. Warszawa 1963.
- Woźniewski Z.: *Książka raportów lekarza dyżurnego. Szpital Wolski w okresie Powstania Warszawskiego*. [Oprac. M.Gepner-Woźniewska]. Warszawa 1974.
- Zajusz K.: *Z dziejów Spółek Brackich*. Arch. Hist. Med. 1979, XLII, 33-43.
- Zajusz K., Niziński J., Zajusz A.: *Górnictwo i hutnictwo kasy brackie w Zagłębiu Dąbrowskim*. Arch. Hist. Med. 1980, XLIII, 383-391.
- Zembrzuski L.: *Fragmenty wspomnień z lat okupacji niemieckiej 1939-1945 roku* [Rkp. przygotował St.Konopka]. Arch. Hist. Med. 1980, XLIII, 45-56.
- Ziembicki W.: *Zakład Historii Medycyny we Lwowie. Kronika lat 1942-1944*. Arch. Hist. Med. 1981, XLIV, 189-215.
- Żukowski J.: *Polska myśl medyczna*. Warszawa 1980.

B. Publikacje oryginalne

[w poniższym zestawieniu uwzględniono polską publicystykę medyczną wykorzystaną w opracowaniu tekstu]

- Aleksandrowicz J.: *Schorzenia narządów krwiotwórczych w świetle badań bioptycznych*. Kraków 1946.
- Apitz K.: *Die Paraproteinosen*. Virchows Arch. 1940, 306, 631-699.
- Arinkin M.I.: *Die intravitale Untersuchungsmethodik des Knochenmarks*. Folia Haemat. 1929, 38, 233-240.
- Astaldi G., Lisiewicz J.: *Lymphocytes. Structure, Production, Functions*. Napoli 1971.
- Beecher H.K.: *Ethics and Clinical Research*, New. Engl. J. Med. 1966, 274, 1354-1360.

- Begemann H.: *Ist die Lymphogranulomatose ein einheitliches Krankheits bild?* Mediz. Klin. 1977, 72, 625-630.
- Benninghoff A.: *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. 3. A., 2 Bd., Berlin-München 1948.
- Bichel J.: *Cultivation of leucemic cells in tissue culture*. Acta pathol. microbiol. Scand. 1952, 31, 410-419.
- Bithell P.C., Wintrobe M.M.: *Drug-induced aplastic anemia*. Sem. Hematol. 1967, 4, 194-221.
- Bousser J., Vernat P.: *Les maladies de Kahler sans manifestations osseuses cliniques*. Sang 1950, 21, 28-37.
- Brugsch J.: *Hämoglobin - der rote Blutfarbstoff*. Leipzig 1950.
- Burger M.: *Klinische Fehldiagnosen*. Stuttgart 1953.
- Burnet F.M., Fenner F.: *Production of Antibodies*. 2^d ed. Melbourne 1949.
- Castle W.B., Minot G.R.: *Pathological Physiology and Clinical Description of the Anemias*. New York 1936.
- Curletto R.: *Citomorfolgia e funzione del plasmocita*. Pisa 1953.
- Dacie J.V.: *The Haemolytic Anaemias. Congenital and Acquired*. London 1960.
- Davidson L.S.P., Davis L.I., Innes J.: *Megaloblastic anaemia of pregnancy and the puerperium*. Brit. med. J. 1942, I, 31 sqq.
- Demmler K.: *Todesursachen behandelter Perniciosapatienten*. Mediz. Klin. 1966, 61, 575-577.
- Experimentation on Man* [Ed.]: New Engl. J. Med. 1966, 274, 1382-1383.
- Fagraeus A.: *Antibody production in relation to the development of plasma cells*. Acta med. Scand. 1948, 130, 1-122.
- Fellinger K., Klima R.: *Leberzirrhose und Anämien*. Zschr. klin. Med. 1934, 126, 547-567.
- Fischer H., Orth H.: *Die Chemie des Pyrrols*. Leipzig 1937.
- Folin O.: *A system of blood analysis*. Suppl. III: *A new colorimetric method for the determination of the amino-acid nitrogen in blood*. J. Biol. Chem. 1922, 51, 377-391.
- Gaerther H.: *Krzepnięcie krwi*. Kraków 1960.
- Gibbs F.A., Davis H., Lennox W.G.: *The electroencephalogram in epilepsy and in conditions of impaired consciousness*. Arch. Neurol. Psych. 1935, 34, 1133-1148.
- Gibbs F.A., Gibbs E.L., Lennox W.J.: *Influence of blood sugar levels on the wave and spike formations in petit mal epilepsy*. Arch. Neurol. Psychol. 1939, 41, 111-116.
- Guglielmo R. di: *I plasmocitomi*. Roma 1955.
- Haeger-Aronsen B.: *Studies on urinary excretion of deltaamono-laevulic acid and other hem precursors in lead workers and lead intoxicated rabbits*. Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1960, 12, suppl. 47.
- Hemmeler G.: *Metabolisme du fer*. Paris 1951.
- Hess W.R.: *Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen*. Schweiz. Arch. Neurol. Psych. 1925, 16, 285-306.
- Hirszfeld L.: *Immunologia ogólna*. Warszawa 1948.
- Hittmair A.: *Über Eisenmangelanämien und ihre Behandlung*. Klin. Zschr. 1948, 3, 970-979.
- Jagic N. von, Klima R.: *Klinik und Therapie der Blutkrankheiten*. 2. A., Wien 1934.
- Jasiński B.: *Zur Pathologie des histio-monozytaren Systems*. Schweiz. Zschr. allg. Pathol. Bakteriol. 1951, XIV, 81-92.
- Jasiński B., Roth O.: *Larvierte Eisenmangelkrankheit*. Basel 1954.
- Keiser G.: *Erworbene Panmyelopathien*. Schweiz. med. Zschr. 1970, 100, 1938-1948.

- Ketz E.: *Sozialproblematik und Psychopathologie bei Epilepsie*. Praxis 1970, 59, 327-333.
- Klemperer P.: *The concept of collagen diseases*. Am. J. Pathol. 1950, 26, 505-519.
- Marchlewski K.: *Chemia organiczna*. Wyd. II, Kraków 1924.
- Mikułowski Wł.: *O maskującym działaniu penicyliny*. Warszawa 1949.
- Mikułowski Wł.: *Wielopostaciowość kliniczna białaczki u dzieci*. Pol. Tyg. Lek. 1953, VIII, 89 sqq.
- Mikułowski Wł.: *Przypadek sympatioblastoma rozpoznany za życia*. Ped. Pol. 1961, XXXVI, 85-87.
- Mikułowski Wł.: *Zespół Aperta-Cushinga*. Pol. Tyg. Lek. 1965, XX, 319-320.
- Miller J.F.A.P.: *The thymus and the immune system*. Vox sang. 1971, 20, 481-491.
- Minot G.R., Murphy W.P.: *Treatment of pernicious anemia by a special diet*. J.A.M.A. 1926, 87, 470-476.
- Miodoński J.: *Z zagadnień nauczania medycyny*. Przegl. Lek. 1963, XIX, 368-372.
- Orłowski W.: *Nauka o chorobach wewnętrznych*. T. I: *Narząd krążenia*, Warszawa 1947; T. II: *Narząd oddychania*, Warszawa 1948; T. III: *Gruźlica płuc*, Warszawa 1949; T. IV: *Narząd moczowy*, Warszawa 1948; T. V i VI: *Narząd trawienia*, Warszawa 1949.
- Paltauf R.: *Die allgemeine und experimentelle Pathologie im Unterricht und als Wissenschaft*. Wien. klin. Zschr. 1900, XII, 1190-1196.
- Paszkievicz L.: *Anatomia patologiczna ogólna i szczegółowa*. Warszawa 1948.
- Popielski B.: *Odpowiedzialność karna lekarza [w:] Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej* [Red. T.Kielanowski]. Warszawa 1980, s. 106-116.
- Quick A.J.: *The physiology and pathology of haemostasis*. London 1951.
- Rai K.R., Sawitzky A., Cronkite E.P., Channa A.D., Levy R.N., Pasternack B.S.: *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia*. Blood 1975, 46, 219-234.
- Riva G.: *Das Serumeiweissbild*. Bern 1957.
- Rohr K.: *Das menschliche Knochenmark*. III. A., Stuttgart 1960.
- Rhorbach P.: *Knochenmarkschädigung und Panhamocytopenie durch Hydantoinkörper*. Schweiz. med. Zschr. 1950, 80, 337 [odb. aut.].
- Roskam J.: *Le temps de saignement moyen physiologique et ses modifications sous l'influence des médicaments dits hemostatiques*. Bull. Acad. Roy. Med. Belgique 1939, pp. 87-101.
- Roth O., Jasiński B., Bidder H. v.: *Das Gewebsen beim Menschen bei normalen und pathologischen Zuständen*. Helv. med. Acta 1951, 18, 159-174.
- Rzucidło L.: *Immunologia ogólna i doświadczalna*. Warszawa 1972.
- Sandkuhler St., Hugentobler F.: *Neuere Erhebungen zur Proteinurie*. Zschr. klin. Med. 1951, 148, 603-621.
- Schilling V.: *Über hochgradige Monozytosen mit Makrophagen bei Endocarditis ulcerosa und über die Herkunft der Gr. Mononuklearen*. Zschr. klin. Med. 1919, 88, 377-397.